

J.PH.PL

ISSN 2697-6285 (Online)

Public Health Policy & Laws Journal

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Vol. 9 No. 1

January - April 2023

ปีที่ ๙ ฉบับที่ ๑

มกราคม – เมษายน ๒๕๖๖



Public Health Policy & Laws Journal

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Vol.9 No.1

January - April 2023

ปีที่ ๙ ฉบับที่ ๑

มกราคม – เมษายน ๒๕๖๖

สารบัญ

Original Paper นิพนธ์ต้นฉบับ

- Effects of a Health Literacy Program on Knowledge, Attitudes and Rational Drug Use among Public Health Students in Rajabhat Phetchaburi University
ผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ เจตคติ และการใช้ยาอย่างสมเหตุผลใน
นักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี 1-11
- Effect of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreaks on Immunization Service for Children Aged 0-5 in Yala Province
ผลกระทบจากการระบาดของโควิด-19 ต่อบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก 0-5 ปี
จังหวัดยะลา 13-22
- Criminal Law Problem relating to Mental Disorder: A Study of the Legal Measures for Wrongdoers with Personality Disorder
ปัญหาทางกฎหมายอาญาเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต: ศึกษามาตรการทางกฎหมายที่
เหมาะสมสำหรับผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ 23-34
- A regional health promotion center's personnel core competencies under the Department of Health, Ministry of public health
สมรรถนะหลักของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 35-47
- Effects of Solid Waste Management with 3Rs Principle Program of Ban Mae Hae Nuea in Mae Na Chon Sub-district, Mae Chaem District, Chiang Mai Province
ผลของโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs ของบ้านแม่แฮเหนือ ตำบลแม่เงา
อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ 49-63
- Entertainment and wellness services on digital platform for elderly
สื่อบันเทิงและบริการด้านสุขภาพบนแพลตฟอร์มดิจิทัลสำหรับผู้สูงอายุ 65-84

- Sexual Health Literacy among Mathayom Suksa Students in Chonburi Province 85-95
ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดชลบุรี

Academic Paper บทความวิชาการ

- Consumer Protection from Online Dietary Supplement Advertising and Sales 97-107
การคุ้มครองผู้บริโภคจากการโฆษณาขายผลิตภัณฑ์เสริมอาหารบนสื่อออนไลน์

Interesting Law/Supreme Court Order กฎหมายหรือคำพิพากษาที่น่าสนใจ

- Adolescent Pregnancy Prevention and Solution to the Problem Act, B.E. 2559 109-115
พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข Public Health Policy & Laws Journal

วัตถุประสงค์

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

เจ้าของ :

มูลนิธิสถาบันวิจัยความสุขชุมชนและความเป็นผู้นำ / Research Institute for
Community Happiness and Leadership Foundation

ประเภท

เข้าถึงได้อย่างเสรี (open access) และออนไลน์ (online)

ขอบเขตเนื้อหาครอบคลุมเรื่องเกี่ยวกับ

นโยบายด้านสุขภาพ (health policy)
กฎหมายสุขภาพ (health law)
การบริหารงานสาธารณสุข (public health administration)
สังคมศาสตร์การแพทย์ (social medicine)
สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ (health education and promotion)
เศรษฐศาสตร์สุขภาพ (health economics)
ระบบสุขภาพ (health system)
เรื่องที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขทุกประเภท (matters related to all types of public health)

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

เป็นบทความต้นฉบับที่ไม่ได้ผ่านการตีพิมพ์ที่ใดหรือไม่ได้ส่งไปวารสารอื่นใด
บทความได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (peer-reviewed journal) จากหลากหลายสถาบัน แบบ
ปกปิดข้อมูลทั้งสองทาง (Double Blind) ก่อนตีพิมพ์ลงในวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

บทความทั้งหมดที่เผยแพร่โดยวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข สามารถเข้าถึงได้อย่างเสรี
(open access) และถาวรทางออนไลน์ทันทีที่เผยแพร่ โดยไม่มีค่าธรรมเนียมการสมัครสมาชิกหรืออุปสรรคใน
การลงทะเบียน

ในฐานะผู้เขียนบทความที่เผยแพร่ในวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข ผู้เขียนเป็นผู้ถือ
ลิขสิทธิ์บทความและให้สิทธิแก่บุคคลที่สามล่วงหน้าและตลอดไป สิทธิในการใช้ ทำซ้ำ หรือเผยแพร่บทความ
ของคุณ ตามข้อตกลงของวารสาร

บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุขเป็นข้อคิดเห็นส่วนบุคคลของ
ผู้เขียนบทความและเจ้าของผลงาน ไม่มีข้อผูกพันกับกองบรรณาธิการวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

ท่านที่ประสงค์จะส่งบทความทางวิชาการหรือผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเพื่อลงในวารสารกฎหมาย
และนโยบายสาธารณสุข กรุณาส่งมาที่กองบรรณาธิการวารสาร

ที่อยู่สำหรับการติดต่อ :

2170 อาคารกรุงเทพ ทาวเวอร์ ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

สำนักงาน

420/1 อาคารสวัสดี แดงสว่าง ชั้น 3 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี แขวงทุ่งพญาไท กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 0 2644 8833 email: phlaw.journal@gmail.com

ผู้จัดทำ

บรรณาธิการ วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

420/1 อาคารสวัสดี แดงสว่าง ชั้น 3 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี แขวงทุ่งพญาไท กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 0 2644 8833 e-mail : phlaw.journal@gmail.com

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

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข Public Health Policy & Laws Journal

คณะที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.วงศา เล่าศิริวงศ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พิทยา จารุพูนผล มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมชาติ โตรักษา มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร. ประยูร พองสถิตย์กุล มหาวิทยาลัยมหิดล

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.นิทัศน์ ศรีโชติรัตน์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

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

กองบรรณาธิการ

อาจารย์ ดร. ปวีศร์ กิจสุขจิต มหาวิทยาลัยเกริก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลลภรัตน์ พบศิริ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัศกร งามอาจ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิสิต อินทมาโน มหาวิทยาลัยศรีปทุม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ภัทรวรรณ ทองใหญ่ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธัญพร กังสัช มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธี อยู่สถาพร มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนพงษ์ ไรจนวรฤทธิ์ Department of Health Professions, Hofstra University
รองศาสตราจารย์ ดร. วิริณห์ กิตติพิชัย มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร. มลินี สมภพเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร.สุ่มทนา กลางคาร มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร. เอื้ออารีย์ อึ้งจะนิล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ดร. นิรมัย พิเศษ มั่นจิตร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บรรณาธิการ แกลง

หลังจากที่ประเทศไทยเป็นเจ้าภาพ การประชุม APEC 2022 ระหว่างวันที่ 18-19 พฤศจิกายน 2565 นับเป็นการเปิดประเทศที่มีผู้นำชาติต่างๆ มาร่วมประชุมเป็นจำนวนมาก ทั้งผู้นำจากประเทศจีน ประธานาธิบดีฝรั่งเศส รองประธานาธิบดีจากสหรัฐอเมริกา ฯลฯ ซึ่งทำให้ประเทศไทยเป็นข่าวในสายตาของชาวโลก โดยเฉพาะเมื่อประธานาธิบดีฝรั่งเศส เอ็มมานูเอล มาครง เดินทางไปเยวราชเป็นการส่วนตัวและถ่ายภาพร่วมกับพ่อครัวของร้านอาหารชื่อดัง หรือการที่รองประธานาธิบดีสหรัฐเดินทางไปซื้อเครื่องเทศด้วยตนเองที่จตุจักร ภาพข่าวเหล่านี้ย่อมทำให้เป็นที่สนใจของชาวโลก นอกเหนือจากการประชุมอย่างเป็นทางการระหว่างผู้นำชาติต่างๆ

ปลายปีที่ผ่านมา ประเทศ กาตาร์ เป็นเจ้าภาพจัดการแข่งขันฟุตบอลโลก ระหว่างวันที่ 20 พฤศจิกายน – 18 ธันวาคม ซึ่งประเทศอาร์เจนตินาได้เป็นผู้ชนะเลิศ หลังจากที่เคยได้เป็นแชมป์เมื่อ 36 ปีที่แล้ว ส่วนฝรั่งเศส ซึ่งเป็นแชมป์เมื่อ 4 ปีที่แล้ว ได้ตำแหน่งรองชนะเลิศ ระหว่างการแข่งขันฟุตบอลโลก ครั้งนี้ ทาง FIFA ห้ามการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และห้ามการจำหน่ายเบียร์ในทุกสนามการแข่งขัน ทั้งนี้ เป็นที่เข้าใจได้ว่า ประเทศ กาตาร์ เป็นประเทศที่นับถือศาสนาอิสลาม แต่การจัดการแข่งขันฟุตบอลโลกทุกครั้ง ก็มีประเด็นการห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาโดยตลอด เพราะผู้สนับสนุนรายการแข่งขันกีฬาระดับโลกรายได้ใหญ่คืออุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

วันที่ 24-25 มกราคม 2566 จะมีการประชุมวิชาการการค้าระหว่างประเทศและสุขภาพ (International Trade and Health) ซึ่งมีการจัดประชุมเป็นประจำทุกปี ในปีนี้ คณะกรรมการสนับสนุนการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ จะจัดประชุมในหัวข้อ “International Trade and Health: A need for a paradigm shift” ณ ห้อง World Ballroom A โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ เซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพฯ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นเวทีในการแลกเปลี่ยนความรู้ด้านการค้าระหว่างประเทศ และสุขภาพในอนาคต

การประชุมวิชาการรางวัลเจ้าฟ้ามหิดล (Prince Mahidol Award Conference – PMAC) ปีนี้จัดระหว่างวันที่ 27-29 มกราคม ณ โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ เซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพฯ โดยมีเนื้อหาการประชุมคือ “Setting a new health agenda: at the Nexus of Climate Change, Environment and Biodiversity” ซึ่งเกี่ยวกับวิกฤติจากโลกร้อน (Climate change) การสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ (Biodiversity loss) และ มลภาวะ ทั้ง 3 วิกฤตินี้ ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพประชากรโลก การจัดการประชุมประจำปีรางวัลเจ้าฟ้ามหิดล เป็นความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในระดับนานาชาติ เช่น องค์การอนามัยโลก ธนาคารโลก องค์การสหประชาชาติเพื่อการพัฒนา มูลนิธิ บิลและเมลินดา เกทส์ มูลนิธิ ร็อคเคอเพลเลอร์ เป็นต้น

สวัสดีปีใหม่และขอให้ผู้อ่านทุกท่านมีความสุขที่ตลอดปีครับ

Effects of a Health Literacy Program on Knowledge, Attitudes and Rational Drug Use among Public Health Students in Rajabhat Phetchaburi University

Phasit Sirited^{1*} Prakairat Tunit² Waratta Hemtong² Bunliang Suphim³

Chirawut Punawit⁴ Sitthisak Tikham⁵ Surasingha Sombat Suranartwatchawong⁶

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, Loei Rajabhat University

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

5 Division of Applied Thai Traditional Medicine, Faculty of Public Health, Naresuan University

6 Faculty of Medicine, Burapha University

** Corresponding author: phasit2530@gmail.com*

Original article

Abstract

Received: 23 Aug 2022

Revised: 5 Nov 2022

Accepted: 11 Nov 2022

This study was a quasi-experimental research, one group with pre and post-test design, aimed to study the effects of a health literacy program on knowledge, attitudes, and rational drug use among public health students in Rajabhat Phetchaburi University by applying the concept of health literacy. The sample consisted of 38 third-year-students of public health degrees who participated in a 6-week health education program for enhancing health literacy. The program consisted of an activity plan that focused on lectures, group discussion, practice and demonstration, and reflection, etc. Data was collected before and after the education program performed. Data was analyzed with frequency statistics, percentage, and Wilcoxon-signed rank test.

The results demonstrated that after the program, the students had knowledge of rational drug use, attitudes towards rational drug use and rational use of drugs with statistical significantly higher than before the program performed (p-value < 0.05).

From these results, it showed that learning programs developed by applying the concept of health literacy was able to build knowledge of rational drug use, improve attitudes towards rational drug use and rational use of drugs in a better direction. Therefore, it should be appropriately applied to develop students' skills in other groups and in courses related to primary therapy or other courses.

Keywords: Health literacy program, Health literacy, Rational drug use, Public health student.

ผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ เจตคติ และการใช้ยาอย่าง สมเหตุสมผลในนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

ภาสิต ศิริเทศ^{1*} ประกายรัตน์ ทุนิจ² วรรณฐา เหมทอง² บุญเลี้ยง สุพิมพ์³

จิราวุธ ปุณณวิช⁴ สิทธิศักดิ์ ตีคำ⁵ สุรสิงห์ สมบัติ สุรนาวีวงศ์⁶

1 สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

2 สาขาการแพทย์แผนไทย คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

3 สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

4 สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

5 กลุ่มสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

6 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้รับผิดชอบบทความวิจัย : phasit2530@gmail.com

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันรับ 23 ส.ค. 2565

วันแก้ไข 5 พ.ย. 2565

วันตอบรับ 11 พ.ย. 2565

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The One groups, pre-test, post-test design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ เจตคติ และการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ที่กำลังศึกษาในชั้นปีที่ 3 จำนวน 38 คน ที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ อันประกอบด้วยแผนกิจกรรมที่มุ่งเน้นกระบวนการบรรยายให้ความรู้ การสนทนากลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมไปถึงการฝึกและการสาธิต และสะท้อนคิด เป็นต้น เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการจัดโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ความถี่ ร้อยละ และ Wilcoxon signed rang test

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการจัดโปรแกรมนักศึกษามีความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล เจตคติต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล และการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล สูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

จากผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ สามารถสร้างความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล เจตคติต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล และการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลไปในทิศทางที่ดีขึ้นได้ จึงควรนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาทักษะของนักศึกษาให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายยิ่งขึ้นรวมทั้งการประยุกต์ใช้ในรายวิชาอื่นที่มีการเกี่ยวข้องกับการบำบัดโรคเบื้องต้นหรือวิชาอื่นๆ ตามความเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล, นักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

บทนำ (Introduction)

การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลได้ถูกกำหนดให้เป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้กำหนดให้มีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนประชาชนทั่วไป มีการกำหนดเป้าหมายเพื่อการพัฒนาบุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถทำหน้าที่เป็นผู้นำและผลักดันการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล โดยจะต้องเป็นผู้ที่มีองค์ความรู้ มีทักษะที่ดี และเป็นผู้ที่เจตคติที่ดีต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (เกศราภรณ์ ชูพันธ์ และคณะ, 2565 ; มาลี คำคง และคณะ, 2565 ; World Health Organization, 1985) หลักการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลเป็นการใช้ยาในการรักษาโรคอย่างมีคุณภาพ และมีประสิทธิผล มีความน่าเชื่อถือ และมีประโยชน์ต่อการรักษามากกว่าการเกิดความเสี่ยงจากการใช้ยา และควรตระหนักถึงปัญหาเชื้อดื้อยา และใช้ยาตามมาตรการบัญชาที่ถูกกำหนดไว้อย่างคุ้มค่าคุ้มค่า (World Health Organization, 1985) หากมีการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุสมผลนั้นสิ่งที่ตามมา คือ ปัญหาเชื้อดื้อยา เพิ่มความเสี่ยงจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ส่งผลต่อกระบวนการรักษาที่ยากขึ้นการหายของโรคใช้เวลานาน ส่งผลกระทบต่อชีวิต ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ จากการประมาณการคาดว่า ปัจจุบันทั่วโลกมีคนเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยา ประมาณปีละ 700,000 คน หากปัญหาไม่ได้รับการแก้ไขคาดว่าในปี พ.ศ. 2593 การเสียชีวิตจะสูงถึง 10 ล้านคน และคิดเป็นผลกระทบทางเศรษฐกิจสูงถึง 3.5 พันล้านบาท (พัชราพรพรณ กิจพันธ์ และจันทรัตน์ สิทธิวรนนท์, 2560) และจากการศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาพบว่า ประชาชนเกือบทุกประเทศมีความเข้าใจผิดในเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะจนกลายเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก (นิธิตา สุ่มประดิษฐ์ และคณะ, 2555) จากปัญหาดังกล่าวรัฐบาลจึงกำหนดนโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 และแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ

พ.ศ. 2555 -2559 เพื่อแก้ไขปัญหาเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุสมผล

การจัดการศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี มุ่งเน้นให้นักศึกษามีทักษะในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขแบบองค์รวม โดยให้มีความสามารถนำหลักวิชาการจากที่เรียนในภาคทฤษฎีมาปรับใช้และบูรณาการการปฏิบัติงานสาธารณสุขร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นจริง หลักสูตรมีการจัดการเรียนการสอนที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดโรคเบื้องต้น รวมไปถึงรายวิชาเภสัชสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญเรื่องหลักพื้นฐานทางเภสัชวิทยา กลไกการออกฤทธิ์ที่สำคัญ ผลข้างเคียงและข้อห้ามใช้ของยา และอยู่ภายใต้ขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ซึ่งเป็นหนึ่งในกระบวนการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อไปปฏิบัติงานร่วมกับทีมสุขภาพในสถานบริการสุขภาพต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษามีความรู้ในการแก้ปัญหาของประชาชนและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลก็เป็นหนึ่งในประเด็นปัญหาสุขภาพของประเทศ

จากการสำรวจความรู้และสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในการจัดการเรียนการสอนรายวิชาเภสัชสาธารณสุข พบว่า นักศึกษามีความรู้เบื้องต้นในการใช้ยาในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.80 มีความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในระดับต่ำ ร้อยละ 65.50 และมีสมรรถนะในการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 68.80 อาจสืบเนื่องจาก ตามแผนการจัดการเรียนการสอนได้สอนเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลเพียง 3 ชั่วโมง ต่อภาคศึกษาเท่านั้น อาจจะทำให้ขาดการเชื่อมโยงประเด็นเนื้อหาหลัก และขาดชั่วโมงการฝึกปฏิบัติหรือสาธิตจึงอาจจะส่งผลให้นักศึกษายังขาดความรู้ที่จำเป็นในการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ส่งผลให้นักศึกษาขาดความรู้และทักษะในการใช้

ยาอย่างสมเหตุผล อาจจะมีถึงทัศนคติในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศตุรกี พบว่า กลุ่มนักศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 58.5 จะศึกษาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาจากเอกสาร และมีการสอบถามข้อมูลการใช้ยาจากเภสัชกรเพียงร้อยละ 4.8 เท่านั้น ซึ่งอาจส่งผลให้นักศึกษาใช้ยาผิดและทำให้เกิดอันตรายจากการใช้ยาได้ (KARAGEÇİLİ & YERLİKAYA, 2022) และในประเทศไทยก็พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล เช่น มีการซื้อยาปฏิชีวนะจากร้านขายของชำหรือร้านขายยาโดยไม่มีใบสั่งยาจากแพทย์ (อรุณรัตน์ พรหมมา, เสาวลักษณ์ เนตรซัง, นัยนา แก้วคง, ไพฑูรย์ มาผิว และนิศารัตน์ นาคทัง, 2563; นัชชา ยันติ, 2560) มีการรับประทานยาปฏิชีวนะเมื่อมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องหลังรับประทานล้มเหลว มีการพยายามเปลี่ยนแพทย์เมื่ออาการไม่ดีขึ้น เมื่อมีบาดแผลเลือดออกหรือเป็นแผลถลอกมีการรับประทานยาปฏิชีวนะทุกครั้งเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (สร้อยรักษ์ บุญมสิก, รุ่งนภา จันทรา, และชุลีพร หิตอักษร, 2562) มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับน้อยที่สุดถึงปานกลาง (สร้อยรักษ์ บุญมสิก, รุ่งนภา จันทรา, และชุลีพร หิตอักษร, 2562; อรุณรัตน์ พรหมมา, เสาวลักษณ์ เนตรซัง, นัยนา แก้วคง, ไพฑูรย์ มาผิว และนิศารัตน์ นาคทัง, 2563; อติญาณ ศรีเกษตริน, นิตยา ทองมา และเบญจพร รัชดาภรณ์, 2562) และมีทัศนคติต่อการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับปานกลาง (วิวิรรณ ผ่องแผ้ว, ธัญญาสิริ ธัญญสวัสดิ์ และกาญจนา อยู่เจริญ, 2564) จากข้อมูลจะเห็นได้ว่ากลุ่มนักศึกษายังมีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับที่น้อย และมีทัศนคติต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษามีความรู้ เจตคติ และการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพิ่มมากขึ้น

จากที่กล่าวมาข้างต้นนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่ศึกษา ผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ เจตคติ และการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี อันประกอบด้วยแผนกกิจกรรมที่มุ่งเน้นกระบวนการบรรยายให้ความรู้ถูกต้อง การสนทนากลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมไปถึงการฝึกและการสาธิตและสะท้อนคิดของกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัย เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลของนักศึกษาในอนาคต ทั้งนี้ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้สอดคล้องกับบริบทในการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์หรือสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาสมรรถนะด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบัณฑิตสาธารณสุขศาสตร์ เพื่อเตรียมบุคลากรทางด้านสุขภาพและการแพทย์ให้มีความพร้อมในการให้บริการทางสุขภาพพร้อมกับทีมสหวิชาชีพในสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เจตคติต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ก่อนและหลังการจัดโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย (Research Hypothesis)

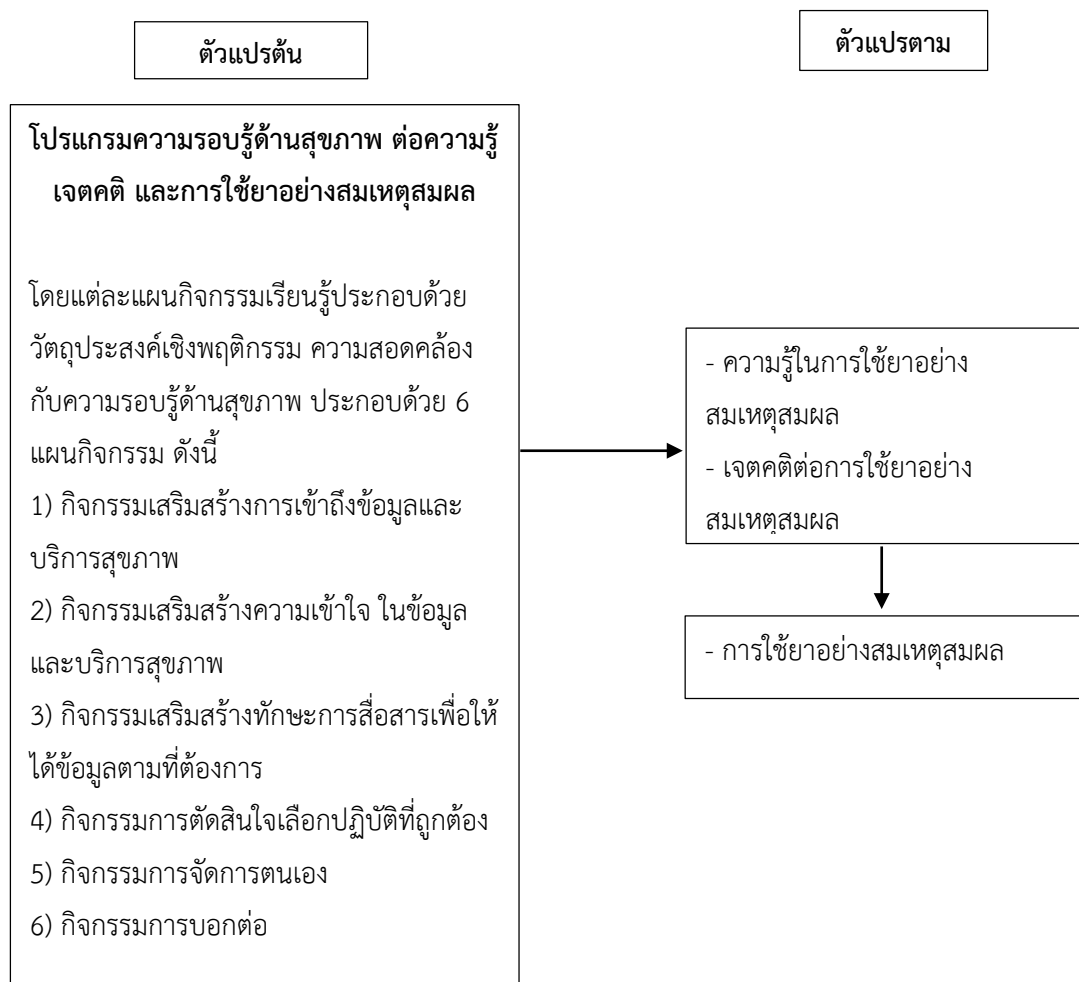
ภายหลังการจัดโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ ต่อความรู้ เจตคติ และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล นักศึกษาจะมีความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เจตคติต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้มีการออกแบบ

กิจกรรมการเรียนรู้จากการทบทวนวรรณกรรม โดยมุ่งเน้นกระบวนการบรรยายให้ความรู้ การสนทนากลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้รวมไปถึงการฝึกและการสาธิต และ

สะท้อนคิดของกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัย ดังแผนภูมิต่อไปนี้



แผนภูมิ กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย (Method)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The One groups, pre-test, post-test design) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการจัดโปรแกรม และหลังสิ้นสุดการจัดโปรแกรม 3 เดือน ประชากร คือ นักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ที่กำลังศึกษาในชั้นปีที่ 3 จำนวนขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการทดสอบสมมติฐานค่าเฉลี่ย

ประชากรได้ขนาดตัวอย่าง 38 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นนักศึกษาเพศชายและหญิงที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาเภสัชสาธารณสุข ประจำปีภาคการศึกษาที่ 2/2564 และมีความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัยจนสิ้นสุดกิจกรรมการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้

1) โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ เจตคติ และการใช้อย่างสมเหตุสมผล ซึ่ง

ประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้มีการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 6 แผนกิจกรรมเรียนรู้ ดังนี้ 1) กิจกรรมเสริมสร้างการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ประกอบด้วยการบรรยายถึงแหล่งข้อมูลและบริการสุขภาพด้านการใช้อย่างสมเหตุสมผลที่น่าเชื่อถือ การค้นหาข้อมูลและการใช้อุปกรณ์ในการค้นหา สืบค้นแหล่งข้อมูลและบริการสุขภาพด้านการใช้อย่างสมเหตุสมผล และการค้นหาข้อมูลที่ต้องการได้ เป็นต้น 2) กิจกรรมเสริมสร้างความเข้าใจ ในข้อมูลและบริการสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรม อธิบายถึงความเข้าใจในประเด็นเนื้อหาสาระด้านการใช้อย่างสมเหตุสมผลที่จะนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน และสนับสนุนให้มีการวิเคราะห์ เปรียบเทียบเนื้อหา/แนวทางการปฏิบัติ ได้อย่างมีเหตุผลอ่านฉลาก เอกสาร และกรอกข้อมูลหรือแบบฟอร์มด้านสุขภาพได้ถูกต้อง เป็นต้น 3) กิจกรรมเสริมสร้างทักษะการสื่อสารเพื่อให้ได้ข้อมูลตามที่ต้องการ ประกอบด้วยกิจกรรม ฝึกปฏิบัติบอกเล่าเรื่องราวสุขภาพของตนเองให้ผู้อื่นเข้าใจ การพูดคุยแลกเปลี่ยนเพื่อให้ได้รับข้อมูลด้านการใช้อย่างสมเหตุสมผล และการเจรจาต่อรองเพื่อให้ได้ข้อมูลและบริการสุขภาพด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง เหมาะสมกับตนเองและบริบทของชุมชนได้ เป็นต้น 4) กิจกรรมการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ประกอบด้วยกิจกรรมการบรรยายและฝึกปฏิบัติการเปรียบเทียบผลดี-ผลเสียภายใต้ข้อมูลที่มีอยู่ได้ อย่างมีเหตุผลก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อและทำตาม มีการกำหนดทางเลือก/หลีกเลี่ยง หรือปฏิเสธ เพื่อเลือกวิธีการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดี เป็นต้น 5) กิจกรรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรม การบรรยายและฝึกปฏิบัติ การกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติตนด้านการใช้อย่างสมเหตุสมผล และการประเมิน ทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติด้านการใช้อย่างสมเหตุสมผล เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เป็นต้น และ 6) กิจกรรมการบอกต่อ ประกอบด้วย กิจกรรม การฝึกปฏิบัติการพูดจูงใจให้ผู้อื่นดูแลสุขภาพ

ตนเองด้านการใช้อย่างสมเหตุสมผล ให้ถูกต้องได้ และเสนอทางเลือกให้ผู้อื่นร่วมดูแลสุขภาพตนเองด้านการใช้อย่างสมเหตุสมผลได้ เป็น โดยแต่ละแผนกิจกรรมเรียนรู้ประกอบด้วย วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ความสอดคล้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรม และการประเมินผล

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบปลายปิดและปลายเปิด 2) แบบวัดความรู้ในการใช้อย่างสมเหตุสมผล จำนวน 10 ข้อ ชนิด 4 ตัวเลือก โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน 3) แบบวัดเจตคติต่อการใช้อย่างสมเหตุสมผล จำนวน 10 ข้อ และ 4) แบบวัดการใช้อย่างสมเหตุสมผล จำนวน 20 ข้อ ซึ่งเป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 สำหรับข้อคำถามเชิงบวก และให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 สำหรับข้อคำถามเชิงลบ

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.60-1 และหาค่าความเที่ยง (reliability) โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองเก็บกับประชากร จำนวน 35 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง และวิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟา ของ ครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficients) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถาม ดังนี้ 1) แบบวัดความรู้การในการใช้อย่างสมเหตุสมผล เท่ากับ 0.78 2) แบบวัดเจตคติต่อการใช้อย่างสมเหตุสมผล เท่ากับ 0.72 และ 3) แบบวัดการใช้อย่างสมเหตุสมผล เท่ากับ 0.84

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการภายใต้หลักการเคารพสิทธิและเสรีภาพแห่งบุคคล ผู้วิจัยทำการอธิบายถึงหลักการความเป็นมาของปัญหา ชี้แจงข้อมูลในด้านต่างๆ วัตถุประสงค์

รวมถึงประโยชน์ของการเข้าร่วมโครงการวิจัย กระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำกิจกรรมตามโปรแกรม ให้ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ และขออาสาสมัครลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบต่อการเรียนและคะแนนในส่วนต่างๆ ในกระบวนการเรียนการสอนปกติ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาครั้งนี้ มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำการอธิบายถึงหลักการความเป็นมาของปัญหา ชี้แจงข้อมูลในด้านต่างๆ วัตถุประสงค์ รวมถึงประโยชน์ของการเข้าร่วมโครงการวิจัย กระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำกิจกรรมตามโปรแกรม ให้ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ และขออาสาสมัครลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลต่อไปนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล 2) แบบวัดความรู้การในการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล 3) แบบวัดเจตคติต่อการใช้อย่างสมเหตุสมผล และ 4) แบบวัดการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ของนักศึกษา ก่อนเข้ารับโปรแกรม (Pre-test)

3. ผู้วิจัยดำเนินการตาม โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ เจตคติ และการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล อันประกอบด้วย 6 แผนกิจกรรม ดังนี้ 1) กิจกรรมเสริมสร้างการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) กิจกรรมเสริมสร้างความเข้าใจ ในข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) กิจกรรมเสริมสร้างทักษะการสื่อสารเพื่อให้ได้ข้อมูลตามที่ต้องการ 4) กิจกรรมการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 5) กิจกรรมการจัดการตนเอง และ 6) กิจกรรมการบอกต่อ ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการบรรยายให้ความรู้ การสนทนากลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้

รวมไปถึงการฝึกและการสาธิต และสะท้อนคิดของกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัย โดยแต่ละกิจกรรมดำเนินการใช้เวลาดำเนินการ 2 ชั่วโมง และกิจกรรมห่างกัน 1 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการจัดโปรแกรม 6 สัปดาห์ โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกันกับการเก็บข้อมูลก่อนการจัดโปรแกรม (Post-test) หลังจากนั้นทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล แล้วบันทึก และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป spss

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน และมีแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ และ ร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล เจตคติต่อการใช้อย่างสมเหตุสมผล และการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมด้วยสถิติ Wilcoxon signed

ผลการวิจัย (Results)

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีระดับผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (GPA) ส่วนใหญ่อยู่ที่ 2.56 - 3.00 ร้อยละ 44.70 ผ่านการเรียนภาคปฏิบัติการบำบัดโรคเบื้องต้น ร้อยละ 100 ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาไม่มีการใช้ยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 86.80 และ ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมามีการสืบค้นข้อมูลเรื่องการใช้อย่างถูกต้อง ไม่มีการสืบค้นข้อมูล ร้อยละ 78.90 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. ระดับผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (GPA)		
3.56 - 4.00	3	7.90
3.01 - 3.55	12	31.60
2.56 - 3.00	17	44.70
2.01 - 2.55	6	15.80
2. การเรียนภาคปฏิบัติการบำบัดโรคเบื้องต้น		
ผ่านการเรียนมาแล้ว	38	100
ยังไม่ผ่านการเรียน	0	
3. ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมามีการใช้ยาปฏิชีวนะ		
ใช่	5	13.20
ไม่ได้ใช้	33	86.80
4. ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา มีการสืบค้นข้อมูลเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะ		
สืบค้น	8	21.10
ไม่ได้สืบค้น	30	78.90

2. การเปรียบเทียบความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผลการวิจัยพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 4.44 และภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 7.52 ซึ่งจากการทดสอบพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม นักศึกษามีความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.001 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	n	Mean Rank	z	P-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	38	4.44	4.46	$< 0.001^*$
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	38	7.52		

*significant at p-value < 0.05

3. การเปรียบเทียบเจตคติต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผลการวิจัยพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 32.81 และภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 39.76 ซึ่งจากการทดสอบพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม นักศึกษามีเจตคติต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.001 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบเจตคติต่อการใช้อย่างสมเหตุสมผล ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

เจตคติต่อการใช้อย่างสมเหตุสมผล	n	Mean Rank	z	P-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	38	32.81	4.90	< 0.001*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	38	39.76		

*significant at p-value < 0.05

4. การเปรียบเทียบการใช้อย่างสมเหตุสมผล ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผลการวิจัยพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยการใช้อย่างสมเหตุสมผล 58.89 และภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ย

การใช้อย่างสมเหตุสมผล 84.23 ซึ่งจากการทดสอบพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม นักศึกษามีการใช้อย่างสมเหตุสมผล สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.001 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการใช้อย่างสมเหตุสมผล ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

การใช้อย่างสมเหตุสมผล	n	Mean Rank	z	P-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	38	58.89	5.37	< 0.001*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	38	84.23		

*significant at p-value < 0.05

การอภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussions and conclusions)

จากการศึกษาเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และการใช้อย่างสมเหตุสมผล ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า หลังการได้รับโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ นักศึกษามีความรู้ในการใช้อย่างสมเหตุสมผล เจตคติต่อการใช้อย่างสมเหตุสมผล และการใช้อย่างสมเหตุสมผล สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาความรู้ เจตคติ และการใช้อย่างสมเหตุสมผล จากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ โดยมีการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ การเสริมสร้างทักษะการสื่อสารเพื่อให้ได้ข้อมูลตามที่ต้องการ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การจัดการ

ตนเอง และการบอกต่อข้อมูลการใช้อย่างสมเหตุสมผล เป็นการช่วยให้นักศึกษามีความรู้ เจตคติ และการใช้อย่างสมเหตุสมผลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาที่มีการทดลองใช้หลักสูตรเสริมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการใช้อย่างสมเหตุสมผล พบว่าหลังการใช้หลักสูตรเสริมส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้และเจตคติต่อการใช้อย่างสมเหตุสมผลสูงกว่าก่อนการใช้หลักสูตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อติญาน์ ศรีเกษตริน และคณะ, 2562) และมีการจัดโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้อย่างถูกต้องในกลุ่มประชาชนกลุ่มอื่นที่ไม่ใช่นักศึกษา(สุชาติ ธนภัทร์วิน และคณะ, 2562) พบว่าหลังการเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนความรู้เฉลี่ยในการใช้อย่างถูกต้องเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสามารถสนับสนุนด้วยการศึกษาของ Eser & Çelik (2022) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ โดยพบว่า การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลของหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลก็เพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกัน และการศึกษาของ Kütmeç Yilmaz & Kil (2018) ที่พบว่า ความรู้และการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากที่กล่าวมาข้างต้นนั้น แสดงให้เห็นว่าเมื่อประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจะให้เกิดความตระหนักในการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษาที่มีความจำเป็นต้องมีการจัดโปรแกรมหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความรู้ เจตคติและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลเพิ่มขึ้น เพื่อให้ นักศึกษาใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลมากขึ้น เพื่อให้ นักศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้ป่วย และชุมชนได้อย่างเหมาะสมต่อไปในอนาคตได้

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้ จะเห็นว่าโปรแกรมการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยกิจกรรมการเรียนรู้มุ่งเน้นประกอบด้วย กระบวนการบรรยายให้ความรู้ การสนทนากลุ่ม

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมไปถึงการฝึกและการสาธิต และสะท้อนคิด สามารถสร้างความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล เจตคติต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล และการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ไปในทิศทางที่ดีขึ้นได้ จึงควรนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาทักษะของนักศึกษาให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายยิ่งขึ้น รวมทั้งการประยุกต์ใช้ในรายวิชาอื่นที่มีการเกี่ยวข้องกับการบำบัดโรคเบื้องต้นหรือวิชาอื่นๆ ตามความเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้ และร่วมกับทฤษฎีความสามารถแห่งตน เพื่อพัฒนาทักษะของนักศึกษา รวมทั้งควรประยุกต์แนวคิดทฤษฎีอื่นๆ มาใช้ในการพัฒนาสมรรถนะของนักศึกษาในการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลอย่างเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและบริบทของพื้นที่ตามความเหมาะสมต่อไป

2. ควรศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดมีกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยทำการวัดก่อนและหลังการจัดโปรแกรมเช่นเดียวกัน เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่ชัดเจนของโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgment)

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณาวิชาสาขาสารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ที่อำนวยความสะดวกตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา และขอขอบคุณนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ที่ได้ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (References)

- เกศราภรณ์ ชูพันธ์, พนิดา พาลี, กานต์วี คำซัง และทวี เรืองโหม. (2565). ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลของ นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลของรัฐมนตรีในจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ*, 9(1), 144-160.

