



ISSN 2697-6285 (Online)

Public Health Policy & Laws Journal

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Vol. 8 No. 1

ปีที่ ๘ ฉบับที่ ๑

Jan - April 2022

มกราคม - เมษายน ๒๕๖๕



Public Health Policy & Laws Journal

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Vol.8 No.1

January – April 2022

ปีที่ ๘ ฉบับที่ ๑

มกราคม – เมษายน ๒๕๖๕

สารบัญ

Original Paper นิพนธ์ต้นฉบับ

- Factors Correlated with Dental Service Selection among customers at Ban Rong Kho Sub-District Health Promoting Hospital Lampang Province 1-17
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกรับบริการทันตกรรมของผู้รับบริการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องเคาะ จังหวัดลำปาง
- Developing a hybrid clustering model for Covid-19 vaccine distribution in Bangkok metropolis, Thailand 19-43
การพัฒนาแบบจำลองคลัสเตอร์แบบผสมสำหรับการจัดสรรวัคซีน Covid-19 ใน
พื้นที่กรุงเทพมหานคร
- Effects of Self-care Behavioral Modification Program among Elderly Population with High Risk for Non-communicable Diseases of Phranakhon Si Ayutthaya Province 45-59
ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
- An Ecological Model and Exclusive Breastfeeding 61-78
โมเดลเชิงนิเวศวิทยากับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว

- Factors related to dental health service usage behavior in the elderly at Ban Ton Ngun Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang Pan District, Lampang Province 79-93
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นงูน อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง

Academic Paper บทความวิชาการ

- Secondhand smoke: health impact and control measures 95-112
บุหรี่มือสอง: ผลกระทบต่อสุขภาพและมาตรการควบคุม
- Wearing a surgical mask to avoid COVID-19 In the New Norma 113-129
การสวมใส่หน้ากากอนามัยเพื่อหลีกเลี่ยงเชื้อโควิด19 ในยุคชีวิตวิถีใหม่
- The Process of Providing Services for Citizen Registration and Identification Cards from Government Sector 131-146
กระบวนการให้บริการประชาชนด้านการทะเบียนราษฎรและบัตรประจำตัวจากภาครัฐ
- Mandatory Vaccination for COVID-19: A Legal Analysis 147-155
มาตรการบังคับการรับวัคซีนกับข้อพิจารณาทางกฎหมาย
- Health Literacy and Glycemic Control Behaviors of the Elderly Patients with Type 2 Diabetes 157-171
ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
- Japan's Long-Term Care Insurance System for the Elderly and Thailand's Direction 173-186
ระบบประกันการคุ้มครองการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่นกับทิศทางของประเทศไทย
- A model for driving the community health security fund by engaging people at the local level 187-201
ต้นแบบการขับเคลื่อนกองทุนหลักประกันสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับท้องถิ่น

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Public Health Policy & Laws Journal

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ผลงานวิจัย ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในทางวิชาการ ด้านนโยบาย กฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข
2. เพื่อเป็นสื่อกลางแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นทางวิชาการด้านนโยบาย กฎหมายสุขภาพและสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมให้ผู้ทรงคุณวุฒิ คณาจารย์ นักวิชาการ และนักศึกษาทั้งภายในและภายนอกสถาบันได้เผยแพร่ผลงานทางวิชาการ
3. เพื่อให้บริการทางวิชาการแก่สังคมในรูปแบบของวารสารวิชาการ

เจ้าของ

ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Public Health Policy & Laws Journal

คณะที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พิทยา จารุพูนผล มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.จรรุวรรณ ธาดาเดช มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์พีระ ศรีกรรณจิตร มหาวิทยาลัยมหิดล

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

Assoc. Prof. Dr. Manas Behera, Kalinga Institute of Industrial Technology, India

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร. วิริณธ์ กิตติพิชัย มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลลภรัตน์ พบศิริ มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร. ลาวัณย์ ถนัดศิลป์กุล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
รองศาสตราจารย์ ดร. วรจกนา จันทรวงศ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
รองศาสตราจารย์ ดร. สุมัทนา กลางคาร มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร. เอื้ออารีย์ อึ้งจะนิล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ดร. นิรมัย พิเศษ มั่นจิตร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิสิต อินทมาโน มหาวิทยาลัยศรีปทุม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ภัทรวรรณ ทองใหญ่ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธนพร กังสัช มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนพงษ์ ไรจนวรรฤทธิ์ Department of Health Professions, Hofstra University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธี อยู่สถาพร มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต
อาจารย์ ปวีร์ศรี กิจสุขจิต มหาวิทยาลัยเกริก

ทุกบทความวิจัยได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) 3 ท่าน
ก่อนตีพิมพ์ลงในวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุขฉบับนี้เป็นข้อคิดเห็นส่วนบุคคลของผู้เขียนบทความและเจ้าของผลงาน ไม่มีข้อผูกพันกับกองบรรณาธิการวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

กองบรรณาธิการไม่สงวนสิทธิ์ในการคัดลอกเนื้อหาบทความเพื่อการศึกษาหรือปฏิบัติงาน แต่ให้อ้างอิงแหล่งที่มาให้ครบถ้วนสมบูรณ์

ท่านที่ประสงค์จะส่งบทความทางวิชาการหรือผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเพื่อลงในวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข กรุณาส่งมาที่กองบรรณาธิการวารสาร

สำนักงาน

ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี แขวงทุ่งพญาไท กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 0 2644 8833 ต่อ 116 โทรสาร 0 2644 8833 ต่อ 193

http://phad.ph.mahidol.ac.th/journal_law/index.html

ผู้จัดทำ

บรรณาธิการ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี แขวงทุ่งพญาไท กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 0 2644 8833 ต่อ 116, 081 399 5215 โทรสาร 0 2644 8833 ต่อ 193

e-mail : phlaw.journal@gmail.com

https://www.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/information/authors

บรรณาธิการแถลง

ในขณะที่สถานการณ์ การแพร่ระบาดของไวรัส โควิด-๑๙ ยังไม่คลี่คลาย เพราะสายพันธุ์ โอมิครอน ในประเทศไทยเริ่มมีผู้ติดเชื้อสายพันธุ์นี้นับพันคนแล้ว อีกทั้งการได้รับวัคซีนเข็มที่สามยังไม่ครอบคลุมจำนวนประชากรที่มากเพียงพอ รัฐบาลจึงยังคงต้องเตรียมมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัส โควิด-๑๙ อย่างเข้มงวด ในขณะเดียวกัน การปรับปรุงแก้ไขพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑กำลังอยู่ในกระบวนการ ซึ่งฝ่ายเครือข่ายธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พยายามที่จะลดความเข้มงวดของมาตรการต่างๆ ให้อ่อนแอลง นอกจากนี้ มีความพยายามจากกลุ่มที่ใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ ที่จะผลักดันให้เป็นผลิตภัณฑ์ที่ถูกกฎหมาย โดยมีสมาชิกผู้แทนราษฎรหลายคนพยายามผลักดันประเด็นนี้อยู่เป็นระยะๆ ทั้งๆ ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา อนุญาตให้ผลิตภัณฑ์ดังกล่าวสามารถขึ้นทะเบียนเป็นอุปกรณ์เพื่อช่วยในการเลิกสูบบุหรี่ได้

เรื่องที่สอง เกี่ยวกับประกาศใหม่ของ กพอ. เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการพิจารณาแต่งตั้งบุคคลให้ดำรงตำแหน่งผู้ช่วยศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ และศาสตราจารย์ (ฉบับที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๖๔) ซึ่งระบุว่า ผลงานวิชาการที่จะขอตำแหน่งทางวิชาการดังกล่าวจะต้องได้รับการตีพิมพ์ลงในวารสารที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่อย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเวลาอย่างน้อย ๓ ปี และมีการตรวจสอบคุณภาพของบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบบทความ (Peer Review) ซึ่งเป็นบุคคลภายนอกจากหลากหลายสถาบันอย่างน้อย ๓ คน ดังนั้น บทความที่ส่งมาตีพิมพ์กับทางวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณะฯ ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๕ เป็นต้นไป จะได้รับการตรวจสอบคุณภาพของบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอกจำนวน ๓ ท่าน โดยยึดตามวันที่นักวิชาการ/นักวิจัยได้ส่งบทความเข้ามาในระบบ

สุดท้าย กองบรรณาธิการวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณะฯ ขอขอบคุณ นักวิชาการ/นักวิจัย/ผู้สนใจทุกท่านที่มอบความไว้วางใจและส่งบทความมาตีพิมพ์กับทางวารสารของเรา และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้เกียรติในการประเมินคุณภาพบทความ ทางกองบรรณาธิการฯ หวังว่า ผู้อ่านทุกท่านจะได้รับความรู้และเกิดแรงจูงใจในการออกแบบและสร้างสรรค์ผลงานวิจัยใหม่ๆ เพื่อตีพิมพ์กับทางวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณะฯต่อไป

Factors Correlated with Dental Service Selection among customers at Ban Rong Kho Sub-District Health Promoting Hospital. Lampang Province

Monrudee Wandee¹, Narong Chitiang^{2*}, Chomlak Kongart³, Vichai Thianthavorn⁴

Abstract

This research is a cross-sectional descriptive study, to investigate factors related to dental service selection among customers at Ban Rong Kho Sub-District Health Promoting Hospital, Lampang Province. Samples of 360 persons, selected by convenience sampling method, using a questionnaire for data collection, between April- May 2021. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, and chi-square test, were analyzed.

The results showed that, 53.3% were females, 37.5% were between 50-60 years old, 75.0% were without underlying diseases, 66.9% were married, 54.7% with primary education level, 51.9% were under Universal Health Coverage Scheme, 65.0% worked as farmers, and 60.0% had monthly income less than 5,000 baht. Those with a medium level of oral health care knowledge, attitudes and perceptions of benefits about oral health care, and dental public health policy were 76.9% 78.6% and 53.6%. Samples with a low level of oral health care behavior were 44.4%. Correlated factors were status, education level, universal coverage scheme, work, knowledge, attitudes, and dental public health policy, with a statistically significant at 0.05 level.

Conclusively, most had a medium level of knowledge, attitudes and perceptions of benefits about the oral health, and dental public health policy, with a low level of oral health care behavior. Finally, research results showed that oral care education should be promoted in the area by providing training and organized activities, or health education, on dental diseases, and self-care on oral health, to cultivate a positive oral health care behavior.

Keywords: Service selection, Dental services, Sub -district health promoting hospital

¹Dental Assistant, Ban Rong Kho Sub-District Health Promoting Hospital, Wang Nuea District, Lampang Province

² Lecturer, School of Public Health, University of Phayao.

³ Lecturer, Department of Thai Traditional Medicine, Ramkhamhaeng University

⁴ President of a Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author: kongkangku69@gmail.com

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการทันตกรรมของผู้รับบริการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องเคาะ จังหวัดลำปาง

มฤดี หวานดี¹, ณรงค์ ใจเที่ยง², ชมลรรค กองอรรถ³, วิชัย เทียนถาวร⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการทันตกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องเคาะ จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 360 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างเดือน เมษายน - พฤษภาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติไคสแควร์

ผลการศึกษา พบว่า จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 360 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.3 มีอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 37.5 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.0 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 66.9 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.7 ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลตามหลักประกันสุขภาพ 30 บาท ร้อยละ 51.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรและรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 65.0 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 60 มีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะคิดและการรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก และมีความรู้เรื่องนโยบายด้านทันตสาธารณสุข ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.9 78.6 และ 53.6 สำหรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 44.4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สิทธิการรักษาพยาบาล อาชีพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะคิดและการรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก และนโยบายด้านทันตสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกใช้บริการทันตกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

สรุป กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ทักษะคิดการรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพช่องปากและนโยบายด้านทันตสาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับต่ำ ผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าควรมีการส่งเสริมให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นในพื้นที่ โดยสนับสนุนให้มีการสื่อสารดูแลสุขภาพช่องปาก และควรจัดกิจกรรมหรือการอบรมเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เกี่ยวกับปากและฟัน การดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง เพื่อสร้างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีในอนาคตต่อไป

คำสำคัญ : การเลือกใช้บริการ, บริการทันตกรรม, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

¹ เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงาน รพ.สต. บ้านร่องเคาะ อำเภอลำปาง จังหวัดลำปาง

² อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา * ผู้ส่งบทความ: kongkangku69@gmail.com

³ อาจารย์ สาขาการแพทย์แผนไทย คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

⁴ อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก

บทนำ (Introduction)

สุขภาพช่องปากเป็นด้านแรกของการมีสุขภาพที่ดีดังคำกล่าวที่ว่า“ช่องปากเป็นประตูสู่สุขภาพในทุกช่วงวัยของชีวิต”(เมธินี คุปพิทยานันท์ และสุพรรณิ ศรีวิริยกุล, 2555) ช่องปาก (Oral cavity) เป็นส่วนที่อยู่ถัดจากริมฝีปากเข้าไปจนถึงลิ้นไก่ ช่องปากเป็นพื้นที่แรกสุดที่รับอาหารเข้าสู่ร่างกาย เป็นจุดเริ่มต้นของระบบย่อยอาหาร โดยมีฟันเป็นอวัยวะสำคัญที่ทำหน้าที่ บดเคี้ยวอาหารให้เป็นชิ้นเล็กๆ ช่วยในการพูดออกเสียง เสริมสร้างความสวยงามบนใบหน้า (สำนักงานทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2563) พันธธรรมชาติของมนุษย์มี 2 ชุด พันธธรรมชาติแรกคือฟันน้ำนม (primary teeth) อยู่ในช่องปากช่วงวัยเด็ก ฟันชุดนี้จะเริ่มขึ้นเมื่ออายุประมาณ 6 เดือนและขึ้นครบ 20 ซี่ เมื่ออายุประมาณ 2 ขวบครึ่ง ลักษณะเป็นฟันซี่เล็กๆ สีขาว มีทั้งหมด 20 ซี่ พันธธรรมชาติชุดที่ 2 เรียกว่า ฟันแท้ หรือ ฟันถาวร (permanent teeth) ฟันชุดนี้มีทั้งหมด 32 ซี่ ฟันชุดนี้ จะเริ่มขึ้นเมื่ออายุประมาณ 6 ขวบ แต่จะขึ้นครบ 28 ซี่ เมื่ออายุครบ 12 ปี โดยที่เหลือ คือฟันกรามซี่สุดท้าย 4 ซี่ จะขึ้นมาในช่วงอายุ 18-25 ปี แต่ถ้าฟันทั้ง 4 ซี่ดังกล่าวไม่ขึ้นมาก็จะกลายเป็นฟันคุด (กมลชนก เดียวสุรินทร์, 2562) ผลกระทบของโรคฟันผุในเด็กสามารถส่งผลต่อสุขภาพร่างกายและสุขภาพช่องปากในอนาคตได้ การมีฟันน้ำนมผุ เด็กจะปวดฟัน เคี้ยวอาหารไม่ได้ ร่างกายจะได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน ส่งผลต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย อีกทั้งอาการปวดฟัน ยังส่งผลต่อการนอนหลับและการเรียนรู้ สิ่งเหล่านี้ล้วนกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กตัวเล็กๆ สามารถขัดขวางพัฒนาการทางร่างกาย อารมณ์และสติปัญญาได้ ผลจากการถอนฟันแท้ตั้งแต่วัยเด็ก และวัยผู้ใหญ่อาจส่งผลกระทบต่อตลอดชีวิต โดยทำให้เกิดความเจ็บปวด ไม่สบาย ทำให้เสียโฉม การบดเคี้ยวอาหารได้น้อยลงตามข้อแนะนำขององค์การสหพันธ์ทันตกรรมโลก ประชาชนใส่ใจสุขภาพช่องปากมาก โดยการพบทันตบุคลากรอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากสม่ำเสมอ องค์การสหพันธ์ทันตกรรมโลก ได้ให้นิยามใหม่ของ คำว่า “สุขภาพช่องปาก” โดยกำหนดให้เป็นส่วนสำคัญของสุขภาพโดยทั่วไป ทั้งทางร่างกายและจิตใจ การมีสุขภาพช่องปากที่ดี อยู่ในสิ่งแวดล้อม ที่เหมาะสมย่อมส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มวัย (สมาพันธ์ทันตแพทย์โลก, 2562) องค์การอนามัยโลกมีรายงานว่า ประชากรราว 3.5 พันล้านคนมีปัญหาด้านสุขภาพช่องปาก โดยจากการศึกษาภาระโรคระดับโลกปี 2017 พบว่าโรคฟันผุในฟันแท้เป็นภาวะสุขภาพที่พบบ่อยที่สุดและพบมากที่สุดในกลุ่มประเทศด้อยพัฒนา(World Health Organization, 2020) ขณะเดียวกันโรคในช่องปากก็เป็นโรคที่มีค่ารักษาสูงที่สุดเป็นอันดับ 4 โดยมีความล้มเหลวในการป้องกันโรคใน

ช่องปากสร้างความเสียหายต่อเศรษฐกิจโลกราว 4.42 แสนล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี จากการศึกษาประเทศสหรัฐอเมริกา (สมาพันธ์ทันตแพทย์โลก, 2562)

ในประเทศไทยมีสถานการณ์โรคฟันผุ พ.ศ.2560 สำนักงานทันตสาธารณสุข กรมอนามัยได้สำรวจสถานะช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ.2560 พบว่า ในกลุ่มอายุ 35-44 ปี และ 60-70 ปี พบโรคฟันผุร้อยละ 91.8 และร้อยละ 98.5 การรับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา ในกลุ่มอายุ 35-44 ปี และ 60-74 ปี เคยไปรับบริการทันตกรรม ร้อยละ 42.3 และร้อยละ 38.7 ตามลำดับ ข้อมูลระดับเขตสุขภาพที่ 1 พบว่า ประชากร กลุ่มอายุ 35-44 ปี และ 60-74 ปี เคยไปรับบริการทันตกรรม ร้อยละ 38.8 และ ร้อยละ 37.9 ตามลำดับ (จิราพร ชิตดีและคณะ, 2561) โดยกระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายการใช้บริการทันตกรรมของประชาชน เท่ากับ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 55 ถึงผ่านเกณฑ์ดี (สำนักงานทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2563) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องเคาะ อำเภอลำปาง จังหวัดลำปาง เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดกลาง มีหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบทั้งหมด 8 หมู่บ้าน มีประชากรอาศัยในพื้นที่จำนวน 4,586 คน (ระบบงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน ,2564) เริ่มเปิดให้บริการทันตกรรมเบื้องต้นแก่ประชาชนในพื้นที่เมื่อปี พ.ศ.2557 ถึงปัจจุบัน มีทันตบุคลากรมาประจำการ จำนวน 1 คน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องเคาะ เพื่อดูแลปัญหาสุขภาพช่องปากให้แก่ประชาชนใน เขตพื้นที่รับผิดชอบ ปัญหาสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่คือ โรคฟันผุและโรคปริทันต์อักเสบ มีร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุ (caries free) ร้อยละ 82.14 (กระทรวงสาธารณสุข คลังข้อมูลสุขภาพ, 2564) ให้บริการทันตกรรมภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นหนึ่งในมาตรการควบคุมความชุกของโรคในช่องปากของประชาชนครอบคลุมทุกกลุ่มวัย มีบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก การให้คำแนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ การเคลือบหลุมร่องฟัน และทันตกรรมบำบัดรักษา ได้แก่ การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน (คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2563)การเปิดบริการทันตกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องเคาะ ทำให้ประชาชนในเขตพื้นที่เข้าถึงบริการทันตกรรมได้ง่ายทำให้ผู้มารับบริการมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

การเลือกรับบริการทางทันตกรรมจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องเคาะ อำเภอลำปาง จังหวัดลำปาง ประชาชนในพื้นที่มีแนวโน้มมาใช้บริการเพิ่มขึ้น จากข้อมูล 6 เดือนที่ผ่านมามีคนใช้บริการทันตกรรมเฉลี่ย 411 คนต่อเดือน ครั้งที่มารับบริการเฉลี่ย 512 ครั้ง (กระทรวงสาธารณสุข คลังข้อมูลสุขภาพ, 2564) ซึ่งทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องเคาะได้เล็งเห็นความสำคัญของการเลือกรับบริการทันตกรรมของประชาชน จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจใน

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกรับบริการทันตกรรมจากประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องเคาะ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง เพื่อให้ทราบข้อมูลของการให้บริการทางทันตกรรมกับประชาชนในพื้นที่ ทราบถึงความต้องการในการจัดระบบบริการสุขภาพด้านทันตกรรม และนำไปพัฒนารูปแบบการให้บริการทางทันตกรรมให้ครอบคลุมและเหมาะสมกับประชาชนในพื้นที่สามารถจัดรูปแบบและบริการให้มีความเหมาะสมมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และสร้างระบบบริการสุขภาพด้านทันตสาธารณสุขให้ยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การเลือกรับบริการทันตกรรมและศึกษาพฤติกรรมการเลือกรับบริการทันตกรรมของผู้มารับบริการทันตกรรมจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องเคาะ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง

วิธีการดำเนินการศึกษา (Methods)

การศึกษานี้เป็นรูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา แบบตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study)

ประชากร คือ ผู้มารับบริการทันตกรรมจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านร่องเคาะ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 360 คน โดยการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามตารางของเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) จากผู้มารับบริการทันตกรรม ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องเคาะ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง ซึ่งสุ่มตัวอย่างประชากรจากจำนวนประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบ 8 หมู่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องเคาะ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง โดยมีประชากรทั้งหมด 4,586 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (accidental sampling)

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างประชากรที่มารับบริการทันตกรรมจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องเคาะ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง ในช่วงเดือนเมษายน - พฤษภาคม 2564 จำนวน 360 ชุด ได้ขออนุญาตเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องเคาะ ตามหนังสือขออนุญาตเลขที่ ลป 0832.4/67.1 และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างโดยสมัครใจ

นำข้อมูลที่ได้ ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของแบบสอบถาม จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูล และแปลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือเก็บข้อมูล โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วนมีทั้งหมด 73 ข้อ ได้แก่ ส่วนที่ 1 จำนวน 8 ข้อ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว สถานภาพ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษาพยาบาล อาชีพ และรายได้ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติและการรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับนโยบายด้านทันตสาธารณสุข เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องนโยบายด้านทันตสาธารณสุข จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้มารับบริการทางทันตกรรมจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องเคาะ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง จำนวน 20 ข้อ โดยคำถามในแบบสอบถามส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 และ ส่วนที่ 5 เป็นการดัดแปลงมาจากแบบสอบถามในงานวิจัยของ สมลักษณ์ แสงสัมฤทธิ์สกุล (2559)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยการหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยการนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเรียบร้อยแล้ว ทำการตรวจสอบความถูกต้องและตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญด้านทันตกรรม จำนวน 3 คน และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ มีค่าเฉลี่ย IOC เท่ากับ 0.630 และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบ และปรับปรุงแก้ไขจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองใช้โดยการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างนอกพื้นที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปางวัง อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยที่ค่าเชื่อมั่นของความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก เท่ากับ 0.659 แบบสอบถามทัศนคติและการรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.787 แบบสอบถามความรู้เรื่องนโยบายด้านทันตสาธารณสุข มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.871

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้มารับบริการทางทันตกรรมจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องเคาะ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.825

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ในการอธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทักษะและการรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก นโยบายด้านทันตสาธารณสุข และพฤติกรรมผู้มารับบริการทางทันตกรรมจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องเคาะ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analysis Statistics) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการทางทันตกรรมจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องเคาะ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

ผลการศึกษา (Results)

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 192 คน คิดเป็นร้อยละ 53.3 รองลงมาเป็นเพศชาย 168 คน คิดเป็นร้อยละ 46.7 มีอายุ 51-60 ปี 135 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 อายุ 26-50 ปี 121 คน คิดเป็นร้อยละ 33.6 อายุมากกว่า 60 ปี 83 คน คิดเป็นร้อยละ 23.1 อายุต่ำกว่า 25 ปี 21 คน คิดเป็นร้อยละ 5.8 มีโรคประจำตัว 90 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0 ไม่มีโรคประจำตัว 270 คน คิดเป็นร้อยละ 75.0 สถานภาพสมรส สมรส 241 คน คิดเป็นร้อยละ 66.9 โสด 72 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 หย่าร้าง 47 คน คิดเป็นร้อยละ 13.1 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา 197 คน คิดเป็นร้อยละ 54.7 มัธยมศึกษา 119 คน คิดเป็นร้อยละ 33.1 ปริญญาตรี 44 คน คิดเป็นร้อยละ 12.2 สิทธิการรักษาพยาบาล สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท 187 คน คิดเป็นร้อยละ 51.9 สิทธิครอบครัว อสม. 126 คน คิดเป็นร้อยละ 35.0 สิทธิข้าราชการ 26 คน คิดเป็น ร้อยละ 7.3 สิทธิประกันสังคม 21 คน คิดเป็นร้อยละ 5.8 อาชีพ เกษตรกร รับจ้างทั่วไป 234 คน คิดเป็นร้อยละ 65.0 แม่บ้าน นักศึกษา 60 คน คิดเป็นร้อยละ 16.6 ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว 52 คน คิดเป็นร้อยละ 14.5 รับราชการ รัฐวิสาหกิจ 14 คน คิดเป็นร้อยละ 3.9 รายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท 216 คน คิดเป็นร้อยละ 60 มากกว่า 5,000 บาท 144 คน คิดเป็นร้อยละ 40

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง 277 คน คิดเป็นร้อยละ 76.9 รองลงมา มีระดับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับต่ำ 67 คน คิดเป็นร้อยละ 18.7 และมีระดับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูง 16 คน คิดเป็นร้อยละ 4.4 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติและการรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับปานกลาง 283 คน คิดเป็นร้อยละ 78.6 รองลงมา มีระดับทัศนคติ และการรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับสูง 47 คน คิดเป็นร้อยละ 13.1 และมีระดับทัศนคติและการรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับต่ำ 30 คน คิดเป็นร้อยละ 8.3 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เรื่องนโยบายด้านทันตสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง 193 คน คิดเป็นร้อยละ 53.6 รองลงมา มีระดับความรู้เรื่องนโยบายด้านทันตสาธารณสุข อยู่ในระดับสูง 139 คน คิดเป็นร้อยละ 38.6 และมีระดับความรู้เรื่องนโยบายด้านทันตสาธารณสุข อยู่ในระดับต่ำ 28 คน คิดเป็นร้อยละ 7.8 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลางและอยู่ในระดับต่ำ 160 คน คิดเป็นร้อยละ 44.4 รองลงมาอยู่ในระดับสูง 40 คน คิดเป็นร้อยละ 11.2

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมเลือกรับบริการทันตกรรมจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องเคาะ (n = 360)

ปัจจัย	พฤติกรรมเลือกรับบริการทันตกรรม			χ^2	df	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
	จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)			
เพศ				1.030	2	0.598
ชาย	79(47.0)	70(41.7)	19(11.3)			
หญิง	81(42.2)	90(46.9)	21(10.9)			
อายุ(ปี)				11.049	6	0.087
ต่ำกว่า 25 ปี	4(19.0)	13(62.0)	4(19.0)			
26-50 ปี	47(38.8)	59(48.8)	15(12.4)			
51-60 ปี	71(52.6)	51(37.8)	13(9.6)			

ปัจจัย	พฤติกรรมเลือกรับบริการทันตกรรม			χ^2	df	p-value
	ต่ำ จำนวน(%)	ปานกลาง จำนวน(%)	สูง จำนวน(%)			
มากกว่า 60 ปี	38(45.8)	37(44.6)	8(9.6)	4.867	2	0.088
โรคประจำตัว						
ไม่มี	47(52.3)	31(34.4)	12(13.3)			
มี	113(41.9)	129(47.8)	28(10.3)	17.610	4	0.001**
สถานภาพสมรส						
โสด	21(29.2)	35(48.6)	16(22.2)			
สมรส	117(48.5)	107(44.4)	17(7.1)			
หย่าร้าง	22(46.8)	18(38.3)	7(14.9)			
ระดับการศึกษา				16.272	8	0.039**
ประถมศึกษา	85(43.1)	89(45.2)	23(11.7)			
มัธยมศึกษา	59(49.6)	53(44.5)	7(5.9)			
ปริญญาตรี	16(36.4)	18(40.9)	10(22.7)			
สิทธิการรักษาพยาบาล				34.275	8	0.001**
สิทธิหลักประกัน	69(36.9)	92(49.2)	26(13.9)			
สุขภาพ						
สิทธิประกันสังคม	8(38.1)	7(33.3)	6(28.6)			
สิทธิครอบครัว	72(57.1)	52(41.3)	2(1.6)			
อสม.						
สิทธิข้าราชการ	11(42.3)	9(34.6)	6(23.1)	25.265	5	0.005*
อาชีพ						
ค้าขาย/ธุรกิจ	17(32.7)	28(53.8)	7(13.5)			
ส่วนตัว						
รับราชการ/	2(14.3)	8(57.1)	4(28.6)			
รัฐวิสาหกิจ						

ปัจจัย	พฤติกรรมเลือกรับบริการทันตกรรม			χ^2	df	p-value
	ต่ำ จำนวน(%)	ปานกลาง จำนวน(%)	สูง จำนวน(%)			
แม่บ้าน/นักศึกษา	19(31.7)	32(53.3)	9(15.0)			
เกษตรกร/รับจ้าง ทั่วไป	122(52.2)	92(39.3)	20(8.5)			
รายได้ต่อเดือน (บาท)				0.469	2	0.791
น้อยกว่า 5,000 บาท	97(44.9)	97(44.9)	22(10.2)			
มากกว่า 5,000 บาท	63(43.8)	63(43.8)	18(12.4)			
ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก				28.124	4	0.001**
ระดับต่ำ	34(50.7)	29(43.3)	4(6.0)			
ระดับปานกลาง	124(44.8)	125(45.1)	28(10.1)			
ระดับสูง	2(12.5)	6(37.5)	8(50.0)			
ทัศนคติและการรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก				111.983	4	0.001**
ระดับต่ำ	19(63.3)	11(36.7)	0(0.0)			
ระดับปานกลาง	135 (47.7)	134(47.4)	14(4.9)			
ระดับสูง	6(12.8)	15(31.9)	26(55.3)			
ความรู้เกี่ยวกับนโยบายด้านทันตสาธารณสุข				47.869	4	0.001**
ระดับต่ำ	26(92.9)	2(7.1)	0(0.0)			
ระดับปานกลาง	91(47.2)	90(46.6)	12(6.2)			
ระดับสูง	43(30.9)	68(48.9)	28(20.2)			

หมายเหตุ * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.001$

อภิปรายผล (Discussion)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมเลือกรับบริการทันตกรรมจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องเคาะ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง ของกลุ่มตัวอย่าง

สถานภาพสมรส และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเลือกรับบริการทันตกรรมจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องเคาะ พบว่า ผู้มารับบริการที่มีสถานภาพสมรสเลือกใช้บริการทันตกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องเคาะ มากกว่า ผู้ที่มีมารับบริการที่มีสถานภาพโสด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้มารับบริการที่มีสถานภาพโสดสามารถตัดสินใจเลือกบริการด้วยตนเองเป็นส่วนมาก สำหรับผู้มารับบริการที่มีสถานภาพสมรสแล้วการตัดสินใจเลือกบริการนั้นอาจคำนึงถึงครอบครัวเป็นหลัก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐพนธ์ สมสวาท (2559) ศึกษาความต้องการการบริการทางทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตตำบลจองคำ อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการบริการทางทันตกรรมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สถานภาพสมรส และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีธยา ณัฐเศรษฐสกุล (2561) พบว่า ผู้มารับบริการที่มีสถานภาพสมรสและอาชีพต่างกัน มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรมจากคณะทันตแพทยศาสตร์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนิสา หนูพูน (2562) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการเลือกรับบริการทางด้านทันตกรรมของคลินิกทันตกรรม ทันตศิลป์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากกำลังทรัพย์ของแต่ละอาชีพทำให้มีผลต่อการเลือกรับบริการ

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเลือกรับบริการทันตกรรมจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องเคาะ พบว่า ผู้มารับบริการสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษามากกว่าผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมและความคิด จึงสะท้อนถึงวุฒิภาวะในการตัดสินใจของแต่ละบุคคล กระบวนการเลือกรับบริการของผู้ใช้บริการเกิดจากการตระหนักหรือรู้ความต้องการผู้รับบริการโดยการคิด วางแผนล่วงหน้า ถูกเร่งโดยประสาทสัมผัสทางหู ตา จมูก ลิ้น หรือการสัมผัส เช่น การมีสุขภาพฟันที่ดีเป็น การเสริมสร้างบุคลิกภาพและสร้างความมั่นใจให้แก่ตนเองและผู้พบเห็นมากยิ่งขึ้น เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมปอง ประดับมุขและกนกพร ชัยประสิทธิ์ (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจด้านส่วนประสมการตลาดบริการ 7P's ของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมี

ผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการโรงพยาบาล ศูนย์การแพทย์ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สิทธิการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเลือกรับบริการทันตกรรมจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องเคาะ พบว่า ผู้มารับบริการใช้สิทธิการรักษาพยาบาลสิทธิครอบครัวอสม.และสิทธิหลักประกันสุขภาพมากที่สุด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้มารับบริการเลือกสถานบริการตามสิทธิการรักษาพยาบาลของตน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุญเกียรติ วัฒนเรืองรอง (2561) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการทันตกรรมโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดสมุทรปราการ ผลการวิจัยพบว่า สิทธิการรักษาพยาบาลมีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทันตกรรม (P-Value = 0.001)

ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเลือกรับบริการทันตกรรมจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องเคาะ พบว่า ผู้มารับบริการมีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากระดับปานกลางและระดับต่ำ เลือกรับบริการทันตกรรมจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องเคาะ มากกว่าผู้ที่มีความรู้ระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร ผุดผ่อง (2563) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา เจริญกุล (2557) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพของผู้ใช้บริการทันตกรรม กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ ผลการศึกษพบว่า ความรู้ด้านทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านทันตสุขภาพโดยรวม และทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องตามเหตุผลที่ว่า เมื่อบุคคลมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องทันตสุขภาพก็จะมีผลในพฤติกรรมปฏิบัติตามในแนวทางที่ถูกต้องควรจะเป็น เพราะความรู้เป็นปัจจัยเบื้องต้นหลังประการหนึ่งต่อพฤติกรรมของมนุษย์

ทัศนคติและการรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเลือกรับบริการทันตกรรมจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องเคาะ พบว่า ผู้มารับบริการมีทัศนคติและการรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพช่องปากระดับปานกลางและระดับต่ำ เลือกรับบริการทันตกรรมจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องเคาะ มากกว่าผู้ที่มีทัศนคติและการรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพช่องปากระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร ผุดผ่อง (2563) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า ทัศนคติการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์

กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา เจริญกุล (2557) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพของผู้ใช้บริการทันตกรรม กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ ผลการศึกษาพบว่า ทักษะคติต่อทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านทันตสุขภาพโดยรวมและทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย

ความรู้เกี่ยวกับนโยบายด้านทันตสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเลือกรับบริการทันตกรรมจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องเคาะ พบว่า ผู้มารับบริการมีความรู้เกี่ยวกับนโยบายด้านทันตสาธารณสุขระดับปานกลางและระดับสูง เลือกรับบริการทันตกรรมจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องเคาะ มากกว่าผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับนโยบายด้านทันตสาธารณสุขระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความเป็นอยู่ของชุมชนเป็นชุมชนชนบทการเข้าถึงหน่วยบริการ รับรู้นโยบายด้านทันตสาธารณสุขได้ง่าย ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเริงสิทธิ์ นามวิชัยศิริกุล (2561) ได้ศึกษาการวิเคราะห์การใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทยกับนโยบายทันตสาธารณสุขในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา พบว่า โดยภาพรวมการใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทยในช่วง 10 ปี ไม่เปลี่ยนแปลง แม้ว่ารัฐบาลมีนโยบายด้านทันตสาธารณสุขในรูปแบบที่หลากหลายระหว่างปี พ.ศ. 2548 ถึง พ.ศ. 2558 เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพช่องปาก โดยเพิ่มการใช้บริการทันตกรรมของประชาชนซึ่งนโยบายทันตสาธารณสุขที่สำคัญประกอบด้วย นโยบายด้านกำลังคน ด้านกำหนดประชากรกลุ่มเป้าหมายและด้านมาตรการสนับสนุนอื่นๆ เช่น การดำเนินงานกองทุนทันตกรรมของ สปสช. ทำให้เพิ่มการใช้บริการของประชาชนมากขึ้น ซึ่งเป็นการมุ่งเน้นเรื่องโรคมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ แต่เมื่อกองทุนนี้ยุบลง การดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปากต้องขึ้นอยู่กับความสามารถในการนำกองทุนระดับพื้นที่มาใช้ ทั้งนี้เงินกองทุนตำบลมีข้อจำกัดคือต้องใช้ในการพัฒนาภายในตำบลเท่านั้นไม่สามารถใช้ข้ามตำบลได้จึงทำให้การพัฒนาเครือข่ายต่างๆ ทำได้ยาก

สรุปผลการวิจัย (Recommendations)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ ทักษะคติการรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก และความรู้เรื่องนโยบายด้านทันตสาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเลือกรับบริการทันตกรรมจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องเคาะ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง พบว่า สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สหิการรักษายาบาล อาชีพ ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะคติและ

การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพช่องปาก และนโยบายด้านทันตสาธารณสุข เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเลือกรับบริการทันตกรรมจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องเคาะ อำเภอลำปาง จังหวัดลำปาง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

- 1.จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ ทักษะการรับรู้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพช่องปากและนโยบายด้านทันตสาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับต่ำ ผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าควรมีการส่งเสริมให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นในพื้นที่ โดยสนับสนุนให้มีการสื่อสารดูแลสุขภาพช่องปาก และควรจัดกิจกรรมหรือการอบรมเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เกี่ยวกับปากและฟัน การดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง เพื่อสร้างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในอนาคตต่อไป
- 2.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องเคาะควรเน้นการส่งเสริมการให้ความรู้เชิงปฏิบัติมากขึ้น เพื่อให้ประชากรในพื้นที่มีทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปาก เพื่อให้ประชากรในพื้นที่มีความรู้ มีทัศนคติที่ดี สามารถดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองได้

เอกสารอ้างอิง (References)

- กมลชนก เตียวสุรินทร์. (2562). ความสำคัญของฟันน้ำนม. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 27 มีนาคม 2564).
สืบค้นจาก: <https://www.thapd.org/>
- กัมพล กล่ำสีทอง. (2555). การศึกษาความต้องการการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ตำบลสิกา อำเภอสีเกา จังหวัดตรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กระทรวงสาธารณสุข คลังข้อมูลสุขภาพ. (2564). ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีที่ปราศจากฟันผุ (Caries free) ระดับตำบล. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 27 มีนาคม 2564). สืบค้นจาก:
<http://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/dentalcariesfree/tambon?year=2021&kid=42&ap=5207>
- จิราพร ชิตดี, สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา, นพวรรณ โพชนุกูล, พงศธร จินตกานนท์, พัทธวรรณ สุขมาลีนท์. (2561). รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ.2560. กรุงเทพฯ: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 27 มีนาคม 2564).
สืบค้นจาก: http://dental2.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=2423
- ชูลีพร เฝ้านิมมมงคล. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 17(3):10-19.
- ณัฐพันธ์ สมสาวท. (2559). ความต้องการการบริการทางทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตตำบลจองคำ อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการบริหารทางสาธารณสุข) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น.
- นิตยา เจริญกุล. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านทันตสาธารณสุขของผู้ใช้บริการทันตกรรมกรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ. วารสารสหวิทยาการวิจัย ฉบับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 3(2): 12-22.
- บุญเกียรติ วัฒนเรืองรอง. (2561). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการทันตกรรมโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดสมุทรปราการ. วารสารศูนย์อนามัย 9:วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 12(12):85-102.
- เมธินี คุปพิทยานันท์ และ สุพรรณิ ศรีวิริยกุล. (2555). การสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ประดู...สู่สุขภาพที่ดีในทุกช่องวัยของชีวิต. สุขภาพช่องปาก. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

ระบบงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน. (2564). ประชากรเขตรับผิดชอบ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องเคาะ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง.

เริงสิทธิ์ นามวิชัยศิริกุล. (2561). การวิเคราะห์การใช้บริการทันตกรรมของประเทศไทยกับนโยบายทันตสาธารณสุข ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา. วารสารทันตสาธารณสุข ขอนแก่น. 21(2):178-188.

วัฒน์สินธุ์ สุวรรตนาณนท์. (2563). คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 27 มีนาคม 2564). สืบค้นจาก:

<http://www.kkpho.go.th/i/index.php/component/attachments/download/8611>

ศรัณยา ณัฐเศรษฐสกุล. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรมจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. วารสาร Mahidol R2R e-Journal. 5(1):133-148.

สมาพันธ์ทันตแพทย์โลก (FDI World Dental Federation). (2562). สุขภาพช่องปากบรรจุในวาระด้านสุขภาพระดับโลก. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 27 มีนาคม 2564). สืบค้นจาก:

<https://www.hffocus.org/content/2019/09/17821>

สุนิสา หนูพูน. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกรับบริการทางด้านทันตกรรมของคลินิกทันตกรรม ทันตศิลป์. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต (กลุ่มวิชาการเงิน) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย.

สุภาพร ผุดผ่อง. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ของผู้สูงอายุ อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 4(1):101-119.

สมปอง ประดับมุขและ กนกพร ชัยประสิทธิ์. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจด้านส่วนประสมการตลาดบริการ 7P's ของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี. 11(11):81-90.

สมลักษณ์ แสงสัมฤทธิ์สกุล. (2559). โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในช่องปาก ของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา.

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2561). เด็กไทยกับโรคฟันผุ ปัญหาใหญ่ที่ส่งผลถึงอนาคต. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 27 มีนาคม 2564). สืบค้นจาก: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/help-knowledgs/kid-and-decay-tooth/>

- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2563). แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 27 มีนาคม 2564). สืบค้นจาก:
http://dental.skto.moph.go.th/documents/form/other20201109_023212.pdf
- Best, John.(1977).Research in Education. New Jersey:Prentice Hall, Inc.1977.
- Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet 2018; 392: 1789–8583
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities.Educational and Psychological Measurement, 30(3), pp. 607-610
- Likert, Rensis. The Method of Constructing and Attitude Scale. In Reading in Fishbein, M (Ed.), Attitude Theory and Measurement New York: Wiley & Son; 1967. p. 90-5.
- World Health Organization (2020). Oral health. [online]. (retrieved March 27,2021), From; https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health?fbclid=IwAR1NDpFBx1RWoseFNSULP8A_etUIDB10xw0YCdAAbxSFW3dUn-q_XaKA

Developing a hybrid clustering model for Covid-19 vaccine distribution in Bangkok metropolis, Thailand

Thitima Wonginta¹, Anirut Kantasa-ard^{2*}

Abstract

The Covid-19 cases are rapidly and continuously increasing in many areas recently, particularly in the Asia and Pacific region. Bangkok, as one of the biggest capitals in Southeast Asia, has a high prevalence rate of Covid-19 patients. Furthermore, the number of deaths from this pandemic is constantly rising. Therefore, the central government put an effort to control the Covid-19 situation by increasing the vaccination rate in many endemic areas, including Bangkok. Despite that Covid-19 vaccine has been prepared since the 1st quarter of 2021, vaccine distribution in this city is still limited. One of the main problems is insufficient vaccination centers serving all populations in Bangkok and metropolitan areas. This paper proposes a novel perspective of vaccine distribution in the metropolis, using a hybrid clustering model. This model is the integration between the concepts of partitional clustering and center-of-gravity. Bangkok is chosen as a case study to verify the performance of this model.

The results showed that K-Means is outperformed other benchmark via silhouette width value. In addition, this model suggests increasing the number of vaccination centers in some areas of Bangkok. This model suggests extra six vaccination centers apart from 25 current centers established by the central government, for a total of 31 centers. This can be a good case study for all involved organizations to consider increasing vaccination centers in different areas for the future period.

Keywords: Partitional Clustering, Vaccine distribution, Covid-19, K-Means, Center-of-gravity

¹ Assistance Professor, Faculty of Logistics, Burapha University, Chonburi Thailand

^{2*} Lecturer, Faculty of Logistics, Burapha University, Chonburi Thailand

^{2*} Corresponding author, email: anirutka@gmail.com

การพัฒนาแบบจำลองคลัสเตอร์แบบผสมสำหรับการจัดสรรวัคซีน Covid-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ฐิติมา วงศ์อินตา¹, อนิรุทธ์ ชันธะสะอาด^{2*}

บทคัดย่อ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ทั่วโลกส่งผลให้มีจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องโดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก กรุงเทพมหานครเป็นหนึ่งในเมืองหลวงที่ใหญ่ที่สุดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 เพิ่มขึ้นในอัตราที่สูง อีกทั้งจำนวนผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ยังมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถานการณ์ดังกล่าวรัฐบาลจึงเร่งดำเนินการมาตรการในการลดการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 โดยการเพิ่มอัตราการฉีดวัคซีนให้กับประชาชนโดยเฉพาะในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑลซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อสูงสุดในประเทศ อย่างไรก็ตามแม้ว่ารัฐบาลจะมีการเตรียมการฉีดวัคซีนให้กับบุคลากรทางการแพทย์ตั้งแต่ช่วงไตรมาสที่ 1 ของปี 2021 แต่ยังคงพบว่าปัจจุบันการกระจายวัคซีนยังไม่สามารถกระจายให้กับประชาชนทั่วไปได้อย่างทั่วถึง หนึ่งในปัญหาที่สำคัญคือจำนวนวัคซีนไม่เพียงพอ ทำให้การกำหนดจุดให้บริการฉีดวัคซีนให้กับประชาชนทั่วไประยะไกลยังไม่ครอบคลุมทั่วพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมีแนวคิดในการพัฒนาแบบจำลองคลัสเตอร์แบบผสมโดยการผสมผสานระหว่างแนวคิดการจัดกลุ่มแบบ Partitional Clustering และวิธีจุดศูนย์กลางแรงโน้มถ่วง เพื่อวิเคราะห์หาจุดที่เหมาะสมสำหรับการจัดสรรวัคซีนโควิด-19 ให้กับประชาชนทั่วไป โดยงานวิจัยนี้ได้เลือกจังหวัดกรุงเทพมหานครเป็นกรณีศึกษาในครั้งนี้

ผลการวิเคราะห์พบว่าเทคนิคในการจัดกลุ่มด้วย วิธี K-mean มีประสิทธิภาพดีกว่าวิธีอื่นๆ เมื่อพิจารณาจากค่า silhouette จากการใช้วิธี K-Means ในการพัฒนาแบบจำลองพบว่าแบบจำลองแนะนำให้เพิ่มจำนวนศูนย์ฉีดวัคซีนเพิ่มในบางพื้นที่ของกรุงเทพมหานครอีกจำนวน 6 แห่ง จากเดิมที่รัฐบาลได้มีการกำหนดจุดฉีดวัคซีนไว้แล้วจำนวน 25 แห่ง รวมเป็น 31 แห่ง ซึ่งสามารถให้บริการฉีดวัคซีนให้กับประชาชนได้ครอบคลุมพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งแนวคิดในการวิเคราะห์การกำหนดจุดฉีดวัคซีนของกรุงเทพมหานครในครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการวิเคราะห์จุดที่เหมาะสมในการจัดสรรวัคซีนโควิด-19 ในพื้นที่อื่นๆได้

คำสำคัญ: การจัดกลุ่มแบบ Partitional Clustering, การกระจายวัคซีน, Covid-19, K-Means, วิธีจุดศูนย์กลางแรงโน้มถ่วง

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะโลจิสติกส์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี

^{2*} อาจารย์, คณะโลจิสติกส์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี

^{2*} Corresponding author, email: anirutka@gmail.com

1. Introduction

Today's covid-19 situation is worse than it was last year during the same time period. The number of patients and deaths are increasing continuously from time to time. In addition, the delta branch mutation is quickly spreading over Europe, North and Latin America, and the Asia Pacific regions. The number of infections was increasing in Thailand since April 2021. The trend of Covid-19 new cases in Thailand is shown in Figure 1.

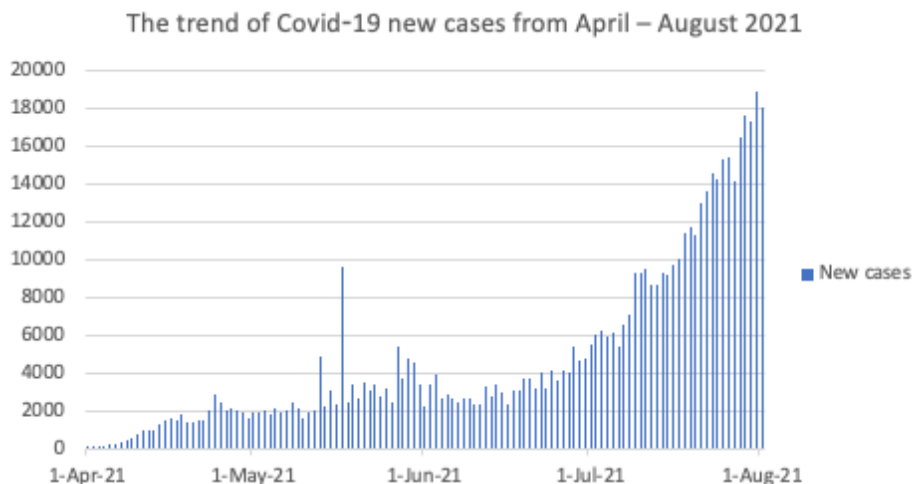


Figure 1 The trend of Covid-19 new cases from April – August 2021 (Dong et al., 2020)

Furthermore, as compared to other countries in the same region, the quantity of vaccines is insignificant. The number of Covid-19 first doses are around 14.2 million doses (20% of the total population), and the number of complete doses are around 3.9 million doses (5.6% of the total population)(Hannah et al., 2020). The total vaccination rate, as shown in Figure 2, is evaluated until 2 August 2021.

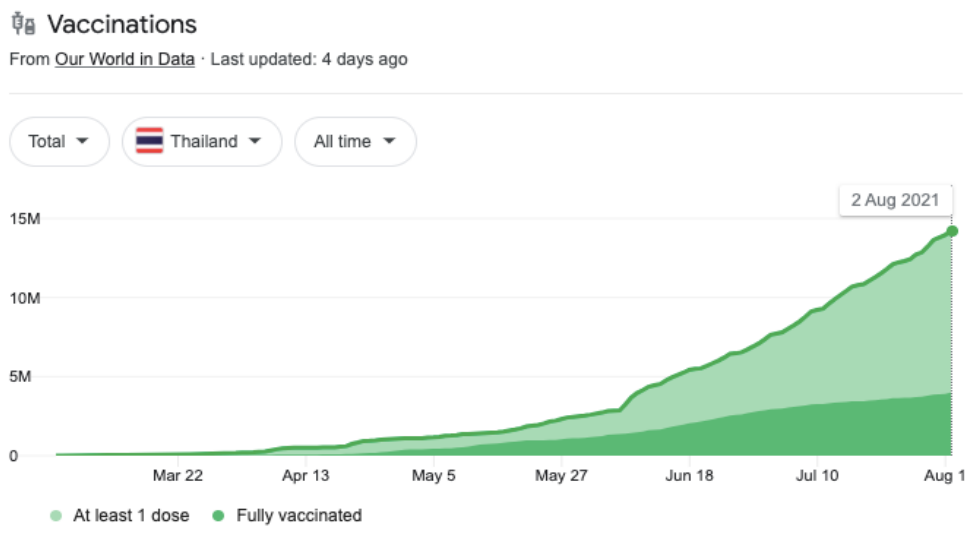


Figure 2 The Covid-19 vaccination rates in Thailand from April – August 2021(Hannah et al., 2020)

Regarding the information, people waiting for the vaccine are approximately 80% for the first dose and 94.4% for the second dose. After considering the number of patients from many cities in Thailand, Bangkok has the highest rate of Covid-19 patients(Department of Disease Control, 2021). The details are shown in Figure 3.

Since Bangkok is Thailand's capital and one of the country's most important economic centers, it is crucial to keep Covid-19 infection under control. The public health system, economy and society will be affected if the government does not lower Covid-19 infection rates in the economic sector. Furthermore, the rates of economic and social progress will be also slowed.

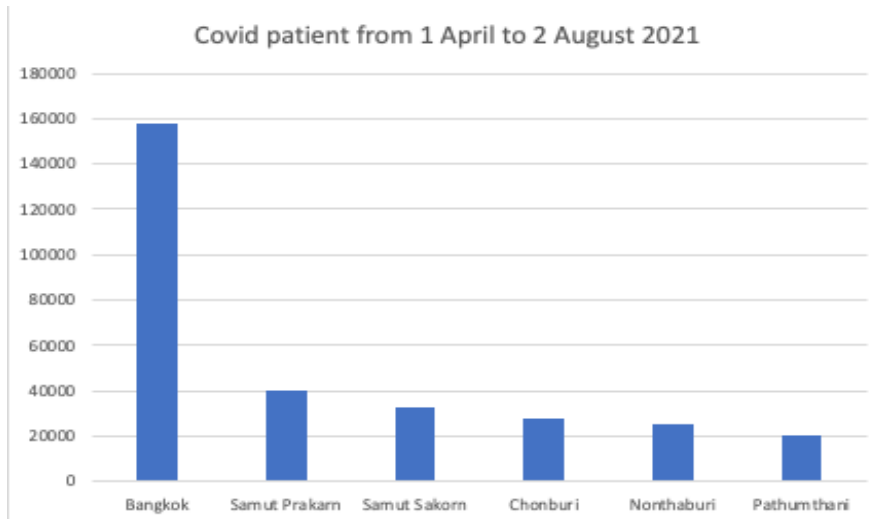


Figure 3 The top 6 provinces of Covid-19 patients in Thailand from April – August 2021(Department of Disease Control, 2021)

After validating the situation of Covid- 19 in Bangkok, there are still some limitations such as insufficient vaccines, lack of outdoor vaccination centers, and difficulty to get the vaccination queue(Department of Disease Control, 2021). Therefore, this paper proposes a hybrid clustering model to improve the vaccine distribution during this epidemic time. This model will suggest how to allocate vaccination centers in each area by clustering method. Also, this model will propose new positions of vaccination centers to serve all populations in some districts of Bangkok and metropolitan areas.

This paper is divided into six sections. First section introduces the paper. Section 2 reviews the literature on clustering methods and typical location decisions. Section 3 describes the problem statements and objectives. Section 4 details the methodology and the implementation of the hybrid clustering model. Section 5 demonstrates the proposed model's results and compares the results between the proposed model and the existing solution. Section 6 contains the conclusion as well as potential future study directions.

2. Literature Reviews

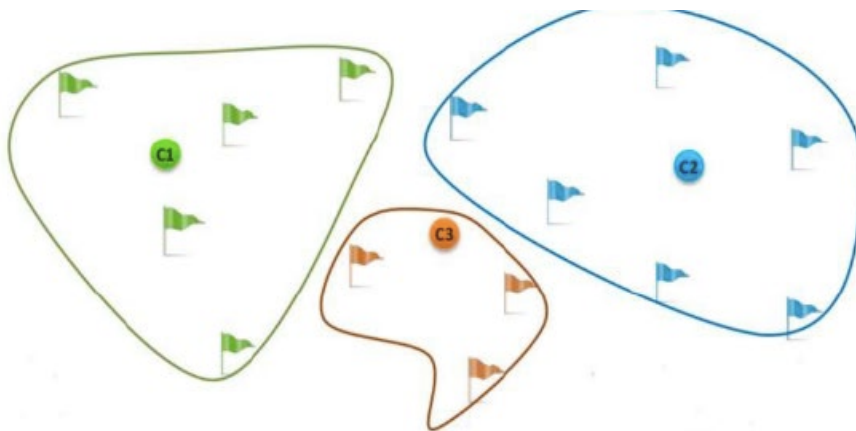
The literature review is structured as follows. Firstly, some clustering models are presented with their advantages and limitations. Secondly, the concept of location decisions and how to choose appropriate locations are reviewed. These concepts will be the starting point to construct the hybrid clustering model in this study.

2.1 Clustering method

The clustering method is one of the unsupervised learning techniques and frequently implemented to forecast data in various domains(Flynt & Dean, 2016; MacQueen, 1967). The main concept of this method is to cluster data into different groups before training and forecasting. The existing data will be clustered based on the similarity of input variables(MacQueen, 1967). Nowadays, the clustering method reduces the input and output variables' dimensions, particularly in big data(Nananukul, 2013). There are many clustering methods such as Hierarchical Clustering, Partitional Clustering, and Fuzzy Clustering. However, "partitional clustering" is one of the most often used clustering algorithms for grouping data.

Partitional clustering is easy to implement and appropriate to cluster data from small to large datasets with various parameters(Murray et al., 2015). Also, this clustering method has less computational time than other clustering methods. For the implementation, the partitional clustering will divide data into k groups regarding input parameters, both quantitative and qualitative types(MacQueen, 1967). Each k group will be composed of two main components: a center point and various data points. The example of partitional clustering is shown in Figure 4. In this figure, c1, c2, c3 stand for a center point of delivery locations in each cluster. The remaining flags are presented as various delivery locations.

There are many clustering methods for partitional clustering. However, two clustering methods, which are K-Means and K-Medoid, are frequently used to cluster data. Both K-Means and K-medoid are similar in structures. The data is clustered into k groups. Conversely, there are some different minor points between these two methods. K-Means groups data points into k groups and constructs a center point inside each group using the mean value (Kantasa-Ard et al., 2019). However, K-Medoid constructs a center point inside each group using the median value. The performance of these two methods is comparable. But, K-Means will be sensitive to anomaly data and the number of clusters are frequently changed (Kassambara, 2018).



(Gunawardena, 2016)

Moreover, some partitional clustering studies are focused on epidemic cases. For example, the first research (Dzimińska et al., 2021) work implemented K-Means to analyze the water usage rate of inhabitants in the northern region of Poland. The research also considered the fluctuation of usage rate during the epidemic of Covid-19. In addition, the second study (Davahli et al., 2021) used the Self-Organizing Map (SOM), an unsupervised learning approach, to cluster the number of states depending on Covid-19 infection rates. The states that have similar behavior will be clustered in the same group. In addition, this second work forecasted the number of infection rates using a

recurrent neural network. Another research work (Mitra et al., 2020) also used K-Means to cluster and analyze the children and teenagers' physical behavior in Canada. The research analyzed their behaviors before and during the epidemic of Covid-19. The main reason is to manage the risk of public health for all urban inhabitants. In addition, some research works in the medical domain have implemented the concept of hybrid clustering. For instance, the research works (Simić et al., 2018, 2021) proposed combining the fuzzy partition method and maximum likelihood estimation clustering for diagnosing medical diseases. Another work (Guhathakurata et al., 2021) visualized the death rates of different countries, including South Asian countries, using the hierarchical clustering-based machine learning approach.

Due to the current research above, the clustering method is frequently implemented to cluster and analyze data during epidemic time. Nevertheless, this technique still limits implementation to manage vaccine distribution. Also, the concept of hybrid clustering was implemented in few works for the medical domain. Therefore, it will be an exciting aspect to implement this technique to improve vaccine distribution in urban areas, especially in the metropolis. This research does not focus only on the cluster of vaccine distribution. It also mentions how to increase the number of new vaccination centers in the urban area. Then, the concept of typical location decisions will describe more details in this perspective.

2.2 Typical Location Decisions

This section focuses on two parts. The first part will describe the principle of typical location and relevant parameters to decide an appropriate location. The second part will mention how to choose the appropriate location based on different location decision methods. All details are described below.

2.2.1 The principle of typical location and relevant parameters

There are many definitions to explain the meaning of location recently. In the logistics aspect, location is a place to serve all operations, such as production and

distribution processes and to satisfy customers in the supply chain(Apipratchayasakul, 2010). All business units establish different location strategies based on their business nature, cost, profit, and customer relations. Therefore, the location strategy is essential to all business units nowadays.

Another important thing before choosing an appropriate location is considering all relevant parameters that affect the location(Chaiyawong, 2017). Various parameters are needed to be considered. However, some parameters are frequently used in the location decision, such as raw materials, labor, transportation cost, end-customers, funding, regulations, and all involved facilities. For example, the location of the manufacturing or assembly process should be nearby to the labor community. Another example, the location of consumable goods distribution should be established near to raw materials. It is also important to think about how to choose the right location because location is so important for all type of business. The following section will describe how to choose appropriate locations via the location decision method.

2.2.2 Location decision method

Four location decision methods are frequently implemented in various business units(Siriliang & Jarupan, 2019).

1. Center-of-Gravity method:

This method is one of the most popular methods to decide the appropriate location with the lowest distribution cost. This method is constructed based on the position of relevant locations on the map and product quantities. The mathematical formula is shown in Equations (1)-(2).

$$\bar{X} = \frac{\sum Q_i X_i}{\sum Q_i} \quad (1)$$

$$\bar{Y} = \frac{\sum Q_i Y_i}{\sum Q_i} \quad (2)$$

Where:

Q_i is the quantity product at destination i

X_i is the position X at destination i

Y_i is the position Y at destination i

$\bar{X}$ is the center point of position X

$\bar{Y}$ is the center point of position Y

2. Factor-Rating method:

This method chooses the appropriate location by considering relevant factors such as labor cost, raw materials supply, customer segment, and marketing. These factors can be both quantitative and qualitative data. Several steps will explain how to choose the appropriate location in each area.

- a. Preparing all relevant factors that affect the location decisions
- b. Setting a weight and score levels of each factor
- c. Putting appropriate score inside each factor
- d. Calculating the summation between weight and score of each factor
- e. Choosing the location that has the highest score

3. Load-Distance method:

This method determines the appropriate location by calculating the summation of multiplication between each location's total distance and transportation rate. The formula of distance calculation is shown in Equation (3) and Figure 5.

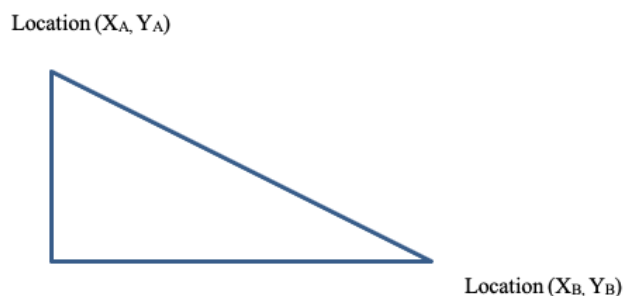


Figure 5 The example of distance calculation between locations A and B

$$d_{AB} = \sqrt{(X_A - X_B)^2 + (Y_A - Y_B)^2} \quad (3)$$

Where:

d_{AB} is the distance between locations A and B

X_A is the position X at location A

Y_A is the position Y at destination A

X_B is the position X at location B

Y_B is the position Y at destination B

Also, the multiplication of Load-Distance is shown in Equation (4).

$$LD = \sum l_{AB} * d_{AB} \quad (4)$$

Where:

LD is the total Load-Distance

l_{AB} is the transportation rate between location A and B

4 Linear Programming method:

This method implements the concept of solving-optimization problem to select the optimal location via the Linear Programming model. The objective is to minimize cost or maximize profit for product distribution. Three main components are considered in this method

- a. Decision Variable: This component will define the decision of each variable.
- b. Objective Function: This component will calculate an optimal solution.
- c. Constraints: This component will provide the list of relevant constraints to support optimal solution.

Moreover, some relevant works focus on location decision methods. For instance, the first research(Panyasan & Klankamsorn, 2012) investigated how relevant factors affect the location selection of Automotive centers in Bangkok and metropolitan.

The research also implemented the center-of-gravity method to determine the appropriate location of the new Tire service center. Another research(Pluemprom & Ngamsaard, 2020) proposed the feasibility study of location decisions in the frozen food company. The center-of gravity was implemented to reduce the transportation cost of the frozen food distribution. This method was also integrated with AHP and factor-rating methods. The third research(Siriliang & Jarupan, 2019) demonstrated how to select the new distribution center using the center-of-gravity. The research also formulated the problem using Mathematical programming and run the model via CPLEX. These current works show that the center-of-gravity is frequently used to determine the appropriate location in different domains.

In this study, the center-of-gravity is chosen to investigate the location decision of vaccine distribution in Bangkok. This method also combines with the partitional clustering method. The objective is to balance the number of vaccination centers and target inhabitants in Bangkok. Inhabitants who stay in Bangkok will also have higher chances to get the vaccine after establishing new vaccination centers. The problem statements and objectives of this study will be described in the next section.