- นัชชา ยันติ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 7(2), 57 – 66.
- นิธิตา สุ่มประดิษฐ์, เสาวลักษณ์ ชูนางกูร, ภาณุมาศ ภูมาศ และภูษิต ประคองสาย. (2555). การสำรวจระบบควบคุมและเฝ้าระวังการใช้ยาปฏิชีวนะและการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล : ผลการศึกษาเบื้องต้น. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 6(3), 361-373.
- พัชราพรรณ กิจพันธ์ และจันทรัตน์ สิทธิวรนนท์. (2560). ความคิดเห็นของเภสัชกรชุมชนในกรุงเทพมหานครต่อช่องทางและเงื่อนไข ในการจ่ายยาปฏิชีวนะสำหรับใช้ภายนอก. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 9(2), 338-351.
- มาลี คำคง, ภรณ์อร พรพลอมร และพริยา นันทนาเนตร. (2565). การจัดการเรียนรู้ภาคปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 9(2), 249-259.
- รวิวรรณ ผ่องแผ้ว, ธัญญาสิริ ธนยศสวัสดิ์ และกาญจนา อยู่เจริญ. (2564). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(3), 143 – 150.
- สร้อยอุไร บัญมสิริ, รุ่งนภา จันทรา, และชุลีพร หิตอักษร. (2562). ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาล เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2(1), 25 – 36.
- สุชาดา ธนภัทรกนิ, เหมิกา โรจน์ทั้งคำ และอารียา จิรณานวัฒน์. (2562). ผลการให้ความรู้เรื่องการใช้อย่างถูกวิธีในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร. *วารสารเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง*, 63 (ฉบับเพิ่มเติม), 105-111.
- อติญาณ์ ศรีเกษตริณ, นิตยา ทองมา และเบญจพร รัชตารมย์. (2562). ปัจจัยทำนายการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 25(1), 43 – 59.
- อติญาณ์ ศรีเกษตริณ, นงนภัทร รุ่งเนย และปริญญ์ อยู่เมือง. (2562). การพัฒนาหลักสูตรเสริมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลสำหรับนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา*, 20(3), 187-218.
- อรุณรัตน์ พรหมมา, เสาวลักษณ์ เนตรซัง, นัยนา แก้วคง, ไพฑูรย์ มาผิว และนิศารัตน์ นาคทั้ง. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในอาการเจ็บคอ บาดแผลสะอาดและท้องเสีย. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์*, 12(1), 165 – 179.
- Eser, N., & Çelik, N. (2022). Association between rational drug use and health literacy among pregnant women: a cross-sectional study. *Women & health*, 62(7), 612–620.
- Kütmeç Yılmaz, C., & Kıl, A. (2018). Individuals' health literacy level and their knowledge and practices with respect to rational drug use. *Kontakt*, 20(4), e401-407.
- KARAGEÇİLİ, H & YERLİKAYA, E. (2022). The evaluation of health school students rational drug use knowledge and habits. *Euroasia Journal of Mathematics, Engineering, Natural & Medical Sciences International Indexed and Refereed*, 9(21), 56 – 66.
- World Health Organization. (1985). *The Rational Use of Drugs*. Report of the Conference of Experts. Nairobi. Retrieved Aug 7, 2022 from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/3717>

Effect of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreaks on Immunization Service for Children Aged 0-5 in Yala Province

Irfan Hajietae¹, Prapaporn Langputeh^{2*}

¹ MD., Krongpinang Hospital, Yala Province

² Ph.D., The Project of Faculty of Nursing, Fatoni University

* Corresponding author: plangputeh@ftu.ac.th

Original article

Received: 27 Sep 2022

Revised: 21 Oct 2022

Accepted: 28 Oct 2022

Abstract

This phenomenological qualitative research aimed to 1) study the impact of COVID-19 outbreaks on immunization service for children aged 0-5 in Yala province and 2) develop policy recommendations to promote vaccine coverage for children 0-5 years under new normal circumstances. Data were collected from Health Data Center (HDC), Ministry of Health website and by using a semi-structured questionnaire utilizing in-depth interviews with 24 participants, selected by purposive sampling. The participants included; the hospital directors, nurses and public health technical officers and parents. The data were thematically analyzed and authenticated by participants, co-researcher and advisor.

The results showed that the vaccine coverage after COVID-19 outbreaks was slightly declined in the 1-year age group but slightly increased in the 2, 3 and 5-year age groups. However, the average still remained lower than 70 percent in all groups. In addition, the infection and morbidity rates of measles, diphtheria and pertussis tend to be lower than before the pandemic. The impact of COVID-19 outbreaks on immunization service were grouped into 3 areas: 1) access to services 2) quality and service, and 3) human resource management.

The policy recommendations in promoting vaccine coverage among children aged 0-5 under new normal circumstances were; 1) promoting access to immunization services 2) integrating proactive immunization and 3) human resource management. Hence, to continue the immunization service among children aged 0-5 paralleling with COVID-19 control.

Keywords: Children Immunization, COVID-19, Yala province

ผลกระทบจากการระบาดของโควิด-19 ต่อบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในเด็ก 0-5 ปี จังหวัดยะลา

ธีระพาน หะยิอิตเต¹, ประภาภรณ์ หลังปทุเต๊ะ^{2*}

¹ นายแพทย์ โรงพยาบาลกรงปินัง จังหวัดยะลา

² อาจารย์ โครงการจัดตั้งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยฟาฏอนี

* ผู้ประพันธ์บทความ อีเมล: plangputeh@ftu.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันรับ 27 กย.2565

วันแก้ไข 21 ตค. 2565

วันตอบรับ 28 ตค.2565

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบศึกษาปรากฏการณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาผลกระทบจากการระบาดของโควิด-19 ต่อระบบบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก 0-5 ปีในพื้นที่จังหวัดยะลา และ 2) พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีนในเด็ก 0-5 ปีภายใต้ภาวะการณ์ปกติวิถีใหม่ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และจากแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ผ่านการตรวจสอบความตรง นำไปสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มตัวอย่างที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวนทั้งสิ้น 24 คน ประกอบไปด้วย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และกลุ่มผู้ปกครอง ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ค้นหาแก่นสาระและตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาจากผู้ให้ข้อมูล นักวิจัยร่วมและที่ปรึกษา

ผลการวิจัยพบว่าหลังการระบาดของโควิด-19 ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนทุกชนิดในกลุ่มเด็กอายุครบ 1 ปีลดลง แต่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยในกลุ่มเด็กอายุครบ 2, 3 และ 5 ปี และโดยรวมยังคงมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าร้อยละ 70 ขณะเดียวกันพบว่าอัตราป่วยด้วยโรคหัด คอตีบ และไอกรนลดลง การระบาดของโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อการบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก 0-5 ปี 3 ประเด็นหลักได้แก่ 1) การเข้าถึงบริการ 2) คุณภาพและบริการ และ 3) การบริหารทรัพยากรบุคคล

ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีนในเด็ก 0-5 ปีของจังหวัดยะลาในสถานการณ์ปกติวิถีใหม่ ได้แก่ 1) การส่งเสริมการเข้าถึงบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 2) การบูรณาการงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเชิงรุก และ 3) การบริหารทรัพยากรบุคคล

คำสำคัญ: การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก โควิด-19 จังหวัดยะลา

บทนำ (Introduction)

งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นงานที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยป้องกันการเกิดโรคและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งช่วยลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ ทรัพยากรบุคคล และภาระค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ทั้งนี้ความสำเร็จของการให้วัคซีนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดต่อนั้น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบสำคัญคือ ประสิทธิภาพของวัคซีน (Vaccine effectiveness) และความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน (Vaccine coverage) (วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย และคณะ, 2557)

ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนในเด็ก 0-5 ปี ในพื้นที่ 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส และสงขลาในช่วงปี พ.ศ. 2555-2564 ที่ผ่านมานั้น อยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 40-70 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดคือร้อยละ 90 ทำให้เกิดการระบาดของโรคติดต่อนี้ป้องกันได้ด้วยวัคซีนในเด็ก 0-5 ปี เช่น โรคหัด คอตีบ และไอกรน ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้อย่างต่อเนื่อง (สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 12 สงขลา, 2561)

ปัจจัยที่มีผลต่อการนำบุตรหลานไปรับวัคซีนของผู้ปกครองในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ ความวิตกกังวลต่อผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีน ความรู้ที่ไม่ครบถ้วนและครอบคลุมเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและหลักการศาสนาอิสลามของผู้ปกครอง พฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ และระบบบริการที่ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในพื้นที่ (ประภาภรณ์ หลงปุเต๊ะ และคณะ, 2563) รวมถึงการย้ายที่อยู่ตามผู้ปกครองไปต่างประเทศ หรืออาศัยอยู่กับผู้สูงอายุตามลำพัง ทำให้ไม่สามารถมารับวัคซีนตามนัดที่สถานบริการได้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

การระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้เกิดขึ้นครั้งแรกช่วงกลางเดือนมีนาคม

2563 ในกลุ่มชาวไทยมุสลิมที่เดินทางกลับจากการประกอบศาสนกิจจากต่างประเทศ และต่อมามีการระบาดของโควิด-19 อย่างรุนแรงในประเทศเพื่อนบ้าน ทำให้แรงงานไทยที่ไปจากจังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาสต้องย้ายกลับภูมิลำเนา เกิดการระบาดของโควิด-19 อย่างรุนแรงช่วงเดือนสิงหาคม 2563 อีกครั้ง ทั้งนี้เนื่องจากสภาพสังคม วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นชาวมุสลิมนั้นเอื้อต่อการแพร่ระบาดของโควิด-19 ดังเช่น การพบปะสังสรรค์ในร้านน้ำชา งานแข่งนก การทักทายด้วยการสวมกอดหรือจับมือ และการรวมกลุ่มละหมาดวันศุกร์เป็นต้น (อิบรอฮีม ณรงค์รักษาเขตและคณะ, 2564) ทำให้การติดเชื้อโควิด-19 ขยายเป็นวงกว้าง

ด้วยเหตุที่การระบาดของโควิด-19 ส่งผลกระทบสภาพเศรษฐกิจ สังคม และภาวะสุขภาพของประชาชนจำนวนมาก รัฐบาลจึงได้ออกมาตรการต่างๆ ในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโควิด-19 (ฉัตรสมุน พฤติภิญโญ, 2563) โดยมาตรการด้านสาธารณสุข ดังเช่น การปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการในโรงพยาบาลเพื่อรับผู้ป่วยโควิด-19 เข้ารักษาในโรงพยาบาล การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล การลด จด หรือเลื่อนบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลแก่ผู้ป่วยแผนกอื่นๆ ที่ไม่เร่งด่วนและจำเป็น การจัดสรรให้บุคลากรมาช่วยบริหารจัดการและดูแลผู้ป่วยโควิด-19 การงดให้บริการเชิงรุกจากการขาดแคลนบุคลากร ย่อมส่งผลกระทบต่อบริการสร้างเสริมสุขภาพเด็ก 0-5 ปีในพื้นที่ รวมถึงการตัดสินใจของผู้ปกครองต่อการนำบุตรหลานเข้ารับวัคซีนด้วยเช่นกัน

ดังนั้นการวิจัยนี้จะทำให้ทราบผลกระทบของการระบาดของโควิด-19 ต่อบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก 0-5 ปีและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีนในเด็ก 0-5 ปีในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objectives)

1. เพื่อศึกษาผลกระทบของการแพร่ระบาดของโควิด-19 ต่อระบบบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก 0-5 ปีในพื้นที่จังหวัดยะลา

2. เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีนในเด็ก 0-5 ปีในพื้นที่จังหวัดยะลาในภาวะปกติวิถีใหม่

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบศึกษาปรากฏการณ์ (phenomenological qualitative research) โดยดำเนินงานวิจัยใน 5 ขั้นตอนดังนี้

1. **การทบทวนวรรณกรรม** จากรายงานประจำปี หนังสือ ตำรา บทความ เอกสารทางวิชาการต่าง ๆ และข้อมูลความครอบคลุมของวัคซีนในเด็ก 0-5 ปีในพื้นที่จังหวัดยะลา ก่อนและหลังการระบาดของโควิด-19 (มกราคม, 2563) จากศูนย์ข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center; HDC) ซึ่งสืบค้นผ่านทางเว็บไซต์ของกระทรวงสาธารณสุข

2. **การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ** คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กจำนวน 7 อำเภอจากจำนวนทั้งสิ้น 8 อำเภอของจังหวัดยะลา ได้แก่ เมืองยะลา ยะหา กาบัง บันนังสตา กรงปินังธารโต และเบตง รวมทั้งสิ้น 24 คน แบ่งเป็น 1) ผู้บริหารจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่จังหวัดยะลา จำนวน 11 คน 2) ผู้ปฏิบัติ ได้แก่ แพทย์พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 9 คน และ 3) ผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปีจำนวน 5 คน

3. **การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบไปด้วยแนวคำถาม (interview guide) ซึ่งเป็น

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากที่ปรึกษางานวิจัยจำนวน 1 คน แล้วนำมาปรับปรุงและทดลองสัมภาษณ์ก่อนนำมาสัมภาษณ์จริง

4. **การสัมภาษณ์เชิงลึก** ภายหลังจากที่ผู้วิจัยติดต่อผู้ให้ข้อมูลผ่านทางโทรศัพท์เพื่อชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัย และนัดหมายวันเวลาสถานที่ ผู้วิจัยได้ส่งแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญล่วงหน้าเพื่อให้มีการเตรียมการก่อนการสัมภาษณ์ ในการสัมภาษณ์ใช้เวลาเฉลี่ย 45-60 นาทีต่อคน

5. **การวิเคราะห์ข้อมูล** ใช้วิธีค้นหาแก่นสาระ (Thematic analysis) ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และการวิเคราะห์ประเด็นหลักได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา (triangulation) โดยผู้ให้ข้อมูลนักวิจัยร่วม และที่ปรึกษางานวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา เลขที่ 01/2565 เมื่อวันที่ 20 มกราคม 2565

ผลการวิจัย (Results)

ข้อมูลสำคัญจากการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

อัตราความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน
แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้อัตราความครอบคลุมของวัคซีนในเด็ก 0-5 ปีต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 แต่ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ในเว็บไซต์กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าความครอบคลุมของวัคซีนทุกชนิดครบตามเกณฑ์ (Fully Immunized) ของจังหวัดยะลา ในเด็กอายุครบ 1 ปี หลังการระบาดของโควิด (มกราคม 2563 - กันยายน 2564) ลดลงจากเกือบทุกพื้นที่ เมื่อเทียบกับก่อนการ

ระบาดของโควิด-19 (เมษายน 2561-ธันวาคม 2562) โควิด-19 ความครอบคลุมของวัคซีนเพิ่มขึ้นจากเดิม
ส่วนในกลุ่มอายุครบ 2, 3 และ 5 ปี หลังการระบาดของ เล็กน้อย ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อัตราความครอบคลุมของวัคซีนทุกชนิดในเด็กเมื่ออายุครบ 1, 2, 3, 5 ปี จำแนกเป็นรายอำเภอ

อำเภอ	อัตราความครอบคลุมของวัคซีนทุกชนิดเมื่ออายุครบ							
	1 ปี		2 ปี		3 ปี		5 ปี	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
เมืองยะลา	87.86	83.87	86.11	83.31	77.07	83.35	83.67	85.15
เบตง	82.98	73.53	73.90	73.11	74.03	73.29	74.88	68.28
ยะหา	86.18	79.40	87.58	84.19	81.49	83.87	85.80	84.87
กาบัง	80.71	71.55	71.05	86.91	79.64	81.92	66.51	86.88
รามัน	76.51	65.60	75.83	67.15	68.94	68.36	70.98	74.91
กรงปินัง	51.78	41.01	48.28	48.37	46.91	39.35	54.52	49.10
ธารโต	46.08	54.93	48.11	51.32	51.06	54.94	51.30	54.11
บันนังสตา	29.21	30.36	22.87	25.14	18.20	16.30	17.97	15.42
ภาพรวม	67.66	62.53	64.22	64.93	62.16	62.67	63.20	64.84

หมายเหตุ ก่อนการระบาดของโควิด-19 คือ เมษายน 2561 - ธันวาคม 2562 (21 เดือน) และ

หลังการระบาดของโควิด คือช่วงเดือน มกราคม 2563 - กันยายน 2564 (21 เดือน)

ข้อมูลจำนวนผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตจาก (ปีงบประมาณ 2563-2564) พบว่า จำนวนผู้ติดเชื้อโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนของเด็กอายุ 0-5 ปีของ หัด ไอกรน และคอตีบหลังการระบาดของโควิด-19 จังหวัดยะลาที่สำคัญก่อนการระบาดของโควิด ลดลง ดังข้อมูลในตารางที่ 2 (ปีงบประมาณ 2561-2562) และหลังระบาด

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตจากโรคหัด ไอกรน และคอตีบในเด็กอายุ 0-5 ปีของจังหวัดยะลา ก่อนและหลังการระบาดของโควิด-19

โรค	โรคหัด (Measle)			
	ก่อนระบาด พ.ศ.		หลังระบาด พ.ศ.	
	2561	2562	2563	2564
จำนวนผู้ติดเชื้อ (คน)	1583	380	36	23
อัตราป่วยต่อแสนประชากร	1525.64	592.28	47.76	11.46
จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)	10	0	0	0
อัตราตายต่อแสนประชากร	19.11	0	0	0
โรคไอกรน (Pertussis)*				
จำนวนผู้ติดเชื้อ (คน)	12	16	2	0
อัตราป่วยต่อแสนประชากร	2.67	3.54	0.43	0

โรค	โรคหัด (Measle)			
	ก่อนระบาด พ.ศ.		หลังระบาด พ.ศ.	
	2561	2562	2563	2564
โรคคอตีบ (Diphtheria)*				
จำนวนผู้ติดเชื้อ (คน)	5	1	2	0
อัตราป่วยต่อแสนประชากร	1.11	0.22	0.43	0

* ไม่มีผู้เสียชีวิต

ผลกระทบของโควิด-19 ต่อระบบบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก 0-5 ปี นำเสนอใน 3 ประเด็นหลักดังต่อไปนี้

1) การเข้าถึงบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ผู้ปฏิบัติงานและผู้ปกครองส่วนใหญ่ กล่าวว่า การติดเชื้อโควิด-19 ของคนในครอบครัวหรือในชุมชน รวมถึงมาตรการของรัฐบาลและของจังหวัดในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโควิด-19 เช่น การงดกิจกรรมการรวมกลุ่ม การปิดหมู่บ้าน และห้ามเดินทางเข้าออกนั้น ส่งผลกระทบและเป็นอุปสรรคต่อการเดินทางของผู้ปกครองในการนำบุตรหลานเข้ารับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ผู้ปฏิบัติงานบางส่วน กล่าวถึงการขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับโควิด-19 ของผู้ปกครอง รวมถึงความกลัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงและประสิทธิภาพของวัคซีนโควิด และความไม่มั่นใจในประสิทธิภาพการป้องกันโรคของวัคซีนโควิด อันเนื่องมาจากการติดเชื้อโควิด-19 ซ้ำหลังฉีดวัคซีนหรือภายหลังป่วยด้วยโควิด-19 ทำให้เกิดความหวาดกลัวหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19 หากต้องนำบุตรหลานเข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุข จึงเป็นเหตุให้ผู้ปกครองตัดสินใจหรือเลื่อนการนำเด็กมารับวัคซีนตามนัด

อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่กล่าวว่า การระบาดของโควิด-19 ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อการตัดสินใจนำบุตรหลานเข้ารับวัคซีนตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของผู้ปกครองเด็กที่อาศัยอยู่ในเขต

เมืองหรือตัวอำเภอ ซึ่งเห็นได้จากอัตราความครอบคลุมของการรับวัคซีนในเด็ก 0-5 ปีในพื้นที่เขตเมืองไม่ได้เพิ่มขึ้นหรือลดลงจากเดิมมากนัก แม้ว่าจะได้รับผลกระทบจากมาตรการของรัฐและจังหวัดบ้าง แต่ก็ยังสามารถนำบุตรหลานเข้ารับวัคซีนตามนัด ยกเว้นกลุ่มผู้ปกครองที่ป่วยเป็ยงหรือปฏิเสธวัคซีนซึ่งมีตั้งแต่ก่อนการระบาดของโควิด-19 ก็ยังคงปฏิเสธการนำบุตรหลานเข้ารับวัคซีนเช่นเดิม

2) คุณภาพและบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า การปรับเปลี่ยนบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 เพื่อจัดการกับโควิด-19 นั้นเป็นความจำเป็นเร่งด่วนและฉุกเฉิน จึงมีต้องระดมบุคลากรส่วนใหญ่ในหน่วยงานมาช่วยในการคัดกรอง ป้องกัน เฝ้าระวัง และดูแลรักษา ทำให้มีการปรับรูปแบบบริการในสถานบริการ ด้วยการลดจำนวนวันและเวลาให้บริการลง รวมถึงการห้ามมิให้เด็กเล็กที่ไม่เจ็บป่วยเข้ามาในโรงพยาบาล

ในส่วนของการบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กเชิงรุก ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน การให้บริการฉีดวัคซีนในโรงเรียน สถานบริบาลและศูนย์อนามัยเด็กเล็ก รวมถึงการติดตามกลุ่มเป้าหมายที่ไม่มารับวัคซีนตามนัด พบว่ามีการให้บริการโดยสิ้นเชิง โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีการระบาดของโควิด-19 อย่างรุนแรง อันเนื่องมาจากเหตุผลของการขาดแคลนบุคลากร และการลดความเสี่ยง

ในการติดเชื้อโควิด-19 ของผู้ปฏิบัติงานในขณะลงพื้นที่ให้บริการเชิงรุกในชุมชน

อย่างไรก็ตามบางหน่วยงานมีการบูรณาการงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก เข้ากับการตรวจพัฒนาการเด็กและการประเมินภาวะโภชนาการในคลินิกเด็กดีเพื่อลดระยะเวลาบริการและภาระงานของเจ้าหน้าที่ รวมถึงบริการเชิงรุกเข้ากับงานอนามัยแม่และเด็ก โดยนัดให้บริการพร้อมกับมารดาเมื่อมารับบริการหลังคลอด หรือการติดตามเยี่ยมบ้านมารดาหลังคลอด

ในส่วนของการปฏิบัติตามมาตรฐานงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้านการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นนั้น ไม่ได้ได้รับผลกระทบมากนัก เนื่องจากการดำเนินงานโดยโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบเฉพาะและไม่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการบริหารจัดการโควิด-19 ส่วนด้านการบันทึกข้อมูลและการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรฐานนั้น แม้ว่าจะมีการจัดทำทะเบียนเด็กที่ไม่ได้มารับวัคซีนตามกำหนดนัด แต่ด้วยภาระงานที่เพิ่มขึ้นของผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 อย่างรุนแรงในพื้นที่ ทำให้ไม่มีการติดตามเด็กให้มารับวัคซีนภายในเวลาที่กำหนด และส่งผลต่อคุณภาพของการบันทึกข้อมูล จากข้อจำกัดเรื่องการจัดสรรเวลาในการทำงานเอกสาร

3) การบริหารทรัพยากรบุคคล ภาระงานที่เพิ่มขึ้น จากมาตรการเตรียมการ ป้องกัน ควบคุม ฝ้าระวัง และรักษาผู้ป่วยโควิด-19 นั้นต้องอาศัยบุคลากรจำนวนมากในการดำเนินงาน จึงมีการมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค มาช่วยปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโควิด-19 อาทิ เช่น การออกพื้นที่เพื่อสอบสวนโรค การค้นหากลุ่มเสี่ยง การควบคุมโรค รวมถึงการณรงค์และฉีดวัคซีนโควิดอีกด้วย ทำให้สถานบริการสุขภาพหลายแห่งขาดบุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรงในการปฏิบัติหน้าที่ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก บางหน่วยงานมีการบริหารจัดการให้ผู้ปฏิบัติงานรองหรือบุคลากรส่วนอื่นๆ ซึ่ง

ได้รับการถ่ายทอดงานและทักษะในการให้วัคซีนมาช่วยปฏิบัติงานแทน

นอกจากนี้กลุ่มผู้บริหาร ได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ก่อนการระบาดของโควิด-19 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา มีการปรับรูปแบบการบริหารจัดการงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กในระดับจังหวัด เช่น การประชุมเร่งรัดติดตามผลการดำเนินงานเป็นรายสถานบริการ การนิเทศติดตามงานในระดับเครือข่าย การสุ่มประเมินตามมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การจัดให้มีเวทีนำเสนอผลการดำเนินงาน และจัดให้มีคณะทำงานพัฒนาข้อมูล HDC/EPI ระดับจังหวัด/อำเภอ รวมถึงการใช้กลยุทธ์ STAR เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุ 0-5 ปี ซึ่งประกอบด้วย 1.Standard : มาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคทั้ง 3 ด้าน 2.Team work : การใช้ทีมในการดำเนินงานในเชิงรุก ร่วมกับภาคีเครือข่าย 3. Activate and Motivation: การกระตุ้น และการสร้างแรงจูงใจ 4. Risk communication: การสื่อสารความเสี่ยง ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ยังคงมีการดำเนินงานและกำกับติดตามจากผู้รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอย่างต่อเนื่องภายหลังการระบาดของโควิด-19

อภิปรายผล (Discussion)

อัตราความครอบคลุมของวัคซีนในเด็ก 0-5 ปี โดยรวมของจังหวัดยะลาภายหลังจากการระบาดของโควิด-19 ยังคงมีอัตราที่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดคือร้อยละ 90 เช่นเดียวกับก่อนระบาดของโควิด-19 นั้น อาจเกิดจากปัจจัยที่มีอยู่เดิมในพื้นที่ได้แก่ ความวิตกกังวลของผู้ปกครองต่ออาการข้างเคียงของการได้รับวัคซีน ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีน และพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ (ประภาภรณ์ หลังปูเต๊ะ และคณะ, 2563)

อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้พบว่าอัตราความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนทุกชนิดครบตามเกณฑ์ใน

เด็กเมื่ออายุครบ 2, 3, และ 5 ปีของจังหวัดยะลาหลังการระบาดของโควิด-19 มีการเพิ่มขึ้นเล็กน้อย เมื่อเทียบกับก่อนการระบาดของโควิด-19 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากแนวทางการแก้ไขปัญหาคอขวดของวัคซีนในเด็กของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา ที่ได้กำหนดพื้นที่รับผิดชอบรายหมู่บ้าน มีการนิเทศ ติดตาม การรายงานผลการดำเนินงาน และการใช้กลยุทธ์ STAR ในการขับเคลื่อนงานอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา, 2564) และการใช้กลไกส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีน จากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง (ประภาภรณ์ หลังปูเต๊ะ, ชารินะห์ ระณี, สุกรี หลังปูเต๊ะ, 2564) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สวัสดิ์ อภิวิจันต์ และคณะ (2562) ที่พบว่าการทำงานเครือข่ายเป็นปัจจัยหนึ่งของความสำเร็จในการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่เป็นเลิศของสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

งานวิจัยนี้ยังแสดงให้เห็นว่าโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน เช่น หัด คอตีบ และไอกรนในเด็ก 0-5 ปี มีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อมีผลต่ำกว่าช่วงเกิดสถานการณ์โควิด-19 อย่างเห็นได้ชัด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก มาตรการป้องกันของกระทรวงสาธารณสุข และมาตรการป้องกันส่วนบุคคล เช่น การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคลอย่างน้อย 1-2 เมตร การสวมหน้ากากอนามัย และการรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลและของเครื่องใช้ต่างๆ นั้น ช่วยป้องกันหรือลดการติดเชื้อจากโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนในเด็ก 0-5 ปี ซึ่งเป็นโรคติดต่อทางระบบทางเดินหายใจเช่นเดียวกับกับโควิด-19

การระบาดของโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก 0-5 ปี โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเด็กอายุ 0-5 ปี จากมาตรการของรัฐและจังหวัดเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค เช่น การปิดหมู่บ้าน การงดเดินทางเข้าออก โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีการระบาดอย่างรุนแรงในพื้นที่

รอบนอก (กรมควบคุมโรค, 2564) รวมถึงการปรับรูปแบบบริการในสถานพยาบาลและการบริหารจัดการทรัพยากรในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 เช่น การจัดเตรียมสถานที่เพื่อรองรับผู้ป่วยโควิด และการจำกัดจำนวนผู้ใช้บริการในสถานบริการ (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2563) ซึ่งเป็นอุปสรรคหรือมูลเหตุที่ทำให้ผู้ปกครองไม่สามารถนำบุตรหลานเข้ารับบริการรับวัคซีนตามกำหนดหรือล่าช้ากว่ากำหนด

งานวิจัยนี้ยังระบุผลกระทบจากการระบาดของโควิด-19 ต่อคุณภาพและบริการของงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กทั้งในและนอกสถานบริการ โดยผลกระทบของโควิดต่อการจัดบริการในสถานบริการเช่น การลดจำนวนวันและเวลาให้บริการ การให้บุคลากรด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคไปทำงานด้านการป้องกันควบคุมโรค และ รักษาพยาบาลผู้ป่วยโควิด หรือเตรียมอัตรากำลังให้เหมาะสมและเพียงพอกับการให้บริการผู้ป่วยอื่นๆ และผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีความต้องการใช้เตียงที่เพิ่มขึ้น และบริการที่แยกเฉพาะ (Isolation) (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2563) ซึ่งการจัดการดังกล่าวข้างต้น ส่งผลให้การจัดบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กเชิงรุกหรือนอกสถานบริการนั้น ทำได้ไม่เต็มที่

งานวิจัยนี้ยังชี้ให้เห็นถึงผลกระทบจากการระบาดของโควิด-19 ต่อการบริหารทรัพยากรบุคคล จากจำนวนผู้ให้บริการที่ลดลงเนื่องจากต้องไปปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวัง ควบคุม ติดตามและสอบสวนโรค เพื่อเตรียมการและตอบสนององวิกฤติการณ์ระบาดของโควิด-19 (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2563) เป็นเหตุให้สถานบริการสุขภาพหลายแห่งขาดบุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรง การขาดแคลนบุคลากร และการให้บุคลากรที่ขาดทักษะและประสบการณ์มาทำงานแทนย่อมส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กด้วยเช่นกัน เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานหลักและรองที่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น เป็นหนึ่งในปัจจัยความสำเร็จของการปฏิบัติงานสร้างเสริม

ภูมิคุ้มกันโรคในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ (สวัสดิ์
อภิวัจนินวงศ์ และคณะ, 2562)

สรุป (Conclusion)

การระบาดของโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก 0-5 ปีในพื้นที่จังหวัดยะลา ทั้งในด้านการเข้าถึงบริการ คุณภาพ และบริการ และการบริหารทรัพยากรบุคคล ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องจึงควรปรับแผนและกลยุทธ์ในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก 0-5 ปี ควบคู่ไปกับการป้องกันและควบคุมโควิด-19 ภายใต้สถานการณ์ปกติวิถีใหม่ให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืนไปพร้อมกัน

ข้อเสนอเชิงนโยบาย (Recommendation)

ข้อเสนอเชิงนโยบายในการส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีนในเด็ก 0-5 ปีของภายใต้สถานการณ์ปกติวิถีใหม่ แบ่งเป็น 3 ประเด็นหลักได้แก่

1) การส่งเสริมการเข้าถึงบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ควรสนับสนุนให้หน่วยบริการนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีมาใช้ในการสื่อสารข้อมูลและระบบบริการงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก เพื่อลดข้อจำกัดจากการเข้าถึงบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจากมาตรการป้องกันและควบคุมโควิด-19 เช่น การใช้แอปพลิเคชันหรือสื่อออนไลน์ สำหรับให้ข้อมูลเกี่ยวกับเงื่อนไขการให้บริการ วันและเวลาให้บริการ ช่องทางติดต่อสื่อสาร สิ่งที่ได้รับบริการต้องเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับบริการ และมาตรการป้องกันและควบคุมโควิด-19 ในสถานบริการพยาบาล รวมทั้งจัดเตรียมสถานที่ทรัพยากรเกื้อหนุน และระบบบริการให้มีความพร้อมในการให้บริการเพื่อความสะดวก รวดเร็ว และลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในสถานบริการพยาบาล

2) การบูรณาการงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในบริการเชิงรุก ควรมีการจัดทำแผนและแนวทางการบูรณาการงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก ควบคู่

ไปกับการป้องกันและควบคุมโควิด-19 ในการให้บริการเชิงรุกภายหลังการระบาดของโควิด-19 ได้คลี่คลายลง โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ส่งเสริมการทำงานร่วมกับเครือข่าย และการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

3) การบริหารบุคลากรเพื่อจัดบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก ในกรณีที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากร เสนอให้มีการบริหารจัดการเชิงบูรณาการแบบคร่อมสายงาน หรือหน่วยงานกลาง เพื่อลดระยะเวลาบริการและภาระงานของเจ้าหน้าที่ รวมถึงการประสานความร่วมมือไปยังสถานบริการพยาบาลเอกชนและคลินิก ในพื้นที่ เพื่อให้เป็นทางเลือกสำหรับผู้ปกครองในการนำบุตรหลานเข้ารับวัคซีน นอกจากนี้ควรต้องมีการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงานทั้งในรูปแบบของการเพิ่มค่าตอบแทน เงินเดือน ค่าเสี่ยงภัย ค่าล่วงเวลา หรือการมอบรางวัล และการยกย่องเชิดชูเกียรติ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรนำข้อเสนอเชิงนโยบายไปใช้ประเมินความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทการทำงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กภายใต้สถานการณ์ปกติวิถีใหม่

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหารสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปีในพื้นที่จังหวัดยะลา ที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกรี หลังปูเต๊ะ ที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาแนวคำถาม และการตรวจสอบสามเส้าในการวิเคราะห์ประเด็นหลักของงานวิจัยมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). **รายงานประจำปี 2560**. สืบค้นเมื่อ 14 เมษายน 2563 จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/01aa7143d1e67bcfa24ce22846f03ac9.pdf>
- กรมควบคุมโรค. (2564). **มาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี 2564**. กรุงเทพมหานคร. กระทรวงสาธารณสุข
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ. (2563). **การตอบสนองและเตรียมการของระบบบริการสุขภาพไทยต่อวิกฤติการระบาดของ COVID-19: การดำเนินการของโรงพยาบาล และผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมภายในขอบเขตของระบบสุขภาพ**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 14 เมษายน 2563 จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/5392/hs2693.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- ฉัตรสุมน วุฒิวิญญู. (2563). **มาตรการการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค การแพร่ระบาดของโควิด-19**. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข. 6(2) 467-487.
- ประภาภรณ์ หลังบุเต๊ะ, ยามีละห์ ยะยือรี, นิซูไรดา นิมุ, และซารินะฮ์ ระนี. (2563). **หนึ่งทศวรรษงานวิจัย ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคชายแดนใต้: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ**. วารสารเภสัชกรรมไทย. 12(1):208-15.
- ประภาภรณ์ หลังบุเต๊ะ, ซารินะฮ์ ระนี, และสุกรี หลังบุเต๊ะ. (2564). **กะบะห์โมเดลกับการส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีนในเด็ก 0-5 ปีในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้**. รายงานสรุปโครงการ. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ 12 สงขลา.
- วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย และคณะ (2557). **โครงการการพัฒนาความครอบคลุมและประสิทธิผลของวัคซีนพื้นฐานในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุ 0-5 ปี ในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง**. สืบค้นเมื่อ 14 เมษายน 2563 จาก <http://k4ds.psu.ac.th/vaccine/content-1>
- สวัสดิ์ อภิวัจนีวงศ์, สุวิข ธรรมปาโล, สมคิด เพชรชาติ, และอาอิซะฮ์ มูซอ. (2562). **ปัจจัยความสำเร็จต่อการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่เป็นเลิศของสถานบริการสาธารณสุขพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้**. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 28(2); 263-72.
- สุวิข ธรรมปาโล, ชูพงศ์ แสงสว่าง, และสวธรรยา จันทูตานนท์. (2564). **การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหัดในพื้นที่จังหวัดภาคใต้ตอนล่างประเทศไทย ปี 2561-2562**. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 30(4); 587-596.
- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา (2561). **สคร.12 สงขลา เตือนเฝ้าระวังโรคหัดในจังหวัดยะลาผู้ปกครองนำบุตรหลานฉีดวัคซีนให้ครบตามเกณฑ์**. สืบค้นเมื่อ 14 เมษายน 2563 จาก <https://ddc.moph.go.th/odpc12/news.php?news=569&deptcode=odpc12>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา. (2561). **รายงานผลการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค**. ยะลา. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา. (2564). **รายงานผลการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค**. ยะลา. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.
- อมร รอดคล้าย, สุวัฒน์ วัยพงษ์สุกิจ, และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2548). **การจัดระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤต 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้**. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- อิบรอฮีม ณรงค์รักษาเขต ,ไมตรี แก้วทับทิม ,มะรอนิง สาแลมิง ,และอับดุลลอฮ์ อัลอุซามะฮ์. (2564). **วัฒนธรรมและความเชื่อของชาวไทยมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อและการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ 2019 (COVID 19) แนวทางในการป้องกันและลดทอนการแพร่ระบาดของโรคด้วยหลักการอิสลาม หลักสุขภาวะและภูมิปัญญาท้องถิ่น**. รายงานวิจัย. สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ.
- อีระฟาน หะยีอีแต และประภาภรณ์ หลังบุเต๊ะ. (2563). **รูปแบบการส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีนในเด็ก 0-5 ปี จังหวัดยะลา**. วารสารอัล-ฮิกมะฮ์ มหาวิทยาลัยฟาฏอนี. 10 (20); 137-148.

Criminal Law Problem relating to Mental Disorder: A Study of the Legal Measures for Wrongdoers with Personality Disorder*

Punthita Thienhirun

*Legal Officer, Office of The National Broadcasting and Telecommunication Commission
punthita.th@gmail.com*

Original article

Received: 27 Sep 2022

Revised: 28 Oct 2022

Accepted: 11 Nov 2022

Abstract

This article studies issues related to whether Section 65 of The Criminal Code legislatively supports personality disorder. The goal is to examine the scope of definitions and meanings for insanity in Section 65 of The Criminal Code and determine criminal liability, including appropriate legal measures, for wrongdoers with personality disorder by a comparative international legal study to derive appropriate guidelines for the Thai context.

Results are that Section 65 of The Criminal Code does not include personality disorder in considering criminal liability of persons so afflicted to ensure reduced or relaxed sanctions. Offenders with personality disorder must still be sanctioned like defendants with normal mental states, although criminal penalties cannot ameliorate their condition.

These findings suggest that Section 65 of The Criminal Code should be revised to offer legal measures supporting offenders who are currently unprotected by it to meet current societal contexts in Thailand.

Keywords : Section 65 of The Criminal Code, Personality disorder, Legal measures

* This Article is one part of thesis, "Appropriate Criminal legal measure for wrongdoers with mental disorders : A study into wrongdoers suffering from mental disorders which are not protect under Section 65 of The Criminal Code", Master of Laws, Criminal Law, Faculty of Law, Thammasat University

ปัญหาทางกฎหมายอาญาเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต: ศึกษามาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมสำหรับผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ*

ปณธิตา เทียนหิรัญ

นิติกรปฏิบัติการระดับต้น สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกากระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ
(สำนักงาน กสทช.)

ติดต่อ punthita.th@gmail.com

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 27 ก.ย. 2565

วันแก้ไข 28 ต.ค. 2565

วันตอบรับ 11 พ.ย. 2565

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงประเด็นปัญหาว่าประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 นั้น ได้มีการบัญญัติรองรับความผิดปกติทางบุคลิกภาพหรือไม่ โดยศึกษาถึงขอบเขตของคำนิยามและความหมายของคำศัพท์ที่เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 และการวินิจฉัยความรับผิดทางอาญา รวมถึงมาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมกับผู้ที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ โดยการศึกษาเปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศ เพื่อนำมาตรการทางกฎหมายของต่างประเทศมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

ผลการศึกษาพบว่า การพิจารณาความรับผิดทางอาญาของผู้ที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพตามมาตรา 65 ของประมวลกฎหมายอาญานั้น ไม่ได้บัญญัติให้ครอบคลุมถึงกรณีผู้ที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ ดังนั้น ผู้กระทำความผิดซึ่งมีความผิดปกติทางบุคลิกภาพจะไม่ได้รับยกเว้นโทษและลดโทษ โดยผู้กระทำความผิดยังคงต้องรับโทษเสมือนบุคคลที่มีสภาพจิตปกติทั่วไปซึ่งการใช้บทลงโทษทางอาญาเพียงอย่างเดียวไม่สามารถแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำความผิดได้

งานวิจัยนี้ จึงเสนอแนะให้มีการปรับปรุงประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 เพื่อหาแนวทางมาตรการทางกฎหมายที่รองรับผู้กระทำความผิดซึ่งไม่ได้รับการคุ้มครองตามมาตรา 65 ให้เหมาะสมกับสภาพสังคมไทยในปัจจุบัน

คำสำคัญ : ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65, ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ, มาตรการทางกฎหมาย

* บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง “มาตรการทางกฎหมายอาญาที่เหมาะสมกับผู้มีความผิดปกติทางจิต : ศึกษากรณีผู้กระทำความผิดเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ได้รับความคุ้มครองตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65” หลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต สาขากฎหมายอาญา คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

1. บทนำ (Introduction)

1.1 ความสำคัญของปัญหา

เนื่องด้วยปัจจุบันบุคคลธรรมดาที่ต้องดำรงชีพ จำต้องเผชิญกับสภาพปัญหาต่างๆมากมาย ทั้งด้านภาวะ เศรษฐกิจ สังคม ฯลฯ จึงส่งผลให้บุคคลดังกล่าว อาจเกิด ภาวะความเครียดสะสม เกิดความวิตกกังวล รวมไปถึง การเกิดภาวะอารมณ์แปรปรวน โดยภาวะดังกล่าวล้วน แต่ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตได้ ซึ่งปัญหา สุขภาพจิตเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่ จะกระทำความผิดได้มากกว่าบุคคลทั่วไปซึ่งมีสุขภาพจิต ปกติ หากผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิตได้ลงมือ กระทำความผิดอาญานั้น สำหรับการพิจารณาการ กระทำความผิดอาญาของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตจะ เป็นไปตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 ต้องเป็น กรณีที่บุคคลนั้นไม่สามารถรู้ผิดชอบหรือไม่สามารถ บังคับตนเองได้ ซึ่งบุคคลดังกล่าวจะได้รับความคุ้มครอง ในทางกฎหมายตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65

ในทางกฎหมายเกิดประเด็นปัญหาว่า ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 นั้นได้มีการบัญญัติ ร่องรับผู้ที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ (Personality Disorders) หรือไม่ เนื่องจาก “ความผิดปกติทาง บุคลิกภาพ” หรือ “Personality Disorders” คือ กรณี ที่บุคคลนั้นมีลักษณะรูปแบบพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไป จากสังคมทั่วไป มีรูปแบบคงที่ และไม่ยืดหยุ่นในหลาย สถานการณ์ซึ่งความผิดปกตินั้นมักปรากฏอาการในช่วง วยรุ่นจนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และด้วยความผิดปกติของ พฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจึงทำให้ส่งผลกระทบต่อหน้าที่ การงานและการดำเนินชีวิตของบุคคลนั้นๆ โดยสาเหตุ ของการเกิดความผิดปกติทางบุคลิกภาพ สามารถอธิบาย ได้หลายมุมมอง เช่น ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทาง ครอบครัวยุทธวิธีอบรมดูแลในวัยเด็ก ปัจจัยทางสังคม และสภาพแวดล้อม เป็นต้น โดยหลักเกณฑ์ที่ใช้ในการ วินิจฉัยของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-5) ของสมาคม จิตแพทย์สหรัฐอเมริกา (ขวัญพนมพร ธรรมไทย, 2564)

ได้จำแนกความผิดปกติด้านบุคลิกภาพ ออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ความผิดปกติด้านบุคลิกภาพของกลุ่ม A (Cluster A) เป็นกลุ่มผู้ที่มีความผิดปกติด้านบุคลิกภาพด้วยการ แสดงพฤติกรรมแปลกๆ หรือผิดปกติ ส่วนความผิดปกติ ด้านบุคลิกภาพของกลุ่ม B (Cluster B) เป็นกลุ่มผู้ที่มีความ ผิดปกติด้านบุคลิกภาพซึ่งจะมีพฤติกรรมเจ้า อารมณ์เหมือนแสดงละคร มักเคยอยู่ในภาวะที่มีการใช้ อารมณ์รุนแรง นอกจากนี้ ยังมีความผิดปกติด้าน บุคลิกภาพของกลุ่ม C (Cluster C) เป็นกลุ่มผู้ที่มีความ ผิดปกติด้านบุคลิกภาพซึ่ง มีลักษณะเด่น คือ กังวลและ หวาดกลัว

จากการศึกษาเบื้องต้น พบว่า ผู้ที่มีความผิดปกติ ทางบุคลิกภาพมักมีแนวโน้มที่จะก่อความรุนแรงหรือ กระทำความผิดทางกฎหมายมากกว่าบุคคลธรรมดาทั่วไป ซึ่ง หากบุคคลนั้นมิได้รับการบำบัดรักษาหรือบรรเทาด้วย วิธีการที่ถูกต้องอาจส่งผลให้บุคคลนั้นมีความเสี่ยงที่จะ กระทำความผิดซ้ำได้ แม้ว่าในทางจิตเวชศาสตร์จะมอง ว่าผู้ที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพนั้นเป็นผู้ป่วยที่ต้อง ได้รับการบำบัดรักษา (ณพทัย วงศ์ปาริณย์และทินกร วงศ์ปาริณย์, 2558) แต่หากพิจารณาเหตุวิกลจริตใน ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 ซึ่งต้องตีความโดย เคร่งครัด จะเห็นได้ว่า กฎหมายยังไม่ได้มีการบัญญัติ รับรองผู้ที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ อาจกล่าวได้ว่า กรณีของความผิดปกติทางบุคลิกภาพเป็นหนึ่งในความ ผิดปกติทางจิตที่ยังมิได้รับความคุ้มครองทางกฎหมาย จึงทำให้เกิดประเด็นปัญหาต่อมาว่า มาตรการทาง กฎหมายในคดีอาญาของผู้ที่มีความผิดปกติทาง บุคลิกภาพ กฎหมายควรมีการบัญญัติให้ดำเนินการ อย่างไร เพื่อให้การดำเนินการดังกล่าวเหมาะสมกับผู้ ที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ

โดยสรุปจะเห็นได้ว่า ประมวลกฎหมาย อาญา มาตรา 65 ยังมีข้อจำกัดที่ทำให้ไม่เหมาะสมกับ การปรับใช้ เนื่องจากเหตุวิกลจริตที่กฎหมายกำหนดนั้น มีลักษณะที่แตกต่างจากความรู้ความเข้าใจในทางจิตเวช ศาสตร์ และมาตรา 65 มิได้มีการบัญญัติรับรองผู้ที่มี

ความผิดปกติทางจิตซึ่งมีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ ทั้ง ๆ ที่ ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะก่อการกระทำ ความผิดปกติได้ จากปัญหาของมาตรา 65 จึงทำให้ลักษณะการ ดำเนินการคดีอาญาของผู้กระทำความผิดที่มีความ ผิดปกติทางบุคลิกภาพยังคงมีลักษณะที่ไม่เหมาะสมและ ไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการลงโทษ รวมถึง หลักการลงโทษให้เหมาะสมแต่ละบุคคลด้วย

1.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาถึงลักษณะและสาเหตุของผู้มีความ ผิดปกติทางบุคลิกภาพ รวมทั้งศึกษาหลักการที่ เกี่ยวข้องกับผู้มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ

2. เพื่อให้ศึกษาถึงขอบเขตของคำนิยามและ ความหมายของคำศัพท์ที่เกี่ยวกับความวิกลจริตใน ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 และขอบเขตความ รับผิดทางอาญาของผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทาง บุคลิกภาพ

3. เพื่อศึกษามาตรการทางกฎหมายกรณี ผู้กระทำความผิดมีความผิดปกติทางบุคลิกภาพของ ต่างประเทศ ได้แก่ ประเทศเยอรมนี ประเทศอังกฤษ และประเทศสหรัฐอเมริกา

4. เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบหลักเกณฑ์ที่ใช้ ในการพิจารณาขอบเขตความรับผิดทางอาญาและ มาตรการทางกฎหมายของกฎหมายไทยกับกฎหมาย ต่างประเทศ ในกรณีผู้กระทำความผิดมีความผิดปกติทาง บุคลิกภาพ เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมสำหรับการ ดำเนินคดีกับผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ

1.3 วิธีการดำเนินการศึกษา

ศึกษาโดยค้นคว้าจากเอกสารภาษาไทย และ เอกสารภาษาต่างประเทศ คำพิพากษาของศาล วิทยานิพนธ์ รายงานการวิจัย หนังสือ วารสาร บทความ บทบัญญัติแห่งกฎหมาย และเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนข้อมูลจากเครือข่ายอินเทอร์เน็ต รวมถึง กฎหมายทางการแพทย์ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง เพื่อ

วิเคราะห์หาแนวทางที่เหมาะสมและข้อเสนอแนะ สำหรับประเทศไทย

2. ผลการศึกษา (Results)

2.1 ประเทศเยอรมนี

ประเทศเยอรมนีเป็นประเทศที่ใช้ระบบ กฎหมายซีวิลลอว์ จึงมีการบัญญัติกฎหมายอาญาไว้ใน ประมวลกฎหมาย โดยประเทศเยอรมนีจะมีการกำหนด คำนิยามของคำว่า “ความผิดปกติทางจิตใจ” ไว้ใน มาตรา 20 แห่งประมวลกฎหมายอาญาของประเทศ เยอรมนี ซึ่งคำนิยามของความผิดปกติทางจิต มีลักษณะ กว้าง ๆ โดยแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ ความ เจ็บป่วยทางจิตใจ (A pathological mental disorder) การรบกวนของจิตสำนึกอย่างลึกซึ้ง (A profound disturbance of consciousness) ความบกพร่องทาง จิตใจ (Mental deficiency) ความผิดปกติทางจิตใจ อย่างร้ายแรงอื่น ๆ (Any other serious mental abnormality) จากการแบ่งประเภทของความผิดปกติ ทางจิตใจได้มาตรา 20 ในความผิดปกติทางจิตใจประเภท สุดท้าย หรือ “ความผิดปกติทางจิตใจอย่างร้ายแรงอื่น ๆ (Any other serious mental abnormality)” นั้น เป็น คำที่มีลักษณะกว้างมากพอที่จะครอบคลุมความผิดปกติ ทางจิตใจทุกกรณี ซึ่งรวมไปถึงกรณีของความผิดปกติ ทางบุคลิกภาพด้วย (Michael Bohlander, 2009)

สำหรับการพิจารณาความรับผิดทางอาญา ของผู้ที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพจะเป็นไปตาม ประมวลกฎหมายอาญาเยอรมัน มาตรา 20 ซึ่งเป็นกรณี ที่ในขณะที่กระทำความผิด บุคคลไม่สามารถรู้ผิดชอบหรือ กระทำไปอันเนื่องมาจากความผิดปกติทางจิตตามที่ระบุ ไว้ในมาตรา 20 การกระทำดังกล่าวย่อมไม่เป็นความผิด หรือกรณีตามมาตรา 21 เป็นกรณีที่ในขณะที่กระทำ ความผิด ความสามารถรู้ผิดชอบหรือการบังคับตนเอง ของบุคคลนั้นลดลงอันเนื่องมาจากความผิดปกติทางจิต ตามที่ระบุไว้ในมาตรา 20 อย่างหนึ่งอย่างใด หากเป็น เช่นนั้นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตอาจได้รับการลดโทษ

ตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 49 (1) (Strafgesetzbuch S 20)

นอกจากนี้ ศาลของประเทศเยอรมนีมีมาตรการทางกฎหมายอื่นๆ นอกเหนือจากการลงโทษ เช่น ศาลอาจมีคำสั่งบังคับรักษาผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่ไม่ต้องรับผิดชอบหรือได้รับการลดโทษตามมาตรา 63 ได้ โดยศาลสามารถสั่งให้ส่งตัวบุคคลนั้นไปบังคับรักษา ยังโรงพยาบาลจิตเวช หรือในบางกรณีที่มีผู้มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพมีแนวโน้มของพฤติกรรมกระทำความผิดซ้ำหรือสารเสพติดซึ่งความมีเมื่อนั้นนำไปสู่การไม่สามารถควบคุมจิตใจหรือทำให้ความสามารถในการรับผิดชอบหรือความสามารถในการบังคับตนเองน้อยลงอย่างมาก และอาจนำไปสู่การกระทำความผิดอาญาร้ายแรงในอนาคต กรณีเช่นนี้ศาลสามารถสั่งคุมขังเพื่อบำบัดรักษาผู้เสพสารเสพติดเพื่อเป็นการฟื้นฟูให้กับผู้กระทำความผิดตามมาตรา 64 แห่งประมวลกฎหมายอาญาเยอรมันได้

2.2 ประเทศอังกฤษ

ภายหลังการแก้ไขเพิ่มเติมเป็น Mental Health Act 2007 ซึ่งได้มีการยกเลิกการแบ่งประเภทของความผิดปกติทางจิต ตามที่ Mental Health Act 1983 เดิมเคยกำหนดไว้ (The National Archives, 2007) โดยใช้คำนิยามในลักษณะกว้างๆ ว่า “mental disorder” หรือ “ความผิดปกติทางจิต” เพียงคำเดียว ซึ่งคำนิยามดังกล่าว หมายถึง “ความผิดปกติหรือความบกพร่องใดๆ ทางจิต” หรือ “any disorder or disability of the mind” จึงทำให้การแก้ไขเพิ่มเติมครั้งนี้ส่งผลให้เป็นการขยายขอบเขตของการใช้บทบัญญัติและทำให้บทบัญญัตินี้ดังกล่าวสามารถปรับใช้กับปัญหาความผิดปกติทางจิตเกือบทุกประเภทที่ได้รับการยอมรับจากทางคลินิกซึ่งความผิดปกติทางบุคลิกภาพนั้นถูกรวมไปจนถึงตามบทบัญญัติฉบับนี้ด้วย และผู้กระทำความผิดทางบุคลิกภาพสามารถยกข้อต่อสู้ในเรื่องความวิกลจริตได้เพื่อให้ตนได้รับการยกเว้นโทษหรือลดโทษได้ตามหลัก M’Naghten (R. v. M’Naghten, 1843)

กล่าวคือ หลักเกณฑ์ที่ศาลใช้กำหนดนิยามของความวิกลจริตในกฎหมายและเป็นหลักทดสอบความรับผิดชอบทางกฎหมาย โดยหลักดังกล่าวจะไม่มีภาระระดับความรับผิดชอบ ไม่ว่าสภาพจิตใจของปัจเจกบุคคลจะเป็นอย่างไร หากบุคคลนั้นรู้ว่าตนกำลังกระทำการใดอยู่และสามารถรับรู้ได้ว่าตนกำลังกระทำความผิดด้วยกฎหมาย บุคคลนั้นย่อมต้องรับผิดชอบต่อกระทำของตน โดยหลักเกณฑ์ของกฎ M’Naghten จะมีการพิจารณาถึงความบกพร่องของการใช้เหตุผลอันเนื่องจากโรคทางจิตใจ (Defect of reason due to disease of the mind) ความสามารถเข้าใจถึงธรรมชาติและคุณภาพของการกระทำ (Knowing the nature and quality of the act) ความสามารถเข้าใจความแตกต่างระหว่างความถูกต้องกับความผิด (Knowing the difference between right and wrong) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพนั้นไม่ได้สูญเสียความสามารถในการรับรู้ความเป็นจริงและยังคงสามารถบังคับตนเองได้ รวมไปถึงสามารถรู้ได้ว่าสิ่งใดถูกสิ่งใดผิด เพียงแต่ผู้ที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพขาดการสำนึกผิดและไม่ยอมรับว่าตนทำผิด ดังนั้น ผู้ที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพจึงไม่สามารถนำหลัก M’Naghten มาใช้อ้างเพื่อให้ตนพ้นผิดได้

ส่วนมาตรการทางกฎหมายของประเทศอังกฤษในการดำเนินการกับผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ เช่น มาตรการบำบัดรักษาของผู้กระทำความผิดจะเป็นไปตามหลักปฏิบัติของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต ค.ศ. 1983 (Mental Health Act 1983: Code of Practice) ที่มีการกล่าวถึงหลักการประเมินอาการและการรักษาพยาบาลของผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ โดยในการประเมินอาการของผู้ที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพอาจมีการปฏิบัติที่แตกต่างไปจากผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตอื่นๆ และต้องกระทำโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตที่ได้รับอนุมัติ จาก Approved Mental Health Professionals (AMHPs) ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้าน

สุขภาพจิตที่ได้รับอนุมัติจากหน่วยงานบริการสังคมในท้องถิ่นเพื่อปฏิบัติหน้าที่ภายใต้ Mental Health Act (Mental Health Act 1983: Code of Practice) โดยการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพนั้นจะขึ้นอยู่กับสถานการณ์ของแต่ละบุคคล เบื้องต้นเมื่อมีการตัดสินทางคลินิกโดยแพทย์ที่รับผิดชอบในการประเมินหรือการรักษาแล้ว และโดยทั่วไปวิธีการรักษาสำหรับความผิดปกติทางบุคลิกภาพจะต้องเข้มข้นและมีระยะยาว รวมถึงต้องอาศัยความสมัครใจที่จะร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยด้วย นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่ถูกควบคุมตัวมักจะต้องรักษาตัวต่อไปในชุมชน (Community)

2.3 ประเทศสหรัฐอเมริกา

ประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่รับเอาแนวคิดทางกฎหมายมาจากประเทศอังกฤษ จึงมีการใช้คำว่า “insanity” ซึ่งอาจแปลได้ว่า “วิกลจริต” และคำว่า “mental disease or defect” ซึ่งอาจแปลได้ว่า “โรคหรือความบกพร่องทางจิต” แต่ไม่พบว่ามีข้อกำหนดนิยามของคำดังกล่าวไว้ในกฎหมาย และไม่มีลักษณะการจำแนกความผิดปกติทางจิตออกเป็นประเภทต่างๆ อย่างไรก็ดี เมื่อพิจารณาประมวลกฎหมายอาญาดั้งเดิม (Model Penal Code) ในหลักการยกเว้นความรับผิดชอบทางอาญาของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต มาตรา 4.01. กำหนดไว้ว่าบุคคลไม่จำเป็นต้องรับผิดชอบต่อการกระทำผิดทางอาญา หากในขณะที่กระทำการดังกล่าว มีเหตุอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางจิตหรือความบกพร่องทางจิต บุคคลนั้นขาดความสามารถอย่างมากที่จะรู้หรือเข้าใจถึงว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดอาญาหรือการกระทำนั้นสอดคล้องตามข้อกำหนดของกฎหมายซึ่งคำว่า “ความเจ็บป่วยทางจิตหรือจิตบกพร่อง” ตามมาตรานี้ไม่รวมถึงความผิดปกติที่แสดงออกโดยการกระทำความผิดซ้ำในทางอาญาหรือพฤติกรรมต่อต้านสังคม โดยคำว่า “ความเจ็บป่วยทางจิตหรือจิตบกพร่อง (mental disease or defect)” เป็นคำนิยามที่มีลักษณะกว้างและไม่ระบุรายละเอียดของ

อาการความผิดปกติทางจิตไว้อย่างชัดเจน เพื่อรองรับการพัฒนาความเข้าใจทางจิตเวชศาสตร์และไม่เป็นการเจาะจงเฉพาะความผิดปกติอย่างหนึ่งอย่างใด (Ralph Slovenko, 2009) ซึ่งเห็นได้ว่า ประเทศสหรัฐอเมริกามีการใช้คำนิยามที่มีความหมายโดยรวมถึงความผิดปกติทางจิตทั้งหมดในทางกฎหมาย โดยไม่มีการจำแนกความผิดปกติทางจิตออกเป็นประเภทต่างๆ ซึ่งผู้เขียนเห็นว่าความผิดปกติทางบุคลิกภาพอาจอยู่ในความหมายของความเจ็บป่วยทางจิตหรือจิตบกพร่อง (mental disease or defect) ด้วย

ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยทั่วไปกฎหมายหลักของประเทศสหรัฐอเมริกานั้นไม่ได้กำหนดให้ครอบคลุมไปถึงกรณีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ แต่ในบางรัฐมีการนำมาตรการต่างๆ มาใช้กับผู้กระทำความผิดที่มีบุคลิกภาพผิดปกติที่น่าสนใจ เช่น ในรัฐเมนจะใช้กระบวนการสามขั้นตอนในการกำหนดเงื่อนไขการจำคุกสำหรับอาชญากรรมต่างๆ รวมถึงการฆาตกรรม ซึ่งจะกำหนดให้ศาลพิจารณาเกี่ยวกับเรื่องของระยะเวลาการจำคุกขั้นพื้นฐาน ระยะเวลาสูงสุดของการจำคุก และเหตุที่ใช้ระงับระยะเวลาโทษจำคุก (Steven Tinetti, 2020) โดยจะมีขั้นตอนที่ศาลจะต้องพิจารณาถึงลักษณะของผู้กระทำความผิด ซึ่งในการวินิจฉัยกรณีของความผิดปกติทางบุคลิกภาพอาจตกอยู่ในกรณีที่ศาลจะต้องพิจารณาถึงลักษณะของผู้กระทำความผิดได้ และอาจทำให้ผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพมีสิทธิในการเสนอพยานหลักฐานเพื่อบรรเทาโทษได้ หรือในรัฐอิลลินอยส์มีการกำหนดปัจจัยในการลดหย่อนความรับผิดชอบ โดยมีทั้งสิ้น 17 ประการ (Steven Tinetti, 2020) ที่ศาลควรนำมาพิจารณาก่อนการลงโทษจำคุกที่เพียงพอซึ่งมีหลายปัจจัยที่อาจรวมไว้เพื่อบรรเทาโทษบุคคลที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพด้วย

3. อภิปรายผล (Discussion)

3.1 ความเหมาะสมในการดำเนินคดีอาญาผู้ที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ

(Personality disorder) นั้น เป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้มีอาการ ปัญญาอ่อนหรือโรคจิต และยังสามารถเข้าใจว่าสิ่งใด ถูกหรือสิ่งใดผิด สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ เพียงแต่ว่ามีแบบแผนและความคิดที่ไม่เหมาะสม ซึ่ง สาเหตุดังกล่าวอาจเกิดจากนิสัยที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิด หรือจากการแปลความหมายผิด จึงทำให้มีความเข้าใจ เกี่ยวกับตนเอง ผู้อื่นและเหตุการณ์ต่างๆ บิดเบือนไป จากความเป็นจริง ส่งผลทำให้มีพฤติกรรมตอบสนองที่ไม่ เหมาะกับบรรทัดฐานของสังคม อย่างไรก็ตาม ถ้ากลุ่มคน เหล่านั้นมีอาการผิดปกติทางจิตใจเพิ่มขึ้นจนถึงขนาด เป็นโรคประสาทก็จะกลายเป็นโรคประสาทได้ หรือถ้า ความผิดปกติมากถึงขนาดเข้าข่ายโรคจิตชนิดใดชนิด หนึ่งได้ อาจกล่าวได้ว่า บุคคลที่มีความผิดปกติทาง บุคลิกภาพมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคจิตหรือโรคประสาทได้ ง่ายกว่าคนปกติทั่วไป สำหรับกรณีผู้ที่มีความผิดปกติ ทางบุคลิกภาพ มักมีสาเหตุของการเกิดโรคจากหลาย สาเหตุ (ณหทัย วงศ์ปการันย์และทินกร วงศ์ปการันย์, 2558) และทำให้อาการของผู้ป่วยมีลักษณะพฤติกรรมที่ ผิดแปลกไปจากบุคคลทั่วไป เช่น ผู้ที่มีความผิดปกติทาง บุคลิกภาพจะมีทัศนคติในการมองโลกซึ่งไม่เหมือน บุคคลทั่วไป มีปัญหาในเรื่องของการควบคุมและการ ยับยั้งชั่งใจ มีสภาพอารมณ์ที่แปรปรวน และปรับตัวเข้ากับสังคมได้ยาก จะเห็นได้ว่าด้วยรูปแบบและลักษณะ ของโรคนี้ แม้ว่าผู้ที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพจะ ประสบปัญหาในหลายๆ ด้าน แต่ผู้ป่วยก็ยังคงอยู่บน พื้นฐานของความเป็นจริง เพราะฉะนั้น ผู้ป่วยยังคง สามารถรู้ผิดชอบชั่วดีอยู่และยังสามารถควบคุมตัวเอง ได้ เพียงแต่สามารถควบคุมตนเองได้ยากกว่าบุคคลทั่วไป แต่ถ้าผู้ป่วยตั้งใจจะสามารถควบคุมได้ อาจกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยไม่ได้สูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง เพียงแต่ความสามารถในการควบคุมตนเองลดลงเท่านั้น (Alan R Felthous and Henning Saß, 2021) อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่าแม้ลักษณะอาการพื้นฐาน ของความผิดปกติทางบุคลิกภาพนั้นจะมีลักษณะรุนแรง น้อย แต่ก็มีความเป็นไปได้ที่กรณีดังกล่าวจะมีลักษณะ

อาการที่อยู่ในระดับรุนแรงมากได้ ซึ่งจะเห็นได้ว่าหาก ความผิดปกติดังกล่าวมีลักษณะอยู่ในระดับร้ายแรง ความผิดปกตินั้นอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถใน การรู้ผิดชอบและความสามารถในการควบคุมตนเองของ ผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมการใช้สาร เสพติดซึ่งปัญหาการใช้สารเสพติดนั้นเป็นส่วนหนึ่งของการ กระทำ ความผิดและอาจพัฒนาเป็นการกระทำ ความผิดที่ร้ายแรงในอนาคตได้ โดยกลุ่มอาการที่มีความ เกี่ยวข้องกับการกระทำ ความผิดอาญา เช่น กลุ่ม B ความผิดปกติทางบุคลิกภาพคาบเส้นหรือก้ำกึ่ง (Borderline personality disorder) (Landy F Sparr, 2009) เมื่อพิจารณาความผิดปกติทางบุคลิกภาพ จะ พบว่าลักษณะของผู้ที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพเป็น กรณีที่ผู้ป่วยยังสามารถรับรู้ผิดชอบชั่วดีได้และยังคง สามารถควบคุมตนเองได้ แต่ควบคุมตนเองได้ยากกว่า บุคคลทั่วไป แต่ไม่ได้ถึงขั้นที่ไม่สามารถควบคุมได้ อาจ กล่าวได้ว่าไม่ถึงขนาดวิกลจริต อย่างไรก็ตามในบางกรณี ของผู้ที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพที่ความผิดปกติ ทางบุคลิกภาพนั้นมีอยู่ในระดับที่ร้ายแรงอาจส่งผล กระทบต่อความสามารถรู้ผิดชอบหรือความสามารถใน การบังคับตนเองได้ ผู้เขียนเห็นว่าความผิดปกติทางจิต ดังกล่าวนั้นส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและถ้าผู้กระทำความ ผิด มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพได้ลงมือกระทำความผิด แล้ว ก็ยังคงต้องรับโทษดังเช่นบุคคลทั่วไป ผู้เขียนเห็นว่า จะเป็นการลงโทษที่ไม่เหมาะสมและขัดกับหลัก วัตถุประสงค์ในการลงโทษ เนื่องจากการลงโทษผู้กระทำความ ผิดเพียงอย่างเดียวไม่ได้ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตัว ผู้กระทำความผิดและผู้กระทำความผิดอาจมีโอกาสมากลับมา กระทำความผิดซ้ำได้ จากที่กล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า ผู้เขียนจึงเห็นว่า ผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทาง บุคลิกภาพควรได้รับการดำเนินคดีที่มีลักษณะแตกต่าง จากผู้ที่มีสภาพจิตปกติ เพื่อให้การลงโทษมีความ เหมาะสมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการลงโทษ รวมถึงหลักการลงโทษให้เหมาะสมแต่ละบุคคล

3.2 ความรับผิดชอบตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65

จากการศึกษาพบว่า ในแต่ละประเทศมีหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยความรับผิดชอบทางอาญากับผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพแตกต่างกันไป อย่างไรก็ตามในแต่ละประเทศก็ยังคงประสบปัญหากับความผิดปกติดังกล่าว (Hans Ludwig Krober et al., 2000) (Landy F Sparr, 2009) (Thomson L, 2010) เนื่องจากลักษณะอาการของความผิดปกติทางจิตนั้นยังถึงไม่ถึงขนาดวิกลจริต เพียงแต่อาจทำให้ความสามารถในการควบคุมตนเองนั้นลดลงประกอบกับความเข้าใจในทางจิตเวชศาสตร์และทางนิติศาสตร์ยังคงแตกต่างกัน จึงทำให้มุมมองของการพิจารณาเกี่ยวกับผู้ที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพแตกต่างกัน กล่าวคือ กฎเกณฑ์สำหรับการพิจารณาว่าบุคคลใดเป็นบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตนั้น มีหลักเกณฑ์ที่ค่อนข้างสูง เนื่องจากในทางกฎหมายผู้กระทำความผิดต้องมีขนาดความวิกลจริตที่ถึงขั้นสูญเสียความสามารถในการรับรู้ผิดชอบหรือความสามารถในการควบคุมตนเองอย่างสิ้นเชิง แต่ในทางจิตเวชศาสตร์เป็นกรณีที่ผู้ป่วยมีลักษณะอาการเกิดขึ้นและจะได้รับการวินิจฉัยจากทางจิตแพทย์ว่ามีลักษณะของความผิดปกติทางจิตประเภทไหน เช่นนี้ในทางจิตเวชศาสตร์ก็ถือว่าบุคคลดังกล่าวนั้นเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตแล้วซึ่งควรได้รับการบำบัดรักษาแล้ว โดยมีได้คำนึงถึงว่าผู้ป่วยจะต้องสูญเสียความสามารถในการรู้ผิดชอบหรือความสามารถในการควบคุมตนเองอย่างสิ้นเชิง ซึ่งการที่กฎหมายในแต่ละประเทศมีการกำหนดคำนีมาให้ครอบคลุมถึงความผิดปกติทางบุคลิกภาพนั้นเป็นการเปิดโอกาสให้ศาลสามารถนำมาตราทางกฎหมายอื่นๆ นอกเหนือจากการลงโทษ มาปรับใช้กับผู้กระทำความผิดซึ่งมีความผิดปกติทางบุคลิกภาพได้ ดังนั้น ผู้เขียนจึงเห็นควรว่ากฎหมายของประเทศไทยควรที่จะกำหนดให้มาตรา 65 แห่งประมวลกฎหมายอาญารอบคลุมความผิดปกติทางบุคลิกภาพหรือมีการเพิ่มเติมบทบัญญัติให้ครอบคลุมไป

ถึงความผิดปกติทางบุคลิกภาพ เพื่อให้ผู้กระทำความผิดซึ่งมีความผิดปกติทางบุคลิกภาพได้รับการดำเนินคดีอาญาที่มีลักษณะแตกต่างจากผู้ที่มีสภาพจิตปกติ

3.3 มาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสม

จากการศึกษาเปรียบเทียบกับมาตรการทางกฎหมายของต่างประเทศกับมาตรการทางกฎหมายของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ พบว่าในบางประเทศมีลักษณะของกลไกในทางกฎหมายที่คล้ายคลึงกับกลไกในทางกฎหมายของประเทศไทย เช่น ในประเทศเยอรมนีซึ่งเป็นประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายซีวิลลอว์ (Civil Law) เช่นเดียวกันกับประเทศไทย โดยการที่ศาลจะสามารถสั่งลงโทษหรือใช้วิธีการเพื่อความปลอดภัยจะต้องเป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติไว้โดยประเทศเยอรมนีศาลสามารถสั่งใช้มาตรการบำบัดรักษากับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตทั้งสองกรณีได้ เช่น ศาลสามารถนำวิธีการเพื่อความปลอดภัย โดยนำการบังคับรักษาจำเลยมาใช้ควบคู่กับการลงโทษตามประมวลกฎหมายอาญาของเยอรมัน มาตรา 67 หรือสั่งให้กักขังเชิงป้องกันตามมาตรา 66 อย่างไรก็ตาม โดยแท้จริงแล้วประเทศไทยนั้นก็มีมาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับของประเทศเยอรมนี เช่น กรณีที่ศาลสามารถสั่งใช้วิธีการเพื่อความปลอดภัยตามมาตรา 48 กล่าวคือ การคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลซึ่งเป็นวิธีการที่เป็นการบำบัดรักษาและควบคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของสังคม จะเห็นได้ว่ามาตรการทางกฎหมายดังกล่าวเป็นมาตรการที่ดีและเหมาะสมกับการนำมาใช้กับผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ เพียงแต่ว่าเนื่องจากปัญหาของมาตรา 65 กล่าวคือกฎหมายไม่ได้บัญญัติคุ้มครองไปถึงความผิดปกติทางจิตดังกล่าว จึงทำให้ศาลไม่สามารถนำมาตราดังกล่าวมาปรับใช้กับผู้กระทำความผิดซึ่งมีความผิดปกติทางบุคลิกภาพได้ ซึ่งหากมีการแก้ไขเพิ่มเติมในบทบัญญัติมาตรา 65 แห่งประมวลกฎหมายอาญา ก็จะเป็นการเปิดโอกาสให้

ศาลสามารถนำวิธีการดังกล่าวมาปรับใช้กับผู้กระทำ ความผิดซึ่งมีความผิดปกติทางจิตทั้งสองกรณีได้ เพื่อให้ มาตรการทางกฎหมายเป็นแนวทางที่มีความเหมาะสม และเป็นไปตามหลักวัตถุประสงค์ในการลงโทษและ หลักการลงโทษให้เหมาะสมแต่ละบุคคล

4. บทสรุปและข้อเสนอแนะ

4.1 บทสรุป

ปัญหาความผิดปกติทางจิตนับเป็นปัญหาที่สำคัญในปัจจุบันที่สร้างผลกระทบให้แก่ผู้ป่วยทั้งทาง ร่างกายและจิตใจ โดยสาเหตุของความผิดปกติทางจิต เกิดมาจากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัย ทางครอบครัวและวิธีอบรมดูแลเด็ก ปัจจัยทางสังคมและ สภาพแวดล้อม ซึ่งความผิดปกติทางจิตใจนั้นมีหลาย ประเภทและมีลักษณะอาการที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละ บุคคล โดยผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตมีแนวโน้มที่จะ ก่อความรุนแรงได้สูงกว่าบุคคลทั่วไปและมีโอกาสที่จะ กระทำความผิดทางอาญา ซึ่งผู้ที่มีความผิดปกติทาง บุคลิกภาพก็เป็นหนึ่งในประเภทของความผิดปกติทาง จิตที่บุคคลมีบุคลิกภาพที่เบี่ยงเบนอย่างเห็นได้ชัดเจน จากกรอบของสังคมนั้น โดยผู้ป่วยเหล่านี้มักจะมีแบบ แผนและความคิดที่ไม่เหมาะสมซึ่งเกิดจากการแปล ความหมายผิด ทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง ผู้อื่น และเหตุการณ์ต่างๆ บิดเบือนไปจากความเป็นจริงหรือ มุมมองของคนส่วนใหญ่ในสังคม จึงทำให้มีพฤติกรรม ตอบสนองที่ไม่เหมาะสมกับบรรทัดฐานของสังคม ซึ่ง ลักษณะพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนั้นอาจพัฒนาไปสู่การ กระทำที่ผิดกฎหมายได้ อย่างไรก็ตาม ในทางนิติศาสตร์ ของประเทศไทย กรณีตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้นิยามของเหตุ วิกฤตจิต ซึ่งหากพิจารณาความวิกฤตจิตตามที่มาตรา 65 กำหนดไว้ ทั้ง 3 ประเภท ได้แก่ คำว่า “จิตบกพร่อง โรค จิต หรือจิตฟั่นเฟือน” เป็นถ้อยคำที่ไม่ได้บัญญัติ ครอบคลุมไปถึงความผิดปกติทางบุคลิกภาพ ดังนั้น ความผิดปกติดังกล่าวจึงไม่ใช่กรณีจิตบกพร่อง โรคจิต

หรือจิตฟั่นเฟือน ตามที่มาตรา 65 กำหนดไว้ จึงส่งผลให้ ผู้กระทำผิดไม่สามารถยกข้อต่อสู้เรื่องวิกฤตจิตเพื่อให้ตน ได้รับการยกเว้นโทษหรือลดโทษได้ ผู้กระทำความผิด ยังคงต้องรับโทษเสมือนบุคคลที่มีสภาพจิตปกติ ทั้งที่ อาการของความผิดปกติทางจิตนั้นอาจส่งผลต่อ ความสามารถในการรู้ผิดชอบและความสามารถในการ บังคับตนเองของผู้กระทำผิด

จากการศึกษากฎหมายของต่างประเทศ พบว่ากฎหมายของแต่ละประเทศมีการกำหนดค่านิยม หลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยความรับผิดชอบ และมาตรการทาง กฎหมายเกี่ยวกับกรณีผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทาง บุคลิกภาพโดยมีลักษณะที่แตกต่างกันออกไป อย่างไรก็ตาม ในแต่ละประเทศก็ยังคงประสบปัญหาเกี่ยวกับ ขอบเขตของค่านิยม “ความผิดปกติทางจิต” เช่นกัน เนื่องจากความเข้าใจในทางจิตเวชศาสตร์และในทาง นิติศาสตร์นั้นมีความเข้าใจที่แตกต่างกัน แต่ก็เห็นถึงความพยายามในการเพิ่มขอบเขตของค่านิยมและ หลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยความรับผิดชอบขึ้นมา เพื่อให้ ครอบคลุมถึงความผิดปกติทางจิตประเภทอื่นๆ ซึ่งรวม ไปถึงกรณีของความผิดปกติทางบุคลิกภาพด้วย อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติของศาลต่างประเทศจะมีลักษณะเป็นไป แนวทางเดียวกัน กล่าวคือ การที่ศาลมองว่าความ ผิดปกติทางบุคลิกภาพนั้นไม่ถือความเป็นความเจ็บป่วย ทางจิตใจ แต่มองว่าเป็นพฤติกรรมที่ไม่ดีและเป็น พฤติกรรมที่สังคมไม่ยอมรับเท่านั้น รวมถึงมองว่าอาการ ความผิดปกติทางบุคลิกภาพสามารถแสดงหรือแกล้งมี ความผิดปกติทางจิตนั้นได้ เพราะความผิดปกติทาง บุคลิกภาพเป็นกรณีที่บุคคลยังคงสามารถแยกแยะถูกผิด ได้และมีได้สูญเสียความสามารถในการรู้ผิดชอบและ ความสามารถในการบังคับตนเอง โดยส่วนใหญ่ศาล มักจะตัดสินว่าบุคคลดังกล่าวมีความรับผิดชอบทางอาญา และต้องรับโทษ

4.2 ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากผู้กระทำความผิดซึ่งมีความผิดปกติ ทางบุคลิกภาพยังคงสามารถรู้ผิดชอบได้อยู่และเข้าใจได้

ว่าสิ่งที่ตนกระทำนั้นเป็นสิ่งที่ผิด รวมถึงยังมีความสามารถที่จะยับยั้งตนเองได้บ้างเหมือนเช่นบุคคลทั่วไป แต่ในบางกรณีถ้าความผิดปกติดังกล่าวอยู่ในระดับที่รุนแรงมากอาจทำให้ผู้กระทำความผิดไม่สามารถบังคับตนเองได้ซึ่งควรมีการบัญญัติกฎหมายขึ้นมาเพื่อรองรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนั้น ผู้เขียนจึงเห็นว่าควรมีการแก้ไขเพิ่มเติมจากมาตรา 65 โดยกำหนดเป็นมาตรา 65/1 และเพิ่มเหตุของความผิดปกติดังกล่าวโดยใช้คำว่า “ความผิดปกติทางจิตอื่นๆ ที่นอกเหนือจากมาตรา 65 วรรคหนึ่ง” ซึ่งความผิดปกติทางจิตอื่นๆ ดังกล่าวนั้นสามารถอิงตามคำนิยามของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 เพื่อให้ถ้อยคำดังกล่าวครอบคลุมไปถึงความผิดปกติทางบุคลิกภาพ

มาตรา 65/1 ควรมีการแก้ไขเพิ่มเติมดังนี้

“ผู้ใดกระทำความผิดในขณะที่สามารถรู้ผิดชอบหรือสามารถบังคับตนเองลดน้อยลงอันเนื่องมาจากความผิดปกติทางจิตอื่นๆ ที่นอกเหนือจากมาตรา 65 วรรคหนึ่ง นั้น เมื่อศาลได้คำนึงถึงภาวะแห่งจิตแล้ว เห็นสมควรว่าบุคคลควรได้รับการบำบัดรักษาเนื่องจากมีความบกพร่องทางจิตใจ ให้ศาลสามารถสั่งให้ไปรับการบำบัดรักษาแทนโทษที่จะลงแก่ผู้นั้นก็ได้หรือใช้วิธีการนั้นควบคู่ไปกับการลงโทษได้”

จากการกำหนดเงื่อนไขตามมาตรา 65/1 ข้างต้นนั้น เนื่องจากความผิดปกติทางบุคลิกภาพเป็นกรณีที่ผู้กระทำความผิดยังคงสามารถรู้ผิดชอบและสามารถบังคับตนเอง เพียงแต่ความสามารถในการควบคุมลดน้อยลง ซึ่งผู้เขียนเห็นว่าแม้ความผิดปกติทางบุคลิกภาพจะไม่ได้ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการรู้ผิดชอบหรือความสามารถในการบังคับตนเองของผู้ที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพมากนัก อย่างไรก็ตาม ความผิดปกติดังกล่าวก็ยังคงมีผลกระทบต่อความสามารถในการรู้ผิดชอบและความสามารถในการบังคับตนเองของผู้ป่วย และผู้เขียนเห็นว่า ศาลไม่ควรนำวิธีการลงโทษมาปรับใช้กับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตทั้งสองประเภทเพียง

อย่างเดียว เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการบำบัดรักษา จึงเห็นสมควรให้มีการบัญญัติโดยให้อำนาจศาลสามารถใช้วิธีการบำบัดรักษาแทนการลงโทษ หรือใช้วิธีการดังกล่าวควบคู่ไปกับการลงโทษได้

นอกจากนี้ ผู้เขียนเห็นควรให้เสนอมีการแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมาย มาตรา 48 เพื่อให้สอดคล้องและครอบคลุมไปถึงกรณีตามมาตรา 65/1 ด้วย โดยแก้ไขเพิ่มเติม ดังนี้

“มาตรา 48 ถ้าศาลเห็นว่า การปล่อยตัวผู้มีจิตบกพร่อง โรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือน ซึ่งไม่ต้องรับโทษหรือได้รับการลดโทษตามมาตรา 65 หรือการปล่อยตัวผู้ซึ่งมีความผิดปกติทางจิตประเภทอื่นๆ ตามมาตรา 65/1 จะเป็นการไม่ปลอดภัยแก่ประชาชน ศาลจะสั่งให้ส่งไปคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลก็ได้ และคำสั่งนี้ศาลจะเพิกถอนเสียเมื่อใดก็ได้”

สำหรับการสั่งให้เข้ารับการบำบัดรักษานั้น ศาลสามารถสั่งให้เข้ารับการบำบัดรักษา ณ สถานพยาบาลและระยะเวลาในการบำบัดรักษาเป็นไปตามที่ศาลกำหนด เพื่อเป็นการปกป้องประชาชนทั่วไปจากผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิตซึ่งตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ได้กำหนดให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต มีหน้าที่สำคัญในการส่งตัวบุคคลเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น รวมถึงนำส่งผู้ป่วยจิตเวชไปยังสถานพยาบาลของรัฐและสถานบำบัดรักษา โดยกระบวนการดังกล่าวให้เป็นไปตามมาตรา 37 ที่มีการกำหนดไว้ว่า ในกรณีที่ศาลมีคำสั่งให้ส่งผู้ป่วยคดีไปคุมตัวหรือรักษาไว้ในสถานพยาบาลตามมาตรา 48 แห่งประมวลกฎหมายอาญา ให้ศาลส่งสำเนาคำสั่งไปพร้อมกับผู้ป่วยคดีและให้สถานบำบัดรักษารับผู้ป่วยคดีไว้ควบคุมและบำบัดรักษา โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยคดี และหากในระหว่างบำบัดรักษา จิตแพทย์ผู้บำบัดรักษาเห็นว่าผู้ป่วยคดีได้รับการบำบัดรักษาจนความผิดปกติทางจิตหายหรือทุเลาและไม่มีภาวะ

อันตรายแล้ว ให้จิตแพทย์รายงานผลการบำบัดรักษา และความเห็นเพื่อจำหน่ายผู้ป่วยคดีดังกล่าวออกจาก สถานพยาบาลต่อศาลโดยไม่ชักช้า ตามมาตรา 38 ซึ่ง สถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษาทางจิตที่มี หน้าที่รับบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตต้องเป็น สถานบำบัดที่ได้รับการขึ้นทะเบียนไว้ในประกาศ กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง รายชื่อสถานบำบัดรักษาทาง

สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553 รวมทั้งที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2555 ส่วนกรณีที่ศาลเห็นว่าผู้กระทำความผิดยังสมควร ได้รับบทลงโทษ ซึ่งศาลสามารถใช้ดุลพินิจที่จะปรับใช้ บทลงโทษในกฎหมายอาญาให้เหมาะสมกับผู้กระทำความผิดแต่ละรายได้ โดยศาลจำต้องคำนึงถึงทั้งเหตุภาวะ วิสัยประกอบกับเหตุอติวิสัยด้วย

เอกสารอ้างอิง (References)

- ขวัญพนมพร ธรรมไทย. (2564). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในกลุ่มที่เลือกสรร : บุคลิกภาพผิดปกติ พฤติกรรม ก้าวร้าว และการถูกทารุณกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่ : สยามพิมพ์นานาชาติ.
- ณัททัย วงศ์ปการันย์ และทินกร วงศ์ปการันย์. (2558). บุคลิกภาพแปรปรวน : การประเมินและการรักษา = Personality Disorders : Assessment and Treatment. เชียงใหม่ : พงษ์สวัสดิ์การพิมพ์.
- ณรงค์ ใจหาญ. (2543). กฎหมายว่าด้วยโทษ หรือวิธีการเพื่อความปลอดภัย. กรุงเทพฯ : วิทยุชน.
- ปกป้อง ศรีสนิท. (2563). กฎหมายอาญาชั้นสูง. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : วิทยุชน.
- ทวีเกียรติ มินะกะนิษฐ. (2564). คำอธิบายกฎหมายอาญา ภาคทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : วิทยุชน.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ และวิชาญ เปี้ยวนิม. (2560). นิติเวชศาสตร์ : Forensic Medicine (LA 3034). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส และอเนก ยมจินดา. (2546). กฎหมายการแพทย์ (Medical Laws). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : วิทยุชน.
- Alan R. Felthous and Henning Saß. (2021). The Wiley International Handbook on Psychopathic Disorders and Law. Vol 2. New Jersey : John Wiley & Sons Ltd.
- Citizens Information. Criminal insanity and mental health. accessed 2 November 2021. https://www.citizensinformation.ie/en/justice/criminal_law/criminal_trial/criminal_insanity_and_mental_health.html.
- Hans Ludwig Krober et al., (2000). Bad or Mad? Personality Disorders and Legal Responsibility—The German Situation. Behavioral Sciences and the Law. 18. 679.
- In Brief. Insanity as a criminal defence. accessed 1 November 2021. <https://www.inbrief.co.uk/court-proceedings/insanity-as-a-criminal-defence/>.
- Landy F. Sparr. (2009). Personality Disorders and Criminal Law : An International Perspective. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online. 37. 168.
- Mental Health Act 1983: Code of Practice.
- Michael Bohlander, (2009) Principles of German Criminal Law. Vol 2. Hart Publishing.
- Ralph Slovenko. (2009). Commentary : Personality Disorders and Criminal Law. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online. 37 (2). 182.
- R. v. M'Naghten (House of Lords, 1843).

- Sen P and Irons A. (2010). Personality disorder and the Mental Health Act 1983 (amended).
Advances in Psychiatric Treatment. 16(5). 329.
- Steven Tinetti. (2020). ME, MYSELF, AND I: NARCISSISTIC PERSONALITY DISORDER AND CRIMINAL.
SENTENCING. accessed 31 March 2565. 1603. 1626. <https://www.illinoislawreview.org/wp-content/uploads/2020/10/Tinetti.pdf>.
- The Crown Prosecution Service. Mental Health Conditions and Disorders. accessed 1 November 2021.
<https://www.cps.gov.uk/publication/mental-health-conditions-and-disorders-draft-prosecution-guidance#04>.
- Thomson, L. (2010). Personality disorder and mental health legislation in the UK : Commentary on
Personality Disorder and the Mental Health Act 1983 (Amended). Advances in Psychiatric
Treatment. 336.
- The National Archives. Mental Health Act 2007 Explanatory Notes. accessed 19 April 2022.
<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2007/12/notes>.

A regional health promotion center's personnel core competencies under the Department of Health, Ministry of Public Health

Petcharat Aroonpakmongkol* Chardsumon Prutipinyo** Natnaree Aimyong***

**Student of M.Sc. (Public Health Administration), Faculty of Public Health, Mahidol University*

*** Professor, Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University*

Corresponding autor email: chardsumon.pru@mahidol.ac.th

**** Assistant Professor, Department of Epidemiology, Faculty of Public Health, Mahidol University*

Original article

Received: 28 Sep 2022

Revised: 31 Oct 2022

Accepted: 2 Nov.2022

Abstract

This research aims to measure correlation and predictive power between personal and motivational factors on core competency of personnel at a Regional Health Promotion Center under the Department of Health. The sample consisted of 144 personnel. Data were collected using a quality-checked questionnaire. The data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, Independent T-Test, One Way ANOVA, Pearson's Product-Moment correlation and Multiple Regression.

The results showed that majority of the sample were female (84.7%), with a bachelor's degree (79.20 %), and being civil servants (91.7%). Their motivation was at a moderate level. Performance level was moderate. Civil servants and government officials had no different levels of motivation and core competencies. Motivation was statistically related to personnel's core competencies ($r = 0.76$, $p\text{-value} < 0.001$) and had 58.6 percent predictive power

Recommendation for study as a guideline for motivating and developing core competency of personnel for performing their work to the best of their ability to achieve the mission and goals of the organization. Using the results of the study is recommended as a guideline for those who want to study the development of core competencies of health center personnel, Department of Health, in other districts.

Key Words: Core Competencies; Personnel of a Regional Health Promotion Center Under the Department of Health

สมรรถนะหลักของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

เพชรรัตน์ อรุณภาคมงคล* ฉัตรสุมน พฤทธิปัญญา** ณัฐนารี เอมยงค์***

*นักศึกษาลัทธิสุตร วท.ม. (บริหารสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**ศาสตราจารย์, ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้รับผิดชอบบทความวิจัย ติดต่อ chardsumon.pru@mahidol.ac.th

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 28 กย. 2565

วันแก้ไข 31 ตค. 2565

วันตอบรับ 2 พย 2565

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อวัดความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยแรงจูงใจต่อสมรรถนะหลักของบุคลากร กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากร ศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย จำนวน 144 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของข้อมูล 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน วิเคราะห์ความแปรปรวนจำแนกทางเดียว วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และ วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.7) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 79.20) เป็นข้าราชการ (ร้อยละ 91.7) แรงจูงใจอยู่ในระดับปานกลาง ระดับสมรรถนะอยู่ในระดับปานกลาง ข้าราชการและพนักงานราชการมีระดับแรงจูงใจและสมรรถนะหลักที่ไม่แตกต่างกัน แรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลักของบุคลากร ($r = 0.76$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และมีอำนาจพยากรณ์ได้ร้อยละ 58.6

การวิจัยนี้มีข้อเสนอ ผู้บริหารนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการสร้างแรงจูงใจและพัฒนาสมรรถนะหลักบุคลากร เพื่อให้บุคลากรปฏิบัติงานเต็มกำลังความสามารถ ส่งผลให้บรรลุพันธกิจและเป้าหมายขององค์กร และเพื่อใช้ผลการศึกษาเป็นแนวทางให้ผู้ที่ต้องการศึกษาการพัฒนาสมรรถนะหลักของบุคลากรศูนย์อนามัย กรมอนามัย ในเขตอื่นต่อไป

คำสำคัญ: สมรรถนะหลัก / บุคลากรของศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย

บทนำ (Introduction)

ความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยี ทำให้การสื่อสารเป็นไปอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้การแข่งขันระหว่างองค์กรสูงตามไปด้วย ซึ่งองค์กรต้องมีการปรับปรุงองค์กรหรือเพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการทำงาน และปัจจัยที่สำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพงานก็คือการมีบุคลากรที่มีความสามารถมีสมรรถนะสูงในการทำงาน (ศศิวิมล สิริวันทเกตุ, 2560) กระทรวงสาธารณสุข(กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ให้ความสำคัญในเรื่องบุคลากรและการพัฒนาบุคลากร ซึ่งหากบุคลากรมีศักยภาพที่ดีก็จะส่งเสริมผลักดันให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการตามพันธกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ในปี 2547 สำนักงานข้าราชการพลเรือน กำหนดให้หน่วยงานภาครัฐที่เป็นหน่วยงานภายใต้กำกับสำนักงานข้าราชการพลเรือน ให้นำระบบการประเมินสมรรถนะมาใช้ในการพัฒนาบุคลากรภาครัฐ ในกรณีที่ผลการประเมินสมรรถนะแล้วพบว่ามีช่องว่าง (GAP) ก็จะต้องจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล และการประเมินสมรรถนะยังเป็นส่วนหนึ่งของการพิจารณาการประเมินผลการปฏิบัติราชการ เพื่อพิจารณาความดีความชอบของข้าราชการพลเรือน

ศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย ดำเนินการประเมินสมรรถนะบุคลากร มาอย่างต่อเนื่อง ผลการประเมินสมรรถนะหลัก 5 ด้านในรอบ 6 เดือน หลัง (เมษายน 2564 ถึง กันยายน 2564) (ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี, 2564) พบว่าคะแนนเต็ม 5 คะแนน สมรรถนะด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ 4.45 คะแนน สมรรถนะด้านการมีจิตสำนึกในการให้บริการ 4.49 คะแนน สมรรถนะด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ 4.32 คะแนน สมรรถนะด้านการยึดมั่นในความถูกต้อง ชอบธรรม และจริยธรรม 4.55 คะแนน สมรรถนะด้านการทำงานเป็นทีม 4.2 คะแนน แม้ว่าโดยภาพรวมคะแนนสมรรถนะหลัก 5 ด้านจะอยู่ในเกณฑ์ดี แต่เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนสมรรถนะที่เป็นอยู่กับสมรรถนะที่คาดหวัง ซึ่งพบว่ามี

ช่องว่าง (GAP) แต่ยังไม่มีการจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล (Individual Development Plan : IDP) เมื่อมีการประเมินสมรรถนะรอบรอบถัดไป จึงพบว่าบุคลากรของศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย ยังมีช่องว่าง (GAP) ของสมรรถนะซ้ำๆอย่างต่อเนื่อง จึงควรศึกษาวิจัยและรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อนำผลการศึกษาไปปิดช่องว่างของสมรรถนะหลักแต่ละด้านของบุคลากร เพื่อส่งผลให้บุคลากรมีสมรรถนะหลักที่ดีขึ้น สามารถปฏิบัติงานตามภารกิจองค์กรได้มีประสิทธิภาพ

แรงจูงใจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะของบุคลากร (สุคนทิพย์ รุ่งเรือง, ฉัตรสุมน พฤทธิภิญโญ, นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์, & สุธี อยู่สถาพร, (2016) และส่งผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร (สุทธิคุณ วิริยะกุล, 2558) แรงจูงใจตามแนวคิดของ Frederick Herzberg (Herzberg, Frederick and others, 1959) แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 ปัจจัยด้านแรงจูงใจ (Motivation Factor) มีความสัมพันธ์โดยตรงกับแรงจูงใจภายใน เช่นความสำเร็จในการทำงานของบุคคล การได้รับการยอมรับนับถือ ความก้าวหน้าในงาน ความรับผิดชอบลักษณะของงานที่ปฏิบัติ ปัจจัยจูงใจเหล่านี้ทำให้บุคลากร ชื่นชมยินดีในผลงานและความสามารถของตนเอง ถ้ามีการตอบสนองต่อปัจจัยเหล่านี้ บุคลากรจะตั้งใจทำงานอย่าง สุดความสามารถ เกิดผลงานและปฏิบัติงานที่ดี เพิ่มประสิทธิภาพของงานได้ประสิทธิภาพ กลุ่มที่ 2 ปัจจัยอนามัยหรือปัจจัยที่ช่วยลดความไม่พึงพอใจในการทำงาน (Hygiene Factor) มีความสัมพันธ์โดยตรงกับสิ่งแวดล้อมภายนอกของงานเช่น เงินเดือนและค่าตอบแทน ด้านนโยบายและการบริหารงาน ด้านการบังคับบัญชา ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สภาพแวดล้อมในการทำงาน ความมั่นคงในงาน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ไม่ได้เป็นสิ่งจูงใจให้บุคลากรทำงานมากขึ้น แต่มีส่วนช่วยให้บุคลากรทำงานด้วยความสุขสบายขึ้น ป้องกันการลาออกจากงานหรือลาออกจากองค์กร

จากปัญหาที่พบในผลการประเมินสมรรถนะบุคลากรของศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย และจากแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจของ Frederick Herzberg สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Orville C. Walker, Jr., Gilbert A. Churchill, Jr. and Neil M. Ford. (Orville C. Walker, Jr., Gilbert A. Churchill, Jr. and Neil M. Ford, 1977) ซึ่งผลการศึกษาพบว่าการศึกษาในเรื่องแรงจูงใจในการทำงาน ควรศึกษาอย่างเป็นระบบ ในรูปแบบการศึกษาวิจัย และจากการทบทวนรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเช่น มะชาอะ สาและ(มาชาอะสาและ, 2557) ได้ศึกษาเรื่อง แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของข้าราชการ และพนักงานส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่อำเภอรามัน จังหวัดยะลา ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน ความมั่นคงปลอดภัยในการทำงาน สภาพแวดล้อมการทำงาน ความท้าทายในงาน เงินเดือน สวัสดิการ บำเหน็จความชอบ มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน Fang Yang (2011) ได้ศึกษาเรื่อง Work, motivation and personal Characteristic: an in- depth study of six organization in Ningbo ผลการศึกษาพบว่า มีปัจจัย 12 ปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจให้พนักงานทำงานคือ เงินเดือน สภาพแวดล้อมในการทำงาน สวัสดิการที่ดี ระบบโบนัสที่ดี นโยบายบริษัทที่ดี ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ผู้บังคับบัญชาที่ดี ความมั่นคงในงาน งานมีความท้าทาย ความสำเร็จในงาน การได้รับการยอมรับนับถือ งานน่าสนใจ สุมินทร เข้าธรรม และดวงฤดี อู่ (2561) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการทำงาน ของหัวหน้าสำนักงานคณะบดีในประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยแรงจูงใจมีอิทธิพลทางบวกต่อสมรรถนะหลัก และสมรรถนะหลักมีอิทธิพลทางบวกกับความสำเร็จในการทำงานของหัวหน้าสำนักงานคณะบดีในประเทศไทย ศิริภูมิ ผายรัตน์ (2564) ได้ศึกษาเรื่อง อิทธิพลของแรงจูงใจในการทำงานและพฤติกรรมอันพึงประสงค์ของพนักงาน ที่มีผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน of พนักงาน บริษัทตัวแทนจำหน่ายและ