3. Problem Statements and Objectives

3.1 Problem statements

Regarding the vaccination situation in Bangkok and metropolitan areas, there are two main problems affecting the vaccination rate recently.

3.1.1 A large number of Covid-19 patients

The Covid- 19 situation, as mentioned earlier (Department of Disease Control, 2021), demonstrated that the accumulated number of patients are higher than last year with the same period, particularly in Bangkok and metropolitan areas. One of the main problems is an inadequate vaccine to serve all populations during this epidemic time. In addition, many people become infected with delta variance, one of the most rapid variances that can easily be spread to many people within a short period.

3.1.2 The limitation of vaccination centers

Nowadays, there are approximately 25 vaccination centers in Bangkok to serve all populations in Bangkok and metropolitan areas (<https://www.bangkokbiznews.com>). However, some districts still do not have vaccination centers to serve populations. Besides, some vaccination centers are a bit far from the village or inhabitants' area.

These two problems affect the situation of vaccine distribution in Bangkok and metropolitan areas. Therefore, this study will propose a novel model to solve these problems with the following objectives below.

3.2 Objectives

Three main objectives are proposed to support this study.

1. Analyze how the factor correlation affects the cluster of vaccine distribution. This study considers some factors (e.g., the number of populations in each district, the number of accumulated patients, latitude-longitude of each district, and the number of current vaccination centers).
2. Develop a hybrid clustering model to suggest the proper number of vaccination centers inside each cluster.
3. Calculate extra vaccination centers to support some clusters that are missing vaccination centers.

4. Methodology

As shown in Figure 6, there are four steps to describe the construction of the hybrid clustering model. All steps are developed by R programming language (Flynt & Dean, 2016; Malika et al., 2014) in R studio.

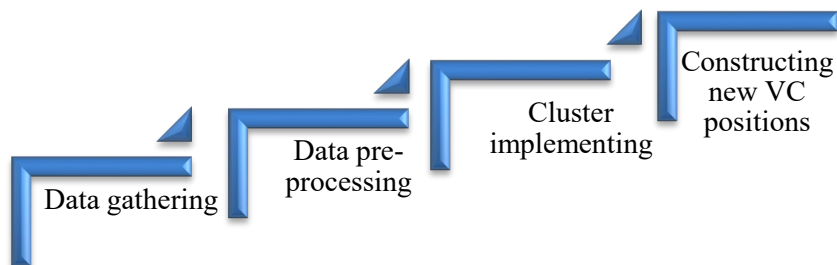


Figure 6 The steps of the hybrid clustering model

4.1 Data gathering

The input data is composed of the number of population in 50 districts of Bangkok(Bangkok, 2020). The number of population is updated up to 31 December 2020. Besides, the number of infections in each district from 1 April to 31 May 2021 is considered (Reference: Office of Health, Bangkok). The latitude-longitude positions of each district from Google Maps are also included. After gathering, all input data will be verified through the data pre-processing step.

4.2 Data pre-processing

In this step, data cleaning and data transformation are considered to pre-process data. Data cleaning can reduce the bias and make data applicable(Cadavid et al., 2019) before clustering. In this study, we check all missing and incomplete values for all input data as mentioned in the previous step. Then, we do the data transformation. The objective is to decrease errors and increase performance during training and forecasting (Cao et al., 2019; Zhang & Qi, 2005). Besides, data normalization using *MinMaxScaler* is considered to transform data in this study.

4.3 Cluster implementing

After completing the data pre-processing, the performance will be evaluated using Hopkins statistics(Banerjee & Rajesh N., 2004) before doing the clustering process. The data will be clustered using the partitional clustering. K-Means and K-Medoid are

considered for clustering data points. Also, all data points are clustered using Euclidean distance. NBClust is used to define appropriate k clusters for the data points in this study (Malika et al., 2014). Also, the cluster performance is measured using the Silhouette width value. In addition, there are two steps of the clustering process. Firstly, this study will cluster data to see the cluster behavior and trend. Each cluster will compose of the number of districts in Bangkok based on the similarity of input factors. Secondly, we will choose the cluster with the lowest ratio of vaccination centers per district to do sub-cluster. The objective is to validate which sub-cluster does not have any vaccination centers. For each sub-cluster, we assume that one vaccination center serves the population in three districts in case of no vaccination centers in the sub-cluster before.

4.4 Constructing new vaccination positions

When the list of sub-clusters is generated, we will see which cluster is missing the vaccination center. Then, the center-of-gravity is implemented to generate new positions of the vaccination center inside each cluster. The center-of-gravity formula was already mentioned in the literature reviews section. Besides, this study will compare the set of existing and new vaccination centers by displaying them on the Bangkok map. All details will be described in the next section.

5. Results analysis and discussion

5.1 Clustering performance

Based on the proposed dataset with relevant factors (e.g., the number of populations in each district, the number of accumulated patients, latitude-longitude of each district, and the number of current vaccination centers), the performance before cluster implementation is quite good with Hopkins statistic equal 0.64. In addition, the performance of partitional clustering is shown in Table 1. NBClust suggests the number of k clusters (2,3,4,10) in this experiment.

Table 1 The cluster performance of the 50 districts' dataset in Bangkok using the Silhouette width value

No. of K clusters	K-Mean	K-Medoid
K=2	0.26	0.24
K=3	0.31	0.25
K=4	0.27	0.23
K=10	0.23	0.22

The results in Table 1 show that K-Means with three clusters provide an optimal solution with the highest silhouette width value. Moreover, the data clustering is also visualized using the Principal Component Analysis (PCA), as shown in Figure 7. The total dimension 1 and 2 is equal to 63.3%

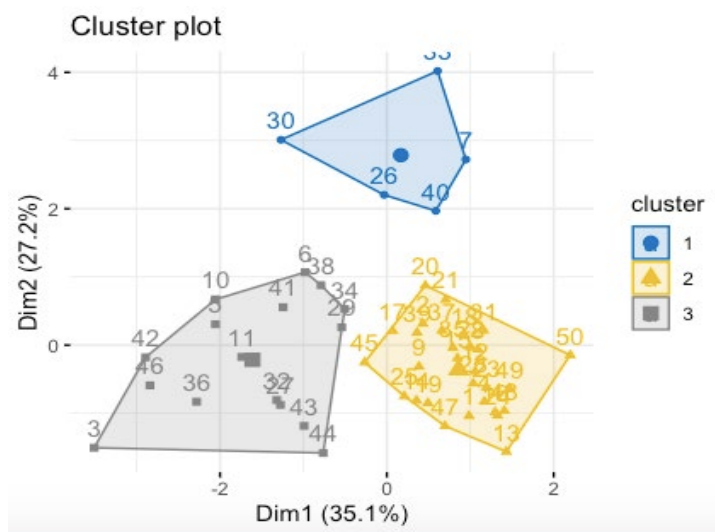


Figure 7 The cluster performance of 50 districts using K-Means

Furthermore, when investigated more details of three clusters, the results show that cluster 2 provides the lowest ratio of the vaccination center per district. All details are described in Table 2. Then, cluster 2 was chosen to do the sub-cluster in the second

step. The performance of location decisions via the sub-cluster method will be described in the next section.

5.2 Location decision performance

This section demonstrates the results of the sub-cluster method. The results in Table 3 show that some sub-clusters (e.g., SC2-1 and SC2-3) have already established vaccination centers. However, some sub-clusters (e.g., SC2-2, SC2-4, and SC2-5), still do not have vaccination centers. Based on our assumption, the assignment of new vaccination centers is proposed. The center-of-gravity method is proposed to define appropriate average latitude and longitude positions from the google map for new vaccination centers. All details are described in Tables 4-5. Table 4 describes the details of latitude and longitude positions of each district for sub-clusters that require new vaccination centers. Table 5 describes the details of estimated new positions of vaccination centers, which are calculated using data from Table 4. We can see that each sub-cluster has estimated vaccination centers at least once. In addition, the visualization of the estimated position of vaccination centers is shown in Figures 8-9. The map shows in Figure 9 is reference from (<https://maps-bangkok.com/bangkok-district-map>).

Table 2 The details of each cluster from 50 districts' dataset in Bangkok

Cluster order	Avg. Population	Avg. Patient	No. of VC	No. of district	VC Ratio per district
Cluster 1	120128	1108	11	5	2
Cluster 2	89395	512	6	29	0.2
Cluster 3	149694	452	8	16	0.5

Table 3 The details of vaccination centers inside sub-clusters 2

Sub-cluster order	No. of district	No. of current VCs	No. of estimated new VCs
SC2-1	2	2	0
SC2-2	3	0	1
SC2-3	4	4	0
SC2-4	6	0	2
SC2-5	5	0	1
SC2-6	5	0	1
SC2-7	4	0	1

Table 4 The details of latitude and longitude positions of each district for sub-clusters that require new vaccination centers.

Sub-cluster order	District order	Latitude position	Longitude position	The number of populations
SC2-2	19	13.7769	100.4565	103,617
	25	13.7952	100.5051	89,417
	48	13.7732	100.3531	78,749
SC2-4.1	2	13.7774	100.5206	83,897
	8	13.7585	100.5130	41,524
	37	13.7605	100.5342	69,264
SC2-4.2	17	13.7776	100.5795	84,233
	39	13.7442	100.5856	81,623
	45	13.7644	100.6057	107,458
SC2-5	1	13.7666	100.4984	44,923
	4	13.7307	100.5235	45,757

Sub-cluster order	District order	Latitude position	Longitude position	The number of populations
SC2-6	13	13.7314	100.5140	21,324
	12	13.6967	100.5425	76,564
	24	13.6819	100.5057	78,687
SC2-7	49	13.6117	100.5084	123,700
	15	13.7251	100.4858	103,377
	22	13.7149	100.4369	124,318
	35	13.6776	100.4844	148,290

Table 5 The details of estimated new positions of vaccination centers

Sub-cluster order	No. of district	Avg. latitude position	Avg. longitude position	Estimated area of new VCs position
SC2-2	19,25,48	13.78185	100.44253	Promlikhit badminton, Revenue Office
SC2-4.1				Rama hospital, Faculty of Science MU
SC2-4.2	17,39,45	13.76244	100.59162	Parco Sukaparp Huai Kwan, Thai-Japan Ass School
SC2-5	1,4,13	13.74523	100.51162	BKK Revenue Office, Wat Pub Pla Chai
SC2-6				Market Thai Somboon Phrapadeang
SC2-7	15,22,35	13.70299	100.46908	Public Health Center 29

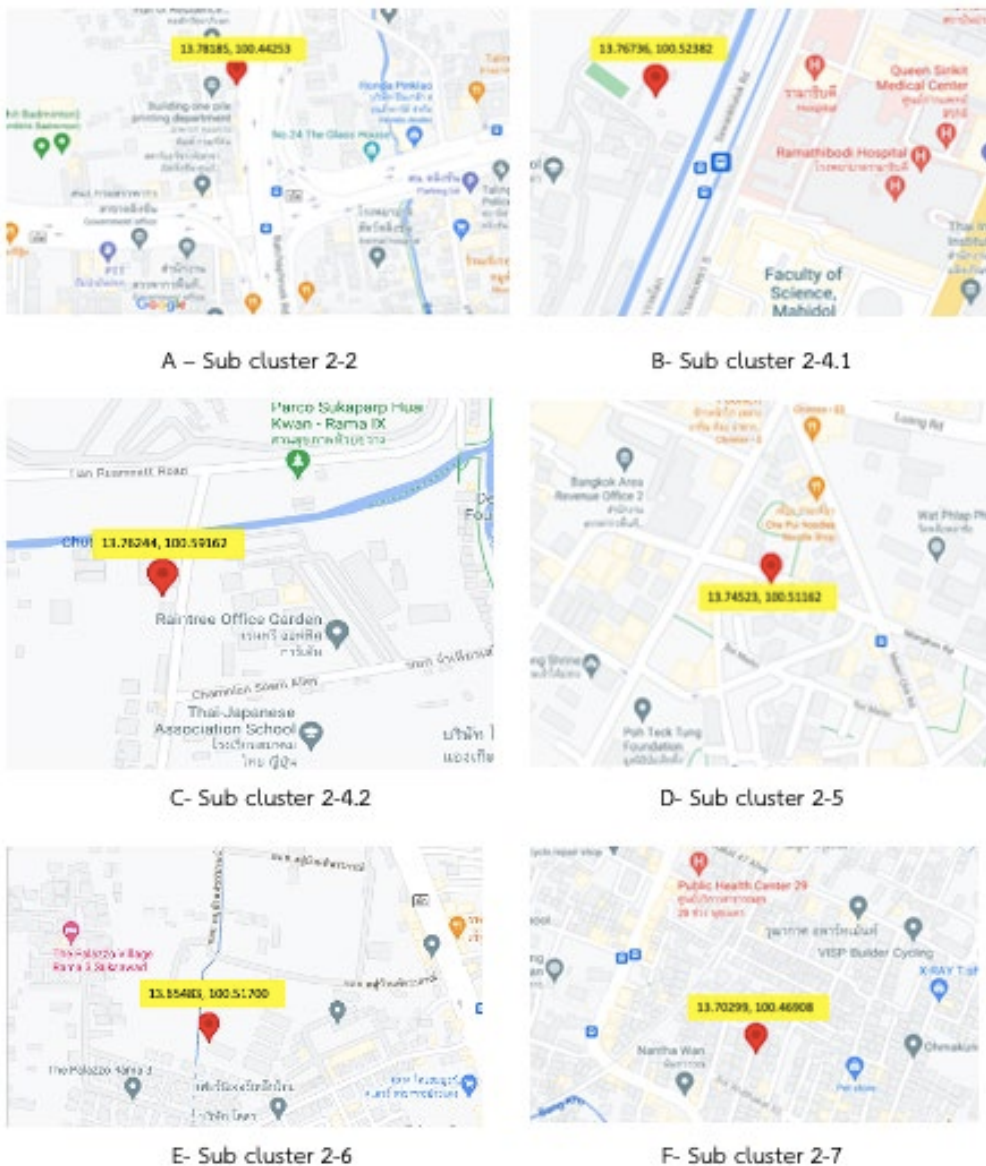


Figure 8 The visualization of the estimated vaccination centers in each cluster (A-F)



Figure 9 The visualization of exist and new vaccination centers in Bangkok

5.3 Discussion

Due to the proposed positions of new vaccination centers, we can see that each position is closed to many public organizations, such as the local market, hospitals, and revenue offices. Many people can access these places using public transportation easily. Also, the results and visualizations demonstrate the opportunity to the central government to establish some extra vaccination centers supporting all inhabitants who live in proposed areas or nearby. This strategy can reduce the density of people and avoid extra Covid-19 infections in current vaccination centers. In addition, the clustering method is not only implemented and provides good results in this research. It is also applied in different case studies. For example, the clustering method was already implemented to balance the number of distribution hubs (Kantasa-Ard et al., 2019), the number of taxi fleets (Chang et al., 2009), and the number of delivery points for pizza (Gunawardena, 2016). As seen from previous research above, we can confirm that this

method provides the appropriate number of data points in each cluster in different contexts.

6. Conclusion

This study proposes the hybrid clustering model, which combines both partitional clustering and the center-of-gravity methods. For partitional clustering, K-Means provides the best clustering performance with the highest silhouette width value. The first three clusters are suggested. Then, we implemented the sub-cluster method inside cluster 2 to see the trend and behavior of 50 districts in Bangkok. The results illustrated that some sub-clusters are still missing the vaccination center. Therefore, we propose the center-of-gravity method to define the estimated position of the vaccination center. This study also compares the number of new positions and existing positions. The results showed that we should add six more vaccination centers to serve the population far from 25 current vaccination centers, which are established by the central government. Then, the total vaccination centers are equal to 31 centers. Moreover, additional vaccination centers can serve more populations in some areas nearby, and many people can access extra vaccination centers easily.

Acknowledgement

This research was developed to be the best practice for vaccination distribution during the epidemic time. We would like to thank you with the data from Ministry of Public Health and Bangkok metropolis. This research was the grant from the internal scholarship from Burapha University.

References

Apipratchayasakul, K. (2010). *Inventory Management* (1st ed.). Focus Media And Publishing Company LTD. <http://lib.neu.ac.th/ULIB/dublin.php?ID=16126>

- Banerjee, A., & Rajesh N., D. (2004). Validating clusters using the Hopkins statistic. *2004 IEEE International Conference on Fuzzy Systems (IEEE Cat. No.04CH37542)*, 149–153. <https://doi.org/10.1109/FUZZY.2004.1375706>
- Bangkok, S. (2020). *Bangkok 2020 Statistics*.
http://www.bangkok.go.th/upload/user/00000130/BMA_STATISTICS_2563/ebook63.pdf
- Cadavid, J. P. U., Lamouri, S., Grabot, B., & Fortin, A. (2019). Machine Learning in Production Planning and Control□: A Review of Empirical Literature. *IFAC-PapersOnLine* 52, 13, 385–390.
- Cao, J., Li, Z., & Li, J. (2019). Financial time series forecasting model based on CEEMDAN and LSTM. *Physica A: Statistical Mechanics and Its Applications*, 519, 127–139. <https://doi.org/10.1016/j.physa.2018.11.061>
- Chaiyawong, K. (2017). *A guideline for selecting the location of super store* [Thammasat University].
http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2017/TU_2017_5716033187_3158_8131.pdf
- Chang, H. wen, Tai, Y. chin, & Hsu, J. Y. jen. (2009). Context-aware taxi demand hotspots prediction. *International Journal of Business Intelligence and Data Mining*, 5(1), 3. <https://doi.org/10.1504/ijbidm.2010.030296>
- Davahli, M. R., Karwowski, W., & Fiok, K. (2021). Optimizing COVID-19 vaccine distribution across the United States using deterministic and stochastic recurrent neural networks. *PLoS ONE*, 16(7 July), 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253925>
- Department of Disease Control, M. (2021). *Covid-19 statistic Thailand*.
<https://ddc.moph.go.th/>
- Dong, E., Du, H., & Gardner, L. (2020). *An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time*. *Lancet Inf Dis*. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30120-1](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30120-1)

- Dzimińska, P., Drzewiecki, S., Ruman, M., Kosek, K., Mikołajewski, K., & Licznar, P. (2021). The use of cluster analysis to evaluate the impact of covid-19 pandemic on daily water demand patterns. *Sustainability (Switzerland)*, 13(11).
<https://doi.org/10.3390/su13115772>
- Flynt, A., & Dean, N. (2016). A Survey of Popular R Packages for Cluster Analysis. *Journal of Educational and Behavioral Statistics*, 41(2), 205–225.
<https://doi.org/10.3102/1076998616631743>
- Guhathakurata, S., Saha, S., Kundu, S., Chakraborty, A., & Banerjee, J. S. (2021). South Asian countries are less fatal concerning COVID-19: a hybrid approach using machine learning and M-AHP. In *Computational Intelligence Techniques for combating COVID-19* (pp. 1–26). Springer, Cham.
- Gunawardena, T. (2016). *Algorithms*: Clustering.
https://www.slideshare.net/tilanigunawardena/hierachical-clustering?from_action=save
- Hannah, R., Esteban, O.-O., Diana, B., Edouard, M., Joe, H., Bobbie, M., Charlie, G., Cameron, A., Lucas, R.-G., & Max, R. (2020). *Coronavirus Pandemic (COVID-19)*. OurWorldInData.Org. <https://ourworldindata.org/coronavirus>
- Kantasa-Ard, A., Nouiri, M., Bekrar, A., Ait El Cadi, A., & Sallez, Y. (2019). Dynamic clustering of PI-hubs based on forecasting demand in physical internet context. In *Studies in Computational Intelligence* (Vol. 853, pp. 27–39). Springer Verlag.
https://doi.org/10.1007/978-3-030-27477-1_3
- Kassambara, A. (2018). *Type of clustering methods: overview and quick start R code*.
<https://www.datanovia.com/en/blog/types-of-clustering-methods-overview-and-quick-start-r-code/>
- MacQueen, J. (1967). Some Methods for classification and Analysis of Multivariate Observations. *5th Berkeley Symposium on Mathematical Statistics and Probability 1967*. <https://doi.org/citeulike-article-id:6083430>
- Malika, C., Nadia, G., Boiteau, V., & Niknafs, A. (2014). NbClust: An R Package for Determining the Relevant Number of Clusters in a Data Set. *Journal of Statistical Software*, 61(6), 1–36. <http://www.jstatsoft.org/v61/i06/paper>
- Mitra, R., Moore, S. A., Gillespie, M., Faulkner, G., Vanderloo, L. M., Chulak-Bozzer, T.,

- Rhodes, R. E., Brussoni, M., & Tremblay, M. S. (2020). Healthy movement behaviours in children and youth during the COVID-19 pandemic: Exploring the role of the neighbourhood environment. *Health and Place*, 65(August), 102418. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2020.102418>
- Murray, P. W., Agard, B., & Barajas, M. A. (2015). Forecasting supply chain demand by clustering customers. *IFAC-PapersOnLine*, 28(3), 1834–1839. <https://doi.org/10.1016/j.ifacol.2015.06.353>
- Nananukul, N. (2013). Clustering model and algorithm for production inventory and distribution problem. *Applied Mathematical Modelling*, 37(24), 9846–9857. <https://doi.org/10.1016/j.apm.2013.05.029>
- Panyasan, C., & Klankamsorn, S. (2012). Site Selection of Automotive Changing Tire Center in Bangkok and Metropolitan. *IE Network Conference*, 489–491. <http://www.dms.eng.su.ac.th/filebox/FileData/WPS012.pdf>
- Pluempitrom, J., & Ngamsaard, W. (2020). Feasibility Study and Finding a Suitable Location for Frozen Food Distribution Center Investment Project: A Case Study of XYZ Company Limited. *The 15th RSU National Graduate Research Conference*, 1145–1156.
- Simić, S., Banković, Z., Simić, D., & Simić, S. D. (2018). A Hybrid Clustering Approach for Diagnosing Medical Diseases. *Hybrid Artificial Intelligent Systems*, 10870, 741–752. https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-319-92639-1_62
- Simić, S., Banković, Z., Villar, J. R., Simić, D., & Simić, S. D. (2021). A hybrid fuzzy clustering approach for diagnosing primary headache disorder. *Logic Journal of the IGPL*, 29(2), 220–235. <https://doi.org/10.1093/jigpal/jzaa048>
- Siriliang, P., & Jarupan, P. (2019). *Selection of Location for Good Transportation Case Study of Delivery Service Company for Consumer Goods* [King Mongkut's University of Technology North Bangkok]. <http://mhle.eng.kmutnb.ac.th/upload/student-abstract/d0147d95ff96ec10f1f3b59c77b9e43b.pdf>
- Zhang, G. P., & Qi, M. (2005). Neural network forecasting for seasonal and trend time series. *European Journal of Operational Research*, 160(2), 501–514. <https://doi.org/10.1016/j.ejor.2003.08.037>

Effects of Self-care Behavioral Modification Program among Elderly Population with High Risk for Non-communicable Diseases of Phranakhon Si Ayutthaya Province

Phasit Sirited^{1*} Waratta Hemtong² Prakairat Tunit²

Chirawut Punyawit³ Bunliang Suphim⁴

Orasa Kaewrattanapattama⁵ Russame Kaewsringam⁵

Abstract

This is a quasi-experimental study to investigate the effect of self-care behavioral modification program among elderly population with high risk for non-communicable diseases (NCDs). Self-efficacy theory was applied to this program. The 84 subjects were divided into two groups, experimental and control groups. The experimental group participated in behavioral modification program for 10 weeks. The program included activities such as health education, experience sharing, model demonstration, role playing, and group discussion. The questionnaire was used for collecting data, before and after a training program. The statistical analysis was performed by Chi-square test, Wilcoxon signed-rank test, and Mann-Whitney U test.

Results showed that mean scores for self-care knowledge, perceived self-efficacy, outcome perception and self-care behavior in experimental group, increased significantly statistically, compared with control group (p -value < 0.001).

This study demonstrated that the applied self-efficacy theory program was influential in changing of self-care behavior in elderly population. Hence, health-related organization should apply this program for self-care behavioral modification among elderly population, who are at risk of NCDs.

Key words: Elder, Behavioral modification program, Self-efficacy theory, Non-communicable diseases (NCDs)

1 Department of Public Health, Faculty of Nursing Science and Allied Health, Phetchaburi Rajabhat University

2 Department of Thai Traditional Medicine, Faculty of Nursing Science and Allied Health, Phetchaburi Rajabhat University

3 Department of Public Health, Faculty of Science and Technology, Nakhon Pathom Rajabhat University

4 Department of Public Health, Faculty of Science and Technology, Loei Rajabhat University

5 Bang Ban Hospital, Phranakhon Si Ayutthaya province.

* Corresponding author: phasit2530@gmail.com

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ภาสิต ศิริเทศ^{1*} วรรณฐา เหมทอง² ประกายรัตน์ ทุนิจ²

ชีราวุธ ปุณณวิช³ บุญเลี้ยง สุพิมพ์⁴ อรสา แก้วรัตนปัทมา⁵ รัศมี แก้วศรีงาม⁵

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 84 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 42 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 42 คน ซึ่งกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ เช่น การให้ความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เรียนรู้จากตัวแบบ สาธิต แสดงบทบาทสมมติ และอภิปรายกลุ่ม เป็นต้น เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเองก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Wilcoxon signed-rank test, และ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ การรับรู้ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่มีการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุได้ ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ / โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม / ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง / โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

- 1 สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
- 2 สาขาการแพทย์แผนไทย คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
- 3 สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
- 4 สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย
- 5 โรงพยาบาลบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

* ผู้รับผิดชอบบทความวิจัย : phasit2530@gmail.com

บทนำ (Introduction)

ปัจจุบันประชากรโลกมีจำนวน 7,349 ล้านคน มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 901 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.0 ของประชากรทั้งหมด เป็นการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2559) และจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2558, 2559, 2560 และ 2561 พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภูมิภาคคิดเป็นร้อยละ 9.4, 10.7, 12.2 และ 14.9 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2562) และในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวนผู้สูงอายุถึง 11 ล้านคนหรือร้อยละ 16 (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2559) และมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2583 จะมีประชากรสูงอายุวัยปลายเพิ่มขึ้นอีกเกือบเท่าตัวซึ่งเพิ่มเร็วกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2557) ทั้งนี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้อัตราการเกิดน้อยลงและประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น อย่างไรก็ตามด้วยข้อเท็จจริงที่ว่า คนยังมีอายุมากขึ้น ก็ยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และความพิการ หรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เพิ่มมากขึ้น จึงพอจะเห็นภาพได้ว่า ในอนาคตเมื่อสังคมไทยสูงวัยมากขึ้น

ผู้สูงอายุจำนวนมากกำลังประสบปัญหาภาวะสุขภาพที่ไม่ดีและขาดการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบการดูแลและการบริการสุขภาพต่อไปด้วย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2562) จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 31.7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 13.3 โรคหัวใจ ร้อยละ 7 อัมพาต/อัมพฤกษ์ร้อยละ 2.5 โรคหลอดเลือดสมองตีบ ร้อยละ 1.6 และโรคมะเร็ง ร้อยละ 0.5 (วิมล บำณพวน, 2558) และมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลในระยะยาว ซึ่งนอกจากจะมีผลกระทบต่อพัฒนาประเทศทั้งทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมที่ทำให้ค่าใช้จ่ายทั้งภาครัฐและภาคครัวเรือนเพิ่มสูงขึ้นแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและครอบครัวที่ต้องรับภาระดูแล ทั้งนี้ปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจะทวีความรุนแรงยิ่งขึ้นหากยังไม่เตรียมระบบรองรับสังคมสูงวัย (เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง, 2558) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ทักษะ ทักษะชีวิต รวมไปถึงการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

โรคที่พบในผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงความเสื่อมทางร่างกาย และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้สามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดได้หากมีการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างถูกต้องเหมาะสมด้วยการส่งเสริมการรับรู้

ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) (Bandura, 1997) ซึ่งภายใต้โครงสร้างของแนวคิดทฤษฎีประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลของการกระทำซึ่งทั้งสององค์ประกอบมีความสัมพันธ์กัน โดยความสัมพันธ์ของทั้งสองมีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมของบุคคล ที่ผ่านมามีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองในการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่างๆ เช่น การให้ความรู้ การฝึกยืดเอ็นและกล้ามเนื้อมีผลต่อระดับคอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ พฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Han SS et al., 2005) และการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ (นิภาพรณ อติมานนท์, 2554) พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการคัดกรองประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไปในปีงบประมาณ 2561 ของกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลบางบาล พบ ผู้มีภาวะเสี่ยงสูงต่อโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน คิดเป็น ร้อยละ 21.9 และ 25.8 ตามลำดับ เมื่อใช้แบบคัดกรองด้วยวาจาในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ร้อยละ 65.5 มีบิดา มารดา และพี่น้องสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 69.5 และมีบิดา มารดา และพี่น้องสายตรงเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 59.8 มีพฤติกรรมรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ร้อยละ 65.8 และขาดการออกกำลังกาย ร้อยละ 55.6 (กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน, 2562) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือเบาหวานซึ่งเป็นโรคเรื้อรังหรือโรคอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องใช้ระยะในการรักษาตนเองอย่างยาวนาน ดังนั้นจำเป็นต้องทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้ดีขึ้น

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาในเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้ทฤษฎีของแบนดูรา (Bandura) ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ ความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำและผลการกระทำซึ่งการพัฒนาโปรแกรมในผู้สูงอายุนั้นสอดคล้องกับ ภาสิต ศิริเทศ (2562) ว่าด้วยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองในส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่จัดอยู่ในรูปแบบของโปรแกรมพัฒนาสุขภาพและดำเนินการจำเพาะต่อโรค ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุได้รับความรู้จะเกิดการรับรู้และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการ

ปฏิบัติจะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ถูกต้องต่อไป

คำถามการวิจัย (Research Questions)

หลังการเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในกลุ่มทดลองมีความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ การรับรู้ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

วัตถุประสงค์ทั่วไป

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

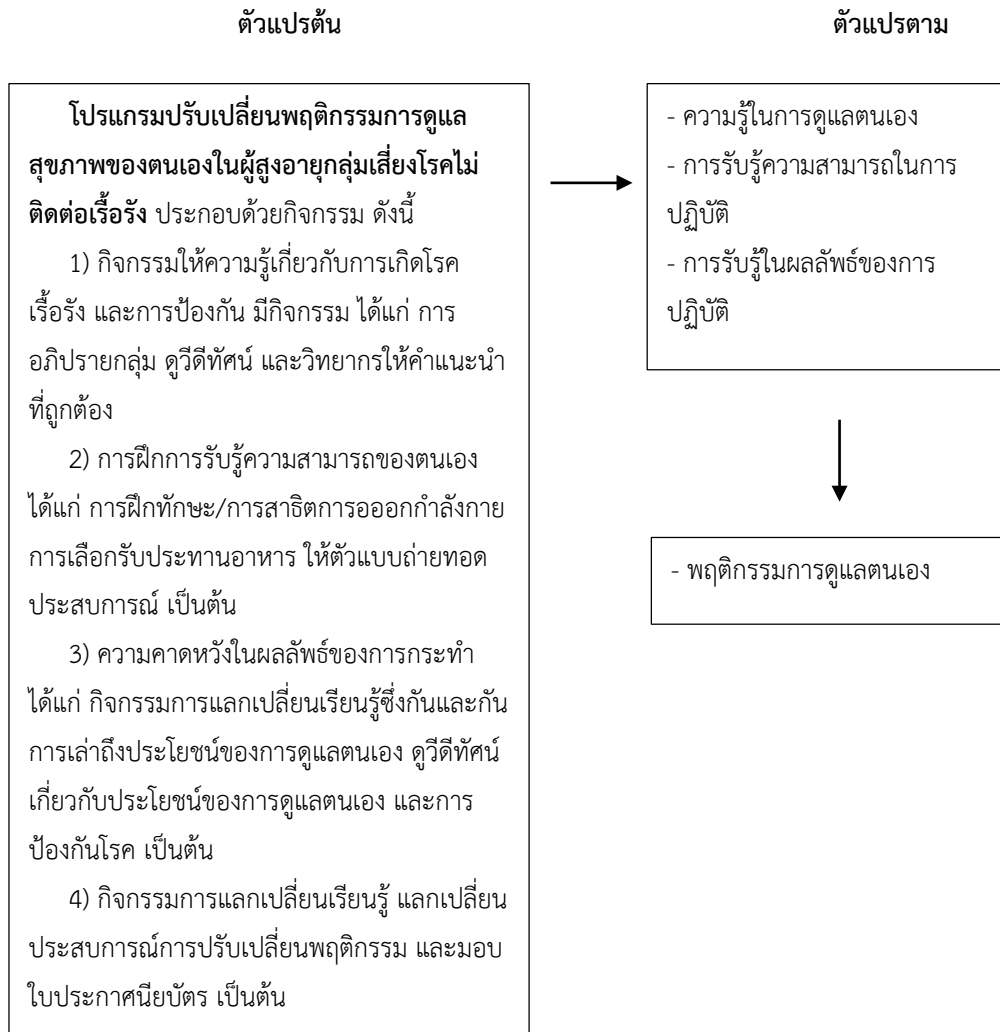
เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ การรับรู้ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานการวิจัย (Research Hypothesis)

1. หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ การรับรู้ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลองความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ การรับรู้ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)



วิธีการดำเนินการวิจัย (Method)

รูปแบบการดำเนินการวิจัย เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design)

ประชากร คือ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 60 ปีขึ้นไป ของตำบลสะพานไทย อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่ได้รับการคัดกรองโรคเรื้อรังแต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือรับการรักษาด้วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ได้แก่ มีดัชนีมวลกาย (BMI) > 25 กก/ม² และ/หรือ รอบเอว ≥ 90 ซม. ในผู้ชาย หรือ ≥ 80 ซม. ในผู้หญิง มีประวัติ

ญาติสายตรงเป็นเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง มีระดับความดันโลหิตสูง $> 140/90$ มม.ปรอท และประวัติมีน้ำตาลในเลือดสูงจากการตรวจเลือดหลังอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose) เท่ากับ 100-125 จำนวน 550 คน

กลุ่มตัวอย่าง การเลือกหมู่บ้านในความรับผิดชอบของกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนของโรงพยาบาลบางบาล เป็นการเลือกแบบเจาะจง โดยเลือกหมู่บ้านที่มีประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ได้แก่ มีดัชนีมวลกาย (BMI) > 25 กก/ม² และ/หรือ รอบเอว ≥ 90 ซม. ในผู้ชาย หรือ ≥ 80 ซม. ในผู้หญิง มีประวัติญาติสายตรงเป็นเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง มีระดับความดันโลหิตสูง $> 140/90$ มม.ปรอท และประวัติมีน้ำตาลในเลือดสูงจากการตรวจเลือดหลังอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose) เท่ากับ 100-125 เป็นต้น และมีบริบทชุมชนทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมใกล้เคียงกัน จำนวน 2 หมู่บ้าน สุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากคัดเลือกหมู่บ้านทดลอง จำนวน 1 หมู่บ้าน และหมู่บ้านเปรียบเทียบกับจำนวน 1 หมู่บ้าน ทั้งนี้หมู่บ้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกับมีสถานที่ตั้งห่างจากกันเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของตัวอย่าง และดำเนินการสุ่มอย่างง่ายเพื่อกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย จำนวนกลุ่มละ 42 คน รวมเป็น 84 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย มีเกณฑ์ 4 ข้อ ดังนี้ 1) มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป 2) ไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือเข้ารับการรักษาด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3) มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็มและมันประเพณีด้วยแบบคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ มีดัชนีมวลกาย (BMI) > 25 กก/ม² และ/หรือ รอบเอว ≥ 90 ซม. ในผู้ชาย หรือ ≥ 80 ซม. ในผู้หญิง มีประวัติญาติสายตรงเป็นเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง มีระดับความดันโลหิตสูง $> 140/90$ มม.ปรอท และประวัติมีน้ำตาลในเลือดสูงจากการตรวจเลือดหลังอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose) เท่ากับ 100-125 และ 4) สมัครใจและลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย มีเกณฑ์ 3 ข้อ ดังนี้ 1) ระหว่างดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน และโรคอื่นในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) ขอลถอนตัวออกจากโครงการวิจัย และ 3) ย้ายที่อยู่อาศัยส่งผลให้ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ส่วน คือ

1) เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งผู้วิจัยเลือกนำมาใช้ในการดำเนินกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย และโปรแกรมได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ แบ่งเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ในการดูแลตนเอง ลักษณะคำถามให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ถูก ผิด ไม่แน่ใจ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ส่วนที่ 3-5 การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ การรับรู้ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ด้วยค่าสถิติ Item-Objective Congruence Index (IOC) รายข้อตั้งแต่ 0.65 ขึ้นไป และนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 35 คน ในชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกับชุมชนที่ศึกษา วิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของส่วนที่ 2-5 ด้วยสถิติ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.72, 0.81, 0.84 และ 0.76 ตามลำดับ

3) ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 10 สัปดาห์ โดยในสัปดาห์ที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตัวเอง สัปดาห์ที่ 2-5 ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยกิจกรรม จำนวน 4 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง มีรายละเอียด ดังนี้ 1) กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคเรื้อรัง และการป้องกัน มีกิจกรรม ได้แก่ การอภิปรายกลุ่ม คู่มือทัศน และวิทยากรให้คำแนะนำที่ถูกต้อง 2) การฝึกการรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้แก่ การฝึกทักษะ/การสาธิตการออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหาร ให้ตัวแบบถ่ายทอดประสบการณ์ เป็นต้น 3) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ ได้แก่ กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน การเล่าถึงประโยชน์ของการดูแลตนเอง คู่มือทัศนเกี่ยวกับประโยชน์ของการดูแลตนเอง และการป้องกันโรค เป็นต้น และ 4) กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมอบใบประกาศนียบัตร เป็นต้น และในสัปดาห์ที่ 10 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตัวเอง ซึ่งเป็นชุดเดียวกับแบบสอบถามที่เก็บในสัปดาห์ที่ 1

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีการพิทักษ์ผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยรวมถึงชี้แจงวัตถุประสงค์ การดำเนินกิจกรรม ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการเข้าร่วมการวิจัย การเข้าถึงและทำลายข้อมูล สิทธิขอถอนตัวออกจากการวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลต่อการขอรับบริการตามปกติจากโรงพยาบาลแต่อย่างใด

การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. สถิติเชิงอนุมาน เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างของตัวแปรตามระหว่างก่อน-หลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Paired sample t-test และในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent's t-test และในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย (Results)

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะส่วนบุคคลคล้ายคลึงกัน กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 63 และร้อยละ 67 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 60.2 ปี และ 62.4 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67 และร้อยละ 70 สถานภาพคู่ ร้อยละ 90 และ ร้อยละ 80 และพฤติกรรมการดูแลตนเองของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน (p-value > 0.05)

การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม พบว่า ภายหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ การรับรู้ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) ในขณะที่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคะแนนของทุกตัวแปรตามในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มเปรียบเทียบ (p-value > 0.05) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ การรับรู้ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ผลต่าง	p-value
	(n=42)		(n=42)			
	×	S.D.	×	S.D.		
กลุ่มทดลอง						
ความรู้ในการดูแลตนเอง	4.90	1.42	8.14	1.20	5.60	< .001 ^{a*}
การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ	30.00	3.12	44.07	1.45	5.66	< .001 ^{a*}
การรับรู้ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ	30.03	2.44	43.40	1.66	28.65	< .001*
พฤติกรรมในการดูแลตนเอง	33.42	4.64	43.16	1.84	12.90	< .001*
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ความรู้ในการดูแลตนเอง	4.88	1.50	4.83	1.28	0.30	.76 ^a
การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ	30.62	1.97	30.47	1.31	0.43	.66 ^a
การรับรู้ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ	30.54	1.95	30.38	1.03	0.59	.55 ^a
พฤติกรรมในการดูแลตนเอง	31.33	4.99	32.23	5.61	0.87	.38 ^b

a ทดสอบนัยสำคัญทางสถิติด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test

b ทดสอบนัยสำคัญทางสถิติด้วยสถิติ Paired sample t-test

*significant at p-value < 0.001

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ การรับรู้ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในช่วงก่อนการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนของทุกตัวแปรของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p-value > .05) แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ย

คะแนนของทุกตัวแปรในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ การรับรู้ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		ผลต่าง	p-value
	(n= 42)		(n=42)			
	×	S.D.	×	S.D.		
ก่อนทดลอง						
ความรู้ในการดูแลตนเอง	4.90	1.42	4.88	1.50	0.08	.93 ^c
การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ	30.00	3.12	30.62	1.97	1.45	.14 ^c
การรับรู้ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ	30.03	2.44	30.54	1.95	0.68	.49 ^c
พฤติกรรมในการดูแลตนเอง	33.42	4.64	31.33	4.99	2.00	.54 ^c
หลังการทดลอง						
ความรู้ในการดูแลตนเอง	8.14	1.20	4.83	1.28	7.50	< .001 ^{c*}
การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ	44.07	1.45	30.47	1.31	7.98	< .001 ^{c*}
การรับรู้ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ	43.40	1.66	30.38	1.03	8.06	< .001 ^{c*}
พฤติกรรมในการดูแลตนเอง	43.16	1.84	32.23	5.61	7.43	< .001 ^{c*}

c ทดสอบนัยสำคัญทางสถิติด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

*significant at $p\text{-value} < 0.001$

การอภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussions and conclusions)

ภายหลังกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า

คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ การรับรู้ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และเพิ่มมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และ 2 สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งผู้วิจัยเลือกนำมาใช้ในดำเนินกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ เช่น การให้ความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เรียนรู้จากตัวแบบ สาธิต แสดงบทบาทสมมติ และอภิปรายกลุ่ม เป็นต้น ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในวิถีชีวิตนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายในที่ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ อย่างสม่ำเสมอในการดำรงชีวิตประจำวันมากขึ้น ซึ่งสนับสนุนด้วยการศึกษาของ ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ และคณะ (2559) และ Ronald & Nick (2007) การศึกษาเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงกิจกรรมที่ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ทดลองปฏิบัติ ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงมีประสบการณ์และมีทักษะอันเกิดจากการจัดกิจกรรมต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถวรรณ น้อยวัฒน์ และคณะ (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีความรู้ การรับรู้ความคาดหวัง และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอีกทั้งสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลตนเอง และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในตนเองสูงขึ้นหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ (ณัฏฐวรรณ ธนาพงษ์อนันต์ และคณะ, 2562; ชัยพร วรรณปักษ์, 2561) และมีความสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการเพิ่มสมรรถนะส่วนบุคคล การปรับเปลี่ยนด้านสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม รวมไปถึงกระบวนการที่เพิ่มความรู้ความสามารถในการกระทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การให้ความรู้ที่ถูกต้อง การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร เป็นต้น ส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนและการมีสุขภาพดีในผู้สูงอายุ (กรฐณิธัช ปัญญาใส และคณะ, 2560; Harvey & Alexander, 2012) ซึ่งสนับสนุนด้วยผลการศึกษาของ เสาวลักษณ์ มูลสาร และคณะ (2559) ที่พบว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนที่สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการศึกษาครั้งนี้ การดำเนินกิจกรรมที่กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้จากประสบการณ์ สถานการณ์จริง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การ

สาธิต รวมไปถึงการแสดงบทบาทสมมติ เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมองเห็นตนเองได้เป็นอย่างดี และเป็นการร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหของตนเองของกลุ่มตัวอย่างนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนเอง และสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ การรับรู้ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้น ซึ่งสามารถนำแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองไปดำเนินการในกลุ่มเสี่ยงอื่นหรือศึกษาในกลุ่มอายุอื่น ๆ ได้

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยบริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถประยุกต์โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีกิจกรรมการเรียนรู้ ดังนี้ การให้ความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เรียนรู้จากตัวแบบ สาธิต แสดงบทบาทสมมติ รวมไปถึงการอภิปรายกลุ่มเพื่อให้เกิดประสิทธิผลต่อกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรดำเนินการวิจัยโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน และให้เกิดการพัฒนาสุขภาพอย่างยั่งยืน
2. ในการศึกษาครั้งต่อไปอาจจะศึกษาหรือพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้วิธีแบบผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพเพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่อยู่ภายใต้บริบทของชุมชนและพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgment)

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบาล และกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว และชุมชน โรงพยาบาลบางบาล ที่อำนวยความสะดวกตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้สูงอายุที่ได้ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรฐณัฐ ปัญญาใส, จุฑามาศ กิตติศรี และพิชานาถ เงินดี. (2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตบนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุ. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 12(2), 65-74.
- กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน. (2562). *รายงานการดำเนินงานคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลบางบาลประจำปีงบประมาณ 2562* : โรงพยาบาลบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.
- เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง. (2558). การปฏิรูประบบรองรับสังคมสูงวัย. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.
- ชัยพร วรณปักษ์. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในหมู่บ้านโคกสะอาด ตำบลสีคิ้ว อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 12(7), 82-97.
- ณัฏฐวรรณ ธนาพงษ์อนันต์, ประสานศิลป์ คำโสง และวรพล แวงนอก. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 14(1), 106-118.
- ปานิสร่า ส่งวัฒนายุทธ, กมลพรรณ วัฒนากร, ขวัญตา กลิ่นหอม และพัชรนันท์ รัตนภาค. (2559). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง. *Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University*, 3(3), 1-14.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2559). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ : บริษัทอัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด(มหาชน).
- ภาสิต ศิริเทศ และ ณพวิทย์ ธรรมสีหา. (2562). ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(2), 58-65.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2557). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556*. กรุงเทพฯ : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- วิมล บ้านพวน. (2558). คู่มือแนวทางการฝึกอบรม หลักสูตร Care manager. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : ศูนย์ สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2559). *Thai elderly*, Bangkok: Department of Statistical Data and Information.
- อรรณพ น้อยวัฒน์ และอารยา ประเสริฐชัย. (2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี. *วารสารราชพฤกษ์*, 13(1), 36-45.
- Bandura,A. (1997). *Social Learning Theory*. New Jersey. Prentice-Hall Inc

- Han SS et al. (2005). The effects of a health promotion program for elderly. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*. 2005 Oct, 35(6), 1054-62
- Harvey IS and Alexander K. (2012). Perceived Social Support and Preventive Health Behavioral Outcomes among Older Women. *J Cross Cult Gerontol*, 27(3), 275–290.
- Ronald, C. P. & Nick, H. (2007). Predicting low-fat diet intentions and behaviors for the prevention of coronary heart disease: An application of protection motivation theory among an Australian population. *Psychology & Health Journal*, 10(5), 397-408.

An Ecological Model and Exclusive Breastfeeding

Sujittra Surin^{*} Chaweewon Boonsuya^{**} Katiya Ivanovitch^{**}

Abstract

This descriptive study aimed to estimate the proportion of exclusive breastfeeding, and to identify its relationship with the ecological model: individual, interpersonal, organizational and community factors. A total of 140 mothers who took their children, under 12 months of age, to receive vaccination at Healthy Children Clinic of Thammasat Hospital during October 2020 to January 2021, participated in this study. Face-to-face interviews and self-administered questionnaires were used for data collection. The data were analyzed using quantity, percent, mean, standard deviation, simple and multiple binary logistic regressions to identify related factors with exclusive breastfeeding, at 5% level of significance.

The study results did not show any statistically significant relationship between individual, interpersonal, organizational and community factors with exclusive breastfeeding. But Adjusted Odds Ratio of more than 1.5 were the following factors: order of children, premature birth, husband's age, online breast milk support.

To encourage mothers to EBF her baby, emphasis should be placed on educating both mothers and husbands on exclusive breastfeeding during pregnancy, childbirth and the postpartum period. Online forms of breast milk clinics should be strengthened. Encouraging mothers for easy access to information and knowledge about breastfeeding. When mothers have difficulty with breastfeeding, she can easily consult and ask for advice from public health personnel, especially among mothers with more than one child and younger husbands.

Keywords: Exclusive breastfeeding; individual factors; interpersonal factors; organizational and community factors

^{*} A Students of Master of Public Health, Faculty of Public Health, Thammasat University

^{**} Associate Professor in Faculty of Public Health ,Thammasat University ,E-mail : chaweewon.boon@gmail.com

โมเดลเชิงนิเวศวิทยากับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว

สุจิตรา สุรินทร์ * ฉวีวรรณ บุญสุยา** คัตติยา อีวานโนวิช**

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์ เพื่อประมาณสัดส่วนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว และอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างโมเดลเชิงนิเวศวิทยา ประกอบด้วย ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับองค์กรและชุมชน กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของบุตรอายุไม่เกิน 12 เดือน ที่มารดาพามาใช้บริการฉีดวัคซีน ณ คลินิกเด็กสุขภาพดี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ในระหว่างเดือน ตุลาคม 2563 – มกราคม 2564 จำนวน 140 คน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ และตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงพหุแบบพหุนาม ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัย ไม่พบว่าปัจจัยระดับบุคคล ระหว่างบุคคล ระดับองค์กรและชุมชนมีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ($p - value > 0.05$) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า ลำดับที่ของบุตร การคลอดก่อนกำหนด อายุสามี การสนับสนุนจากกลุ่มนมแม่ออนไลน์ มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวที่ $AOR > 1.5$

เพื่อส่งเสริมให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแรก ควรเน้นการให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวทั้งมารดาและสามี ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด อีกทั้งควรเน้นถึงการติดตาม การให้คำปรึกษาแก่มารดาในรูปแบบออนไลน์ต่าง ๆ ของคลินิกนมแม่ ส่งเสริมให้มารดาสามารถเข้าถึงสื่อความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านช่องทางต่าง ๆ ได้ง่าย และเมื่อมารดามีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สามารถขอคำปรึกษา คำแนะนำจากบุคลากรด้านสาธารณสุขได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับมารดาที่มีบุตรมากกว่า 1 คน และสามีมีอายุน้อย

คำสำคัญ : การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว; ปัจจัยระดับบุคคล; ปัจจัยระหว่างบุคคล/ปัจจัยระดับองค์กรและชุมชน

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ** E-mail : chaweewon.boo@gmail.com

บทนำ

น้ำนมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับลูก มีสารอาหารที่ครบถ้วนมากกว่า 200 ชนิด มีภูมิคุ้มกันโรค สามารถลดอัตราการเสียชีวิตในเด็ก ลดโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และการเป็นโรคเรื้อรังเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ องค์การอนามัยโลกและกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ สนับสนุนให้มารดาทุกคนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 เดือนโดยไม่ให้น้ำ ของเหลว นมผสมและอาหารอื่น ยกเว้นยา หลังจากนั้นให้อาหารตามวัย และให้นมแม่เสริมจนลูกอายุ 2 ปีหรือนานกว่านั้น (World Health Organization, 2003) ปัจจุบันอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนทั่วโลกเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 44 (UNICEF, 2563) นอกจากนี้ยังพบว่า ประเทศไทยมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนต่ำที่สุด ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติประเทศไทย, 2563) ประเทศไทยมีนโยบายและมาตรการในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ การดำเนินการตามบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีกฎหมายลาคอดบุตรและลาช่วยเหลือภรรยา ออกพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 (พรพิมล อาภาสสกุล, 2559) แต่ยังไม่สามารถทำให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่บรรลุร้อยละ 50 ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และได้กำหนดเป้าหมายในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ 50.0 ภายในปี พ.ศ. 2568 โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติมีผู้มาใช้บริการจากหลายจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 จากรายงานประจำปีของคลินิกนมแม่ในปี พ.ศ. 2558 – 2561 ซึ่งเป็นรายงานในปีล่าสุดพบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 34.1, 40.3, 41.7 และ 45.1 ตามลำดับ

ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยระดับบุคคล (Meedya, Fahy, & Kable, 2010) นอกจากนี้ยังพบว่า การดำเนินงานที่มีความร่วมมือระหว่างครอบครัว หน่วยบริการสุขภาพ และชุมชน ช่วยส่งเสริมความสำเร็จและเพิ่มระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว (Grubestic & Durbin, 2019) ทฤษฎีเชิงนิเวศวิทยา (Kilanowski, 2017) อธิบายพัฒนาการของมนุษย์เป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว ได้นำมาประยุกต์เป็นโมเดลทางสุขภาพเน้นความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ กำหนดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 5 ระดับ คือ ปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น ความรู้และทักษะ ทักษะคิด ความตั้งใจ และความมั่นใจของมารดา ปัจจัยระหว่างบุคคล เช่น

การสนับสนุนจากสามี บุคคลในครอบครัว บุคลากรทางแพทย์ ปัจจัยองค์กร ชุมชน และนโยบาย (Bronfenbrenner, 1973)

การศึกษาโมเดลเชิงนิเวศวิทยาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนั้นมีจำกัด โดยเฉพาะในกลุ่มมารดาที่พาลูกมารับวัคซีนเป็นผู้เข้าถึงบริการสุขภาพและให้ความสำคัญกับสุขภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในมารดาที่พาลูกมารับบริการฉีดวัคซีน ณ คลินิกเด็กสุขภาพดี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เพื่อนำผลไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนั้น ตามเป้าหมายของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ กระทรวงสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลกต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประมาณสัดส่วนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของบุตรอายุไม่เกิน 12 เดือน ที่มารดาพาลูกมารับบริการฉีดวัคซีน ณ คลินิกเด็กสุขภาพดี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ
2. เพื่ออธิบายปัจจัยของโมเดลเชิงนิเวศวิทยา ประกอบด้วย ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับองค์กรและชุมชน ของมารดาที่พาลูกอายุไม่เกิน 12 เดือนที่มารับบริการฉีดวัคซีน ณ คลินิกเด็กสุขภาพดี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ
3. เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างโมเดลเชิงนิเวศวิทยา ประกอบด้วย ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับองค์กรและชุมชน กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาที่พาลูกอายุไม่เกิน 12 เดือนมารับบริการฉีดวัคซีน ณ คลินิกเด็กสุขภาพดี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. **รูปแบบการวิจัย** เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2563 –มกราคม 2564
2. **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** เป็นมารดาและบุตรอายุไม่เกิน 12 เดือนที่มารดาพาลูกมารับบริการฉีดวัคซีน ณ คลินิกเด็กสุขภาพดี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ ในปี 2562 มีมารดาพาลูกมารับวัคซีนที่คลินิกเด็กสุขภาพดี จำนวน 3,817 คน (งานสารสนเทศโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ) กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการประมาณค่าสัดส่วนที่ทราบจำนวนของประชากรที่แน่นอน (ฉวีวรรณ บุญสุยา, 2554) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 5% ใน

ปี 2561 พบว่าเด็กได้รับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย่อยละ 45.1 (รายงานประจำปีของคลินิกนมแม่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ปี พ.ศ. 2561) กำหนดความผิดพลาดสูงสุดที่ยอมรับได้ 7 % และสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบจากผู้ที่มาใช้บริการที่คลินิกดังกล่าว ต้องใช้ตัวอย่าง 127 คน เพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูล จึงเก็บกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกย่อยละ 10 เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 140 คน

3. เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์คัดเข้า เป็นบุตรอายุไม่เกิน 12 เดือนที่มารดาพามาใช้บริการฉีดวัคซีน ณ คลินิกเด็กสุขภาพดีโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ ฯ ในเดือนตุลาคม 2563-มกราคม 2564 มารดามีสัญชาติไทย สื่อสารภาษาไทยได้ ลงนามยินยอมเป็นอาสาสมัครการวิจัย ทั้งนี้ไม่รวมมารดาที่มีข้อห้ามในการให้นมแก่บุตร เช่น มารดามีการติดเชื้อเอชไอวี และมารดาได้รับยาที่ส่งผลผ่านทางน้ำนม

4. วิธีการสุ่มตัวอย่าง เนื่องจากคลินิกเด็กสุขภาพดีเปิดบริการ 1 วัน/สัปดาห์เวลา 13:00 – 16:00 น. และการศึกษาเก็บข้อมูลในช่วงการระบาดของโควิด-19 มีผู้รับบริการจำนวนน้อย จึงเก็บข้อมูลจากมารดาทุกคนที่พาบุตรมาใช้บริการฉีดวัคซีนและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออกที่กำหนด

5. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

5.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 5 ส่วนประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารก มี 15 ข้อ แบบเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สำหรับบุตรอายุ 1-6 เดือนมี 3 ข้อ และสำหรับบุตรอายุมากกว่า 6-12 เดือน มี 4 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 3 การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หมายถึง การรับรู้ต่อความช่วยเหลือที่ได้รับในช่วงหลังคลอด จากสามี มารดาของตนเอง มารดาของสามี ญาติ เพื่อน/เพื่อนร่วมงาน มี 8 ข้อ การสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน มี 7 ข้อ และการสนับสนุนจากกลุ่มนมแม่ออนไลน์มี 6 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ได้รับ 1 คะแนน ไม่ได้รับ 0 คะแนน การสนับสนุนที่ได้รับจากสามี มารดาของตนเอง มารดาของสามี ญาติ เพื่อน/เพื่อนร่วมงาน มีค่า 0-8 คะแนน การสนับสนุนจากกลุ่มนมแม่ออนไลน์ มีค่า 0-6 แบ่งเป็น 3 ระดับ 0 ไม่ได้รับ 1-3 ได้รับระดับน้อย และ 4 + ได้รับระดับมาก

ส่วนที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หมายถึง ความเข้าใจและระลึกได้เกี่ยวกับประโยชน์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การปฏิบัติตัว ป้อนนมและเก็บน้ำนม มี 20 ข้อ มีตัวเลือก ใช่ ไม่ใช่ และ ไม่ทราบ คำถามเชิงบวก 19 ข้อ ตอบใช่ ให้ 1 คะแนน คำถามเชิงลบ ตอบไม่ใช่ ให้ 1 คะแนน คะแนนที่ได้มีค่า 0-20 แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Bloom (Bloom, 1971) 0-12 ความรู้ในระดับที่ต้องปรับปรุง 13-15 ความรู้ระดับปานกลาง 16-20 ความรู้ระดับสูง

ส่วนที่ 5 ทักษะต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หมายถึง ความรู้สึกของมารดาเกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ให้นมแม่ และบีบเก็บน้ำนม เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง มีคำถามเชิงบวก 9 ข้อ และเชิงลบ 8 ข้อ มีการให้คะแนน คำถามเชิงบวก ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 ไม่เห็นด้วย 2 ไม่แน่ใจ 3 เห็นด้วย 4 เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คำถามเชิงลบ ให้คะแนนกลับกันกับคำถามเชิงบวก คะแนนที่ได้มีค่า 16-80 แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยปรับใช้ตามเกณฑ์ของ Bloom ดังนี้ 16-54 มีทัศนคติสนับสนุนระดับน้อย 55-67 มีทัศนคติสนับสนุนระดับปานกลาง และ 68-80 มีทัศนคติสนับสนุนระดับสูง

5.2 คุณภาพของเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง ของแต่ละข้อคำถาม มีค่า “1”

2) ตรวจสอบความเชื่อมั่น นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับมารดาที่มีลักษณะใกล้เคียงและไม่ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาคของการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และของทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 0.777 , 0.623 และ 0.783 ตามลำดับ

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากการเก็บข้อมูลช่วงสถานการณ์โรคระบาด COVID-19 ตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อผู้ที่มีารับบริการทุกราย ผู้วิจัยสัมภาษณ์ 2 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อาสาสมัครวิจัยตอบแบบสอบถามเองเกี่ยวกับการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

7. การพิทักษ์สิทธิของผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน มธ.ชุดที่ 3 จากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ รหัสโครงร่างวิจัยที่ 087/2563 ลงวันที่ 23 กันยายน 2563

8. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ค่าสถิติ โดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้ Simple และ Multiple binary logistic regression วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับองค์กร และปัจจัยระดับนโยบายกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยระดับบุคคล คุณลักษณะส่วนบุคคลของมารดาและบุตร จำนวน 140 คน รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1 สำหรับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว พบว่ามีความรู้ในระดับดีมาก ร้อยละ 14.3 ระดับดี ร้อยละ 62.9 แต่อย่างไรก็ตามมีมารดา ร้อยละ 4.3 ที่มีความรู้ในระดับที่ต้องปรับปรุง สำหรับ ทัศนคติพบว่า ร้อยละ 62.9 มีทัศนคติที่สนับสนุนต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 34.3 ระดับปานกลาง และมีเพียงร้อยละ 2.9 ที่สนับสนุนในระดับน้อย

2. ปัจจัยระหว่างบุคคล คุณลักษณะของสามี รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1 การสนับสนุนของสามี มารดาตนเอง มารดาสามี เพื่อน เป็นปัจจัยระหว่างบุคคล พบว่า มารดาได้รับการสนับสนุนจากมารดาตนเองมากที่สุด รองลงมา จากสามี มารดาสามี และเพื่อน สำหรับการสนับสนุนจากญาติ ได้รับน้อยที่สุด

3. ปัจจัยระดับองค์กรและชุมชน มีมารดาร้อยละ 62.3 รู้ว่าองค์กรมีนโยบายการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สภาวะแวดล้อมในที่ทำงานที่เอื้อต่อการบีบเก็บน้ำนม การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในที่ทำงาน ร้อยละ 71.1 หน่วยงานมีกิจกรรมที่สนับสนุนนโยบายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ร้อยละ 85.2 ระบุว่าได้รับอนุญาตให้แม่ปั๊มนมในเวลาทำงาน ร้อยละ 40.7 มีการจัดตั้งมุมนมแม่ ร้อยละ 38.9 มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และร้อยละ 1.4 มีกิจกรรมสนับสนุนอื่น ๆ เช่น มีตู้เก็บนมให้พาลูกไปเลี้ยงที่ทำงาน มารดาได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพมากที่สุด ได้รับการสนับสนุนจากอสม. น้อยที่สุด และได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มนมแม่ออนไลน์น้อย

4. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว เด็กกินนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 45.7 เด็กที่มีอายุ ≤ 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 47.7 มากกว่าเด็กที่มีอายุมากกว่า 6 เดือน ที่พบเพียง ร้อยละ 42.3

5. ปัจจัยระดับบุคคล ระหว่างบุคคล ระดับองค์กรและชุมชน กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Simple Binary Logistic พบปัจจัยระดับบุคคล ระหว่างบุคคล ระดับองค์กรและชุมชน มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-values} > 0.05$) เป็นที่น่าสังเกตว่ามีปัจจัยที่น่าสนใจดังต่อไปนี้

5.1 ปัจจัยระดับบุคคล เป็นที่น่าสังเกตว่ามารดาที่มีอายุมากกว่า 30 ปี เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวมากกว่ามารดาที่มีอายุน้อย มารดาที่ไม่ได้ประกอบอาชีพในปัจจุบันเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวมากกว่ามารดาที่ประกอบอาชีพ มารดาที่ไม่มีรายได้และมีรายได้น้อยกว่า 20,000 บาท เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวมากกว่ามารดาที่มีรายได้ 20,000 บาท ขึ้นไป 1.91 เท่า และ 1.92 เท่า ตามลำดับ (95% CI COR: 0.78–4.70, 95% CI COR : 0.89–4.14 ตามลำดับ) มารดาที่ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์อายุครรภ์ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวมากกว่ามารดาที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ 1.28 เท่า (95% CI COR : 0.58–2.79) มารดาที่มีโรคประจำตัวเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว มากกว่ามารดาที่ไม่มีโรคประจำตัว 1.36 เท่า (95% CI COR : 0.59–3.15) มารดาที่ไม่ได้หยุดหลังคลอดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว มากกว่ามารดาที่ได้ลาหยุดหลังคลอด 1.26 เท่า (95% CI COR : 0.64–2.48) โดยมารดาที่มีวันลาหยุดหลังคลอดมากกว่า 90 วันเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 46.7 มากกว่ามารดาที่มีวันลาหยุดหลังคลอด 30–60 วัน ร้อยละ 12.5

นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยระดับบุคคลของทารกไม่มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ($p\text{-values} > 0.05$) และเป็นที่น่าสังเกตว่าทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว มากกว่าทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิด 2,500 กรัม ขึ้นไปหรือน้ำหนักแรกเกิดปกติ 1.57 เท่า (95% CI COR : 0.58 – 4.26) สำหรับลำดับที่ของการคลอด พบว่าบุตรที่คลอดลำดับที่ 2–5 มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวมากกว่าบุตรคนแรก 1.63 เท่า (95% CI COR : 0.83–3.39) มารดาที่คลอดก่อนกำหนดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวมากกว่ามารดาที่คลอดเมื่อครบกำหนดอายุครรภ์ 1.68 เท่า (95% CI COR : 0.83–3.39) ทารกที่ไม่มีภาวะล้นตดเมื่อแรกเกิดมารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวมากกว่าทารกที่มีภาวะล้นตดแรกเกิด 1.20 เท่า (95% CI COR : 0.45–3.20)

5.2 ปัจจัยระหว่างบุคคลกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว เป็นที่น่าสังเกตว่า มารดาที่มีสามีอายุมาก เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวมากกว่ามารดาที่มีสามีอายุน้อย มารดาที่มีสามีไม่มีโรคประจำตัว มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว มากกว่ามารดาที่มีสามีที่มีโรคประจำตัว 1.59 เท่า (95% CI COR : 0.59–4.28) การสนับสนุนจากสามีระดับมากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวมากกว่าการไม่ได้รับสนับสนุน 1.24 เท่า (95% CI COR : 0.34–4.48)

5.3 ปัจจัยระดับองค์กรและชุมชน กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว เป็นที่น่าสังเกตว่า การสนับสนุนจากกลุ่มนมแม่ออนไลน์ในระดับมาก มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว มากกว่าการไม่ได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มนมแม่ออนไลน์ 2.49 เท่า (95% CI COR: 1.03–6.05) และการสนับสนุนจากกลุ่มนมแม่ออนไลน์ในระดับน้อย มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว มากกว่าการไม่ได้รับการสนับสนุน 1.52 เท่า (95% CI COR: 0.68–3.39) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคล ระหว่างบุคคล ระดับองค์กรและชุมชน แต่ละปัจจัยกับ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว

ปัจจัย	จำนวนตัวอย่าง		กินนมแม่อย่างเดียว		p-value	COR	95% CI COR	
	จำนวน	%	จำนวน	%			LL	UL
รวม	140	100	64	45.7				
เด็กอายุ < 6 เดือน	52	37.1	25	47.7				
เด็กอายุ 6 -12 เดือน	88	62.9	39	42.3				
ปัจจัยระดับบุคคลของมารดา								
กลุ่มอายุ(ปี)					.787			
16-29	56	40.0	26	46.4		1.22	0.54	2.76
30-34	43	30.7	21	48.8		1.35	0.57	3.19
> 34 ^{ref}	41	29.3	17	41.5				
ประกอบอาชีพ					.317			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	38	27.1	20	52.6		1.46	0.69	3.09
ได้ประกอบอาชีพ ^{ref}	102	72.9	44	43.1				

ปัจจัย	จำนวนตัวอย่าง		กินนมแม่อย่าง เดียว		p-value	COR	95% CI COR	
	จำนวน	%	จำนวน	%			LL	UL
รายได้ต่อเดือน(บาท)					.191			
ไม่มีรายได้	31	22.1	16	51.6		1.91	0.78	4.70
< 20,000 บาท	56	40.0	29	51.8		1.92	0.89	4.14
≥ 20,000 ± บาท ^{ref}	53	37.9	19	35.8				
ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์					.542			
ไม่ครบตามเกณฑ์ ^{ref}	34	24.3	14	41.2				
ฝากครรภ์ครบตาม เกณฑ์	106	75.7	50	47.2		1.28	0.58	2.79
โรคประจำตัวมารดา					.477			
ไม่มีโรคประจำตัว ^{ref}	113	80.7	50	44.2				
มีโรคประจำตัว	27	19.3	14	51.9		1.36	0.59	3.15
ได้หยุดหลังคลอด					.503			
ไม่ได้หยุด	57	40.7	28	49.1		1.26	0.64	2.48
ได้หยุด ^{ref}	83	59.3	36	43.4				
หยุด 30- 60 วัน	8	5.7	1	12.5				
หยุด ≥ 90 วัน	75	53.6	35	46.7				
<u>ปัจจัยระดับบุคคลของบุตร</u>								
น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)					.372			
< 2,500 กรัม	18	12.9	10	55.6		1.57	0.58	4.26
≥ 2,500 กรัม ^{ref}	122	87.1	54	44.3				
ลำดับที่ของบุตร					.153			
1 ^{ref}	77	55.0	31	40.3				
2-5	63	45.0	33	52.4		1.63	0.83	3.20
อายุครรภ์เมื่อคลอด					.148			
คลอดก่อนกำหนด	48	34.3	26	54.2		1.68	0.83	3.39
คลอดครบกำหนด ^{ref}	92	65.7	38	41.3				
ภาวะล้นติดแรกเกิด					.711			
ไม่มีภาวะล้นติด	121	86.4	56	46.3		1.20	0.45	3.20

ปัจจัย	จำนวนตัวอย่าง		กินนมแม่อย่าง เดียว		p-value	COR	95% CI COR	
	จำนวน	%	จำนวน	%			LL	UL
มีภาวะลิ่มติด ^{ref}	19	13.6	8	42.1				
ปัจจัยระหว่างบุคคล								
กลุ่มอายุสามปี					.241			
20-30 ^{ref}	44	32.1	15	34.1				
31-40	66	48.2	33	50.0		1.93	0.88	4.25
> 40	27	19.7	13	48.1		1.80	0.67	4.78
โรคประจำตัวสามปี					.356			
ไม่มีโรคประจำตัว	117	85.4	54	46.2		1.59	0.59	4.28
มีโรคประจำตัว ^{ref}	20	14.6	7	35.0				
ระดับสนับสนุนจากสามปี					.531			
ไม่ได้รับสนับสนุน ^{ref}	11	7.9	5	45.5				
สนับสนุนน้อย	66	47.1	27	40.9		0.83	0.23	3.00
สนับสนุนมาก	63	45.0	32	50.8		1.24	0.34	4.48
ระดับสนับสนุนจากมารดาตนเอง					.719			
ไม่ได้รับสนับสนุน ^{ref}	12	0.9	5	41.7				
สนับสนุนน้อย	54	3.9	27	50.0		1.40	0.39	4.96
สนับสนุนมาก	74	5.3	32	43.2		1.07	0.31	3.67
ระดับสนับสนุนจากมารดาสามปี	140	10.0	64	45.7	.846			
ไม่ได้รับสนับสนุน	60	4.3	28	46.7		1.27	0.51	3.19
สนับสนุนน้อย	53	3.8	25	47.2		1.30	0.51	3.32
สนับสนุนมาก ^{ref}	27	1.9	11	40.7				
ระดับสนับสนุนจากญาติ					.699			
ไม่ได้รับสนับสนุน	54	3.9	25	46.3		1.48	0.50	4.33
สนับสนุนน้อย	67	4.8	32	47.8		1.57	0.55	4.47
สนับสนุนมาก ^{ref}	19	1.4	7	36.8				
ระดับสนับสนุนจากเพื่อน					.744			

ปัจจัย	จำนวนตัวอย่าง		กินนมแม่อย่าง เดียว		p-value	COR	95% CI COR	
	จำนวน	%	จำนวน	%			LL	UL
ไม่ได้รับสนับสนุน ^{ref}	54	3.9	23	42.6				
สนับสนุนน้อย	65	4.6	30	46.2		1.16	0.56	2.39
สนับสนุนมาก	21	1.5	11	52.4		1.48	0.54	4.08
ปัจจัยระดับองค์กรและชุมชน								
นโยบายขององค์กร					.670			
ไม่มี ^{ref}	28	36.8	12	42.9				
มี	48	63.2	23	47.9		1.23	0.48	3.14
มีกิจกรรมสนับสนุน					.566			
ไม่มี ^{ref}	22	28.9	9	40.9				
มี	54	71.1	26	48.1		1.34	0.49	3.66
ระดับสนับสนุนจากอสม.					.485			
ไม่ได้รับสนับสนุน	124	8.9	58	46.8		1.46	0.50	4.28
ได้รับ ^{ref}	16	1.1	6	37.5				
ระดับสนับสนุนจากกลุ่มนมแม่ออนไลน์					.131			
ไม่ได้รับสนับสนุน ^{ref}	45	3.2	16	35.6				
สนับสนุนน้อย	57	4.1	26	45.6		1.52	0.68	3.39
สนับสนุนมาก	38	2.7	22	57.9		2.49	1.03	6.05

6. ความสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างปัจจัยระดับบุคคล ระหว่างบุคคล ระดับองค์กรและชุมชนกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคล ระหว่างบุคคล ระดับองค์กรและชุมชน โดยคัดเลือกตัวแปรที่อยู่ในแต่ละปัจจัยที่มีค่า p value ≤ 0.35 จาก Simple binary logistic regression ยกเว้นระยะเวลาคลอด ปัจจัยระดับบุคคลของมารดา ประกอบด้วย โรคประจำตัวมารดา ระยะเวลาในการคลอด ส่วนปัจจัยระดับบุคคลของทารก ประกอบด้วย อายุครรภ์เมื่อคลอด ลำดับที่ของบุตร ปัจจัยระหว่างบุคคล ประกอบด้วย อายุสามี ปัจจัยระดับองค์กรและชุมชน ประกอบด้วย การสนับสนุนจากกลุ่มนมแม่ออนไลน์ กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวโดยใช้ Multiple binary logistic พบว่า

ปัจจัยทุกระดับที่นำเข้าสู่สมการไม่มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว (p-values > 0.05) รายละเอียดตารางที่ 2

แต่อย่างไรก็มีผลการศึกษาที่น่าสนใจดังนี้ เมื่อควบคุมตัวแปรตัวอื่นที่นำเข้าสู่สมการ Multiple logistic Regression พบว่า มารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว มากกว่า มารดาที่คลอดครบกำหนด 1.87 เท่า (95% CI AOR : 0.88 – 4.00) สำหรับลำดับที่ของบุตร พบว่ามารดาที่มีบุตรในลำดับที่ 2 – 5 ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวมากกว่าบุตรลำดับแรก 1.72 เท่า (95% CI AOR : 0.81 – 3.64) สามีที่มีอายุ 31-40 ปี มีบุตรที่กินนมแม่อย่างเดียวใน 6 เดือนแรก มากกว่าสามีที่มีอายุต่ำกว่า 1.76 เท่า (95% CI AOR : 0.76 – 4.10) แม่ที่ได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มนมแม่ออนไลน์เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มนมแม่ออนไลน์ 1.52 เท่า (95% CI AOR : 0.65 – 3.56) และกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มนมแม่ออนไลน์ในระดับมากเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มนมแม่ออนไลน์ 2.50 เท่า (95% CI AOR : 0.99 – 6.33) ตัวแปรเหล่านี้สามารถอธิบายความผันแปรของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 11.1%

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างปัจจัยระดับบุคคล ระหว่างบุคคล ระดับองค์กรและชุมชนกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว

ตัวแปร	b	se(b)	p-value	AOR	95%CI AOR	
					LL	UL
ค่าคงที่	-1.54	0.51	0.003	0.21		
มีโรคประจำตัว(ไม่มีโรคประจำตัว ^{ref})	0.25	0.5	0.614	1.29	0.48	3.43
ไม่ได้หยุดหลังคลอด (ได้หยุดหลังคลอด ^{ref})	0.1	0.38	0.796	1.10	0.52	2.35
คลอดก่อนกำหนด(คลอดครบกำหนด ^{ref})	0.63	0.39	0.106	1.87	0.88	4.00
บุตรลำดับที่ 2-5 (ลำดับแรก ^{ref})	0.54	0.38	0.159	1.72	0.81	3.64
อายุสามี (อายุ < 30 ปี ^{ref})			0.417			
31-40 ปี	0.57	0.43		1.76	0.76	4.10

ตัวแปร	b	se(b)	p-value	AOR	95%CI AOR	
					LL	UL
>40 ปี	0.28	0.57		1.32	0.43	4.06
การสนับสนุนจากกลุ่มนมแม่ออนไลน์ (ไม่ได้รับการสนับสนุน ^{ref})			0.153			
ได้รับน้อย	0.42	0.43		1.52	0.65	3.56
ได้รับมาก	0.92	0.47		2.50	0.99	6.33

ref Reference group, -2 Log likelihood =176.44, Nagelkerke R Square =11.1%,

Hosmer and Lemeshow Test (p-value) = 0.090, percentage correct = 62.8

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าเด็กในวัยไม่เกิน 12 เดือน กินนมแม่อย่างเดียวใน 6 เดือนแรก ร้อยละ 45.7 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายกำหนดไว้ ร้อยละ 50.0 จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างปัจจัยระดับบุคคล ระหว่างบุคคล ระดับองค์กรและชุมชน กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว โดยปัจจัยทุกระดับมีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-values > 0.05)

1. ปัจจัยระดับบุคคลกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว พบว่า มารดาที่มีบุตรในลำดับที่ 2-5 เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวมากกว่าบุตรลำดับแรก โดยสอดคล้องกับการศึกษา (นิตยา สีนสุกใส, 2555) ที่พบว่า ประสบการณ์ชีวิตของมารดา มีความสำคัญต่อการตัดสินใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในลูกคนต่อไป แม่ที่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก่อน มีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้มีโอกาสดูแลเรียนรู้และปรับปรุงแก้ไขในข้อผิดพลาดที่เคยเกิดขึ้น มารดาจะมีความมั่นใจมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้พบว่า มารดาที่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความตั้งใจ และความมั่นใจในการให้นมลูกมากกว่ามารดาที่ไม่เคยมีประสบการณ์ จึงเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวเป็นระยะเวลา 6 เดือนได้สำเร็จ (Jessri, Farmer, Maximova, Willows, & Bell, 2013) จึงเป็นที่น่าสังเกตว่า มารดาที่มีบุตรในลำดับที่ 2-5 ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวมากกว่าบุตรลำดับแรก

สำหรับมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว มากกว่า มารดาที่คลอดครบกำหนด 1.72 เท่า ซึ่งแตกต่างจากสูตรการณ์ พยัคฆ์เรือง ที่พบว่า

การที่ทารกมีปัญหาสุขภาพ เช่น ทารกเกิดก่อนกำหนด หรือทารกที่เจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ซึ่งจำเป็นต้องงดน้ำงดอาหารและได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำแทน ทำให้ทารกขาดโอกาสที่จะได้ดูดนมแม่ตั้งแต่แรกเกิดได้ เมื่อหายจากภาวะต่าง ๆ จึงจะกลับมาฝึกในการดูดนมแม่แต่ต้องใช้เวลาในการฝึกฝนนานกว่าทารกปกติ หรือในทารกที่มีภาวะลิ้นติด ปากแหว่ง เพดานโหว่ ที่ต้องได้รับการแก้ไขก่อนจึงจะสามารถให้ทารกดูดนมแม่ได้ ซึ่งมารดาต้องมีความรู้ความเข้าใจ ความอดทน มีกำลังใจและความตั้งใจจะประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ (สุตาภรณ์ พยัคฆะเรือง, 2555) นอกจากนี้ยังพบว่า ในระยะแรกหลังคลอดหากทารกได้กินนมผง ได้กินนมจากขวด จะทำให้ทารกไม่ยอมดูดนมจากเต้า ทารกติดกินนมผงหรือติดขวดนม (จิรพันธ์ วีรกุล, 2557) ซึ่งจากปัญหาดังกล่าวเด็กที่คลอดก่อนกำหนดมักจะได้รับการดูแลในหน่วยทารกวิกฤตหรือกึ่งวิกฤต อีกทั้งในปัจจุบันมีผลิตภัณฑ์เครื่องปั๊มนมราคาถูกจำหน่ายหลากหลาย มีเจ้าหน้าที่ส่งเสริมให้มารดาบีบกระตุ้นและเก็บน้ำนมส่งให้บุตรตั้งแต่แรกคลอด ประกอบกับมารดาได้รับข้อมูลจากเพจนมแม่ออนไลน์ต่าง ๆ ได้มากขึ้น จึงทำให้มารดามีข้อมูล กระตุ้นบีบน้ำนมตามตารางเวลา ทำให้มารดามีน้ำนมเพื่อส่งไปให้บุตร จึงเป็นเหตุปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้มารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานกว่ามารดาที่คลอดครบกำหนด

2. ปัจจัยระดับบุคคลกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว พบว่า มารดาที่มีสามีอายุ 31-40 ปีเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานกว่ามารดาที่มีสามีอายุน้อยกว่า 30 ปี 1.76 เท่า และมารดาที่มีสามีอายุมากกว่า 40 ปีเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานกว่ามารดาที่มีสามีอายุน้อยกว่า 30 ปี 1.32 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของพาแลงค์ พบว่าเมื่ออายุมากขึ้นโอกาสในการเรียนรู้ ความสามารถในการตัดสินใจตัดสินใจหรือให้เหตุผลได้ ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย หรือมีโอกาสในการสะสมประสบการณ์ต่าง ๆ ไว้มาก ทำให้เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นการรับรู้ที่แสดงออกมา สำหรับผู้ที่มีอายุมากกว่าอาจมีความแตกต่างจากผู้ที่มีอายุน้อยกว่าโดยอาจมีการรับรู้ที่ถูกต้องมากกว่า (Palank, 1991) จึงเป็นที่น่าสังเกตว่ามารดาที่มีสามีอายุมาก เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานกว่ามารดาที่มีสามีอายุน้อย 20-30 ปี

3. ปัจจัยระดับองค์กรและชุมชน กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว พบว่า กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มนมแม่ออนไลน์เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุน 1.52 เท่า และกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนระดับมากเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุน 2.50 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของ พรณวดี ประยงค์ ที่พบว่า ปัจจัยจากสภาวะทางสังคม ได้แก่ อายุ ระดับเศรษฐกิจและการศึกษา ค่านิยมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ ลักษณะการเปิดรับสื่อ ประสบการณ์ความเป็นแม่และการช่วยเหลือจากคนใกล้ชิด และปัจจัยจากสภาวะทางจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกต่อบทบาทความเป็นแม่ และทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของแม่มีความสัมพันธ์กับการแสวงหาข้อมูลในเฟซบุ๊กแฟนเพจ “สุธีรา เอื้อไพโรจน์กิจ” (พรณวดี ประยงค์, 2562) และสอดคล้องกับการศึกษาของ จิน พอและ ลี ที่พบว่าข้อความที่เขียนหน้าเพจโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีผลต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในอนาคต (Jin, Phua, & Lee, 2015)

ข้อเสนอแนะ

เพื่อส่งเสริมให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแรก ควรเน้นถึงประเด็นการให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวทั้งมารดาและสามี ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอดและเมื่อกลับบ้าน ในประเด็นข้อคำถามมารดาตอบถูกน้อยกว่าร้อยละ 80 ได้แก่ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำให้มีรูปร่างดี ไม่อ้วน ป้องกันการตกเลือดหลังคลอด มารดาที่มีเต้านมเล็กมีน้ำนมเพียงพอไม่แตกต่างจากมารดาเต้านมใหญ่ และวิธีการเก็บน้ำนมในตู้เย็นช่องธรรมดา อีกทั้งควรเน้นถึงการติดตาม การให้คำปรึกษาแก่มารดาในรูปแบบออนไลน์ต่าง ๆ ของคลินิกนมแม่ การมีแพทย์ตอบคำถามหรือเขียนข้อความให้มารดาได้ติดตามข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้มารดาสามารถเข้าถึงสื่อความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านช่องทางต่าง ๆ ได้ง่ายและเมื่อมารดามีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาสามารถขอคำปรึกษา คำแนะนำจากบุคลากรด้านสาธารณสุขได้ง่าย สะดวกและรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับมารดาที่มีบุตรมากกว่า 1 คน และสามีมีอายุน้อย

กิตติกรรมประกาศ

เจ้าหน้าที่คลินิกเด็กสุขภาพดี และมารดาที่พาบุตรมารับบริการวัคซีน ที่คลินิกเด็กดีโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ทุกท่าน ที่เอื้ออำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- จิรนนท์ วีรกุล. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร. นเรศวรวิจัย : วิจัยและนวัตกรรมกับการพัฒนาประเทศ, 12, 746-757.
- ฉวีวรรณ บุญสุยา. (2554). ประชากร การเลือกตัวอย่างและขนาดตัวอย่างในการวิจัยในประมวลสาระชุดวิชาสถิติและการวิจัยในการจัดการสุขภาพ หน่วยที่ 8 พิมพ์ครั้งที่ 3: กรุงเทพฯ : บริษัทเอเอ็นออฟฟิศเอ็กซ์เพรส จำกัด.
- นิตยา สีนสุกใส. (2555). การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่: ประโยชน์ของนมแม่. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟรี-วัน.
- พรพิมล อาภาสสกุล. (2559). ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคขัดขวางการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสตรีไทย. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 30(2), 133-146.
- พรรณวดี ประยงค์. (2562). การใช้ประโยชน์จากสื่อสังคมออนไลน์ในการแสวงหาข้อมูลข่าวสารด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของแม่ศึกษากรณีเฟซบุ๊กแฟนเพจ “สุธีรา เอื้อไพโรจน์กิจ”. วารสารศาสตร์, 12(2), 40-43.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติประเทศไทย. (2563). โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562, รายงานผลฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย : สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย.
- สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ใน กรณีการวิจัยสุคนธ์, พรณรัตน์ แสงเพิ่ม, สุพินดา เรื่องวีรชฐีเยร และ สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง (บรรณาธิการ). การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟรี-วัน.
- Bloom, B.S. (1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning.
- Bronfenbrenner, U. (1973). *Social ecology of human development. Brain and intelligence: The ecology of child development*. Hyattsville: National Education Press;.
- Grubestic, T. H., & Durbin, K. M. (2019). A spatial analysis of breastfeeding and breastfeeding support in the United States: the leaders and laggards landscape. *Journal of human lactation*, 35(4), 790-800.

- Jessri, M., Farmer, A. P., Maximova, K., Willows, N. D., & Bell, R. C. (2013). Predictors of exclusive breastfeeding: observations from the Alberta pregnancy outcomes and nutrition (APrON) study. *BMC pediatrics*, 13(1), 1-14.
- Jin, S. V., Phua, J., & Lee, K. M. (2015). Telling stories about breastfeeding through Facebook: The impact of user-generated content (UGC) on pro-breastfeeding attitudes. *Computers in Human Behavior*, 46, 6-17.
- Kilanowski, J. F. (2017). Breadth of the socio-ecological model: Taylor & Francis.
- Meedya, S., Fahy, K., & Kable, A. (2010). Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. *Women Birth*, 23(4), 135-145.
- Palank, C. L. (1991). Determinants of health-promotive behavior. A review of current research. *The Nursing Clinics of North America*, 26(4), 815-832.
- UNICEF. (2563). Infant and young child feeding. Retrieved 28 January 2021, Available from : <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>.
- World Health Organization. (2003). *Implementing the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding: Geneva, 3-5 February 2003: meeting report*: World Health Organization.

Factors related to dental health service usage behavior in the elderly at Ban Ton Ngun Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang Pan District, Lampang Province

Nalinnipha Leelasillatam¹, Narong Chaitiang^{2*}, Orathai Katkhaw², Tienthong Takaew², Surangkana Chairinkam², Sunanta² Tangnitipong², Nattanida Jantarach², Passakorn Ongarj³

Abstract

This research was a descriptive cross-sectional study. The sample of this study consisted of 206 subjects. Data were collected by a questionnaire. Data analysis included frequency, percentage, average, standard deviation and Chi-square.

The results of the study indicated that 53.9% was male, 92.2% completed primary education level, 61.7% was married, 84% had universal health care coverage, 90.3% had personal illnesses, 38.9% had 11-20 teeth left in the oral cavity, 58.3% had a high level of believe in dental health, 45.6% had resources that support for dental service at a moderate level, 78.6% had a need to receive dental service at a moderate level, 61.2% had a low level of using dental health care service behavior. Relationship analysis revealed that age, education level, marital status, health care rights, personal illnesses, beliefs in dental health, resources which support for dental service usage, and the need to receive dental services, are associated with dental health service usage behavior among the elderly at Ban Ton Ngun Sub District Health Promoting Hospital, Mueang Pan District, Lampang Province, with statistically significant at the level of 0.05. Gender, occupation, and number of teeth remaining in the oral cavity, have no association.

The results of this study suggested that there should be guidelines and measures to promote oral health for the elderly, appropriate for community lifestyle. Elderly should be a role model in taking care of their oral health, and also being a role model for others of all age groups, to enable them to have access at a higher level for dental health care services.

Key words: elderly, usage of dental service, health promotion hospital

¹Public health dental officer works at Ban Ton Ngun Hospital, Muang Pan District, Lampang Province.

²Lecturer, School of Public Health, University of Phayao.

³Dean of Faculty of Public Health, Kasetsart University Chalemphrakiat Sakon Nakhon Province Campus

* Corresponding author: kongkangku69@gmail.com

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการด้านทันตสุขภาพ ในผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นจันทน์ อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง

นลินนิภา ลีลาศีลธรรม¹, ณรงค์ ใจเที่ยง^{2*}, เทียนทอง ต๊ะแก้ว², อรทัย เกตุขาว², สุรางคนา ไชยรินคำ²,
สุนันทา ตั้งนิตพิงษ์², นาฏนิดา จันทราช², พัสกร องอาจ³

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 206 คน เก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 53.9 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 92.2 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 61.7 มีสิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพ 30 บาท ร้อยละ 84.0 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 90.3 จำนวนฟันที่เหลือในช่องปาก ส่วนใหญ่มีฟันเหลือในช่องปาก 11-20 ซี่ ร้อยละ 38.9 มีความเชื่อด้านทันตสุขภาพระดับสูง ร้อยละ 58.3 มีทรัพยากรที่เอื้อต่อการใช้บริการระดับปานกลาง ร้อยละ 45.6 มีความจำเป็นในการรับบริการ ทันตกรรมระดับปานกลาง ร้อยละ 78.6 และมีพฤติกรรมการใช้บริการด้านทันตสุขภาพระดับต่ำ ร้อยละ 61.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สิทธิการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว ความเชื่อด้านทันตสุขภาพ ทรัพยากรที่เอื้อต่อการใช้บริการ ความจำเป็นในการรับบริการทันตกรรม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการด้านทันตสุขภาพ ในผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นจันทน์ อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ส่วนเพศ อาชีพ และจำนวนฟันที่เหลือในช่องปาก ไม่มีความสัมพันธ์

ผลการศึกษาในครั้งนี้เสนอว่า ควรกำหนดแนวทางและมาตรการในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในชุมชน กลุ่มผู้สูงอายุที่มีบทบาทในการเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองแก่ผู้อื่นและเพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยสามารถเข้าถึงระบบบริการในด้านทันตสุขภาพที่มากขึ้นต่อไป

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, การใช้บริการทันตกรรม, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

¹เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงาน รพ.สต. บ้านต้นจันทน์ อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง

²อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

³คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติสกลนคร

* ผู้ส่งบทความ: kongkangku69@gmail.com

บทนำ (Introduction)

สุขภาพในช่องปากถือเป็นปราการด่านแรกของการมีสุขภาพร่างกายที่ดีดังคำกล่าวที่ว่า “ช่องปาก เป็นประตูสู่สุขภาพ” ทั้งนี้เพราะฟันและอวัยวะในช่องปากเป็นส่วนประกอบที่สำคัญส่วนหนึ่งของร่างกายทำหน้าที่ในการบดเคี้ยวอาหาร ช่วยในการพูด ออกเสียงและส่งเสริมความสวยงามบนใบหน้า เมื่อมีความผิดปกติของฟันและอวัยวะในช่องปากเกิดขึ้น ย่อมส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของใบหน้าอันนำไปสู่ความผิดปกติของระบบบดเคี้ยวและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องตามไปด้วย (ศรัณยา ญัฐเศรษฐสกุล, 2561) โดยคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยที่สภาวิชาชีพทางการแพทย์และกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกันประกาศรับรองสิทธิของผู้ป่วยเพื่อเป็นการรับรองสิทธิของผู้ป่วยต่อการรับบริการทางการแพทย์ ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมตระหนักและปฏิบัติตามสิทธิของผู้ป่วยอย่างแท้จริง จึงสมควรให้คำประกาศสิทธิของผู้ป่วยมีผลทางกฎหมาย อันจะเป็นการคุ้มครองผู้รับบริการทางด้านทันตกรรม (ทันตแพทยสภา, 2541) ในปัจจุบันทั่วโลกมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากโครงสร้าง ประชากรเกิดการเปลี่ยนแปลง ในส่วนของประเทศไทย สัดส่วนและจำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยในปี พ.ศ. 2557 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 10,014,705 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งมากกว่าร้อยละ 10 จึงอาจกล่าวได้ว่าประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมของผู้สูงอายุ (Aging Society) อย่างแท้จริง โดยปัญหาสุขภาพช่องปากของ ผู้สูงอายุที่พบได้บ่อย 7 อันดับ ได้แก่ การสูญเสียฟัน ฟันผุ และรากฟันผุ เหงือกอักเสบ ภาวะน้ำลายแห้ง แผลและ มะเร็งช่องปาก ฟันสึก และโรคช่องปากที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน ซึ่งปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับบริการทันตกรรม การเข้ารับบริการทันตกรรมมีความสำคัญ ในการควบคุมป้องกันโรคเพื่อลดอัตราการสูญเสียฟัน และการมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น ผู้สูงอายุควรไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจฟันธรรมชาติและฟันเทียม เป็นระยะๆ ทุก 6 เดือน หรืออย่างน้อยปีละครั้ง เพื่อรักษาและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในช่องปากที่เกิดขึ้นได้อย่างทัน่วงที และเพื่อคงประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวการสูญเสียฟันมีความสัมพันธ์กับสุขภาพกายและ คุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพ จากการศึกษาการเข้ารับบริการสุขภาพช่องปากของคนไทย 5 ปี หลังจากการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2550 พบว่า ประชาชนกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราการเข้ารับบริการเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2545 (จาก 7.68 เป็น 9.47 คนต่อ 100 ประชากร) แต่ยัง

ถือว่าอยู่ในอัตราที่ต่ำ (ซูลิพร เฝ้านิมมงคล, 2561) สถานการณ์ข้อมูลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพระดับประเทศ สำนักทันตสาธารณสุข ปี 2560 พบว่า ผู้สูงอายุ 60-74 ปี (เฉลี่ยอายุ 67 ปี) มีฟันแท้เพียงพอต่อการบดเคี้ยวอย่างน้อย 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบ ร้อยละ 56.1 แต่เมื่ออายุ 80-85 ปี พบผู้มีฟันแท้ 20 ซี่ เหลือเพียงร้อยละ 22.4 แสดงให้เห็นถึงความชุกความรุนแรงของโรคในช่องปากที่นำไปสู่การสูญเสียฟันจำนวนมาก ในช่วงวัยนี้ และปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุไม่ได้มีเพียงฟันผุ/ฟันโยก/ฟันสึก/ถอนที่กระทบต่อการบดเคี้ยว แต่ยังมีปัญหาน้ำลายแห้งกลืนลำบาก โรคในช่องปากที่มีผลต่อความรุนแรงของโรคเรื้อรังทางร่างกาย เช่น เบาหวาน มีผลต่อการอักเสบติดเชื้อที่ปอด/ในกระแสเลือด มะเร็ง ช่องปากที่กระทบคุณภาพชีวิต กระทบค่าใช้จ่าย แต่โรคในช่องปากเป็นโรคที่ป้องกันได้ ถ้าผู้สูงอายุดูแลสุขภาพช่องปากตนเองได้ ตรวจพบเร็ว และเข้าถึงบริการคุณภาพที่จำเป็นได้ในเวลาที่เหมาะสม (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นจันทน์ อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปางเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับ 5 ซึ่งดูแลให้บริการสุขภาพประชาชนตำบลหัวเมืองในเขตรับผิดชอบประมาณ 1,417 คน มีผู้สูงอายุทั้งหมด 366 คน คิดเป็นร้อยละ 25.82 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งประชากรมีแนวโน้มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมากขึ้น ประกอบด้วยชาวไทยพื้นราบ ชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงและชาวไทยภูเขาเผ่ามูเซอร์ ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เนื่องจากการประกอบอาชีพที่หาเช้ากินค่ำ และอาศัยอยู่บนพื้นที่สูงซึ่งมีระยะทางห่างไกลและมีความยากลำบากในการเข้าถึงระบบบริการ จึงทำให้การมารับบริการและการเข้าถึงบริการทันตกรรมเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก ประกอบกับประชาชนไม่ได้ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง จะมารับบริการก็ต่อเมื่อมีอาการปวดฟัน หรือปล่อยให้การดำเนินของโรคเป็นไปแล้ว จากนั้นจึงมาถอนฟันที่หลัง ประกอบกับชุมชนนี้อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลในตัวอำเภอ ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นจันทน์ จึงเป็นโรงพยาบาลหลักในการให้บริการด้านทันตสุขภาพแก่ประชาชน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในศึกษาข้อมูลทั่วไป ความจำเป็นในการรับบริการทันตกรรม และความเชื่อด้านทันตสุขภาพของผู้สูงอายุใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นจันทน์ ซึ่งผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ในการใช้กำหนดแนวทางและวิธีดำเนินการในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้แก่ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นจันทน์ อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง และเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุในพื้นที่ ให้

สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนในกลุ่มผู้สูงอายุจะได้มีบทบาทในการเป็นแบบอย่างด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองแก่ผู้อื่นและเพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยสามารถเข้าถึงระบบบริการในด้านทันตสุขภาพที่มากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการด้านทันตสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นจันทน์ อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง

วิธีการดำเนินการศึกษา (Methods)

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง แบบตัดขวาง (Descriptive Cross-sectional Study) โดยการใช้แบบสอบถาม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการด้านทันตสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นจันทน์ อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง จำนวน 366 คน โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 206 คน การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของเครจซี่ มอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตตำบลนครชัยศรี อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม (อุดมพร ทรัพย์บวร, 2561) ซึ่งมีโครงสร้างของแบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ส่วน ได้ดังนี้ ส่วนที่ 1 จำนวน 8 ข้อ เป็นแบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบสอบถามปัจจัยความเชื่อด้านทันตสุขภาพ ส่วนที่ 3 จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบสอบถามปัจจัยสนับสนุนทางทรัพยากรที่เอื้อต่อการใช้บริการ ส่วนที่ 4 จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบสอบถามปัจจัยความจำเป็นในการรับบริการทันตกรรม และส่วนที่ 5 จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นจันทน์ อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยการหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยการนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเรียบร้อยแล้ว ทำการตรวจสอบความถูกต้อง และตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน และปรับปรุงแก้ไขตาม

ข้อเสนอแนะ ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.75 และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขจากผู้เชี่ยวชาญไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.827 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลด้านข้อมูลทั่วไป ปัจจัยความเชื่อด้านทัศนตสุขภาพปัจจัยสนับสนุนที่เอื้อต่อการมารับบริการ ปัจจัยความจำเป็นในการมารับบริการ และพฤติกรรมการใช้บริการด้านทัศนตสุขภาพในผู้สูงอายุ การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในการดำเนินการวิจัยโดยมีการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจากอาสาสมัครทุกคน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ในการอธิบายลักษณะปัจจัยส่วนบุคคลด้านข้อมูลทั่วไป ปัจจัยความเชื่อด้านทัศนตสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุนที่เอื้อต่อการมารับบริการ ปัจจัยความจำเป็นในการมารับบริการ และพฤติกรรมการใช้บริการด้านทัศนตสุขภาพในผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นจันทน์ อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analysis Statics) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการด้านทัศนตสุขภาพในผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นจันทน์ อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

ผลการศึกษา (Results)

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 206 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 53.9 รองลงมาเป็นเพศหญิง จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 46.1 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุ 60-79 ปี จำนวน 135 คน คิดเป็นร้อยละ 65.5 รองลงมาคือผู้สูงอายุตอนปลาย 80 ปีขึ้นไป จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 34.5 ด้านอาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกร รับจ้าง และค้าขาย

ทั่วไป จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 70.4 รองลงมาคืออาชีพพ่อบ้าน แม่บ้าน เกษียณอายุและข้าราชการ จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 29.6 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 190 คน คิดเป็นร้อยละ 92.2 ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 7.8 ด้านสถานภาพส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 127 คน คิดเป็นร้อยละ 61.7 รองลงมาคือหม้าย หย่า แยก จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 28.6 และน้อยที่สุดคือ โสด จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 9.7 ด้านสิทธิการรักษา ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพ 30 บาท สิทธิอื่นๆ เช่น ข้าราชการ จำนวน 173 คน คิดเป็นร้อยละ 84 รองลงมาคือประกันสังคม ครอบครัว อสม. จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 16 ด้านโรคประจำตัวส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 186 คน คิดเป็นร้อยละ 90.3 และไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 9.7 จำนวนฟันที่เหลือในช่องปาก ส่วนใหญ่มีฟันเหลือในช่องปาก 11-20 ซี่ 80 คน คิดเป็นร้อยละ 38.9 รองลงมาคือ มีฟันเหลือในช่องปากน้อยกว่า 10 ซี่ จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 34.0 และน้อยที่สุดคือมีฟันเหลือในช่องปากมากกว่า 20 ซี่ 56 คนคิดเป็นร้อยละ 27.1

ความเชื่อด้านทันตสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 58.3 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 40.8 และในระดับต่ำ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.0

ปัจจัยสนับสนุนทางทรัพยากรที่เอื้อต่อการใช้บริการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 45.6 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 39.8 และในระดับสูง จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 14.6

ความจำเป็นในการรับบริการทันตกรรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 78.6 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำและสูง อย่างละ 22 คน คิดเป็นร้อยละ 10.7

พฤติกรรมการใช้บริการด้านทันตสุขภาพประกอบด้วยคำถามเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การแปรงฟัน การรับประทานอาหารและการเข้ารับบริการทางทันตกรรมในผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นงัน อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 61.2 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 30.1 และอยู่ในระดับสูง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 8.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ โดยจำแนกตามความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการใช้บริการด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นงัน อำเภอมือบึง จังหวัดลำปาง

	พฤติกรรมการใช้บริการด้านทันตสุขภาพ			χ^2	df	P-value
	ต่ำ จำนวน(%)	ปานกลาง จำนวน (%)	สูง จำนวน (%)			
ปัจจัย						
เพศ				0.516	2	0.773
ชาย	66(59.5)	34(30.6)	11(9.9)			
หญิง	60(63.2)	28(29.5)	7(7.4)			
รวม	126(61.2)	62(30.1)	18(8.7)			
อายุ(ปี)				14.347	2	0.001**
อายุ 60-79 ปี	70(51.9)	50(37.0)	15(11.1)			
ผู้สูงอายุตอนปลาย 80 ปีขึ้นไป	56(78.9)	12(16.9)	3(4.2)			
รวม	126(61.2)	62(30.1)	18(8.7)			
อาชีพ				0.890	2	0.641
เกษตรกร / รับจ้าง / ค้าขายทั่วไป	86(59.3)	45(31.0)	14(9.7)			
พ่อบ้าน / แม่บ้าน / เกษียณอายุ	40(65.6)	17(27.9)	4(6.6)			
รวม	126(61.2)	62(30.1)	18(8.7)			
ระดับการศึกษา				13.995	2	0.001**
ประถมศึกษา	123(64.7)	51(26.8)	16(8.4)			

ปัจจัย	พฤติกรรมการใช้บริการด้านทันต สุขภาพ			χ^2	df	P-value
	ต่ำ จำนวน(%)	ปานกลาง จำนวน (%)	สูง จำนวน (%)			
มัธยมศึกษาขึ้นไป	3(18.8)	11(68.8)	2(12.5)	18.884	4	0.001**
รวม	126(61.2)	62(30.1)	18(8.7)			
สถานภาพ						
โสด	12(60.0)	5(25.0)	3(15.0)			
สมรส	65(51.2)	50(39.4)	12(9.4)			
หม้าย / หย่า / แยก	49(83.1)	7(11.9)	3(5.1)	16.492	2	0.001**
รวม	126(61.2)	62(30.1)	18(8.7)			
สิทธิการรักษา						
สิทธิหลักประกันสุขภาพ	116(67.1)	43(24.9)	14(8.1)			
30บาท						
สิทธิอื่นๆ เช่น	10(30.3)	19(57.6)	4(12.1)	19.899	2	0.001**
ข้าราชการบำนาญ/ประกันสังคม/ ครอบครัวยุสธ.						
รวม	126(61.2)	62(30.1)	18(8.7)			
โรคประจำตัว						
มี	123(66.1)	49(26.3)	14(7.5)	8.362	4	0.079
ไม่มี	3(15.0)	13(65.0)	4(20.0)			
รวม	126(61.2)	62(30.1)	18(8.7)			
จำนวนฟันที่เหลือในช่องปาก						
น้อยกว่า 10 ซี่	49(70.0)	16(22.9)	5(7.1)	8.362	4	0.079
11-20 ซี่	45(56.3)	24(30.0)	11(13.8)			

	พฤติกรรมการใช้บริการด้านทันต สุขภาพ			χ^2	df	P-value
	ต่ำ จำนวน(%)	ปานกลาง จำนวน (%)	สูง จำนวน (%)			
ปัจจัย						
มากกว่า 20 ปี	32(57.1)	22(39.3)	2(3.6)			
รวม	126(61.2)	62(30.1)	18(8.7)			
ความเชื่อด้านทันตสุขภาพ				23.153	2	0.001**
ระดับต่ำถึงปานกลาง	37(43.0)	41(47.7)	8(9.3)			
ระดับสูง	89(74.2)	21(17.5)	10(8.3)			
รวม	126(61.2)	62(30.1)	18(8.7)			
ปัจจัยสนับสนุนทางทรัพยากรที่เอื้อต่อการใช้บริการ				43.743	2	0.001**
ระดับต่ำถึงปานกลาง	122(69.3)	46(26.1)	8(4.5)			
ระดับสูง	4(13.3)	16(53.3)	10(33.3)			
รวม	126(61.2)	62(30.1)	18(8.7)			
ความจำเป็นในการรับบริการทันตกรรม				16.240	2	0.001**
ระดับต่ำถึงปานกลาง	120(65.2)	52(28.3)	12(6.5)			
ระดับสูง	6(27.3)	10(45.5)	6(27.3)			
รวม	126(61.2)	62(30.1)	18(8.7)			

หมายเหตุ *p ≤ 0.05, ** p ≤ 0.001

อภิปรายผล (Discussion)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการใช้บริการด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นจันทน์ อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปางของกลุ่มตัวอย่าง

อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นงูน อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพันธ์ หอมแก่นจันทร์ (2557) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลคืออายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ชณัฐดา สืบสิงห์คาร (2560) ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลสังคม จังหวัดหนองคาย จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยนำได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล คือ อายุ การศึกษา รายได้ สิทธิการรักษาทางพยาบาล ความรู้ เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ประวัติด้านสุขภาพ ประวัติการตั้งครรภ์ และการมาใช้บริการก่อนตั้งครรภ์ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สถานที่ตั้ง ช่องทางการได้รับความรู้ด้านสุขภาพช่องปากความสะดวกใน การเดินทาง และความสะดวก รวดเร็วในการให้บริการของทันตแพทย์และปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ สุขภาพช่องปากที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการทันตกรรม

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นงูน อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร แสงอ่วม (2558) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือตอนล่าง ประเทศไทย พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการทันตกรรมในผู้สูงอายุในการศึกษานี้ ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ (เกษตรกร และอาชีพรับจ้าง) การอาศัยอยู่คนเดียว และการมีรายได้ของตนเอง โดยระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการทันตกรรมในผู้สูงอายุในการศึกษานี้มากที่สุด

สถานภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นงูน อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐพันธ์ สมสวาท (2559) ซึ่งศึกษาความต้องการการบริการทางทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตตำบลจองคำ อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการบริการทางทันตกรรมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และสถานภาพสมรสและสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรัณยา ณัฐเศรษฐสกุล (2561) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรมจากคณะทันตแพทยศาสตรมหาวิทยาลัทยมิดลของผู้มารับบริการ ผลการศึกษาพบว่า ผู้มารับบริการที่มีสถานภาพต่างกัน มี

ความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางทันตกรรมจากคณะทันตแพทยศาสตร์ด้านกระบวนการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สิทธิการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นจันทน์ อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง สอดคล้องกับการศึกษาของบุญเกียรติ วัฒนเรืองรอง (2561) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการทันตกรรมโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษาพบว่า สิทธิการรักษาพยาบาลมีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทันตกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-Value} = 0.001$) โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นจันทน์ อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง สอดคล้องกับการศึกษาของชูลีพร เฝ้านิมมงคล (2561) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษาพบว่าโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับความต้องการเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ

ความเชื่อด้านทันตสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นจันทน์ อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรยา มณีลังกา (2563) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านทันตสุขภาพกับการใช้บริการทางทันตกรรมของผู้สูงอายุในบ้านศิลา หมู่ที่ 1 ตำบลศิลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จากการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการไปใช้บริการทางทันตกรรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5

ปัจจัยสนับสนุนทางทรัพยากรที่เอื้อต่อการใช้บริการ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นจันทน์ อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา เจริญกุล (2558) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพของผู้ใช้บริการทันตกรรม กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนและตัวอย่างจากครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองด้านทันตสุขภาพ และพบว่าผู้ที่ได้รับตัวอย่างจากครอบครัวแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านทันตสุขภาพที่ต่างกัน นั่นคือการได้รับตัวอย่างจากครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านทันตสุขภาพและผู้ที่ได้รับตัวอย่างจากครอบครัวมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านทันตสุขภาพที่สูงกว่า

ความจำเป็นในการรับบริการทันตกรรม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นงัน อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชูลิพร ผ่านนิมมงคล (2561) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ปัจจัยตระหนักถึงความจำเป็นต่อการเข้ารับการรักษาทางทันตกรรมเป็นเพียงปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความต้องการเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุมีความต้องการรับบริการทันตกรรมใส่ฟันเทียมทดแทนมากที่สุด รองมาคือการอุดฟันและถอนฟันตามลำดับ โดยมีความต้องการรักษาก่อนเนืองก้น้อยที่สุด

สรุปผลการวิจัย (Recommendations)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อด้านทันตสุขภาพอยู่ในระดับสูง มีการสนับสนุนทางทรัพยากรที่เอื้อต่อการใช้บริการ และมีความจำเป็นในการรับบริการทันตกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการใช้บริการด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สิทธิการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว ความเชื่อด้านทันตสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุนทางทรัพยากรที่เอื้อต่อการใช้บริการ และความจำเป็นในการรับบริการทันตกรรมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นงัน อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อด้านทันตสุขภาพอยู่ในระดับสูง มีระดับปัจจัยสนับสนุนทางทรัพยากรที่เอื้อต่อการใช้บริการและมีระดับปัจจัยความจำเป็นในการรับบริการทันตกรรม อยู่ในระดับปานกลาง และมีระดับพฤติกรรมการใช้บริการด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ ผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมการเข้าถึงการให้บริการด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ จึงควรส่งเสริมพฤติกรรมการใช้บริการด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุให้มีการเข้าถึงระบบบริการทันตกรรมให้มากยิ่งขึ้นในอนาคตต่อไป
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นงัน ควรจัดระบบการประชาสัมพันธ์การให้ผู้สูงอายุมารับบริการทันตกรรมผ่านช่องทางสื่อต่างๆและควรมีการให้บริการทันตกรรมเชิงรุกที่มากขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงระบบบริการอย่างทั่วถึงและมีสุขภาพช่องปากที่ดี

เอกสารอ้างอิง (References)

- ชนัญฐิตา สืบสิงห์คาร. (2560). สภาวะฟันผุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลสงฆ์ จังหวัดหนองคาย. วารสารทันตภิบาล. 28(1):62.
- ชูลีพร ผ่านันมมงคล. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 17(3):11.
- ณัฐพนธ์ สมสาท. (2559). ความต้องการการบริการทางทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตตำบลจองคำ อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการบริหารงานสาธารณสุข) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น.
- ทันตแพทยสภา. (2541). ข้อบังคับทันตแพทยสภาว่าด้วยจรรยาบรรณว่าด้วยวิชาชีพทันตกรรมว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วย พ.ศ.2541.สิทธิผู้ป่วยทางทันตกรรม.สืบค้นจาก:
https://www.dentalcouncil.or.th/public/patient_rights.php.
- นิตยา เจริญกุล และคณะ. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านทันตสาธารณสุขของผู้ใช้บริการทันตกรรม กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ. วารสารสหวิทยาการวิจัย ฉบับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 3(2):12-22.
- บุญเกียรติ วัฒนเรืองรอง. (2561). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการทันตกรรมโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดสมุทรปราการ. วารสารศูนย์อนามัย 9:วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 12(12):85-102.
- วรยา มณีลังกา.(2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านทันตสุขภาพกับการใช้บริการทางทันตกรรมของผู้สูงอายุในบ้านศิลา หมู่ที่ 1 ตำบลศิลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตภิบาล. 31(1):118.
- ศรัณยา ณัฐเศรษฐกุล. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางทันตกรรมจากคณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. วารสาร Mahidol R2R e-Journal. 5(1):133-148.
- ศิริพันธ์ หอมแก่นจันทร์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง. การค้นคว้าอิสระตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการส่งเสริมสุขภาพ. คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุภาพร แสงอ่วม. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือตอนล่าง ประเทศไทย. คณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ทันตแพทยวารสาร. 36(1):53-61.

- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย,2561). รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 30 มีนาคม 2564). สืบค้นจาก:
http://dental2.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=2423.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2563). แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 30 มีนาคม 2564). สืบค้นจาก:
http://dental.skto.moph.go.th/documents/form/other20201109_023212.pdf.
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement, 30(3), pp. 607-610.

Secondhand smoke: health impact and control measures

Bunliang Suphim^{1*} Phasit Sirited² Sitthisak Tikham³

Abstract

Secondhand smoke is one of the most silent dangers to the health of both smokers and non-smokers nowadays. This article aimed to present the health impact and control measures of secondhand smoke, including information about; 1) the concept of secondhand smoke, 2) the health impact of secondhand smoke, and 3) control measure of secondhand smoke. Secondhand smoke is defined as substances generated by the smoke from the burning tip of cigarettes, which did not get into the body of the smoker. It is defined as substance generated by the smoker's inhaled and exhaled. Secondhand smoke consists of many chemical substances such as ammonia, benzene, nicotine, carbon monoxide, and carcinogens for humans. People can be exposed to secondhand smoke from the smoke that is contaminated on surfaces of various objects in the environment and in the air. Long-term exposure to secondhand smoke would cause health impact consequences. Information on secondhand smoke should be provided for the public, and active control measures should be implemented. This will create the understanding and awareness about the health impact of secondhand smoke to increase people's health literacy. That may lead to a reduction and cessation of smoking. As a result, this would have a positive effect on the health of both smokers and non-smokers.

Keywords: secondhand smoking, health impact, control measures

¹ Department of Public Health, Faculty of Science and Technology, Loei Rajabhat University

² Department of Public Health, Faculty of Nursing Science and Allied Health, Phetchaburi Rajabhat University

³ Department of Applied Thai Traditional Medicine, Faculty of Public Health, Naresuan University

* Corresponding author: bunliang_sp@yahoo.com

บุหรีมือสอง: ผลกระทบต่อสุขภาพและมาตรการควบคุม

บุญเลี้ยง สุพิมพ์^{1*} ภาสิต ศิริเทศ² สิทธิศักดิ์ ดีคำ³

บทคัดย่อ

บุหรีมือสองเป็นภัยเงียบที่สำคัญต่อสุขภาพของทั้งผู้สูบบุหรี่และผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ในปัจจุบัน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงให้เห็นถึงผลกระทบต่อสุขภาพและมาตรการในควบคุมบุหรีมือสอง โดยนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับ 1) แนวคิดเกี่ยวกับบุหรีมือสอง 2) ผลกระทบต่อสุขภาพของบุหรีมือสอง และ 3) มาตรการในการควบคุมบุหรีมือสอง บุหรีมือสองคือสารจากควันบริเวณปลายมวนบุหรีที่ติดไฟอยู่ ที่ไม่ได้ผ่านเข้าไปในร่างกายของผู้สูบ และเป็นสารจากควันที่ผู้สูบบุหรี่สูดเข้าไปและปล่อยออกมา ได้แก่ สารแอมโมเนีย เบนซิน นิโคติน คาร์บอนมอนอกไซด์ และสารก่อมะเร็งในมนุษย์ โดยประชาชนสามารถรับสัมผัสบุหรีมือสองได้จากควันบุหรีที่ปนเปื้อนอยู่บนพื้นผิวต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมและที่ลอยอยู่ในอากาศ ซึ่งการรับสัมผัสเป็นระยะเวลานานจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพตามมา การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับบุหรีมือสองร่วมกับการมีมาตรการในการควบคุมและการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง จะเป็นการสร้างความเข้าใจและความตระหนักเกี่ยวกับผลกระทบของบุหรีมือสอง เพื่อให้ประชาชนมีความรอบรู้ทางสุขภาพ อันจะนำไปสู่การลด ละ เลิก สูบบุหรี่ ซึ่งจะส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้สูบบุหรี่และผู้ไม่สูบบุหรี่ได้

คำสำคัญ: บุหรีมือสอง, ผลกระทบทางสุขภาพ, มาตรการในการควบคุม

¹ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

² สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

³ สาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

* ผู้รับผิดชอบบทความ: bunliang_sp@yahoo.com

บทนำ

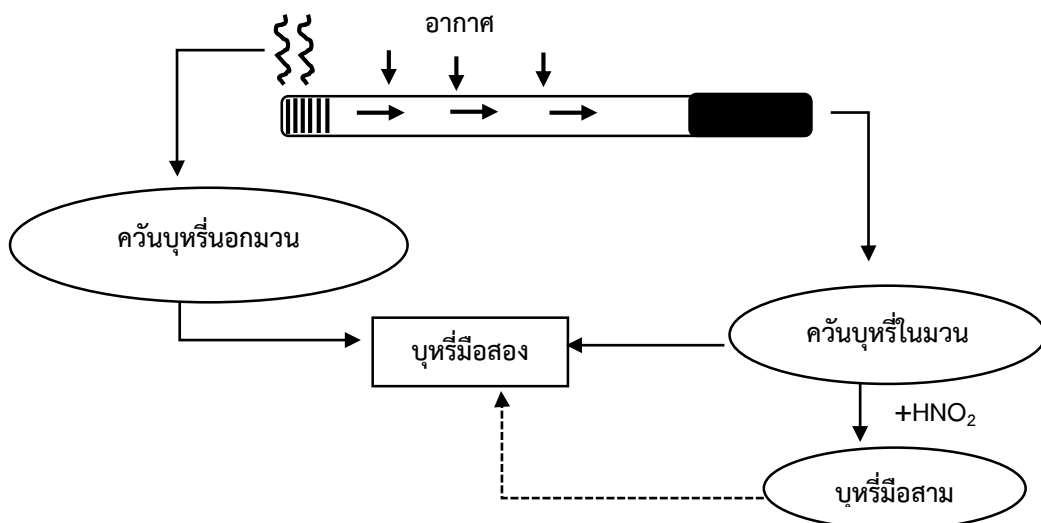
การสูบบุหรี่ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรทั่วโลก โดยในปี พ.ศ. 2560 พบว่าการสูบบุหรี่ได้คร่าชีวิตผู้คนไปเกือบ 8 ล้านคนต่อปี โดยเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ประมาณ 7 ล้านคน และเสียชีวิตจากการรับสัมผัสควันบุหรี่มือสอง (Secondhand smoke; SHS) ประมาณ 1.2 ล้านคน (World Health Organization, 2021) และในปี พ.ศ. 2560 ได้มีรายงานภาระโรคที่เกิดจากบุหรี่มือสองทั่วโลก พบว่า มีผู้เจ็บป่วยและพิการจากการได้รับบุหรี่มือสองจำนวน 526,000 คน และเสียชีวิต จำนวน 24,000 คน โดยส่วนใหญ่ได้รับสัมผัสบุหรี่มือสองที่บ้าน (Carreras, Lachi, Cortini, Gallus, López, López-Nicolás, et al., 2021) นอกจากนี้ได้มีการสำรวจใน 23 ประเทศของสหภาพยุโรป 13 รัฐของสหรัฐอเมริกา 15 เมืองของประเทศจีน และประเทศกลุ่มตะวันออกและบางส่วนในประเทศออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ โมร็อกโก และอิสราเอล พบว่า ส่วนใหญ่จะรับสัมผัสบุหรี่มือสองที่บ้านและที่ทำงาน มีบางส่วนสัมผัสบุหรี่มือสองจากรถยนต์และสถานที่สาธารณะ และคนไทยกว่าร้อยละ 81.8 สูบบุหรี่ในบ้านและสูบลูกเล็ก เมื่อตรวจหาระดับนิโคตินในผม พบระดับนิโคตินในผมเด็กสูงกว่าผู้หญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Lapvongwatana, Kungskulniti, Charoenca, Avila-Tang, Wipfli, & Hamann, 2016) ในปี พ.ศ. 2557 ผลสำรวจขององค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทยร่วมกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าคนไทยประมาณ 15.2 ล้านคนได้รับพิษร้ายจากควันบุหรี่มือสองในบ้านตัวเอง และในปี พ.ศ. 2558 องค์การอนามัยโลกร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขมีผลสำรวจออกมาว่า เด็กนักเรียนไทย 1 ใน 3 ได้รับควันบุหรี่มือสองจากที่บ้าน โดยผลกระทบต่อสุขภาพที่สำคัญของการสัมผัสบุหรี่มือสอง ในผู้ใหญ่ คือ โรคมะเร็งปอด โรคหัวใจขาดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง และมะเร็งเต้านม ในเด็ก พบภาวะน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ ทารกเสียชีวิตอย่างกะทันหัน ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง หูชั้นกลางอักเสบ และโรคหอบหืด (Carreras & Gorini, 2018; Carreras, Lugo, Gallus, Cortini, Fernández, López, et al. 2019) ภาวะน้ำหนักแรกเกิดของทารกต่ำกว่าเกณฑ์จากการสัมผัสบุหรี่มือสองของหญิงตั้งครรภ์ถือเป็นปัญหาสำคัญของประเทศในสหภาพยุโรป เนื่องจากในปี พ.ศ. 2560 พบทารกแรกเกิดมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ จำนวน 35,633 คน (Carreras, Lachi, Cortini, Gallus, López, Nicolás, et al., 2020)

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่านอกจากผู้สูบบุหรี่จะตระหนักถึงผลกระทบที่จะเกิดกับตัวเองแล้วยังต้องตระหนักถึงผลกระทบที่จะเกิดกับคนในครอบครัวและคนรอบข้างตนเองในขณะที่สูบบุหรี่ด้วย โดยเฉพาะเด็กซึ่งส่วนใหญ่ใช้เวลาอยู่ในอาคารบ้านเรือนและมีความเสี่ยงต่อ

การเกิดผลกระทบต่อสุขภาพมากกว่าวัยทำงาน อย่างไรก็ตามประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่ทราบข้อมูลและความเสี่ยงทางสุขภาพที่เกิดจากการสัมผัสบุหรี่มือสองโดยไม่รู้ตัว ดังนั้นบทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงให้เห็นถึงผลกระทบต่อสุขภาพของบุหรี่มือสอง โดยนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับแนวคิดเกี่ยวกับบุหรี่มือสอง ผลกระทบต่อสุขภาพ และมาตรการในการควบคุมบุหรี่มือสอง เพื่อเป็นการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่มือสองให้ผู้สูบบุหรี่ตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองและบุคคลรอบข้างโดยเฉพาะอย่างยิ่งคนในครอบครัว โดยหวังจะทำให้เลิกสูบบุหรี่และลดอัตราป่วยและการเสียชีวิตจากบุหรี่มือสองได้ นอกจากนี้ยังเป็นข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับทราบและอาจนำไปสู่การมีมาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่จากบุหรี่มือสองต่อไปในอนาคตได้

แนวคิดเกี่ยวกับบุหรี่มือสอง

บุหรี่มือสอง หรือควันบุหรี่มือสอง (Secondhand smoke; SHS) เรียกอีกชื่อหนึ่งว่า ควันบุหรี่ในสิ่งแวดล้อม (Environmental Tobacco Smoke; ETS) ซึ่งเกิดจาก ควันจากปลายมวนบุหรี่ที่จุดไฟที่ลอยอยู่ในอากาศขณะไม่มีการสูบบุหรี่ หรือเรียกว่า “ควันบุหรี่นอกรวม (Side-stream smoke)” หมายถึง ควันบุหรี่ที่ลอยออกมาสู่สิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากควันบริเวณปลายมวนบุหรี่ที่ติดไฟอยู่ เป็นควันที่ไม่ได้ผ่านเข้าไปในร่างกายของผู้สูบบาก่อน แต่เกิดจากการเผาไหม้ของใบยาสูบที่บริเวณปลายมวนในช่วงระหว่างการสูบและหลังสูบเสร็จ และควันที่ผู้สูบบุหรี่สูดเข้าไปและปล่อยออกมา หรือเรียกว่า “ควันบุหรี่ในมวน (Mainstream smoke)” หมายถึง ควันบุหรี่ที่ผู้สูบบุหรี่สูดจากตัวมวนบุหรี่เข้าสู่ร่างกาย โดยตรงและพ่นกลับออกมาจากภายนอก (Öberg, Woodward, Jaakkola, Peruga, & Prüss-Ustün, 2010) เมื่อบุหรี่เกิดการเผาไหม้ควันบุหรี่เกิดขึ้นจะถูกเจือจางด้วยอากาศ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายภาพและเคมี แพร่กระจาย และติดอยู่ตามพื้นผิวต่าง ๆ เช่น รถยนต์ เสื้อผ้า ม่าน วอลเปเปอร์ ฯลฯ โดยควันที่ตกค้างอยู่ในสิ่งแวดล้อมนี้มีสมบัติและองค์ประกอบที่เปลี่ยนไปจากควันที่เกิดจากการเผาไหม้ของบุหรี่ที่เรียกว่าควันบุหรี่มือสอง ดังภาพ



ภาพ แสดงกลไกการเกิดบุหรี่มือสองซึ่งเกิดจากควันบุหรือนอกมวนและควันบุหรี่ในมวนที่มีจุดกำเนิดจากบุหรี่ โดยควันบุหรี่ในมวนจะทำปฏิกิริยากับกรดไนตริกที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมเกิดเป็นควันบุหรี่มือสาม และควันบุหรี่มือสามอาจมีส่วนช่วยให้เกิดควันบุหรี่มือสอง (Giraldi, Fovi De Ruggiero, Marsella, & De Luca d'Alessandro, 2013)

สารเคมีที่พบในบุหรี่มือสอง

บุหรี่มือสองประกอบด้วยควันบุหรือนอกมวนที่ลอยออกมาสู่สิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งเกิดจากเผาไหม้ของใบยาสูบที่บริเวณปลายมวนในช่วงระหว่างการสูบและหลังสูบเสร็จ และควันบุหรี่ในมวนซึ่งเป็นควันบุหรี่ที่ผู้สูบบุหรี่สูดจากตัวมวนบุหรี่เข้าสู่ร่างกาย โดยตรง และพ่นกลับออกมาจากภายนอก (ดังภาพ) ประมาณร้อยละ 85 องค์ประกอบหลักของบุหรี่มือสองจะเป็นควันบุหรือนอกมวน (Kritz, Schmid, & Sinzinger, 1995) โดยทั่วไปผู้ไม่สูบบุหรี่จะสัมผัสกับควันบุหรือน้อยกว่าผู้สูบ เนื่องจากควันบุหรี่ถูกเจือจางด้วยอากาศ อย่างไรก็ตาม สารประกอบที่เป็นพิษและผลิตภัณฑ์จากการเผาไหม้จะแตกต่างกันไปตามความเข้มข้นของควันบุหรี่ในมวน เช่น นิโคตินที่อยู่ในควันบุหรือนอกมวน มีปริมาณเท่ากับที่อยู่ในควันบุหรี่ในมวน แต่มีสาร 4-aminobiphenyl ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งประมาณ 30 เท่า (Institute of Medicine Committee on Secondhand Smoke Exposure and Acute Coronary Events, U. S.