ศูนย์บริการรถยนต์แห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่า แรงจูงใจในการทำงานด้านความสำเร็จในการทำงาน ด้านการได้รับการยอมรับ ด้านลักษณะงาน ด้านความรับผิดชอบ ด้านนโยบายการบริหาร ด้านความสัมพันธ์ ด้านค่าจ้างและผลตอบแทน และด้านความมั่นคง มีผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานของพนักงาน

จากการทบทวนรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อสมรรถนะหลักของบุคลากร ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรของศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัด กรมอนามัย จะมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของบุคลากรของศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย หรือไม่ และหากมีความสัมพันธ์ จะมีอิทธิพลการทำนายต่อกับสมรรถนะของบุคลากรของศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย หรือไม่ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาเฉพาะสมรรถนะหลัก (Core Competency) เท่านั้น เนื่องจากถือเป็นสมรรถนะหลักที่มีความสำคัญของบุคลากรของกรมอนามัยควรมี ซึ่งประกอบด้วย การมุ่งผลสัมฤทธิ์ มีจิตสำนึกในการให้บริการ การส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ การยึดมั่นในความถูกต้อง ชอบธรรมและจริยธรรม และการทำงานเป็นทีม เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการสร้างแรงจูงใจของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรที่เหมาะสมกับบริบทของบุคลากรของศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย พัฒนาสมรรถนะบุคลากรของบุคลากรของศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย ส่งผลให้บุคลากรปฏิบัติงานเต็มกำลังความสามารถปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ บรรลุพันธกิจและเป้าหมายขององค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. วัดระดับแรงจูงใจและระดับสมรรถนะหลักของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย
2. วัดความแตกต่างของแรงจูงใจในข้าราชการและพนักงานราชการ
3. วัดความแตกต่างของสมรรถนะหลักในข้าราชการและพนักงานราชการ
4. วัดความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านแรงจูงใจ กับสมรรถนะหลักของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย
5. เพื่อหาปัจจัยที่มีอำนาจทำนายสมรรถนะหลักของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย

สมมุติฐานของการวิจัย

1. ระดับแรงจูงใจและระดับสมรรถนะหลักของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย อยู่ในระดับปานกลาง
2. แรงจูงใจของข้าราชการแตกต่างจากพนักงานราชการ
3. สมรรถนะหลักของข้าราชการแตกต่างจากพนักงานราชการ
4. ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลักของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย
5. ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านแรงจูงใจ มีอำนาจในการทำนายสมรรถนะหลักของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย

วิธีการวิจัย (Research Method)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical research) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย

ประชากร คือ บุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัยประเภทข้าราชการ จำนวน 138 คน พนักงานราชการ จำนวน 13 คน ที่ต้องประเมินสมรรถนะหลัก ในการประเมินผลปฏิบัติราชการรอบ 6 เดือน ปีละ 2 ครั้ง รวมจำนวนประชากรทั้งสิ้น 151 คน (ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี, 2565) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีคำนวณของ Daniel (Daniel W. W., 2010) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (ค่าความคลาดเคลื่อนที่จะยอมรับได้ 5%) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 คน เป็นบุคลากรที่เป็นข้าราชการ 80 คน พนักงานราชการ 8 คน แต่พบว่าอาจมีอัตราการตอบแบบสอบถามต่ำ จึงแจกแบบสอบถามให้กับทุกคน ผลปรากฏว่าได้รับการตอบกลับแบบสอบถามที่มีข้อมูลครบถ้วนจำนวน 144 ชุด คิดเป็นร้อยละ 95.36 ทำให้งานวิจัยนี้สามารถใช้เป็นโมเดลไม่เพียงแต่ทำนายผู้ที่กำลังปฏิบัติงานในขณะเก็บข้อมูลเท่านั้นแต่สามารถนำไปทำนายพนักงานใหม่ได้ด้วย ประกอบกับแบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเอง การวัดจะวัดเป็นคะแนนรวมจากแบบสอบถามไม่ได้แบ่งเป็นกลุ่ม หากมีข้อคำถามใดที่เกิด missing จะตัดออกจากการวิจัย เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 30 พฤษภาคม 2565 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมาจากการศึกษาเอกสารแนวคิด และทฤษฎีต่างๆ รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดข้อคำถามให้สอดคล้องกับตัวแปรที่ศึกษาคครอบคลุมตามนิยามศัพท์ ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประเภทบุคลากร และอายุราชการ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านแรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย จำนวน 55 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบ

เลือกตอบ ตามแนวคิดทฤษฎีสองปัจจัยของเฮิร์ชเบอร์เกอร์ เพื่อวัดปัจจัยจิตใจและปัจจัยอนามัย 11 ด้าน โดยใช้แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับของ Likert, Rensis (1967) แล้วแปลผลตามเกณฑ์ของ Best and Kahn (1993) คือ ระดับคะแนน 3.35-5.00 หมายถึง แรงใจมาก คะแนน 1.68-3.34 หมายถึง มีแรงใจปานกลาง คะแนน 0.00-1.67 หมายถึง มีแรงใจน้อย ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับสมรรถนะหลักของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย จำนวน 25 ข้อ ตามประกาศเกณฑ์การประเมินสมรรถนะหลักของบุคลากร กรมอนามัย เพื่อวัดสมรรถนะหลักของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย โดยใช้แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบลิเคอร์ท (Likert Scale) 5 ระดับ ของ Likert, Rensis (1967) แล้วแปลผลตามเกณฑ์ของ Best and Kahn (1993) คือ ระดับคะแนน 3.35-5.00 หมายถึง มีสมรรถนะสูง คะแนน 1.68-3.34 หมายถึง มีสมรรถนะปานกลาง คะแนน 0.00-1.67 หมายถึง มีสมรรถนะต่ำ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อคิดเห็นอื่นๆ และข้อเสนอแนะ ในการพัฒนาสมรรถนะหลักของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย จำนวน 5 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด นับจำนวนผู้ให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ สะท้อนปัญหาในการพัฒนาสมรรถนะหลักของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย แล้วจัดกลุ่มหมวดหมู่ข้อมูลความคิดเห็นที่มีลักษณะเดียวกันออกเป็นข้อๆ แล้วนับความถี่

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้นำแบบสอบถามที่ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจแก้ไขแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ดูความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Item-Objective Congruence Index) เลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ซึ่งแบบสอบถามของผู้วิจัย ได้ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67 –

1.00 ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงของเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา โดยทดลองใช้กับบุคลากรในศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ สังกัดกรมอนามัย จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่า α มากกว่าหรือเท่ากับ 0.7 ซึ่งถือว่ายอมรับความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ ซึ่งแบบสอบถามของผู้วิจัย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ที่มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามที่ 0.706-0.966 จึงเหมาะสมกับการนำมาใช้ในการศึกษาคั้งนี้

การแปลผล

ระดับค่าสหสัมพันธ์ (r) (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ตามเกณฑ์ของ Kotrlík, J. W. & Williams, H. A. (2003) ดังนี้

0.90-1.00 มีสหสัมพันธ์กันสูงมาก (Very high Correlation)

0.70-0.89 มีสหสัมพันธ์กันสูง (High Correlation)

0.50-0.69 มีสหสัมพันธ์กันปานกลาง (Moderate Correlation)

0.30-0.49 มีสหสัมพันธ์กันต่ำ (Low Correlation)

0.00-0.29 มีสหสัมพันธ์กันเล็กน้อย (Little Correlation)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ได้ยื่นขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล คณะกรรมการได้ประชุมพิจารณาเมื่อวันที่ 29 เมษายน 2565 อนุมัติโครงการวิจัยตามเอกสารเลขที่ COA. No. MUPH 2022-062 และขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย

ได้ประชุมพิจารณาเมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2565 อนุมัติ
โครงการวิจัยตามเอกสารเลขที่ 3/2565

ผลการศึกษา (Result)

1. ระดับแรงจูงใจต่อปัจจัยแรงจูงใจโดยรวม
อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.87$, S.D = 0.36) โดย
แรงจูงใจด้านความรับผิดชอบต่อสังคม ($\bar{X} = 2.94$, S.D
= 0.27) และแรงจูงใจด้านความสำเร็จในการทำงาน
($\bar{X} = 2.94$, S.D = 0.27) มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ส่วน
แรงจูงใจด้านความก้าวหน้ามีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} =$
2.49, S.D = 0.59) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานคือระดับ
แรงจูงใจต่อปัจจัยแรงจูงใจโดยรวม อยู่ในระดับปาน
กลาง

2. ระดับสมรรถนะหลักของบุคลากรศูนย์
อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย โดยรวมอยู่ในระดับ
ปานกลาง ($\bar{X} = 2.97$, S.D.= 0.20) เมื่อพิจารณาราย
สมรรถนะ 5 ด้าน พบว่าสมรรถนะรวม 5 ด้าน อยู่ใน
ระดับ ปานกลาง โดยสมรรถนะที่ 4 ด้านการยึดมั่นใน
ความถูกต้อง ขอบธรรม และจริยธรรม มีระดับคะแนน
สมรรถนะสูงสุด ($\bar{X} = 2.98$, S.D.= 0.19) และสมรรถนะ
ที่ 3 ด้านส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ มีระดับ
คะแนนสมรรถนะต่ำสุด ($\bar{X} = 2.92$, S.D.= 0.30) ซึ่ง
เป็นไปตามสมมติฐานคือระดับสมรรถนะหลักของ
บุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย
โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

3. แรงจูงใจของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่ง
ในสังกัดกรมอนามัย ไม่ขึ้นกับประเภทของบุคลากร
(p-value (2-tailed)= 0.971) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ 0.05 กล่าวคือ บุคลากรประเภทข้าราชการและ
พนักงานราชการ มีแรงจูงใจไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่
เป็นไปตามสมมติฐาน

4. สมรรถนะหลักของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่ง
หนึ่งในสังกัดกรมอนามัย ไม่ขึ้นกับประเภทของบุคลากร
(p-value (2-tailed)= 0.176) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ 0.05 กล่าวคือ บุคลากรประเภทข้าราชการและ
พนักงานราชการ มีสมรรถนะหลักไม่แตกต่างกัน ซึ่ง
ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

5. ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านแรงจูงใจ มี
ความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลักของบุคลากรศูนย์
อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย โดยวิเคราะห์หาค่า
สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's
Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า
อายุมีความสัมพันธ์ระดับเล็กน้อย ($r = 0.18$) กับ
สมรรถนะหลักของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p
< 0.05) อายุราชการ มีความสัมพันธ์ระดับเล็กน้อย ($r =$
0.17) กับสมรรถนะหลักของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($p < 0.05$) แรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับ
สมรรถนะหลักของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านแรงจูงใจ ปัจจัยด้านอนามัย ต่อสมรรถนะ หลัก
ของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (n=144 คน)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ด้านความก้าวหน้าในงาน**	0.47	< 0.001
ด้านความรับผิดชอบต่อสังคม**	0.80	< 0.001
ด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ**	0.67	< 0.001
ปัจจัยอนามัยโดยรวม 6 ด้าน	0.70	< 0.001
ปัจจัยอนามัย		

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน**	0.44	< 0.001
ด้านนโยบายและการบริหารงาน**	0.60	< 0.001
ด้านการบังคับบัญชา**	0.59	< 0.001
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล**	0.62	< 0.001
ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน**	0.58	< 0.001
ด้านความมั่นคงในงาน**	0.68	< 0.001

6. วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ (Multiple Regression Analysis) ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลักของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ $P < 0.001$ มีตัวแปรอิสระเพียง 2 ตัว ที่มีความสามารถในการทำนายสมรรถนะหลักของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย ได้แก่ แรงจูงใจโดยรวม 5 ด้าน

และ มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Beta)เท่ากับ 0.47, 0.24 ตามลำดับ (ตารางที่ 2) ทั้งนี้ความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของผลการศึกษาวินิจฉัยนี้เกิดขึ้นภายใต้เกณฑ์สมรรถนะหลักเดียวกัน และนิยามความหมายเดียวกัน หากเปลี่ยนแปลงไปจากนี้อาจต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณของ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยแรงจูงใจ ที่มีอำนาจการพยากรณ์สมรรถนะหลักของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย (n=144 คน)

ตัวแปร	B	Std.Error	p-value
ค่าคงที่ (Constant)	35.245	9.271	.000
ปัจจัยแรงจูงใจโดยรวม 5 ด้าน	0.469	0.09	.000
ปัจจัยอนามัยโดยรวม 6 ด้าน	0.240	0.07	.001
เพศ	1.215	2.27	.594
อายุ	0.067	0.24	.777
การศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี	-5.538	5.14	.283
การศึกษาระดับปริญญาตรี	-0.151	2.05	.941
การศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป	-12.577	8.71	.151
ระดับตำแหน่ง	-4.187	2.40	.084
อายุราชการ	-0.202	0.22	.349

R = 0.784, R Square = 0.615, Adjust R Square = 0.586, Std.Error of the Estimate = 8.56147

ผลการศึกษสามารถเขียนสมการพยากรณ์สมรรถนะหลักของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย ดังนี้

โดย y = สมรรถนะหลักของบุคลากร
 x_1 = ปัจจัยแรงจูงใจรวม 5 ด้าน
 x_2 = ปัจจัยอนามัยรวม 6 ด้าน

$$y = 35.245 + (0.469) (x_1) + (0.240) (x_2)$$

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐานพบว่าตัวแปรพยากรณ์ที่มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ ได้ดังนี้

เมื่อคะแนนแรงจูงใจรวม 5 ด้านเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะส่งผลให้สมรรถนะเพิ่มขึ้น 0.47 คะแนน

เมื่อคะแนนปัจจัยอนามัย 6 ด้าน เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะส่งผลให้สมรรถนะเพิ่มขึ้น 0.24 คะแนน

ปัจจัยแรงจูงใจรวม 5 ด้านและปัจจัยอนามัยโดยรวม 6 ด้าน สามารถพยากรณ์สมรรถนะหลักของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ตัวแปร ปัจจัยแรงจูงใจรวม 5 ด้านและปัจจัยอนามัยโดยรวม 6 ด้าน สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของสมรรถนะได้ 58.6 % (Adjust R Square = 0.586)

อภิปรายผล (Discussion)

1. ระดับแรงจูงใจต่อปัจจัยแรงจูงใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.87, S.D = 0.36$) ซึ่งไม่สัมพันธ์กับผลการศึกษาของ สุกัญญา ไก่นิล (สุกัญญา ไก่นิล, 2559) พบว่าแรงจูงใจโดยรวมในการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัด คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล อยู่ในระดับมาก โดยแรงจูงใจด้านความรับผิดชอบต่อผู้มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.05$) และแรงจูงใจด้านความก้าวหน้ามีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 3.68$)

2. ระดับแรงจูงใจต่อปัจจัยอนามัยโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.76, S.D = 0.44$) โดยแรงจูงใจด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ส่วนแรงจูงใจด้านเงินเดือนค่าตอบแทน และด้านนโยบายและการบริหารงานมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ซึ่งไม่สัมพันธ์กับผลการศึกษาของ สุกัญญา ไก่นิล (สุกัญญา ไก่นิล, 2559) พบว่าแรงจูงใจต่อปัจจัยอนามัยโดยรวมในการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัด คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล อยู่ในระดับมาก

แรงจูงใจด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.22$) แรงจูงใจด้านเงินเดือนค่าตอบแทน มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 3.50$)

3. ระดับสมรรถนะหลักของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.97, S.D = 0.20$) เมื่อพิจารณารายสมรรถนะ 5 ด้าน พบว่าสมรรถนะที่ 4 ด้านการยึดมั่นในความถูกต้อง ชอบธรรม และจริยธรรม มีระดับคะแนนสมรรถนะสูงสุด ($\bar{X} = 2.98, S.D = 0.19$) รองลงมาคือสมรรถนะที่ 5 ด้านการทำงานเป็นทีม มีระดับคะแนนสมรรถนะ ($\bar{X} = 2.97, S.D = 0.22$) สมรรถนะที่ 2 ด้านมีจิตสำนึกในการให้บริการ มีระดับคะแนนสมรรถนะ ($\bar{X} = 2.95, S.D = 0.25$) สมรรถนะที่ 1 ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ มีระดับคะแนนสมรรถนะ ($\bar{X} = 2.92, S.D = 0.29$) และสมรรถนะที่ 3 ด้านส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ มีระดับคะแนนสมรรถนะต่ำสุด ($\bar{X} = 2.92, S.D = 0.30$) อธิบายได้ว่า บุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัยประเมินสมรรถนะตนเองโดยรวม 5 ด้าน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แตกต่างผลการศึกษาของสุเทพ ยศศักดิ์ศรี (สุเทพ ยศศักดิ์ศรี, 2559) พบว่าบุคลากรของเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี ประเมินสมรรถนะตนเองโดยรวม 5 ด้านอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นจากศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย (โครงสร้างการบริหารงานของกรมอนามัย, 2552) เป็นหน่วยงานส่วนกลางเทียบเท่ากับระดับกอง ของกรมอนามัยที่อยู่ในส่วนภูมิภาค มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลสุขภาพด้านส่งเสริมสุขภาพ ของประชาชนในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 5 รับผิดชอบใน 8 จังหวัดได้แก่ จังหวัดราชบุรี นครปฐม กาญจนบุรี สุพรรณบุรี เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สมุทรสงคราม และสมุทรสาคร ซึ่งมีหน้าที่ศึกษาวิจัย สร้างนวัตกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพ สนับสนุนวิชาการ นิเทศกำกับติดตามการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ทุกแห่งในเขตบริการสุขภาพที่ 5 ซึ่งจะเห็นว่าเป็นภารกิจเชิงวิชาการ ที่กระทำต่อชีวิตและสุขภาพของหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ ครอบคลุมประชาชนจำนวนมาก ซึ่งมีความยากและซับซ้อนในภารกิจที่ต้องรับผิดชอบ จึงเป็นเหตุผลที่บุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัยประเมินสมรรถนะตนเองโดยรวม 5 ด้าน โดยรวมอยู่เพียงในระดับปานกลาง หากเทียบกับบุคลากรของเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี ประเมินสมรรถนะตนเองโดยรวม 5 ด้าน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นจากเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี (เทศบาลเมืองสุพรรณบุรี, 2496)เป็นหน่วยงานสังกัดองค์กรปกครองท้องถิ่นในระดับจังหวัด ซึ่งมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบครอบคลุมประชาชนจำนวนน้อยกว่า ลักษณะงานเป็นด้านการบริหารจัดการความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อม ไม่เกี่ยวข้อง กับชีวิตหรือความเป็นตายต่อชีวิต ภารกิจมีความง่ายกว่า พื้นที่รับผิดชอบน้อยกว่า ซึ่งแตกต่างจากภารกิจของศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย จึงอาจเป็นเหตุผลที่บุคลากรของเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี ประเมินสมรรถนะตนเองโดยรวม 5 ด้าน โดยรวมอยู่ในระดับมาก

4. ค่าเฉลี่ยแรงจูงใจของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย ไม่ขึ้นกับประเภทของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กล่าวคือ บุคลากรประเภทข้าราชการและพนักงานราชการ มีความแรงจูงใจไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

5. ค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย ไม่ขึ้นกับประเภทของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กล่าวคือ บุคลากรประเภทข้าราชการและพนักงานราชการ มีสมรรถนะหลักไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

6. ค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย ไม่ขึ้นกับเพศของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กล่าวคือ เพศของบุคลากรที่แตกต่างกัน มีสมรรถนะหลักไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

7. ค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย ไม่ขึ้นกับระดับการศึกษาของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กล่าวคือ ระดับการศึกษาของบุคลากรที่แตกต่างกัน มีสมรรถนะหลักไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

จากข้อที่ 4, 5, 6, 7 อธิบายได้ว่าเนื่องจากศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย กำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือกบุคลากรทั้งที่เป็นข้าราชการและพนักงานราชการในตำแหน่งเดียวกันเช่นตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ทั้งที่เป็นข้าราชการและพนักงานราชการ ไม่แตกต่างกัน ไม่มีการกำหนดเฉพาะเพศใดเพศหนึ่ง ระดับการศึกษาก็เป็นระดับเดียวกันในตำแหน่งที่เปิดรับสมัคร วิธีการสรรหาคือสอบข้อเขียนและสอบสัมภาษณ์ ไม่แตกต่างกัน เมื่อรับเข้ามาปฏิบัติงานในหน่วยงานแล้ว ก็มอบหมายงานในลักษณะที่ไม่แตกต่างกัน บุคลากรทั้งที่เป็นข้าราชการและพนักงานราชการในตำแหน่งเดียวกัน จึงปฏิบัติงานในงานเหมือนกัน เมื่อมีการประชุมอบรมเพื่อพัฒนาบุคลากรทั้งข้าราชการและพนักงานราชการก็ได้รับการพัฒนาไปด้วยกัน บุคลากรทั้ง 2 กลุ่มจึงมีสมรรถนะไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาวัดปัจจัยนี้เป็นการวัดปัจจัยต่างๆต่อสมรรถนะรวมทั้ง 5 ด้าน ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของนิตดา รุ่งเดชรัตน์ (นิตดา รุ่งเดชรัตน์; สุรชาติ ณ หนองคาย; ดุสิต สุจิราวัฒน์, 2559)ซึ่งผลการศึกษาพบว่าระดับ การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกต่อสมรรถนะหลักโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ แต่หากวัดปัจจัยส่วนบุคคลต่อสมรรถนะหลักแยกรายด้านของสมรรถนะหลัก จะพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลด้านประสบการณ์ฝึกอบรม มีผลต่อสมรรถนะหลักรายด้านบริการที่ดี ตามผลการศึกษาของปรัชญา แก้วพัฒน์ (ปรัชญา แก้วพัฒน์, 2551)

8. ค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย ขึ้นกับระดับตำแหน่งของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กล่าวคือ ระดับตำแหน่งของบุคลากรที่แตกต่างกัน มีสมรรถนะหลักที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่ง

สัมพันธ์กับผลการศึกษาของ ปรัชญา แก้วพัฒน์ (ปรัชญา แก้วพัฒน์, 2551) พบว่า ระดับตำแหน่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะหลักด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ อธิบายได้ว่า สำนักงานข้าราชการพลเรือน (สำนักงานข้าราชการพลเรือน., 2551) ได้กำหนดหลักเกณฑ์การเข้าสู่ตำแหน่งในระดับต่างๆ กรมอนามัย ภายใต้กำกับของสำนักงานข้าราชการพลเรือน จึงยึดหลักเกณฑ์การเข้าสู่ตำแหน่งในระดับต่างๆตามที่สำนักงานข้าราชการพลเรือนกำหนด (กรมอนามัย, 2565) ทั้งนี้ระดับตำแหน่งที่แตกต่างกัน จะมีบทบาทที่ยากง่ายตามลำดับของระดับตำแหน่ง เกณฑ์การเข้าสู่ตำแหน่งแต่ละระดับต่างๆก็แตกต่างกัน การจัดหลักสูตรอบรมในระดับตำแหน่งต่างๆก็มีความยากง่ายแตกต่างกัน จึงส่งผลต่อสมรรถนะที่ต่างกันในระดับตำแหน่งที่แตกต่างกัน ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า ระดับตำแหน่งมีผลต่อสมรรถนะหลักของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย อย่างมีนัยสำคัญ ดีกว่าตัวแปรอื่นของปัจจัยส่วนบุคคล

9. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ระดับเล็กน้อย ($r = 0.183$) กับสมรรถนะหลักของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อายุราชการ มีความสัมพันธ์ระดับเล็กน้อย ($r = 0.170$) กับสมรรถนะหลักของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลักของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของวุฒิชัย อารักษ์โพชนงค์และคณะ (วุฒิชัย อารักษ์โพชนงค์ และคณะ, 2560) ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของบุคลากรภาครัฐที่สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสาคร ผลพบว่าอายุและอายุราชการไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลักของบุคลากร ส่วนปัจจัยแรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลักสูงมากนั้น ผลการศึกษาของMohammed Alshmemri, Lina Shahwan- Akl and Phillip Maude

(Mohammed Alshmemri, Lina Shahwan-Akl and Phillip Maude., 2017) พบว่าปัจจัยอนามัยมีความสำคัญต่อสมรรถนะหลักของบุคลากรน้อยกว่าปัจจัยแรงจูงใจตามกรอบแนวคิดทฤษฎี Herzberg's Two-Factor Theory

10. ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านแรงจูงใจมีอำนาจในการทำนายสมรรถนะหลักของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย ผู้วิจัยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลักของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.001 มีตัวแปรอิสระเพียง 2 ตัว ที่มีความสามารถในการทำนายสมรรถนะหลักของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย ได้แก่ แรงจูงใจโดยรวม 5 ด้าน ปัจจัยอนามัยโดยรวม 6 ด้าน มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Beta)เท่ากับ .469, .240 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.12) โดยทั้ง 2 ตัวแปรสามารถมีอำนาจในการทำนายสมรรถนะหลักของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัยได้ร้อยละ 58.6 ($\text{Adjust } R^2 = .586$) สัมพันธ์กับผลการศึกษาของ Prasetyo Adi Wibowo และคณะ (Prasetyo Adi Wibowo, et al., 2017) พบว่าแรงจูงใจมีอำนาจในการทำนายสมรรถนะหลักได้ร้อยละ 19.9

ทั้งนี้ความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของผลการศึกษาวิจัยนี้เกิดขึ้นภายใต้เกณฑ์สมรรถนะหลักเดียวกัน และนิยามความหมายเดียวกัน หากเปลี่ยนแปลงไปจากนี้อาจต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม

ข้อเสนอแนะการวิจัย (Recommendations)

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ผลการศึกษาพบว่า เมื่อคะแนนแรงจูงใจรวม 5 ด้านเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะส่งผลให้สมรรถนะเพิ่มขึ้น 0.47 คะแนน เมื่อคะแนนปัจจัยอนามัย 6 ด้านเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะส่งผลให้สมรรถนะเพิ่มขึ้น 0.24

คะแนน ศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย ควร
มีมาตรการในการเสริมแรงจูงใจบุคลากร ซึ่งเมื่อเพิ่ม
แรงจูงใจจะส่งผลต่อการเพิ่มสมรรถนะของบุคลากร

2) หากต้องการทราบภาพรวมของสมรรถนะ
หลักของบุคลากรในสังกัดกรมอนามัยทั้งหมด ควรขยาย
การศึกษาวิจัยไปในหน่วยงานภายใต้สังกัดกรมอนามัย
ทั้งหมด

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. จัดทำโครงการรองรับมาตรการในการเสริม
แรงจูงใจบุคลากร ซึ่งเมื่อเพิ่มแรงจูงใจจะส่งผลต่อการ

เพิ่มสมรรถนะของบุคลากร เพื่อให้สามารถนำสู่การ
ปฏิบัติการพัฒนาบุคลากรตามผลการศึกษาค้นคว้า เป็น
การนำผลการวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์

2. ศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย
ควรจัดกลุ่มในการพัฒนาสมรรถนะหลักของบุคลากร
ตามระดับตำแหน่ง จะทำให้สามารถพัฒนาบุคลากรได้มี
ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่นแบ่งกลุ่มระดับปฏิบัติการ
ออกจากกลุ่มระดับชำนาญการหรือระดับชำนาญการ
พิเศษ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง (References)

กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แนวทางปฏิบัติตามจรรยาบรรณกระทรวงสาธารณสุข (MoPH Code of Conduct). พงศธร
พอกเพิ่มดี. P7-20.

กรมอนามัย. (2565). ประกาศกรมอนามัย: ระเบียบการคัดเลือกเพื่อบรรจุและแต่งตั้งบุคคลเข้ารับราชการในตำแหน่งต่างๆ
สังกัดกรมอนามัย ปี 2565. (cited 2022 July 16) Available from: <https://anamai.thaijobjob.com/>

โครงสร้างการบริหารงานของกรมอนามัย ตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2552.
(cited 2022 January 14) Available from : [http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER17/
DRAWER002/GENERAL/DATA0000/00000811.PDF](http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER17/DRAWER002/GENERAL/DATA0000/00000811.PDF)

เทศบาลเมืองสุพรรณบุรี.(2496). อำนาจหน้าที่ของเทศบาลตามพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496. (cited 2022 July
16) Available from: <http://www.suphancity.go.th/parakit.html>

นัตดา รุ่ง เชา รัตน์; สุร ชชาติ ณ หนองคาย; ดุสิต สุจิ รา รัตน์. 2016. สมรรถนะ หลัก ของ พยาบาล วิชาชีพระดับปฏิบัติการ
โรงพยาบาล มหาวิทยาลัย แห่ง หนึ่ง. *Vajira Nursing Journal*, 18(2), 33-41.

ปรัชญา แก้วพัฒน์. 2551. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะหลักที่พึงประสงค์ของหัวหน้าสถานอนามัยในจังหวัดสระแก้ว.
(วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

มาซาอะ สาและ. (2557). แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของข้าราชการและพนักงานส่วนท้องถิ่นในพื้นที่อำเภอรามัน จังหวัดยะลา.
บทคัดย่อ. มหาวิทยาลัยทักษิณ.

วุฒิชัย อารักษ์โพธิ์มงคล และคณะ. (2560). การประเมินสมรรถนะหลักของบุคลากรภาครัฐที่สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด
สมุทรสาคร. วารสารสังคมศาสตร์บูรณาการ, 208-239.

ศศิวิมล สิริวันทเกตุ. 2560. ความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนาทุนมนุษย์ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานและสมรรถนะ หลักของ
ข้าราชการกรุงเทพมหานครสามัญ (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต) กรุงเทพมหานคร:
มหาวิทยาลัยมหิดล. 229.

ศิริภูมิ ผาวยศรี. (2564). อิทธิพลของแรงจูงใจในการทำงานและพฤติกรรมอันพึงประสงค์ของพนักงาน ที่มีผลต่อประสิทธิภาพ
การทำงานของพนักงาน บริษัทตัวแทนจำหน่ายและศูนย์บริการรถยนต์แห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี.
วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุม, 13(2), 76-92.

ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. (2564). เอกสารข้อมูลบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี.

- ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. (2565). เอกสารข้อมูลบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี.
- สุกัญญา ไก่นิล. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานและสมรรถนะเฉพาะสายอาชีพนักกายภาพบำบัด: กรณีศึกษาคณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล. 168.
- สุคนทิพย์ รุ่งเรือง, ฉัตร สุมณ พงษ์ ภิญโญ, นิทัศน์ ศิริโชติ รัตน์ และ สุธี อยู่ สถาพร. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ต่อสมรรถนะ ของ นัก วิชาการ สาธารณสุข กรณี ศึกษา เขต บริการ สุขภาพ ที่ 4. *Public Health Policy and Laws Journal*. 2(1), 15-29.
- สุทธิคุณ วิริยะกุล. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับสมรรถนะในการปฏิบัติงาน ของข้าราชการสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงการต่างประเทศ (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล. 179.
- สุเทพ ยศศักดิ์ศรี. (2559). อิทธิพลของภาวะผู้นำส่งผลต่อสมรรถนะหลักของการบริหารงานเทศบาลเมือง: กรณีศึกษาเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล. 144.
- สุมินทร เบ้าธรรม และดวงฤดี อู่. 2561. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จการทำงาน ของหัวหน้าสำนักงานคณะบดีในประเทศไทย. วารสารการบัญชีและการจัดการ มหาวิทยาลัยสารคาม. 10(3), 218-233.
- สำนักงานข้าราชการพลเรือน. (2551). พระราชบัญญัติข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551: มาตรฐานการกำหนดตำแหน่ง (สายงานประเภทวิชาการ). (cited 2022 July 16) Available from: OCSC.go. th/job/วิชาการสาธารณสุข.
- Best. J. and Khan, J. V. (1993). *Research in Education* (7th ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Daniel W. W. (2010). *Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences*. (9th ed). New York: John Wiley & Sons.
- Fang Yang. Work. (2011). motivation and personal characteristic : an in-depth study of six Organization In Ningbo. *Chinese Management Studies*. 5(3), 272-297.
- Herzberg, Frederick and others. (1959). *The Motivation to work*. New York: John Wiley and Sons.
- Kotrlik, J. W. & Williams, H. A. (2003). The incorporation of effect size in information technology, learning, and performance research. *Information Technology, Learning, and Performance Journal*. 21(1), 1-7
- Likert, Rensis. (1967). "The Method of Constructing and Attitude Scale". In Reading in Fishbein, M (Ed.), *Attitude Theory and Measurement* (pp. 90-95). New York: Wiley & Son.
- Mohammed Alshmemri, Lina Shahwan-Akl and Phillip Maude. (2017). Herzberg's Two-Factor Theory. *Journal of Life Science*. 14 (5), 12-16.
- Orville C. Walker, Jr., Gilbert A. Churchill, Jr. and Neil M. Ford. (1977). Motivation and performance in Industrial selling: present knowledge and needed research. *Journal of American Marketing Association*. 14 (2), 156-168.
- Prasetyo Adi Wibowo. Et al. (2017). Correlation Between Motivation and Achievement of Competencies in the Hands-On Learning Method.

Effects of Solid Waste Management with 3Rs Principle Program of Ban Mae Hae Nuea in Mae Na Chon Sub-district, Mae Chaem District, Chiang Mai Province

Sasitorn Sompat^{1*}, Warangkana Chankong², Sirirat Suwanichcharoen²

*1 Master of Public Health in Public Health Administration, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University * Corresponding author e-mail: sasitornsompat@gmail.com*

2 School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

Original article

Received: 2022

Revised: 2022

Accepted: 2022

Abstract

The objectives of this study were to evaluate the levels of knowledge, attitudes, behaviors and solid waste amounts; and compare the levels of knowledge, attitudes, behaviors and solid waste amounts before and after implementing the 3Rs Solid Waste Management Program in Ban Mae Hae Nuea (village) in Mae Na Chon subdistrict, Mae Chaem district, Chiang Mai province.

The study involved all 20 community leaders and village health volunteers (VHVs) in Mae Hae Nuea village of Chiang Mai. The instruments for data collection were a questionnaire, a waste separation model, 30-liter plastic cans and solid waste amount recording forms. Data were collected and analyzed with mean, standard deviation, and paired-t-test.