(2010) นอกจากนี้ควันบุหรี่นอกมวนยังมีสารแอมโมเนีย เบนซิน นิโคติน คาร์บอนมอนอกไซด์ และสารก่อมะเร็งอื่น ๆ ที่ก่อมะเร็งในสัตว์และมนุษย์ ได้แก่ สารหนู แคดเมียม เบนโซไพรีน ไนโตรซามีน และไวนิลคลอไรด์ (Institute of Medicine Committee on Secondhand Smoke Exposure and Acute Coronary Events, 2010) ส่วนประกอบทางเคมีอื่น ๆ ที่น่าจะมีผลเสียต่อระบบทางเดินหายใจและหัวใจ คือคาร์บอนมอนอกไซด์ซึ่งก่อให้เกิดการสร้างคาร์บอกซีฮีโมโกลบินและโพลีไซคลิกอะโรมาติกไฮโดรคาร์บอน ทำให้เกิดบาดแผลในหลอดเลือด (Glantz & Parmley, 1991) ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าควันบุหรี่นอกมวนจะมีสารเคมีที่อันตรายต่อสุขภาพมากกว่าควันบุหรี่มวน เนื่องจากเกิดการเผาไหม้ที่ไม่สมบูรณ์ นอกจากนี้ยังมีอนุภาคจำนวนมากที่สามารถเข้าไปในปอดของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ได้ (Brownson, Eriksen, Davis, & Warner, 1997)

การรับสัมผัสบุหรี่มือสอง

การรับสัมผัสบุหรี่มือสองนั้นสามารถสัมผัสได้จากควันบุหรี่นอกมวนและควันบุหรี่ในมวนเกาะอยู่บนผิวของวัสดุต่าง ๆ เช่น รถยนต์ เสื้อผ้า ผ้าปูเตียง ฯลฯ และที่ลอยอยู่ในอากาศของสถานที่ต่าง เช่น บ้าน ร้านอาหาร สถานศึกษา สถานบันเทิง และสวนสาธารณะ เป็นต้น จากการสำรวจความชุกของการรับสัมผัสบุหรี่มือสองของนักเรียนในจังหวัดทางภาคเหนือของประเทศไทย พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับสัมผัสบุหรี่มือสองที่บ้าน ร้อยละ 46.8 โดยมาจากพ่อ ร้อยละ 45.4 ญาติ ร้อยละ 24.1 พี่น้อง ร้อยละ 12.4 แม่ ร้อยละ 3.3 และเพื่อนบ้านและแขก ร้อยละ 14.8 ซึ่งพบว่าคนที่อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ บ้านที่ไม่มิกฎปลอดบุหรี่ สมาชิกในครัวเรือนที่ดื่มแอลกอฮอล์ และอาศัยอยู่ในบ้านที่มีจำนวนห้องมากกว่าเท่ากับ 3 ห้อง มีโอกาสเสี่ยงในการรับสัมผัสบุหรี่มือสองมากกว่าคนที่ไม่มีปัจจัยเหล่านี้ 7.43 3.40 2.29 และ 1.79 เท่า (Phetphum & Noosorn, 2020) นอกจากนี้ในบ้านแล้วการรับสัมผัสควันบุหรี่มือสองยังพบได้ในสถานศึกษาโดยเฉพาะบริเวณอาคารเรียน ร้อยละ 60.87 และห้องน้ำห้องส้วม ร้อยละ 17.39 (พิรยา สุธีรางกูร และกัลยา ศารทูลทัต, 2564) พบในรถยนต์ ร้อยละ 23.3 (Lim, Lim, Ghazali, Kee, Teh, & Gill, 2020) พบในที่ทำงาน และสถานที่สาธารณะ (Khoramdad, Vahedian-Azimi, Karimi, Rahimi-Bashar, Amini, & Sahebkar, 2020) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าบุหรี่มือสองประกอบด้วยสารเคมีที่เป็นอันตราย การได้รับสัมผัสบุหรี่มือสองเป็นประจำ จะทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งต่อผู้สูบและผู้ที่ไม่ได้สูบ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ผลกระทบต่อสุขภาพของบุหรืมือสอง

การสูบบุหรี่ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรทั่วโลก โดยในปี พ.ศ. 2560 พบว่าการสูบบุหรี่ได้คร่าชีวิตผู้คนไปเกือบ 8 ล้านคนต่อปี โดยเสียชีวิตจากการรับสัมผัสควันบุหรืมือสอง (Secondhand smoke; SHS) ประมาณ 1.2 ล้านคน (World Health Organization, 2021) และจากรายงานภาระโรค พบว่า บุหรืมือสองเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย พิการ และเสียชีวิต ของประชากรทั่วโลก (Carreras, Lachi, Cortini, Gallus, López, López-Nicolás, et al., 2021) ดังนี้

ผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ใหญ่

โรคหลอดเลือดหัวใจ

ในปี พ.ศ. 2560 ได้มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ประมาณ 382,000 คน เนื่องมาจากการสัมผัสบุหรืมือสอง คิดเป็นร้อยละ 4.3 ของการเสียชีวิตทั้งหมดของโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยคิดเป็นร้อยละ 31 ของการเสียชีวิตทั้งหมดจากการสัมผัสบุหรืมือสอง และคาดว่าจะมีอีกประมาณ 8.8 ล้านคนทั่วโลกที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจแล้วทำให้เกิดความพิการจากการสัมผัสบุหรืมือสอง (GBD 2017 Risk Factor Collaborators, 2018) ได้มีการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) ซึ่งให้เห็นว่าการรับสัมผัสบุหรืมือสองของผู้ใหญ่ในประเทศต่าง ๆ จากประเทศที่มีรายได้สูง ไปรายได้ต่ำ มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นร้อยละ 23 – 30 ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Department of Health and Human Services, 2006; Öberg, Woodward, Jaakkola, Peruga, & Prüss-Ustün, 2010; Olasky, Levy, & Moran, 2012; Lv, Sun, Bi, Xu, Lu, Zhao, et al., 2015) ได้มีการศึกษาถึงผลข้างเคียงจากการสัมผัสบุหรืมือสองที่มีผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ผู้ที่สัมผัสบุหรืมือสองมาก มีโอกาสในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าผู้ที่สัมผัสบุหรืมือสองน้อย 1.93 เท่า (Yankelevitz, Henschke, Yip, Boffetta, Shemesh, Cham, et al., 2013) โดยประชากรส่วนใหญ่จะสัมผัสบุหรืมือสองจากสถานที่สาธารณะ ร้อยละ 64 สถานที่ทางสังคม ร้อยละ 51.1 บ้าน ร้อยละ 48.5 สถานที่ขนส่ง ร้อยละ 31 และ สถานที่ทำงาน ร้อยละ 14.8 โดยพบว่าปัจจัยเกี่ยวกับ เพศชาย ลูกจ้าง อายุน้อย และระดับการศึกษาต่ำ เป็นกลุ่มที่มีโอกาสในการสัมผัสบุหรืมือสองมากที่สุด และการสัมผัสบุหรืมือสองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและจำนวนผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (Abu-Baker, Al-Jarrah, & Suliman, 2020)

จากข้อมูลดังกล่าวเป็นแนวทางในการกำหนดมาตรการในการควบคุมบุหรีมือสองเพื่อป้องกันโรค
หลอดเลือดหัวใจต่อไป

มะเร็งปอด

ตั้งแต่ช่วงต้นทศวรรษ 1980 เป็นต้น ทัวโลกมีความกังวลมากขึ้นเกี่ยวกับ
ผลกระทบด้านสุขภาพที่อาจเกิดจากการสัมผัสบุหรีมือสอง แม้ว่าบุหรีมือสองจะถูกกำหนดให้เป็น
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอด แต่การศึกษาเกี่ยวกับความเสี่ยงยังมีน้อยและยังเป็นที่
ถกเถียงกันอยู่ เนื่องจากการสัมผัสบุหรีมือสองของมนุษย์มีความซับซ้อนจากแหล่งที่มา
องค์ประกอบ ปริมาณและระยะเวลาในการสัมผัสบุหรีมือสอง มีความสำคัญต่อก่อมะเร็งในปอด
ของมนุษย์โดยมีระยะเวลาแฝงเป็นเวลาหลายปี (Besaratinia & Pfeifer, 2008) ถึงแม้ว่าจะยัง
อยู่ระหว่างการศึกษาวิจัยแนวทางในการศึกษากลไกพื้นฐานของบุหรีมือสองที่อาจนำไปสู่การก่อ
มะเร็งในปอด แต่ได้มีรายการเกิดโรคมะเร็งปอดที่สัมพันธ์กับการสัมผัสบุหรีมือสองในประเทศ
ต่าง ๆ ทัวโลก โดยมีผลการศึกษาพบว่าควันบุหรีนอกมวนมีสารก่อมะเร็งมากกว่าควันบุหรีในมวน
ในปีพ.ศ. 2557 กระทรวงสุขภาพและบริการมนุษย์สหรัฐได้รายงานว่าการได้รับบุหรีมือสองเป็น
สาเหตุของการเสียชีวิตด้วยมะเร็งปอดของผู้ที่ไม่สูบบุหรี มากกว่า 7,300 คนต่อปีในสหรัฐอเมริกา
(Department of Health and Human Services, 2014) และในประเทศเยอรมนี พบว่า ผู้ชาย
มีโอกาสสัมผัสบุหรีมือสอง ร้อยละ 39.5 และผู้หญิงมีโอกาสสัมผัสบุหรีมือสอง ร้อยละ 23.5 ซึ่งมี
โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอด ร้อยละ 7.66 และ 4.70 ตามลำดับ ในประเทศเยอรมนีมี
ผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปอด ประมาณ 47,000 คนต่อปี โดยในจำนวนผู้เสียชีวิตมีคนที่สูบบุหรี
ประมาณ 6,000 คน และผู้สัมผัสบุหรีมือสอง ประมาณ 167 คน จากผลการศึกษาแสดงให้เห็น
ว่าการสัมผัสบุหรีมือสองทำให้มีโอกาสในการเป็นโรคมะเร็งปอดในคนเยอรมนี (Becher, Belau,
Winkler, & Aigner, 2018) ได้มีการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาวิเคราะห์อภิมาน (meta-
analysis) เกี่ยวกับระบาดวิทยา ในประเทศญี่ปุ่นพบว่า การสัมผัสบุหรีมือสองทำให้มีโอกาสเสี่ยง
ในการเกิดโรคมะเร็งปอด 1.28 เท่า (Hori, Tanaka, Wakai, Sasazuki, & Katanoda, 2016)
โดยมะเร็งปอดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและการเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งที่สำคัญของประเทศจีน
และพบว่าการสูบบุหรีและการสัมผัสบุหรีมือสองเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปอด
(Zou, Jia, Wang, & Zhi, 2017) จากข้อมูลดังกล่าวเป็นแนวทางในการกำหนดมาตรการในการ
ควบคุมบุหรีมือสองเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปอดต่อไป

โรคอื่น ๆ ที่พบในผู้ใหญ่

ในปี พ.ศ. 2557 ประเทศเยอรมนีได้รายงานจำนวนโรคที่มีสาเหตุจากการสัมผัสหุรีมือสอง ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โดยมีอายุอยู่ในช่วง 60 – 80 ปี เป็นเพศชาย จำนวน 268,878 คน หญิง จำนวน 141,276 คน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบในช่วงอายุ 65 – 85 ปี เป็นเพศชาย จำนวน 139,103 คน หญิง จำนวน 92,870 คน และโรคหลอดเลือดสมอง พบในช่วงอายุ 60 – 80 ปี เพศชาย จำนวน 186,281 คน หญิง จำนวน 101,734 คน (Fischer & Kraemer, 2016) การสัมผัสหุรีมือสองทำให้เพิ่มอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น จากการติดตามประชาชนในประเทศสหรัฐอเมริกา ตั้งแต่ปี 2546 ถึง ปี 2555 พบว่าประชาชนที่มีการสัมผัสหุรีมือสอง เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดเพิ่มขึ้น ร้อยละ 30 (Malek, Cushman, Lackland, Howard, & McClure, 2015) และมีผลการศึกษารายงานว่า ผู้ใหญ่ที่สัมผัสหุรีมือสองมากกว่า 10 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มีโอกาสเสี่ยงจะตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือด (1.23 เท่า) โรคหลอดเลือดสมอง (1.27 เท่า) และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (1.42 เท่า) เมื่อเทียบกับคนที่ไม่ได้สัมผัสหุรีมือสอง (Diver, Jacobs, & Gapstur, 2018)

ผลกระทบต่อสุขภาพของเด็ก

โรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบนและล่าง

ความเจ็บป่วยทางเดินหายใจในวัยเด็ก เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตโดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง โดยพบว่าการสัมผัสหุรีมือสองเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนบนและส่วนล่างอย่างเฉียบพลันและเรื้อรัง (Vanker, Gie, & Zar, 2017) จากการศึกษาผลกระทบของหุรีมือสองต่อสุขภาพของเด็กอายุ 3 – 8 ปี ที่อาศัยอยู่ใน 8 เมืองใหญ่ของประเทศจีน ที่มีพ่อและแม่สูบบุหรี่ในบ้าน พบว่า เด็กมีอาการไอและหายใจลำบาก ร้อยละ 6.0 ใช้หวัด ร้อยละ 9.5 อาการไอแห้ง ๆ ช่วงเวลากลางคืน ร้อยละ 17.1 และ ปอดบวม ร้อยละ 32.3 (Zhuge, Qian, Zheng, Huang, Zhang, Li, et al., 2020) นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กในสเปนที่สัมผัสหุรีมือสองมีอาการป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง จำนวน 7,097 คน คิดเป็นร้อยละ 13.5 ของผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจในทั้งหมด (Continente, Arechavala, Fernández, Pérez-Ríos, Schiaffino, Soriano, et al., 2019)

ปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ของทารกและเด็ก

นอกจากการติดเชื้อในทางเดินหายใจจะเป็นปัญหาสุขภาพหลักที่พบในเด็กตั้งแรกเกิด แล้วยังมีการศึกษาพบว่า มารดาที่ได้รับสัมผัสหุรีมือสองในระหว่างที่ตั้งครรภ์ มีโอกาสทำให้ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์และมีปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ในทารกแรกเกิด เช่น ทารก

คลอดก่อนกำหนด ทารกหยุดการเจริญเติบโต ทารกเสียชีวิตอย่างกะทันหันตั้งแต่แรกเกิด ส่งผลต่อการพัฒนาของระบบประสาท พฤติกรรมผิดปกติ อ้วน ความดันโลหิตสูง เบาหวานชนิดที่ 2 ปอดทำงานผิดปกติ หอบหืด หายใจติดขัด และหูชั้นกลางอักเสบ เป็นต้น (Kalayasiri, Supcharoen, & Ouiyanukoon, 2018; Banderali, Martelli, Landi, Moretti, Betti, Radaelli, et al., 2015; Hawsawi, Bryant, & Goodfellow, 2015) โดยพบว่า มารดาในประเทศเวียดนามที่สัมผัสสุหรืมือสองขณะตั้งครรภ์มีโอกาสเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดมากกว่ามารดาที่ไม่สัมผัสสุหรืมือสอง 1.92 เท่า (Rang, Hien, Chanh, & Thuyen, 2020) มารดาในประเทศมาเลเซียที่สัมผัสสุหรืมือสองขณะตั้งครรภ์ มีโอกาสเสี่ยงที่ทำให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มากกว่ามารดาที่ไม่สัมผัสสุหรืมือสอง (Norsa'adah & Salinah, 2014) และการสัมผัสสุหรืมือสองยังเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการหายใจติดขัดมากขึ้น โดยทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์เมื่อโตขึ้นจะมีโอกาสเสี่ยงในการหายใจติดขัดเพิ่มมากขึ้น (Lin, Caffrey, Lin, Chen, Lin, Ho, et al., 2014) นอกจากนี้การสัมผัสสุหรืมือสองยังทำให้เด็กมีอาการป่วยด้วยโรคในระบบทางเดินหายใจเพิ่มมากขึ้น เช่น ประเทศสเปนมีเด็กป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ จำนวน 136,403 คน แบ่งเป็นกลุ่มอายุ 0 – 14 ปี ป่วยเป็นโรคหอบหืด จำนวน 9,058 คน (คิดเป็นร้อยละ 8.5) โรคหูชั้นกลางอักเสบ จำนวน 120,248 คน (คิดเป็นร้อยละ 8.5) อายุ 0 – 11 ปี กรณีเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคระบบทางเดินหายใจจำนวน 3,028 คน โดยป่วยเป็นโรคหอบหืด จำนวน 379 คน (คิดเป็นร้อยละ 8.5) และหูชั้นกลางอักเสบ จำนวน 167 (คิดเป็นร้อยละ 8.5) (Continente, Arechavala, Fernández, Pérez-Ríos, Schiaffino, Soriano, et al., 2019) ได้มีผลการศึกษารายงานว่า เด็กอาศัยอยู่กับผู้สูบบุหรี่เป็นเวลา 16 – 18 ปี มีโอกาสเสียชีวิตด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงกว่าเด็กไม่ได้อาศัยอยู่กับคนสูบบุหรี่ 1.31 เท่า (Diver, Jacobs, & Gapstur, 2018)

จากการศึกษาวิจัยทั่วโลกแสดงให้เห็นว่า การได้รับสัมผัสสุหรืมือสองทำให้เกิดผลกระทบที่สำคัญต่อสุขภาพของประชากรไม่ว่าจะเป็นผู้ใหญ่และเด็กทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยด้วย ดังนั้นจำเป็นต้องมีมาตรการและแนวทางในการควบคุมสุหรืมือสองเพื่อปกป้องผู้ไม่สูบบุหรี่ให้ไม่รับผลกระทบทางสุขภาพจากสุหรืมือสองต่อไป

มาตรการในการควบคุมสุหรืมือสอง

จากผลกระทบต่อสุขภาพของสุหรืมือสอง ในปี พ.ศ. 2560 องค์การอนามัยโลกได้พัฒนารอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (WHO FCTC) โดยใช้มาตรการ “MPOWER” 6

ข้อ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการลดการบริโภคยาสูบและการสัมผัสบุหรี่มือสอง ดำเนินผ่านโครงการควบคุมยาสูบแห่งชาติ โดยใช้กลยุทธ์ MPOWER 6 ประการ ดังนี้ 1) ติดตามการใช้บุหรี่และนโยบายป้องกันปกป้องคนจากบุหรี่มือสอง 2) ให้ความช่วยเหลือในการเลิกใช้บุหรี่ 3) เตือนผู้คนเกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ 4) บังคับใช้การห้ามโฆษณาบุหรี่ 5) การส่งเสริมและการสนับสนุนให้เลิกบุหรี่ และ 6) การขึ้นภาษีบุหรี่ เป็นต้น (World Health Organization, 2017; Butz, 2018) หลังจากองค์การอนามัยโลกประกาศใช้มาตรการ MPOWER ได้มีการประเมินผลการใช้มาตรการดังกล่าวในทวีปต่าง ๆ ทั่วโลก จากคะแนนเต็ม 37 คะแนน พบ 15 ประเทศที่ได้คะแนนอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ประเทศปานามา และตุรกี ได้ 35 คะแนน ประเทศบราซิล และอูรุกวัย ได้ 34 คะแนน ประเทศไอซ์แลนด์ อังกฤษ อิหร่าน บรูไน อาร์เจนตินา และคอซตาริกา ได้ 33 คะแนน ประเทศออสเตรเลีย เนปาล ไทย แคนาดา และประเทศมอริเชียส ได้ 32 คะแนน (Heydari, Chamyani, Masjedi, & Fadaizadeh, 2016) โดยประเทศที่ประกาศใช้มาตรการ MPOWER และได้คะแนนระดับสูงจะมีนโยบายอย่างน้อยหนึ่งนโยบาย ที่ทำให้จำนวนผู้เสียชีวิตจากบุหรีลดลง จำนวน 14.6 ล้านคนทั่วโลก โดยนโยบายค่าเตือนด้านสุขภาพที่เข้มงวดขึ้น ช่วยให้ผู้เสียชีวิตจากบุหรีลดลง จำนวน 13.3 ล้านคน การขึ้นภาษี ช่วยให้ผู้เสียชีวิตจากบุหรีลดลง จำนวน 0.6 ล้าน ห้ามการตลาดที่เพิ่มขึ้น ช่วยให้ผู้เสียชีวิตจากบุหรีลดลง จำนวน 0.4 ล้านคน กฎหมายอากาศปลอดบุหรี ช่วยให้ผู้เสียชีวิตจากบุหรีลดลง จำนวน 0.3 ล้านคน และการช่วยให้เลิกสูบบุหรี เช่น การบำบัดแบบกระชับเพื่อลดหรือหยุดพฤติกรรมสูบบุหรี ช่วยให้ผู้เสียชีวิตจากบุหรีลดลง จำนวน 2,500 คน (Levy, Li, & Yuan, 2020)

ประเทศไทยได้เข้าเป็นรัฐภาคีของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก เมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2548 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมจำนวนผู้สูบบุหรีและอุตสาหกรรมยาสูบตลอดจนป้องกันการเพิ่มจำนวนของผู้สูบบุหรีโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน จึงได้มีการปรับปรุงแก้ไขและจัดกฎหมายฉบับใหม่ขึ้น คือ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 4 กรกฎาคม พ.ศ. 2560 เป็นต้นไป (อุดมรัตน์ วัฒนสิทธิ์, ศวรยา เลหาประภานนท์, และประเสริฐ มากแก้ว, 2561; กระทรวงสาธารณสุข, 2560) พระราชบัญญัตินี้ได้กำหนดการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรีอยู่ในหมวดที่ 5 ซึ่งบทบัญญัติกำหนดเกี่ยวกับ “เขตปลอดบุหรี” ได้แก่ สถานที่สาธารณะ สถานที่ทำงาน และยานพาหนะ ซึ่งกฎหมายดังกล่าวเป็นกลไกหนึ่งที่จะช่วยคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี โดยมีข้อกำหนดให้ดำเนินการ ดังนี้ 1) กำหนดให้มีเครื่องหมายแสดงไว้ให้เห็นชัดเจนว่าเป็นเขตปลอดบุหรี 2) ห้ามมีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการสูบบุหรี และ 3) มีสภาพและ

ลักษณะอื่นใดตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการ นอกจากนี้กระทรวงทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่งได้กำหนดให้พื้นที่ชายหาด จำนวน 24 ใน 15 จังหวัดของประเทศไทยเป็นชายหาดปลอดบุหรี่ ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 เป็นต้นไป ปี พ.ศ. 2561 กระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศ กำหนดประเภทหรือชื่อของสถานที่สาธารณะ สถานที่ทำงาน และยานพาหนะให้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่และยานพาหนะเป็นเขตปลอดบุหรี่ หรือเขตสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ ซึ่งสถานที่ปลอดบุหรี่ตามประกาศนี้ได้แก่สถานบริการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพ สถานศึกษาหรือสถานที่เพื่อการเรียนรู้และฝึกอบรม สถานที่สาธารณะอื่น ๆ (เช่น สถานรับดูแลหรือสงเคราะห์เด็ก ผู้เยาว์ หรือสมาคม มูลนิธิ หรือสถานประกอบการในลักษณะเดียวกัน และสนามเด็กเล่น) สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ สถานที่สาธารณะที่ใช้ประโยชน์ร่วมกัน ยานพาหนะและสถานที่พักเพื่อรถยนต์ (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ซึ่งจะเห็นได้ว่า ในปัจจุบันกฎหมายคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ยังไม่ครอบคลุมถึงสถานที่ส่วนบุคคล เช่น บ้าน และอาคารที่พักอาศัยในรูปแบบต่าง ๆ จากรายการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ ยังพบว่า มีการสัมผัสบุหรี่มือสองในบ้าน เช่น จากข้อมูลการสำรวจความชุกของการสัมผัสบุหรี่มือสองของนักเรียนในจังหวัดทางภาคเหนือของประเทศไทยพบว่า ส่วนใหญ่ได้รับสัมผัสบุหรี่มือสองที่บ้าน ร้อยละ 46.8 (Phetphum & Noosorn, 2020) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสัมผัสบุหรี่มือสองของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์สัมผัสบุหรี่มือสองในบ้าน ร้อยละ 57.2 จากการสูบบุหรี่ของสามี (ไพฑูรย์ สอนทน และอัมพร สอนทน, 2563) และการข้อมูลการศึกษาวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) ในประเทศยุโรป พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ได้รับบุหรี่มือสองจากบ้าน (Carreras, Lachi, Cortini, Gallus, López, López-Nicolás, et al., 2021) จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าบ้านเป็นแหล่งของการสัมผัสบุหรี่มือสองที่สำคัญที่สุด ดังนั้นประเทศไทยควรมีมาตรการและแนวทางการห้ามสูบบุหรี่ในบ้านอย่างจริงจัง เช่น การออกกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในบ้าน โดยคนที่สูบบุหรี่ในบ้านจะมีความผิดตามกฎหมายและได้รับบทลงโทษ เพื่อป้องกันไม่ให้สมาชิกภายในครอบครัวของผู้สูบบุหรี่เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากบุหรี่มือสองโดยเฉพาะเด็กเล็กซึ่งจะเจริญเป็นอนาคตของประเทศชาติต่อไป

บทสรุป

บุหรี่มือสองเป็นภัยจากบุหรี่ยีกรูปแบบหนึ่งที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ผลการศึกษาทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นบุหรี่ยีมือสองมีอยู่จริงและเป็นอันตรายทั้งต่อผู้ใหญ่และเด็ก บุหรี่ยี

สองเป็นเหมือนภัยเงียบที่แม้จะได้รับในปริมาณน้อยแต่หากได้รับสัมผัสเป็นระยะเวลานานก็อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพไม่ว่าจะเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ หอบหืด ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ และปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ตามมา ผู้ได้รับสัมผัสไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ตราบดีที่ยังมีผู้สูบบุหรี่ ดังนั้นการลดผลกระทบจากบุหรี่มือสอง ผู้สูบจึงเป็นตัวละครสำคัญแต่ในปัจจุบันการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ยังมีจำกัด สื่อ ข้อมูล ข่าวสาร เกี่ยวกับบุหรี่มือสองยังไม่แพร่หลาย นอกจากนี้หน่วยงานภาครัฐต้องจริงจังกับการบังคับใช้มาตรการและกฎหมายการห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ไม่ว่าจะเป็นบ้าน ที่ทำงาน สถานศึกษา สวนสาธารณะ ร้านอาหาร สถานบันเทิง และรถยนต์ เป็นต้น และควรเพิ่มการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่มือสองให้มากขึ้นเพื่อให้ประชาชนมีความรอบรู้ทางสุขภาพ อันจะนำไปสู่การลด ละ เลิก สูบบุหรี่ ซึ่งจะส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้สูบบุหรี่เองและบุคคลรอบข้างด้วย

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดประเภทหรือชื่อของสถานที่สาธารณะ สถานที่ทำงาน และยานพาหนะให้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่และยานพาหนะเป็นเขตปลอดบุหรี่ หรือเขตสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ พ.ศ. 2561. ค้นเมื่อ 1 มกราคม 2564, จาก <https://ddc.moph.go.th/law.php?law=2>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560. ค้นเมื่อ 1 มกราคม 2564, จาก <https://ddc.moph.go.th/law.php?law=2>
- พริยา สุธีราษฎร์ และกัลยา ศารทูลทัต. (2564). การรับสัมผัสบุหรี่มือสอง การติดยาโคโคติน และการสนับสนุนให้เป็น มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ของนักศึกษาและบุคลากรในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 15(1), 205 – 217.
- ไพฑูรย์ สอนทน และอัมพร สอนทน. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสัมผัสบุหรี่มือสองในบ้านระหว่างตั้งครรภ์ ของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดเพชรบูรณ์. *Thai Journal of Public Health*, 49(3), 350 – 362.
- อุดมรัตน์ วัฒนสิทธิ์, ศวรรยา เลหาประภานนท์, และประเสริฐ มากแก้ว. (2561). บุหรี่มือสาม : เกิดขึ้นตั้งอยู่ ไม่ดับไป. *วารสารพิษวิทยาไทย*, 33(2), 95 – 110.

- Abu-Baker, N. N., Al-Jarrah, E. A., & Suliman, M. (2020). Second-hand smoke exposure among coronary heart disease patients. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 13, 109–116.
- Banderali, G., Martelli, A., Landi, M., Moretti, F., Betti, F., Radaelli, G., Lassandro, C., & Verduci, E. (2015). Short and long term health effects of parental tobacco smoking during pregnancy and lactation: a descriptive review. *Journal of translational medicine*, 13, 327.
- Becher, H., Belau, M., Winkler, V., & Aigner, A. (2018). Estimating lung cancer mortality attributable to second hand smoke exposure in Germany. *International journal of public health*, 63(3), 367-375.
- Besaratinia, A., & Pfeifer, G. P. (2008). Second-hand smoke and human lung cancer. *Lancet Oncol*, 9(7), 657-666.
- Brownson, R. C., Eriksen, M. P., Davis, R. M., & Warner, K. E. (1997). Environmental tobacco smoke: health effects and policies to reduce exposure. *Annual review of public health*, 18, 163-185.
- Butz, A. M. (2018). Implementing tobacco control policies for minority youth with second-hand smoke exposure and respiratory disease. *Thorax*, 73(11), 1004-1005.
- Carreras, G., & Gorini, G. (2018). Burden of disease due to second-hand smoke exposure: a systematic review within the TackSHS project. *Tobacco Prevention & Cessation*, 4(Supplement).
- Carreras, G., Lachi, A., Cortini, B., Gallus, S., López, M. J., López-Nicolás, Á., Soriano, J. B., Fernandez, E., Tigova, O., Gorini, G., & TackSHS Project Investigators. (2021). Burden of disease from second-hand tobacco smoke exposure at home among adults from European Union countries in 2017: an analysis using a review of recent meta-analyses. *Preventive medicine*, 145, 106412.
- Carreras, G., Lachi, A., Cortini, B., Gallus, S., López, M. J., Nicolás, Á. L., Lugo, A., Pastor, M. T., Soriano, J. B., Fernandez, E., & Gorini, G. (2020). Burden of disease from exposure to secondhand smoke in children in Europe. *Tobacco Prevention & Cessation*, 6(Supplement), A15.

- Carreras, G., Lugo, A., Gallus, S., Cortini, B., Fernández, E., López, M. J., Soriano, J. B., López-Nicolás, A., Semple, S., Gorini, G., & TackSHS Project Investigators. (2019). Burden of disease attributable to second-hand smoke exposure: A systematic review. *Preventive Medicine*, 129, 105833.
- Continente, X., Arechavala, T., Fernández, E., Pérez-Ríos, M., Schiaffino, A., Soriano, J. B., Carreras, G., López-Nicolás, Á., Gorini, G., & López, M. J. (2019). Burden of respiratory disease attributable to secondhand smoke exposure at home in children in Spain (2015). *Preventive medicine*, 123, 34-40.
- Department of Health and Human Services, U. S. (2006). The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention.
- Department of Health and Human Services, U.S. (2014). The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Retrieved October, 9, 2021, from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/pdf/Bookshelf_NBK179276.pdf
- Diver, W. R., Jacobs, E. J., & Gapstur, S. M. (2018). Secondhand smoke exposure in childhood and adulthood in relation to adult mortality among never smokers. *American journal of preventive medicine*, 55(3), 345-352.
- Fischer, F., & Kraemer, A. (2016). Health impact assessment for second-hand smoke exposure in Germany—quantifying estimates for ischaemic heart diseases, COPD, and stroke. *International journal of environmental research and public health*, 13(2), 198.
- GBD 2017 Risk Factor Collaborators. (2018). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet (London, England)*, 392(10159), 1923-1994.
- Giraldi, G., Fovi De Ruggiero, G., Marsella, L. T., & De Luca d'Alessandro, E. (2013). Environmental tobacco smoke: health policy and focus on Italian legislation. *La Clinica terapeutica*, 164(5), e429–e435.

- Glantz, S. A., & Parmley, W. W. (1991). Passive smoking and heart disease. Epidemiology, physiology, and biochemistry. *Circulation*, 83(1), 1-12.
- Hawsawi, A. M., Bryant, L. O., & Goodfellow, L. T. (2015). Association between exposure to secondhand smoke during pregnancy and low birthweight: a narrative review. *Respiratory care*, 60(1), 135-140.
- Heydari, G., Chamyani, F., Masjedi, M. R., & Fadaizadeh, L. (2016). Comparison of tobacco control programs worldwide: a quantitative analysis of the 2015 World Health Organization MPOWER Report. *International journal of preventive medicine*, 7, 127.
- Hori, M., Tanaka, H., Wakai, K., Sasazuki, S., & Katanoda, K. (2016). Secondhand smoke exposure and risk of lung cancer in Japan: a systematic review and meta-analysis of epidemiologic studies. *Japanese journal of clinical oncology*, 46(10), 942-951.
- Institute of Medicine Committee on Secondhand Smoke Exposure and Acute Coronary Events, U. S. (2010). *Secondhand smoke exposure and cardiovascular effects: making sense of the evidence*. Retrieved September, 16, 2021, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK219569/>
- Kalayasiri, R., Supcharoen, W., & Ouiyanukoon, P. (2018). Association between secondhand smoke exposure and quality of life in pregnant women and postpartum women and the consequences on the newborns. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 27(4), 905-912.
- Khoramdad, M., Vahedian-Azimi, A., Karimi, L., Rahimi-Bashar, F., Amini, H., & Sahebkar, A. (2020). Association between passive smoking and cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *IUBMB life*, 72(4), 677-686.
- Kritz, H., Schmid, P., & Sinzinger, H. (1995). Passive smoking and cardiovascular risk. *Archives of internal medicine*, 155(18), 1942-1948.
- Lapvongwatana, P., Kungskulniti, N., Charoenca, N., Avila-Tang, E., Wipfli, H., & Hamann, S. L. (2016). A Cross-sectional Study of Secondhand Smoke Exposure among Non-smoking Women and Children in Thai Households. *Environment and Natural Resources Journal*, 14(1), 51-57.

- Levy, D. T., Li, Y., & Yuan, Z. (2020). Impact of nations meeting the MPOWER targets between 2014 and 2016: an update. *Tobacco Control*, 29(2), 231-233.
- Lim, K. H., Lim, H. L., Ghazali, S. M., Kee, C. C., Teh, C. H., Gill, B. S., Taib, M. Z., Heng, P. P., and Lim, J. H. (2020). Malaysian adolescents' exposure to secondhand smoke in the car of their parents/guardians: A nationwide cross-sectional school-based study. *Tobacco Induced Diseases*, 18(June), 53.
- Lin, M. H., Caffrey, J. L., Lin, Y. S., Chen, P. C., Lin, C. C., Ho, W. C., Wu, T. N., & Lin, R. S. (2014). Low birth weight and environmental tobacco smoke increases the risk of wheezing in adolescents: a retrospective cohort study. *BMC Public Health*, 14, 688.
- Lv, X., Sun, J., Bi, Y., Xu, M., Lu, J., Zhao, L., & Xu, Y. (2015). Risk of all-cause mortality and cardiovascular disease associated with secondhand smoke exposure: a systematic review and meta-analysis. *International journal of cardiology*, 199, 106-115.
- Malek, A. M., Cushman, M., Lackland, D. T., Howard, G., & McClure, L. A. (2015). Secondhand smoke exposure and stroke: The Reasons for Geographic and Racial Differences in Stroke (REGARDS) Study. *American journal of preventive medicine*, 49(6), e89-97.
- Norsa'adah, B., & Salinah, O. (2014). The Effect of second-hand smoke exposure during pregnancy on the newborn weight in Malaysia. *The Malaysian journal of medical sciences : MJMS*, 21(2), 44-53.
- Öberg, M., Woodward, A., Jaakkola, M. S., Peruga, A., & Prüss-Ustün, A. (2010). Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke. Geneva World Health Organization.
- Olasky, S. J., Levy, D., & Moran, A. (2012). Second hand smoke and cardiovascular disease in Low and Middle Income Countries: a case for action. *Glob Heart*, 7(2), 151-160.e155.
- Phetphum, C., & Noosorn, N. (2020). Prevalence of secondhand smoke exposure at home and associated factors among middle school students in Northern Thailand. *Tobacco Induced Diseases*, 18(February), 1-8.

- Rang, N. N., Hien, T. Q., Chanh, T. Q., & Thuyen, T. K. (2020). Preterm birth and secondhand smoking during pregnancy: A case-control study from Vietnam. *PLoS One*, 15(10), e0240289.
- Vanker, A., Gie, R. P., & Zar, H. J. (2017). The association between environmental tobacco smoke exposure and childhood respiratory disease: a review. *Expert review of respiratory medicine*, 11(8), 661-673.
- World Health Organization, W. (2021). Tobacco. Retrieved October, 9, 2021, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
- World Health Organization, W. (2017). Report on the Global Tobacco Epidemic, 2017 monitoring tobacco use and prevention policies. Geneva: World Health Organization.
- Yankelevitz, D. F., Henschke, C. I., Yip, R., Boffetta, P., Shemesh, J., Cham, M. D., Narula, J., Hecht, H. S., & FAMRI-HELCAPI Investigators. (2013). Second-hand tobacco smoke in never smokers is a significant risk factor for coronary artery calcification. *JACC. Cardiovasc Imaging*, 6(6), 651-657.
- Zhuge, Y., Qian, H., Zheng, X., Huang, C., Zhang, Y., Li, B., Zhao, Z., Deng, Q., Yang, X., Sun, Y., Zhang, X. & Sundell, J. (2020). Effects of parental smoking and indoor tobacco smoke exposure on respiratory outcomes in children. *Scientific Reports*, 10:4311.
- Zou, X., Jia, M., Wang, X., & Zhi, X. (2017). Changing Epidemic of Lung Cancer & Tobacco and Situation of Tobacco Control in China. *Zhongguo Fei Ai Za Zhi*, 20(8), 505-510.

Wearing a surgical mask to avoid COVID-19 In the New Normal

Narong Chaitiang^{1*}, Phatchareeporn Yakhod¹, Khwanhathai Sawaengngam²

Abstract

A new normal is a way that many people have to modify their behavior, during the COVID-19 epidemic, and changed our lifestyle. From where we used to go to work, or to school, we now have to do everything from home. When we need to leave home to buy products and services, or going to see a doctor, we have to wear masks to prevent COVID-19, keeping a distance from another person, washing your hands for at least 20 seconds, and clean your hands with alcohol. Wearing mask will protect the wearer to be safe from respiratory droplet, which may contain the virus, and also to prevent the wearer from spreading the virus. At the same time, if the face mask is worn incorrectly, it may cause infection and cannot prevent the spread of infection as it should. Wearing the mask is better than not wearing it. In case of standard masks shortage, cloth mask is good enough to help preventing the infection. So, everyone needs to cooperate by wearing mask regularly before leaving home, or in crowded places, keeping at least 1-2 meters distant from each other, and do not share your masks with other people, to keep a proper hygiene

Keywords: New Normal; mask; covid-19

¹ School of Public Health, University of Phayao

² Registered Nurse, University of Phayao Hospital School of Medicine, University of Phayao

*Corresponding author: Narong Chaitiang, E-Mail: kongkangku69@gmail.com

การสวมใส่หน้ากากอนามัยเพื่อหลีกเลี่ยงเชื้อโควิด19 ในยุคชีวิตวิถีใหม่

ณรงค์ ใจเที่ยง^{1*}, พัชรภรณ์ ยะขอด¹, ขวัญหทัย แสงงาม²

บทคัดย่อ

ชีวิตวิถีใหม่ เป็นแนวทางที่หลากหลาย ๆ คนจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในช่วงไวรัสโควิด 19 ระบาดและเปลี่ยนชีวิตเราไปอีกนาน ทำให้เราต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิตไปพร้อมกันทั่วโลก จากที่เราเคยออกจากบ้าน เพื่อไปทำงาน ไปโรงเรียน เราต้องหันมาทำทุกอย่างที่บ้าน หากมีความจำเป็นต้องออกจากบ้านไปซื้อสินค้าและบริการ หรือแม้กระทั่งไปพบแพทย์ เราต้องใส่หน้ากากเพื่อป้องกันโรค ต้องเว้นระยะห่างสำหรับบุคคล ล้างมือบ่อยๆ นาน 20 วินาที เช็ดมือด้วยแอลกอฮอล์ สำหรับการสวมใส่หน้ากากอนามัย มีหน้าที่ปกป้องผู้สวมใส่ให้ปลอดภัยจากการสัมผัสละอองฝอยของน้ำมูกน้ำลาย ซึ่งอาจมีเชื้อ และเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยที่สวมใส่แพร่เชื้อออกไป แต่ในขณะเดียวกันหากใส่หน้ากากอนามัยไม่ถูกวิธีก็อาจเป็นสาเหตุให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อและไม่ป้องกันการแพร่เชื้อเท่าที่ควร แต่การสวมใส่หน้ากากอนามัยก็ดีกว่าไม่มีอะไรป้องกัน ในภาวะที่ขาดแคลนหน้ากากอนามัยแบบมาตรฐาน หน้ากากอนามัยแบบผ้า ก็พอที่จะช่วยป้องกันละอองฝอยเชื้อโรคได้ ประชาชนจึงต้องร่วมมือกัน การดออย่าตกสวมหน้ากากอนามัยเป็นประจำทุกครั้งเมื่อออกจากบ้านและเมื่ออยู่ในสถานที่ที่มีคนรวมตัวกันหรือสถานที่แออัดให้เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร และห้ามใช้หน้ากากร่วมกับคนอื่นเพื่อสุขอนามัยที่ดี

คำสำคัญ: ชีวิตวิถีใหม่; หน้ากากอนามัย; โควิด 19

¹ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

² พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

*Corresponding author: ณรงค์ ใจเที่ยง E-Mail: kongkangku69@gmail.com

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้รายงานสถานการณ์เมื่อเดือนธันวาคม 2562 ว่าพบโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กลุ่มผู้ป่วยมีอาการปอดบวมโดยไม่ทราบสาเหตุในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน ต่อมาจากรายงานว่าเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ หรือ Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus (SARS-CoV-2) เป็นสาเหตุของโรค และได้แพร่ระบาดไป ยังประเทศอื่นๆ ซึ่งโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID-19 นี้มีลำดับนิวคลีโอไทด์เหมือนไวรัสซาร์ส ที่เคยระบาดมาก่อนถึงร้อยละ 80 โดยที่เชื้อ SARS-CoV-2 ก่อโรคปอดบวม สามารถทำให้เกิดระบบหายใจ ล้มเหลวได้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 3.4 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเป็นปัจจัยเสี่ยงเพิ่มความรุนแรง ของโรคและเชื้อสามารถแพร่จากคนสู่คนได้(human to human transmission) (สุรียา หมานมานะ, โสภณ เอี่ยมศิริถาวร, สมุนมาลย์ อุทัยมกุล, 2563) พฤติกรรมการให้บริการด้านสุขภาพมีความสำคัญอย่างยิ่งในการหยุดหรือยับยั้งการระบาดของโรคติดเชื้อ ดังกล่าวได้ กำลังพลที่ปฏิบัติงานสายแพทย์ ศูนย์อำนวยการแพทย์ เป็นบุคลากรที่ให้บริการ ด้านการแพทย์ที่มีความเสี่ยงสูงในการรับเชื้อจากผู้ป่วยและแพร่กระจายเชื้อ มาตรการในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข ได้ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 3) 2563 เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของ โรคติดต่ออันตราย โดยให้ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตราย ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ในราชกิจจานุเบกษา เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และ ควบคุมโรคติดต่ออันตราย และมีผลบังคับใช้ ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2563 กระทรวงศึกษาธิการ ประกาศให้ ข้าราชการ บุคลากรในสังกัดห้ามเดินทางไปประเทศ กลุ่มเสี่ยงโดยไม่รับอนุญาต ฝ่าฝืนถือเป็นความผิดวินัย ร้ายแรง และขอให้สถานศึกษาพิจารณาชะลอและระงับ กิจกรรมที่มีการชุมนุมคนจำนวนมาก และสำนักงาน คณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ประกาศแจ้งหยุด เรียน 14 วัน หลังจากพบเด็กนักเรียนกลับจากประเทศ กลุ่มเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (อำพรพรรณ ยวนใจ, 2563) ตั้งแต่ช่วงปลายปี 2019 ที่ผ่านมามีปัญหาโรคติดเชื้อโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทางสังคม และส่งผลกระทบต่อประชาชนเป็นจำนวนมาก และทำให้เกิด ปัญหาต่าง ๆ ตามมา ไม่ว่าจะเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และปัญหา ด้านสุขภาพจิต นอกจากนี้ปัญหาทางสังคมซึ่ง

เป็นปัญหาสำคัญที่เริ่มพบมากขึ้นโดยเฉพาะกลุ่ม เปราะบางทางสังคมหรือแม้กระทั่งผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ล้วนได้รับผลกระทบจากสถานการณ์นี้

การฝ่าฟันอุปสรรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในช่วงไวรัสโควิด 19

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (COVID-19 ย่อมาจาก Coronavirus Disease 2019) ในทวีปภูมิภาคของโลก องค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่า การระบาดครั้งนี้เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of Concern : PHEIC) และคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติได้มีมติให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตราย ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่2) พ.ศ.2563 ถึงแม้องค์การอนามัยโลกจะประกาศให้โควิด-19 เป็นโรคระบาดที่เกิดจากไวรัสโคโรนาเป็นครั้งแรก แต่ไวรัสสายพันธุ์ใหม่นี้ก็ไม่ได้ถือว่าร้ายแรง เมื่อเทียบกับโรคระบาดอื่นๆ ในอดีตที่ผ่านมา (ดลพร รุจิรวงศ์, 2563) ความรุนแรงของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ เมื่อเทียบกับซาร์ส (SARS) และ เมอร์ส (MERS) ซึ่งเป็นไวรัสรุ่นพี่ในตระกูลโคโรนาว่า ถ้าดูจากข้อมูลระบาดวิทยา พบว่าผู้ป่วยซาร์สมีอาการป่วย และเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 10 ผู้ป่วยเมอร์สมีอาการป่วย และเสียชีวิตร้อยละ 30 ส่วนโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ หากคิดจากตัวเลขล่าสุดคือร้อยละ 2.9 หากดูตัวเลขเมื่อน้อย แต่ถ้าเทียบกับไข้หวัดใหญ่ทั่วไป ซึ่งมีอัตราการตายเพียง 0.1% (อรุณี ธิติธัญญานนท์, 2563) เพียงแต่ความหนักหนาสาหัสของการระบาดครั้งนี้ อยู่ที่อัตราการแพร่เชื้อที่รวดเร็ว และกระจายเป็นวงกว้างโดย การแพร่กระจาย จากคนสู่คน ผ่านทางละอองเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย เมื่อผู้ป่วยไอ หรือจามละอองเหล่านี้จะตกลงสู่ วัตถุหรือพื้นผิวรอบๆ จากนั้นเรารับเชื้อเข้าสู่ร่างกายด้วยการสัมผัสพื้นผิวหรือวัตถุเหล่านั้น แล้วมาสัมผัสใบหน้า ขยี้ตา จมูก ปาก หรือรับเชื้อโดยตรงจากการหายใจ รับฝอยละอองของผู้ป่วยเข้าไปในร่างกายเมื่อผู้ป่วยไอ จาม หรือหายใจออก โดยเฉลี่ยผู้ป่วย 1 ราย สามารถแพร่เชื้อให้คนอื่นได้เฉลี่ย 2-4 คน จึงเกิดการแพร่เชื้อเร็ว ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประมาณร้อยละ 80 มีอาการเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีอาการแต่บางรายอาจมีอาการรุนแรงทำให้เกิด ภาวะแทรกซ้อนได้ (อวาทิพย์ แว, 2563) แม้ว่าจะมีการผ่อนคลายมาตรการแล้ว แต่ก็ยังมีสิ่งที่ทุกคนพึงกระทำเพื่อเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ให้เป็นนิสัยปกติ เนื่องจากเชื่อนี้ยังมีการระบาดทั่วไปในหลายส่วนทั่วโลก รวมทั้งบางประเทศที่ดูควบคุมได้ดีแล้ว แต่ยังมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นมาอีกจนควบคุม

ได้ยาก ที่สำคัญคือมีการแพร่เชื้อโดยคนที่ไม่ได้มีอาการ New Normal Behavior (ประชากรธุรกิจ, 2563) การปรับเปลี่ยนทางด้านธุรกิจและบริการต่าง ๆ ให้ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน จึงต้องปรับเปลี่ยนไปสู่การเปิดระบบลงทะเบียนออนไลน์ การใช้ระบบซื้อขายและบริการทางออนไลน์ สิ่งนี้ เกิดเป็นวิถีใหม่ในการดำรงชีวิต ซึ่งเมื่อเราจำต้องปฏิบัติกันเป็นปกติต่อเนื่องในระยะเวลาหนึ่งจนเกิดเป็นความพอใจ ในที่สุดทั้งหมดนี้ก็ได้กลายเป็น New Normal ในสังคม การ Work From Home การอยู่ในบ้าน พร้อมทำงาน ทำกิจกรรมต่างๆ ภายในที่อยู่อาศัยของตนเอง ส่งผลต่อความต้องการที่พักอาศัยที่เปลี่ยนไปจากเดิม ที่อาศัยในพื้นที่ที่มีขนาดเล็กอาจจะไม่เพียงพอ จำเป็นต้องการมีพื้นที่ที่สามารถทำอะไรได้หลายหลากมากยิ่งขึ้น การดำเนินการทางธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ Online Business ด้วยพฤติกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนแปลง ระบบบริการต้องสร้างความมั่นใจมากขึ้นว่าสินค้าหรือบริการจะต้องมีมาตรฐานปลอดภัย และมีความสะอาด ห้างร้านต่างๆ หันมาจริงจังกับการทำธุรกิจ online กันมากขึ้น การเรียน Online Learning/Entertainment การอยู่ในบ้าน สิ่งสำคัญในการพัฒนาและการค้นหาตัวตน สิ่งหนึ่งก็คือ การหาความรู้สิ่งใหม่ๆ เพื่อพัฒนาศักยภาพของตัวเอง ด้วยการเรียนรู้ ซึ่งสามารถเลือกเรียนในช่วงเวลาที่สะดวกได้ตามต้องการ สามารถย้อนกลับ เพื่อทบทวนเนื้อหาและทำความเข้าใจใหม่ได้ และประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง การท่องเที่ยวใหม่รูปแบบออนไลน์ เช่น การชมพิพิธภัณฑ์เสมือน (Virtual Museum) การเที่ยวพิพิธภัณฑ์ออนไลน์ (Virtual Exhibitor) และการเข้าชมแกลอรีชื่อดังต่างๆ (Virtual Gallery) การแพทย์และสาธารณสุข (ที่ปรึกษา) Online Medical Consulting ให้ความสำคัญกับการลงทุนทางด้านสาธารณสุขของประเทศมากกว่าเดิม ระบบสาธารณสุขจะมีแพลตฟอร์มด้านสุขภาพเป็นบริการพื้นฐาน และการป้องกันความเจ็บป่วยจะมีความสำคัญมากยิ่งขึ้น โครงสร้างพื้นฐานของเมือง อาคาร บ้านจะต้องมีบริการสุขภาพและสุขภาพจิตรองรับด้วยการให้คำปรึกษาการ Deglobalization เพื่อพึ่งพาการผลิตในประเทศมากขึ้น เนื่องจาก อุตสาหกรรมฐานการผลิตต่างๆ ของประเทศต้องหยุดชะงัก รวมไปถึงการขนส่งต่างๆด้วย อีกทั้งการนำเข้าจากอุตสาหกรรมหลายแห่งในต่างประเทศที่เป็นฐานการผลิต จึงหยุดชะงักตามไปด้วย (กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม, 2564) ท่ามกลางวิกฤตโควิด-19 ที่เกิดขึ้นทั่วโลกนั้น ประเทศไทยได้เผชิญจุดผกผันของประเทศ หรือ Golden period ที่จะตัดสินใจว่าภาระของโควิด-19 ในไทยจะสามารถ คุมได้ หรือ คุมไม่ได้ ซึ่งถ้า คุมไม่ได้ จำนวนคนไข้จะเกินศักยภาพของสาธารณสุขไทยที่จะรองรับได้ ทั้ง

บุคลากรทางการแพทย์ ห้องผู้ป่วย หรืออุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อนั้นจะไม่เพียงพอเพื่อให้เรารอด จึงเป็นที่มาของการปฏิบัติตัวที่เราทุกคนต้องช่วยกันด้วยการเว้นระยะห่างทางสังคม หรือ Social distancing ตามหลักที่ว่า โรคติดต่อ จะไม่ติดต่อ ถ้าเราไม่ติดต่อกัน รวมไปถึงการทำงานที่บ้านสำหรับสายอาชีพที่สามารถทำได้ และมาตรการต่าง ๆ ที่ออกมาเพื่อเสริมการเว้นระยะห่างทางสังคม ทั้งการปิดช่องทางการเข้ามาในประเทศ และการปิดสถานที่เสี่ยงต่อการติดโรคเป็นการชั่วคราว ซึ่งปกติมีคนจำนวนมากไปทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น สถานบันเทิง ร้านเสริมสวย ร้านนวดแผนโบราณ สถานศึกษา ตลาดนัด และห้างสรรพสินค้า บางส่วน โดยเฉพาะในพื้นที่กรุงเทพฯ และปริมณฑล เชื่อแน่ว่าวิถีชีวิตแบบใหม่ของการอยู่ร่วมกันในสังคมและมาตรการดังกล่าว จะช่วยลดปริมาณผู้ติดเชื้อลงได้ในภายหน้า และช่วยให้เราข้ามผ่านช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อนี้ไปได้ หากแต่คนไทยทุกคนต้องปรับตัวและอดทนเพื่อก้าวข้ามวิกฤตนี้ไปด้วยกัน การแลกเปลี่ยนมุมมองเกี่ยวกับแนวทางการใช้ชีวิตในช่วงเวลาสำคัญนี้ โดยขอแบ่งการทำงานตามวิถีชีวิตแบบใหม่ออกเป็นสามกลุ่ม กลุ่มแรกคือคนที่สามารถทำงานที่บ้านได้ หรือ ที่เรียกกันติดปากในแทบทุกสื่อว่า WFH - Work From Home เช่น ครู นักการเงิน ผู้บริหาร ที่เทคโนโลยียุคนี้เอื้อให้ทำงานได้อย่างคล่องตัวแม้ไม่ต้องเข้าออฟฟิศ ขณะที่การทำงานในบางอาชีพแทบไม่จำเป็นต้องพบเจอผู้คนเลยด้วยซ้ำ เช่น นักเขียน นักออกแบบ โปรแกรมเมอร์ ซึ่งภายใต้สถานการณ์ปกติแล้ว คนกลุ่มนี้ส่วนใหญ่คงต้องเดินทางไปทำงานที่ออฟฟิศ ดังนั้นหากคนกลุ่มนี้พลิกวิกฤตให้เป็นโอกาสที่จะประหยัดเวลาในการเดินทาง การต้องฝ่าฟันรถติดได้บ้านทอนศักยภาพในการทำงานไปไม่มากนักน้อย เมื่อปรับตัวได้ การทำงานที่บ้านย่อมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งนี้ถือเป็นการฝึกวินัยด้วยหลักที่ว่าการทำงานวัดที่ผลงาน ไม่ได้วัดที่เวลาการเข้า-ออกจากที่ทำงาน คนกลุ่มนี้อาจไม่ได้รับผลกระทบในด้านการงานมากนักจากวิกฤตโควิด-19 แม้อาจรู้สึกอึดอัดถ้าชอบใช้ชีวิตอยู่ท่ามกลางฝูงชน อย่างไรก็ตาม คนกลุ่มนี้ถือเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้ไทยควบคุมสถานการณ์ได้หากอยู่แต่ที่บ้านไม่ออกไปไหนถ้าไม่จำเป็น และมากกว่านั้นถ้ามีวินัยในการทำงานก็จะยังเป็นกำลังสำคัญให้กับเศรษฐกิจไทยในช่วงวิกฤตนี้ได้ กลุ่มที่สองคือ คนที่ไม่สามารถทำงานที่บ้านได้ ประกอบไปด้วยคนหลายสายอาชีพ บุคลากรทางการแพทย์ ฮีโร่ของเราที่ต้องเผชิญความท้าทายอย่างมาก จากทั้งโรคอุบัติใหม่ซึ่งทำให้ยากแก่การรักษา จำนวนผู้ติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นในแต่ละวัน และยังคงเผชิญกับการขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อซึ่งสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติหน้าที่ท่ามกลางความเสี่ยงของการติดโรค คนกลุ่มนี้อุทิศตัวในการทำหน้าที่อย่างเต็มที่

ท่ามกลางความเสี่ยงของโรค ถัดมาเป็นอาชีพที่ช่วยให้พวกเราอยู่รอดได้ในวิถีชีวิตใหม่อย่างราบรื่น อาทิ มอเตอร์ไซค์รับจ้าง พนักงานขนส่งสินค้าอุปโภค บริโภค รปภ. ตำรวจ ทหาร เจ้าหน้าที่ต้องประจำการ ฯลฯ ซึ่งคนกลุ่มนี้ที่เป็นข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจจะได้รับเงินเดือนเท่าเดิม ขณะที่อาชีพอื่นอาจได้รับรายได้แตกต่างกันไปตามผลกระทบ มอเตอร์ไซค์รับจ้างอาจมีได้รายได้มากขึ้น เนื่องจากคนไม่ออกจากบ้านจึงใช้บริการสั่งอาหาร/ส่งของมากขึ้น แม้คนกลุ่มนี้อาจจะมีโอกาสสร้างรายได้มากขึ้น แต่ก็เป็นการปฏิบัติงานบนความเสี่ยงที่จะต้องสัมผัสกับโลกภายนอกจึงเป็นที่น่าชื่นชมและควรได้รับการปฏิบัติด้วยเป็นอย่างดีจากพวกเราที่ต้องพึ่งพาอาศัยในยามยากเช่นนี้ และกลุ่มสุดท้าย คือ คนในสายอาชีพที่ได้รับผลกระทบอย่างมากจนสูญเสียงานหรือรายได้ ทั้งที่ได้รับผลโดยตรงจากนักท่องเที่ยวที่ลดลงอย่างมาก เช่น ไกด์ เจ้าของธุรกิจโรงแรมและธุรกิจที่เกี่ยวกับการท่องเที่ยว หรือจากการปิดสถานที่เสี่ยงต่อการติดโรคเป็นการชั่วคราว เช่น พ่อค้าแม่ค้าที่ขายของตามตลาดนัด นักร้อง/นักแสดงตามสถานบันเทิงต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งคนกลุ่มนี้มีเกือบร้อยละ 20 ของผู้มีงานทำทั้งหมด นอกจากนี้ยังมีกลุ่มที่ได้รับผลกระทบทางอ้อมผ่านภาวะเศรษฐกิจไทยและเศรษฐกิจโลกที่จะต้องก้าวเข้าสู่ภาวะถดถอยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น พนักงานในโรงงานที่อาจปิดสายพานการผลิตบางส่วนเนื่องจากคำสั่งซื้อสินค้าลดลงไปมากโดยเฉพาะคำสั่งซื้อสินค้าจากต่างประเทศ ซึ่งคนที่ได้รับผลกระทบทางอ้อมนี้อาจมีการกระจายตัวอยู่ทั้งในภาคเกษตร (ร้อยละ 30 ของผู้มีงานทำ) ภาคอุตสาหกรรม (ร้อยละ 16 ของผู้มีงานทำ) และ ภาคบริการอื่น ๆ (ร้อยละ 17 ของผู้มีงานทำ) การดูแลเยียวยาคนกลุ่มนี้ให้สามารถอยู่รอดได้ท่ามกลางวิกฤตการณ์จึงเป็นความท้าทายอย่างยิ่งวุดในขณะนี้ (มณฑล ภิบาลกาญจน์ และนันท์นิตย์ ทองศรี, 2564) ในวิกฤตการณ์ของโควิด 19 ย่อมมีสิ่งใหม่ๆ เกิดขึ้นมากมายมาทดแทนอยู่เสมอ ให้สังคมโลกเกิดการเปลี่ยนแปลงแทบทุกด้าน พฤติกรรมเดิมๆ ที่เราคุ่นเคยถูกปรับเปลี่ยน ทั้งการใส่หน้ากากอนามัยและพกเจลแอลกอฮอล์ล้างมือเมื่อต้องออกจากบ้าน การเว้นระยะห่างตามมาตรการ Social Distancing การทำงานที่บ้าน ตลอดจนการใช้ชีวิตและการเข้าสังคมของผู้คน ที่ผลักดันให้เราต้องปรับตัวอย่างรวดเร็ว จนทำให้เกิด 'New Normal ชีวิตวิถีใหม่' (ยูนิลีเวอร์ โลฟ, 2564) ทำให้รากฐานของการค้าขายออนไลน์หรืออีคอมเมิร์ซมีความเข้มแข็งมั่นคงกว่าเดิม และได้กลายเป็นชีวิตวิถีใหม่ที่ทุกคนต่างคุ้นชินกันแล้วในเวลานี้ ช่องทางออนไลน์จึงไม่ใช่แค่ทางเลือกแต่เป็นทางรอดและ New Normal ในการสร้างรายได้ที่กำลังดำเนินอยู่และเติบโตอย่างต่อเนื่องในอนาคตอย่างมีนัยสำคัญ ราชบัณฑิตยสภา ได้บัญญัติศัพท์ "New Normal"

เพิ่มเข้ามา โดยได้มีการบัญญัติศัพท์นิเทศศาสตร์ราชบัณฑิตยสภา อธิบายว่า New Normal แปลว่า ความปกติใหม่ , ฐานวิถีชีวิตใหม่ หมายถึงรูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างใหม่ที่แตกต่างจากอดีต อันเนื่องมาจากมีบางสิ่งมากระทบ จนแบบแผนและแนวทางปฏิบัติที่คนในสังคมคุ้นเคยอย่างเป็นปกติและเคยคาดหวังล่วงหน้าได้ ต้องเปลี่ยนแปลงไปสู่วิถีใหม่ภายใต้หลักมาตรฐานใหม่ที่ไม่คุ้นเคย รูปแบบวิถีชีวิตใหม่นี้ ประกอบด้วยวิถีคิด วิถีเรียนรู้ วิถีสื่อสาร วิถีปฏิบัติและการจัดการ การใช้ชีวิตแบบใหม่เกิดขึ้นหลังจากเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างใหญ่หลวงและรุนแรงอย่างใดอย่างหนึ่ง ทำให้มนุษย์ต้องปรับตัวเพื่อรับมือกับสถานการณ์ปัจจุบันมากกว่าจะดำรงรักษาวิถีดั้งเดิมหรือวนหาถึงอดีต (มาลี บุญศิริพันธ์,2564) นอกจากนี้ยังมีการใช้คำว่า "New Normal" ในมุมมองทางเศรษฐศาสตร์และธุรกิจ โดยคำนี้กำเนิดขึ้นในช่วงหลังวิกฤติเศรษฐกิจถดถอยทั่วโลกในช่วงต้นคริสต์ศตวรรษที่ 21 (ค.ศ. 2007–2008) ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบเศรษฐกิจครั้งใหญ่ การจัดการบางอย่างซึ่งแต่เดิมเคยถูกมองว่าผิดปกติได้กลับกลายมาเป็นสิ่งที่พบเห็นกันได้ทั่วไป และถูกนำมาใช้ในบริบทอื่นๆ อย่างเช่น ด้านวิทยาศาสตร์ เพื่อสื่อสารและทำความเข้าใจถึงสภาวะการเปลี่ยนแปลงของภูมิอากาศ เช่น อุณหภูมิที่สูงขึ้นและความเปลี่ยนแปลงของฤดูกาล ส่วน "New Normal" ในบริบทสถานการณ์การแพร่ระบาดของ “โควิด-19” ช่วงปลาย พ.ศ. 2562 ถึง พ.ศ. 2563 นั้น อธิบายได้ว่าเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรงจนแพร่กระจายไปในประเทศต่างๆ ทั่วโลก ผู้คนเจ็บป่วยและล้มตายจำนวนมาก จนกลายเป็นความสูญเสียอย่างใหญ่หลวงอีกครั้งหนึ่งของมนุษยชาติ มนุษย์จึงจำเป็นต้องป้องกันตนเองเพื่อให้ชีวิตรอดด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำรงชีวิตที่ผิดไปจากวิถีเดิม ๆ โดยมีการปรับหาวิธีการดำรงชีวิตแบบใหม่เพื่อให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อ ควบคู่ไปกับความพยายามรักษาและฟื้นฟูศักยภาพทางเศรษฐกิจและธุรกิจ นำไปสู่การสร้างสรรค์สิ่งประดิษฐ์ใหม่ๆ เทคโนโลยีใหม่ๆ มีการปรับแนวคิด วิสัยทัศน์ วิธีการจัดการ ตลอดจนพฤติกรรมที่เคยทำมาเป็นกิจวัตร เกิดการบ่เบนออกจากความคุ้นเคยอันเป็นปกติมาแต่เดิมในหลายมิติ ทั้งในด้านอาหาร การแต่งกาย การรักษาสุขภาพ การศึกษา เล่าเรียน การสื่อสาร การทำธุรกิจ ฯลฯ ซึ่งสิ่งใหม่เหล่านี้ได้กลายเป็นความปกติใหม่ จนในที่สุด เมื่อเวลาผ่านไป ก็ทำให้เกิดความคุ้นชินก็จะกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตปกติของผู้คนในสังคม (กรุงเทพธุรกิจ,2564) องค์การอนามัยโลก หรือ WHO ได้ออกมาเผยข้อมูลว่า การใส่หน้ากากอนามัยเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถป้องกันโรคไวรัสนี้ได้ และยังได้แนะแนวทางในการสวมหน้ากากอนามัยด้วยว่า คนที่ใช้หน้ากากอนามัยควรเป็นผู้ที่ป่วยเป็นไข้หวัด ไอ จาม ผู้ที่

ป่วยเป็นโรคโควิด-19 หรือผู้ที่มีโรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจเท่านั้น เพราะหน้ากากอนามัย ออกแบบมาเพื่อป้องกันละอองน้ำลายพร้อมกับไวรัสที่แพร่กระจายออกมาจากการไอ จามของ ผู้ที่ป่วยเป็นโรคโควิด-19 นั่นเอง ส่วนคนที่มีสุขภาพแข็งแรงอยู่แล้วจึงไม่จำเป็นต้องใส่ หน้ากากอนามัย การใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาของผู้ที่ไม่ป่วย นอกจากจะไม่ช่วยในการ ป้องกันเชื้อไวรัสแล้ว ยังอาจจะนำมาซึ่งอันตรายต่าง ๆ หากใช้ไม่ถูกวิธี และยังเพิ่มโอกาสให้ มือสัมผัสกับใบหน้า เพราะมือของเราเป็นสิ่งที่ใช้หยิบจับสิ่งของต่าง ๆ โดยที่เราไม่รู้เลยว่า สิ่งของที่เรำจับนั้นมีเชื้อไวรัส หรือเชื้อแบคทีเรียอยู่หรือไม่ เมื่อมือของเราไปสัมผัสกับใบหน้าก็ ยิ่งเป็นการเพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อโรคอีกด้วย ดังนั้นการล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่ หรือ แอลกอฮอล์จึงเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันโรคโควิด-19(โรงพยาบาลเพชรเวช,2564) สมาคม โรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย ออกคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้หน้ากากอนามัยสำหรับประชาชน ทั่วไปในสถานการณ์การระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 โดยระบุว่า สำหรับ ประชาชนทั่วไปที่ไม่ป่วย การใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาในที่สาธารณะไม่ช่วยลดความเสี่ยง ต่อการติดเชื้อ และอาจเพิ่มความเสี่ยงหากใช้ไม่ถูกวิธี เพราะจะเพิ่มโอกาสการใช้มือสัมผัส ใบหน้า นอกจากนั้น การสวมหน้ากากอนามัยต้องป่วยเป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ หรือเป็นบุคลากรทางการแพทย์ หรือต้องเข้าไปสถานที่ที่มีคนแออัด อากาศถ่ายเทไม่ดี พร้อม ย้ำว่าการใช้หน้ากากผ้าก็ไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อได้ ปรากฏว่าในสังคมออนไลน์ วิพากษ์วิจารณ์ว่า สรุปลแล้วการสวมหน้ากากแบบผ้ายังจำเป็นหรือไม่ และต้องเชื่อใครระหว่าง กระทรวงสาธารณสุข หรือทางสมาคมโรคติดเชื้อฯ หน้ากากผ้ายังเป็นทางเลือกของคนไม่ป่วย ในการป้องกันโรคไวรัสโควิด-19 ซึ่งสิ่งที่กรมอนามัยทำอยู่ขณะนี้ คือ รณรงค์ให้คนไทยมี พฤติกรรมสุขภาพ 3 อย่าง คือ 1.คนปกติทั่วไปไม่จำเป็นต้องสวมหน้ากากอนามัย แต่สิ่งสำคัญ คือ ลดการสัมผัส ไปไหนมาไหนไม่จำเป็นต้องสัมผัสสิ่งของก็อย่าจับ แต่ก็เป็นไปยาก ดังนั้น จึง แนะนำว่า ให้ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำหรือสบู่ หรือใช้เจลแอลกอฮอล์ล้างมือ ซึ่งการล้างมือช่วย ได้ดีมาก 2.ช่วยกันประดิษฐ์หน้ากากกันเอง ซึ่งเรายืนยันว่า คนปกติทั่วไปที่ไปยังพื้นที่แออัด มี คนหนาแน่นให้สวมหน้ากากผ้า ส่วนหน้ากากอนามัยยังเหมือนเดิมคือ เป็นบุคลากรทาง การแพทย์ ดังนั้น หากคนไทยช่วยกันประดิษฐ์หน้ากากผ้าคนละ 3 ชิ้น คือ สวม สำรอง ซัก รวมแล้วคนไทยทุกคนช่วยกันก็จะได้หน้ากากผ้า 201 ล้านชิ้น ก็จะทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีหน้ากากอนามัยใช้ได้ ไม่ประสบปัญหาขาดแคลน ซึ่งหากทำตรงนี้ได้หน้ากากอนามัยก็ จะไม่ขาดแคลน และราคาจะถูกลง (hfocus,2563) สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติด

เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID-19 ในประเทศไทย ยังคงมีตัวเลขผู้ติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นโดยมีอัตราต่ำลง กล่าวคือ ยังมีผู้ติดเชื้อที่เพิ่มจำนวนขึ้นรายวัน แต่เมื่อเทียบกับอัตราของวันก่อนหน้าถึงแม้จะมีผู้ติดเชื้อเกิดขึ้นแต่ก็มีจำนวนที่ลดต่ำลง โดยโฆษกศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) ได้ออกมาแถลงเมื่อวันที่ 17 เมษายน ว่าอาจจะมีข้อสรุปการผ่อนคลายมาตรการบางอย่าง แต่ประชาชนต้องมีพฤติกรรมใหม่ที่ต้องคงไว้และทำให้เป็นเรื่องปกติ ได้แก่ การใส่หน้ากากอนามัย ล้างมือเป็นประจำ และเว้นระยะห่างทางกายภาพและทางสังคม ประเด็นที่พูดถึงกันมากในสัปดาห์ที่ผ่านมาคือแถลงการณ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ซึ่งได้ออกคำแนะนำเปลี่ยนแปลงจากเดิมที่แนะนำให้ผู้ป่วยหรือผู้ที่มีอาการ และบุคลากรทางการแพทย์ใส่หน้ากากอนามัยเท่านั้น เปลี่ยนเป็นการสนับสนุนให้ประชาชนทั่วไปสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งสร้างความกังขาให้แก่มากคนทั่วไปว่าเพราะเหตุใดถึงมีการกลับไปกลับมาของแนวทางการป้องกันตัว “เรื่องคำแนะนำที่ทาง WHO ที่ออกมาเป็นเพราะว่าทาง WHO เห็นอัตราการติดเชื้อรายใหม่ของประเทศฝั่งเอเชียลดลงอย่างต่อเนื่องและน้อยกว่าฝั่งยุโรป ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะคนเอเชียที่นิยมใส่หน้ากากอนามัย ประกอบกับโรคโควิด-19 ไม่เหมือนโรคอื่น ๆ เพราะผู้ป่วยอาจจะไม่รู้ตัวว่าตัวเองป่วย และโรคใช้เวลาฟักตัวนาน อาจมีสิทธิแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้ ดังนั้นกลยุทธ์ให้ประชาชนทุกคนใส่หน้ากากน่าจะเป็นแนวทางที่ดีกว่า”(รู้สึกกับจุฬา, 2563) บุคลากรทีม สุขภาพจึงควรปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันแบบมาตรฐานการป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อทางการสัมผัส และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางฟอยละอองในการดูแลผู้ป่วยที่ สงสัยหรือได้รับการยืนยันว่าติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งมาตรการการป้องกันการติดเชื้อ พบมีวิธี การหลากหลาย ผลการทบทวนเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล อาทิถุงมือ หน้ากากอนามัย แว่นครอบตานิรภัย กระบังป้องกันใบหน้า และเสื้อคลุมแขน ยาว ในกรณีมีการทำหัตถการที่ก่อให้เกิดการฟุ้งกระจายของฟอยละอองขนาดเล็ก ต้องใช้ หน้ากากกรองอนุภาคเอ็น-95 แทนการใช้หน้ากากอนามัย การใช้ อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล การจัดหาวัสดุอย่างเพียงพอและการฝึกอบรมบุคลากรให้มีการ ใช้งานอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลอย่างเหมาะสม(วิลาวณีย์ พิเชียรเสถียร,2563) หน้ากากกรองอากาศตั้งแต่ N95 ขึ้นไป โดยหน้ากากกรองอากาศ N95 เป็นหน้ากากกรองอากาศที่ทั่วโลกให้การยอมรับถึงมาตรฐาน และในสภาวะการระบาดใหญ่ ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)ในปัจจุบัน ทำให้มีสินค้าเลียนแบบหน้ากากโดยระบุว่าเป็นหน้ากากกรองอากาศชนิด N95 ตามมาตรฐาน NIOSH เป็นจำนวนมาก ซึ่งไม่ได้มาตรฐานและอาจจะเป็นอันตราย

ต่อผู้สวมใส่ NIOSH จึงกำหนดให้หน้ากากที่ได้รับการรับรอง (มุทิตา ชัยชโลธร, เบญจมาศ เกียรติเกษมศานต์, พิพัฒน์ แซ่ยั, 2563) มีความจำเป็นอย่างมากต่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสจากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์เป็น สาเหตุให้ความต้องการหน้ากากเพิ่มมากขึ้น จนกระทั่งเกิด ความขาดแคลนของหน้ากากกรองอากาศ N95 ซึ่งสามารถ ทดแทนได้ด้วยหน้ากากกรองอากาศที่มีประสิทธิภาพเท่ากัน แต่ได้รับการรับรองด้วยมาตรฐานของประเทศต่างๆ นอกเหนือจาก สหรัฐอเมริกาเช่น หน้ากาก KN95FFP2 หรือ KF94 เป็นต้น โดยหน้ากากกรองอากาศที่ใช้ทางการแพทย์และหน้ากาก มาตรฐานทั่วไปสามารถป้องกันเชื้อแบคทีเรียและไวรัสได้ เท่ากัน การเลือกหน้ากากควรตรวจสอบการรับรองคุณภาพ ได้จากชื่อ บริษัทและตัวเลขรหัสบนหน้ากาก และหากยังมี ความขาดแคลนหน้ากากอย่างมาก ก็สามารถนำหน้ากาก กลับมาใช้ใหม่ได้ประมาณ 3-4 ครั้งหลังจากผ่านการฆ่าเชื้อ ด้วยวิธีต่างๆ แล้ว (มุทิตา ชัยชโลธร และคณะ, 2563) คนไทยเรารู้สึกผ่อนคลายกันมากขึ้น เราเริ่มยืดหยุ่นให้กับตนเองและผู้อื่นในการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งประกอบด้วย 1) การสวม หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยอย่างถูกต้อง 2) การล้างมือด้วยสบู่และน้ำ หรือด้วยแอลกอฮอล์เจลเป็น ประจำ 3) การรักษาระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร (Social Distancing) 4) การหลีกเลี่ยงสถานที่คน พลุกพล่าน 5) การทำความสะอาดพื้นผิวที่มีการสัมผัสบ่อยครั้งด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ 6) การตรวจวัดไข้ก่อนเข้าใช้ สถานที่ และ 7) การลงทะเบียนในแอปพลิเคชัน “ไทยชนะ” หรือลงทะเบียนในสมุดทะเบียนก่อนเข้าใช้ บริการในสถานที่ (Check-in) ผู้เขียนสังเกตเห็นพฤติกรรม “ไม่สวมหน้ากาก” ของคนในที่ชุมชนมากขึ้น อย่างน้อยก็มีหน้ากากห้อยไว้พร้อมที่จะเอามาใส่เมื่อเข้าสถานที่ที่ต้องใส่หน้ากาก เช่นร้านสะดวกซื้อ หรือ ห้างสรรพสินค้า สบู่เหลวที่เคยมีให้บริการตามห้องน้ำในสถานบริการน้ำมันก็เริ่มหายากขึ้น แอลกอฮอล์เจล เริ่มเป็นสินค้าที่ขายยากขึ้น เนื่องจากคนไม่ค่อยเห็นความสำคัญที่จะต้องซื้อมาใช้ และไม่ใช้เพราะมีให้บริการ ตามสถานที่ต่างๆ แล้วคนจึงไม่จำเป็นต้องซื้อ เพราะแอลกอฮอล์เจลที่อยู่ตามสถานที่ต่างๆ ก็ค่อยๆ หายไป เหมือนสบู่เหลวเช่นกัน ร้านค้า ห้างสรรพสินค้าต่างๆ เริ่ม “อะลุ่มอล่วย” ให้คนที่เข้าใช้บริการไม่ต้อง “เช็คอิน” เราเริ่มเบียดเสียดบนรถประจำทาง ในลิฟต์ และตามตลาดมากขึ้น (สินศักดิ์ชนม์ อุณหรมมี, 2563)

ข้อเท็จจริงของการสวมใส่หน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันโควิด 19

ปัจจุบันมีหน้ากากอนามัยวางจำหน่ายในท้องตลาดมากมาย ทั้งแบบที่ได้มาตรฐาน และแบบโฮมเมด กระทั่งหน้ากากอนามัยป้องกันฝุ่นละอองอย่าง N95 แต่สิ่งสำคัญคือการทำหน้าที่ผู้บริโภคจะต้องทำความเข้าใจว่า การที่เราใส่หน้ากากอนามัยนั้น จะช่วยหยุดการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสดังกล่าวได้อย่างไรเป็นสิ่งที่สำคัญ และที่สำคัญอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้อุปกรณ์ป้องกันเชื้อโรคของคุณทำงานได้ลดน้อยลงกว่าที่ควรจะเป็น อีกทั้งปัญหาใหญ่ของการใช้หน้ากากอนามัยนั้นคืออะไร ดังนั้น การให้ความใส่ใจเกี่ยวกับความสามารถในการใช้งานของหน้ากากอนามัยแต่ละชนิด รวมถึงค่าใช้จ่ายที่คุณต้องเสียไป จากการเลือกหน้ากากอนามัยที่ไม่ได้มาตรฐาน จึงเป็นสิ่งที่จำเป็น ที่คุณใช้เริ่มจากเป้าหมายของหน้ากากอนามัย ในการดักจับอนุภาคหรือเชื้อโรคในอากาศพบว่า เส้นใยของวัสดุของหน้ากากของคุณที่ทำจากผ้าฝ้าย ซึ่งเป็นเส้นใยจากธรรมชาติ ในขณะที่เชื้อโรคต่างๆ นั้นก็มักจะล่องลอยไปตามอากาศ ดังนั้น สิ่งที่หลายคนสงสัยคือการที่หน้ากากอนามัยซึ่งทำจากผ้าฝ้าย ซึ่งเป็นเส้นใยธรรมชาตินั้น จะสามารถดักจับเชื้อโรคหรือเชื้อไวรัสได้ดีเพียงใด ก็ยังเป็นสิ่งที่ต้องหาคำตอบ และข้อมูลเกี่ยวกับข้อกำหนดของอุปกรณ์ป้องกันเชื้อโรค ซึ่งรวมถึงหน้ากากอนามัย ได้ออกมาระบุว่าอย่างไรก็ตามคุณควรสวมแมสก์ไปในสถานที่ ซึ่งมีคนพลุกพล่านนอกจากนี้ผู้บริโภคควรทำความเข้าใจว่า เหล่าบรรดาอนุภาคหรือเชื้อโรคต่างๆ นั้น จะถูกจับได้ยากกว่าฝุ่นละออง ที่จริงแล้วเชื้อไวรัสโควิด-19 นั้น มีลักษณะอนุภาคค่อนข้างใหญ่ ซึ่งหน้ากากอนามัยผ้าฝ้ายสามารถดักจับได้ง่าย เพราะมันจะพุ่งตรงเข้าไปติดที่เส้นใยของแมสก์ที่เราสวมใส่ และติดค้างอยู่ที่เส้นใยผ้า เวลาที่อากาศพัดพาเชื้อไวรัสร้ายเหล่านี้ไปสัมผัสหน้ากากอนามัยที่สวมใส่อยู่ หรือแม้แต่อนุภาคของเชื้อโรคอื่นๆ ที่มีขนาดเล็ก ก็จะถูกเส้นใยผ้าฝ้ายดักจับเอาไว้ ในลักษณะคล้ายกับเชื้อไวรัสโควิด-19 แต่ด้วยความเล็กของตัวเชื้อโรค บางครั้งเชื้อไวรัสขนาดเล็กก็อาจจะมีหลุดลอดจากการติดค้างอยู่ที่เส้นใยผ้าฝ้ายอยู่ ทั้งนี้เชื้อไวรัสที่อนุภาคขนาดกลาง ถือเป็นเรื่องที่หน้ากากอนามัยรับมือได้ยากที่สุด โดยเฉพาะการป้องกันไม่ให้เข้าไป หรือขับให้ออกจากแนวป้องกันของหน้ากากอนามัย ซึ่งสาเหตุที่ทำให้อนุภาคขนาดกลางรับมือได้ยากนั้น เนื่องจากเชื้อโรคที่ไซส์ขนาดกลางนั้นจะปลิวไปตามแรงดันของอากาศ จากนั้นก็จะบิดม้วนตัว และหมุนรอบเส้นใยผ้าฝ้ายที่ใช้ทำหน้ากากอนามัย นั้นจึงทำให้เส้นใยผ้าฝ้ายดักจับเชื้อโรคขนาดกลางได้ยาก หรือได้น้อยลง สรุปได้ว่าหน้ากากอนามัย N95s มีประสิทธิภาพสูงสุด และผู้เชี่ยวชาญด้านหน้ากากอนามัยก็ได้ออกมาลงมติเป็นเอกฉันท์ ว่าหน้ากากดังกล่าวสามารถ

ปกป้องเชื้อโรค และเชื้อไวรัสได้ดีที่สุดในบรรดาหน้ากากทุกชนิด เนื่องจากมันสามารถดักจับเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่มีไซส์ขนาดกลางและขนาดใหญ่ ได้มากกว่าหน้ากากชนิดอื่นๆ อีกทั้งหน้ากากอนามัย N95s นั้น ทำขึ้นจากเส้นใยสังเคราะห์ ที่ออกแบบให้มีลักษณะโค้งงุ้มและหนาแน่น นั้นจึงทำให้เหล่าบรรดาเชื้อโรคต่างๆ ผ่านหน้ากากอนามัยเพื่อเข้าสู่ร่างกายได้ค่อนข้างยาก อีกทั้งยังเป็นหน้ากากอนามัยชนิดเดียวที่มีประจุไฟฟ้าสถิต ที่สามารถดึงดูดและดักจับอนุภาคเชื้อโรคและเชื้อไวรัสได้เป็นอย่างดี ขณะที่การศึกษาในเดือนเมษายนปี 2020 ได้พิจารณาถึงประสิทธิภาพในการใช้วัสดุที่เป็นตัวกรองในหน้ากากชนิดต่างๆ นักวิจัยพบว่าโดยทั่วไปผ้าชีฟองและผ้าสักหลาดให้การกรองอนุภาค หรือเชื้อโรคทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่ได้ค่อนข้างดี (ผ้าทั้งสองชนิดสามารถดักจับเชื้อโรคที่เกิดจากของเหลวในร่างกายได้ถึงร้อยละ 50 %) ขณะที่ผ้าซาตินและผ้าไหมสังเคราะห์ ถือว่าไม่มีประสิทธิภาพในการใช้ทำเป็นแผ่นกรองในหน้ากากอนามัย เพราะสามารถดักจับอนุภาคของเชื้อโรคได้น้อยกว่าร้อยละ 30 เปอร์เซนต์ (ไทยโพสต์, 2563)

การสวมหน้ากากให้ถูกต้องเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรค

วิธีการที่ถูกต้องในการสวมหน้ากากอนามัย คือ ล้างมือก่อนใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้ง เมื่อสวมใส่ให้หน้าด้านสีเข้มหรือด้านที่ความมันวาวออกด้านนอก เพราะด้านนั้นจะเป็นด้านที่กันน้ำหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยได้ เวลาใส่ควรให้หน้ากากคลุมให้ปิดจมูก ปากและคาง และคล้องหูให้พอดี กดลวดให้เข้ากับรูปสันจมูก เมื่อใช้หน้ากากอนามัยแล้วควรทิ้งในภาชนะที่มีฝาปิดเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อและควรล้างมือทันที เพราะอาจมีเชื้อไวรัสติดอยู่ที่มือของเราด้วย การทิ้งหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วอาจมีเชื้อโรคติดอยู่ ก็เชื่อว่าเราจะสามารถทิ้งแบบปกติได้ทันที ซึ่งวิธีการทิ้งหน้ากากอนามัยที่ถูกรูปเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ คือ การพับ ซึ่งการพับนั้นจะต้องพับครึ่งหนึ่งของหน้ากาก จัดสายคล้องหูให้เรียบร้อย พับครึ่งหน้ากากต่ออีก 2 ทบ และเอาใส่กล่องหุ้มนั้นรัดเอาไว้ และนำไปทิ้งภาชนะที่มีฝาปิดสถานการณ์การระบาดของไวรัสโคโรนา 19 ทำให้หลายคนเลือกที่จะไม่เดินทางในช่วงเวลานี้ แต่ก็มีจำนวนคนไม่น้อยที่ยังมีความจำเป็นต้องเดินทางอยู่ ดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกันตัวเองจากไวรัสนี้ ต้องเริ่มจากการพกหน้ากากอนามัยและแอลกอฮอล์เจลติดกระเป๋าไว้อยู่ตลอดเวลา หมั่นสังเกตคนรอบข้าง รวมถึงตัวเอง หากมีอาการน่าสงสัยว่ามีการติดเชื้อ ควรสวมหน้ากากอนามัยในทันที หากมีการเดินทางกลับมาถึงประเทศไทยแล้วพบว่าตัวเองมีอาการน่าสงสัยภายใน 14 วัน เช่น อาการไอ

มีไข้ มีน้ำมูก หายใจเหนื่อยหอบ ให้รีบสวมหน้ากากอนามัยและไปพบแพทย์ สิ่งที่ต้องทำเป็นประจำเสมอระหว่างเดินทาง คือ การล้างมืออย่างสม่ำเสมอ สวมหน้ากากอนามัย เลี่ยงสถานที่แออัด เต็มไปด้วยผู้คน ไม่สัมผัสสัตว์ป่วยหรือตาย ในขณะที่สิ่งที่ไม่ควรทำ คือ การสัมผัส หู ตา จมูก ปาก โดยไม่จำเป็น หรือการใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น เช่น แก้วน้ำ ผ้าเช็ดตัว ช้อน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ,2563)

มาตรการการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค การแพร่ระบาดของโควิด-19

กระทรวงสาธารณสุขได้ให้แนวทางที่สำคัญคือ 1. การป้องกัน โดยจัดให้มีหน้ากากอนามัย จัดหาแอลกอฮอล์ชนิดเจลหรือชนิดน้ำให้เพียงพอ ตรวจวัดคัดกรองวัดอุณหภูมิของร่างกายซึ่งต้องมีอุณหภูมิไม่เกินกว่า 37.5 องศาเซลเซียส 2. การสร้างระยะห่างทางสังคมโดยที่งดการประชุมอบรมสัมมนา กิจกรรมอื่นที่มีการรวมกันของผู้คน และให้นาระบบออนไลน์มาใช้แทน การจัดเก้าอี้ให้มีระยะห่างกันอย่างน้อย 1 เมตรโดยกำหนดจุดที่นั่งให้ชัดเจน 3. การปิดสำนักงาน หากพบกรณีพบบุคลากรในสังกัดเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นโรคที่ติดต่อได้ง่ายและเป็นอันตรายต่อชีวิต จึงเป็นสถานการณ์อันกระทบต่อความสงบเรียบร้อยและความปลอดภัยของประชาชนซึ่งต้องใช้มาตรการเข้มงวดและเร่งด่วนเพื่อควบคุมมิให้โรคแพร่ระบาดออกไปในวงกว้าง (ฉัตรสุมน พฤทธิบุญ,2563) กฎหมายคุ้มครอง "โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการรวบรวมกฎหมาย ประกาศ มาตรการ และแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 (COVID-19) โดยมาตรการต่างๆ เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย สร้างความร่วมมือ อำนาจสั่งการ และความรับผิดชอบต่อสังคม ชื่อนี้แนะนำคือ หมั่นล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอด้วยน้ำและสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจลล้างมือ ไม่นำมือมาสัมผัสตา จมูก ปาก โดยไม่จำเป็น และปฏิบัติตามคำแนะนำ "กินร้อน ช้อนกู สุสบู อยู่ห่างกัน" อย่างเคร่งครัด (ณรงค์ ใจเที่ยง,2563) ผลการประชุมคณะกรรมการบริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19) (ศบค.) ควรให้การพิจารณาประกาศพื้นที่ควบคุมสูงสุด พื้นที่ควบคุม และพื้นที่เฝ้าระวังสูงตามสถานการณ์และความรุนแรงของการแพร่ระบาด โดยไม่จำเป็นต้องมีมาตรการควบคุมพื้นที่ในรูปแบบเดียวกันทั่วทั้งจังหวัด ควรให้มีข้อกำหนดมาตรการด้านสาธารณสุข และเน้นย้ำมาตรการ D-M-H-T-T รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ประกอบการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการป้องกันและทำลายเชื้อในอากาศ และให้กำหนดเป็น

ความรับผิดชอบของผู้ประกอบการที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรการด้านสาธารณสุข อันเป็นเหตุให้เกิดการแพร่ระบาด โดยอาจพิจารณาให้มีมาตรการลงโทษตามระดับความรุนแรงของการแพร่ระบาดของโรค การกำหนดพื้นที่ควบคุมสูงสุดและดำเนินมาตรการควบคุมการเคลื่อนย้ายออกนอกเขตพื้นที่ซึ่งคงมีความสำคัญและจำเป็น (คณะรัฐมนตรี, 2564)

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การปฏิบัติตามมาตรการและควบคุมตามกฎหมายเป็นสิ่งที่ประชาชนทุกคนจะต้องยึดถือและปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด เพื่อการรณรงค์ป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อ โควิด 19 และผลกระทบต่อสุขภาพ ในการดำเนินชีวิตภายใต้วิถีชีวิตใหม่ หรือ New normal โดยเฉพาะเมื่อต้องใช้ชีวิตประจำวันนอกบ้านทุกวัน การสวมใส่หน้ากากอนามัยยังเป็นสิ่งที่จำเป็น ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขยังต้องขอความร่วมมือประชาชนทุกคน “ไม่ประมาท การ์ดอย่าตก” ด้วยการสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อออกนอกบ้าน พบปะพูดคุยกับผู้อื่น หรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ในพื้นที่สาธารณะหรือมีคนจำนวนมาก เช่น สนามบิน ห้างสรรพสินค้า สถานีขนส่ง แหล่งท่องเที่ยว เป็นต้น รวมทั้งต้องเว้นระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร หมั่นล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่และน้ำหรือเจลแอลกอฮอล์

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม.(2564). ชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://tosh.or.th/covid-19/index.php/new-normal>

กรุงเทพธุรกิจ.(2564). ‘New Normal’ คืออะไร? เมื่อโควิด-19 ผลักเรารู้ชีวิต ‘ปกติวิถีใหม่’. [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/882508>

คณะรัฐมนตรี.สรุปผลการประชุมคณะกรรมการบริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19) ครั้งที่ 1/2564.ที่ประชุมคณะรัฐมนตรี พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา.[เข้าถึงเมื่อ 5 มกราคม 2564].เข้าถึงได้จาก: <https://www.ryt9.com/s/cabt/3188868>

ฉัตรสมน พฤทธิปัญญา.(2563). มาตรการการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค การแพร่ระบาดของโควิด-19.วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข ; 6(2):467-485.

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2565

- ดลพร รุจิรวงศ์.(2563).COVID-19: พลิกมุมคิด...วิกฤต หรือ โอกาส. สืบค้นเมื่อ 1 เมษายน 2563, เข้าถึงได้จาก: <https://web.tcdc.or.th/th/Articles/Detail/Covid-19-cover-story>
- ณรงค์ ใจเที่ยง.(2563). กฎหมายคุ้มครอง "โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019".วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข ; 6 (เพิ่มเติม):S183-S197.
- ไทยโพสต์.(2563).เรียนรู้เรื่องหน้ากากอนามัย ตัวช่วยรับมือไวรัสโควิด-19.คุณภาพชีวิต. [เข้าถึงเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2563].เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaipost.net/main/detail/83924>
- ประชาชาติธุรกิจ.(2563). New Normal Behavior ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ให้เป็นนิสัยปกติ. [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2563].เข้าถึงได้จาก: <https://www.prachachat.net/rama-health/news-475431>
- มนทลี กปิลกาญจน์ และนันทนิตย์ ทองศรี.(2564). ท่ามกลางวิกฤตโควิด-19 เราจะสู้ไปด้วยกัน. [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://www.bot.or.th/Thai/ResearchAndPublications/articles/Pages/Article_05Apr2020
- มุกิตา ชัยชลธร, เบญจมาศ เกียรติเกษมศานต์, พิพัฒน์ แซ่ยับ.(2563).หน้ากาก N95 ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19.วิสัยทัศน์สาร; 46(3) ฉบับพิเศษ: 95-102.
- ยูนีลีเวอร์ ไลฟ์.(2564). New Normal วิธีใหม่ที่เปลี่ยนไปบนโลกใบเดิม. [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.unileverlife.com/editorial/new-normal/>
- มาลี บุญศิริพันธ์.(2564). ราชบัณฑิตยสภาบัญญัติศัพท์คำใหม่ “New Normal” ความปกติใหม่ที่เกิดขึ้นจาก COVID-19. [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2564].เข้าถึงได้จาก: <https://news.thaipbs.or.th/content/292126>
- มุกิตา ชัยชลธร, เบญจมาศ เกียรติเกษมศานต์ และพิพัฒน์ แซ่ยับ.(2563).หน้ากาก N95 ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19.วิสัยทัศน์สาร 2563; 46(3) ฉบับพิเศษ: 95-102.
- โรงพยาบาลเพชรเวช.(2564).การสวมหน้ากากอนามัย ดาบสองคมที่คุณอาจไม่รู้. [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2564].เข้าถึงได้จาก: CDC Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) : <https://bit.ly/2A32hpH>
- รู้ลึกกับจุฬา.(2563).หน้ากากอนามัย อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล. [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2563].เข้าถึงได้จาก: <https://www.chula.ac.th/cuinside/29755/>
- วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร.(2563).อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลสำหรับโควิด-19 ของบุคลากรทีมสุขภาพ.วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย; 7(1): 07-24.
- สุรียา หมานมานะ,โสภณ เอี่ยมศิริถาวร,สุนมมาลย์ อุทัยมกุล.(2563).โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19).วารสารสถาบันบำราศนราดูร; 14(2): 124-33.

สินศักดิ์ชื่นมื่น อุ่นพรมมี.(2563). สวมหน้ากาก อย่าการ์ดตก.บทบรรณาธิการ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 14(35):จ-ฉ.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.(2563).วิธีดูแลตัวเอง เพื่อรับมือไวรัส
โคโรนา 19.[เข้าถึงเมื่อ 23 มีนาคม 2563].เข้าถึงได้จาก:

<https://resourcecenter.thaihealth.or.th/>

อวาทิพย์ แว.(2563). COVID-19 กับการเรียนรู้สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในวันนี้.วารสาร
สมาคมวิชาชีพสุขภาพ; 35(1):24-29.

อำพรพรรณ ยวนใจ, อุ่นเรือน กลิ่นขจร, สุพรรณษา วรมาลี, จรินทร์รฐา วัชรเกษมสุนทร.(2563).ผู้ป่วย
โรคติดเชื้อ Coronavirus disease 2019: รายงานผู้ป่วย.เวชบัณฑิต
ศิริราช รายงานผู้ป่วย; 13(2):155-163.

อรุณี จิตติธัญญานนท์.(2563).เปรียบเทียบผู้ป่วย โคโรนา เมอร์ส และซาร์ส. [เข้าถึงเมื่อ 2563 มกราคม
27].เข้าถึงได้จาก: <https://thestandard.co/corona-virus-vs-sars-victims/>

hfocus.(2563). กรมอนามัยชี้หน้ากากผ้าป้องกันเชื้อได้ 54-59% ย้ำมาตรการหลักคือต้องล้างมือ.
[เข้าถึงเมื่อ 18 ธันวาคม 2563].เข้าถึงได้จาก:
<https://www.hfocus.org/content/2020/03/18632>

The Process of Providing Services for Citizen Registration and Identification Cards from Government Sector

Nuttapong Jaturachadsukol¹

Abstract

This academic article on the process of providing services for citizen registration and identification card from government sector, has the objective of presenting the concept of public administration towards serving the people. Currently, in identifying oneself, or intention of a citizen to receive services from the government, private, and financial sectors, it is still difficult to submit various types of evidence. Citizen are affected by the cost of copying documents and evidence. Some government agencies have developed a service model by canceling several types of evidence submissions to some extent. But there are still many agencies which requires documents before providing public services to the people. People would have to prepare documents, either in the original form or a copy, such as an identity card, house registration or other relevant documents. In order for speeding up various process and matters, to achieve success and efficiency regarding house registration, identification card, and other government official registration, under the Department of Government Administration, there should be one database for the development of one ID card as a multi-purpose card, which people can use to request any government agencies' services.

Keywords: Government Services, Department of Provincial Administration, Service Process, ID Card

¹ Lecturer at Phitsanulok University. Corresponding Author: nuttapongjaturachadsukol@gmail.com

กระบวนการให้บริการประชาชนด้านการทะเบียนราษฎร และบัตรประจำตัวจากภาครัฐ

ณัฐพงษ์ จตุรชาติสุคนธ์²

บทคัดย่อ

บทความวิชาการเรื่องกระบวนการให้บริการประชาชนด้านการทะเบียนราษฎรและบัตรประจำตัวจากภาครัฐมีวัตถุประสงค์ของการนำเสนอแนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐต่อการให้บริการประชาชนปัจจุบันในการแสดงตัวตนหรือเจตจำนงของประชาชนเพื่อเข้ารับบริการจากภาครัฐ เอกชน และสถาบันการเงิน ยังคงมีความยุ่งยากในการยื่นแสดงหลักฐานหลายประเภท และประชาชนได้รับผลกระทบด้านค่าใช้จ่ายในการสำเนาเอกสารหลักฐานทั้งนี้ บางหน่วยงานของภาครัฐได้มีการพัฒนารูปแบบการให้บริการโดยยกเลิกการยื่นแสดงหลักฐานหลายประเภทในระดับหนึ่งแล้ว แต่ยังมีอีกหลายหน่วยงานที่รูปแบบการให้บริการประชาชนยังคงเรียกเอกสารหลักฐานจากประชาชนทั้งในรูปแบบฉบับจริงหรือสำเนา เช่น บัตรประจำตัวประชาชน ทะเบียนบ้าน หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อติดตามเร่งรัดในการดำเนินการเรื่องต่าง ๆ ให้เกิดผลสัมฤทธิ์และมีประสิทธิภาพด้านทะเบียนราษฎร บัตรประจำตัวประชาชน การทะเบียนอื่นที่อยู่ในความรับผิดชอบกรมการปกครอง และการเชื่อมโยงฐานข้อมูลประชาชนเพื่อนำไปสู่การพัฒนาบัตรประจำตัวประชาชนให้เป็นบัตรแบบเนกประสงค์ที่ประชาชนสามารถใช้บัตรประจำตัวประชาชนใบเดียวในการติดต่อขอรับบริการจากภาคส่วนงานต่างๆ ข้างต้นได้อย่างแท้จริง

คำสำคัญ: บริการจากภาครัฐ, กรมการปกครอง, กระบวนการให้บริการ, บัตรประจำตัวประชาชน

² อาจารย์ประจำมหาวิทยาลัยพิษณุโลก ติดต่อ: nuttaponjaturachadsukol@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันในการเชื่อมโยงฐานข้อมูลของบุคคลนั้นแม้ว่าภาครัฐจะได้มีการดำเนินการเรื่องดังกล่าวในระดับหนึ่งแล้วแต่ปัจจุบันพบว่า ยังมีกรณีปัญหา เช่น กรณีการให้บริการด้านสุขภาพ โดยประวัติผู้ป่วยของแต่ละโรงพยาบาลยังไม่สามารถเชื่อมโยงกัน ส่งผลให้ประชาชนไม่สามารถใช้สิทธิต่าง ๆ ของโรงพยาบาลได้ และปัญหาการเข้าคิวเพื่อรอการรับบริการในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน จึงควรพัฒนารูปแบบการบริการให้สามารถจองคิวล่วงหน้าได้กรณีการให้บริการทางการศึกษาที่จำเป็นต้องใช้บัตรประจำตัวประชาชน ควรมีการจัดทำประวัติการศึกษาตั้งแต่เริ่มเข้าเรียนจนถึงระดับมหาวิทยาลัย และให้มีฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงกันได้ เพื่อให้การตรวจสอบวุฒิการศึกษาดำเนินการได้สะดวก และรวดเร็วและกรณีการตรวจสอบข้อมูลประวัติอาชญากรรม ควรต้องมีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างรวดเร็วมากยิ่งขึ้น เป็นต้น ปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อประชาชนในฐานะผู้รับบริการที่ยังมีความยุ่งยากในการขอรับบริการ และในบางบริการประชาชนต้องเสียค่าบริการหรือค่าธรรมเนียมต่าง ๆ จากหน่วยงานผู้ให้บริการ (การปฏิรูประบบราชการไทย, 2559)

มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน 2559 กำหนดแนวทางการบูรณาการฐานข้อมูลประชาชนและการบริการภาครัฐได้แก่

- 1) ให้สำนักทะเบียนกลางเป็นหน่วยงานกลางในการเชื่อมโยงฐานข้อมูลประชาชนของส่วนราชการ และทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการข้อมูลตามที่ส่วนราชการร้องขอ
- 2) ให้ส่วนราชการจัดทำฐานข้อมูลประชาชนของตนเองโดยใช้เลขประจำตัวประชาชน 13 หลักเป็นดัชนี และปรับปรุงฐานข้อมูลให้ครบถ้วน ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน
- 3) ให้ส่วนราชการที่มีฐานข้อมูลประชาชนจัดทำ Service เพื่อรองรับการอ่านข้อมูลจากสำนักทะเบียนกลาง
- 4) ให้หน่วยงานราชการปรับปรุงระบบการให้บริการประชาชนให้รองรับการอ่านบัตรและเชื่อมโยงระบบคอมพิวเตอร์ เพื่อเรียกใช้ข้อมูลประชาชนจากหน่วยงานต่าง ๆ ผ่านระบบคอมพิวเตอร์สำนักทะเบียนกลาง

เพื่อความสะดวกและลดความสับสนของประชาชนในการรับบริการจากหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชน สร้างความโปร่งใสในการดำเนินงานของภาครัฐ และประหยัดงบประมาณของประเทศ ผู้แทนหน่วยงานทุกฝ่ายเห็นด้วยในการพัฒนาให้ประชาชนสามารถใช้บัตรประจำตัวประชาชนใบเดียวในการติดต่อรับบริการจากทุกงานบริการและทุกหน่วยงานได้ โดยที่ประชุมคณะอนุกรรมการเห็นชอบ ดังนี้

1) ขอให้คณะกรรมการการปกครองตรวจสอบหาสาเหตุที่หน่วยงานยังไม่ได้ใช้บัตรประจำตัวประชาชนให้เป็นบัตรอเนกประสงค์เพื่ออำนวยความสะดวกในการติดต่อขอรับบริการภาครัฐ เพื่อรายงานต่อรัฐบาล และดำเนินการติดตามผลความคืบหน้าในภายหลัง เนื่องจากการเร่งรัดให้ดำเนินการจะทำให้เกิดความสะดวกและเป็นประโยชน์ต่อประชาชน

2) ขอให้กรมการปกครองมีการเพิ่มระบบ 3 ระบบ คือ 1) ระบบการยืนยันตัวตนแบบอิเล็กทรอนิกส์ หรือ eID (Electronics Identification) ในการดำเนินการ Digital ID เนื่องจากกรมการปกครองเป็นหน่วยงานของรัฐที่มีความมั่นคงและมีระบบความปลอดภัยสูง จึงขอให้จัดทำ API (Application Programming Interface) ของ eID ให้กับส่วนราชการและภาคเอกชนได้มีการใช้งานโดยไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อให้ไม่เป็นการต่อประชาชนในการเสียค่าบริการท้ายที่สุด 2) ในส่วนของ Biometric คือ เทคโนโลยีที่ใช้ในการระบุตัวตน (Identification) และตรวจพิสูจน์ผู้ใช้ (Verification) โดยใช้เทคนิคการแปรค่าเอกลักษณ์เฉพาะของแต่ละบุคคล (Personal identity) ไม่ว่าจะเป็นทางกายภาพ (Physical) หรือพฤติกรรม (Behavioral Characteristics) มาวิเคราะห์และเปรียบเทียบความแตกต่าง ทำให้มีความปลอดภัยมากขึ้นซึ่งในการอนุญาตอยู่ในส่วนของกรมการปกครองอยู่แล้ว เพียงดำเนินการผ่านการ Identity เพื่อเข้าสู่ระบบการบริการในขั้นตอนต่อไป

3) จัดทำระบบ National Certificate Authority ให้ประชาชน เพื่อให้มีการลงลายมือชื่อทางอิเล็กทรอนิกส์ เช่นเดียวกับแนวคิดของ Block chain ในการดำเนินการเกี่ยวกับ Digital paper หรือ Digital E-mail ซึ่งจะส่งผลไปยังการใช้ e - Voting ที่จะต้องมีความปลอดภัยสูง พร้อมทั้งให้มีการจัดตั้งระบบอีเมลโดย จากเลขประจำตัวประชาชนเพื่อให้ประชาชนได้มีการสื่อสารเมื่อต้องการส่งข้อความถึงกัน มีการลงลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์และมีความปลอดภัยสูง รวมทั้งมีผลบังคับใช้ทางกฎหมายซึ่งในการเชื่อมโยงนั้น จะผ่านทางธนาคารกรุงไทยและเกี่ยวข้องหลายหน่วยงาน โดยในการรายงานนั้นจะไปถึงกรมการปกครอง อย่างไรก็ตามในการดำเนินการนี้ต้องมีการลดต้นทุนในการดำเนินการซึ่งการให้บริการประชาชนดังกล่าวจะต้องเป็นบริการที่ประชาชนไม่เสียค่าใช้จ่าย รวมถึงค่าบริการต่าง ๆ ภาครัฐไม่ควรเรียกค่าใช้จ่ายในหน่วยงานเอกชน เพื่อผลักดันให้ระบบการบริการทั้งหมดดังกล่าวมีความเป็นไปได้ (สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2557)

จากกรณีดังกล่าวผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาถึงผลกระทบต่อหน่วยงานภาครัฐในฐานะผู้ให้บริการที่ไม่สามารถนำข้อมูลของบุคคลมาใช้ เพื่อเป็นการบริการให้ประชาชนได้อย่างทันท่วงที ทั้งนี้หน่วยงานที่ดำเนินการเรื่องดังกล่าวได้ในระดับหนึ่ง เช่น สำนักงานที่ดินบางพื้นที่ที่สามารถยกเลิกการใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านได้แล้ว เป็นต้น ซึ่งเหตุผลส่วนราชการ หน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ ยังไม่สามารถดำเนินการได้ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาแนวทางการ

ปรับปรุงการให้บริการประชาชน สำหรับการเชื่อมโยงฐานข้อมูลของบุคคลเพื่อให้ลดการใช้เอกสารหลักฐานต่าง ๆ ในการติดต่อขอรับบริการในทุกการบริการของภาครัฐและประชาชนได้รับการบริการจากภาครัฐแบบจุดเดียว (One Stop Service) อย่างแท้จริงเพื่อที่จะได้นำเอาปัญหาและอุปสรรคเหล่านั้นไปปรับปรุงแก้ไขให้ดียิ่งขึ้น เพื่อที่จะได้ตอบสนองการบริการให้ประชาชนนั้นได้รับประโยชน์และความพึงพอใจให้ได้มากที่สุด

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับ Digital Identity (DI)

Digital ID คือ คำกว้างๆ ที่สื่อถึงกระบวนการและขั้นตอนการยืนยันตัวเองด้วยช่องทางดิจิทัล ซึ่งมีวิธีการและขั้นตอนที่แตกต่างกันตามแต่กำหนด แต่ทั้งหมดล้วนคิดขึ้นเพื่อการระบุอัตลักษณ์และคุณลักษณะของบุคคล (Identity) ทางดิจิทัล (Digital Identity) เหมือนกับปัจจุบัน หลายประเทศได้คิดค้นระบบนี้เพื่อใช้งานกับประชาชนในประเทศโดยมีมาตรฐานที่แตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ ซึ่งประเทศไทยได้ระบุกันว่า “ระบบพิสูจน์และยืนยันตัวตนทางดิจิทัล”

เหตุผลที่เราต้องรู้จักสิ่งนี้ เพราะประเทศไทยกำลังพัฒนา National Digital ID ในระดับ Infrastructure เพื่อรองรับธุรกรรมรูปแบบดิจิทัลในประเทศที่ปลอดภัย น่าเชื่อถือ และยังคงขยายไปเป็น e-KYC (electronic Know-Your-Customer) ที่เกี่ยวข้องกับภาคธุรกิจและบริการอย่างมาก จึงนับเป็นเรื่องจำเป็นต้องรู้แนวคิดการทำงานเบื้องต้นเอาไว้ เพราะมีโอกาสที่เรคนไทยจะได้ใช้งานแน่นอน (Digital ID.(2561)

องค์ประกอบของ Digital ID

ปัจจุบันระบบนี้จะใช้คำอธิบายองค์ประกอบอ้างอิงจากมาตรฐาน NIST 800-63-3 Digital Identity Guideline ของสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีองค์ประกอบในกระบวนการอยู่ 4 ส่วนหลักๆ ได้แก่

- Entity ผู้ขอใช้บริการพิสูจน์อัตลักษณ์ ซึ่งก็คือประชาชนทั่วไปอย่างเราที่ต้องพิสูจน์ตัวตนก่อนใช้บริการ รวมถึงนิติบุคคลที่ต้องการใช้บริการด้วย
- IDProvider ผู้ให้บริการด้านการเข้าถึงข้อมูล ทำหน้าที่บริหารข้อมูลในกระบวนการพิสูจน์และยืนยันตัวตนทางดิจิทัลแก่ผู้ใช้และ Relying Party
- Authorising Source หน่วยงานผู้เข้าถึงหรือเป็นเจ้าของข้อมูลอัตลักษณ์บุคคลดิจิทัล เป็นผู้ยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูลบุคคล มักเป็นหน่วยงานเก็บข้อมูลซึ่งทำหน้าที่นี้อยู่เดิม ได้แก่ กรมการปกครอง หรือ สำนักงานเครดิตบูโร
- Relying Party ผู้ให้บริการที่ต้องการข้อมูลยืนยันตัวตนของผู้ใช้บริการ เพื่อยืนยันให้ผู้ใช้ได้รับบริการบางอย่าง โดย Relying Party จะขอข้อมูลจากIDProviderและ Authorising Source

ในการทำงานของระบบนี้จะมีกระบวนการที่ประชาชนทั่วไปใช้งานหลักๆ อยู่ 2 กระบวนการ ได้แก่กระบวนการพิสูจน์ตัวตน (Identification) และขั้นตอนการยืนยันตัวตน (Authentication)

ขั้นตอนการพิสูจน์ตัวตน (Identification)

เริ่มที่ขั้นตอนการพิสูจน์ตัวตน ซึ่งเป็นการนำข้อมูลตัวตนดิจิทัลกับตัวตนบนโลกจริงมาพิสูจน์ว่าเป็นบุคคลเดียวกัน ขั้นตอนนี้ Entity หรือผู้ใช้งานจะได้รับการรับรองโดยIDProvider และได้รับ “ใบรับรองการพิสูจน์ตัวตน” (Credential) เพื่อใช้ในการยืนยันตัวตนเพื่อทำธุรกรรมต่อไป ซึ่งกระบวนการพิสูจน์ตัวตนจะมีทั้งหมด 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. Enroll ขั้นแรกนี้เป็นกระบวนการขึ้นทะเบียน Entity จะต้องยื่นใบสมัครไปยัง IDProvider เพื่อให้ นำข้อมูลไปพิสูจน์ตัวตนกับ Authorising Source

2. Identify Proofing เมื่อขึ้นทะเบียนแล้ว IDProvider จะนำข้อมูลของเราไปพิสูจน์กับ Authorising Source แล้วนำมาพิสูจน์กับตัวผู้ใช้ หากข้อมูลจากในสมัครที่ยื่นมาตรงกับที่ IDProvider ยื่นขอไปยัง AS ก็อนุมัติให้ดำเนินการขั้นต่อไป

3. Provide ขั้นนี้ IDProvider จะออก “ใบรับรองพิสูจน์ตัวตน” หรือ Credential และเก็บข้อมูลของบุคคลนั้นไว้ เป็นการยืนยันอัตลักษณ์ทางดิจิทัลของบุคคลนั้นและอนุญาตให้ทำธุรกรรมทางดิจิทัลได้

เมื่อครบทุกขั้นตอนแล้ว Entity จะมีตัวตนดิจิทัลที่สามารถเข้าถึงการยืนยันอัตลักษณ์ผ่านการยื่น Credential กับ IDProviderที่กำหนดไว้เท่านั้น โดย Credential มีหลายรูปแบบ ตั้งแต่เป็นเอกสารอย่างบัตรประชาชน ไปจนถึงข้อมูลทางชีวภาพหรือ Biometric ก็สามารถนำมาใช้รับรองตัวตนทางดิจิทัลได้

ขั้นตอนการยืนยันตัวตน (Authentication)

หลังจากที่เราพิสูจน์อัตลักษณ์ตัวตนสำหรับช่องทางดิจิทัลแล้ว เมื่อเราต้องการใช้งานทำธุรกรรมจะต้องดำเนินการกระบวนการยืนยันตัวตน (Authentication) เพื่อขอรับบริการ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ยื่นคำขอใช้บริการกับ Relying Party ผู้ใช้บริการหรือ Entity จะยื่นคำขอรับบริการจากผู้ให้บริการ ซึ่งมีฐานะเป็น Relying Party ในกระบวนการ

2. Relying Party ให้ผู้ใช้บริการขอยืนยันตัวตนกับ IDProvider เมื่อรับคำขอใช้บริการมาแล้ว Relying Party ก็จะให้ผู้ใช้บริการส่งคำขอยืนยันตัวตนกับ IDProvider

3. ผู้ใช้บริการส่ง Credential ยืนยันตัวตนกับ IDProvider ผู้ใช้บริการจะเป็นผู้เดียวที่ถือ Credential ดังนั้น จึงต้องยื่น Credential แก่ IDProvider เองเพื่อรับรองสิทธิ์การยืนยันอัตลักษณ์แก่ Relying Party

4. IDProvider ส่งอัตลักษณ์ผู้ใช้ให้ Relying Party ขั้นนี้ IDProvider จะส่งข้อมูลยืนยันอัตลักษณ์ทางดิจิทัลของผู้ที่ยื่น Credential ไปยัง Relying Party เพื่อรับรองตัวตนดิจิทัลของผู้ใช้บริการ

5. Relying Party พิจารณาคำขอให้บริการ เมื่อได้ข้อมูลอัตลักษณ์ทางดิจิทัลเป็นที่เรียบร้อยแล้ว Relying Party จึงค่อยพิจารณาคำขอให้บริการของผู้ใช้บริการ

แม้มีหลายขั้นตอน แต่ทั้งหมดนี้จะเกิดขึ้นบนอินเทอร์เน็ตและ Block chain ทั้งหมด จึงไม่ต้องเดินทางยื่นเอกสารหลายที่เหมือนก่อน ซึ่งกระบวนการทั้งหมดนี้ช่วยป้องกันการปลอมแปลงข้อมูลด้วยการตรวจสอบหลายชั้น อีกทั้งยังสามารถเพิ่มจำนวน IDProvider รวมถึงดึง Authority Source มาร่วมให้ข้อมูลทางดิจิทัลเพื่อรับรองความปลอดภัย อีกทั้งเมื่อมีการยืนยันข้อมูลแล้วธุรกรรมใหม่จะถูกบันทึกกับ IDProvider ซึ่งจะนำมาใช้ประกอบการพิจารณาความน่าเชื่อถือสำหรับการทำธุรกรรมครั้งต่อไป

ตัวอย่างการใช้งาน

- การขอเอกสารราชการ ปัจจุบันการติดต่อกับราชการเพื่อขอเอกสารต่างๆ มีกรรมวิธีที่ซับซ้อนเพื่อความปลอดภัยซึ่งสิ่งที่ตามมาคือกระดาษและขั้นตอนต่างๆ ที่นับเป็นต้นทุนทางการเงินและเวลา ซึ่งหากเราสามารถนำ (National Digital ID - NDID) มาใช้ในกระบวนการยืนยันตัวตนก็จะช่วยลดการใช้งานเอกสารรูปแบบกระดาษลงไปได้มาก โดยสิ่งนี้เกิดขึ้นแล้วที่ประเทศอังกฤษซึ่งลดต้นทุนเอกสารสำหรับดำเนินการได้ถึง 90 เปอร์เซ็นต์

- การติดต่อกับราชการ การทำธุรกรรมที่ต้องดำเนินการกับภาคการเงิน NDID จะเข้าไปมีส่วนช่วยให้การติดต่อทำธุรกรรมเกิดขึ้นได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ผ่านช่องทางดิจิทัล และปลอดภัยมากขึ้นจากกระบวนการยืนยันตัวตนอันยากต่อการปลอมแปลง ความสะดวกรวดเร็วจากกระบวนการที่สามารถเกิดขึ้นทางดิจิทัลมีส่วนช่วยลดต้นทุนอย่างมีนัยยะสำคัญ เช่น หากประชาชนสามารถยื่นเอกสารดิจิทัลของเงินกู้และทราบผลทางออนไลน์ได้ในเวลาอันสั้น ก็จะลดต้นทุนดำเนินการไปอย่างมาก ซึ่งหากทุกคนได้ใช้ระบบนี้ก็จะนำไปสู่การลดต้นทุนทางเศรษฐกิจในภาพรวม

ในยุคที่ขอบเขตของประเทศเลือนลางด้วยความเป็นดิจิทัล การดำเนินโครงสร้างพื้นฐานที่สำคัญของประเทศจะเป็นเครื่องมือหนึ่งที่คนไทยใช้เพื่อตามทันการแข่งขันในยุคดิจิทัล NDID เป็น

เพียงโครงสร้างพื้นฐานที่ทำให้เกิดระบบบริการใหม่ๆ ตามมาอีกมากมาย ทั้งหมดนี้จึงเป็นเพียงจุดเริ่มต้นของอนาคตที่ประชาชนต้องมีส่วนร่วมอย่างแน่นอน

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการปฏิรูประบบราชการ

การปฏิรูประบบราชการได้เริ่มต้นขึ้นอีกครั้ง เมื่อคณะรักษาความสงบแห่งชาติเข้าควบคุมอำนาจการปกครอง และได้มีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช 2557 โดยในมาตรา 27 ได้กำหนดให้มีสภาพัฒนาการเพิกถอนอำนาจหน้าที่ศึกษาและเสนอแนะเพื่อให้เกิดการปฏิรูปในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านการเมือง ด้านการบริหารราชการแผ่นดิน ด้านกฎหมาย และกระบวนการยุติธรรม ด้านการปกครองท้องถิ่น ด้านการศึกษา ด้านเศรษฐกิจ ด้านพลังงาน ด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ด้านสื่อสารมวลชน ด้านสังคม และด้านอื่น ๆ ประกอบกับ “...สำนักนายกรัฐมนตรีได้ร่วมกับทุกกระทรวงในการดำเนินการปฏิรูประบบราชการ โดยมีการนำข้อเสนอของสำนักนายกรัฐมนตรีในเรื่องการปฏิรูประบบราชการและแนวทางจริยธรรมสร้างเมืองไทยให้มีความสุขมาใช้เป็นกรอบแนวคิดและแนวทางในการปฏิรูประบบราชการร่วมกัน โดยมีเป้าหมายในเบื้องต้นที่มุ่งเน้นให้บริการแก่ประชาชนของส่วนราชการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพในระยะเร่งด่วน โดยเน้นการอำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชนในการเข้าสู่ระบบบริการของรัฐ และลดช่องทางแสวงหาผลประโยชน์ อันจะก่อให้เกิดการทำงานของข้าราชการที่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชน และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประเทศชาติ โดยจะร่วมมือกันปรับปรุงพัฒนาการปฏิบัติงานของแต่ละกระทรวงให้มีประสิทธิภาพ โดยให้ความสำคัญกับการนำภารกิจของแต่ละส่วนราชการที่สามารถนำมาบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างส่วนราชการที่เกี่ยวข้องในการให้บริการประชาชน รวมถึงการเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการประชาชนควบคู่กันไป และต้องการให้บรรลุวัตถุประสงค์ได้โดยเร็ว โดยร่วมกันกำหนดประเภท ชนิดของแผนงาน โครงการ กิจกรรมและผลสำเร็จของความตั้งใจในการปฏิรูปครั้งนี้ และมอบหมายให้ทุกกระทรวงไปพิจารณาหน้าที่ที่อยู่ในความรับผิดชอบเพื่อกำหนดแผนงานโครงการหรือกิจกรรม เพื่อตอบสนองต่อเป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน รวมถึงการนำเสนอต่อประชาชนเพื่อรับรู้รับทราบและสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องถึงความตั้งใจในการปฏิรูประบบราชการครั้งนี้ และเมื่อทราบถึงรายละเอียดของการดำเนินการ ขั้นตอน วิธีการ ระยะเวลา ในการดำเนินงานของแต่ละกระทรวงแล้ว จากนั้นเป็นช่วงระยะเวลาในการดำเนินการแก้ไขกฎหมายระเบียบ ให้สำเร็จ และสามารถดำเนินการได้ รวมถึงพร้อมที่จะให้บริการประชาชน โดยการปฏิรูประบบราชการครั้งนี้ จะเกิดขึ้นพร้อมกันทั้ง 20 กระทรวงซึ่งสำนักนายกรัฐมนตรีได้รับมอบหมายจาก

ทุกกระทรวงให้ทำหน้าที่ในการประสานการปฏิบัติงาน รวมถึงการประชาสัมพันธ์ให้แก่ประชาชนทั่วไป ได้ทราบถึงความตั้งใจในการปฏิรูประบบราชการ...” (ปฏิรูปราชการครั้งใหม่, 2559)

เห็นได้ว่าการปฏิรูประบบราชการในปัจจุบัน ได้มีการนำแนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management) เข้ามาใช้แก้ไขปัญหา โดยมุ่งเน้นการปฏิรูปการบริหารงานในระบบราชการให้ความสำคัญกับผลงานและประสิทธิภาพ การจัดการภาครัฐแนวใหม่ถือได้ว่าเป็นกระแสหลักของการปฏิรูประบบราชการทั่วโลกในปัจจุบัน แต่ในการนำแนวคิดมาปรับใช้ ควรพิจารณาถึงการนำไปปฏิบัติอย่างละเอียด เพื่อให้มีความเหมาะสมกับความต้องการ ค่านิยม และวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ ลักษณะเด่นของการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ จึงอยู่ที่ความพยายามแก้ปัญหาของระบบราชการแบบดั้งเดิมโดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับปรุงในด้านประสิทธิภาพและการให้บริการประชาชน

เมื่อการปฏิรูประบบราชการให้ความสำคัญกับผลงานและประสิทธิภาพ การประเมินผลการปฏิบัติราชการจึงกลายเป็นเครื่องมือหลักของการปฏิรูประบบราชการ เพราะทำให้ระบบราชการมีการทำงานแบบใหม่ โดยอยู่ภายใต้การปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดผลงาน และสามารถวัดผลงานที่ให้บริการแก่ประชาชนได้ ซึ่งการประเมินผลการปฏิบัติราชการนั้นต้องประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ผลสัมฤทธิ์ของงาน และพฤติกรรมการปฏิบัติราชการของตัวข้าราชการ รวมถึงต้องมีตัวชี้วัดที่ชัดเจน จึงจะทำให้การประเมินผลการปฏิบัติราชการประสบผลสำเร็จ และนำไปสู่ประโยชน์แก่ประชาชนอย่างสูงสุด นอกจากการประเมินผลการปฏิบัติราชการจะเป็นประโยชน์แก่ประชาชนในแง่ของการให้บริการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลแล้ว การประเมินผลการปฏิบัติราชการ มีความสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อส่วนราชการและข้าราชการเป็นอย่างยิ่ง (สำนักวิจัยและพัฒนาระบบงานบุคคล สำนักงาน ก.พ., 2559)

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการปฏิรูประบบราชการมีความละเอียดอ่อนและเป็นเรื่องใหญ่ การจะปฏิรูประบบราชการให้ประสบผลสำเร็จ จะต้องปฏิรูปการเมือง หรือปฏิรูปประเด็นปัญหาของประเทศด้านอื่น ๆ ไปพร้อม ๆ กันด้วย โดยมุ่งเน้นขับเคลื่อนไปยังทุกส่วนราชการและพัฒนาระบบราชการให้เกิดความฉับไวและต่อเนื่อง โดยต้องให้การบริการประชาชนอย่างมีคุณภาพ มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีการพัฒนาองค์กรให้มีประสิทธิภาพ ให้ข้าราชการมีความเป็นมืออาชีพและมีความรับผิดชอบต่อสังคม เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารทรัพยากรของรัฐให้เกิดประโยชน์สูงสุดโดยทำให้เกิดความคุ้มค่า ส่งผลให้ลดความสิ้นเปลืองงบประมาณลดขั้นตอนการทำงาน วางระบบการบริหารงานแบบบูรณาการ มีการประสานงานร่วมมือกันจากส่วนกลางส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น สร้างเสริมความสัมพันธ์ในการทำงานระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน

ยกระดับความโปร่งใสโดยยึดหลักธรรมาภิบาลและกฎหมาย สามารถตรวจสอบได้ ลดการทุจริตและประพฤติมิชอบ สร้างความพร้อมของข้าราชการไทยเพื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียน รวมทั้งมีแผนยุทธศาสตร์เพื่อให้มีการขับเคลื่อนการทำงานทุกภาคส่วนและเกิดผลเป็นรูปธรรมโดยเร็ว ทั้งนี้การนำหลักการบริหารที่มีรูปแบบที่เหมาะสม มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ มาเป็นตัวแบบในการบริหารราชการแผ่นดิน จะทำให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชน โดยประชาชนได้รับความเป็นธรรม ได้รับการแก้ไขปัญหายั่งยืน และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ชาติและประชาชนอย่างแท้จริง

แนวคิดเกี่ยวกับการปรับโครงสร้างภาครัฐ

การจัดโครงสร้างองค์การภาครัฐแนวใหม่

วิรัช วิรัชนิภาวรรณ (2559, น. 20) ได้กล่าวว่า แนวทางการปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างองค์การของภาครัฐเป็นเรื่องสำคัญในการปฏิรูประบบราชการไทย เนื่องจากบทบาทภารกิจของภาครัฐในโลกยุคใหม่เปลี่ยนแปลงไปมาก และโครงสร้างของหน่วยงานราชการที่จัดแบ่งตามภารกิจเดิมไม่ได้รับการปรับปรุงอย่างจริงจัง จึงมีความซ้ำซ้อน สับสน และซ้ำซ้อนในการดำเนินงาน บทบาท ภารกิจ การที่โครงสร้างไม่เอื้อซึ่งเป็นข้อจำกัดของการทำงานที่ไม่ครบถ้วน ดังนั้น จึงจำเป็นที่จะต้องทบทวน และจัดบทบาท ภารกิจ และโครงสร้างของภาครัฐก่อนที่จะมีการวางรูปแบบในการบริหาร เพื่อวางรูปแบบการบริหารงานที่ชัดเจน ลดความซ้ำซ้อน และปรับหน่วยงานราชการให้กระชับเหมาะสมกับสภาพการณ์และความต้องการของประเทศชาติและประชาชน ทั้งนี้ ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับการหลักการจัดโครงสร้างองค์การภาครัฐ แนวใหม่ ดังนี้

ภาพรวมโครงสร้างการจัดประเภทหน่วยงานของรัฐ

จากเดิมที่ภาครัฐมีหน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจ ซึ่งสามารถให้บริการและการจัดการบริหารได้ดีแต่เมื่อระบบเศรษฐกิจสังคมและการเมืองของไทยเปลี่ยนแปลงไปการบริหารภายใต้รูปแบบระบบราชการเดิมก็ไม่เหมาะสมรวมทั้งเกิดปัญหาความล่าช้าสิ้นเปลืองสูญเปล่า โดยหลายหน่วยงานจึงคิดหาทางออก โดยกำหนดกฎหมายเพื่อจัดตั้งองค์กรที่มีความอิสระ คล่องตัว แยกออกจากระบบราชการ