The results of this study showed that the pretest and posttest of solid waste management with 3Rs principle program had knowledge and attitude level at high and highest respectively, behavior level at moderate and high respectively, solid waste volume were 452.76 kilograms and 345.52 kilograms respectively. After implementation of solid waste management with 3Rs principle program, participants were statistically significant higher average scores of knowledge, attitude and behavior. The mean of solid waste volume between pretest and posttest of Ban Mae Hae Nuea was reduced from 1.70 kilograms per day to 1.05 kilograms per day. Therefore, the development of solid waste management with 3Rs principle program as a continuous can lead to achieve sustainable waste management practices.

Keywords: Solid waste management, 3Rs principle, Knowledge, Attitude, Behavior

ผลของโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs ของบ้านแม่แฮเหนือ

ตำบลแม่นาจร อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่

ศศิธร สมพัทธ์^{1*}, วราภรณ์ จันทรวง², สิริรัตน์ สุวณิชย์เจริญ²

1 นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาสาธารณสุขศาสตร์ กลุ่มวิชาบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช * ผู้ประพันธ์บทความนี้ อีเมล: sasitomsompat@gmail.com

2 สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันรับ 2565

วันแก้ไข 2565

วันตอบรับ 2565

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความรู้ เจตคติ พฤติกรรม และปริมาณขยะมูลฝอยของบ้านแม่แฮเหนือ และเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ พฤติกรรม และปริมาณขยะมูลฝอยของบ้านแม่แฮเหนือ ตำบลแม่นาจร อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขบ้านแม่แฮเหนือ ตำบลแม่นาจร อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม โมเดลแยกประเภทขยะ ถังพลาสติกขนาด 30 ลิตร และแบบบันทึก ปริมาณขยะมูลฝอย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ แบบจับคู่ (Paired-t-test)

ผลการศึกษา พบว่าความรู้ เจตคติเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs ก่อนและหลังอยู่ในระดับมากและมากที่สุด ตามลำดับ พฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะ มูลฝอยตามหลักการ 3Rs ก่อนและหลังอยู่ในระดับปานกลางและมาก ตามลำดับ ปริมาณ ขยะมูลฝอย ก่อนและหลังเท่ากับ 452.76 กิโลกรัม และ 345.52 กิโลกรัม ตามลำดับ และเมื่อ สิ้นสุดการใช้โปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ ($t = -2.125, p = 0.047$) เจตคติ ($t = -2.669, p = 0.015$) และ พฤติกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($t = -2.191, p = 0.041$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปริมาณขยะมูลฝอยเฉลี่ยลดลงจาก 1.70 กิโลกรัมต่อวันก่อนเข้าร่วมโครงการ เป็น 1.05 กิโลกรัมต่อวันหลังเข้าร่วมโครงการ โดยมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.322, p = 0.004$) ดังนั้น การพัฒนาต่อยอดการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs อย่าง ต่อเนื่อง ทำให้เกิดแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยและนำไปสู่การบริหารจัดการขยะมูลฝอย อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การจัดการขยะมูลฝอย, หลักการ 3Rs, ความรู้, เจตคติ, พฤติกรรม

บทนำ

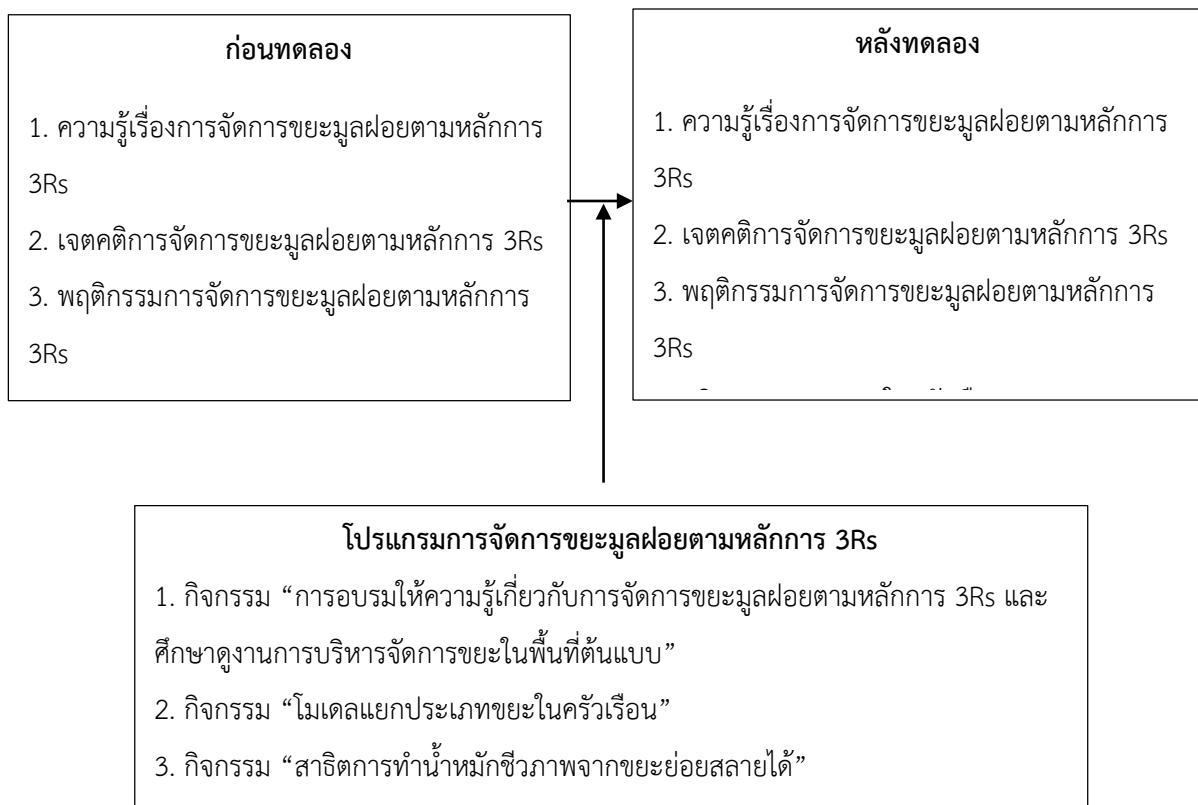
การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากร การขยายตัวทางเศรษฐกิจ การคมนาคม พุทธิกรรมการอุปโภคบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ปริมาณขยะมูลฝอยของโลกในแต่ละปีมากถึง 2.01 พันล้านตัน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี การจัดการขยะมูลฝอยตามหลักสุขภาพีบาล มีเพียงร้อยละ 33 องค์ประกอบของขยะมูลฝอยที่พบส่วนใหญ่ เป็นขยะย่อยสลายและขยะรีไซเคิล ขยะมูลฝอยเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะปัญหาด้านการกำจัดขยะมูลฝอย พบว่า ส่วนใหญ่ดำเนินการโดยวิธีการฝังกลบ มากถึงร้อยละ 37 วิธีการเทกอง ร้อยละ 31 วิธีการนำขยะย่อยสลายมาทำปุ๋ยหมักและการนำขยะมูลฝอยไปรีไซเคิล ร้อยละ 19 วิธีการเผา ร้อยละ 11 และวิธีการฝังกลบตามหลักสุขภาพีบาล เพียงร้อยละ 8 ตามลำดับ (World Bank Group 2021)

รัฐบาลจึงได้จัดทำแผนแม่บทการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของประเทศ (พ.ศ. 2559 – 2564) และประกาศให้ขยะมูลฝอยเป็นวาระแห่งชาติ โดยมุ่งเน้นการลดการเกิดขยะมูลฝอยหรือขยะอันตรายจากแหล่งกำเนิด การนำขยะมูลฝอยกลับมาใช้ซ้ำและใช้ประโยชน์ การเก็บขนขยะมูลฝอยที่มีประสิทธิภาพ และการกำจัดขยะมูลฝอยให้ถูกต้องตามหลักสุขภาพีบาล ภายใต้ความร่วมมือทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ตามหลักการ 3Rs ได้แก่ การมุ่งเน้นการลดการใช้: Reduce ใช้ซ้ำ: Reuse และนำกลับมาใช้ใหม่: Recycle (กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม 2559: 26) ประกอบกับแนวทางการขับเคลื่อนภารกิจกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น “พัฒนาท้องถิ่นพอเพียงอย่างยั่งยืน 10 ภารกิจเพื่อ 10 กลุ่มเป้าหมาย” โดยภารกิจส่งเสริมสิ่งแวดล้อมเน้นการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน การจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs ได้แก่ ลดการใช้หรือใช้น้อย

เท่าที่จำเป็น: Reduce การใช้ซ้ำ: Reuse และนำกลับมาใช้ใหม่: Recycle (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กลุ่มงานยุทธศาสตร์และนโยบาย 2564) ตามพระราชบัญญัติสภาพัฒนาการและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 และแก้ไขเพิ่มเติมถึง ฉบับที่ 7 พ.ศ. 2562 มาตรา 67 (2) รักษาความสะอาดของถนน ทางน้ำ ทางเดิน และที่สาธารณะ รวมทั้งกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล และข้อบัญญัติองค์การบริหารส่วนตำบลแม่นาจร เรื่อง การกำจัดสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย พ.ศ.2555 เพื่อถือเป็นแนวทางปฏิบัติการจัดการขยะในพื้นที่ จากการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการจัดการขยะมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านมา ตามแผนปฏิบัติงานการบริหารจัดการขยะมูลฝอยชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลแม่นาจร ประจำปีงบประมาณ 2564 ได้ดำเนินการขับเคลื่อนการจัดการขยะตามหลัก 3Rs ในรูปแบบของการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมการคัดแยกขยะ แต่ประชาชนยังขาดความตระหนักและการให้ความร่วมมือในการคัดแยกขยะในครัวเรือน พื้นที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลแม่นาจร มีพื้นที่ทั้งหมด 615.45 ตารางกิโลเมตร จำนวน 19 หมู่บ้าน ข้อมูลปริมาณขยะมูลฝอยทั่วไปในพื้นที่ตำบลแม่นาจรที่ได้ดำเนินการเก็บขน เพื่อนำส่งโดยวิธีการจ้างเหมาเอกชนกำจัดเพียงจำนวน 3 หมู่บ้านได้แก่ บ้านแม่แฮเหนือ หมู่ที่ 3 บ้านห้วยขมิ้น หมู่ที่ 17 และบ้านห้วยหอย หมู่ที่ 19 พบว่า ปริมาณขยะมูลฝอยทั่วไป เดือนมีนาคม จำนวน 7,490 กิโลกรัม เดือนเมษายน จำนวน 3,170 กิโลกรัม และเดือนพฤษภาคม จำนวน 4,980 กิโลกรัม และเดือนมิถุนายน ข้อมูลปริมาณขยะมูลฝอยเฉพาะบ้านแม่แฮเหนือ จำนวน 2,520 กิโลกรัม (ข้อมูลปริมาณขยะตำบลแม่นาจร 2565) จากปัญหาดังกล่าวของบ้านแม่แฮเหนือ จึงเป็นเหตุให้เกิดปัญหาด้านการเก็บขนจำนวนรอบที่จัดเก็บขยะมูลฝอย งบประมาณในการกำจัดขยะมูลฝอยที่เพิ่มขึ้น ประกอบกับกลุ่มผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุข สามารถชักนำคนในชุมชนและภาคี

เครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการขยะมูลฝอยตามแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยที่ประสบความสำเร็จของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นตามหลักการ 3Rs มาจัดเป็นโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs ประกอบด้วย กิจกรรมสร้างความรู้ คือ กิจกรรมการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs กิจกรรมส่งเสริมการคัดแยกขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs ลดการใช้: Reduce การใช้ซ้ำ: Reuse และการนำกลับมา

ใช้ใหม่: Recycle ได้แก่ กิจกรรมโมเดลแยกประเภทขยะในครัวเรือน โดยบันทึกปริมาณขยะมูลฝอย และกิจกรรมสาธิตการทำน้ำหมักชีวภาพจากขยะย่อยสลายได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs ของบ้านแม่แฮเหนือ ตำบลแม่นาจร จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีการจัดการขยะตามหลักการ 3Rs และใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานด้านการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ให้เกิดการขยายผลอย่างครอบคลุมในพื้นที่ตำบลแม่นาจร อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินความรู้ เจตคติ พฤติกรรม และปริมาณขยะมูลฝอยในการจัดการขยะมูลฝอยตาม
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ พฤติกรรม และปริมาณขยะมูลฝอยภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs ของบ้านแม่แฮเหนือ ตำบลแม่นาจร อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม

การวิจัยครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครัวเรือน ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน การได้รับข้อมูลข่าวสาร และช่องทางในการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนตามหลักการ 3Rs มีลักษณะเป็นแบบตัวเลือก “ใช่” และ “ไม่ใช่”

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนตามหลักการ 3Rs มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ของลิเคิร์ต (Likert's Scale) ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนตามหลักการ 3Rs มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ของลิเคิร์ต

หลักการ 3Rs ของบ้านแม่แฮเหนือ ตำบลแม่นาจร อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่

(Likert's Scale) ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยๆครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

2. สมุดบันทึกปริมาณขยะมูลฝอยในแต่ละวัน

ดำเนินกิจกรรม “บันทึกปริมาณขยะมูลฝอย”

โดยบันทึกปริมาณขยะมูลฝอยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ และบันทึกปริมาณขยะมูลฝอยระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

3. โมเดลแยกประเภทขยะในครัวเรือน

ดำเนินกิจกรรม “โมเดลแยกประเภทขยะในครัวเรือน” ตามโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs

4. ถังพลาสติก ขนาด 30 ลิตร

ดำเนินกิจกรรม “สาธิตการนำหมักชีวภาพจากขยะย่อยสลายได้” ตามโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs” วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ ได้แก่ เศษผัก เศษผลไม้ กากน้ำตาล สารเร่ง (พ.ด.2) และถังพลาสติกขนาด 30 ลิตร

5. เครื่องชั่งน้ำหนัก ขนาด 15 กิโลกรัม

ดำเนินกิจกรรม “บันทึกปริมาณขยะมูลฝอย” โดยวัดปริมาณขยะมูลฝอยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs และระหว่างดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs”

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง เป็นระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนเตรียมการประสานชุมชน หรือขั้นตอนเตรียมชุมชน จากการลงพื้นที่ที่ผ่านมาของผู้วิจัย พบว่า ชุมชนบ้านแม่แฮเหนือ หมู่ที่ 3 มีผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งและให้ความสนใจในด้านการจัดการขยะมูลฝอย เนื่องจากชุมชนบ้านแม่แฮเหนือ ไม่มีสถานที่สำหรับกำจัดขยะมูลฝอย และเกิดปัญหาขยะมูลฝอยตกค้างในชุมชน ผู้วิจัยจึงได้เลือกชุมชนบ้านแม่แฮเหนือ หมู่ที่ 3 ตำบลแม่นาจร อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ เป็นพื้นที่วิจัย โดยมีผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และตัวแทนครัวเรือนของบ้านแม่แฮเหนือเข้าร่วมประชุมตามแนวคิดการจัดการมูลฝอยโดยชุมชน (Community Based Solid Waste Management: CBM) เพื่อรับฟังปัญหาขยะมูลฝอยบ้านแม่แฮเหนือ มีส่วนร่วมในการวางแผน มีส่วนร่วมในการปฏิบัติ มีส่วนร่วมในการจัดสรรผลประโยชน์ และมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลตามแนวคิดของโคเฮนและอัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff) เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ ดังนี้

1.1 ประสานผู้นำชุมชนบ้านแม่แฮเหนือ เพื่อสอบถามและนัดวันประชุมเกี่ยวกับปัญหาขยะมูลฝอยในชุมชนบ้านแม่แฮเหนือ ตำบลแม่นาจร อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 1 วัน

1.2 การจัดประชุมผู้นำชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่แฮเหนือ อาสาสมัครสาธารณสุข ตัวแทนโรงเรียนบ้านแม่แฮเหนือ ตัวแทนโครงการหลวงแม่แฮ ตัวแทนผู้ประกอบการบ้าน

แม่แฮเหนือ ตัวแทนครัวเรือน และตัวแทนเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลแม่นาจร เพื่อรับฟังความคิดเห็น แนวทางการดำเนินการจัดการขยะมูลฝอยบ้านแม่แฮเหนือ แลกเปลี่ยนความคิดการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน โดยเฉพาะผู้ประกอบการ ร้านค้า แต่การประชุมครั้งนี้ยังไม่ได้มีการประชุม จำนวน 1 วัน

1.3 การจัดประชุม ผู้นำชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่แฮเหนือ อาสาสมัครสาธารณสุข ตัวแทนโรงเรียนบ้านแม่แฮเหนือ ตัวแทนโครงการหลวงแม่แฮ ตัวแทนผู้ประกอบการ ตัวแทนครัวเรือน และตัวแทนเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลแม่นาจร ณ ศาลาอเนกประสงค์บ้านแม่แฮเหนือ เพื่อรับฟังความคิดเห็น ผลกระทบและปัญหาขยะมูลฝอยจากการดำเนินงานกับขยะมูลฝอยที่ผ่านมา และแลกเปลี่ยนข้อมูลปริมาณขยะที่ดำเนินการเก็บขนและข้อสรุปเบื้องต้นเกี่ยวกับการดำเนินการจัดการขยะมูลฝอยของบ้านแม่แฮเหนือ คือ การจัดอบรมให้ความรู้การคัดแยกขยะมูลฝอยให้แก่ประชาชนบ้านแม่แฮเหนือ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับประเภทขยะ กระตุ้นให้ประชาชนสนใจและเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน จำนวน 1 วัน

1.4 ดำเนินการประสานงานกับผู้นำชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่แฮเหนือ เรื่องกลุ่มเป้าหมายของงานวิจัย โดยได้คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขบ้านแม่แฮเหนือ เนื่องจากผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุข มีความเกี่ยวข้องกับการจัดการขยะมูลฝอยโดยตรง และเป็นผู้ที่สามารถชักนำประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการขยะมูลฝอย จำนวน 1 วัน

1.5 จัดประชุมผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขบ้านแม่แฮเหนือ ตำบลแม่นาจร อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs ได้รับค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้าร่วมวิจัย และค่าชดเชยการเสียสละเวลาให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถาม ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่แฮเหนือ และการอธิบายเกี่ยวกับการวัดปริมาณขยะ และบันทึกปริมาณขยะ ลงในแบบบันทึกปริมาณขยะ พร้อมทั้งจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ ได้แก่ แอลกอฮอล์ หน้ากากอนามัย ถุงมือ และถุงพลาสติกใส่สำหรับทิ้งขยะมูลฝอย จำนวน 2 วัน

1.6 เก็บข้อมูลก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs ประมาณ 90 นาที โดยเก็บกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 20 คน โดยใช้แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs และ ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการตามโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs โดยเก็บข้อมูลปริมาณขยะมูลฝอยในครัวเรือนของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ครัวเรือน เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ เพื่อนำข้อมูลปริมาณขยะมูลฝอยมาเปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินการจัดอบรม ตามกิจกรรม “การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs” และกิจกรรม “สาธิตการทำน้ำหมักชีวภาพจากขยะย่อยสลายได้” เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ โดยมีหลักการดังนี้

3.1 ลดการใช้ (Reduce) ได้แก่ การฝึกอบรมคัดแยกประเภทขยะมูลฝอยทั้ง 4 ประเภท โดยใช้โมเดลแยกประเภทขยะในครัวเรือน และการนำถุงผ้ามาใช้แทนถุงพลาสติกหรือลดการใช้วัสดุย่อยสลายยาก

3.2 ใช้ซ้ำ (Reuse) ได้แก่ การคัดแยกประเภทขยะโดยนำถุงพลาสติกมาใช้ซ้ำหรือ “ใช้ซ้ำไปซ้ำมา” เช่น ถุงพลาสติกนำมาใส่ของซ้ำหลายครั้งได้

3.3 นำกลับมาใช้ใหม่ (Recycle) ได้แก่ การนำขยะย่อยสลายได้มาทำเป็นน้ำหมักชีวภาพ และการจัดทำถังขยะเปียกโดยท่อปูนซีเมนต์และถังกรีนโคน

ขั้นตอนที่ 4 การดำเนินการเก็บข้อมูลปริมาณขยะมูลฝอยในครัวเรือนของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ครัวเรือน เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ เพื่อนำข้อมูลปริมาณขยะมูลฝอยมาเปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs บันทึกปริมาณขยะมูลฝอยในสมุดบันทึกปริมาณขยะมูลฝอยทุกวัน โดยวัดปริมาณขยะมูลฝอย ทั้ง 4 ประเภท ได้แก่ ขยะย่อยสลาย ขยะทั่วไป ขยะรีไซเคิล และขยะอันตราย

ขั้นตอนที่ 5 เก็บข้อมูลหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs ประมาณ 90 นาทีโดยเก็บกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว

ขั้นตอนที่ 6 ขั้นตอนการติดตามและสรุปผลการเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ พฤติกรรม และปริมาณขยะ

มูลฝอยภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs ตามแนวคิดการบริหารจัดการ PDCA ตามวงจรของเดมมิง (The Deming Cycle) โดยมีกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการขยะในชุมชนร่วมรับฟังสรุปผลการดำเนินงาน ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และข้อเสนอการดำเนินการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนบ้านแม่แฮเหนือ โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดแยกขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs ตั้งแต่กระบวนการคัดแยกขยะมูลฝอยจากต้นทาง การดำเนินการเก็บรวบรวมเฉพาะประเภทขยะทั่วไปทิ้งในถังพลาสติกใสแทนการทิ้งในถังดำ เพื่อให้ง่ายต่อการตรวจสอบของผู้นำชุมชน คณะกรรมการหมู่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุข การเก็บขนและขนส่งยังสถานที่กำจัดขยะเอกชนอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน นำแบบสอบถามมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.60 – 1.00 และทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ในกลุ่มประชากร จำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยก่อนทำการแจกแบบสอบถามต้องมีการถามทุกครั้งว่าต้องเป็นผู้ที่มีทะเบียนราษฎรและอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่องค์การ

บริหารส่วนตำบลแม่นาจร ตำบลแม่นาจร อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ต้องเป็นผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน ต้องเป็นผู้ที่สามารถอ่าน เขียนภาษาไทยได้ และต้องเป็นผู้ที่มีความสมบัติตามเกณฑ์ครบตามที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งผู้วิจัยทำการ เก็บแบบสอบถาม จำนวน 2 ครั้ง (ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs)

2. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแบบสอบถาม แล้วจึงดำเนินการลงรหัสข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยการประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปที่ใช้วิเคราะห์ผลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช รหัสโครงการวิจัย STOU IRB 2564/011.1612 เลขที่ใบรับรอง 005/65

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน สำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ เจตคติ พฤติกรรม เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs ใช้สถิติแบบจับคู่ (Paired-t-test)

ผลการวิจัย

การศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขที่อาศัยอยู่บ้านแม่แฮเหนือ ตำบลแม่นาจร อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน และสามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ จำนวน 20 คน ครึ่งหนึ่ง ครึ่งหนึ่งละ 1 คน เป็นเพศชาย จำนวน 18 คน เพศหญิง จำนวน 2 คน กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 44.05 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม มีรายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 10,000 บาท

กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในชุมชนมากกว่า 21 ปี มีสมาชิกในครัวเรือน 4 – 6 คน ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยเป็นบางครั้ง และผ่านช่องทางเสียงตามสายมากที่สุด กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนตามหลักการ 3Rs ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในระดับมากและมากที่สุด ตามลำดับ มีเจตคติเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนตามหลักการ 3Rs ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในระดับมากและมากที่สุด ตามลำดับ และมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในระดับปานกลางและมากที่สุดตามลำดับ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=20)

ด้าน	คะแนนก่อน (Pre-test)		คะแนนหลัง (Post-test)		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs	9.30	2.080	10.40	1.095	-2.125*	0.047
เจตคติเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs	44.55	3.502	46.90	3.401	-2.669*	0.015
พฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs	67.10	11.702	76.25	10.882	-2.191*	0.041

* p-value < 0.05

แม่แะเหนือ ตำบลแม่นาจร อำเภอแม่แจ่ม จังหวัด
เชียงใหม่ มีปริมาณขยะมูลฝอยลดลง โดยก่อนการเข้าร่วม
โปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs พบว่า
มีปริมาณขยะมูลฝอยเฉลี่ย 1.70 กิโลกรัมต่อวัน และหลัง

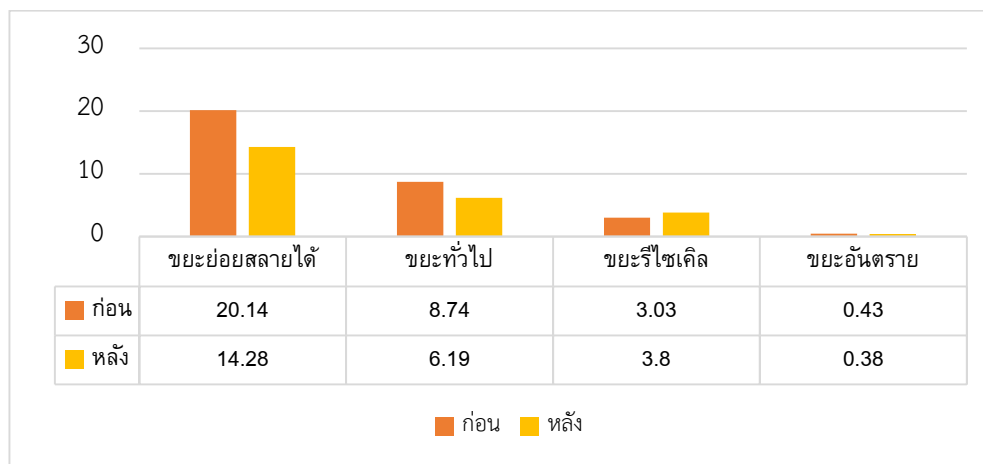
การเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า มีปริมาณขยะมูลฝอยเฉลี่ย
1.05 กิโลกรัมต่อวัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
และพบประเภทขยะย่อยสลายมากที่สุด รองลงมา ขยะ
ทั่วไป ขยะรีไซเคิล และขยะอันตราย ตามลำดับ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปริมาณขยะมูลฝอยเฉลี่ยต่อวัน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=20)

ด้าน	การ ทดลอง	Mean	S.D.	t	p-value
ปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือน ของบ้านแม่แะเหนือ	ก่อน หลัง	1.70 1.05	1.867 1.538	3.322*	0.004

* p-value < 0.05

ภาพที่ 2 เปรียบเทียบปริมาณขยะมูลฝอยเฉลี่ย จำแนกตามประเภทขยะมูลฝอย



อภิปรายผล

1. ระดับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs มีระดับความรู้และเจตคติอยู่ในระดับมากและมากที่สุดตามลำดับ และมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนตามหลักการ 3Rs อยู่ในระดับปานกลางและมากตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของสมพงษ์ แก้วประยูร (2558) ศึกษาเรื่อง ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชน ในเขตเทศบาลเมืองควนลัง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่าประชาชนมีความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีทัศนคติในการจัดการขยะมูลฝอยโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับมาก เห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ เจตคติ พฤติกรรม มีคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มสูงขึ้นจากการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs เนื่องจากการเพิ่มศักยภาพให้กับกลุ่มผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข ที่สร้างกระบวนการเรียนรู้ เป็นปัจจัยสำคัญในการบริหารจัดการขยะมูลฝอยในพื้นที่ โดยรวมอยู่ในระดับมาก

2. ผลการเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยวิธีการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐภูมิ กกกระแทก, ณฤดี พูลเกษม และวาสนา วิไลนุวัฒน์ (2565) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการขยะ

กรณีศึกษาตำบลหนองหอย อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย ด้วยวิธีการอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีคะแนนความรู้ คะแนนในการจัดการขยะมูลฝอยสูงกว่าก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเจตคติสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs เนื่องมาจากประชาชนให้ความสนใจในการเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาในชุมชน การร่วมรับฟังความคิดเห็น การร่วมวางแผนการดำเนินการ ตลอดจนถึงร่วมลงมือปฏิบัติ และติดตามรายงานผล ตามวงจร PDCA ทำให้ประชาชนเกิดเจตคติที่ดีในการให้ความร่วมมือจนเกิดพฤติกรรมการคัดแยกขยะในระดับครัวเรือน สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรารุณี ทับผดุง (2563) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมลดปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลที่ไม่มีการบริหารจัดการขยะมูลฝอย อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า การได้รับ แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมลดปริมาณขยะมูลฝอยมากที่สุด รวมถึงผู้นำชุมชนเข้มแข็ง ให้ความร่วมมือและประสานงานจากทุกภาคส่วน รวมไปถึงกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs “การศึกษาดูงานการบริหารจัดการขยะในพื้นที่ต้นแบบ” ทำให้ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขมีแนวคิดในการพัฒนาต่อยอดในพื้นที่ชุมชน จนส่งผลการเกิดเจตคติที่ดีในการบริหารจัดการขยะมูลฝอยในพื้นที่ให้เกิดการเปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับการศึกษาของพงศ์พันธ์ สุนทรชัย (2553) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการฝึกอบรมการจัดการขยะสำหรับผู้บังคับการบริหารส่วนตำบล ใน

จังหวัดหนองคาย ที่ผู้อำนวยการบริหารส่วนตำบล เห็นว่า กิจกรรมการฝึกอบรมมีประโยชน์ต่อชุมชนในระดับมาก และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม เนื่องจากประชาชนบ้านแม่แฮเหนือ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs จากการร่วมกำหนดกิจกรรมการฝึกอบรมกับชุมชน รูปแบบการฝึกอบรม รวมไปถึงกิจกรรม “โมเดลแยกประเภทขยะในครัวเรือน” ประกอบกับการศึกษาดูงานการบริหารจัดการขยะในพื้นที่ต้นแบบ รวมไปถึง กิจกรรม “บันทึกปริมาณขยะมูลฝอย” เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างดำเนินการชั่งน้ำหนักขยะแต่ละประเภททุกวัน การดำเนินการทุกวัน ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เห็นได้ว่า การมีความรู้ มีเจตคติที่ดีในการคัดแยกขยะ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ ศราวุฒิ ทับผดุง (2563) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมลดปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลที่ไม่มีการบริหารจัดการขยะมูลฝอย อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก โดยพบว่า ความรู้ เจตคติ มีผลต่อพฤติกรรมลดปริมาณขยะมูลฝอย และในชุมชนบ้านแม่แฮเหนือ มีการขับเคลื่อนการบริหารจัดการขยะในพื้นที่โดยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนและผู้นำชุมชนสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนกล่าวคือ มีการจัดตั้งคณะกรรมการด้านการบริหารจัดการขยะ ร่วมดำเนินการทุกครั้งเมื่อดำเนินการเก็บขนขยะ เพื่อช่วยตรวจสอบประเภทขยะที่เก็บขน มีการจัดตั้งกองทุนบุญ เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ มีการประชุมติดตามการดำเนินงาน การให้กลุ่มพ่อค้ารับซื้อของเก่าในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม

ตลาดนัดขยะรีไซเคิล ในทุกครั้งที่มีการเก็บขนขยะ เพื่อนำมาสมทบทุนกองทุนบุญขยะแม่แฮเหนือ

3. ผลการเปรียบเทียบปริมาณขยะมูลฝอย ผลการศึกษาปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนของบ้านแม่แฮเหนือ (กิโลกรัมต่อวัน) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs พบว่า ปริมาณขยะมูลฝอยเฉลี่ยลดลง โดยก่อนการทดลองมีปริมาณขยะมูลฝอยเฉลี่ย เท่ากับ 1.70 กิโลกรัมต่อวัน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมปริมาณขยะมูลฝอยเฉลี่ย เท่ากับ 1.05 กิโลกรัมต่อวัน และพบขยะย่อยสลายได้มากที่สุด รองลงมา ขยะทั่วไป ขยะรีไซเคิล และขยะอันตราย ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ เจริญรัตน์ อินจันทร์ (2560) ศึกษาเรื่อง การจัดการมูลฝอยชุมชน โดยใช้หลัก 3Rs ร่วมกับกลไกชุมชน กรณีศึกษา ตำบลป่าเช่า อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ ผลการศึกษา หลังการทดลองจากการใช้รูปแบบการจัดการมูลฝอยชุมชน ได้แก่ การคัดแยกมูลฝอย ธนาคารมูลฝอย และมูลฝอยแลกใช้หรือสิ่งของ พบว่า ปริมาณขยะมูลฝอยลดลง ร้อยละ 21.45 โดยพบขยะย่อยสลายมากที่สุด รองลงมา ขยะรีไซเคิล เนื่องจากมีการใช้รูปแบบกิจกรรมส่งเสริมธนาคารขยะรีไซเคิล ขยะทั่วไป และขยะอันตราย ตามลำดับ ทั้งนี้ บ้านแม่แฮเหนือ พบขยะย่อยสลายมากที่สุด รองลงมา ขยะทั่วไป ขยะรีไซเคิล และขยะอันตราย ตามลำดับ ทั้งนี้ ต้องส่งเสริมกิจกรรมตลาดนัดขยะรีไซเคิลอย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนเกิดแรงสนับสนุนทางสังคม และมีพฤติกรรมคัดแยกขยะอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษา ทำให้ปริมาณขยะมูลฝอยในชุมชนลดลง ดังนั้น ชุมชนบ้านแม่แฮเหนือ จึงมีมาตรการการคัดแยกขยะก่อนทิ้งตามหลักการ 3Rs การใช้ถุงพลาสติกใสเท่านั้นในการเก็บขยะทั่วไป การมีส่วนร่วมของผู้นำ อาสาสมัครสาธารณสุข การจัดตั้งคณะกรรมการ การจัดตั้งกองทุนบุญ การจัดทำถังขยะเปียกในครัวเรือน รวมไปถึงการกระตุ้น รมรงค์ ประชาสัมพันธ์ด้านการบริหารจัดการขยะในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความยั่งยืน

2. องค์การบริหารส่วนตำบลแม่นาจร อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ควรสนับสนุนการดำเนินการด้านการบริหารจัดการขยะในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการส่งเสริมกิจกรรมการคัดแยกขยะในครัวเรือน ทั้งด้านการบริหารทรัพยากรตามหลักการ 4M's การเสริมสร้างศักยภาพประชาชนการสนับสนุนงบประมาณการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ เครื่องจักร รวมไปถึงการบริหารจัดการโดยชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2547). *การจัดการขยะมูลฝอยชุมชนอย่างครบวงจร คู่มือสำหรับผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น*. กรุงเทพฯ, โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.
- กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2561). *คู่มือปฏิบัติการ 3 ใช้ (3R) เพื่อจัดการขยะชุมชน*. กรุงเทพฯ, บริษัท ฮีซี จำกัด.
- กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2563). *คู่มือแนวทางและข้อกำหนดเบื้องต้นการลดและใช้ประโยชน์ขยะมูลฝอย*. กรุงเทพฯ: 9-10.
- กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2559). *แผนแม่บทการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของประเทศ พ.ศ. 2559-2564 (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานจัดการกากของเสียและสารอันตราย กรมควบคุมมลพิษ.

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาต่อยอดการส่งเสริมกิจกรรมจากการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs ได้แก่ การจัดทำน้ำหมักชีวภาพจากขยะย่อยสลายได้ การจัดทำถังขยะเปียกในครัวเรือน ระดับชุมชนและการแปรรูปผลิตภัณฑ์จากขยะมูลฝอย

2. ควรนำรูปแบบการจัดการขยะตามหลักการ 3Rs ตามโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs มาพัฒนาเป็นชุมชนต้นแบบในพื้นที่ตำบลแม่นาจร อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่

กิตติกรรมประกาศ

บทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลักการ 3Rs ของบ้านแม่แฮเหนือ ตำบลแม่นาจร อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ในหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์ กลุ่มวิชาบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

- กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย. (2561). *คู่มือปฏิบัติงาน ด้านการจัดการขยะมูลฝอยในพื้นที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น* กรุงเทพฯ.
- กองสิ่งแวดล้อม กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย. (2565). *บันทึกความสำเร็จในการคัดแยกขยะ*. กรุงเทพฯ: 1-154.
- กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2561). *คู่มือ การสร้างวินัย สู่การจัดการขยะที่ยั่งยืน*. กรุงเทพฯ.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *คู่มือการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรณีการจัดการขยะมูลฝอยสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น*. กรุงเทพฯ.
- เจริญรัตน์ อินจันทร์. (2560). *การจัดการมูลฝอยชุมชนโดยใช้หลัก 3Rs ร่วมกับกลไกชุมชน กรณีศึกษา ตำบลป่าเช่า อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์*. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาเอกการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จงกร มหาดเล็ก, กัญญาณิศา ศรีนุกูล และศิรินันท์ คำสี. (2563). การพัฒนาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของนักเรียน โรงเรียนบางลำปวยาคม อำเภอบางลำ จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารด้านมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 5(1): 83-98
- จิตินันท์ เทียบศรี. (2564). *พฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลสำนักท้อน อำเภอบ้านฉาง จังหวัดระยอง*. การค้นคว้าอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(การจัดการสิ่งแวดล้อม) คณะบริหารการพัฒนาสิ่งแวดล้อม, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ณัฐวุฒิ กนกกระโทก, ณฤติ พูลเกษม และวาสนา วิไลวัฒน์. (2565). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการขยะ กรณีศึกษาตำบลหนองหอย อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี*, 14(1): 322-336
- ธีระพงษ์ จงหยิน. (2562). *การพัฒนากระบวนการจัดการเรียนรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมของครัวเรือน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดสระบุรี*. ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา, มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี.
- ผานิต หลีเจริญ. (2557). การนำรูปแบบ TTM ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*: 1-11.
- พงศ์พันธ์ สุนทรชัย. (2553). *การพัฒนารูปแบบการฝึกอบรมการจัดการขยะสำหรับผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดหนองคาย*. ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาสิ่งแวดล้อมศึกษา, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ศราวุฒิ ทับผดุง. (2563). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลที่ไม่มีการบริหารจัดการขยะมูลฝอย อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สุกัญญา กลิ่นชุ่ม. (2563). การบริหารจัดการขยะมูลฝอยภายใต้หลักการ 3Rs - ประชากร ของเทศบาลนครสมุทรสาคร อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม*, 7(1): 216-228.

- สมพงษ์ แก้วประยูร. (2558). *ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชน ในเขตเทศบาลเมือง
ควนลัง อำเภอลาดใหญ่ จังหวัดสงขลา*. สารนิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการภาครัฐและ
ภาคเอกชน, มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.
- สำนักจัดการกากของเสียและสารอันตราย กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.(2552). คู่มือสำหรับ
ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การจัดการขยะมูลฝอยชุมชนอย่างครบวงจร. กรุงเทพฯ: 1-154.
- สำนักจัดการทรัพยากรป่าไม้ที่ 1 เชียงใหม่. (2559). ข้อมูลพื้นฐาน ศูนย์จัดการป่าสงวนแห่งชาติ ที่ 26 ป่าแม่แจ่ม 2 จังหวัด
เชียงใหม่: 1-53.
- สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. (2564). แผนปฏิบัติการลด และคัดแยกขยะมูลฝอย สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ประจำปี
งบประมาณ พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: 1-28
- อรทัย กิกผล. (2556). *การบริหารปกครองสาธารณะ การบริหารรัฐกิจในศตวรรษที่ 21* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ปทุมธานี: โรงพิมพ์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต.
- เอกรัตน์ เลิศอวาส และนิตยา สีนเฮว. (2561). การจัดการขยะมูลฝอยขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะป๋อ อำเภอบ้านลาด
จังหวัดเพชรบุรี ตามหลักการของ 3R. *วารสารบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม*, 14(1): 89-98.
- Agamuthu, P., Fauziah S. H. (2011). 3Rs Practices in Asia and the Pacific Islands, 721-730
- Ahmedul Hye Chowdhury. (2014). Developing 3Rs (Reduce, Reuse and Recycle) Strategy for Waste Management
in the Urban Areas of Bangladesh: Socioeconomic and Climate Adoption Mitigation Option. *Journal of
Environmental Science, Toxicology and Food Technology*, 8(5): 9-18.
- Bloom, Benjamin S. (1975). *Taxonomy of Education Objectives*. Hand Book1: cognitive Domain. New York: David
Mckay Company.
- James B. Quinn. (1994). *The Strategy Process*. London: Prentice-Hall
- Nishita Ivy et al. (2013). People's perception on using waste bins in reduce, reuse and recycle (3Rs) process for
solid waste management (SWM) in Chittagong, Bangladesh. *International Journal of Applied Science,
Technology and Engineering research*, 2(3): 30-40.
- Wu, Z., Ann, T. W., & Shen, L. (2017). Investigating the determinants of contractor's construction and demolition
waste management behavior in Mainland China. *Waste Management*, 60, 290-300.

Entertainment and wellness services on digital platform for elderly

Krittisak Poolsawat*¹ Saksit Rachruk²

¹ Doctor of Philosophy Candidate Music Research and Development, Faculty of Music, Silpakorn University

² Assistant Professor Thesis Advisor, Faculty of Music, Silpakorn University

* Corresponding author, Email: poolsawat_k@su.ac.th, poolsawat.k@gmail.com

Original article

Abstract

Received: 27 Sep 2022

Revised: 30 Nov 2022

Accepted: 4 Dec 2022

A study how to develop a Digital Platform/Application that offering entertainment and wellness services for elderly. The results of the Quantitative Research found that most of the respondents were female, 315 out of 429 representing 73.4 %, aged between 50-74, with average monthly income of no more than 30,000 baht, being familiar with technology and use of social media on a daily basis. LINE and Facebook were the most popular with searching information for traveling, healthcare, and relaxation especially for music and entertainment. The reason for using digital platform/application was because of family members also using and most of them preferred free package. And it also found that all factors; Product, Price, Place, Promotion, People, Process, and Physical Evidence had the same “High” level of opinion as the factors that affecting on elderly’s decision making to use digital platform. While the differences of Gender and Educational Level did not give any affect, but Age, Occupation, and Income had a statistically significant affect at 0.05 level on the elderly’ decision making to use digital platform. Qualitative research found that the suitable Digital Platform/Application for elderly should be designed on the principles of easy to use, not complicated, with large fonts, not too much flashy, and Elder-Friendly oriented. It should also have clear classification/category of contents for easier searching, can be used with smartphone, and the service fee or charge must not be too expensive.

Keywords: Elderly; Entertainment; Wellness Services; Digital Platform; Application

สื่อบันเทิงและบริการด้านสุขภาพบนแพลตฟอร์มดิจิทัลสำหรับผู้สูงอายุ

กฤษฎิ์ศักดิ์ พูลสวัสดิ์^{*1} ศักดิ์สิทธิ์ ราชรักษ์²

¹ นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชาสังคมวิทยาและพัฒนา หลักสูตรดุริยางคศาสตร์ดุริยางคศิลป์บัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปากร

² อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะดุริยางคศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ ติดต่อ: poolsawat_k@su.ac.th , poolsawat.k@gmail.com

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันรับ 27 กย. 2565

วันแก้ไข 30 พย. 2565

วันตอบรับ 4 ธค. 2565

จากการศึกษาเพื่อพัฒนา แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน ด้านสื่อบันเทิงและบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งผลของการวิจัยเชิงปริมาณพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง จำนวน 315 จาก 429 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.4 อายุระหว่าง 50-74 ปี รายได้เฉลี่ยไม่เกิน 30,000 บาท/เดือน ค่อนข้างกับเทคโนโลยีและใช้โซเชียลมีเดียในชีวิตประจำวัน นิยมใช้ โลกออนไลน์ มากที่สุด และ เพชบุ๊ค เป็นลำดับรองลงมา เพื่อค้นหาข้อมูลด้านการท่องเที่ยว ด้านสุขภาพ และการพักผ่อนหย่อนใจ เฉพาะอย่างยิ่งกิจกรรมทางด้านดนตรีและบันเทิง ส่วนใหญ่ไม่นิยมใช้ แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน ที่เสียค่าสมาชิก อีกทั้งยังพบว่า ปัจจัยด้าน ผลิตภัณฑ์, ราคา, สถานที่, การส่งเสริมการขาย, คน, กระบวนการ, องค์ประกอบทางกายภาพ มีระดับความคิดเห็นด้านปัจจัยที่ส่งผลอยู่ในเกณฑ์ “มาก” ทุกปัจจัย โดยเพศ และ ระดับการศึกษา ที่แตกต่างกัน ไม่ส่งผล แต่ อายุ อาชีพ และรายได้ ที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้ แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน อย่างมีนัยสำคัญที่สถิติ 0.05 และจากการวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน ที่เหมาะกับผู้สูงอายุ ควรออกแบบให้ใช้งานง่าย ไม่ซับซ้อน ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ สีสันทัดตา เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ มีการจัดประเภทและหมวดหมู่ที่ชัดเจน ง่ายต่อการค้นหา สามารถใช้งานได้กับโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟน และที่สำคัญ อัตราค่าบริการต้องไม่สูงจนเกินไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ; สื่อบันเทิง; บริการด้านสุขภาพ; แพลตฟอร์มดิจิทัล;
แอปพลิเคชัน

บทนำ

ในปัจจุบันอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรโลกผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งย่อมแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละประเทศ ไม่ว่าจะเป็นนโยบายการคุมกำเนิด การใส่ใจคุณภาพชีวิตและการดูแลสุขภาพที่มีการเอาใจใส่มากขึ้น ประกอบกับความเจริญก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี การแพทย์ ล้วนต่างส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิตที่ลดน้อยลง ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคม ค่านิยม ทัศนคติ และแนวโน้มการมีครอบครัวของประชากรในยุคปัจจุบันที่น้อยลงอย่างเห็นได้ชัด ส่งผลต่ออัตราการเกิดที่ลดลงตามไปด้วย ทำให้สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นโดยปริยาย ซึ่งปัจจุบันรัฐบาลของแต่ละประเทศต่างให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุ อีกทั้งยังมีนโยบายสนับสนุนให้มีการจ้างงานกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังสามารถทำงานได้ มีการออกกฎหมายขยายการเกษียณอายุ โดยเฉพาะประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2560 รัฐบาลได้ออกกฎหมายสนับสนุนให้บริษัทที่จ้างผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเข้าทำงาน สามารถใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้นิติบุคคลได้ถึงร้อยละ 100 ของเงินที่จ่ายให้แก่ลูกจ้างที่เป็นผู้สูงอายุ (พระราชบัญญัติ, 2561) และตามข้อมูลที่เปิดเผยโดยองค์กรเพื่อความร่วมมือและพัฒนาทางเศรษฐกิจ (OECD) เกี่ยวกับการจ้างงานของผู้ที่มีอายุ 60-69 ปี ทั่วโลก พบว่าประเทศอินโดนีเซียเป็นประเทศที่มีการจ้างงานผู้สูงอายุมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.6 ตามด้วยประเทศเกาหลีใต้ และประเทศญี่ปุ่น รวมทั้งประเทศจีนที่มีประชากรผู้สูงอายุมากถึง 230 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ซึ่งมีการคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าว่าจะเพิ่มเป็น 480 ล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2593 (BTL Bangkok, 2561) ดังจะเห็นได้จากเมื่อครั้งที่บริษัทอีคอมเมิร์ซที่ใหญ่ที่สุดของประเทศจีน ได้ประกาศรับสมัครนักวิจัยอาวุโสซึ่งได้กำหนดคุณสมบัติให้ผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่สนใจ

เข้าทำงานให้กับเว็บไซต์ Alibaba ปรากฏว่ามีผู้สูงอายุที่สนใจสมัครเข้าทำงานมากถึง 1,000 คน ในระยะเวลาไม่ถึง 24 ชั่วโมง

จากข้อมูลของ United Nations World Population Ageing พบว่าประเทศไทยก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society)” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ด้วยสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 10.4 ของจำนวนประชากรทั้งหมด การที่จำนวนประชากรผู้สูงอายุได้เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญนั้น ก็เพราะผลพวงมาจากการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศ ตลอดจนความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ที่ส่งผลทำให้ประชากรไทยมีอายุยืนยาวมากขึ้น กอปรกับนโยบายการวางแผนครอบครัวหรือนโยบายควบคุมการมีบุตร ซึ่งส่งผลให้เกิดการลดลงของประชากรที่อยู่ในภาวะเจริญพันธุ์อย่างรวดเร็ว อีกทั้งอัตราการเสียชีวิตของประชากรที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ล้วนแล้วแต่ส่งผลให้จำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และต่อเนื่อง (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยเกิดจากอัตราการเกิดและอัตราการตายที่ลดลง ส่งผลให้สังคมไทยก้าวเข้าสู่ “สังคมสูงอายุ (Aging Society)” อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และนับวันจำนวนประชากรผู้สูงอายุก็จะยิ่งเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งจำเป็นต้องมีการเตรียมการและมีการวางแผนเพื่อหามาตรการรองรับปัญหาดังกล่าวอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อหาแนวทางที่จะบริหารจัดการผลกระทบต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรที่เราสามารถพยากรณ์ได้ล่วงหน้า โดยอ้างอิงจากฐานข้อมูลประชากรของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่ได้ทำการสำรวจภาระการทำงานของประชากรช่วงไตรมาสที่ 3 ของปี พ.ศ. 2549-2553 ซึ่งแม้จะพบว่าคนไทยส่วนใหญ่มัคงอยู่รวมกันเป็นครอบครัว แต่ก็ยังพบว่ากว่า 1 ใน 10 อาศัยอยู่คนเดียว และจากการสำรวจ

ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.3 ในปี พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 7.7 ในปี พ.ศ. 2550 โดยผู้สูงอายุหญิงจะอยู่คนเดียวมากกว่าผู้สูงอายุชาย และจากข้อมูลดังกล่าว ทำให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่ต้องอยู่เพียงลำพังโดยขาดคนดูแล จะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในอนาคต ซึ่งจากการสำรวจเดียวกันพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวส่วนใหญ่ มักมีปัญหาเรื่องความเหงาและความว้าเหว่ ซึ่งมีอัตราส่วนถึงร้อยละ 53.8 รองลงมาร้อยละ 26.5 มีปัญหาไม่มีคนดูแล ยามเจ็บไข้ได้ป่วย และอีกร้อยละ 15.3 ประสบกับปัญหาในการหาเลี้ยงชีพตัวเอง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565)

ปัญหาที่มักพบในกลุ่มผู้สูงอายุนอกจากปัญหาทางด้านสุขภาพกาย ก็ยังมีปัญหาทางด้านสุขภาพใจ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวล กลัวบุตรหลานจะไม่อุปถัมภ์เลี้ยงดู กลัวว่าจะถูกทอดทิ้ง เกิดภาวะสูญเสีย ศรัทธาในตัวตน เกิดความรู้สึกว่าตัวเองไร้คุณค่า ด้วยเพราะการเกษียณอายุจากหน้าที่การงานที่เคยทำอยู่เป็นประจำ ทำให้เกิดความรู้สึกเหงาและเกิดภาวะความเครียดสะสม และบางทีก็รู้สึกโดดเดี่ยว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีอาการอยากย้ายคิดย้ายทำ เสียหายและอาลัย อารมณ์กับอดีต หวาดกลัวกับปัจจุบัน และวิตกกังวลกับอนาคต สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่บ้านทอนความรู้สึก และอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเครียด (Stress) อันจะนำมาซึ่งการเจ็บไข้ได้ป่วย ด้วยเพราะสภาพจิตใจที่อ่อนแอ รู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจและสิ้นหวัง จนอาจทำให้กลายเป็นโรคซึมเศร้า (Depression) ด้วยเพราะต้องดำเนินชีวิตภายใต้ภาวะความกดดันจากหลาย ๆ ด้าน และบางครั้งก็รู้สึกหมดอาลัยตายอยากกับชีวิต ฉะนั้นสำหรับผู้สูงอายุแล้วการดูแลเรื่องของสภาพจิตใจจึงมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ กิจกรรมที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รู้สึกผ่อนคลาย เบิกบานใจ มีความสุขเพลิดเพลิน ช่วยลดภาวะความเครียด คลายความเหงา ก็คือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับเสียงเพลงและเสียงดนตรี การดูหนัง ดูละคร

การเล่นเกมฝึกสมอง การเล่นกีฬา เป็นต้น ซึ่งเป็นกิจกรรมด้านบันเทิงที่มีความซับซ้อนน้อย มีต้นทุนต่ำ และส่งผลทางตรงต่ออารมณ์ความรู้สึกได้อย่างรวดเร็ว (ภาณุวัฒน์ ว่องตระกูลเมือง, 2565)

จากข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะ ปี พ.ศ. 2533 และ 2543 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ มีการคาดประมาณอัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 คิดเป็นร้อยละ 7.3 ปี พ.ศ. 2543 คิดเป็นร้อยละ 9.5 ปี พ.ศ. 2553 คิดเป็นร้อยละ 11.9 ปี พ.ศ. 2558 คิดเป็นร้อยละ 14.2 ปี พ.ศ. 2563 คิดเป็นร้อยละ 17.5 ปี พ.ศ. 2568 คิดเป็นร้อยละ 21.2 และ ปี พ.ศ. 2573 คิดเป็นร้อยละ 25.1 ทำให้เห็นแนวโน้มจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และทำให้เห็นโครงสร้างประชากรของประเทศไทย ชัดเจนว่า ในทุก ๆ ประชากรจำนวน 5 คน จะมีผู้สูงอายุ 1 คนเสมอ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าสนใจมากและมีอาจจะมองข้ามได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับนักการตลาดและนักธุรกิจที่แสวงหาโอกาสในการสร้างรายได้ เพราะผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีกำลังซื้อสูง ซึ่งถึงแม้พวกเขาจะก้าวเข้าสู่วัยเกษียณ ทำให้ว่างเว้นจากการกิจหรือภาระงานที่เคยรับผิดชอบมาตลอดชีวิต-ของการทำงาน แต่กระนั้นก็ดีผู้สูงอายุก็ยังอยากที่จะใช้ชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไป ที่ไม่ต้องการพึ่งพาคนอื่นเกินความจำเป็น ไม่อยากเป็นภาระให้กับคนในครอบครัวและบุตรหลาน อีกทั้งไม่อยากเป็นปัญหาหรือเป็นภาระของสังคม มีความต้องการที่จะดูแลและรับผิดชอบตัวเองให้มากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้

การดำเนินชีวิตวิถีปกติใหม่ (Life in the New Normal) ในโลกปัจจุบัน นับตั้งแต่เกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือที่รู้จักกันในชื่อของโรคโควิด 19 (Covid-19) ซึ่งได้ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของมนุษย์ทุกคนไม่เว้นใครเลย ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสังคมของผู้คนอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของ การเรียน การทำงาน การเดินทาง การพบปะสังสรรค์ และอื่น ๆ ที่

จะต้องคำนึงถึงการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) ต้องมีการตรวจคัดกรอง มีการบันทึกการเข้าออก เพื่อเป็นการสร้างสวัสดิภาพและความปลอดภัย จากภาวะเสี่ยงของโรคระบาดและโรคติดต่อ จำต้องลดการปฏิสัมพันธ์ที่ไม่จำเป็น มีการจำกัดวิธีการดำเนินชีวิตในแต่ละวันให้อยู่กับที่ให้มากที่สุด จึงทำให้หลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องหันมาพึ่งพาเทคโนโลยีเพื่อช่วยในการติดต่อสื่อสาร และเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้กับการดำรงชีวิต ที่เรียกว่า “ชีวิตวิถีปกติใหม่” ซึ่งหมายถึง การใช้ชีวิตในรูปแบบใหม่ของผู้คนในสังคม พร้อมทั้งจะก้าวไปกับความปกติใหม่ โดยประกอบด้วย วิถีปฏิบัติ ลงมือทำ วิถีคิด วิถีเรียนรู้ วิถีสื่อสาร และการจัดการ ที่เปลี่ยนแปลงไป มีการใช้บริการผ่านโลกไซเบอร์มากขึ้น มีแพลตฟอร์มการบริการแบบดิจิทัล (Digital Service Platform) ที่ทำให้ผู้ขอรับบริการ กับผู้ให้บริการสามารถติดต่อกันโดยตรงผ่านการสื่อสารด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล ทำให้เข้าถึงการให้บริการได้ง่ายขึ้น ส่วนใหญ่สามารถใช้ผ่านสมาร์ทโฟนได้ (เย็น ภูววรรณ, 2564) การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุได้รับผลกระทบเป็นอย่างมาก เพราะประชากรกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีความรู้ความชำนาญ และขาดความเชี่ยวชาญในการใช้เทคโนโลยี ทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินชีวิตเป็นอย่างมาก ผู้เขียนบทความจึงสนใจศึกษาเพื่อหาแนวทางในการจัดทำสื่อกลางในรูปแบบของ แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน ที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ (Elder-Friendly) เพื่อนำเสนอเนื้อหาสาระด้านสื่อบันเทิงและบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมและตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ และใช้เป็นเครื่องมือและช่องทางที่จะช่วยเหลือให้คนกลุ่มนี้สามารถปรับตัวเข้ากับ “ชีวิตวิถีปกติใหม่” ที่จำต้องพึ่งพาเทคโนโลยีเพื่อช่วยส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งในด้านการใส่ใจดูแลสุขภาวะทางกาย และสุขภาวะทางใจ

อนึ่งจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่กำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ได้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนขั้วทางสังคมและ

วงจรทางเศรษฐศาสตร์ จากเดิมที่เคยมีความเชื่อว่า “กลุ่ม Millennials” เป็นกลุ่มประชากรที่มีอิทธิพลสูงต่อการขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจของประเทศ แต่จะกลายมาเป็น “กลุ่มผู้สูงอายุ” ที่คุมอำนาจทางการเงิน ทางเศรษฐกิจ และทางการเมือง เป็นกลุ่มประชากรที่มีเงินออมและเงินเหลือเพื่อการใช้จ่าย (Disposable Incomes) มากกว่าคนทุกกลุ่ม และที่สำคัญกำลังซื้อของคนกลุ่มนี้จะกลายเป็นตัวขับเคลื่อนเศรษฐกิจของแต่ละประเทศและของโลก ให้เข้าสู่ระบบ “เศรษฐกิจสูงวัย (Silver Economy) หรือ เศรษฐกิจอายุยืน (Longevity Economy)” ซึ่งจะกลายเป็นภาคเศรษฐกิจที่มีมูลค่าทางการตลาดสูงเป็นอันดับต้น ๆ ของประเทศไทยและของโลก (บริษัทสำรวจและวิจัยการตลาด Ipsos, 2019) ผู้เขียนบทความมีความสนใจที่จะศึกษาค้นคว้าหาข้อมูลเกี่ยวกับสื่อบันเทิงและบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยจะนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการออกแบบแผนธุรกิจและพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน ที่มุ่งตอบสนองความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุเป็นหลัก ด้วยเพราะประชากรกลุ่มนี้ ถือได้ว่าเป็นฐานประชากรที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจสูง อีกทั้งเป็นกลุ่มประชากรที่มีกำลังซื้อมหาศาล มีคู่แข่งทางการตลาดน้อย และที่สำคัญกลุ่มประชากรผู้สูงอายุกำลังจะกลายเป็นกลุ่มประชากรที่มีสัดส่วนประมาณร้อยละ 30 จากจำนวนประชากรทั้งหมดของประเทศไทยในอนาคตอันใกล้ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564)

ดังนั้นจากข้อมูลที่กำลังมาแล้วข้างต้น ในอีกไม่เกิน 30 ปีต่อจากนี้ก็จะเป็นครั้งแรกที่โลกของเราจะมีสัดส่วนจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากกว่าคนหนุ่มสาว โดยได้มีการคาดการณ์กันไว้ว่าในปี ค.ศ. 2050 (พ.ศ. 2593) ประชากรของโลกจำนวนไม่น้อยกว่า 1 ใน 5 จะเป็นผู้สูงอายุ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) และจากข้อมูลทางด้านสถิติดังกล่าวจะทำให้เกิดปรากฏการณ์ใหม่ในหน้าประวัติศาสตร์โลกที่จะมีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ครอบคลุมทุกพื้นที่เป็นครั้งแรก นักเศรษฐศาสตร์ทั่วโลก

กำลังจับตาและศึกษาแนวโน้มนี้กันอย่างกว้างขวาง เพื่อหาแนวทางและมาตรการรองรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของแต่ละประเทศ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ การเมือง และสังคม ทั้งในเชิงบวกและเชิงลบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

จากข้อมูลของกรมกิจการผู้สูงอายุ พบว่าสถิติของผู้สูงอายุในประเทศไทย ผู้มีสัญชาติไทยและมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ณ เดือนมกราคม พ.ศ. 2565 มีจำนวนทั้งสิ้น 12,116,199 คน คิดเป็นร้อยละ 18.3 จากจำนวนประชากรทั้งประเทศ 66,165,261 คน แบ่งเป็นเพศชาย 5,339,610 คน และเพศหญิง 6,776,589 คน โดยเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงวัย 60-69 ปี จำนวนมากที่สุด คือ 6,843,300 คน คิดเป็นร้อยละ 56.5 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด เพศชาย 3,123,517 คน เพศหญิง 3,719,783 คน เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงวัย 70-79 ปี จำนวน 3,522,778 คน คิดเป็นร้อยละ 29.1 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด เพศชาย 1,533,642 คน เพศหญิง 1,989,136 คน และเป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 1,750,121 คน คิดเป็นร้อยละ 14.4 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด เพศชาย 682,451 คน เพศหญิง 1,067,670 คน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565) ซึ่งการที่จำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นนี้ ย่อมหมายถึงภาระของครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาล โรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ส่วนปัญหาทางด้านของสภาวะจิตใจและอารมณ์นั้น สามารถใช้สื่อทางด้านบันเทิงเป็นตัวช่วยในการบำบัด ช่วยกระตุ้นให้มีความรู้สึกเชิงบวกกับตัวเองและมีอารมณ์ที่ดีขึ้น ซึ่งปัจจุบันในวงการแพทย์ก็ได้ให้การยอมรับกันอย่างแพร่หลาย ที่จะใช้เสียงเพลงและเสียงดนตรีช่วยในการบำบัดความเครียด กระตุ้นความทรงจำ บรรเทาอาการเจ็บป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย และส่งเสริมทักษะการเข้าสังคมให้กับกลุ่มผู้สูงอายุ

การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาค

สังคม ควรจะได้ตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของประชากร โดยหันมาให้ความสำคัญและทำการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ของปัญหาดังกล่าวอย่างจริงจัง เพื่อจัดการวางแผนในการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ หาแนวทางลดผลกระทบต่าง ๆ ที่คาดการณ์ว่ามีแนวโน้มจะเกิดขึ้นและสามารถพยากรณ์ได้ล่วงหน้า กำหนดยุทธศาสตร์และทิศทางการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาประเทศ ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ ด้านการบริหารจัดการทรัพยากร และการบริหารจัดการภาคสังคม เพื่อให้ประเทศชาติของเราก้าวไปข้างหน้าได้อย่างมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืนต่อไป ซึ่งผู้เขียนบทความได้มีโอกาสทบทวนเรื่อง “การศึกษาแนวทางจัดตั้งธุรกิจด้านสื่อบันเทิงและบริการด้านสุขภาพบนแพลตฟอร์มดิจิทัลสำหรับผู้สูงอายุ” พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง จำนวน 315 จาก 429 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.4 อายุ 50-74 ปี รายได้เฉลี่ยไม่เกิน 30,000 บาท/เดือน ค้นเคยกับเทคโนโลยีและใช้โซเชียลมีเดียในชีวิตประจำวัน นิยมใช้แอปพลิเคชันไลน์ มากที่สุด และ เพชบุ๊ก เป็นลำดับรองลงมา เพื่อค้นหาข้อมูลด้านการท่องเที่ยว การดูแลสุขภาพ การพักผ่อนหย่อนใจ (ดูหนัง/ฟังเพลง) (กฤษฎีกาดี พูลสวัสดิ์, 2565) ผู้เขียนบทความจึงต้องการนำเสนอมุมมองและข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบและลักษณะของสื่อบันเทิงและบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสม และสามารถตอบโจทย์ความต้องการสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจนำไปต่อยอดในการจัดทำแผนธุรกิจหรือคิดค้นเพื่อสร้างและพัฒนานวัตกรรมใหม่ ๆ ที่จะช่วยรับมือกับอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุที่ทุกประเทศกำลังเผชิญอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศไทยของเรา

สื่อบันเทิงสำหรับผู้สูงอายุ เนื้อหาสาระต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความรู้สึกสนุกสนานเพลิดเพลิน สามารถช่วยลดความเครียด บรรเทาความเหงา ก่อให้เกิดความบันเทิงและความสุข ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบทางภาพ ทาง

เสียง หรือ ทั้งภาพและเสียง ซึ่งมีด้วยกันหลายประเภท คือ

1. ภาพยนตร์/หนัง/ละครทีวี รูปแบบของเนื้อหาสาระที่ถูกถ่ายอัด-บันทึก และถูกตัดต่อ หรือกระทำด้วยกระบวนการใดให้ปรากฏเป็นภาพหรือเสียง หรือทั้งภาพและเสียง เป็นเรื่องราวหรือเหตุการณ์ อันเป็นการสร้างสรรค์ผลงานทางศิลปะในรูปของภาพเคลื่อนไหว ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะชอบดู ข่าวสาร เกร็ดความรู้สาระทางกฎหมาย ดูหนัง ดูละคร รายการตลก รายการสารคดี รายการเกี่ยวกับการท่องเที่ยว รายการเกี่ยวกับสุขภาพ รายการเกี่ยวกับธรรมชาติและศาสนา เป็นต้น

แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน ที่จะพัฒนาขึ้น ควรจะได้จัดหาและรวบรวมคอนเทนต์หรือจัดจ้างผู้ทำคอนเทนต์ ที่มีเนื้อหาสาระน่ารู้และน่าสนใจสำหรับผู้สูงอายุ โดยนำเสนอในรูปแบบของคลิปวิดีโอสั้น ๆ ที่ผู้ดำเนินรายการต้องมีความระมัดระวังในการใช้ภาษา และสำนวนด้านกริยามารยาท ให้มีความสุภาพเรียบร้อย เพราะผู้สูงอายุมีความอ่อนไหวทางด้านอารมณ์และความรู้สึก ควรมีการนำเสนอเป็นตอน ๆ เพื่อให้เกิดการติดตาม และไม่น่าเบื่อจนเกินไป ซึ่งปัจจุบันรายการลักษณะนี้ มีการนำเสนอไว้มากมายหลากหลายในช่องยูทูบ และเฟซบุ๊ก เช่น รายการมนุษย์ต่างวัย สูงวัยไทยแลนด์ สูงวัยใจเกินร้อย มือใหม่วัยเก๋า เก๋าก๊วกวน ห้องเรียนวัยเก๋า ศิริราชเพื่อผู้สูงอายุ หัวใจนันทนาการ และ เกษียณสำราญ เป็นต้น

2. ละครเวที การแสดงสดบนเวที ที่จะต้องมีฉาก แสง สี และเสียง ประกอบการแสดง ซึ่งความน่าสนใจจะขึ้นอยู่กับ การวางเค้าโครงเรื่อง การลำดับเรื่องราวในการแสดง และความสามารถของนักแสดงในการสื่อสารกับผู้ชม ตลอดจนความยาวที่ต้องมีความเหมาะสม

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมปัจจุบัน ไม่อยากถูกทอดทิ้งจากสังคม ในความรู้สึกนึกคิดจะยังคงมีภาพจำในอดีต และมักมีความ

ทรงจำที่ฝังใจ ให้ความสำคัญกับความมีตัวตนและยังอยากมีความสำคัญ ชอบบทละครที่มีเนื้อหา สะท้อนสังคมปัจจุบัน/เกี่ยวกับการใช้ชีวิตในครอบครัว/เกี่ยวกับการเตือนภัยในเรื่องสุขภาพ ตลอดจนชอบให้มีดนตรีหรือบทเพลงประกอบในละคร (สุรินทร์ เมทะนี, 2563) ดังนั้น แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน ควรคัดสรรหรือจัดสร้างบทละครที่มีเนื้อหาตรงกับ ความสนใจและความชอบของผู้สูงอายุ นำเสนอในรูปแบบของคลิปวิดีโอสั้น ๆ ให้สามารถเลือกรับชม และมีช่องทางให้ได้ร่วมแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วม เช่น การตอบคำถามเกี่ยวกับบทละคร เกี่ยวกับตัวละคร เสมือนเป็นการเล่นเกมเพื่อกระตุ้นความจำและสมอง ทำให้ได้รับทั้งความบันเทิงและประโยชน์