ในปี พ.ศ. 2542 จึงได้กำหนดรูปแบบองค์กรที่เรียกว่าองค์กรมหาชนเพื่องานรองรับการเปลี่ยนแปลง ซึ่งมีข้อจำกัดในการนำไปใช้กับภารกิจบางประเภทของภาครัฐเพราะการจัดรูปแบบองค์กรที่ใช้งบประมาณแผ่นดินจำเป็นต้องมีระบบและขั้นตอนการทำงานที่โปร่งใส ตรวจสอบได้มีระบบการถ่วงดุลอำนาจและต้องรับผิดชอบต่อสังคม ดังนั้นการจัดองค์กรประเภทต่างๆ เพื่อให้บริการประชาชนจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงความเหมาะสมในหลายมิติจึงได้กำหนดรูปแบบการจัดโครงสร้าง

องค์การเพื่อใช้เป็นกรอบในการวิเคราะห์ห้พบภาพ การกิจของหน่วยงานในกระทรวง ทบวง กรมต่างๆ โดยจัดเป็นประเภทของส่วนราชการหรือองค์การในภาครัฐได้ 4 ลักษณะคือ

1. หน่วยงานราชการ (Government Organization, Go)
2. องค์การบริหารประสิทธิภาพ (Efficiency Service Unit, ESU)
3. องค์การมหาชน (Autonomous Public Organization, APO)
4. รัฐวิสาหกิจ (State Enterprise, SE)

การจำแนกประเภทหน่วยงานราชการก็เพื่อสร้างรูปแบบองค์การประเภทต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และมีความคล่องตัวในการบริหารงานมากขึ้นกว่ารูปแบบในปัจจุบัน องค์การแต่ละประเภทมีขอบเขตการประกอบภารกิจและวิธีการบริหารงานในรายละเอียดที่แตกต่าง กัน ดังนี้

1. หน่วยงานราชการ (Government Organization) มีความรับผิดชอบงานราชการซึ่งเป็นภารกิจหลักตามที่กฎหมายกำหนดโดยให้เป็นอำนาจหน้าที่และภารกิจพื้นฐานของหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งจะดำเนินงานในลักษณะเป็นการควบคุม อนุมัติ อนุญาตตามกฎหมายที่กำหนดให้ หน่วยงานราชการรับผิดชอบตามนโยบายต่างๆ ที่เป็นการบริหารงานราชการแผ่นดิน การรักษาความสงบเรียบร้อยทั้งภายในและภายนอกประเทศ การรักษาความเป็นธรรมในสังคมและการพัฒนาประเทศ หน่วยงานราชการประเภทนี้อาจมีการจัดโครงสร้างในรูปกระทรวง โดยมีหน่วยย่อยระดับรองลงไปตามบทบาทหน้าที่ของภารกิจที่จำเป็น เช่น กระทรวงการคลัง กระทรวงกลาโหม กระทรวงศึกษาธิการ เป็นต้น

2. องค์การบริหารประสิทธิภาพ (Efficiency Service Unit) รับผิดชอบงานปฏิบัติการหรืองานบริการบางประเภทที่หน่วยงานราชการจะต้องดำเนินการในการบริการเฉพาะด้านที่อยู่ภายใต้ขอบเขตอำนาจตามกฎหมาย หรือดำเนินงานภายใต้ชื่อของหน่วยงานต้นสังกัด เนื่องจากเกี่ยวข้องกับ ความมั่นคง ชั้นความลับ และการสร้างความเป็นธรรมงานที่ต้องอิงการใช้อำนาจทางกฎหมาย

3. องค์การมหาชน (Autonomous Public Organization) จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542 และพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งหน่วยงาน เพื่อรับผิดชอบภารกิจของภาครัฐในการให้บริการสาธารณะเฉพาะด้านที่ภาครัฐยังจำเป็นต้องจัดให้มีหรือต้องสนับสนุนเรื่องงบประมาณเพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่รัฐต้องการส่งเสริม หรือเป็นบทบาทของรัฐในการให้บริการการแทรกแซงตลาด หรือบริการที่ภาคเอกชนยังไม่สนใจหรือมีศักยภาพที่จะดำเนินการ องค์การนี้จะมีรูปแบบที่มีการบริหารงานอิสระและคล่องตัวภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการบริหาร

4. รัฐวิสาหกิจ (State Enterprise) เป็นองค์การที่รัฐเป็นเจ้าของทั้งหมดหรือเป็นผู้ถือหุ้นรายใหญ่รับผิดชอบดำเนินงานและมีภารกิจในเชิงพาณิชย์มีลักษณะการให้ด้านบริการสาธารณะ เช่น งานด้านสาธารณูปโภคที่รัฐให้ความสำคัญต่อความมั่นคงและการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศหรืองานที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน รัฐจึงมีความจำเป็นต้องควบคุมและดำเนินการแต่เพียงผู้เดียว

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการจัดโครงสร้างของหน่วยงานภาครัฐ คือ การปรับบทบาทภารกิจของหน่วยงานภาครัฐ โดยการขจัดภารกิจที่ไม่จำเป็นหรือล้าสมัยออกไป ซึ่งจะพิจารณาทบทวนความจำเป็นในการทำงานนั้นๆ ให้มีสอดคล้องกับแผนพัฒนายุทธศาสตร์ชาติ นโยบายของรัฐบาลงบประมาณ ความคุ้มค่าของภารกิจ และสถานการณ์อื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การบริหารระบบราชการให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ มีประสิทธิภาพ มีความคุ้มค่า ซึ่งในการบริหารระบบราชการจะต้องเป็นไปเพื่อประโยชน์สุขของประชาชน ให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ มีประสิทธิภาพ ความคุ้มค่าในเชิงภารกิจแห่งรัฐ การลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน การลดภารกิจและยุบเลิกหน่วยงานที่ไม่จำเป็น เป็นการกระจายภารกิจและทรัพยากรให้แก่ท้องถิ่น โดยการกระจายอำนาจในการตัดสินใจ การอำนวยความสะดวก และการตอบสนองความต้องการของประชาชน โดยมีผู้รับผิดชอบต่อผลของงานตามการจัดสรรงบประมาณ และการบรรจุ แต่งตั้งบุคคลเข้าดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่จะต้องคำนึงถึงหลักการในการปฏิบัติหน้าที่ของส่วนราชการจะต้องใช้วิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีโดยเฉพาะอย่างยิ่งให้คำนึงถึงความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติงาน ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม มีการเปิดเผยข้อมูล การติดตามตรวจสอบ และประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานนั้นๆ ต่อไป

แนวคิดเกี่ยวกับขั้นตอนการให้บริการทะเบียนราษฎร

การให้บริการประชาชนเป็นนโยบายที่ทุกรัฐบาลให้ความสำคัญ และพยายามผลักดันให้การพัฒนาคุณภาพการให้บริการมีคุณภาพและทั่วถึง ทั้งนี้เนื่องจากสังคมประชาธิปไตยมีพันธกิจที่ให้ความสำคัญในการตอบสนองความต้องการของประชาชนเป็นอันดับแรกที่รัฐพึงกระทำ และสังคมปัจจุบันได้ปรับเปลี่ยนเข้าสู่ยุคประชาธิปไตยที่มุ่งเป้าหมายไปสู่จุดหมายเดียวกัน คือยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางหน่วยงานภาครัฐต้องพัฒนาเศรษฐกิจและระบบสาธารณูปโภคสาธารณูปการ ตลอดทั้งโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศในท้องถิ่นให้ทั่วถึงและเท่าเทียมกัน รัฐให้ความสำคัญอิสระแก่ท้องถิ่นตามหลักแห่งการปกครองตนเอง โดยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหลายย่อมมีอิสระในการกำหนดนโยบายการปกครอง การบริหารงานบุคคล การเงิน การคลังและมีอำนาจหน้าที่ของตน รัฐบาลเป็นเพียงผู้กำกับดูแลตามพระราชบัญญัติปรับปรุง กระทรวงทบวง กรม พ.ศ. 2545 ซึ่งแยกออกมาจาก

กรมการปกครองเพื่อรองรับภารกิจเกี่ยวกับการส่งเสริมสนับสนุนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นโดยตรง เทศบาลเป็นหนึ่งในหลายหน่วยงานที่นำนโยบายของรัฐบาลและภารกิจของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นมาดำเนินการให้บังเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมในเขตพื้นที่ของตนเองการบริการงานทะเบียนราษฎรและบัตรประจำตัวประชาชนในอดีตมีความล่าช้ามีขั้นตอนในการบริการที่สลับซับซ้อน ต่อมามีการพัฒนาในด้านต่าง ๆ และมีการนำเอาเทคโนโลยีมาใช้ทำให้ประชาชนมีความต้องการสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมากรัฐไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างทั่วถึง รัฐจึงแก้ไขปัญหาโดยการจัดรูปแบบการปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล กรุงเทพมหานคร และพัทยา เพื่อแก้ไขปัญหาการบริการสาธารณะที่ไม่ทั่วถึง (เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ, 2559)

ดังนั้น กรมการปกครองได้กำหนดให้สำนักทะเบียนทุกแห่งทำการปรับปรุง และยกระดับคุณภาพการให้บริการให้ผ่านเกณฑ์ของกรมการปกครอง และให้สำนักทะเบียนที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการปกครองแล้วยกระดับคุณภาพการให้บริการให้สูงขึ้น การบริการจึงถือได้ว่าเป็นหัวใจหลักของการปฏิบัติงานของหน่วยงานหรือการปฏิบัติงานราชการเพื่อประโยชน์สุขของประชาชนตลอดจนการเกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานและความคุ้มค่าในภารกิจแห่งรัฐ โดยมุ่งเน้นการลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน การลดภารกิจและยุบเลิกหน่วยงานที่ไม่จำเป็น กระจายภารกิจและทรัพยากรให้แก่ท้องถิ่น การกระจายอำนาจตัดสินใจการอำนวยความสะดวก และตอบสนองความต้องการของประชาชน (พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2545, หน้า 1-4) ซึ่งสำนักทะเบียนทั่วประเทศ รวมถึงสำนักทะเบียนท้องถิ่นจึงมีนโยบายในการให้บริการงานทะเบียนเชิงรุกและภารกิจหน้าที่ของสำนักทะเบียน ประการแรก คือ ให้ประชาชนเกิดความเข้าใจในระเบียบ กฎหมาย ขั้นตอนการให้บริการงานทะเบียนของหน่วยงาน โดยปรับปรุงพัฒนารูปแบบ ขั้นตอนการทำงาน เพื่อให้ประชาชนผู้รับบริการได้รับความสะดวกรวดเร็วประหยัดเวลาตลอดจนความเป็นธรรมและเสมอภาคกัน ไม่มีการเลือกปฏิบัติและระบบการจัดการที่ทันสมัยมาใช้ซึ่งเป็นการพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่สอดคล้องกับนโยบายการบริหารจัดการ อย่างไรก็ตามยังคงเกิดปัญหาการให้บริการประชาชน ซึ่งจะเห็นได้จากการร้องเรียนผ่านทางเว็บไซต์ และศูนย์ดำรงธรรม ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นมาจาก ด้านกระบวนการและขั้นตอนการให้บริการ ด้านเจ้าหน้าที่บุคลากรผู้ให้บริการ และด้านสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้มาใช้บริการในงานทะเบียนราษฎร

บทสรุป

การให้บริการปัจจุบันตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อก่อน เช่น ต้องนำเอกสารมาติดต่อขอรับบริการแต่ละครั้งต้องนำเอกสารมาเพื่อมายื่นคำร้องเป็นจำนวนมาก ปัจจุบันมาติดต่อสามารถนำบัตรประจำตัว ประชาชนฉบับจริงมาเพื่อมาติดต่อสถานที่ให้บริการมากยิ่งขึ้น กระบวนการ ขั้นตอนไม่ยุ่งยากซับซ้อน ใช้เวลาในการดำเนินการน้อย ช่องทางการรับบริการมีเพิ่มขึ้นสามารถเดินทางไปที่ที่ผู้รับบริการสะดวก เช่น การทำบัตรประชาชน เมื่อก่อนต้องทำตามฐานข้อมูล ทะเบียนราษฎรของตนเอง ปัจจุบันสามารถทำบัตรประจำตัวประชาชนในที่ที่ให้บริการที่ ผู้รับบริการสะดวก ในการเดินทาง หรือมีการบริการนอกเวลาราชการ

ปัจจุบันการรับบริการใช้เวลาสั้นลงเนื่องจากขั้นตอนต่าง ๆ ทำได้รวดเร็วและสะดวกขึ้นทำให้ใช้เวลาน้อย ระบบที่มีความคล่องตัวมากขึ้น เป็นระบบ เป็นขั้นตอนมากขึ้น มีกระบวนการทำงานที่ชัดเจนตามคู่มือและสามารถทำเสร็จสิ้นกระบวนการได้ในจุด ๆ เดียว คุณภาพของการให้บริการประชาชนมีการพัฒนาคุณภาพการให้บริการประชาชนให้ดีขึ้นเนื่องจากในสังคมประชาธิปไตยการตอบสนองความต้องการของประชาชน การระบุขั้นตอนการให้บริการตามลำดับมีขั้นตอนการให้บริการที่ชัดเจนว่าควรทำอย่างไรก่อนหลัง ตรงจุดประชาสัมพันธ์มีการตรวจสอบเอกสารและแนะนำการรับบริการต่าง ๆ ของแต่ละขั้นตอนให้ทราบเบื้องต้นเพื่อลดการเสียเวลาในการเตรียมเอกสารก่อนเข้าใช้บริการต่อไป

ความสามารถในการให้บริการให้ตรงกับความต้องการหรือความคาดหวังกับผู้รับบริการ การบริการที่ได้รับทุกครั้งจะต้องมีความถูกต้องเหมาะสม และได้ผลออกมาเช่นเดิมในทุกจุดของบริการ ความสม่ำเสมอนี้จะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าการที่ได้นั้นมีความน่าเชื่อถือสามารถให้ความไว้วางใจได้ ความสามารถในการสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ผู้ให้บริการจะต้องแสดงถึงทักษะความรู้ ความสามารถในการให้บริการและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการด้วยความสุภาพ นุ่มนวล มีกิริยามารยาทที่ดี ใช้การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและให้ความมั่นใจว่าผู้รับบริการจะได้รับบริการที่ดีที่สุด ช่องทางให้ประชาชนขอใช้บริการ รับบริการ และดำเนินการธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์โดยผ่านระบบอินเทอร์เน็ต หรือศูนย์บริการทางโทรศัพท์ ได้อย่างกว้างขวางภายใต้การวางมาตรฐานด้านฮาร์ดแวร์-ซอฟต์แวร์ และรูปแบบการให้บริการที่กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารประสานกำหนดการปรับเปลี่ยนกระบวนการและวิธีการทำงาน โดยการปรับปรุงขั้นตอนและแนวทางการให้บริการประชาชน โดยให้แต่ละส่วนราชการเสนอแผนในการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายและระเบียบปฏิบัติของทางราชการที่ล้าสมัย ไม่มีความจำเป็น หรืออาจ

เป็นอุปสรรคต่อการให้บริการประชาชน โดยเฉพาะการมอบอำนาจ การอนุมัติ อนุญาตและการสั่งการต่างๆ ให้เสร็จสิ้น ณ จุดให้บริการเดียวกัน

ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหา

1. ด้านกระบวนการ/ ขั้นตอนการให้บริการ ควรมีการปรับปรุงนโยบายการบริการให้มีขั้นตอนที่มีความรวดเร็ว ลดขั้นตอนในการทำงานให้มีความกระชับ และเพื่อให้มีความคล่องตัวในการบริการ และเพื่อตอบสนองความต้องการให้กับประชาชนในการรับบริการอย่างสูงสุด

2. ด้านเจ้าหน้าที่/ บุคลากรผู้ให้บริการ ควรมีนโยบายด้านบริการให้เจ้าหน้าที่ที่มีความพร้อมที่จะให้บริการกับประชาชน และเอาใจใส่ประชาชนที่มาใช้บริการอย่างเสมอภาค

การบริการศูนย์บริการจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) มีนโยบายที่จะปรับปรุงประสิทธิภาพการให้บริการต่อประชาชนให้ดียิ่งขึ้น โดยนำการบริการในด้านต่างๆ เพื่อเพิ่มความสะดวกให้กับประชาชนที่มาติดต่อรวมทั้งให้เกิดความโปร่งใสในบรรยากาศใหม่ที่ค่อนข้างเป็นกันเองมากยิ่งขึ้น และให้ชื่อว่า “บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ” (One Stop Service) ให้ประชาชนได้รับบริการได้อย่างครบถ้วน สะดวก สบาย เสมอภาคและเป็นธรรมปรับปรุงให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของสังคมและเอื้ออำนวยความสะดวกให้กับประชาชนที่มาติดต่อให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีการบริการประชาชนได้ ณ จุด ๆ เดียวเพื่อปรับระบบการบริหารจัดการภายในสำนักงานเขตให้สอดคล้องกับการให้บริการในยุคโลกาภิวัตน์และเพื่อให้สำนักงานเป็นสถานที่รับการให้บริการต่อประชาชน ได้ทุกรูปแบบทุกระบบงานมีการเชื่อมเป็นเครือข่ายข้อมูลด้วยระบบคอมพิวเตอร์ และระบบ QR Code คิวอาร์โค้ดโดยมีเป้าหมาย ในการขยายปริมาณงาน และเพิ่มคุณภาพในการให้บริการ ลดขั้นตอนการติดต่ออำนวยความสะดวกในการขอใช้บริการเสริมสร้างความ เป็นธรรม ให้แก่ประชาชนที่มาใช้บริการโดยไม่เลือกปฏิบัติเพิ่มความมั่นใจกับประชาชนในการติดต่อขอใช้บริการต่อไป

References

- Ketsuwan, Ruangwit. (2016). *Bureaucratic reform under the flow of new government management and criticism*. Bangkok: Bophit Printing Co., Ltd. (in Thai) (2016).
- Wirat Nipawan, Wirach.(2016). *Principles of Public Administration Concept and process*. (1st edition). Bangkok: Expert. (in Thai)

Government Administration Act B.E. (No. 5).(2002). Government Gazette. Volume 119 (Chapter 99 A), pages 1 - 4. (in Thai)

The Secretariat of the House of Representatives. (2014). Constitution of the Kingdom of Thailand (Interim version) Year 2014. (1st edition). Bangkok: Publishing house. The Secretariat of the House of Representatives (in Thai)

Office of Human Resources System Research and Development, Office of the Civil Service Commission. (2016). Manual for Evaluation of Government Performance: Overview of the performance management system and the performance appraisal system. (1st edition). Bangkok: P.A. Living Co., Ltd. (in Thai)

Office of the Civil Service Commission Thai bureaucracy. (2016). Retrieved on March 24, 2021 from <http://elearning.aru.ac.th/2551301/soc55/topic2/linkfile/print5.htm>. (in Thai)

Office of the Public Sector Development Commission. New Government. (2014). Retrieved March 24, 2021 from <http://www.thairath.co.th/content/434436> (in Thai)

Digital Government Development Agency. Digital ID. (2018). Retrieved March 24, 2021 from <https://techsauce.co/tech-and-biz/what-is-digital-id-in-5-minutes>(in Thai)

Institute On Governance. Ackerman, J. M. (2005). ,Social Accountability for the Public Sector: A Conceptual Discussion.. A Paper Presented in the Workshop on “Social Accountability” Bangkok, Thailand. March 2015.

Kaufmann, D., and Kraay, A. (2018). Growth without Governance. Policy Research Working Paper 2928, World Bank.

OECD. (2017). Public Sector Transparency and International Investment Policy. Committee on International Investment and Multinational Enterprises at its meeting on 9-11 April.

Mandatory Vaccination for COVID-19: A Legal Analysis

Suthee Usathaporn*

Abstract

Government across the globe introduced and enforced the COVID- 19 vaccination requirements in order to control the pandemic. The objectives of this paper are to examine the legitimacy of COVID- 19 vaccination requirements, and to compare health policies on mandatory vaccination in different countries. The author offers suggestions for Thai government to plan and enforce the possible mandatory vaccination for COVID 19 as follow;

1) State requirement should be accordance with the due process of law and the article 47th of the 2017 Constitution of Thailand, stipulating the fundamental individual rights to receive the public health services. 2) The state should avoid creating unnecessary public health procedures and burden to get its citizens vaccinated. It should also respect the good faith of religious beliefs and practice, as well as the health or medical conditions of individuals, especially aging and bed-ridden populations in health care, or medically restricted persons, such as bad reaction to COVID- 19 vaccinations, or to specific type of COVID-19 vaccine. 3) Imminent health crisis among people should be considered as the " key factor" for making effective process for health policies. 4). The local government authorities should have a major role in urging, but not forcing, the public to get COVID-19 vaccine.

Keywords: legal measures; mandatory vaccination; Constitution; religious beliefs; health of population.

* Law lecturer, Faculty of Law, Dhurakij Pundit University

มาตรการบังคับการรับวัคซีนกับข้อพิจารณาทางกฎหมาย

สุธี อยู่สถาพร*

บทคัดย่อ

ประเทศต่างๆทั่วโลกต่างก็ออกนโยบายด้านสุขภาพและกฎหมายเกี่ยวกับการต้องเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 โดยกำหนดให้พลเมืองต้องเข้ารับการฉีดวัคซีนเพื่อลดการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด 19 ดังนั้น วัตถุประสงค์ของบทความทางวิชาการนี้เพื่อวิเคราะห์และเปรียบเทียบมาตรการทั้งในเชิงนโยบายและในเชิงกฎหมายของประเทศต่างๆรวมทั้งของประเทศไทยที่กำหนดให้ประชากรต้องรับวัคซีน และเสนอแนะในการใช้มาตรการดังกล่าวอย่างเหมาะสมดังนี้ 1) การออกมาตราการดังกล่าวจะต้องสอดคล้องกับหลักนิติธรรมและมาตรา 47 แห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ที่บัญญัติเกี่ยวกับสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนในการเลือกใช้บริการด้านสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยรัฐ 2) รัฐพึงไม่สร้างภาระหรือขั้นตอนที่ไม่จำเป็นในการเข้ารับการฉีดวัคซีนของประชาชน โดยมาตรการของรัฐดังกล่าวจะต้องคำนึงถึงความเชื่อและแนวปฏิบัติทางศาสนาที่ผู้มีความเชื่อหรือนับถือศาสนามีความเชื่อโดยสุจริต รวมถึงสภาวะทางกายและทางใจของประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มประชากรสูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ตลอดจนข้อจำกัดด้านสุขภาพในการรับวัคซีนของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ที่แพ้วัคซีนโควิด 19 หรือผู้ที่แพ้วัคซีนโควิด 19 ยี่ห้อหนึ่งยี่ห้อใดเฉพาะ 3) รัฐพึงต้องคำนึงถึงการเกิดขึ้นของวิกฤตด้านสุขภาพอย่างรุนแรงในชุมชนโดยควรถือเป็นปัจจัยหลักในการออกมาตราการป้องกันโรค และ 4) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีบทบาทอย่างชัดเจนในการให้ประชาชนจะเข้ารับการฉีดวัคซีน แต่ไม่ใช่เป็นการบังคับให้ฉีดวัคซีนโควิด 19

คำสำคัญ: มาตรการทางกฎหมาย; การบังคับรับวัคซีน; รัฐธรรมนูญ; ความเชื่อทางศาสนา; สุขภาพประชาชน

บทนำ

แม้ว่าประเทศต่างๆได้ดำเนินมาตรการล็อกดาวน์จากสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อโควิดหลายรอบ แต่ดูเหมือนสถานการณ์การแพร่ระบาดยังไม่ดีขึ้น จะเห็นได้จากทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อ 2531 ล้านคนมีผู้เสียชีวิต 5.09 ล้านคน เฉพาะในสหรัฐอเมริกามีผู้ติดเชื้อ 46.9 ล้านคนและมีผู้เสียชีวิต 7.61 ล้านคนในสหราชอาณาจักรมีผู้ติดเชื้อ 9.49 ล้านคนและมีผู้เสียชีวิตแล้ว 1.43 ล้านคน ในประเทศไทยมีจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัส (confirmed) 2,011,331 คน มีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ (New cases) 7,057 คน และมีจำนวนผู้เสียชีวิต (Death) 19,989 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 13 พ.ย.2564)

ปัญหาดังกล่าวนี้อาจทำให้เกิดสภาพปัญหาการระบาดอย่างรวดเร็วเนื่องจากเชื้อไวรัสยังไม่มีวิธีการรักษาแน่นอนและสร้างความเสียหายทั้งแก่ชีวิตและทรัพย์สินที่ส่งผลโดยรวมต่อระบบเศรษฐกิจสังคมรวมทั้งต่อวิถีชีวิตของประชาชน ด้วยเหตุนี้ รัฐบาลในหลายๆประเทศต่างก็มีมาตรการป้องกันโรคและควบคุมการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีระดับความเคร่งครัดที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ดี มาตรการดังกล่าวซึ่งได้แก่มาตรการด้านสาธารณสุข มาตรการทางกฎหมาย นโยบายสุขภาพที่มีผลใช้บังคับ อย่างรวดเร็ว และมีโทษปรับ (ในบางประเทศ) ที่เจ้าหน้าที่จะต้องบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด รวมถึงมาตรการกระตุ้นเศรษฐกิจของรัฐบาลทั้งในระยะสั้น ระยะกลางและระยะยาวไปในคราวเดียวกัน

สำหรับมาตรการกระตุ้นการฉีดวัคซีนนั้น ทุกประเทศส่วนใหญ่กำหนดให้ประชาชนเข้ารับวัคซีน ในกรณีของประเทศออสเตรเลียนั้น แม้รัฐบาลกลางจะมีได้มีมาตรการบังคับใช้กับการฉีดวัคซีนก็ตาม แต่ในเขตปกครอง รัฐบาลสามารถออกมาตรการบังคับให้ประชาชนเข้ารับการฉีดวัคซีนได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มแรงงานต่างด้าว ผู้ลี้ภัยในเขตปกครอง ส่วน ประเทศอิตาลีถือเป็นประเทศแรกในยุโรปที่ออกมาตรการบังคับการฉีดวัคซีนสำหรับการปฏิบัติหน้าที่โดยการออกหนังสือรับรองว่าได้ผ่านการฉีดวัคซีนแล้ว (Green pass system) ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าเป็นมาตรการที่ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ " The European Centre for Disease Prevention and Control: ECDC" ที่มุ่งเน้นให้อัตราการฉีดวัคซีนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็วแก่ภูมิคุ้มกันของประชาชนในประเทศ (National Immunization rate)

ในประเทศสหรัฐอเมริกา รัฐบาลกลางสามารถออกข้อบังคับให้ประชาชนเข้ารับการฉีดวัคซีนเพื่อประโยชน์ของระบบสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกา โดยมีเงื่อนไขว่าการจะใช้มาตรการดังกล่าวได้นั้น รัฐบาลจะต้องจัดหาวัคซีนได้อย่างเพียงพอและผ่านกระบวนการตรวจสอบ

คุณภาพโดยอาศัยหลักทางวิชาการทางวิทยาศาสตร์ เนื่องจากวัคซีนถือเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการปกป้องสุขภาพชุมชน เช่นกรณี มลรัฐนิวยอร์กที่มีมาตรการให้พลเมือง

ต้องเพิ่มภูมิคุ้มกันโดยวัคซีนที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์อย่างชัดเจนว่ามีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัย

ทั้งนี้ มาตรการทางสาธารณสุขดังกล่าวถือว่ามีความจำเป็นเพื่อการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 และภายใต้ข้อกำหนด " General Duty Clause" " ตามสัญญาจ้างแรงงานซึ่งนายจ้างชอบที่จะมีมาตรการภายในองค์กรกำหนดให้ลูกจ้างทุกคนต้องเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด-19 ตามหลัก " Occupational Safety and Health 2009 : OSHA" แต่หลักการดังกล่าวมิได้บัญญัติโดยตรงให้ลูกจ้างจะต้องรับการฉีดวัคซีน

แม้จะเป็นไปตามข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 (The 2014 Pandemic Guide) ก็ตามเป็นแต่เพียงให้นายจ้างจะต้องจัดให้ลูกจ้างเข้ารับการฉีดวัคซีน "อย่างเหมาะสม" เพื่อลดจำนวนการติดเชื้อของโรคในสถานประกอบการของนายจ้างเท่านั้น การดำเนินการของนายจ้างดังกล่าวจึงถือเป็น " Voluntary vaccination" ในขณะที่ในบางมลรัฐเช่น New York, Rhode Island, California, Massachusetts ต่างก็มีกฎหมายกำหนดให้ลูกจ้าง อาสาสมัคร ที่ทำงานในหน่วยบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยมีหน้าที่ต้องเข้ารับการฉีดวัคซีนเพราะถือว่าเป็นผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วย กรณีดังกล่าวจึงถือเป็นนโยบายภาคบังคับ " Mandatory Health Policies"

อนึ่ง ภายใต้กฎหมาย " The Americans with Disabilities Act 1990" (Title 1) กำหนดให้นายจ้างมีอาจบังคับให้ลูกจ้างเข้ารับการฉีดวัคซีน เว้นแต่จะเป็นไปเพื่อประโยชน์แก่การทำงานที่จ้างอย่างแท้จริง หรือเพื่อการประสบความสำเร็จในการดำเนินการธุรกิจของนายจ้าง และเพื่อความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรในสถานประกอบการ (Calcio,W.F.,Aguinis, H. 2010) อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการ "Equal Employment Opportunity Commission " ของสหรัฐอเมริกาได้มีข้อเสนอแนะให้ลูกจ้างทั่วไป แม้มิได้เป็นบุคลากรทางการแพทย์ก็ควรเข้ารับการฉีดวัคซีนเพื่อเป็นแนวปฏิบัติตามกฎหมาย " The Americans with Disabilities Act 1990" นอกจากนี้ ในประเทศแถบยุโรปบางประเทศมีมาตรการทางกฎหมายด้านสาธารณสุขกำหนดให้บุคคลต้องรับการฉีดวัคซีน เช่นกรณีของประเทศฝรั่งเศสซึ่งมีประมวลกฎหมายสาธารณสุข " Code de la Santé Publique 2021" โดยบัญญัติให้บุคคลดังต่อไปนี้ต้องเข้ารับการฉีดวัคซีน เช่น ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในสถานพยาบาล ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในสถานที่ใดๆที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของเชื้อโรคในวงกว้าง ผู้ปฏิบัติงานใน

องค์กรภาครัฐหรือเอกชนที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ นักเรียนหรือนักศึกษาแพทย์ในโรงเรียนเตรียมแพทย์และวิชาชีพด้านสาธารณสุข ผู้ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการด้านชีววิทยาทางการแพทย์ และผู้ปฏิบัติงานในกองทัพซึ่งมีจำนวนมากที่มีพันธกิจในการป้องกันประเทศ (Loi no.2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise Sanitaire)

ปัญหาการยอมรับให้มีการจำกัดสิทธิพลเมืองตามรัฐธรรมนูญให้ต้องปฏิบัติเพื่อประโยชน์ทางด้านสาธารณสุข

ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ออกกฎหมายกลาง(Federal law) จำกัดสิทธิพลเมืองให้ต้องปฏิบัติกรอย่างใดๆเพื่อประโยชน์ของระบบสาธารณสุขของประเทศและเพื่อความปลอดภัยของชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ชุมชนที่อยู่อาศัย โรงเรียน ในยามฉุกเฉินที่ประเทศกำลังประสบภัยจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 (Public emergencies) ที่พลเมืองจะต้องเข้ารับการฉีดวัคซีนโดยเร็วเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต

นอกจากนี้ สภาผู้แทนราษฎรสหรัฐอเมริกามีอำนาจที่จะออกกฎหมายใดๆเพื่อกำหนดระเบียบปฏิบัติอันมีผลบังคับใช้กับพลเมืองในมลรัฐและที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ระหว่างมลรัฐกับมลรัฐ และมีอำนาจที่จะออกกฎหมายในการจัดเก็บภาษีอากร การจัดตั้งกองทุน และการใช้งบประมาณเพื่อประโยชน์ของสวัสดิการของพลเมืองเช่น หลัก " The Occupational Safety and Administration " กฎหมาย " The Americans with Disabilities Act" กฎหมาย " Health Insurance Portability and Accountability Act : (HIPAA)" และกฎหมาย " Genetic Information Non-Discrimination Act : (GINA) ซึ่งกฎหมายเหล่านี้เป็นกฎหมายกลางที่อนุญาตให้นายจ้างกำหนดข้อบังคับของนายจ้างกำหนดให้ลูกจ้างต้องเข้ารับวัคซีนอันอาจถือว่าการจำกัดสิทธิในร่างกายของลูกจ้าง

ยิ่งกว่านั้น แม้ในคำวินิจฉัยของศาลสูงสุดของสหรัฐอเมริกาเห็นสอดคล้องให้มีการจำกัดสิทธิของบุคคลได้ เช่นในคดี Zucht v King. และคดี Maricopa County Health Department v Harmon ที่วินิจฉัยว่ามลรัฐชอบที่จะออกข้อกำหนดอย่างใดๆอันมีผลบังคับต่อพลเมืองของตนในการบังคับให้ต้องรับการฉีดวัคซีน เช่นสถานศึกษา โรงเรียน ซึ่งหากเด็กคนใดไม่มีใบรับรองการฉีดวัคซีน จะไม่สามารถเข้าชั้นเรียนได้ ข้อกำหนดดังกล่าวถือเป็นการคัดเด็กออกจากสถานศึกษา โรงเรียน เพื่อความปลอดภัย และเป็นการปกป้องระบบสาธารณสุขของประเทศ (260 US . at 177, 43 S.C.T.at 28) (156 AritZ at 166,750.p.2d at 1369)

นอกจากนี้ ภายใต้กฎหมาย " The Defense Production Act" กำหนดให้บริษัทเอกชนสามารถให้บริการตรวจ "Rapid Tests" ให้แก่ประชาชนโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและให้ถือว่าเป็นการให้บริการ" ในภาวะสงคราม" (War time) หรือเรียกว่า "มาตรการในยามสงคราม" ยิ่งกว่านั้น ในคดี Klaassen v Indiana University ศาลได้วินิจฉัยว่า การที่มหาวิทยาลัยมีมาตรการบังคับการเข้ารับวัคซีนกับนักศึกษาหรือมาตรการให้นักศึกษาจะต้องเข้ารับการตรวจโควิด-19 ทุกสัปดาห์ หากฝ่าฝืนนักศึกษาจะไม่สามารถเข้าชั้นเรียนได้ ศาลวินิจฉัยว่าเป็นมาตรการโดยชอบด้วยกฎหมาย คู่ความยอมมีอาจขอเพิกถอน มาตรการของมหาวิทยาลัยดังกล่าวได้ (Lombardo, Clare, 2021)

ด้วยเหตุนี้ การออกมาตรการดังกล่าวอาจถูกมองว่าส่งผลกระทบต่อสิทธิขั้นพื้นฐานของพลเมืองที่กำหนดไว้ภายใต้รัฐธรรมนูญ ในคดี Norwegian Cruise Line v the Surgeon General of Florida ในคดีดังกล่าว หน่วยงานรัฐในมลรัฐ Florida ได้ออกข้อกำหนดให้บริษัทเดินเรือต้องแสดงหลักฐานหรือเอกสารใดๆ ที่แสดงว่าผู้โดยสารทุกคนได้รับการฉีดวัคซีนแล้ว (Documentary proof of vaccination) โดยต้องแสดงก่อนเข้าจอดเทียบท่าเรือของเมือง ซึ่งในคดีนี้ศาลวินิจฉัยว่า การออกข้อกำหนดดังกล่าวสร้างความเสียหายแก่บริษัทเดินเรือ เพราะถึงอย่างไรบริษัทเดินเรือย่อมมีหน้าที่ต้องดูแลและเฝ้าระวังสุขภาพของผู้โดยสารทุกคนอยู่แล้ว รวมถึงลูกเรือและเจ้าหน้าที่ประจำเรือ ศาลวินิจฉัยเห็นด้วยกับคำขอทุลาการบังคับใช้ข้อกำหนดของมลรัฐจึงฟังขึ้น ในคดีนี้ศาลให้เหตุผลว่า ผู้ออกข้อกำหนดยังมิได้แสดงหลักฐานใดๆ ว่าการแพร่เชื้อโรคมีอันตรายอย่างทันทีทันใดซึ่งกำลังจะอุบัติขึ้นในอนาคตอันใกล้และวินิจฉัยว่ารัฐอาจใช้มาตรการอื่นใดเยียวยาได้ ประกอบกับรัฐยังมิได้แสดงหลักฐานว่าเป็นการอุปถัมภ์ของเชื้อโรคที่กินระยะเวลายาวนาน

ปัญหาการยอมรับให้มีการจำกัดสิทธิตามรัฐธรรมนูญของพลเมืองให้พลเมืองต้องปฏิบัติตาม อย่างไร เพื่อประโยชน์ของระบบสาธารณสุข

ในประเด็นปัญหาดังกล่าว หากอยู่ในภาวะปกติ ข้อกำหนดจำกัดสิทธิดังกล่าว ผู้เขียนมองว่าอาจกระทบสิทธิพลเมือง (เช่นกรณีในหลายประเทศที่ออกข้อกำหนดบังคับการฉีดวัคซีน) ซึ่งรัฐพึงคำนึงถึงสิทธิในชีวิต (Right to Life) ประชาชนย่อมมีสิทธิตัดสินใจในการเข้ารับการฉีดวัคซีนโดยสมัครใจภายใต้หลัก " Free and Informed Consent" ที่ประชาชนย่อมมีสิทธิที่จะรู้หรือทราบข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ตรงตามความเป็นจริงเกี่ยวกับผลข้างเคียงของวัคซีน ข้อกำหนดดังกล่าวจึงจะถือว่าสอดคล้องกับความชอบด้วยกฎหมายรัฐธรรมนูญ (Constitutionality)

ที่กำหนดหรือมาตรการใดๆจะต้องไม่เป็นการสร้างภาระหรือละเมิดสิทธิใดๆที่ไม่สมเหตุสมผลตามหลัก " The Principle of Proportionality " ซึ่งหลักดังกล่าว ศาลมักใช้เพื่อเป็นมาตรฐาน " Norm of Reference " เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของคำสั่งหรือมาตรการใดๆที่ออกโดยรัฐ อย่างไรก็ตาม หากเป็นสถานะที่ไม่ปกติ กล่าวคือ ประเทศกำลังอยู่ในสถานะการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วของเชื้อโรคที่รุนแรงและรวดเร็ว ข้อกำหนดดังกล่าวย่อมมีความจำเป็นที่ต้องบังคับให้ประชาชนปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยด้านสุขภาพของประชาชนโดยรวมตามหลักความจำเป็น (Necessity) และในกรณีมาตรการบังคับการฉีดวัคซีนกรณีฉุกเฉินนั้น รัฐพึงต้องมีมาตรการรองรับเพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชนเช่นการจัดบริการวัคซีนอย่างเพียงพอ โดยเสมอภาคและไม่เลือกปฏิบัติ

อย่างไรก็ตาม มีปรากฏคำวินิจฉัยของศาลประเทศกรีซในคดี Varica and others v the Grech Republic ที่ วินิจฉัยว่า มาตรการบังคับการฉีดวัคซีนสำหรับเด็กที่ต้องรับการฉีดวัคซีน หากฝ่าฝืนต้องโทษปรับและเด็กจะไม่สามารถเข้าชั้นเรียนได้นั้น ถือว่ารัฐเข้าไปแทรกแซงสิทธิส่วนบุคคล (Private Life) ถือ เป็นมาตรการที่มีขอบด้วยกฎหมาย จึงเท่ากับว่าคำวินิจฉัยของศาลเป็นบรรทัดฐานเพื่อปกป้องสิทธิของพลเมืองต่อเนื้อตัวร่างกายของบุคคล (The Human Rights of Bodily Integrity) (Foster, 2009) อันถือเป็นส่วนหนึ่งของหลัก " The Universal Declaration of Human Rights " และหลัก " The European Convention on Human Rights " (Amos Merris, 2014) ผู้เขียนเห็นว่ามาตรการบังคับดังกล่าวน่าจะพิจารณาถึงกลุ่มคนเปราะบาง (Vulnerable people) ประกอบด้วย รัฐผู้ออกมาตรการดังกล่าวพึงต้องชั่งน้ำหนักระหว่างหลักสิทธิมนุษยชน สิทธิในเนื้อตัวร่างกายของบุคคลกับหลักความจำเป็นของระบบสาธารณสุข

ปัญหาในประเด็นความเชื่อทางศาสนาและสภาวะสุขภาพกับมาตรการบังคับการฉีดวัคซีน

ในประเด็นที่ประชาชนบางกลุ่มที่มีความเชื่อทางศาสนาหรือแนวทางปฏิบัติทางศาสนาก็อาจใช้เป็นข้อยกเว้นการเข้ารับการฉีดวัคซีนได้หากว่าเป็นการยึดมั่นในคำสอนทางศาสนาอย่างจริงจังและเป็นคำสอนที่เกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวันของผู้มีความเชื่ออย่างมีนัยสำคัญ และจะต้องมีโครงสร้างทางความเชื่อทางศาสนาอย่างชัดเจนและ รัฐพึงต้องมีมาตรการการป้องกันโรคหรือมาตรการฉีดวัคซีนที่ต้องสอดคล้องกับความเชื่อทางศาสนาด้วย (Religious accommodation) (Otto, R,1970) ส่วนปัญหาด้านสุขภาพนั้น กรณีที่บุคคลใดมีปัญหาสุขภาพอย่างรุนแรง หรือมีอาการแพ้วัคซีนอย่างรุนแรงอันอาจมีอันตรายถึงชีวิต ก็อาจ

เป็นข้อพิจารณาไม่ต้องรับวัคซีนได้(จากการประเมินของแพทย์เจ้าของคนไข้หรือมีหลักฐานยืนยันทางการแพทย์) (Weightman, S,1984) (Smith, W.C.1963)

สรุปและข้อเสนอแนะ

ด้วยเหตุผลของสิทธิขั้นพื้นฐานตามบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญก็ดี หรือด้วยเหตุผลด้านสิทธิมนุษยชนก็โดยรวมถึงเหตุผลด้านความเชื่อทางศาสนาตลอดจนด้วยเหตุผลทางสุขภาพ รัฐจึงควรชั่งน้ำหนักระหว่างเหตุผลทั้งหมดดังกล่าวกับระบบการป้องกันโรคที่แพร่ระบาดโดยคำนึงถึงความรุนแรงของการระบาด ตลอดจนภาวะฉุกเฉินของการอุบัติของโรคติดต่อและความรุนแรงของอาการของโรคและ เทคโนโลยีการผลิตและคุณภาพและปริมาณของวัคซีนประกอบกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่รัฐออกมาตรการเชิงนโยบาย หรือเชิงกฎหมายที่บังคับการรับวัคซีนเพื่อเพิ่มภูมิคุ้มกันให้แก่ประชาชนที่มีข้อจำกัดด้านสุขภาพหรือมีสถานะการเจ็บป่วยที่ยังไม่พร้อมรับการฉีดวัคซีนดัง เช่นกรณีผู้ป่วยโรคเริมระยะสุดท้ายโดยแพทย์ได้ลงความเห็นว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน เป็นต้น

อนึ่ง ในประเด็นปัญหาการบังคับใช้มาตรการบังคับการฉีดวัคซีนนั้น เป็นการขัดต่อรัฐธรรมนูญหรือไม่นั้น ผู้เขียนเห็นว่า หากพิจารณาตามบทบัญญัติมาตรา 47 หมวด 3 ว่าด้วยสิทธิเสรีภาพของปวงชนชาวไทย แห่ง รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ซึ่งวางหลักว่าบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ ผู้เขียนเห็นว่าบทบัญญัติดังกล่าวเป็นสิทธิของบุคคล มิใช่หน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ กล่าวคือบุคคลย่อมมีสิทธิที่จะเลือกใช้บริการสาธารณสุขหรือไม่ก็ได้ หากไม่เข้ารับบริการย่อม ถือว่าบุคคลผู้นั้นสละสิทธิในการรับบริการสาธารณสุขที่จัดโดยรัฐ ยิ่งกว่านั้น หากพิจารณาตามบทบัญญัติมาตรา 50 ในหมวด 4 ว่าด้วยหน้าที่ของปวงชนชาวไทย (เช่นหน้าที่ในการเข้ารับการศึกษา การเกณฑ์ทหาร และการเสียภาษีอากร เป็นต้น) จะเห็นได้ว่ารัฐธรรมนูญของไทยฉบับปัจจุบัน มิได้กล่าวถึงบุคคลต้องมีหน้าที่ป้องกันในด้านอนามัยแต่อย่างใด ดังจะเห็นได้จากสิทธิและหน้าที่ตามรัฐธรรมนูญของไทยได้บัญญัติให้แยกออกจากกันคนละหมวด

ดังนั้น รัฐจึงควรต้องคำนึงถึงบทบัญญัติตามรัฐธรรมนูญประกอบด้วยการออกมาตรการเชิงนโยบายหรือเชิงกฎหมายก็ตามโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสภาวะที่เหตุการณ์ระบาดไม่รุนแรงและกำลังเข้าสู่สภาวะปกติ หรือสภาวะของโรคที่กลายเป็นโรคประจำถิ่น

เอกสารอ้างอิง

- ยุโรปพบติดเชื้อเพิ่มจากโควิดสายพันธุ์ใหม่" จาก [http://travel.net . detail](http://travel.net.detail)
- รัฐธรรมนูญ 2560 หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย จาก <http://.livinginthailand.com>>c...
- Muzika , (2564). " อัปเดตยอดล่าสุด ผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด 19 รอบโลก (covid-19) 16 พฤศจิกายน 64
- Foster , C ., (2009)." Choosing life , choosing death : The Tyranny of Autonomy in Medical Ethics and Law.
- Amos, Merris,(2014)." Human Rights Law" Bloomsbury Publishing.
- Conseil national de l' Odre des medecins, (2012), " Code de deontologie medicale", figurant dans le Code de la Santé Publique sous les numéros r. 4127-112 ,
- May, Christopher, Ides, Allan ;Grossi , Simona, (2007) " Constitutional Law National Power and Federalism : Examples and Explanations .
- Miller, Mark , (2015), " Judicial Politics in the United States " Philadelphia Westview Press
- Smith,W.C., (1963) ." The Meaning and End of Religious, NewYork, The Macmillan Company.
- Tugwell, Paul ; Nikas,Sortiris, (2020)."Humbled Greeks Show the World How to Handle the Virus Outbreak " from : [www Bloomberg.com](http://www.Bloomberg.com). Retrieved 30 April 2020
- United States Department of Labor , OSHA Issues Emergency Temporarily Standard on Covid-19 Vaccination and Testing from [http:// www.osha.gov](http://www.osha.gov).
- Weightman,S, (1984)." Hinduism in J.R. Hinnells (ed) A Handbook of Living Religious, Harmondsworth, Penguin.

Health Literacy and Glycemic Control Behaviors of the Elderly Patients with Type 2 Diabetes

Phasit Sirited¹, Pattama Suphunnakul²

Abstract

Diabetes is a chronic, non-communicable disease, that is a challenging public health problem, and a global focus due to the impact of premature death of the population, increasing the disability of the population, and affecting the economy. Self-management is needed to control patient symptoms, and health literacy is an important factor affecting self-management. The elderly is an important target group that needs to be trained in health literacy, including a service system to facilitate the development of health literacy, which should be provided for the elderly, to be able to have analytical thinking about health literacy effectively. Therefore, medical professionals, or public health officials, should provide knowledge, or organize promotional activities, focusing on health literacy in each component to enhance individual self-management skills.

Keywords: Health Literacy, Glycemic Control Behavior, Elderly, Type 2 Diabetes

1 Department of Public Health, Faculty of Nursing Science and Allied Health, Phetchaburi Rajabhat University

2 Faculty of Public Health, Naresuan University

* Corresponding author: phasit2530@gmail.com

ความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ภาสิต ศิริเทศ¹, ปัทมา สุพรรณกุล²

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทำลายและทั่วโลกให้ความสำคัญ เนื่องจากมีผลกระทบทำให้ประชากรเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเกิดภาวะทุพพลภาพของประชากรเพิ่มขึ้น และส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ ผู้ป่วยจำเป็นต้องจัดการตนเองเพื่อควบคุมอาการของโรคซึ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการจัดการตนเอง โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่ยังต้องได้รับการพัฒนาเพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพรวมทั้งมีการจัดระบบบริการให้เอื้อต่อการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถวิเคราะห์ด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีการให้ความรู้หรือจัดกิจกรรมส่งเสริม และให้ความสำคัญความรู้ด้านสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบเพื่อเพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของแต่ละบุคคลให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด, ผู้สูงอายุ,
โรคเบาหวานชนิดที่ 2

1 สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

2 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

* ผู้รับผิดชอบบทความวิจัย : phasit2530@gmail.com

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทำนายและทั่วโลกให้ความสำคัญ เนื่องจากมีผลกระทบทำให้ประชากรเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เกิดภาวะทุพพลภาพของประชากรเพิ่มขึ้นและส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ เนื่องจากภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจะเพิ่มขึ้นจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา (World Health Organization, 2011) องค์การสหประชาชาติได้ตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals) มีจุดมุ่งหมายที่จะลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลงให้ได้หนึ่งในสามภายในปี 2573 (United Nation, 2015) ในปัจจุบันความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกยังคงเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติรายงานว่าในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก 425 ล้านคน และคาดว่า ในปี พ.ศ. 2588 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็น 629 ล้านคน (สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ, 2561) ที่ผ่านมารัฐบาลต้องรับภาระในเรื่องค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจาก ค่ายา ค่ารักษาในการนอนโรงพยาบาล ซึ่งค่าใช้จ่ายโดยรวมของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประเมินค่าภาระเศรษฐกิจ ทั่วโลกพบในปี พ.ศ. 2553 ประมาณ 500 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะเพิ่มเป็น 745 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ รวมทั้งจะเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 2-3 เท่า หากเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานร่วมด้วย (American Diabetes Association, 2013) องค์การอนามัยโลกระบุว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในปี พ.ศ. 2573 และจะมีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเป็น 3.2 ล้านคน ในแต่ละปีพบในผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ขึ้นไปซึ่งคิดเป็น 6 คน ในทุกๆ 1 นาที (World Health Organization, 2011) ซึ่งรวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนเข้ารับการรักษาด้วยโรคเบาหวานด้วย

สำหรับประเทศไทยสถานการณ์ปัญหาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2559 พบ อัตราป่วยด้วยโรคโรคเบาหวานเป็นอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจหลอดเลือดและโรคมะเร็ง โดยมีผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 18.2 จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 9,700,000 คน (Bureau of Elderly Health, Health Promotion Center, Department of Health, Ministry of Public Health, 2013) ทั้งนี้พบว่า โรคเบาหวานในผู้สูงอายุมีอัตราเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 13.3 ในปี พ.ศ. 2558 มีความชุกในช่วงอายุ 60-69 ปี สูงสุด ร้อยละ 16.7 ในเพศชาย ร้อยละ 13.6 และในเพศหญิงร้อยละ 19.3 ซึ่งอาจจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในหลาย ๆ พื้นที่ของประเทศ

ไทย และพบอัตราตายต่อประชากรแสนคนด้วยโรคเบาหวาน เท่ากับ 17.5, 19.4 และ 22.3 ตามลำดับ (กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2559) เมื่อพิจารณาอัตราป่วยจากฐานข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center) พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน ในปี พ.ศ. 2558 - 2560 พบว่า อัตราป่วยของทุกเขตบริการสุขภาพ รวม 12 เขต มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน เท่ากับร้อยละ 5.30, 5.35 และ 5.40 ตามลำดับ (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข, 2560) จะเห็นได้ว่าอัตราตายและอัตราป่วยของผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งโรคเบาหวานเป็นโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อไม่เรื้อรังสามารถควบคุมได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิตประจำวัน เพื่อลดปัญหาที่เกิดขึ้นกระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ วางแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้เกิดโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate School) โรงพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Hospital) และชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Community) จากข้อมูลดังกล่าวนำมาซึ่งการกำหนดแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานผ่านการร่วมมือของหน่วยงานต่าง ๆ ของภาครัฐ และภาคเอกชน คือ แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554 - 2563 มีการจัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพแห่งชาติ และกำหนดให้มีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอยู่ในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี อยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและแผนพัฒนาสาธารณสุข

แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย ให้ความสำคัญกับปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยมุ่งเน้นการลดปัญหาโรคที่เกิดจากวิถีชีวิตที่สำคัญ 5 โรค ซึ่งโรคเบาหวานเป็น 1 ใน 5 โรคดังกล่าว (Warnecke et al., 2008) ซึ่งแนวทางการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือมีความใกล้เคียงกับค่าปกติมากที่สุด ซึ่งสามารถกระทำได้โดยการรับประทานยาให้สม่ำเสมอ และมีความต่อเนื่องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน จากแนวทางดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยทักษะการจัดการตนเองที่ดีซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถปฏิบัติตนเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคเบาหวานได้ (Kaissi & Parchman, 2009) จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดการกับอาการในแต่ละขั้นตอนของโรคซึ่งจะส่งผลให้ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาเนื่องจากสามารถป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งกระบวนการที่ผ่านมาการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง การให้ความรู้ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้

ความสามารถของตนเอง การให้แรงสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพด้วย อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเรื่องความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในยุทธศาสตร์ 20 ปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ได้กำหนดอยู่ในวาระปฏิรูปเร่งด่วนของกระทรวง ขณะเดียวกันกรมอนามัยได้วางแผนการขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพ พ.ศ. 2560 – 2569 โดยมีเป้าหมายให้สังคมไทยเป็นสังคมแห่งความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Societies) โดยใช้ 4 กลไกในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน คือ กลไกสื่อสาร (Communication) พัฒนาศักยภาพบุคลากร (Capacity Building) การก่อให้เกิดความผูกพัน (Engagement) และการเสริมพลัง (Empowerment) ควบคู่ไปกับการกำกับติดตามอย่างเข้มข้น (Intensive M&E) อีกด้วย

ความรู้ด้านสุขภาพนั้นจะมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ อาทิเช่น สถานะของสุขภาพโดยรวม การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหรือการได้รับบริการด้านสุขภาพ เช่น การให้วัคซีนป้องกันโรคต่างๆ การตรวจคัดกรองโรค การเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข และค่าบริการต่าง ๆ ด้านสุขภาพ ซึ่งรวมไปถึงการป้องกันการป่วยด้วยโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงหรือการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยหวาน (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และคณะ, 2556) หากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ย่อมจะส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพในภาพรวม กล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ต้องพึ่งพาบริการทางการแพทย์และยารักษาโรคที่มีราคาแพงทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น จนทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำงานส่งเสริมสุขภาพและไม่อาจสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการอย่างสมบูรณ์ได้ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2556) สิ่งที่สำคัญที่สุด คือ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ความรู้ด้านสุขภาพไปสู่การปรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้อย่างเหมาะสม เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถบอกต่อความรู้ด้านสุขภาพให้กับบุคคลอื่นได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของบทความนี้เขียนขึ้นเพื่อนำเสนอความหมายและแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ การเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพและการประยุกต์ใช้ และจุดเด่น/ข้อจำกัดของการนำความรู้ด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรทางด้านสาธารณสุขสร้างและพัฒนาองค์ความรู้และเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ รวมไปถึงการพัฒนาระบบและสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ ให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหอบหรือโรคอื่นๆ

รวมถึงประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

ความหมาย แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2009) ได้กำหนดคำนิยามของความรู้ด้านสุขภาพว่าเป็นกระบวนการทางปัญญารวมไปถึงทักษะทางสังคมที่ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถในการเข้าถึงและเข้าใจ รวมไปถึงการใช้สารสนเทศที่ได้รับมานำไปใช้ในการดูแลรักษาสุขภาพของตน ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นในการควบคุมภาวะสุขภาพ (Al Sayah et al., 2013) จำแนกออกเป็น 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล (Access) 2) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill) 4) การจัดการตนเอง (Self-management) 5) การรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) และ 6) ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill) (Nutbeam, 2008) ความรู้ด้านสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย 1) ความรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน (Functional health literacy/basic skills and understanding) เป็นทักษะพื้นฐานในการอ่านและเขียน รับรู้ เข้าใจ และเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ 2) ความรู้ด้านสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์/การติดต่อสื่อสาร (interactive/communication health literacy เป็นทักษะในการพูด การฟัง การใช้ความรู้ในการสื่อสาร เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพ และ 3) ความรู้ด้านสุขภาพด้านวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) เป็นทักษะความสามารถในการประเมินข้อมูลสุขภาพที่ได้รับมา รู้เท่าทันสื่อ ตัดสินใจ และสามารถเลือกปฏิบัติเพื่อส่งเสริม รักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้สูงอายุเป็นโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อนสูง (High level complexity) ต้องการความรู้และการจัดการตนเองอย่างมาก ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงจำเป็นต้องมีทักษะความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการจัดการตนเองในการควบคุมความรุนแรงของโรค (Al Sayah et al., 2013) จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรค กล่าวคือ หากพบบุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำมักจะพบว่าบุคคลนั้นจะมีการปฏิบัติตัวและการจัดการตนเองด้านสุขภาพไม่ถูกต้อง

จากความหมายข้างต้นการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพของบุคคลให้ไปสู่ระดับปฏิสัมพันธ์และระดับวิจารณ์ญาณ จึงเป็นการพัฒนาให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น อันเป็นสิ่งจำเป็นต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานได้

การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควบคุมระดับน้ำตาลในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ และผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมจะสามารถดูแลสุขภาพตนเอง ดูแลครอบครัว และชุมชน ได้ (นิทรา กิจธีระวุฒินันท์, 2558) กระทรวงสาธารณสุขได้ยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนเป็นวาระแห่งชาติ โดยกำหนดให้มีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนบรรจุไว้ในยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สภาพัฒนาการปฏิรูปประเทศ, 2559) โดยใช้แนวคิดเรื่องการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นมาตรการและแนวทางพัฒนาในยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพคนไทยเชิงรุก เพื่อก้าวเข้าสู่โมเดลประเทศไทย 4.0 ผวนกับปัญหาส่วนใหญ่ในผู้ป่วยเบาหวานที่พบ คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีงานวิจัยระบุว่า ความรู้ความเข้าใจโรคเบาหวาน การปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรค การรับประทานอาหารและยาตามแพทย์สั่ง (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559; McCarthy et al., 2012) การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด (Jordan, Burchbinder, & Osborne, 2010) เป็นสิ่งที่เกิดจากการที่บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและสมรรถนะที่จะเข้าถึง เข้าใจ การใช้ข้อมูลข่าวสาร และบริการสุขภาพ ในการส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีเพื่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน (Nutbeam, 2008)

จากผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมักจะมีความรู้ด้านสุขภาพน้อย (Quinlan et al., 2013) มีความล่าช้าในการแสวงหาการดูแลตนเองที่เหมาะสมซึ่งมีความเสี่ยงต่อการมีสุขภาพไม่ดี และไม่สามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคได้เหมาะสมรวมถึงเมื่อเจ็บป่วยก็ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา เนื่องจากมีความลำบากในการทำความเข้าใจ จัดจำข้อมูลทางสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ ส่งผลให้สุขภาพทรุดโทรมและเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ได้ง่าย (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2560; McCarthy et al., 2012; Jordan, Burchbinder, & Osborne, 2010) ตรงกันข้ามเมื่อบุคคลมีความรอบรู้ทางสุขภาพเพียงพอมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีกว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอ (Baker et al., 2002; Institute of Medicine Committee, 2004; Schillinger et al., 2002) ในขณะเดียวกันประเด็นของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง

เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดกับความรอบรู้ทางสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพที่เพียงพอ จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพไม่เพียงพออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพไม่เพียงพอมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตเป็น 2.33 เท่า และมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2.71 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพที่เพียงพอ (Schillinger et al., 2002) ซึ่งสนับสนุนด้วยการศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และคลายความเครียด การจัดการตนเองหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนน สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่าก่อนการทดลอง (อัมฤทัย มั่นในบุญธรรม, 2562) และสนับสนุนด้วยการศึกษาการประยุกต์ใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (ภคภณ แสนตะชะ และคณะ, 2563) หลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้รับโปรแกรม ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวผ่านการนำแนวคิดของความรู้ด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้หรือพัฒนาผ่านกระบวนการที่หลากหลาย

แนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วยกระบวนการสำคัญๆ ดังต่อไปนี้

- 1) การสร้างระบบที่ช่วยเพิ่มอัตราการอ่านหนังสือของประชาชน
- 2) การสร้างองค์ความรู้และเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ
- 3) พัฒนากลไกและกระบวนการตรวจสอบข้อมูลข่าวสารและบริการด้านสุขภาพ
- 4) การออกแบบและตรวจสอบคุณภาพสื่อ
- 5) เพิ่มการใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพให้เกิดพลัง
- 6) การพัฒนาระบบหน่วยงาน/องค์กร และชุมชน สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ และ
- 7) การใช้กลวิธีสุขศึกษา (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2560) โดยมีแนวทางการประยุกต์ความรู้ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 1) การสื่อสารทางวาจา ควรใช้การสื่อสารแบบสองทางโดยใช้คำพูดที่เรียบง่าย โดยมุ่งเน้นประเด็นที่สำคัญและเป็นข้อมูลที่ปฏิบัติจริงรวมทั้งมีการตรวจสอบความเข้าใจของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานด้วย (Hersh, Salzman, & Synderman, 2015; อภิญญา อินทรรัตน์, 2557)
- 2) การสื่อสารด้วยการเขียน อาจจะใช้ประโยคสั้นๆ รูปประโยคอย่างง่าย โดยแบ่งข้อมูลออกเป็น ส่วนๆ และกำหนดหัวข้อให้ชัดเจนด้วย (Hersh, Salzman, & Synderman, 2015)
- 3) การใช้สื่อช่วยสอน อาจจะเป็นการใช้รูปภาพ โมเดล วิดีทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ควรหลีกเลี่ยงรายละเอียดที่ไม่จำเป็น ไม่ใช้สื่อสิ่งพิมพ์แทนการให้คำแนะนำโดยบุคคล แต่ควรใช้ข้อมูล

จากสื่อช่วยสอนเพื่อเป็นสื่อในการอธิบายด้วยวาจา ทบทวน และเน้นประเด็นสำคัญ (อภิญา อินทรรัตน์, 2557) 4) การเสริมสร้างพลังอำนาจและการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน โดยการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคคล ควรให้ทบทวนการรับรู้และการปฏิบัติตัว (Hersh, Salzman, & Synderman, 2015) และ 5) การพัฒนาระบบสนับสนุนและการดูแลสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งการปรับกลวิธีการสอนสุขศึกษาที่มุ่งเน้นการให้สถานการณ์และแนะแนวในการตัดสินใจ เช่น การสอนการดูแลตนเองในผู้รับบริการเบาหวาน มิใช่เพียงการรู้ว่อาหารที่ควรรับประทานในผู้รับบริการเบาหวานเป็นอย่างไร แต่ควรเป็นการตัดสินใจเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานของตนมากกว่า เป็นต้น (อภิญา อินทรรัตน์, 2557; สุรีย์ ธรรมมิกบวร, 2551) ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคแทรกซ้อนหรือกลุ่มโรคอื่น ๆ และในทุกช่วงวัยที่ต้องการพัฒนา ไม่จำเป็นต้องใช้เฉพาะผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เท่านั้น

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวแปรที่สำคัญที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลอันส่งผลให้ผู้ป่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องจัดการตนเองเพื่อควบคุมอาการของโรค และความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการจัดการตนเอง จึงกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่ยังต้องได้รับการพัฒนาเพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพรวมทั้งมีการจัดระบบบริการให้เอื้อต่อการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถคิดวิเคราะห์ด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในระดับปัจเจก

จุดเด่นและข้อจำกัดการนำความรู้ด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

จากข้อมูลที่กล่าวในข้างต้นนั้นผู้เขียนเชื่อว่า การส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานทั้งที่ไม่มีโรคแทรกซ้อนและมีโรคแทรกซ้อนหรือโรคร่วมอื่น ๆ รวมถึงผู้สูงอายุที่ไม่ป่วยสามารถเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย สิ่งแวดล้อม และความทันสมัยของเทคโนโลยีในยุคปัจจุบันโลก มีความพร้อมในการรับมือและสามารถปรับตัวเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมนั้นมีคุณลักษณะพื้นฐานที่จำเป็นอยู่ 6 ประการ ดังนี้ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการ

สื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) การรู้เท่าทันสื่อ และ 6) การจัดการตนเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลมีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ รวมทั้งยังจะช่วยแนะนำสิ่งที่ถูกต้องให้กับบุคคลใกล้ชิด ครอบครัวชุมชน และสังคมได้ด้วย แต่อย่างไรก็ตามผู้เขียนเห็นว่าการนำความรู้ด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นทั้งจุดเด่นและข้อจำกัดในแง่มุมต่างๆ จึงขอสรุปเป็นข้อมูลดังตารางต่อไปนี้

จุดเด่น	ข้อจำกัด
1) เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมแก่ดำรงชีวิตในศตวรรษที่ 21 ว่าด้วยเรื่องการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารแล้วเกิดประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม 2) สามารถประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพได้ในทุกกลุ่มวัย 3) หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง และสามารถดูแลตนเองได้ จะช่วยลดภาระงานของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขเนื่องจากมีสุขภาพดีไม่เจ็บป่วย และลดการแออัดของผู้รับบริการในสถานบริการสาธารณสุข รวมไปถึงช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายที่จะต้องสูญเสียไปกับการดูแลรักษาสุขภาพของประเทศ	1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาหรือช่องทางสื่อสารมีความทันสมัย เช่น โลกโซเชียล ยูทูบ รวมไปถึงสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ ในเครือข่ายอินเทอร์เน็ต จำเป็นจะต้องมีพื้นฐานในการดูแล 2) บุคคลที่มีความบกพร่องด้านการอ่าน การฟัง การเขียน รวมไปถึงความจำ อาจจะส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไม่เต็มที่ 3) ในแต่ละบุคคลมีความต้องการที่หลากหลาย และมีความซับซ้อน อาทิเช่น ด้านการศึกษา เจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมถึงผู้พิการติดเตียงอาจจะไม่ได้รับการพัฒนาโดยตรง จำเป็นจะต้องพัฒนาให้ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดหรือผู้ดูแล

จากข้อมูลดังกล่าวหากผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รวมไปถึงบุคคลในกลุ่มอื่น ๆ ที่ได้รับการพัฒนาให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างเพียงพอ โดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมก็จะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงตามช่วงวัย สามารถประกอบกิจกรรมและดำรงชีวิตได้อย่างเข้มแข็ง ไม่มีพฤติกรรมที่ผิดพลาดอันจะส่งผลต่อสุขภาพของตนเองจนเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือโรคภัยไข้เจ็บอื่นๆ ที่รุนแรงอันจะนำไปสู่ความสูญเสียทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นภาระแก่คนใกล้ชิดหรือครอบครัวที่จะต้องให้การดูแลและให้ความช่วยเหลือในอนาคต เนื่องจากการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าเมื่อบุคคลมีความรอบรู้ทางสุขภาพเพียงพอมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีกว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ไม่

เพียงพอ (Baker et al., 2002; Institute of Medicine Committee, 2004; Schillinger et al., 2002) แต่ในบางกรณีอาจจะไม่สามารถพัฒนากับบุคคลนั้นๆ โดยตรงอาจจะต้องส่งเสริมให้ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดหรือผู้ดูแลให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างเพียงพอเช่นเดียวกันเพื่อจะได้นำไปปฏิบัติอย่างถูกต้องและเหมาะสม

บทสรุป

การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพถือเป็นวาระแห่งชาติ และเป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ทำให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการให้ เข้าถึง เข้าใจ และใช้สารสนเทศที่ได้รับมาในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองเป็นทักษะที่จำเป็นในการควบคุมภาวะสุขภาพ ซึ่งสามารถทำได้โดย 1) การสร้างระบบที่ช่วยเพิ่มอัตราการอ่านหนังสือของประชาชน 2) การสร้างองค์ความรู้และเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ 3) พัฒนากลไกและกระบวนการตรวจสอบข้อมูลข่าวสารและบริการด้านสุขภาพ 4) การออกแบบและตรวจสอบคุณภาพสื่อ 5) เพิ่มการใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพให้เกิดพลัง 6) การพัฒนาระบบหน่วยงาน/องค์กร และชุมชน สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ และ 7) การใช้กลวิธีสุขศึกษา แต่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 บางส่วนอาจจะจบการศึกษาระดับประถมศึกษาจนพบกับสภาพร่างกายมีความเสื่อมถอยอาจจะเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึง เข้าใจ ได้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน ตัดสินใจ เปลี่ยนพฤติกรรมและการบอกต่อ ส่งผลให้มีข้อจำกัดในการแสวงหาความรู้ได้ด้วยตนเองจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย รวมถึงข้อจำกัดเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพซึ่งใช้ในการตัดสินใจเลือกข้อมูลในการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสมส่งผลต่อการนำความรู้มาใช้ในการจัดการสุขภาพของตนเองให้เหมาะสมกับภาวะเบาหวาน ดังนั้นหน่วยบริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวมไปถึงบุคลากรทาง การแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีการพัฒนาเครื่องมือหรือช่องทางสื่อสารรวมไปถึงการจัด กิจกรรมส่งเสริม และมุ่งให้ความสำคัญความรู้ด้านสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบเพื่อเพิ่มทักษะในการดูแลตนเองรวมทั้งยังจะช่วยแนะนำสิ่งที่ถูกต้องให้กับบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว ชุมชน และสังคมได้ด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

หน่วยบริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวมถึงบุคลากรสุขภาพที่ดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพควรกำหนดนโยบายหรือแนวทางการดำเนินงานที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยกระบวนการต่างๆ เช่น การสร้างองค์ความรู้และเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การพัฒนาระบบ หน่วยงาน/องค์กร และชุมชน สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมไปถึงการใช้กลวิธีสุขศึกษาที่ถูกต้องและเหมาะสม และให้ความสำคัญกับองค์ประกอบด้านการจัดการตนเองด้านสุขภาพเนื่องจากเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมากที่สุด สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลหรือบริการสุขภาพควรใช้กลวิธีเชิงรุกรายบุคคลโดยเน้นกลุ่มที่มีผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้หรือกลุ่มอื่นๆ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต และลดการแออัดของผู้รับบริการในสถานบริการสาธารณสุข รวมไปถึงช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายที่จะต้องสูญเสียไปกับการดูแลรักษาสุขภาพของประเทศต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2559). *การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยทำงาน*. กรุงเทพมหานคร: นิเวศรรดาการพิมพ์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559) . *แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)*. สืบค้นจาก <http://doh.hpc.go.th/data/HL/healthStrategy20year.pdf>
- กองสุศึกษา.(2560). *กระบวนการบริการสุศึกษาเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพ*. ภาครัฐบูรณาการมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ. นนทบุรี: โรงพิมพ์กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข.
- กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2559). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2559*. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.
- ขวัญเมือง แก้วดาเกิง และ นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. (2556). *ความฉลาดทางสุขภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย (จำกัด).
- ขวัญเมือง แก้วดาเกิง. (2560). เจาะลึก Health Literacy. ใน มณีนรัตน์ ธีระวิวัฒน์ (บ.ก.), *การประชุมวิชาการสุศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 18 เรื่อง การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพยุค 4.0*. ภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12* (พ.ศ.2560-2564). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- นิทรา กิจธีระวุฒิจัย. (2558). การนำความฉลาดทางสุขภาพไปปฏิบัติงานสาธารณสุข. *วารสารวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 8(2), 68-75.
- ภคภณ แสเนตตะ และประจวบ แหลมหลัก. (2563). ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลแม่เปิน อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. *วารสารสุขภาพศึกษา*, 43(2), 150-164.
- สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ. (2559). *การปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ*. สืบค้นจาก https://library2.parliament.go.th/giventake/content_Nrsa2558/d111459-03.pdf
- สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ. (2561). *ประเด็นสารธรรมรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2561*. สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/>.
- สุรีย์ ธรรมมิกบวร. (2551). การรอบรู้สุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ: การวิเคราะห์แนวคิด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 31(2), 53-58.
- อภิญา อินทรรัตน์. (2557). ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 174-178.
- อ้อมฤทัย มั่นในบุญธรรม. (2562). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 1(2), 121-132.
- American Diabetes Association. (2013). Economic costs of diabetes in the US in 2012. *Diabetes Care*, 36(4), 1033-1046. doi: 10.2337/dc12-2625
- Al Sayah, F., Majumdar, S. R., Williams, B., Robertson, S., & Johnson, J. A. (2013). Health literacy and health outcomes in diabetes: a systematic review. *Journal of General Internal Medicine*, 28(3), 444-452. DOI: 10.1007/s11606-012-2241-z.
- Baker, D.W., Gazmararian, J.A., Williams, M.V., Scott, T., Parker, R. M., Green, D., Ren, J. Peel, J. (2002). Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *American Journal of Public Health*, 92(8), 1278-1283. doi: 10.2105/ajph.92.8.1278

- Hersh L, Salzman B, Synderman D. (2015). Health literacy in primary care practice. *Am FamPhysician*, 92(2), 118-124. Retrieved from <https://www.aafp.org/afp/2015/0715/p118.html>
- Lynn N. Bohlman, Allison M. Panzer & David A. Kindig. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion* April 8, 2004 Report. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25009856/>
- Jordan J, Burchbinder R, Osborne R. (2010). Conceptualising health literacy from the patient perspective. *Patient and Education Counseling*, 79(1), 36-42.
- Kaissi, A. A., & Parchman, M. (2009). Organizational factors associated with self-management behaviors in diabetes primary care clinics. *The Diabetes Educator*, 35(5), 843-850.
- Koenigsberg, M. R., Bartlett, D., & Cramer, J. S. (2004). Facilitating treatment adherence with lifestyle changes in diabetes. *American Family Physician*, 69(2), 313-319.
- McCarthy, D., Waite, K., Curtis, L., Engel, K., Baker, D., & Wolf, D. (2012). What did the doctor say? Health literacy and recall of medical instructions. *Medicare*, 50(4), 277-282. DOI: 10.1097/MLR.0b013e318241e8e1
- Nutbeam D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078. DOI: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050
- Quinlan P, Price KO, Magid SK, Lyman S, Mandl LA, Stone PW. (2013). The relationship among health literacy, health knowledge, and adherence to treatment in patients with rheumatoid arthritis. *HSS J*, 9(1), 42-49. DOI: 10.1007/s11420-012-9308-6
- Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., Palacios, J., Sullivan, G.D. and Bindman, A.B. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *Journal of the American Medical Association*, 4(288), 475-482. DOI: 10.1001/jama.288.4.475
- United Nations. (2015). *Sustainable Development Goals*. Retrieved from <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>
- Warnecke, R. B., Oh, A., Breen, N., Gehlert, S., Paskett, E., Tucker, ...K. L. (2008). Approaching health disparities from a population perspective: The national institutes of health centers for population health and health disparities. *American Journal of Public Health*, 98(9), 1608-1615. doi: 10.2105/AJPH.2006.102525

- World Health Organization. (2009). *Health Literacy and Health Promotion: Definitions Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region*. Individual Empowerment Conference Working Document. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting. Retrieved from https://www.dors.it/documentazione/testo/201409/02_2009_OMS%20Nairobi_Health%20Literacy.pdf
- World Health Organization. (2011). *10 facts about chronic diseases*. Retrieved from <http://www.who.int/features/factfiles/chp/en/>.

Japan's Long-Term Care Insurance System for the Elderly and Thailand's Direction

Thanadchapon Kungsung*

Abstract

Currently, the number of elderly people around the world is increasing. In Asia, Japan and Thailand have also seen an increase in the number of elderly people. However, when economic and social conditions change and the number of elderly people increases, resulting in problems of caring for the elderly. As a result of such problems, Japan has adopted a long-term care insurance system for the elderly. In Thailand, the number of elderly people is increasing. This article describes Japan's long-term care insurance system for the elderly and analyze Thailand's direction regarding the system. Apparently, Japan's long-term care insurance system for the elderly has clearly defined rules in various issues, such as executives dealing with long-term insurance for the elderly or insurers, those who are entitled to purchase long-term protection insurance for the elderly, rates and methods for collecting long-term insurance for the elderly, beneficiary, and long-term protection insurance amount for senior citizens, steps of enrolling into long-term insurance coverage for the elderly, calculation of service charges and payment for elderly care services, elderly care provider, provision of insurance systems, and long-term care coverage for the elderly. In Thailand, the Long-Term Care (LTC) system has been introduced, and there is a program called "Long Term Care System in Public Health for Dependent Elders." However, Thailand still has issues to consider, such as insufficient budgets from the government to care for the elderly. In addition, Thailand does not have a law that directly applies to the long-term health insurance system for the elderly. Therefore, Thailand's direction should be enacted a law, adopting various forms and criteria of Japan's as a guideline for more efficient management of the elderly care system.

Keywords: Elderly, Long-Term Care Insurance System, Japan, Thailand

* Asst. Prof., School of Law, Sukhothai Thammathirat Open University,
Corresponding author Email: kanomjib_27@hotmail.com

ระบบประกันการคุ้มครองการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของ

ประเทศญี่ปุ่นกับทิศทางของประเทศไทย

ธนัชพร กังสั้งขี*

บทคัดย่อ

ปัจจุบันจำนวนของผู้สูงอายุทั่วโลกมีอัตราเพิ่มขึ้น ในแถบเอเชียประเทศญี่ปุ่นและประเทศไทยก็พบว่าจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเช่นกัน ทั้งนี้ เมื่อสภาพเศรษฐกิจและสังคมมีความเปลี่ยนแปลงไปและจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น จึงส่งผลทำให้เกิดปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุตามมา จากปัญหาดังกล่าว ประเทศญี่ปุ่นจึงมีการนำระบบประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเข้ามาใช้ ในส่วนของประเทศไทย ในขณะที่จำนวนผู้สูงอายุของประเทศไทยก็มีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นกัน ดังนั้นประเทศไทยจึงควรเตรียมความพร้อมในเรื่องดังกล่าวสำหรับบทความนี้จะอธิบายให้เห็นถึงระบบประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่น และจะวิเคราะห์ให้เห็นถึงทิศทางของประเทศไทยเกี่ยวกับระบบประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าระบบประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่นมีการกำหนดหลักเกณฑ์ทางด้านต่างๆ ไว้อย่างชัดเจน เช่น ผู้บริหารงานเกี่ยวกับประกันคุ้มครองระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้รับประกันภัย ผู้มีสิทธิซื้อประกันคุ้มครองระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ อัตราและวิธีการเก็บค่าประกันคุ้มครองระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ผู้รับสิทธิประโยชน์ จำนวนเงินประกันการคุ้มครองระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ขั้นตอนการเข้าสู่ระบบประกันคุ้มครองระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ การคำนวณค่าบริการและการจ่ายเงินชำระค่าใช้บริการการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการการดูแลผู้สูงอายุ และการให้บริการของระบบประกันและการคุ้มครองการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ อนึ่ง ในส่วนของประเทศไทยได้มีการนำระบบการดูแลระยะยาวเข้ามาใช้ และมีโครงการ “ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” ขึ้นมา อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังมีประเด็นที่ควรพิจารณาทั้งในส่วนของงบประมาณที่นำมาใช้สนับสนุนซึ่งมาจากทางภาครัฐเพียงอย่างเดียวซึ่งอาจไม่เพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุ และประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายที่กำหนดขึ้นมาเพื่อใช้กับระบบประกันการคุ้มครองการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุโดยตรง ดังนั้น ทิศทางของประเทศไทยควรมีการยกร่างกฎหมายดังกล่าวขึ้นมาโดยเฉพาะ โดยนำรูปแบบและหลักเกณฑ์ต่างๆ ของประเทศญี่ปุ่นมาใช้เป็นแนวทาง เพื่อให้การบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ระบบประกันการคุ้มครองการดูแลระยะยาว, ประเทศญี่ปุ่น, ประเทศไทย

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ผู้เขียนประสานงาน Email: kanomjib_27@hotmail.com

บทนำ

ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละประเทศมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะเห็นได้จากการสำรวจในแถบยุโรป เช่น ในปี 2020 ประเทศฝรั่งเศส พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นประมาณ 13% หรือประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นประมาณ 19% ในแถบเอเชีย เช่น ในปี 2020 ประเทศญี่ปุ่น พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปี เพิ่มขึ้นเพิ่มขึ้น 26.6% และประเทศไทย พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปี เพิ่มขึ้นเพิ่มขึ้น 10.6% (Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan, 2019) ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นโดยเปรียบเทียบระหว่างประเทศไทยกับประเทศญี่ปุ่นในปี 2020 พบว่าประเทศญี่ปุ่นมีอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุค่อนข้างสูงกว่าประเทศไทยมาก อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลพบว่าแนวโน้มในปี 2030 ประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปี เพิ่มขึ้นเพิ่มขึ้น 19.6% ประเทศญี่ปุ่นมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปี เพิ่มขึ้นเพิ่มขึ้น 32.1% (Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan, 2019) ซึ่งจะเห็นได้ว่าในอนาคตแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุของประเทศไทยกับประเทศญี่ปุ่นมีความแตกต่างกันน้อยลง กล่าวคือ สำหรับประเทศไทยในอนาคตจำนวนผู้สูงอายุจะมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นกว่าปัจจุบันอย่างมาก

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าบุคคลที่เป็นผู้สูงอายุจะมีสมรรถภาพทางด้านร่างกายและการเคลื่อนไหวลดลง ประสิทธิภาพในการดูแลตนเองได้ก็จะลดลงตามมา ซึ่งส่งผลทำให้ต้องอยู่ภายใต้ความดูแลของครอบครัวเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม เมื่อสภาพเศรษฐกิจและสังคมมีความเปลี่ยนแปลงไป เช่น รูปแบบของครอบครัวมีการเปลี่ยนจากครอบครัวใหญ่ที่มีคนอยู่รวมกันเยอะมาเป็นลักษณะของครอบครัวเดี่ยวซึ่งมีคนอยู่ในครอบครัวน้อย ส่งผลทำให้ครอบครัวเดี่ยวจะไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้เท่าครอบครัวใหญ่ที่มีคนอยู่รวมกันเยอะช่วยกันดูแลผู้สูงอายุได้ หรือถ้าเป็นกรณีที่ต้องมีการจ้างผู้อื่นเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุ แต่เกิดสภาพเศรษฐกิจมีการเปลี่ยนแปลงอาจส่งผลทำให้คนที่รับจ้างดูแลผู้สูงอายุหายากขึ้นและต้องเสียค่าใช้จ่ายในการจ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุในราคาที่สูงขึ้นกว่าเดิม ยิ่งกว่านั้น ในบางกรณีที่ผู้สูงอายุที่เป็นคนไข้ติดเตียงอาจต้องมียุติการซับซ้อนในการดูแล ซึ่งบุคคลในครอบครัวอาจไม่สามารถดำเนินการเองได้ เป็นต้น อนึ่ง ปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นถือว่าเป็นสิ่งที่หลายประเทศมีความกังวลโดยเฉพาะประเทศญี่ปุ่นที่มีอัตราจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นค่อนข้างสูงโดยเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ ดังนั้น ประเทศญี่ปุ่นจึงมีการนำระบบประกันการดูแลระยะยาว (Long-Term Care Insurance System) สำหรับผู้สูงอายุเข้ามาใช้ ในส่วนของประเทศไทยถ้าพิจารณาจากอัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุของประเทศไทย

ดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้น ประเทศไทยจึงควรเตรียมความพร้อมกับการรับมือกับอัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุของประเทศไทยในอนาคตเช่นกัน โดยอาจจะใช้รูปแบบระบบประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของประเศญี่ปุ่นมาเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมสำหรับประเทศไทยต่อไป

ดังนั้น ในบทความนี้จะอธิบายถึงระบบประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของประเศญี่ปุ่น และจะวิเคราะห์ถึงทิศทางของประเทศไทยเกี่ยวกับระบบประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ในบทความนี้จะแบ่งออก 3 ส่วน ส่วนแรกจะกล่าวถึงระบบประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของประเศญี่ปุ่น ส่วนที่สองจะอธิบายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทย พร้อมกับวิเคราะห์ให้เห็นถึงทิศทางของประเทศไทยเกี่ยวกับระบบประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ และส่วนสุดท้ายจะเป็นบทสรุปและข้อเสนอแนะ

ระบบประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของประเศญี่ปุ่น

ในปี 2995 ประเศญี่ปุ่นถือว่าเป็นประเทศที่มีจำนวนของผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก (Pedro et al., 2012)และประเศญี่ปุ่นยังเป็นประเทศแรกในเอเชียที่มีการนำระบบประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเข้ามาใช้ภายในประเทศ (ทีดีอาร์ไอ, 2561, หน้า 4) เนื่องจากประเศญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีอัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุค่อนข้างสูง จากข้อมูลพบว่าในปี 2010 ประเศญี่ปุ่น มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 23.5% ในปี 2019 มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 26.6% และพบว่าแนวโน้มในปี 2030 ประเศญี่ปุ่นมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 32.1% (Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan, 2019) ซึ่งจะเห็นได้ว่าประเศญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีแนวโน้มของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นในทุกๆ ปี นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงจำนวนประชากรของประเศญี่ปุ่น พบว่าประชากรในวัยทำงานของประเศญี่ปุ่นมีจำนวนลดลง ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปี ขึ้นไป กลับมีแนวโน้มจำนวนเพิ่มขึ้น ซึ่งในปี 2060 พบว่า 25% ของจำนวนประชากรจะเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปี ขึ้นไป (Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan, 2019) ทั้งนี้ จากการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุในญี่ปุ่นจึงเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ประเศญี่ปุ่นต้องนำระบบประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเข้ามาใช้ภายในประเทศ

นอกจากนี้ เนื่องจากสภาพเศรษฐกิจและสังคมมีความเปลี่ยนแปลงไป เช่น ลักษณะรูปแบบของครอบครัวเปลี่ยนจากครอบครัวใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ส่งผลทำให้ไม่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว หรือถ้าเป็นกรณีที่มีการจ้างผู้อื่นเพื่มาดูแลผู้สูงอายุ แต่สภาพเศรษฐกิจ

อย่าแย่งอาจส่งผลทำให้ค่าใช้จ่ายในการจ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุสูงขึ้นกว่าเดิม (วิชัย โชควิวัฒน์, 2562, หน้า 15) ยิ่งกว่านั้น กลุ่มผู้สูงอายุบางส่วนอาจมีสภาพที่เป็นคนไข้ติดเตียง บุคคลในครอบครัวไม่สามารถดูแลเองได้ จึงจำเป็นต้องจ้างผู้ดูแลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ เป็นต้น เหล่านี้จึงเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ต้องมีการนำระบบประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเข้ามาใช้ภายในประเทศญี่ปุ่น

นอกจากปัญหาการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่นที่มีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุเมื่อสภาพเศรษฐกิจและสังคมมีความเปลี่ยนแปลงไปดังกล่าวแล้วข้างต้น ปัญหาเกี่ยวกับสวัสดิการสังคมก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ประเทศญี่ปุ่นต้องมีการนำระบบประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเข้ามาใช้ภายในประเทศ กล่าวคือ ก่อนสงครามโลกครั้งที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับการช่วยเหลือคนสูงอายุของประเทศญี่ปุ่นเน้นที่ “ระบบการสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุ” แต่ในอนาคตถ้ามีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอาจทำให้ระบบการสงเคราะห์ไม่เพียงพอ ดังนั้น หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ที่ประเทศญี่ปุ่นมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจแล้ว จึงมีการพัฒนาจากระบบการสงเคราะห์มาเป็น “ระบบสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ” โดยมีการตราพระราชบัญญัติสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ พ.ศ. 2507 ขึ้นมา (Social Welfare for the Elderly Act 1963) ทั้งนี้ ภายใต้พระราชบัญญัติฉบับดังกล่าว มีการจัดตั้งเนิร์สซิงโฮม 2 ประเภท คือ 1) เนิร์สซิงโฮมสำหรับผู้สูงอายุทั่วไป และ 2) เนิร์สซิงโฮมพิเศษสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งบุคคลที่จะได้รับการบริการจะต้องเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ กล่าวคือ 1) กรณีบุคคลที่จะเข้ารับบริการเนิร์สซิงโฮมสำหรับผู้สูงอายุทั่วไปจะต้องมีความเจ็บป่วยทางกาย ความเจ็บป่วยทางจิตใจ มีปัญหาด้านสภาพแวดล้อม และมีปัญหาด้านการเงิน และ 2) กรณีเนิร์สซิงโฮมพิเศษสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องจะต้องมีความเจ็บป่วยทางกาย ความเจ็บป่วยทางจิตใจ และมีปัญหาด้านสภาพแวดล้อม (วิชัย โชควิวัฒน์, 2562, หน้า 19) อนึ่ง ภายใต้พระราชบัญญัติฉบับดังกล่าวผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุคือรัฐบาลท้องถิ่น โดยนำเงินมาจากภาษีที่เก็บได้ และรัฐบาลกลางจะสมทบให้อีก 50 %

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าวแต่สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุก่อนปี 2543 ยังมีปัญหาหลายประการ กล่าวคือ ในส่วนของสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ (Welfare system for the elderly) ปัญหาที่เกิดขึ้นคือ ผู้สูงอายุไม่สามารถเลือกได้ว่าจะใช้บริการประเภทใด แต่การให้บริการแต่ละประเภทจะมีนายกเทศบาล (Municipal government) เป็นผู้พิจารณาจัดหาให้ผู้สูงอายุตามความเหมาะสม นอกจากนั้นยังพบปัญหาทางด้านการจ่ายค่าสวัสดิการ

กล่าวคือ อัตราการจ่ายค่าสวัสดิการจะขึ้นอยู่กับรายได้ ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะต้องจ่ายค่าสวัสดิการสูง ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงไม่เลือกมาจ่ายค่าสวัสดิการเพื่อใช้สวัสดิการดังกล่าว (สำนักงานส่งเสริมการค้าในต่างประเทศของประเทศญี่ปุ่น, 2019, หน้า 1) ในส่วนของระบบทางแพทย์สำหรับผู้สูงอายุ (Medical system for the elderly) ปัญหาที่เกิดขึ้น คือ เนื่องจากค่ารักษาที่ต้องจ่ายให้โรงพยาบาล (Medical system for the elderly) ต่ำกว่าค่ารักษาที่ต้องจ่ายเพื่อให้ได้รับสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ (Welfare system for the elderly) ทำให้ผู้สูงอายุเลือกที่จะไปรักษาที่โรงพยาบาลหรือนอนโรงพยาบาลในระยะยาวมากกว่า จึงทำให้จำนวนผู้ป่วยที่ต้องอยู่หรือพักที่โรงพยาบาลมีจำนวนสูงขึ้น และทำให้โรงพยาบาลไม่มีรายได้เพียงพอที่จะปรับปรุงระบบการให้บริการต่างๆ ภายในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ ตลอดจนในระยะยาวส่งผลทำให้เกิดแคลนเจ้าหน้าที่ และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ดังนี้ จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ประเทศญี่ปุ่นมีการนำระบบประกันคุ้มครองการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเข้ามาใช้

ระบบประกันคุ้มครองการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่นมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ผู้บริหารงานเกี่ยวกับประกันคุ้มครองระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้รับประกันภัย (Insurer) กล่าวคือ ผู้รับประกันภัยในทางกฎหมายคือคู่สัญญาซึ่งตกลงจะชดใช้ค่าสินไหมทดแทนหรือชดใช้เงินจำนวนหนึ่งให้ผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับประกันภัย ทั้งนี้ ผู้บริหารงานเกี่ยวกับประกันคุ้มครองระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้รับประกันภัยของประเทศญี่ปุ่น คือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาลต่างๆ¹

2. ผู้มีสิทธิซื้อประกันคุ้มครองระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (Insured persons) กล่าวคือ ผู้มีสิทธิซื้อประกันคุ้มครองระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม (Rhee et al., 2015) คือ 1) **กลุ่มบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 65 ขึ้นไป** ซึ่งเรียกว่า “ผู้เอาประกันกลุ่มที่ 1” ทั้งนี้ ผู้เอาประกันกลุ่มที่ 1 สามารถได้รับการบริการสำหรับผู้สูงอายุได้ ไม่ว่าจะป่วยหรือเกิดอุบัติเหตุในรูปแบบใดก็ตาม และ 2) **กลุ่มบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 40-64 ปี** ซึ่งเรียกว่า “ผู้เอาประกันกลุ่มที่ 2” ทั้งนี้ ผู้เอาประกันกลุ่มที่ 2 จะได้รับการบริการสำหรับผู้สูงอายุได้ก็เฉพาะเป็นการป่วยตามช่วงวัยเท่านั้น (Age-related diseases) เช่น โรคมะเร็ง หรือโรคไขข้ออักเสบ เป็นต้น ซึ่งไม่รวมถึงการบาดเจ็บที่เกิดจากอุบัติเหตุ

¹ ประเทศญี่ปุ่นแบ่งระบบการบริหารราชการเป็น 3 ระดับ คือ รัฐบาลกลาง การบริหารระดับจังหวัด (Prefecture) และการบริหารส่วนท้องถิ่น

3. อัตราและวิธีการเก็บค่าประกันคุ้มครองระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ กล่าวคือ อัตราและวิธีการเก็บค่าประกันคุ้มครองระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุจะแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ โดยขึ้นอยู่กับประเภทผู้มีสิทธิซื้อประกันคุ้มครองดังกล่าวไปแล้วข้างต้น สำหรับกรณีที่ 1) ในกรณีที่ผู้เอาประกันกลุ่มที่ 1” อัตราเบี้ยประกันจะถูกกำหนดโดยเทศบาล ซึ่งทางเทศบาลจะมีการจัดทำแผนปฏิบัติการนำประกันการดูแลระยะยาวไปใช้ (Long-term care insurance implementation plan) โดยภายในแผนดังกล่าวจะมีการประเมินค่าใช้จ่ายในการให้บริการดูแลระยะยาวล่วงหน้า 3 ปี และนำผลการประเมินมาใช้เป็นสิ่งที่พิจารณากำหนดอัตราค่าเบี้ยประกัน และอัตราเบี้ยประกันที่ถูกกำหนดดังกล่าวจะนำมาใช้เป็นอัตราค่าเบี้ยประกัน 3 ปี คงที่ตลอด ในส่วนของวิธีการเก็บค่าเบี้ยประกันสำหรับผู้เอาประกันกลุ่มที่ 1 จะถูกหักจากเงินบำนาญที่ผู้สูงอายุได้รับก่อน และเงินบำนาญที่ถูกหักเงินประกันคุ้มครองแล้วจะส่งคืนผู้สูงอายุ และสำหรับกรณีที่ 2) ในกรณีที่ผู้เอาประกันกลุ่มที่ 2” อัตราเบี้ยประกันจะถูกกำหนดโดยเทศบาล ซึ่งทางเทศบาลจะมีการจัดทำแผนปฏิบัติการนำประกันการดูแลระยะยาวไปใช้ (Long-term care insurance implementation plan) โดยภายในแผนดังกล่าวจะมีการประเมินค่าใช้จ่ายในการให้บริการดูแลระยะยาวล่วงหน้า 3 ปี และจะคำนวณออกมาเป็นเบี้ยประกันแบบเฉลี่ยทั่วประเทศ (วิชัย โชควิวัฒน์, 2562, หน้า 39) ในส่วนของวิธีการเก็บค่าเบี้ยประกันสำหรับผู้เอาประกันกลุ่มที่ 2 จะเก็บเงินตามระบบการประกันทั่วไปที่มีดำเนินการอยู่แล้ว

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุมีจำนวนสูงขึ้นจึงส่งผลทำให้จำนวนเงินค่าประกันมีอัตราสูงขึ้นตามไปด้วย ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าจำนวนเงินค่าประกันที่จ่ายโดยผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป พบว่าช่วงระหว่างปี 2000-2002 ผู้สูงอายุจ่ายเงินประกันเพียง 2,911 เยนต่อเดือน แต่ในช่วงปี 2018-2020 ผู้สูงอายุต้องจ่ายเงินประกันเพิ่มขึ้นเป็น 5,869 เยนต่อเดือน ซึ่งถือว่าเพิ่มขึ้นประมาณ 3 เท่า(Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan, 2019)

4. ผู้รับสิทธิประโยชน์ กล่าวคือ ผู้รับสิทธิประโยชน์จะได้รับสิทธิประโยชน์แตกต่างกัน โดยขึ้นอยู่กับประเภทผู้มีสิทธิซื้อประกันคุ้มครองดังกล่าวไปแล้วข้างต้น ทั้งนี้ ในกรณีที่ผู้เอาประกันกลุ่มที่ 1” ทุกคนมีสิทธิได้รับสิทธิประโยชน์ทั้งหมด โดยไม่ได้มีการพิจารณาว่าสาเหตุของความเจ็บป่วยเกิดจากสาเหตุใด แต่ในกรณีที่ผู้เอาประกันกลุ่มที่ 2” การที่จะได้รับสิทธิประโยชน์ต้องเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนด กล่าวคือ จะมีสิทธิได้รับสิทธิประโยชน์ดังกล่าวก็ต่อเมื่อเข้าเงื่อนไขว่าบุคคลผู้นั้นต้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นอาการป่วยที่เกิดจาก “โรคที่สัมพันธ์

กับอายุ” (Age-related Diseases) เช่น โรคจากระบบหัวใจ โรคมะเร็ง โรคไขข้อรูมาตอยด์ หรือ โรคความจำเสื่อม (Matsuda, 2015) เป็นต้น

5. จำนวนเงินประกันการคุ้มครองระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ กล่าวคือ จำนวนเงินประกันตามกฎหมาย คือจำนวนเงินที่ผู้เอาประกันภัยจะต้องจ่ายให้แก่ผู้รับประกันภัยตามสัญญาประกันภัยจำนวน 50% ทั้งนี้ ในประเทศญี่ปุ่นจำนวนเงินประกันการคุ้มครองระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุมาจาก 2 ส่วน ส่วนละ 50% โดยมาจากเบี้ยประกันภัย (Premium) และเงินภาษี (Tax) ที่มาจากประชาชน

6. ขั้นตอนการเข้าสู่ระบบประกันคุ้มครองระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ กล่าวคือ ขั้นตอนการเข้าสู่ระบบประกันคุ้มครองระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุจะเริ่มต้นจากผู้เอาประกันดำเนินการยื่นขอรับสิทธิประโยชน์ต่อทางเทศบาล เมื่อดำเนินการยื่นแล้วจะมีการประเมินขั้นแรก โดยทางเทศบาลจะส่งเจ้าหน้าที่ไปตรวจสอบและประเมินเบื้องต้น และส่งผลประเมินเบื้องต้นโดยมีความเห็นแพทย์ที่ดูแลผู้เอาประกันแนบไปด้วยเพื่อรับการประเมินขั้นที่สอง

ในการประเมินขั้นที่ 2 จะประเมินโดยคณะกรรมการประเมินของเทศบาลที่ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง และให้ความเห็นไปยังเจ้าพนักงานของเทศบาลที่ได้รับมอบหมาย โดยเจ้าพนักงานของเทศบาลที่ได้รับมอบหมายจะเป็นผู้พิจารณาขั้นสุดท้าย ทั้งนี้ ในการพิจารณาเจ้าพนักงานของเทศบาลที่ได้รับมอบหมายจะพิจารณาว่าบุคคลผู้ยื่นเรื่องดังกล่าวจะได้รับสิทธิประโยชน์ระดับใด²

อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ผู้ขอรับบริการไม่พอใจในผลการพิจารณาเรื่องสิทธิประโยชน์ เช่น กรณีการพิจารณาว่าจะได้รับสิทธิการบริการระยะยาวหรือไม่ หรือกรณีการพิจารณาว่าจะได้รับการบริการในระดับใด เป็นต้น ผู้ขอรับบริการสามารถยื่นอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์ระดับจังหวัดได้³ และผลการพิจารณาถ้าเป็นกรณีที่คณะกรรมการรับอุทธรณ์พิจารณาผลการตัดสินใจของทางเทศบาลว่าใช้ไม่ได้ ทางเทศบาลต้องดำเนินการพิจารณาเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของผู้ขอรับบริการใหม่

² สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจะมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 จะเป็นสิทธิประโยชน์เบื้องต้นสำหรับผู้ที่มีปัญหาไม่รุนแรง ซึ่งเรียกว่า “กลุ่มต้องการความช่วยเหลือ” (Needing support) และกลุ่มที่ 2 จะเป็นสิทธิประโยชน์เบื้องต้นสำหรับผู้ที่มีปัญหา รุนแรง ซึ่งเรียกว่า “กลุ่มต้องการการดูแล” (Needing care).

³ คณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์ระดับจังหวัดจะถูกแต่งตั้งขึ้นโดยมีสถานะเป็น “องค์กรบุคคลที่สาม” (Third party organization).

7. การคำนวณค่าบริการและการจ่ายเงินชำระค่าใช้บริการการดูแลผู้สูงอายุ กล่าวคือ ในการคำนวณอัตราค่าบริการของประเทศญี่ปุ่นจะมีการกำหนดอัตราค่าบริการแต่ละประเภท โดยมีหลักเป็น “หน่วย” เช่น การดูแลทางร่างกายถ้าใช้เวลาในการดูแลตั้งแต่ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง จะคิดเป็น 402 หน่วย (วิชัย โชควิวัฒน์, 2562, หน้า 34) โดยในการคิดคำนวณอัตราค่าใช้จ่ายในการรับบริการจะนำจำนวนหน่วยมาคูณ ทั้งนี้ ในการจ่ายเงินชำระค่าใช้บริการการดูแลผู้สูงอายุจะแบ่งการชำระออกเป็น 2 ส่วน คือ ประกันเป็นผู้ชำระให้ 90% ของค่าใช้บริการ และผู้ใช้บริการเป็นผู้ชำระเอง 10% ของค่าใช้บริการ

8. ผู้ให้บริการการดูแลผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้ให้บริการจะประกอบด้วยหน่วยงานรัฐหรือเอกชนที่ได้รับการรับรองจากจังหวัดหรือเทศบาล (Igarashi et al., 2014) ทั้งนี้ ในการพิจารณาว่าหน่วยงานใดจะสามารถเป็นผู้ให้บริการจะมีเกณฑ์พิจารณาจากมาตรฐานของสถานที่ คุณสมบัติของพนักงานของสถานที่ให้บริหาร และระบบการบริการของสถานที่ให้บริการ

9. การให้บริการของระบบประกันคุ้มครองการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ กล่าวคือ ในการให้บริการระบบประกันคุ้มครองการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุจะมีตั้งแต่การไปให้บริการที่พักอาศัย (Home-based services) ชุมชน (Community-based services) จนถึงมีการจัดสถานที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุโดยเฉพาะ (Institution-based services) (Tatara and Etsuji, 2009) โดยสามารถแบ่งได้ คือ 1) ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home-visit service) เช่น ให้บริการทางด้านการพยาบาล หรือให้บริการอาบน้ำ เป็นต้น 2) ให้บริการดูแลผู้สูงอายุรายวัน (Day service) จะให้บริการกับกรณีที่เป็นผู้ป่วยผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาล หรือผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยระยะพักฟื้น 3) ให้บริการที่พักแก่ผู้สูงอายุระยะสั้น (Short-stay service) โดยจัดให้มีสถานที่ให้บริการดูแลแก่ผู้สูงอายุโดยเฉพาะแบบระยะสั้นสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเข้านอนในสถานพยาบาลระยะสั้นเพื่อรับบริการต่างๆ เช่น การฟื้นฟูสุขภาพทางร่างกาย เป็นต้น และ 4) ให้บริการที่พักแก่ผู้สูงอายุระยะยาว (Residential service) โดยการจัดให้มีสถานที่ให้บริการดูแลแก่ผู้สูงอายุโดยเฉพาะแบบระยะยาว อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุแต่ละคนที่ต้องการรับบริการจะได้รับบริการประเภทใดจะมีเจ้าหน้าที่เป็นผู้พิจารณาว่าผู้สูงอายุแต่ละคนควรจะเข้าระบบการให้บริการแบบใด เช่น ควรจะรับบริการที่บ้าน หรือควรจะรับบริการจำนวนกี่วัน เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ผู้ขอรับบริการไม่พอใจในบริการ ผู้ขอรับบริการสามารถร้องทุกข์ไปยังจุดรับเรื่องราวร้องทุกข์ซึ่งจะถูกจัดตั้งโดยผู้ให้บริการ ซึ่งจะมีผู้บริหารการบริการ (Care manager) เป็นผู้ตรวจสอบข้อเท็จจริงทั้งจากทั้งฝ่ายผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ตลอดจนหา

วิธีการแก้ไขอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ถ้าผู้ขอรับบริการไม่พอใจในการดำเนินการของผู้บริหารการบริการ ก็สามารถร้องเรียนไปยังเทศบาล หรือสมาพันธ์สมาคมประกันสุขภาพแห่งชาติ (Federation of National Health Insurance Association) ได้

อนึ่ง หลังจากประเทศญี่ปุ่นได้มีการนำระบบประกันคุ้มครองการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุมาใช้ พบว่าการใช้บริการระบบดังกล่าวในประเทศญี่ปุ่นในปี 2016 ในช่วงอายุ 75-79 ปี มีผู้ที่เข้ามาใช้บริการระบบประกันคุ้มครองการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเพียง 13.2 % ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประชาชนในช่วงอายุดังกล่าวของประเทศญี่ปุ่นยังมีสุขภาพแข็งแรงอยู่พอสมควร แต่ในช่วงอายุ 85-89 จะพบว่า มีผู้ที่เข้ามาใช้บริการระบบประกันคุ้มครองการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุสูงถึง 50.7% อย่างไรก็ตาม ในช่วงอายุ 95 ปี ขึ้นไป มีผู้ที่เข้ามาใช้บริการระบบประกันคุ้มครองการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุสูงถึง 92.1% (Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan, 2019)

การดูแลระยะยาวผู้สูงอายุของประเทศไทย

จากที่กล่าวไปแล้วข้างต้นว่าในปี 2020 ประเทศไทย พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป เพิ่มขึ้น 10.6% และแนวโน้มในปี 2030 ประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป เพิ่มขึ้น 19.6% ซึ่งนอกจากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นของประเทศไทยแล้ว ประเทศไทยยังมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านระบาดวิทยาของการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโดยมีการเปลี่ยนแปลงจากการเจ็บป่วยแบบโรคติดต่อแบบเฉียบพลันมาเป็นการเจ็บป่วยแบบโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (สำนักงานประกันหลักสุขภาพแห่งชาติ, 2559, หน้า 1) ซึ่งผลที่เกิดจากการเจ็บป่วยแบบโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้นทำให้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เกิดภาวะทุพพลภาพ และทำให้ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุดังกล่าวต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับจะเห็นได้ว่าในปัจจุบันสภาพครอบครัวมีขนาดเล็กลง บุคคลส่วนใหญ่ในครอบครัวมีการย้ายจากชนบทเข้ามาทำงานในเมืองมากขึ้น และในปัจจุบันการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทยยังต้องพึ่งพาครอบครัวเป็นหลัก จึงทำให้ขาดคนที่จะสามารถดูแลผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุดังกล่าวได้ ดังนั้นประเทศไทยจึงมีการนำระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care: LTC) เข้ามาใช้เพื่อรองรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นดังกล่าว

ระบบการดูแลระยะยาว คือ การจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก โดยมีสาเหตุมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือ

ตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นบริการสังคม มุ่งเน้นการฟื้นฟูบำบัด ส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้คนมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559, หน้า 1)

ทั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมระบบการดูแลระยะยาวข้างต้น ในปี 2559 รัฐบาลของประเทศไทยได้จัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวปกติในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้โครงการ “ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” จำนวน 600 ล้านบาท ให้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้บริหารจัดการสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ โดยดำเนินการแบ่งงบประมาณออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 จำนวน 500 ล้านบาท ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งจะส่งต่อไปยัง “กองทุนตำบล” ที่มีความพร้อมจำนวน 1,000 แห่ง เพื่อให้กองทุนตำบลดังกล่าวทำหน้าที่เป็นตัวแทนซื้อบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง⁴ ในพื้นที่นั้นๆ และส่วนที่ 2 จำนวน 100 ล้านบาท ให้แก่องค์กรที่ทำหน้าที่บริการทางด้านต่างๆ ซึ่งอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้องค์กรดังกล่าวไว้ใช้สำหรับเตรียมความพร้อมในการที่จะให้บริการทางด้านต่างๆ เช่น การดำเนินการประเมินคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นต้น (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) อนึ่ง ภายใต้ระบบการดูแลระยะยาวดังกล่าว ผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะได้รับการให้บริการดูแล 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นการให้บริการด้านการแพทย์ เช่น บริการเยี่ยมบ้าน บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน บริการกายภาพบำบัด ตลอดจนการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยเหลือนทางการแพทย์ เป็นต้น และส่วนที่ 2 เป็นการให้บริการด้านสังคม เช่น บริการช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ ของผู้สูงอายุ หรือการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ทำกิจกรรมต่างๆ เป็นต้น ทั้งนี้ ภายใต้โครงการ “ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” ดังกล่าว รัฐบาลของประเทศไทยยังให้การสนับสนุนงบประมาณสำหรับโครงการดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง

⁴ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์ธเอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน และเป็นไปตามหลักเกณฑ์การประเมินที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยจำแนกกลุ่มเป้าหมายได้ 4 กลุ่ม ดังต่อไปนี้

- 1) กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกิน การขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนของการทำงานของสมอง
- 2) กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสนของการทำงานของสมอง และอาจมีปัญหาการกิน การขับถ่าย
- 3) กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน การขับถ่าย หรือเจ็บป่วยรุนแรง
- 4) กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

ดังนั้น สำหรับทิศทางของประเทศไทยในการรับมือกับอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุนั้น จะเห็นได้ว่าประเทศไทยได้มีการนำระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care: LTC) เข้ามาใช้เพื่อรองรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ผู้เขียนเห็นว่าแม้ว่าประเทศไทยจะมีการนำระบบดังกล่าวเข้ามาใช้ แต่ยังมีประเด็นที่ควรพิจารณาอยู่ คือ 1) ในส่วนงบประมาณที่นำมาใช้สนับสนุนนั้นยังเป็นงบประมาณที่เป็นของทางภาครัฐเพียงอย่างเดียว ซึ่งอาจส่งผลทำให้ไม่ครอบคลุมหรือไม่เพียงพอต่อภาวะของผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลทั่วประเทศที่กำลังเพิ่มขึ้นในปัจจุบันและในอนาคต 2) แม้ว่าจะมีโครงการ “ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” แต่กองทุนตำบลที่ได้รับงบประมาณภายใต้โครงการฯ มีเพียง 1,000 แห่ง ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อภาวะของผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลทั่วประเทศไทย และ 3) ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายที่ถูกกำหนดขึ้นมาเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ที่จะนำมาใช้กับระบบประกันการคุ้มครองการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ปัจจุบันจำนวนของผู้สูงอายุในแต่ละประเทศมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่น ในประเทศญี่ปุ่นและประเทศไทย เป็นต้น ซึ่งเมื่อจำนวนผู้สูงอายุมีอัตราสูงขึ้นประกอบกับเมื่อสภาพเศรษฐกิจและสังคมมีความเปลี่ยนแปลงไปจึงส่งผลทำให้เกิดปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุตามมา ทั้งนี้ ประเทศญี่ปุ่นซึ่งเป็นประเทศที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากจึงมีการนำระบบประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเข้ามาใช้ภายในประเทศ โดยมีการกำหนดหลักเกณฑ์ทางด้านต่างๆ ไว้ เช่น ผู้บริหารงานเกี่ยวกับประกันคุ้มครองระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้รับประกันภัย ผู้มีสิทธิซื้อประกันคุ้มครองระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ อัตราและวิธีการเก็บค่าประกันคุ้มครองระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ผู้รับสิทธิประโยชน์ จำนวนเงินประกันการคุ้มครองระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ขั้นตอนการเข้าสู่ระบบประกันคุ้มครองระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ การคำนวณค่าบริการและการจ่ายเงินชำระค่าใช้บริการการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการการดูแลผู้สูงอายุ การให้บริการของระบบประกันและการคุ้มครองการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น อนึ่ง สำหรับประเทศไทยก็มีแนวโน้มที่จะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและก็อาจทำให้เกิดปัญหาตามมาเหมือนเช่นประเทศญี่ปุ่น ดังนั้น ประเทศไทยจึงมีการนำระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care: LTC) เข้ามาใช้เพื่อรองรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นดังกล่าว อย่างไรก็ตาม แม้ประเทศไทยจะมีการนำระบบดังกล่าวเข้ามาใช้ แต่ยังมีประเด็นที่ควรพิจารณาดังที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น ซึ่งผู้เขียนมีข้อเสนอแนะดังนี้ 1) ในส่วนงบประมาณที่นำมาใช้สนับสนุนนั้นยังเป็นงบประมาณที่เป็นของทางภาครัฐเพียงอย่าง

เดิวนั้นซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อผู้สูงอายุที่มีในประเทศไทย ดังนั้นควรนำหลักเกณฑ์ภายใต้ระบบประกันคุ้มครองระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่น เช่น ผู้บริหารงานเกี่ยวกับประกันคุ้มครองระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้รับประกันภัย ผู้มีสิทธิซื้อประกันคุ้มครองระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ อัตราและวิธีการเก็บค่าประกันคุ้มครองระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ และจำนวนเงินประกันการคุ้มครองระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ มาใช้เป็นแนวทางสำหรับประเทศไทย อย่างไรก็ตาม สำหรับประเทศไทยยังมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่มีฐานะยากจน ซึ่งอาจไม่สามารถมาร่วมจ่ายกับรัฐในส่วนของการเบี้ยประกันได้ ดังนั้นอาจต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์สำหรับผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจนเพิ่มขึ้นมาเพื่อลดภาระแก่กลุ่มผู้สูงอายุดังกล่าว และ 2) การที่ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายที่ถูกกำหนดขึ้นมาเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ที่จะนำมาใช้กับระบบประกันสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุโดยตรง ดังนั้น ประเทศไทยควรมีการยกร่างกฎหมายดังกล่าวขึ้นมาโดยเฉพาะ โดยในร่างกฎหมายดังกล่าวควรมีการบัญญัติหลักเกณฑ์ในเรื่องต่างๆ เช่น ผู้บริหารงานเกี่ยวกับประกันคุ้มครองระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้รับประกันภัย ผู้มีสิทธิซื้อประกันคุ้มครองระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ อัตราและวิธีการเก็บค่าประกันคุ้มครองระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ผู้รับสิทธิประโยชน์ จำนวนเงินประกันการคุ้มครองระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ขั้นตอนการเข้าสู่ระบบประกันคุ้มครองระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ การคำนวณค่าบริการและการจ่ายเงินชำระค่าใช้บริการการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการการดูแลผู้สูงอายุ และการให้บริการของระบบประกันและการคุ้มครองการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น เพื่อให้การบริหารจัดการในเรื่องดังกล่าวเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

- ทีดีอาร์ไอ. (2561). รายงานทีดีอาร์ไอ: ระบบประกันการดูแลระยะยาว ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย. ฉบับที่ 138 มีนาคม 2561. สืบค้นวันที่ 10 ตุลาคม 2564 สืบค้นจาก <https://tdri.or.th/2017/12/old-age-insure-system/>.
- วิชัย โชควิวัฒน์. (2562). เรียนรู้จากญี่ปุ่น ระบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง. สืบค้นวันที่ 10 ตุลาคม 2564 สืบค้นจาก <https://infocenter.nationalhealth.or.th/node/27684>.
- สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การรับเงิน การเก็บรักษาเงิน และการจ่ายเงินค่าบริการสาธารณสุขสำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงและค่าบริการสาธารณสุขจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นวันที่ 1 ตุลาคม 2564 สืบค้นจาก <https://dhes.moph.go.th/wp-content/uploads/2018/12/%E0%B8%84%E0%B8%B9%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD-LTC-%E0%B8%89%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%AA%E0%B8%A1%E0%B8%9A%E0%B8%B9%E0%B8%A3%E0%B8%93%E0%B9%8C-%E0%B8%9B%E0%B8%B5-2561.pdf>.

สำนักงานส่งเสริมการค้าในต่างประเทศของประเทศไทยป็น. (2019). วิวัฒนาการระบบประกันสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยป็น. สืบค้นวันที่ 4 ตุลาคม 2564 สืบค้นจาก https://www.ditp.go.th/contents_attach/502424/502424.pdf.

ภาษาอังกฤษ

Igarashi, Ayumi, Tomoaki Ishibashi, Tomohiro Shinozaki, and Noriko Yamamoto-Mitani. (2014). Combination of Long-Term Care Insurance Services and Associated Factors in Japan: A Classification Tree Model. BMC Health Services Research. 1. 14. 1-7.

Matsuda, Ryoza. (2015). The Japanese Health Care System. In Elias Mossialos. International Profiles of Health Care Systems. 83-91. Washington : Commonwealth Fund.

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan. (2019). Long-Term Care Insurance System of Japan. Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan.

Pedro. Olivares-Tirado, Nanako Tamiya and Masayo Kashiwagi. (2012). Effect of in-Home and Community-Based Services on the Functional Status of Elderly in the Long-Term Care Insurance System in Japan. BMC Health Services Research. 12. 239.

Rhee, Jing C., Nicolae Done, and Gerard F. Anderson. (2015). Considering Long-Term Care Insurance for Middle-Income Countries: Comparing South Korea with Japan and Germany. Health Policy. 10. 110. 1319-1329.

Tatara, Kozo and Etsuji, Okamoto. (2009). Japan: Health System Review. Health Systems in Transition. 11. 5. 1-164.

A model for driving the community health security fund by engaging people at the local level

Jakkrit Vetcharus* Sane Saengoen**

Abstract

This academic article aims to suggest ways to drive the community health security fund (LHSF). To create a process to develop fund management for sustainability and give the sub-district fund as a capital to promote the health of the people in the area according to the objectives of the fund, it is the base for community's health care, to benefit local people's health. Therefore, a conceptual framework for implementation of the development of health insurance funds at the local level has been proposed, with four main themes: Issue 1. The process of fund management with good governance by applying ten principles in fund management as follow; effectiveness, efficiency, responsiveness, responsibility and accountability, transparency, participatory process, decentralization, jurisprudence, equality and consensus-oriented aspects, including factors such as leadership, visionary, monitoring, follow-up, and efficient evaluation. Issue 2. Community participation in health security fund management at the local level, by creating participatory process of the people and various network/partners, in order to establish working integration. Issue 3. Process of empowerment and social capital of local people in managing people's problems in the community, in order to create a sustainable learning process system. Issue 4. Process of developing committee's potential, to increase capacity of fund (LHSF) management, including rules and regulations for administration efficiency.

Keywords: The community health security fund, fund management, Local Health Security Fund Committee

* Lat Yao District Public Health Office, Nakhon Sawan Province

** Faculty of Public Health, Naresuan University

ต้นแบบการขับเคลื่อนกองทุนหลักประกันสุขภาพโดยการมีส่วนร่วม ของประชาชนในระดับท้องถิ่น

จักรกฤษณ์ เวทย์จารี* เสน่ห์ แสงเงิน**

บทคัดย่อ

บทความวิชาการฉบับนี้มุ่งเสนอแนวทางในการขับเคลื่อนกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เพื่อให้เกิดขบวนการพัฒนาบริหารจัดการกองทุนสู่ความยั่งยืน และให้กองทุนตำบลเป็นทุนในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ตามวัตถุประสงค์ที่มุ่งเน้นให้กองทุนเป็นฐานในการดูแลสุขภาพให้กับชุมชน และเป็นประโยชน์ด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ จึงได้เสนอกรอบแนวคิดในการดำเนินงานพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นโดยนำเสนอใน 4 ประเด็นหลัก คือประเด็นที่ 1. กระบวนการในการบริหารจัดการกองทุนอย่างมีธรรมาภิบาลโดยนำหลัก 10 ด้านมาใช้ในการบริหารกองทุน คือด้านประสิทธิภาพ ด้านประสิทธิภาพ ด้านการตอบสนอง ด้านการรับผิดชอบ ด้านความโปร่งใส ด้านการมีส่วนร่วม ด้านการกระจายอำนาจ ด้านนิติธรรม ด้านความเสมอภาค และด้านมุ่งเน้นฉันทามติ รวมถึงปัจจัยด้านภาวะผู้นำ การมีวิสัยทัศน์ การกำกับติดตาม ประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ประเด็นที่ 2.การมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น โดยสร้างกระบวนการการมีส่วนร่วม (Participation) ของประชาชน และภาคีเครือข่ายต่างๆ เพื่อให้เกิดการบูรณาการในการทำงาน ประเด็นที่ 3. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจและทุนทางสังคมของประชาชนในการจัดการปัญหาของประชาชนในชุมชน เกิดขบวนการเรียนรู้ในการจัดการปัญหาอย่างเป็นระบบก่อให้เกิดความยั่งยืนในการจัดการปัญหา ประเด็นที่ 4.กระบวนการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการกองทุนเพื่อให้คณะกรรมการมีการพัฒนาศักยภาพและเพิ่มขีดความสามารถในการบริหารจัดการกองทุน รวมถึงระเบียบข้อปฏิบัติ ขอบเขตอำนาจหน้าที่ เพื่อให้การบริหารจัดการกองทุนที่มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่, การบริหารจัดการกองทุน, คณะกรรมการกองทุน

* สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ ผู้รับผิดชอบบทความ ติดต่อ jakkritvet7@gmail.com

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

บทนำ (Introduction)

การขับเคลื่อนกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ หรือกองทุนตำบลถือเป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ(Healthy public policy) (World Health Organization, 2018) ที่มุ่งเน้นให้กองทุนตำบล เป็นฐานในการดูแลสุขภาพให้กับชุมชน และยังเป็นทุนสนับสนุนด้านสุขภาพของประชาชนที่มุ่งหวังในการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ซึ่งหากท้องถิ่นและชุมชนมีความตระหนัก และร่วมมือบทบาทในการจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชนมากขึ้นโดยการสร้างเสริมสุขภาพ(health promotion) ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการมุ่ง เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และลดความเสี่ยงด้านสุขภาพเป็น“มิติทางสังคมเพื่อสุขภาพ”(Social determinant of health)

โดยให้ท้องถิ่น และชุมชนเป็นศูนย์กลางของการขับเคลื่อนกิจกรรมด้านสุขภาพโดยรวมความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ต่างๆในการเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนได้มากขึ้น (อัจฉราพร ยาสุมพร,2560)

ทั้งนี้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเกิดจากความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหน่วยบริการสาธารณสุข และภาคประชาชนในพื้นที่ ที่มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนงบประมาณตามแผนงานโครงการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค พิ้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลเชิงรุกภายใต้การบริหารจัดการของคณะกรรมการกองทุนฯโดยเน้นการมีส่วนร่วม(Participation) ของประชาชนและภาคีเครือข่ายต่างๆให้เข้ามาบริหารจัดการระบบสุขภาพในพื้นที่(จารุวรรณ ชิโพธิ์,2561) นอกจากนี้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นยังเชื่อมโยงกับการกระจายอำนาจโดยสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชนมากขึ้น ซึ่งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เป็นรูปแบบการกระจายอำนาจซึ่งมิใช่เป็นเพียงการถ่ายโอนอำนาจหน้าที่แก่ท้องถิ่นแต่เป็นรูปแบบการกระจายอำนาจหน้าที่ให้แก่คณะกรรมการบริหารกองทุนเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปโดยมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนได้แสดงบทบาทในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ และส่งเสริมให้บุคลากรด้านสาธารณสุขในพื้นที่ได้แสดงบทบาทและสนับสนุนประชาชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงส่งเสริมให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเกิดความตระหนักต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสร้างกลไกให้ทุกภาคส่วนได้เข้ามาร่วมกันแก้ปัญหาด้านสุขภาพโดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์กรภาคีต่างๆในการบริหารจัดการระบบสุขภาพร่วมกันเพื่อส่งผลให้เกิดความยั่งยืนของระบบสุขภาพชุมชนต่อไป

แนวคิดกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และกรมการปกครอง ส่วนท้องถิ่นกระทรวงมหาดไทยและสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทยได้ดำเนินงาน ให้มีกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) และเทศบาลขึ้นเมื่อปี พ.ศ.2549 เพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 47 ที่มุ่งเน้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้ทั่วถึงและมีประสิทธิภาพตามประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้ใน 5 กิจกรรมคือ 1) เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการหรือหน่วยงานสาธารณสุข 2) เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคขององค์กรหรือกลุ่มประชาชน หรือหน่วยงานอื่น 3) เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือศูนย์ที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาและดูแลเด็กเล็กในชุมชน หรือการพัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหรือคนพิการในชุมชน 4) เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารหรือพัฒนากองทุนหลักให้มีประสิทธิภาพทั้งนี้ต้องไม่เกินร้อยละ15 และ 5) เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติในพื้นที่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ,2561)

การดำเนินงานบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เริ่มมีการดำเนินการเมื่อปี พ.ศ.2549 โดยมีกองทุนนำร่องอำเภอละ1 แห่งทั่วประเทศ ต่อมาในปี พ.ศ.2550 - 2551ดำเนินการเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อม ปี พ.ศ.2552-2553 ได้ขยายเป็นร้อยละ 71(5,520 แห่ง) ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และปี พ.ศ. 2564 มีการดำเนินการครอบคลุมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 7,741 แห่ง จากทั้งหมดทั่วประเทศจำนวน 7,776 แห่ง เป็นร้อยละ99.54 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ,2564) ในการประเมินกระบวนการบริหารจัดการของคณะกรรมการบริหารกองทุนได้กำหนดเกณฑ์การประเมินไว้ 3 หมวด คือ หมวดการบริหารจัดการกองทุนหมวดการมีส่วนร่วม และหมวดการสร้างนวัตกรรมคะแนนรวม 100 คะแนน และได้แบ่งระดับการประเมินเป็น 4 ระดับ ได้แก่ระดับ(A+) 90 – 100 คะแนน เป็นกองทุนที่มีศักยภาพสูงและเป็นศูนย์เรียนรู้ระดับ (A)

70-89 คะแนน เป็นกองทุนที่มีศักยภาพดี ระดับ(B) 50 – 69 คะแนนเป็นกองทุนที่มีศักยภาพปานกลาง ระดับ (C) น้อยกว่า 50 คะแนน เป็นกองทุนที่ยังขาดความพร้อมต้องเร่งพัฒนา และจากการติดตามการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น โดยการประเมินตนเองผ่านระบบรายงานโปรแกรมการบริหารจัดการกองทุนในระบบออนไลน์ ในปี พ.ศ.2563 พบว่ามีกองทุนเพียงร้อยละ 14.84 อยู่ในระดับที่เป็นกองทุนที่มีศักยภาพสูง(A+) ร้อยละ 69.13 เป็นกองทุนที่มีศักยภาพดี (A)ร้อยละ 14.46 เป็นกองทุนที่มีศักยภาพปานกลาง(B) และร้อยละ 1.55 เป็นกองทุนที่ขาดความพร้อมต้องเร่งพัฒนา (C) (กองทุนที่ยังไม่ได้ประเมินร้อยละ 38.48) นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อพิจารณาผลการประเมินการบริหารจัดการกองทุนที่มีศักยภาพสูง(A+) มากที่สุดได้แก่ เขต 9 นครราชสีมา ร้อยละ 21.17) รองลงมาคือเขต 7 ขอนแก่น และเขต 3 นครสวรรค์(ร้อยละ20.37 และ18.24) ตามลำดับ และจากข้อมูลในการสนับสนุนงบประมาณกองทุนฯจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปีพ.ศ.2564 พบว่าได้มีการสนับสนุนงบประมาณ จำนวน 2,089,231,560.00บาท ได้รับเงินสมทบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.) จำนวน 1,124,739,937.52 บาทดอกเบี้ย จำนวน 7,349,621.29 บาท และรายได้ อื่น ๆจำนวน 35,682,475.91 บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 3,257,003,594.72 บาท และพบว่ายังมีเงินคงเหลือจากการดำเนินงานกองทุนฯจำนวน 3,557,839,086.04 บาท คิดเป็นร้อยละ 47.36 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ,2564)

จากผลการประเมินการดำเนินงานบริหารจัดการกองทุนฯ และการใช้จ่ายงบประมาณดังกล่าว ซึ่งย่อมนสะท้อนถึงประสิทธิภาพในการบริหารจัดการกองทุนฯ พบว่าปัจจัยด้านการบริหารด้านการวางแผน ด้านงบประมาณ และการประสานงาน ส่งผลถึงประสิทธิภาพในการบริหารกองทุนฯ สอดคล้องกับการศึกษา นิชนันท์ งามน้อย, 2559 โดยในการบริหารจัดการกองทุนฯ ต้องมีคณะกรรมการที่ไว้วางใจมาบริหารจัดการ มีกระบวนการบริหารจัดการที่ยอมรับได้ กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึง และมีการสร้างความน่าเชื่อถือ โปร่งใส มีกิจกรรมให้สอดคล้อง ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย โดยอาศัยการมีส่วนร่วมกับสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่และการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งเป็นกลไกในการดำเนินงานของกองทุนฯให้เกิดความยั่งยืน โดยในการมีส่วนร่วมที่ผ่านมาพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนใน 2 ลักษณะ คือ การมีส่วนร่วมจากความต้องการด้านเหตุผล และการมีส่วนร่วมจากความต้องการด้านจิตใจ เนื่องจากการดำเนินงานกองทุนฯ เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ เพื่อเป็นการกระจายอำนาจให้กับประชาชนในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งพบว่าประชาชนส่วนใหญ่เห็นว่ากรรมการกองทุนฯ ส่วนใหญ่มีความตั้งใจและเสียสละในการทำงานเพื่อส่วนรวม

ปัญหาอุปสรรคและปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานกองทุน

ในปัจจุบันมีกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นสามารถบริหารจัดการจนประสบผลสำเร็จมีความเข้มแข็ง และสามารถแก้ปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ให้ลดลงได้ มีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าถึงบริการตามสิทธิประโยชน์และมีการเสริมพลังให้กลุ่มแกนนำภาคประชาชนมีความเข้มแข็งอีกทั้งมีการจัดทำแผนการดำเนินงานกองทุนอย่างชัดเจน แต่ยังมีกองทุนที่ไม่ประสบความสำเร็จในการบริหารจัดการอยู่อีกเป็นจำนวนมากถึงแม้จะได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) และได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการตลอดจนวัสดุอุปกรณ์จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการกองทุนฯ โดยพบว่ากระบวนการขับเคลื่อนกองทุนฯยังขาดการมีส่วนร่วมที่แท้จริงโดยผู้แทนจากภาคส่วนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.) จะมีส่วนร่วมมากกว่าภาคประชาชน ประกอบกับปัญหาของคณะกรรมการกองทุน ในขณะที่ท้องถิ่นยังขาดทักษะในการประยุกต์ใช้แผนงานในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน ขาดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกองทุนถึงแม้จะมีภาคส่วนต่างๆเข้ามามีส่วนร่วมบริหารจัดการกองทุน และแต่งตั้งคณะกรรมการติดตามโครงการแต่ยังขาดการบูรณาการกับหน่วยงานหรือกองทุนอื่นๆในพื้นที่(สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย,2557)

จากปัญหาอุปสรรคดังกล่าวสามารถอธิบายตามประเด็นทั้ง 5 ประเด็น ดังนี้ **1) ด้านคณะกรรมการกองทุนฯ** พบว่า คณะกรรมการกองทุนฯซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนกองทุนให้ประสบความสำเร็จ แต่ยังมีคณะกรรมการที่มาจากภาคประชาชนส่วนหนึ่งยังขาดความเข้าใจในการบริหารจัดการกองทุนฯรวมถึงบทบาทหน้าที่ กฎระเบียบ ข้อบังคับ และแนวทางการดำเนินงานกองทุนฯเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน **2) ด้านการวางแผน** พบว่า คณะกรรมการกองทุนฯมีการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจในการพิจารณาถ่วงถ่วงแผนงานโครงการเพื่อพิจารณาอนุมัติ แต่ยังขาดการวางแผนแบบบูรณาการร่วมกันระหว่างกองทุนฯ ในส่วนคณะกรรมการที่เป็นตัวแทนในภาคประชาชนยังขาดความเข้าใจในการจัดทำแผนงานโครงการ และขาดการสำรวจปัญหาสุขภาพเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาของพื้นที่ซึ่งส่งผลต่อการจัดกิจกรรมเพื่อให้ครอบคลุมกับประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่ชัดเจน ขาดการติดตามประเมินผลการดำเนินงานโครงการ นอกจากนั้นยังพบว่าโครงการที่เสนอโดยส่วนใหญ่มาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุข ส่งผลให้ไม่มีความหลากหลายของกิจกรรม/โครงการและการสร้างนวัตกรรมสุขภาพ จากการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฯ **3) ด้านการใช้จ่ายเงิน** พบว่าระเบียบข้อบังคับ และขั้นตอนการเบิกจ่ายเงินงบประมาณของกองทุนมีหลายขั้นตอนและยังไม่มีแบบฟอร์ม และกรรมการส่วนหนึ่งไม่ทราบขั้นตอนในการเบิกจ่ายงบประมาณส่งผลให้คณะกรรมการฯ

ไม่มีความมั่นใจในการตัดสินใจใช้จ่ายงบประมาณ ซึ่งจะส่งผลให้มีงบประมาณคงเหลือประจำปีในสัดส่วนที่สูงขึ้น ประกอบกับมีการใช้จ่ายงบประมาณในแต่ละกิจกรรมไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน 4) **ด้านการสร้างการรับรู้** พบว่า คณะกรรมการกองทุนฯ โดยส่วนใหญ่มีการรับรู้วัตถุประสงค์ในการดำเนินงานของกองทุนฯ แต่มีคณะกรรมการบางส่วนรับรู้เพียงประเภทโครงการที่สามารถดำเนินการได้ แต่ไม่ทราบรายละเอียดของการทำโครงการ ทั้งนี้กองทุนฯ ยังไม่สามารถส่งเสริมให้หลายภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ประกอบกับประชาชนยังขาดการสร้างการรับรู้ความเข้าใจด้านส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มองค์กรประชาชนต่างๆ มีข้อจำกัดใน การเขียนโครงการ ขาดการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน จึงควรมีการเพิ่มการติดต่อสื่อสารทั้งภายในและภายนอกกองทุน ซึ่งจะส่งผลให้ดำเนินการตามนโยบายของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ ท้องถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ 5) **ด้านการบริหารจัดการ** พบว่า ประธานคณะกรรมการกองทุนฯ ซึ่งเป็นนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนหนึ่งยังไม่สามารถดำเนินการบริหารจัดการกองทุนฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่ควรเนื่องจากข้อกำหนด กฎระเบียบ ข้อบังคับ แนวทางการดำเนินงานกองทุนฯ และการปฏิบัติงานอื่นๆ อีกทั้งคณะกรรมการกองทุนฯ ตามโครงสร้าง สปสช. มีความหลากหลายมาจากทุกภาคส่วน คณะกรรมการที่เป็นตัวแทนของภาคประชาชนเข้าร่วมเป็นกรรมการยังขาดความเข้าใจในการดำเนินงานของกองทุนฯ ขาดการบริหารจัดการกองทุนฯ ที่มีความโปร่งใส ตรวจสอบ ติดตาม ส่งผลต่อการใช้จ่ายงบประมาณไม่ได้ตามเป้าหมายวัตถุประสงค์ ในการดำเนินงานกองทุน จึงต้องเร่งพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการจึงจะสามารถดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ ต่อไป

ก้าวต่อไปของการขับเคลื่อนกองทุนหลัก ประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

การขับเคลื่อนกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นที่จะพัฒนาให้กองทุนมีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใสตรวจสอบได้และสร้างความเป็นเจ้าของ (ownership) ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชนโดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.) และประชาชนในชุมชนเพื่อเป็นเครื่องมือสำคัญในการจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เป็นปัญหาของประเทศในปัจจุบันด้วยพลังความร่วมมือของทุกภาคส่วนในชุมชน(น้ำฝน โพธิ์สุพรรณพงศ์,2562)

จากการศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จึงขอเสนอกรอบแนวคิดในการพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเพื่อให้เห็นถึงความเชื่อมโยงในประเด็นการพัฒนา กองทุน และชี้ให้เห็นถึงความสอดคล้องของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารจัดการกองทุน

หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และยังสะท้อนให้เห็นถึงการแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่จะส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นสามารถแสดงดังภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
ที่มา: คู่มือปฏิบัติงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ สปสช. 2550

จากภาพที่ 1 อธิบายกรอบแนวคิดในการขับเคลื่อนการพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ได้ดังนี้

1. กระบวนการในการบริหารจัดการกองทุนอย่างมีธรรมาภิบาล (Fund Management)

ควรมีการนำหลักธรรมาภิบาลมาใช้ในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ในการบริหารการจัดการกองทุน (ปวรณรัตน์ หอมหวาน, 2559) ซึ่งได้แก่

1) ด้านประสิทธิผล เพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายของแผนการปฏิบัติงานตามที่ได้รับงบประมาณโดยการปฏิบัติงานจะต้องมีการกำหนดทิศทางยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ที่ชัดเจน มีกระบวนการปฏิบัติงาน และระบบงานที่เป็นมาตรฐานและมีการติดตาม ประเมินผลพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง และเป็นระบบ

2) ด้านประสิทธิภาพ มีการบริหารตามแนวทางการกำกับดูแลที่ดีมีการออกแบบกระบวนการปฏิบัติงานโดยใช้เทคนิค เครื่องมือการบริหารจัดการที่เหมาะสมสามารถใช้ทรัพยากรและระยะเวลาให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนาขีดความสามารถในการปฏิบัติงานเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม

3) ด้านการตอบสนอง การให้บริการที่สามารถดำเนินการได้ภายในระยะเวลาที่กำหนดและการสร้างความเชื่อมั่น ความไว้วางใจ รวมถึงการตอบสนองความคาดหวังและความต้องการของประชาชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีความหลากหลาย และมีความแตกต่าง

4) ด้านการรับผิดชอบต่อเป็นการแสดงความรับผิดชอบในการปฏิบัติหน้าที่ และผลงานต่อเป้าหมายที่กำหนดไว้รวมทั้งการแสดงถึงความสำนึกในการรับผิดชอบต่อปัญหา

5) ด้านความโปร่งใส โดยมีกระบวนการในการเปิดเผยข้อมูลอย่างตรงไปตรงมาและสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้อย่างเสรีโดยประชาชนสามารถทราบขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรมหรือกระบวนการต่างๆ และสามารถตรวจสอบได้

6) ด้านการมีส่วนร่วม กระบวนการที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มมีโอกาสได้เข้าร่วมในการรับรู้เรียนรู้ ทำความเข้าใจร่วมแสดงทักษะร่วมเสนอปัญหาในประเด็นที่สำคัญที่เกี่ยวข้องรวมถึงการคิดแนวทางในการแก้ไขปัญหาและร่วมในกระบวนการตัดสินใจ

7) ด้านการกระจายอำนาจมีการถ่ายโอนอำนาจการตัดสินใจและการกิจจากส่วนกลางให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนดำเนินการโดยมีอิสระและความรับผิดชอบต่อตัดสินใจดำเนินการโดยมุ่งเน้นผลประโยชน์และการสร้างความพึงพอใจแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

8) ด้านนิติธรรม การใช้อำนาจกฎหมายกฎระเบียบ ข้อบังคับในการบริหารราชการด้วยความเป็นธรรมไม่เลือกปฏิบัติและคำนึงถึงสิทธิเสรีภาพของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

9) ด้านความเสมอภาค การได้รับการปฏิบัติ และได้รับการอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่มีการแบ่งแยกเชื้อชาติ เพศ ภาษา อายุสถานะส่วนบุคคล เศรษฐกิจ และสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษา และอื่นๆ

10) ด้านมุ่งเน้นฉันทามติ ในการหาข้อตกลงภายในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องเป็นข้อตกลงที่เกิดจากการใช้กระบวนการเพื่อหาข้อคิดเห็นจากกลุ่มบุคคลที่ได้รับประโยชน์และเสียประโยชน์

2.กระบวนการการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายต่างๆ (Participation)

เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนกองทุนให้มีประสิทธิภาพและส่งผลให้เกิดประโยชน์ในการดำเนินงานต่อประชาชนและเกิดความยั่งยืน จึงควรมีการนำหลักการมีส่วนร่วมมาปรับใช้ โดยหลักสำคัญในการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นการระดมความคิดพลังกายพลังใจ และทรัพยากรในชุมชนมาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อชุมชน ทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลด้านสุขภาพความต้องการของประชาชนในการที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ ร่วมรับผลประโยชน์ ร่วมติดตามประเมินผล (นารัตน์ ศิริวรรณ, 2561)

ในการสร้างกระบวนการการมีส่วนร่วมควรเริ่มจากปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน มีการคืนข้อมูลด้านสุขภาพให้กับภาคประชาชน เพื่อให้ประชาชนรับรู้ว่าคุณสมบัติอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งจะทำให้ประชาชนเกิดความตระหนักที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง ในการมีส่วนร่วมนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยผู้นำท้องถิ่น และการบริหารงานของท้องถิ่น ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) เป็นการสร้างการมีส่วนร่วมให้เกิดขึ้นระหว่างประชาชนในชุมชนและต่างชุมชนเกิดการเรียนรู้พัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานภาครัฐ และประชาชน เปิดโอกาสให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) แกนนำชุมชน(ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน) อสม. และภาคประชาชน มีการจัดการภายใต้แผนยุทธศาสตร์สุขภาพที่กำหนดร่วมกัน โดยมีข้อมูลปัญหาสุขภาพของประชาชนที่มาจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) และประชาชน (อสม.) มีการเก็บข้อมูลวิเคราะห์ปัญหา วางแผนดำเนินการ และการติดตามผลซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมการแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพการสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนฯโดยให้ข้อมูลกับประชาชน ส่งเสริมการสร้างเครือข่ายในชุมชนการสร้างเวทีแลกเปลี่ยนระหว่างคณะกรรมการกองทุนและประชาชนเพื่อนำไปสู่การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (อัจฉราพร ยาสุมทร,2560)

การให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเกี่ยวข้องในการพัฒนาร่วมคิดร่วมตัดสินใจแก้ปัญหาเน้นการมีส่วนร่วมโดยใช้ความคิดสร้างสรรค์ และ

ความชำนาญของประชาชนในการแก้ปัญหาร่วมกัน (William, 1976) สำหรับการมีส่วนร่วมของประชาชน มีระดับการมีส่วนร่วมใน 5 ระดับประกอบด้วย 1)การมีส่วนร่วมในการรับรู้และการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมในการเลือกและการร่วมปฏิบัติ 3) การมีส่วนร่วมในการติดตามและการประเมินผล 4)การมีส่วนร่วมในการร่วมรับผลประโยชน์ และ 5)การมีส่วนร่วมในความเป็นเจ้าของและสร้างนวัตกรรมสุขภาพชุมชน การให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนในทุกขั้นตอนจะกลายเป็นประสบการณ์การเรียนรู้ของประชาชน และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง (สุทิน อ่อนอุบล, 2557)

ในการมีส่วนร่วมที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในด้านลักษณะองค์กร คุณลักษณะผู้นำกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุนฯ(รุ่งเรือง แสนโกษาและคณะ,2557) ในการบรรลุความมุ่งหมายของกองทุนความสามารถแก้ไขปัญหา และการสร้างนวัตกรรมแบบมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนฯซึ่งกลยุทธ์มุ่งเน้นสัมฤทธิ์ผลของกระบวนการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมกลยุทธ์และแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์จะเป็นตัวกำหนดจุดหมายปลายทางความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุนอีกทั้งควรส่งเสริมและสนับสนุนกระบวนการสร้างนวัตกรรมสุขภาพดีแบบมีส่วนร่วมต่อไป

3. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจและทุนทางสังคมของประชาชน (Empowerment)

นับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการจัดการปัญหาร่วมกันโดยมีกระบวนการนำแนวคิดการเสริมพลังอำนาจประชาชนมาใช้ในการสร้างเสริมศักยภาพของคนในชุมชนเพื่อให้มีอำนาจในการต่อรองและจัดการกับปัญหาต่างๆได้ด้วยตัวเองโดยอาศัยความเชื่อใจในตัวผู้นำเป็นองค์ประกอบพื้นฐานในการกำหนดรูปแบบการทำกิจกรรมร่วมกัน โดยขั้นตอนการเสริมพลังอำนาจ 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การรวมตัวกันจัดตั้งกลุ่มเพื่อทำกิจกรรม 2) กำหนดเป้าประสงค์ในการทำงาน เจตนารมณ์ร่วมกัน 3) ค้นหาปัญหาผ่านวิธีการพูดคุย 4) สร้างข้อตกลงร่วมกันและ 5) ขยายเครือข่ายในการทำงานโดยบูรณาการคนในชุมชนให้เข้ามาทำงานโดยมุ่งหวังในการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ(กิตติ เมอะประโคน, 2562)

โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จรูปแบบของการเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชนในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่มีองค์ประกอบสำคัญจากแกนนำหมู่บ้านที่ให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพของพื้นที่โดยมีองค์ประกอบ 6 ประการคือ 1) จัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชน 2) การประชาสัมพันธ์ที่ทั่วถึงและต่อเนื่อง 3) การประสานงานที่ดี 4) ตั้งทีมพี่เลี้ยงระดับตำบล 5) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และ 6) การสร้างภาคีเครือข่ายส่งผลให้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

เป็นกองทุนที่มีศักยภาพสูงและสามารถเป็นศูนย์เรียนรู้ เกิดกองทุนสุขภาพชุมชนที่มีกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยชุมชนเอง ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพและชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น(วรรณุต มุ่งวิชา,2562)

4.กระบวนการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (Development of local health security fund committee)

จากการที่คณะกรรมการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นมาจากหลายภาคส่วนทั้งโดยตำแหน่งและจากการคัดเลือก เพื่อทำหน้าที่ในการบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนในพื้นที่ ภายใต้การกำกับดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นจะประสบผลสำเร็จมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ การตอบสนองต่อกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพเป็นสำคัญ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561) ซึ่งการตอบสนองตามทฤษฎีของแครธวอล (Kratwohl, 1964) ประกอบด้วย การตอบสนองด้วยการยอมรับการตอบสนองด้วยความเต็มใจ และการตอบสนองด้วยความพึงพอใจ

ในการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ควรมีการจัดทำหลักสูตรพัฒนาองค์ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ และ พัฒนาศักยภาพด้านภาวะผู้นำ และเพิ่มขีดความสามารถด้านการบริหารจัดการแก่คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (รุ่งเรือง แสนโกษา,2557)

ดังนั้นในการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการกองทุนจึงมีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งต่อการบริหารจัดการกองทุนในลำดับต่อไป ทั้งนี้เพื่อกำหนดทิศทาง กลยุทธ์และยุทธศาสตร์ในการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นคณะกรรมการควรมีการรับรู้บทบาทของตนเองเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและความยั่งยืนต่อไป (ฉินนันท์ งามน้อย,2559)

สรุปและข้อเสนอแนะ

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่โดยการส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในท้องถิ่น มุ่งเน้นให้กองทุนฯเป็นฐานในการดูแลสุขภาพให้กับชุมชน และเป็นทุนหนุนเสริมด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ทั้งนี้จึงได้เสนอกรอบแนวคิดในการดำเนินการพัฒนากองทุน

หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นในการพัฒนาสู่ความยั่งยืนใน 4 ประเด็นหลักดังนี้ ประเด็นที่ 1 กระบวนการในการบริหารจัดการกองทุนอย่างธรรมาภิบาล โดยยึดหลักให้คณะกรรมการ

กองทุนทำหน้าที่เป็นฟ facilitator คอยสนับสนุนหน่วยงานสุขภาพ องค์กรภาคีเครือข่ายภาคประชาชนให้สามารถขับเคลื่อนกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลได้อย่างไร้อุปสรรค และควรมีการกำกับติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพโดยการแต่งตั้งบุคคลภายนอกภาคีเครือข่าย และองค์กรภาคประชาชนเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการกองทุนฯ ประเด็นที่ 2 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น โดยสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน และภาคีเครือข่ายต่างๆ เพื่อบูรณาการในการทำงาน ประเด็นที่ 3 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจและทุนทางสังคมของประชาชนเพื่อให้ประชาชนสามารถรับทราบปัญหาของตนเอง และเกิดขบวนการเรียนรู้ในการจัดการปัญหาอย่างเป็นระบบซึ่งจะส่งผลดีต่อการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนให้เกิดความยั่งยืน ประเด็นที่ 4 กระบวนการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เพื่อให้มีขีดความสามารถในระเบียบข้อปฏิบัติของกองทุน และขอบเขตอำนาจหน้าที่ในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเพื่อให้การบริหารจัดการกองทุนที่มีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง(References)

- รุ่งเรือง แสงโกษา, เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร, สมเจตน์ ภูศรี (2557). รูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ (ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์) วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์, 8 (2) พฤษภาคม-สิงหาคม.
- กิตติ เมอะประโคน และคณะ(2558). การพัฒนารูปแบบการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจของคณะกรรมการ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำน้ำรอง อำเภอนโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์.วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 21 (1) มกราคม – เมษายน.
- รัตนศักดิ์ ยี่สารพัฒน์, ฤกษ์ ชุนลึก, ธนุย์สิริจน สุขเสริม (2559). การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ในเขตอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิชาการแพรวกาฬสินธุ์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์. 3 (1) มกราคม-เมษายน.
- นิชนันท์ งามน้อย,พีระพล รัตนะ(2559). ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดนนทบุรี.วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 10 (1) : มกราคม – มิถุนายน.
- พรทิพย์ ขุนวิเศษ, กาสัก เตชะขันหมาก, สมบูรณ์ สุขสำราญ(2560).รูปแบบการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการสู่ความเป็นเลิศของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในจังหวัดชัยนาท.วารสาร มจร. สังคมศาสตร์ปริทรรศน์.

- อัจฉราพร ยาสมุทร, นิทรา กิจธีระวุฒิมิวงษ์ (2559).ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น.วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 11 (1) มกราคม – มิถุนายน.
- บุญสุภะ ตัณทัย, พิศมัย จารุจิตติพันธ์ (2560).ศักยภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในจังหวัดภูเก็ต. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 12 (1) มกราคม-มิถุนายน.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2560). คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่. ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์ กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, สมเกียรติ ศรประสิทธิ์, ประสิทธิ์ เนียมกำเนิด (2561). การประเมินผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เขต 3 นครสวรรค์. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- น้ำฝน โพธิ์สุพรรณพงศ์ (2561). กระบวนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นจังหวัดนครปฐม.วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 2 (3) กันยายน – ธันวาคม.
- มนฤดี อุดมตัน, ประจักษ์ บัวผัน, มกราพันธุ์ จูฑะรส (2561). การดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จังหวัดสุรินทร์.วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 19 (1) มกราคม-มีนาคม.
- วิโรจน์ เอี่ยมระหงส์ (2562). การดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลอำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง.วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4, 9 (1) ตุลาคม - มีนาคม
- บุญสุภะ ตัณทัย, เรวัต อารีรอบ, อุเทน ทองทิพย์ (2562). การตอบสนองกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพในจังหวัดภูเก็ต.วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏ พระนคร.
- ปิยธิดา คูศิริบุญรัตน์, นิธิพนธ์ สีอุปถัด, ประเสริฐ ประสมรักษ์, ไพรินทร์ เนิชบุตร (2562). การบริหารจัดการแบบธรรมาภิบาลของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น.วารสารนานาชาติมหาวิทยาลัยขอนแก่น สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. มกราคม - เมษายน.
- จรัสทิพย์ ดังกิจเจริญ (2562). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย.วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์, 6 (9) พฤศจิกายน.

- นางสุวิมล ปานะชา(2562). การพัฒนาศักยภาพในการขับเคลื่อนการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จังหวัดสุพรรณบุรี.วารสารแพทย์เขต 4-5, 38 (1) มกราคม-มีนาคม.
- ฉัตร มาสวัสดิ์(2562).ประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลโคกพระเจดีย์ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม.วารสารการบริหารและสังคมศาสตร์ปริทรรศน์, 2 (1) มกราคม-มิถุนายน.
- วรรณุต มุ่งวิชา, วรพจน์ พรหมสัตยพรต, ฤกษ์ณ ชุนลิก (2562). รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชนเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ตำบลโนนสะอาด อำเภอสว่างวีรเจียง จังหวัดหนองบัวลำภู.วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 5 (1) มกราคม – มีนาคม.
- รัฐวรรณ กุลวงศ์, พิษณุรักษกันทวิ,ภัทรพล มากม(2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพตำบล การเสริมพลังอำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการจัดระบบสุขภาพชุมชน จังหวัดเชียงราย.วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 6 (2) เมษายน – มิถุนายน.
- Krathwohl, D. R., Bloom, B. S. & Masia, B. B. (1964). Taxonomy of Educational Objectives, the classification of educational goals–Handbook II: Affective Domain. New York: McKay

PDPA กฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

ฉัตรสมน พฤทธิปัญญา*

ด้วยว่า คณะรัฐมนตรี (ครม.) มีมติเห็นชอบออกพระราชกฤษฎีกา ขยายเวลาบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ไปอีก โดยจะใช้กฎหมายนี้เต็มรูปแบบในวันที่ 1 มิถุนายน 2565 โดยที่พระราชกฤษฎีกากำหนดยกเว้นไม่ให้นำบทบัญญัติบางส่วนของพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 มาใช้บังคับแก่บางหน่วยงานและบางกิจการในช่วงระยะเวลา 2563-2564 เหตุเพราะการปฏิบัติ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขตามที่พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 กำหนดนั้นมีรายละเอียดมากและซับซ้อน กับต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูง เพื่อให้การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสมดังเจตนารมณ์ของกฎหมาย ประกอบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง และรุนแรงยิ่งขึ้นจนถึงปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ และสังคมโดยรวมเป็นอย่างมาก ทำให้ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งเป็นหน่วยงานและกิจการต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชนจำนวนมากทั่วประเทศยังไม่พร้อมที่จะปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว

ทั้งนี้ พ.ร.บ. คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 (Personal Data Protection Act, 2019) หรือที่เรียกว่า “PDPA”) แตกต่างจาก พ.ร.บ. ข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2544 เนื่องจากกฎหมายข้อมูลข่าวสารราชการ นำใช้กับข้อมูลข่าวสารที่อยู่ในความครอบครองหรือควบคุมดูแลของหน่วยงานของรัฐ ทั้งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินงานของรัฐหรือข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล โดยมีหลักสำคัญคือ “ข้อมูลข่าวสารของทางราชการต้องเปิดเผย” แต่มีข้อยกเว้น คือ 1) ปกปิดในบางกรณี 2) ปกปิด ข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล (Personal Data) ทำให้สามารถระบุตัวบุคคลนั้นได้ ไม่ว่าจะทางตรงหรือทางอ้อม แต่ไม่รวมถึงข้อมูลของผู้ถึงแก่กรรมโดยเฉพาะเป็นข้อมูลเกี่ยวกับบุคคล ข้อมูลส่วนบุคคลนั้นถูกเก็บรวบรวมเพื่อใช้งานในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการแสดงผลในโซเชียลเน็ตเวิร์กต่างๆ เพื่อบอกเอกลักษณ์ เช่น เพศ อายุ ชื่อ วันเกิด ลายนิ้วมือ หรือประวัติการท่องเว็บ Cookie, Location,

*อาจารย์ประจำภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Browsing History, ที่อยู่ เบอร์โทร รายชื่อเพื่อน E – mail รหัสประจำตัว ฯลฯ ถือเป็นข้อมูลส่วนบุคคลทั้งสิ้น แต่เดิมการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ประเทศไทยใช้กฎหมายอยู่ 6 ฉบับ ได้แก่ 1) การคุ้มครองสิทธิความเป็นส่วนตัวตามรัฐธรรมนูญ มาตรา 32 2) การคุ้มครองสิทธิของบุคคล ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 420 3) ความผิดอาญาฐานหมิ่นประมาท ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 326 4) ความผิดอาญฐานนำเข้าข้อมูลอันเป็นเท็จในระบบคอมพิวเตอร์ ตาม พ.ร.บ. ว่าด้วยความรับผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ 5) พ.ร.บ. ข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ. 2544 6) พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 7

ปัจจุบัน ระบบเครือข่ายออนไลน์กลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันไปแล้ว มีหลากหลายช่องทางในการติดต่อสื่อสารเพื่อวัตถุประสงค์ต่างๆ มีแพลตฟอร์มจำนวนมากให้เลือกใช้ โดยแต่ละช่องทางที่ใช้งานก็จะมีการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลก่อนเข้าใช้งานด้วย เช่น ชื่อ นามสกุล Email เบอร์โทรศัพท์ ที่อยู่ หรือข้อมูลส่วนตัวอื่น ๆ ตามแต่ที่เจ้าของช่องทางเรียกขอข้อมูล

การประกาศใช้ PDPA นี้จะมีบทบาทในการคุ้มครองและให้สิทธิที่ควรมีต่อข้อมูลส่วนบุคคลเองได้ รวมไปถึงการสร้างมาตรฐานของบุคคลหรือนิติบุคคล ในการเก็บข้อมูลส่วนบุคคล รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ใช้ข้อมูลส่วนบุคคล หรือเพื่อการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลก็ตาม ซึ่งล้วนแล้วเกี่ยวข้องกับ พ.ร.บ. ฉบับนี้ที่จะต้องปฏิบัติตาม หากผู้ใดหรือองค์กรใดไม่ปฏิบัติตาม ย่อมมีบทลงโทษตามกฎหมายตามมา ซึ่งบทลงโทษของ PDPA สำหรับผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามนั้น มีทั้งโทษทางแพ่ง โทษทางอาญา และโทษทางปกครองด้วย

PDPA มีหลักการสำคัญคือ 1) ห้าม “ประมวลผลข้อมูล (processing)” กับ “ข้อมูลส่วนบุคคล” ของผู้อื่น เว้นแต่จะมีเหตุตามกฎหมาย 2) เมื่อต้อง “ประมวลผลข้อมูล” ต้องมีรูปแบบและวิธีการที่เหมาะสม และ 3) ถ้าฝ่าฝืน มีโทษตามกฎหมาย การประมวลผลมี 2 ชนิด คือการเก็บรวบรวม (storage and collection) และการใช้หรือเปิดเผย (usage and disclose) กฎหมายฉบับนี้คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลธรรมดาเท่านั้น เนื่องจากองค์กร บริษัท ธุรกิจห้างร้าน หรือแพลตฟอร์มต่าง ๆ ที่มีการเก็บข้อมูลส่วนบุคคล ไม่ว่าจะเป็นลูกค้า ผู้ใช้งาน หรือจะเป็นพนักงานที่ทำงานภายในองค์กรเองก็ตาม ดังนั้น ทุกคนควรตระหนักถึงสิทธิในข้อมูลส่วนบุคคล อย่างไรก็ตาม มีบทยกเว้นประเภทของกิจกรรมที่ได้รับยกเว้น (มาตรา 4) แต่ทั้งนี้ แม้จะได้รับยกเว้น ต้องจัดให้มีการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคลให้เป็นไปตามมาตรฐานด้วย กิจกรรมที่ได้รับยกเว้นตามมาตรา 4 มีดังนี้

1) การเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย เพื่อประโยชน์ส่วนรวมหรือเพื่อกิจกรรมในครอบครัวของบุคคลนั้น

2) การดำเนินการของหน่วยงานของรัฐ ที่มีหน้าที่รักษาความมั่นคงของรัฐ (การคลัง) การรักษาความปลอดภัยของประชาชน การป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน นิติวิทยาศาสตร์ ความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์

3) การเก็บรวบรวมเพื่อกิจการสื่อสารมวลชน งานศิลปกรรม งานวรรณกรรมตามจริยธรรมแห่งการประกอบวิชาชีพ หรือประโยชน์สาธารณะ

4) สภาผู้แทนราษฎร วุฒิสภา รัฐสภา กรรมการการ ตามอำนาจหน้าที่

5) การพิจารณาพิพากษาคดีของศาล การดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ในกระบวนการพิจารณาคดี การบังคับคดี การวางทรัพย์ การดำเนินงานตามกระบวนการยุติธรรมทางอาญา

6) การดำเนินการกับข้อมูลของบริษัทข้อมูลเครดิตและสมาชิกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบข้อมูลเครดิต

ทั้งนี้ การประกาศใช้ PDPA เพื่อเพิ่มมาตรฐานนโยบายการรักษาข้อมูลส่วนบุคคลให้ปลอดภัยและนำไปใช้ให้ถูกวัตถุประสงค์ตามคำยินยอมที่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลได้ให้ไว้ องค์กรขนาดใหญ่ที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและมีการนำข้อมูลส่วนบุคคลไปใช้เป็นจำนวนมาก ต้องปรับให้สอดคล้องกับทิศทางของกฎหมายฉบับนี้ บุคคลผู้เกี่ยวข้องใน PDPA ได้แก่ เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล (Data Subject: DS) ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล (Data Controller: DC) ผู้ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล (Data Processor: DP) เจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (Data Protection Officer: DPO) และ บุคคลที่สาม (Third Party: TP) สามารถสรุปประเด็นได้ ดังนี้

1. เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลต้องยินยอมก่อน

เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล (Data Subject : DS) คือ บุคคลผู้มีชีวิตอยู่ที่ข้อมูลสามารถระบุได้ทั้งทางตรง และทางอ้อม ว่าเป็นใคร มีสิทธิบางอย่าง ตามที่กฎหมายกำหนดการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลจะต้องได้รับการยินยอมจากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลนั้น โดยทำให้ชัดเจน เป็นหนังสือหรือทำโดยผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์

2. ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลต้องแจ้งวัตถุประสงค์ให้ชัดเจน

ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล (Data Controller : DC) คือบุคคลหรือนิติบุคคลซึ่งมีอำนาจหน้าที่ตัดสินใจเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ต้องแจ้งวัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลให้เจ้าของข้อมูลทราบ โดยการขอความยินยมนั้น ต้องแยกส่วนออกจากข้อความอื่นอย่างชัดเจน มีแบบหรือข้อความที่เข้าถึงได้ง่าย เข้าใจได้ รวมถึงใช้ภาษาที่อ่านง่าย ไม่ทำให้เจ้าของข้อมูลเข้าใจผิดในวัตถุประสงค์ดังกล่าว ทั้งนี้ในการให้ความยินยอม ต้องไม่มีเงื่อนไขที่ไม่มีความเกี่ยวข้องสำหรับการเข้าทำสัญญา ซึ่งรวมถึงการให้บริการนั้น ๆ

ถ้าการถอนความยินยอมส่งผลกระทบต่อเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลในเรื่องใด ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลต้องแจ้งให้เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลทราบถึงผลกระทบจากการถอนความยินยอมนั้น

3. สิทธิเจ้าของข้อมูล (Data Owner)

ผู้ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล (Data Processor : DP) คือบุคคลหรือนิติบุคคลซึ่งดำเนินการเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลตามคำสั่งหรือในนามของผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล ทั้งนี้ บุคคลหรือนิติบุคคลซึ่งดำเนินการดังกล่าวไม่เป็นผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล และไม่ใช่เจ้าหน้าที่ของผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลมีสิทธิถอนความยินยอมเมื่อใดก็ได้และต้องถอนความยินยอมได้ง่าย เช่นเดียวกับการให้ความยินยอม

เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลมีสิทธิขอเข้าถึงและขอรับสำเนาข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับตน ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล หรือขอให้เปิดเผยถึงการได้มาซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวที่ตนไม่ได้ให้ความยินยอม

เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลมีสิทธิคัดค้านการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับตนเมื่อใดก็ได้ ดังนี้

- 1) กรณีได้รับยกเว้นไม่ต้องขอความยินยอม
- 2) เพื่อวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการตลาดแบบตรง
- 3) เพื่อวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการศึกษาวิจัยทางวิทยาศาสตร์ ประวัติศาสตร์ หรือสถิติ เว้นแต่เป็นการจำเป็นเพื่อการดำเนินการกิจเพื่อประโยชน์สาธารณะของผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล
- 4) เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลมีสิทธิขอให้ลบ ทำลาย หรือทำให้ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นข้อมูลที่ไม่สามารถระบุตัวบุคคลที่เป็นเจ้าของข้อมูลได้

4. หน้าที่ผู้ควบคุมข้อมูล (Data Controller)

- 1) ต้องดำเนินการให้ข้อมูลส่วนบุคคลนั้นถูกต้องเป็นปัจจุบัน สมบูรณ์ และไม่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิด
- 2) จัดให้มีมาตรการรักษาความมั่นคงปลอดภัยที่เหมาะสม
- 3) ดำเนินการลบหรือทำลายข้อมูลส่วนบุคคลเมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาการรักษา
- 4) แจ้งเหตุการละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลแก่สำนักงานโดยไม่ชักช้าภายในเจ็ดสิบสอง (72) ชั่วโมง
- 5) กำหนดหน้าที่และควบคุมการดำเนินงานของผู้ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล

- 6) จัดให้มีเจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของตน
- 7) บันทึกรายการ
- 8) ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีการเก็บรวบรวม
- 9) วัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวม
- 10) ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล
- 11) ระยะเวลาการเก็บรักษาข้อมูล
- 12) สิทธิวิธีการเข้าถึงข้อมูลรวมทั้งเงื่อนไขเกี่ยวกับบุคคลที่มีสิทธิเข้าถึงข้อมูล
- 13) การใช้หรือเปิดเผยข้อมูล
- 14) การปฏิเสธคำขอหรือการคัดค้าน
- 15) คำอธิบายเกี่ยวกับมาตรการรักษาความมั่นคงปลอดภัย

5. เจ้าหน้าที่ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล (Data Processor)

- 1) เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลตามคำสั่งที่ได้รับจากผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลเท่านั้น
- 2) จัดให้มีมาตรการรักษาความมั่นคงปลอดภัยที่เหมาะสม รวมทั้งแจ้งให้ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลทราบถึงเหตุการณ์ละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลที่เกิดขึ้น
- 3) จัดให้มีเจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของตน
- 4) จัดทำและเก็บรักษาบันทึกรายการของกิจกรรมการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล

6. เจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

เจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (Data Protection Officer : DPO) คือผู้ที่ได้รับมอบหมายเพื่อทำหน้าที่ให้คำแนะนำ หรือตรวจสอบการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของหน่วยงาน/องค์กร/สถาบัน ให้เป็นไปตามกฎหมาย เจ้าหน้าที่ในทุกแผนก หรือทุกส่วนงาน ที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการ เพื่อการประมวลผลข้อมูล

- 1) ให้คำแนะนำผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลหรือผู้ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติตามกฎหมายนี้
- 2) ตรวจสอบเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล
- 3) ประสานงานและให้ความร่วมมือกับสำนักงานในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้

4) รักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคลที่ตนล่วงรู้

7. บทลงโทษ

ความรับผิดทางแพ่ง

1) ชดใช้ค่าสินไหมทดแทนแก่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล และให้หมายความรวมถึงค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลได้ใช้จ่ายไปตามความจำเป็นในการป้องกันความเสียหายที่กำลังจะเกิดขึ้นหรือระดับความเสียหายที่เกิดขึ้นแล้วด้วย สรุปคือค่าเสียหายตามจริง เป็นค่าเสียหายเชิงลงโทษ ค่าสินไหมสูงสุดสองเท่าของค่าเสียหายตามจริง

2) อายุความ 3 ปี นับแต่วันที่ผู้เสียหายรู้ถึงความเสียหายและรู้ตัวผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลหรือผู้ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล และ อายุความ 10 ปี นับแต่วันที่มีการละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล

โทษอาญา

1) ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลผู้ใดฝ่าฝืน น่าจะทำให้ผู้อื่นเกิดความเสียหาย เสียชื่อเสียง ถูกดูหมิ่น ถูกเกลียดชัง หรือได้รับความอับอาย มีโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน (6 เดือน) หรือปรับไม่เกินห้าแสน (500,000) บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

2) ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลผู้ใดฝ่าฝืน เพื่อแสวงหาประโยชน์ที่มิควรได้โดยชอบด้วยกฎหมายสำหรับตนเองหรือผู้อื่น มีโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี (1 ปี) หรือปรับไม่เกินหนึ่งล้าน (1,000,000) บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

3) ล่วงรู้ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้อื่น เนื่องจากการปฏิบัติหน้าที่และนำไปเปิดเผยแก่ผู้อื่น มีโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน (6 เดือน) หรือปรับไม่เกินห้าแสน (500,000) บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

โทษทางปกครอง

1) ไม่ขอความยินยอมตามแบบหรือข้อความที่คณะกรรมการประกาศ หรือไม่แจ้งผลกระทบจากการถอนความยินยอม มีโทษปรับทางปกครองไม่เกินหนึ่งล้าน (1,000,000) บาท

2) ขอความยินยอมโดยการหลอกลวงหรือทำให้เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลเข้าใจผิดในวัตถุประสงค์ ส่ง หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล โดยไม่มีมาตรฐานการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลที่เพียงพอ มีโทษปรับทางปกครองไม่เกินสามล้าน (3,000,000) บาท

3) เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลโดยไม่ได้รับความยินยอม มีโทษปรับทางปกครองไม่เกินห้าล้าน (5,000,000) บาท

- 4) ต้องจัดให้มีเจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ไม่ปฏิบัติตามมีโทษปรับทางปกครองไม่เกินหนึ่ง (1,000,000) ล้านบาท
- 5) ผู้ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลผู้ใดไม่ปฏิบัติตามมาตรา 40 โดยไม่มีเหตุอันควร หรือส่งหรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลโดยไม่เป็นไปตามมาตรา 29 วรรคหนึ่งหรือวรรคสาม หรือไม่ปฏิบัติตามมาตรา 37 (5) ซึ่งได้นำมาใช้บังคับโดยอนุโลมตามมาตรา 38 วรรคสอง ต้องระวางโทษปรับทางปกครองไม่เกินสามล้าน (3,000,000) บาท
- 6) ผู้ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลผู้ใดส่งหรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลโดยไม่เป็นไปตามนโยบายในการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้รับการตรวจสอบและรับรอง หรือไม่มีมาตรการคุ้มครองที่เหมาะสมตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการประกาศกำหนด มีโทษปรับทางปกครองไม่เกินห้าล้าน (5,000,000) บาท
- 7) ตัวแทนผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลหรือตัวแทนผู้ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลผู้ใดไม่ปฏิบัติตามมาตรา 39 วรรคหนึ่ง ซึ่งได้นำมาใช้บังคับโดยอนุโลมตามมาตรา 39 วรรคสอง และมาตรา 41 วรรคหนึ่ง ซึ่งได้นำมาใช้บังคับโดยอนุโลมตามมาตรา 41 วรรคสี่ ต้องระวางโทษปรับทางปกครองไม่เกินหนึ่งล้าน (1,000,000) บาท
- 8) ผู้ใดไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญหรือไม่อำนวยความสะดวกแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ มีโทษปรับทางปกครองไม่เกินห้าแสน (500,000) บาท
- 9) กรณีที่เห็นสมควรคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญจะสั่งให้แก้ไขหรือตัดเตือนก่อนก็ได้

8. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (ส.ค.ส.) เป็นหน่วยงานที่คอยกำหนดมาตรฐานในการเก็บรวบรวม การใช้ และการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล และให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ภาครัฐ เอกชน และบุคคลทั่วไปให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล

คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ มีหน้าที่พิจารณาเรื่องร้องเรียนเมื่อมีการละเมิด ตรวจสอบผู้เก็บข้อมูลส่วนบุคคล หรือผู้ประมวลผลข้อมูลที่เกี่ยวข้องให้เกิดความเสียหายแก่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล และใกล้เคียงข้อพิพาทต่าง ๆ

เอกสารอ้างอิง

พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 เล่ม 136 ตอนที่ 69 ก ราชกิจจานุเบกษา 27 พฤษภาคม 2562

พระราชกฤษฎีกากำหนดหน่วยงานและกิจการที่ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลไม่อยู่ภายใต้บังคับ แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2564 เล่ม 138 ตอนที่ 32 ก ราชกิจจานุเบกษา 8 พฤษภาคม 2564

เลื่อน !! PDPA กฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล เริ่มใช้ปี 65 พร้อมแนวทางการรับมือของภาคธุรกิจ เข้าถึง <https://pdpa.pro/blogs/postpone-of-pdpa-and-guidelines>

PDPA คือ พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 เข้าถึง <https://t-reg.co/blog/t-reg-knowledge/what-is-pdpa/>

ตัวอย่างการประกาศการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

นโยบายการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสภาอากาศไทย พ.ศ. 2564

สภาอากาศไทย เป็นองค์กรสาธารณะกุศลระดับชาติมีการ ดำเนินการเพื่อมนุษยธรรม ตามหลักการสากล เป็นองค์กรที่มีลักษณะเป็นพลวัต และนวัตกรรม โดยมีวิสัยทัศน์ที่จะก้าวไปข้างหน้าสู่ความเป็นเลิศ เป็นไปตามคตินี้ ซึ่งสภาอากาศไทยมีพันธกิจหลักอยู่ 4 กลุ่ม ดังนี้

1. การบริการทางการแพทย์และสุขภาพอนามัย
2. การบรรเทาทุกข์ผู้ประสบภัย
3. การบริการโลหิต
4. การส่งเสริมคุณภาพชีวิต

เนื่องจากสภาอากาศไทยมีกิจกรรมและให้บริการต่าง ๆ อาทิ การรับบริจาค การช่วยเหลือผู้ประสบภัย การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เด็กและเยาวชน การให้บริการทางการแพทย์ การรับสมัครอาสาสมัคร เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมและการให้บริการในสังกัดสภาอากาศไทย จะจัดให้มีการดำเนินการต่าง ๆ เพื่อคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล บนหลักการที่กำหนดไว้ตามนโยบายฉบับนี้ เว้นแต่บางกิจกรรมและการบริการอื่นใด ที่มีการกำหนดและประกาศนโยบายการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลไว้เป็นการเฉพาะ ซึ่งท่านสามารถอ่านและทำความเข้าใจได้ตามประกาศที่เว็บไซต์ หรือในเอกสารแยกตามประเภทกิจกรรมหรือบริการของสภาอากาศไทย

1.ขอบเขตและการบังคับใช้

นโยบายการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลฉบับนี้ ใช้บังคับกับสภาอากาศไทย บุคลากรของสภาอากาศไทย และบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการใด ๆ เช่น การเก็บรวบรวม บันทึก จัดระบบ ทำโครงสร้าง เก็บรักษา ปรับปรุง เปลี่ยนแปลง คุ้มครอง ใช้ เผยแพร่ ส่งต่อ เผยแพร่ โอน ผสมเข้าด้วยกัน ลบ ทำลาย กับข้อมูลส่วนบุคคลตามกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลที่บังคับใช้ในปัจจุบัน หรือที่จะมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว

สภาอากาศไทยมีความมุ่งมั่นเสมอมาในการให้ความสำคัญกับการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล การล่วงละเมิดสิทธิในข้อมูลส่วนบุคคล การควบคุมการใช้ข้อมูล และการป้องกันการรั่วไหลของข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยความรับผิดชอบต่องาน นโยบายฉบับนี้ได้จัดทำขึ้น เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและได้รับความไว้วางใจจากท่านในการ

ดำเนินการจัดการข้อมูลส่วนบุคคลของท่านอย่างเหมาะสม และมีมาตรการรักษาความปลอดภัยข้อมูลส่วนบุคคลตามที่กฎหมายกำหนด เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานที่ใช้กันทั้งในและต่างประเทศ

2. การประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล

2.1 สภาวิชาชีพจะเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่านตามที่กฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลอนุญาตให้ทำได้ โดยท่านสามารถตรวจสอบวัตถุประสงค์ของการใช้ การเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล และประเภทข้อมูลที่สภาวิชาชีพจะเก็บรวบรวมจากหนังสือแจ้งการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของแต่ละกิจกรรมของสภาวิชาชีพ ซึ่งท่านได้เข้าทำธุรกรรมใด ๆ กับสภาวิชาชีพ ตามช่องทางกิจกรรมดังนี้

2.1.1 งานบริการทางการแพทย์และโรงพยาบาล รายละเอียดหนังสือแจ้งการประมวลผลข้อมูลสำหรับกิจกรรมนี้

2.1.2 งานบรรเทาทุกข์ อาสาสมัคร และการจัดอบรม รายละเอียดหนังสือแจ้งการประมวลผลข้อมูลสำหรับกิจกรรมนี้

2.1.3 ศูนย์รับบริจาค และให้การสนับสนุนทางวิทยาศาสตร์และการแพทย์ รายละเอียดหนังสือแจ้งการประมวลผลข้อมูลสำหรับกิจกรรมนี้

2.2 ในกรณีที่สภาวิชาชีพจะใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน เพื่อวัตถุประสงค์อื่นใดเป็นการเฉพาะนอกเหนือจากที่กล่าวมา สภาวิชาชีพจะดำเนินการแจ้งให้ท่านทราบเป็นครั้งคราว และอาจขอความยินยอมจากท่านเป็นกรณี ๆ ไป โดยพิจารณาจากประเภทของข้อมูล

ข้อมูลอ่อนไหว (Sensitive Data) กฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลได้มีการกำหนดข้อมูลบางประเภทให้เป็นข้อมูลที่มีความอ่อนไหว เช่น เชื้อชาติ ศาสนา พฤติกรรมทางเพศ ความคิดเห็นทางการเมือง ความพิการ ข้อมูลพันธุกรรม ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลสุขภาพ เป็นต้น และการเก็บรวบรวมจะทำได้ต้องเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด ซึ่งรวมถึงอาจต้องได้รับความยินยอมจากเจ้าของข้อมูล ดังนั้น สภาวิชาชีพจะดำเนินการเก็บข้อมูลอ่อนไหวเฉพาะในกรณีที่จำเป็นเท่านั้น และสภาวิชาชีพจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างชัดแจ้งถึงเหตุผลความจำเป็น รวมถึงอาจขอความยินยอมจากท่านเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลอ่อนไหวดังกล่าว

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เยาว์ บุคคลเสมือนไร้ความสามารถ และบุคคลไร้ความสามารถ (“บุคคลที่ถูกจำกัดความสามารถทางกฎหมายในการทำธุรกรรม”) สภาวิชาชีพจะทำการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลที่ถูกจำกัดความสามารถทางกฎหมายในการทำธุรกรรมเฉพาะกรณีและตามแนวทางที่กฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลกำหนด โดยในกรณีที่สภาวิชาชีพมีความจำเป็นจะต้องขอความยินยอมในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลที่ถูกจำกัดความสามารถทางกฎหมายในการทำธุรกรรมสำหรับกิจกรรมใด สภาวิชาชีพจะดำเนินการขอความยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้ใช้อำนาจปกครอง ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล ที่มีอำนาจกระทำการแทนบุคคลดังกล่าว เว้นแต่เป็นกรณีขอความยินยอมในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เยาว์ที่มีอายุมากกว่า 10 ปี ซึ่งเป็นการเฉพาะตัวหรือ เป็นการสมมุติฐานารูปแห่งตนและเป็นการอันจำเป็นในการดำรงชีพอันสมควร ซึ่งผู้เยาว์ดังกล่าวสามารถให้ความยินยอมโดยลำพังได้

2.3 สภาวิชาชีพอาจมีการเก็บรวบรวมข้อมูลของท่าน เมื่อท่านได้มีปฏิสัมพันธ์หรือเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของสภาวิชาชีพ อาทิ สมัครเป็นอาสาสมัคร ลงทะเบียนเพื่อร่วมกิจกรรมกับสภาวิชาชีพ สนับสนุนการดำเนินงานของสภาวิชาชีพผ่านการบริจาค การซื้อสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ในงานที่สภาวิชาชีพเป็นผู้จัด

ขึ้น การระดมเงินเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยในนามของสภาอากาศไทย การบอกเล่าเรื่องราวของท่านหรือให้คำแนะนำชมของท่าน เข้าเป็นคู่สัญญากับสภาอากาศไทย ยื่นเอกสารคำร้อง คำขอ ประเภทต่างๆ เข้าใช้บริการต่างๆ ของสภาอากาศไทย เยี่ยมชมเพื่อทำความรู้จักสภาอากาศไทย หรือการบันทึกภาพจากกล้อง CCTV กล้องวิดีโอ กล้องถ่ายภาพนิ่งของสภาอากาศไทยเมื่อท่านเข้ามาในสถานที่ของสภาอากาศไทย หรือในสถานที่ร่วมกิจกรรมของสภาอากาศไทย เป็นต้น

2.4 สภาอากาศไทยอาจเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของท่านจากแหล่งอื่นที่ไม่ได้มาจากท่านโดยตรง เช่น จากหน่วยงานภาครัฐ หรือภาคเอกชนซึ่งเป็นพันธมิตรของสภาอากาศไทย หรือจากแหล่งข้อมูลสาธารณะอื่น ๆ เช่น ข้อมูลที่เปิดเผยโดยรัฐบาล และหน่วยงานทางวิชาชีพ สื่อ หรือ เอกสารเผยแพร่สาธารณะ เป็นต้น

2.5 สภาอากาศไทยอาจมีการเก็บรวบรวมข้อมูลของท่านตามที่ท่านมีปฏิสัมพันธ์กับสภาอากาศไทยผ่านโซเชียลมีเดียแพลตฟอร์ม เช่น Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn, Line เป็นต้น โดยสภาอากาศไทยอาจใช้เทคโนโลยีอัตโนมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าว เมื่อท่านใช้งานเว็บไซต์หรือแอปพลิเคชันของสภาอากาศไทย ผ่านคอมพิวเตอร์ และ/หรืออุปกรณ์พกพาของท่าน ซึ่งเทคโนโลยีอัตโนมัตินี้อาจรวมถึงคุกกี้ เว็บพิกคอน พิกเซลแท็ก และเทคโนโลยีการติดตามอื่น ๆ ที่มีลักษณะคล้ายกัน โดยข้อมูลที่สภาอากาศไทยได้รับและเก็บรวบรวมนี้อาจขึ้นอยู่กับที่ตั้งค่าความเป็นส่วนตัวส่วนบุคคลของท่านและนโยบายความเป็นส่วนตัวของโซเชียลมีเดียแพลตฟอร์มนั้นๆ รวมไปถึงข้อมูลการใช้งานหรือบริการของท่านบนเว็บไซต์ของสภาอากาศไทย เช่น หน้าเพจที่ท่านเข้าเยี่ยมชมหรือใช้บริการ หรือลิงก์ต่าง ๆ ที่ท่านได้คลิกเพื่อเข้าถึงเนื้อหาส่วนอื่นของเว็บไซต์ หรือออกไปสู่เว็บไซต์หรือแอปพลิเคชันของบุคคลที่สาม เป็นต้น รวมถึงเก็บรวบรวมข้อมูลทางเทคนิคเมื่อท่านใช้งานเว็บไซต์ของสภาอากาศไทย เช่น ประเภทระบบปฏิบัติการ ประเภทเบราว์เซอร์ การตั้งค่า ประเภทอุปกรณ์ที่ใช้ หรือข้อมูลประเภท Uniform Resource Locator ที่อยู่ไอพี (IP Address) เป็นต้น

การใช้คุกกี้ คุกกี้ (Cookie) คือ ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ขนาดเล็ก จัดเก็บในลักษณะของไฟล์ข้อความ (Text file) ที่จะถูกส่งไปยังเบราว์เซอร์ของเจ้าของข้อมูล เพื่อส่งข้อมูลกลับมายังเซิร์ฟเวอร์ทุกครั้งที่เราของข้อมูลได้มีการเยี่ยมชมหน้าเว็บไซต์ โดยเว็บไซต์ของสภาอากาศไทยจะส่งคุกกี้ไปยังเบราว์เซอร์ของท่าน และอาจมีการบันทึกลงในเครื่องคอมพิวเตอร์หรืออุปกรณ์ที่ท่านใช้เข้าเว็บไซต์ ซึ่งคุกกี้มีประโยชน์สำคัญในการทำให้อินเทอร์เน็ตสามารถจดจำการตั้งค่าต่าง ๆ บนอุปกรณ์ของท่านได้

ทั้งนี้ เมื่อท่านเลือกการบริการใด ๆ ของสภาอากาศไทย ลงทะเบียนรับข่าวสารหรือการแจ้งทางอีเมล กรอกข้อมูลแบบฟอร์มออนไลน์ หรือกรอกแบบสอบถาม สภาอากาศไทยอาจจะเบราว์เซอร์ของท่าน และนำข้อมูลจากคุกกี้ และข้อมูลอื่นที่เก็บรวบรวมออนไลน์ไปใช้ร่วมกับข้อมูลอื่นที่อยู่ในความครอบครองของสภาอากาศไทย ทั้งนี้ ท่านอาจลบการตั้งค่าเบราว์เซอร์เพื่อยกเลิกการใช้คุกกี้ และยังคงใช้งานเว็บไซต์ของสภาอากาศไทยต่อไปได้ รายละเอียดเพิ่มเติมเป็นไปตามนโยบายคุกกี้ (Cookie Policy)

2.6 สภาอากาศไทยจะเก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคลของท่านไว้เป็นระยะเวลาตามที่วัตถุประสงค์ของการนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ยังคงมีอยู่ หลังจากนั้นสภาอากาศไทยจะลบและทำลายข้อมูลดังกล่าว เว้นแต่กรณีจำเป็นต้องเก็บรักษาข้อมูลต่อไปตามที่กฎหมายที่เกี่ยวข้องกำหนด หรือเพื่อเป็นการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของสภาอากาศไทย โดยปกติระยะเวลาการเก็บข้อมูลสูงสุดจะไม่เกินกำหนดระยะเวลา 10 (สิบ) ปี เว้นแต่จะมีกฎหมายกำหนดให้เก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นระยะเวลานานกว่าที่กำหนดไว้ดังกล่าวข้างต้น หรือหากมีความจำเป็นเพื่อ

วัตถุประสงค์อื่น ๆ เช่น เพื่อความปลอดภัย เพื่อการป้องกันการละเมิดหรือการประพฤติมิชอบ หรือเพื่อการเก็บบันทึกทางการเงิน เป็นต้น

2.7 สภาวิชาชีพจะไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าของข้อมูล โดยไม่มีฐานการประมวลผลข้อมูลโดยชอบด้วยกฎหมาย โดยข้อมูลของท่านอาจถูกเปิดเผย หรือโอนไปยังองค์กรภาครัฐและภาคเอกชน หน่วยงานของรัฐ หรือผู้ให้บริการภายนอก

ในกรณีที่สภาวิชาชีพจำเป็นต้องส่งข้อมูลส่วนบุคคลของท่านให้แก่บุคคลภายนอก สภาวิชาชีพจะดำเนินการตามขั้นตอนที่เหมาะสมเพื่อให้มั่นใจว่า บุคคลภายนอกจะดูแลข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ไม่ให้เกิดการสูญหาย การเข้าถึงข้อมูลโดยไม่ได้รับอนุญาต การใช้ การดัดแปลง หรือการเปิดเผยและการใช้งานที่ไม่ถูกต้อง

2.8 สภาวิชาชีพจะทำการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลต่อผู้รับข้อมูลในต่างประเทศ เฉพาะกรณีที่กฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลกำหนดให้ทำได้เท่านั้น ทั้งนี้ สภาวิชาชีพอาจปฏิบัติตามหลักการเกณฑ์การโอนข้อมูลระหว่างประเทศ โดยเข้าทำข้อสัญญามาตรฐานหรือใช้กลไกอื่นที่พึงมีตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลที่ใช้บังคับ และสภาวิชาชีพอาจอาศัยสัญญาการโอนข้อมูล หรือกลไกอื่นที่ได้รับการอนุมัติ เพื่อการโอนข้อมูลส่วนบุคคลไปยังต่างประเทศ

3.การรักษาความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคล

3.1 สภาวิชาชีพจะใช้มาตรการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งครอบคลุมถึงมาตรการป้องกันด้านการบริหารจัดการ (Administrative Safeguard) มาตรการป้องกันด้านเทคนิค (Technical Safeguard) และมาตรการป้องกันทางกายภาพ (Physical Safeguard) ในเรื่องการเข้าถึงหรือควบคุมการใช้งานข้อมูลส่วนบุคคล (Access Control) เพื่อป้องกันการเข้าถึงและเปิดเผยข้อมูลโดยไม่ได้รับอนุญาต และสอดคล้องกับการดำเนินงานของสภาวิชาชีพ และมาตรฐานที่รับรองโดยทั่วไป

3.2 สภาวิชาชีพกำหนดให้เจ้าหน้าที่ของสภาวิชาชีพ เข้ารับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูล นอกจากนี้ สภาวิชาชีพยังมีการจัดจ้างผู้ให้บริการภายนอกเพื่อดำเนินการตรวจสอบสถานะให้แน่ใจว่า ผู้ให้บริการภายนอกที่สภาวิชาชีพทำการว่าจ้างจะมีการใช้มาตรการในการเก็บรวบรวม ประมวลผล โอนย้าย จัดการ และรักษาความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลอย่างเพียงพอในการให้บริการภายใต้วัตถุประสงค์ของสภาวิชาชีพ

3.3 สภาวิชาชีพจะมีการสอบทานและปรับปรุงมาตรการดังกล่าวตามความจำเป็นเพื่อให้แน่ใจว่าการประมวลผลข้อมูลดังกล่าวเป็นไปตามมาตรฐานต่างๆ ของประเทศและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง

อย่างไรก็ดีแม้ว่าสภาวิชาชีพจะทุ่มเทและใช้ความพยายามในการดูแลข้อมูลให้มีความปลอดภัย ด้วยการใช้เครื่องมือทางเทคนิคควบคู่กับการบริหารจัดการโดยบุคคล เพื่อควบคุมและรักษาความปลอดภัยข้อมูล มิให้มีการเข้าถึงข้อมูลส่วนตัวหรือข้อมูลที่เป็นความลับของเจ้าของข้อมูลโดยไม่ได้รับอนุญาต แต่อาจไม่สามารถป้องกันความผิดพลาดได้ทุกประการ เช่น การปกป้องข้อมูลของเจ้าของข้อมูลจากการถูกโจมตีโดยไวรัสคอมพิวเตอร์ หรือถูกเข้าถึงโดยบุคคลที่ไม่มีความสามารถ เจ้าของข้อมูลจึงควรติดตามข่าวสารเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ให้ทันสมัยอยู่เสมอ ติดตั้งซอฟต์แวร์ประเภท personal firewall เพื่อป้องกันคอมพิวเตอร์จากการโจมตี หรือโจรกรรมข้อมูล

4.การรองรับการใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล

ภายใต้กฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล เจ้าของข้อมูลสามารถใช้สิทธิตามที่กฎหมายกำหนด โดยมีสิทธิดังต่อไปนี้

- 4.1 สิทธิในการเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคล
- 4.2 สิทธิในการแก้ไขข้อมูลส่วนบุคคลให้ถูกต้อง
- 4.3 สิทธิในการโอนถ่ายข้อมูลส่วนบุคคล
- 4.4 สิทธิในการขอให้ลบข้อมูลส่วนบุคคล
- 4.5 สิทธิในการระงับใช้ข้อมูลส่วนบุคคล
- 4.6 สิทธิในการคัดค้านการเก็บ การใช้ การเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล
- 4.7 สิทธิในการถอนความยินยอม

ในกรณีที่เจ้าของข้อมูลเคยให้ความยินยอมใด ๆ ไว้ให้แก่สภาาชาตไทย (ที่ไม่ใช่ความยินยอมตามที่กฎหมายอื่นกำหนด) เจ้าของข้อมูลสามารถเพิกถอนความยินยอมดังกล่าวเมื่อใดก็ได้ แต่อาจกระทบต่อการให้บริการบางประการซึ่งจะได้แจ้งให้เจ้าของข้อมูลทราบในเวลาเจ้าของข้อมูลขอถอนความยินยอม

5. การติดต่อกับสภาาชาตไทย

หากท่านเห็นว่า การประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของท่านไม่เป็นไปตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 ท่านมีสิทธิที่จะร้องเรียนเป็นลายลักษณ์อักษรไปที่เจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสภาาชาตไทยผ่านช่องทางที่ระบุไว้ด้านล่าง ทั้งนี้ สภาาชาตไทยจะตอบกลับมายังท่านภายในระยะเวลาที่สมเหตุสมผล และไม่เกินระยะเวลาที่กฎหมายกำหนด ทั้งนี้ สภาาชาตไทยจะใช้ความพยายามทุกวิถีทาง เพื่อแก้ไขข้อร้องเรียนหรือปัญหาต่าง ๆ โดยเร็วที่สุดเท่าที่ทำได้

อย่างไรก็ตาม สภาาชาตไทยจะชี้แจงให้ท่านทราบ หากคำร้องขอใช้สิทธิของท่านเกิดข้อจำกัดบางประการ ซึ่งไม่สามารถปฏิบัติตามคำร้องขอใช้สิทธิของท่านได้ เนื่องจากข้อจำกัดดังกล่าวเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด

นอกจากนี้ หากท่านเห็นว่า สภาาชาตไทยมีการฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ท่านสามารถยื่นข้อร้องเรียนต่อสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

ประกาศ ณ วันที่ 1 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564

ที่มา website <https://www.redcross.or.th/trcs-pdpa>