3. ดนตรี/เพลง เป็นกิจกรรมการแสดงออกเชิงวัฒนธรรมและประเพณีนิยมของแต่ละชนชาติ การขับร้องและการเล่นเครื่องดนตรี ที่มีการสร้างจังหวะและท่วงทำนอง มีการเรียบเรียงที่ดี และถูกใช้ในเชิงการสื่อสารทางสุนทรียศาสตร์ หรือเพื่อความบันเทิง และใช้ในพิธีกรรมทางศาสนา และในกิจกรรมต่าง ๆ ของวิถีชีวิตประจำวัน นอกจากนั้น ดนตรี/เพลง ยังถูกใช้เป็นเครื่องมือในการกระตุ้นเชิงบวกต่อร่างกายและจิตใจ หรือที่เรียกกันว่า “ดนตรีบำบัด” ซึ่งเป็นการใช้เสียงของเครื่องดนตรีและเสียงเพลง เป็นตัวกระตุ้นเพื่อทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ช่วยบรรเทาอาการเครียด ซึ่งสามารถส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดีทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วย

แม้จะไม่ได้มีสูตรสำเร็จเฉพาะเจาะจงว่าดนตรีหรือบทเพลงประเภทใดเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ แต่ดนตรีมักถูกใช้เป็นเครื่องมือช่วยสร้างความรู้สึกละลาย สร้างความเพลิดเพลินและความสุข สร้างความมีชีวิตชีวา และสามารถสร้างรอยยิ้มให้กับผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน ควรคัดสรรดนตรี/บทเพลง ที่สามารถช่วยแก้ปัญหาด้านความเครียด ความเหงา ความกังวล ซึ่งเป็นปัญหาหลักในผู้สูงอายุ เฉพาะอย่างยิ่ง ดนตรี/บทเพลง แนวบรรเลงดนตรีที่มีเสียงธรรมชาติ เช่น เสียงคลื่น เสียงฝน เสียงน้ำ

ไหล เสียงนก เป็นองค์ประกอบ โดยมีจังหวะท่วงทำนองที่ช้าและเรียบสบาย สามารถฟังเพื่อทำให้รู้สึกผ่อนคลายหรือเพื่อช่วยให้ผ่อนคลายสบายและง่ายขึ้น อีกทั้งดนตรี/บทเพลง ที่มีจังหวะสอดคล้องกับการเคลื่อนไหว ยังช่วยให้ผู้สูงอายุได้ฝึกทักษะ ฝึกสมอง ฝึกการทรงตัว เช่น ดนตรีคลาสสิกสำหรับผู้สูงอายุ หรือแม้กระทั่ง ดนตรี/บทเพลง เพื่อใช้ประกอบการออกกำลังกายเบา ๆ เช่น การเต้นแอโรบิก การเล่นเกม เป็นต้น

4. การฟังวิทยุ การรับฟังเรื่องราวข้อมูล และสาระต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นข่าวสารและความบันเทิง จากเครื่องรับสัญญาณความถี่กระจายเสียง ไม่ว่าจะเป็นย่านความถี่ คลื่นสั้น คลื่นกลาง และคลื่นยาว ผ่านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เช่น คอมพิวเตอร์ และ โทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟน (Smartphone) ซึ่งหมายถึง เครื่องคอมพิวเตอร์แบบพกพา ที่สามารถใช้สำหรับการติดต่อสื่อสาร และสามารถติดตั้งโปรแกรมสำเร็จรูป หรือโปรแกรมประยุกต์ หรือ แอปพลิเคชันต่าง ๆ ที่ถูกออกแบบให้มีระบบปฏิบัติการที่ตอบโต้กับวัตถุประสงค์ที่หลากหลายผ่านการใช้งานบนเครื่องโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟน (“สมาร์ทโฟน”, 2559) เป็นต้น

แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน สามารถนำเสนอรายการที่เผยแพร่ในรูปแบบของเสียง (Podcast) โดยคัดสรรผู้ดำเนินรายการที่จะมาให้ความรู้ให้ข้อมูล บอกเล่าเรื่องราว หรืออาจจะเป็นการพูดคุยสัมภาษณ์ เหมือนอย่างเช่นรายการวิทยุ โดยนำเสนอเรื่องราวสาระน่ารู้ต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น รายการความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในผู้สูงอายุ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เกร็ดความรู้ต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุควรรู้และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน เป็นต้น

5. การเล่นเกม เมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ ประสิทธิภาพการทำงานของสมองก็ย่อมมีอาการเสื่อมถอยลงไปด้วยตามวัย หรือที่เรียกกันว่าภาวะสมองเสื่อม

(Dementia) และหนึ่งในอาการของโรคที่จะพบได้บ่อยในผู้สูงอายุก็คือ โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer) (ชัชวาลวงศ์สารี และศุภลักษณ์ พันทอง, 2561) ซึ่งผู้เชี่ยวชาญทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงวัยมักจะแนะนำให้เล่นเกมที่ถูกออกแบบมาเพื่อช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองและป้องกันการเกิดอาการหลง ๆ ลืม ๆ ยกตัวอย่างเช่น เกมซูโดกุ (Sudoku) ซึ่งเป็นเกมทางคณิตศาสตร์ที่ให้ผู้เล่นเติมตัวเลข 1 ถึง 9 ลงในตารางขนาด 9x9 โดยที่ตัวเลขในแต่ละแถว แต่ละคอลัมน์ และแต่ละตารางย่อยขนาด 3x3 ต้องไม่ซ้ำกัน นิยมเล่นกันอย่างแพร่หลายในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งถือเป็นประเทศที่มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก

แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน ควรคัดสรรหรือพัฒนาเกมที่เหมาะกับผู้สูงอายุ ซึ่งต้องไม่ซับซ้อน เล่นง่าย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยคลายเครียด บรรเทาความเหงา บริหารสมอง ฝึกความจำ ป้องกันโรคอัลไซเมอร์ ยกตัวอย่างเช่น เกมปริศนาจิ๊กซอว์ ที่ต้องเลือกจิ๊กซอว์ 3 ชิ้นที่เหมือนกันให้เรียงติดกัน ก็จะได้คะแนน ซึ่งช่วยให้สนุกสนานผ่อนคลายเป็นการช่วยฝึกสมองและสายตา และยังมีเกมอีกหลายอย่างสำหรับผู้สูงอายุนิยมเล่น เช่น Candy Crush Saga, Hay Day, Gardenscapes, Resortopia, Cat & Soup, Me is King, Homescapes, Disney Magic Kingdoms เป็นต้น

6. กีฬา กิจกรรมหรือการเล่นที่เน้นเพื่อการออกกำลังกาย เพื่อความสนุกเพลิดเพลิน เพื่อการผ่อนคลาย หรือเพื่อเป็นการพักผ่อนหย่อนใจ อีกทั้งเพื่อทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง หรือแม้แต่เพื่อเป็นการฟื้นฟูความบกพร่องและความเสื่อมถอยทางกายภาพ ซึ่งกีฬาที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น การว่ายน้ำ การปั่นจักรยาน เดินเร็ว การเล่นเกม การเต้นแอโรบิก การเล่นเกม การออกกำลังกายเบา ๆ

แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน สามารถนำเสนอรายการทั้งในรูปแบบของคลิปวิดีโอสั้น ๆ หรือรายการที่เผยแพร่ในรูปแบบของเสียง (Podcast) สดิต และแนะนำวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับ

ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเดินทางไปออกกำลังกายกลางแจ้งหรือนอกบ้านได้ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว หรือผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียง โดยการแนะนำทำการออกกำลังกายที่สามารถช่วยฟื้นฟูสมรรถนะทางร่างกาย เช่น ทำยืดเหยียดนิ้วและฝ่ามือ ทำหมุนข้อมือ ทำยกแขน ทำยกขา ทำกระดกและกดข้อเท้า ทำยืดเหยียดกล้ามเนื้อต้นขาด้านหลัง ซึ่งบุคคลใกล้ชิดหรือคนที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุก็สามารถใช้เป็นคู่มือ และเป็นแนวทางในการช่วยทำกายภาพบำบัดลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและช่วยลดภาวะอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ข้อติด กล้ามเนื้อฝ่อลีบ ภาวะปอดแฟบ และการเกิดแผลกดทับ เป็นต้น

7. การอ่าน การรับสารในรูปแบบหนึ่งด้วยสายตาและการมองเห็น เป็นการแปลความจากตัวหนังสือ ตัวอักษร รูปภาพ และภาษาสัญลักษณ์ต่าง ๆ ผ่านกระบวนการของสมองเพื่อทำการลำดับ วิเคราะห์ ประมวลผล และแปลความหมาย ก่อให้เกิดการรับรู้และความเข้าใจ อันจะนำไปสู่ความเพลิดเพลิน สนุกสนาน และบันเทิงใจได้

คัดสรรเอกสารทางอิเล็กทรอนิกส์ (E-book) ที่มีเนื้อหาเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ รวบรวมมานำเสนอไว้บน แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน โดยเน้นเนื้อหาเกี่ยวกับ สุขภาพ โรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ การท่องเที่ยว งานอดิเรก เกร็ดความรู้ทั่วไป และอื่น ๆ ซึ่งผู้สูงอายุสามารถเลือกอ่านได้ตามความสนใจ และตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการจะนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการบำรุงรักษาหรือพัฒนาสุขภาพ ด้วยวิธีการดูแล การวินิจฉัยและการรักษาโรค การระวังป้องกันความเจ็บไข้ได้ป่วยและการบาดเจ็บ ซึ่งหมายรวมถึง การออกกำลังกายเพื่อป้องกันภาวะการบกพร่องที่อาจจะเกิดขึ้นได้กับทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ

1. สุขภาวะทางกาย หมายถึง การที่มีสภาพ

ร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ ระบบการทำงานของร่างกายมีความสัมพันธ์กันดี มีสมรรถภาพและพัฒนาการที่เหมาะสมกับวัย สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ไม่เป็นภาระผู้อื่น ซึ่งกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างสุขภาวะทางกายสำหรับผู้สูงอายุ คือ การออกกำลังกายเบา ๆ เช่น ทำท่าอยู่กับที่ ทำวาดมือขึ้น-เท้าแตะข้าง ทำโบกเท้าขึ้น ทำกางศอก-หุบศอก ทำเท้าเอว-หมุนไหล่ ทำบริหารลำตัว ทำแกว่งแขน เป็นต้น รวมทั้งการดูแลด้านสุขอนามัย การใส่ใจเป็นพิเศษเกี่ยวกับเรื่องของโภชนาการ ไม่ว่าจะทำด้วยตัวเอง หรือการได้รับการดูแลจากลูกหลานหรือบุคคลใกล้ชิด เพื่อจะได้มีสุขภาพที่ดี มีสภาพร่างกายที่แข็งแรงสมวัย จึงจำเป็นต้องมี 5 สุขอนามัยพื้นฐาน ที่ผู้สูงอายุและบุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลควรจะได้ใส่ใจ คือ

1.1 การรับประทานอาหารที่สด สะอาด และครบ 5 หมู่ ตามหลักโภชนาการ

1.2 ดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว เพื่อรักษาสมดุลของร่างกาย ช่วยให้ระบบการย่อยอาหาร

ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังช่วยในเรื่องของการขับถ่าย

1.3 การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

1.4 การนอนและการพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง

1.5 หมั่นตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี เพราะผู้สูงอายุมักมีโรคแทรกซ้อนได้ง่าย ด้วยเพราะระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายไม่แข็งแรง

การนำเสนอเนื้อหา (Contents) เกี่ยวกับสุขภาพและสุขอนามัยที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญและให้ความสนใจ เน้นการให้ความรู้ การนำเสนอข้อมูลที่เป็นประโยชน์และน่าเชื่อถือ โดยร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ แพทย์ พยาบาล โรงพยาบาล และสถานดูแลผู้สูงอายุ จัดทำเป็นสื่อดิจิทัลเพื่อการเผยแพร่บน แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ง่ายและ

สะดวก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล หรือมีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว หรือเป็นผู้ป่วยติดเตียง ก็สามารถเข้าถึงองค์ความรู้และข้อมูลเหล่านี้ได้จาก แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน ที่ใช้งานได้บนเครื่องโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ตโฟน

2. สุขภาวะทางใจ ผู้สูงอายุซึ่งส่วนใหญ่พบว่า มีสุขภาพจิตที่ไม่สดชื่นเบิกบานเท่าที่ควร ด้วยเพราะหลายสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้สึกและอารมณ์ อันนำมาสู่ภาวะความเครียดสะสม มีความวิตกกังวล และเกิดอาการของโรคซึมเศร้า การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งสร้างความรู้สึกลึกโศกเศร้า เสียใจ หดหู่ และสิ้นหวัง การต้องพ้นจากหน้าที่การงานในวัยเกษียณ ทำให้เกิดความกังวลเกี่ยวกับเรื่องรายรับและรายจ่าย ทำให้รู้สึกไร้คุณค่าและเกรงว่าจะขาดการยอมรับและยกย่อง กลัวการถูกทอดทิ้งจากลูกหลาน อีกทั้งความเสื่อมถอยของร่างกาย ทำให้เกิดความเครียดและความกลัว ซึ่งปัญหาเหล่านี้สามารถนำไปสู่สภาวะของการเกิดโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ นานา ดังนั้นการดูแลสุขภาพจิตให้สดชื่นแจ่มใส ไม่เครียด ไม่ซึมเศร้า ไร้กังวล มีความภาคภูมิใจ และเห็นคุณค่าในตัวเอง และสามารถปรับตัวยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงและมีความสุขกับชีวิตภายใต้ข้อจำกัดที่เกิดขึ้นตามวัย เป็นเรื่องที่สำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการรักษาสุขภาพทางกาย ฉะนั้นการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การร้องเพลง ฟังเพลง การเล่นดนตรี การเลี้ยงสัตว์ การปลูกต้นไม้ การเย็บปักถักร้อย และการทำงานอดิเรกที่ชื่นชอบและสนใจ ก็จะสามารถทำให้เกิดความเพลิดเพลิน สนุก และทำให้รู้สึกมีความสุขกับชีวิตมากขึ้นได้ ซึ่ง น.ต.นพ. บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต ได้วางแนวทางสำหรับผู้สูงอายุยุค 4.0 โดยให้ยึดหลัก 5 สุข ในการดำเนินชีวิต ซึ่งได้แก่ สุขสบาย-สุขภาพแข็งแรงไร้โรคภัย สุขสนุก-สดชื่นแจ่มใส สุขสง่า-พอใจภูมิใจในตัวเอง สุขสว่าง-มีสติในการคิดอย่างมีเหตุผล สุขสงบ-มีความเข้าใจและปรับตัวยอมรับในสังขารของชีวิตได้ (กรมสุขภาพจิต, 2560)

แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน จะจัดให้มีการนำเสนอเนื้อหาทั้งในรูปแบบของภาพและเสียงที่เหมาะสมและตอบโจทย์ทางด้านความสุขทั้ง 5 มิติ ของผู้สูงอายุซึ่งถือเป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก กล่าวคือ

สุขสบาย (Health) นำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง การรักษาความคล่องแคล่วและการมีกำลังวังชาที่ดีอยู่เสมอ การออกกำลังกายที่เหมาะสม การดำเนินชีวิตประจำวันให้ปลอดภัยไม่มีอุบัติเหตุอันตราย และการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในด้านต่าง ๆ ที่เป็นภัยคุกคามต่อชีวิตและสุขภาพ

สุขสนุก (Recreation) นำเสนอเนื้อหาเชิงสันทนาการ การฟังเพลง การร้องเพลง การเล่นเกม อันจะก่อให้เกิดความสุข ความรู้สึกสนุกสนาน ทำให้จิตใจสดชื่นแจ่มใส เพลิดเพลิน เกิดความรู้สึกกระปรี้กระเปร่า หายเครียด คลายกังวล และสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้า

สุขสง่า (Integrity) นำเสนอเนื้อหาสาระที่เน้นสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความเป็นไปในชีวิต เสริมสร้างควมมีคุณค่า มีความเคารพและภาคภูมิใจในตนเอง มีความมั่นใจ ไม่ซึมเศร้า ไม่ท้อแท้ มีมุมมองและความรู้สึกเชิงบวกต่อตนเอง ยอมรับและเข้าใจผู้อื่นด้วยความเห็นอกเห็นใจ มีจิตใจเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ และมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือสังคม

สุขสว่าง (Cognition) นำเสนอเนื้อหาที่ช่วยในการฝึกสมอง ช่วยฟื้นฟูความจำ ช่วยให้มีกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล สร้างทักษะในการสื่อสาร ช่วยให้เห็นภาพแผนแก้ปัญหาและจัดการชีวิตของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สุขสงบ (Peacefulness) นำเสนอเนื้อหาที่ช่วยสร้างความสงบทางใจ สร้างการรับรู้และเข้าใจความรู้สึกของตนเอง การควบคุมอารมณ์ และการจัดการกับแรงกระตุ้นทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม สามารถช่วยให้ผ่อนคลายและเกิดความสงบในใจ

แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน

จากการศึกษาค้นคว้าและเก็บรวบรวมข้อมูลสำคัญ ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเชิงพฤติกรรมของกลุ่มผู้สูงอายุ เมื่อนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม เช่น หลักทฤษฎีแรงกดดันทั้ง 5 (Five Forces Model) ของ Michael E. Porter จากมหาวิทยาลัย Harvard ที่ใช้เป็นเครื่องมือสำหรับวิเคราะห์สภาพแวดล้อม และปัจจัยการแข่งขันทางธุรกิจ 5 ประการ ซึ่งหมายถึง คู่แข่งรายใหม่ (New Entrants) สินค้าทดแทน (Substitute Products) อำนาจต่อรองของลูกค้า (Buyers) อำนาจต่อรองของผู้จัดหาวัตถุดิบ (Suppliers) และการแข่งขันภายในอุตสาหกรรม (Competitors) นำมาใช้วิเคราะห์โครงสร้างธุรกิจและอุตสาหกรรม เพื่อวางแผนกลยุทธ์และปัจจัยที่สำคัญต่อการดำเนินธุรกิจ (ปิยนันท์ สวัสดิ์ศฤงคาร, 2563) และ ทฤษฎีวิเคราะห์สภาพแวดล้อมองค์กร (SWOT Analysis) ของ Albert Humphrey ที่ใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินสถานการณ์สำหรับการประกอบธุรกิจ ซึ่งช่วยให้ผู้บริหารรู้ถึงจุดแข็ง (Strengths) และจุดอ่อน (Weaknesses) จากสภาพแวดล้อมภายใน (Internal Factors) มองเห็นโอกาส (Opportunities) และอุปสรรค (Threats) จากสภาพแวดล้อมภายนอก (External Factors) ตลอดจนผลกระทบต่อการประกอบธุรกิจทุกประเภท โดยแบ่งเป็นการประเมินสภาพแวดล้อมภายในองค์กร การประเมินสภาพแวดล้อมภายนอกองค์กร การวิเคราะห์สถานการณ์ โดยนำข้อมูลเกี่ยวกับ จุดแข็ง-จุดอ่อน-โอกาส-อุปสรรค มาจับคู่สร้างสถานการณ์จำลอง กล่าวคือ สถานการณ์ที่ 1 (จุดแข็ง-โอกาส) สถานการณ์ที่ 2 (จุดอ่อน-อุปสรรค) สถานการณ์ที่ 3 (จุดอ่อน-โอกาส) และ สถานการณ์ที่ 4 (จุดแข็ง-อุปสรรค) เพื่อประเมินว่าองค์กรควรจะทำอย่างไรภายใต้สถานการณ์ที่แตกต่างกัน (โกมล วงศ์อนันต์ และอภิชา ประกอบแสง, 2555) โดยผู้เขียนบทความได้ทำการศึกษา รูปแบบของธุรกิจแพลตฟอร์ม (Platform Business) ซึ่ง

เป็นรูปแบบของธุรกิจที่มีมาอย่างยาวนานเหมือนเช่น ตลาด และห้างสรรพสินค้า โดยลูกค้าหรือผู้ใช้บริการสามารถเลือกซื้อสินค้าหรือเลือกใช้บริการได้ตามอำเภอใจ แต่ในโลกปัจจุบันซึ่งเทคโนโลยีได้เข้ามามีบทบาทและถูกใช้เพื่ออำนวยความสะดวกต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์มากขึ้น ทำหน้าที่เชื่อมโยงระหว่างผู้มีสินค้าและผู้ให้บริการ (Provider) กับผู้ที่ต้องการซื้อสินค้าหรือผู้ที่ต้องการรับบริการ (Seeker) ให้มาพบกันบน แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน มีการใช้ระบบของการจัดการคลังข้อมูล Big Data และปัญญาประดิษฐ์ (AI-Artificial Intelligence) มาวิเคราะห์พฤติกรรมและแนวโน้มความต้องการของลูกค้าและผู้ใช้บริการ เพื่อทำให้แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้ได้อย่างถูกต้องแม่นยำ เป็นระบบนิเวศทางธุรกิจ (Ecosystem) ที่เกื้อกูลส่งเสริมกันและกันโดยมีผลประโยชน์ร่วมกัน เป็นรูปแบบของธุรกิจที่สามารถสร้างรายได้จากการพึ่งพากันและกัน (Sharing Economy) ทำให้ธุรกิจสามารถเติบโตไปพร้อม ๆ กันได้อย่างรวดเร็ว

แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน สามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภทหลัก ๆ คือ 1) Transaction Platform ทำหน้าที่เป็นตัวกลางที่เชื่อมโยงระหว่างเจ้าของสินค้าหรือผู้ให้บริการกับผู้ที่ต้องการสินค้าหรือผู้ที่ต้องการใช้บริการ เช่น iTunes, JOOX, Airbnb 2) Innovation Platform เป็นพื้นที่สำหรับพันธมิตรทางธุรกิจสามารถเข้ามาร่วมพัฒนาต่อยอดและทำให้เกิดสินค้าและบริการใหม่เช่น Netflix, Nintendo และ 3) Integration Platform เป็นแบบผสมผสาน เช่น Facebook, Google, Amazon, เป็นต้น ปัจจุบันการทำธุรกิจ แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน ในประเทศไทย มีการขยายตัวอย่างต่อเนื่องและจัดว่ามีขนาดใหญ่เป็นอันดับ 2 ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งนับตั้งแต่สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ทำให้มีการพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน ขึ้นมามากมาย เช่น

กิน-อยู่-ดี, Kaidee, TripGuru, ZeekDoc, Wongnai, ฯลฯ เพื่อตอบโจทย์ความต้องการของทุกคนสำหรับโลกแห่ง “ชีวิตวิถีปกติใหม่ (Life in the New Normal)” ซึ่งผู้เขียนบทความมองเห็นโอกาสที่จะพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน ที่สามารถตอบโจทย์ความต้องการหลัก 2 ด้านของผู้สูงอายุ คือ เรื่องของสุขภาพกาย และเรื่องของสุขภาพทางใจ ไม่ว่าจะเป็นการนำเสนอเนื้อหาสาระเรื่องเกี่ยวกับอาหารการกิน การโภชนาการต่าง ๆ เรื่องของการดูแลสุขภาพสุขภาพ การออกกำลังกาย การทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่นการดูหนัง ฟังเพลง การฟังเทศน์ การสวดมนต์ เป็นต้น ซึ่งการที่ประเทศไทยกำลังจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ด้วยสัดส่วนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 และภายในปี พ.ศ. 2578 คาดกันว่าจะมีประชากรผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 30 และจะทำให้เกิดการเปลี่ยนชี้ทางเศรษฐกิจจาก “กลุ่มมิลเลนเนียล” ไปเป็น “กลุ่มผู้สูงอายุ” อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นำพาโครงสร้างเศรษฐกิจของประเทศเข้าสู่ยุคแห่ง “เศรษฐกิจสูงวัย (Silver Economy) หรือ เศรษฐกิจอายุวัฒน์ (Longevity Economy)” โดยผู้สูงอายุจะกลายเป็นกลุ่มประชากรที่มีอิทธิพลทางเศรษฐกิจมากกว่ากลุ่มอื่น ด้วยเพราะมีกำลังซื้อสูง มีเงินออมและมีเงินเหลือเพื่อใช้จ่าย กลายเป็นกลุ่มเป้าหมายทางธุรกิจที่ได้รับความสนใจเป็นอย่างยิ่งจากทุกภาคธุรกิจและอุตสาหกรรมไปโดยปริยาย

ลักษณะของ แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน ที่จะพัฒนาขึ้นเพื่อตอบโจทย์ของผู้สูงอายุนั้น ควรจะจัดตั้งขึ้นตามโมเดลธุรกิจแบบระบบลูกค้าหลายด้าน (Multi-sided Platform) ที่มุ่งเน้นให้เกิดการรวมกลุ่มของลูกค้าที่แตกต่างกันและมีการพึ่งพาอาศัยกัน ระบบจะสร้างคุณค่ากับลูกค้ากลุ่มหนึ่งก็ต่อเมื่อมีลูกค้ากลุ่มอื่นอยู่ด้วยเท่านั้น ด้วยการอำนวยความสะดวกในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างลูกค้ากลุ่มต่าง ๆ และสามารถพัฒนาคุณค่าขึ้นได้เรื่อย ๆ ไปจนถึงขั้นที่สามารถดึงดูดลูกค้าใหม่ ๆ เข้ามามากยิ่งขึ้น หรือ เรียกปรากฏการณ์นี้ว่า “พลัง

แห่งเครือข่าย (Network Effect)” ซึ่งจะทำให้แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน เป็นศูนย์กลางของการรวมกลุ่มลูกค้าที่แตกต่างกันและมีการพึ่งพาเกี่ยวเนื่องกัน เป็นการสร้างเครือข่ายของธุรกิจแบบผสมผสาน (Integration Platform) ทำหน้าที่เป็นตัวกลางเชื่อมโยงระหว่างเจ้าของสินค้าและผู้ให้บริการกับผู้ที่ต้องการสินค้าและผู้ที่ต้องการใช้บริการ (Transaction Platform) เปิดโอกาสให้พันธมิตรทางธุรกิจ (Partners) สามารถเข้ามาร่วมพัฒนาต่อยอดและทำให้เกิดสินค้าและบริการใหม่ (Innovation Platform) เป็นการสร้างระบบนิเวศทางธุรกิจที่ส่งเสริมและเอื้อประโยชน์ซึ่งกันและกัน เน้นการนำเสนอเนื้อหาด้านสื่อบันเทิงและบริการด้านสุขภาพ เพื่อดึงดูดกลุ่มผู้สูงอายุให้เข้ามาเป็นผู้ใช้งานหรือลูกค้าหลักของ แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน แต่การออกแบบระบบปฏิบัติการ จะต้องเน้นความง่ายและสะดวกต่อการใช้งาน มีความเป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ (Elder-Friendly) ซึ่งถือเป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก เน้นการพึ่งพาเทคโนโลยีเพื่อช่วยให้ชีวิตได้รับความสะดวกสบายมากขึ้น ช่วยประหยัดเวลา และสามารถช่วยลดค่าใช้จ่าย โดยสามารถใช้ แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน ดังกล่าวนี้อ เพื่อประโยชน์ทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพใจ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสุขภาพ โดยผู้เขียนบทความจะนำเสนอรูปแบบของการจัดตั้งธุรกิจตามทฤษฎีการอธิบายองค์ประกอบทางธุรกิจหรือโปรเจค Business Model Canvas (BMC) ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 9 ส่วน แจกแจงแบบเรียงง่ายบนหน้ากระดาษเพียงแผ่นเดียว เพื่อให้ทุกคนทั้งภายในและภายนอกองค์กรสามารถสื่อถึงสิ่งเดียวกันได้อย่างตรงประเด็น เข้าใจง่าย และนำไปใช้งานได้ทันที (ศูนย์ส่งเสริมอุตสาหกรรมภาคที่ 7, 2561)

ส่วนประกอบภาพรวมของธุรกิจแพลตฟอร์มดิจิทัล (Digital Platform Business Model Canvas) คือ องค์ประกอบของธุรกิจหรือโปรเจกต์ที่สามารถแจกแจงแบบเรียบง่ายในรูปแบบของตาราง บนหน้ากระดาษเพียงแผ่นเดียว เพื่อให้ทุกคนทั้งภายในและภายนอกองค์กรสามารถสื่อถึงสิ่งเดียวกันได้อย่างตรงประเด็น เข้าใจง่าย และนำไปใช้งานได้ทันที ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญด้วยกัน 4 หมวด 9 ด้าน ดังปรากฏในรายละเอียดต่อไปนี้

1. WHAT?

1.1 การเสนอคุณค่า (Value Propositions)

คุณค่าที่อยู่ในรูปแบบของการสินค้าและบริการที่มีความเป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ (Elder-Friendly) ที่ทำการรวบรวมกันมาไว้บน แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน เพื่อส่งมอบคุณค่าในรูปแบบต่าง ๆ ที่มุ่งตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ และบุคคลทั่วไปที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนภาคธุรกิจที่เข้ามาเป็นพันธมิตรร่วมในการเสนอขายสินค้าและบริการเป็นสำคัญ โดยจะถูกแบ่งออกเป็น 3 ด้านหลัก คือ 1) เนื้อหาเกี่ยวกับสื่อบันเทิง เช่น ดนตรีและบทเพลงเพื่อการผ่อนคลายและบำบัด ดนตรีและบทเพลงเพื่อช่วยในการนอนหลับ บทสวดมนต์และบทเทศน์สำหรับการฝึกสมาธิและการปฏิบัติธรรมของทุกศาสนา เกมส์ที่ช่วยกระตุ้นสมองและความจำ 2) ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การโภชนาการ การรักษาโรคด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ข้อมูลด้านการท่องเที่ยวและการพักผ่อนหย่อนใจ ข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายและการทำกายภาพบำบัดเพื่อการฟื้นฟูสมรรถนะของร่างกาย 3) ข้อมูลเกี่ยวกับสินค้าและบริการจากธุรกิจพันธมิตรที่มีกลุ่มผู้สูงอายุเป็นเป้าหมายทางการตลาด (Target Market) เช่น วิตามิน อาหารเสริม เสื้อผ้า และของใช้จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ แพ็กเกจการตรวจสุขภาพและการรักษาพยาบาล ประกันชีวิต-ประกันสุขภาพ การเดินทางท่องเที่ยวทั้งในและต่างประเทศ เป็นต้น

โครงสร้างของรูปแบบธุรกิจดังกล่าวจะเป็นไปในลักษณะของการจัดสร้างพื้นที่บนสื่อสังคมออนไลน์ในรูปแบบของ แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน เพื่อเป็นสื่อกลางในการเชื่อมและประสานประโยชน์ของคนหลายกลุ่มที่มีวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกัน แต่ต้องการประโยชน์ร่วมกันหรือที่เรียกว่า “เศรษฐกิจแบบแบ่งปัน (Sharing Economy)” โดยที่คนแต่ละกลุ่มจะเข้ามาในฐานะ ผู้ใช้งาน/ผู้ซื้อ (Users/Buyers) หรือ ผู้ผลิตเนื้อหา (Publishers/Content Creators) หรือ ผู้ขาย/ผู้ให้บริการ (Sellers/Providers) ผ่าน แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน ด้านสื่อบันเทิงและบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ แต่ธุรกิจแบบระบบลูกค้าหลายด้าน (Multi-sided Platform) มีความยากในการจัดการด้านกลยุทธ์ โดยเฉพาะในส่วนของการสร้างรายได้ เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ต้องการจะเสียค่าใช้จ่ายในรูปแบบของค่าสมาชิก (Subscription) ให้กับแพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน จึงต้องหาช่องทางการสร้างรายได้จากวิธีชักจูงให้ผู้สูงอายุเข้ามาใช้งานกันจำนวนมาก ๆ เพื่อดึงดูดผู้ผลิตเนื้อหา (Publishers/Content Creators) ผู้ที่ต้องการขายสินค้าและบริการ (Sellers/Providers) และ ผู้ที่ต้องการลงโฆษณา (Marketers) ถือเป็นกลยุทธ์ที่ให้ลูกค้านแต่ละกลุ่มดึงดูดกันเอง ที่เรียกว่า “อำนาจของเครือข่าย (Network Effects)” ซึ่งจะก่อให้เกิดทั้ง อำนาจของเครือข่ายฝั่งเดียวกัน (Same Side Network Effects) ที่ยังมีผู้ใช้งานจำนวนมากเท่าใดก็ยิ่งดึงดูดผู้ใช้งานอื่น ๆ ให้เข้ามามากขึ้น และ อำนาจของเครือข่ายข้ามฝั่ง (Cross Side Network Effects) ที่ยิ่ง แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน มีผู้ใช้หรือผู้บริโภคมามาก ก็จะยิ่งดึงดูดผู้ขายและผู้ให้บริการเข้ามามากขึ้น ซึ่งจะทำให้ธุรกิจเติบโตได้อย่างรวดเร็วแบบก้าวกระโดด สามารถสร้างรายได้เป็นกอบเป็นกำให้กับ แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน โดยไม่ต้องพึ่งพาค่าสมาชิกแต่อย่างใด โดยเฉพาะในช่วงเริ่มต้นของการประกอบธุรกิจที่ผู้สูงอายุยังไม่เห็นความสำคัญและยอมรับถึงความคุ้มค่า

ของประโยชน์ที่จะได้รับเพื่อแลกกับการที่ต้องเสียค่าสมาชิก (Subscription) ให้กับ แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน แบบรายเดือนหรือรายปี

2. WHO?

2.1 กลุ่มลูกค้า (Customer

Segments) - ผู้สูงอายุ และบุคคลทั่วไปที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

2.2 ความสัมพันธ์กับลูกค้า

(Customer Relationship) - มีพนักงานคอยให้คำแนะนำและคอยรับเรื่องราวเกี่ยวกับปัญหาการใช้งานต่าง ๆ ตลอดจนจัดให้มีเจ้าหน้าที่ฝ่ายเทคนิคคอยดูแลระบบให้สามารถทำงานได้โดยไม่ติดขัด และคอยแก้ปัญหาทางเทคนิคตามข้อร้องเรียนของลูกค้าและผู้ใช้งาน แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน

2.3 ช่องทาง (Channels) - มีด้วยกัน

2 ช่องทางหลักสำหรับการส่งมอบคุณค่า (Value Proposition) ให้กับกลุ่มลูกค้า (Customer Segment) ของ แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน

2.3.1 ช่องทางออนไลน์ (Online

Channels or Through The Line) โดยการพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน ด้านสื่อบันเทิงและบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ขึ้นอย่างเป็นทางการ (Official Website/Application) เพื่อเป็นสื่อกลางให้กับ ผู้ใช้งาน/ผู้ซื้อ (Users/Buyers) ผู้ผลิตเนื้อหา (Publishers/ Content Creators) และ ผู้ขาย/ผู้ให้บริการ (Sellers/Providers) เพื่อเป็นการรวบรวมกลุ่มคนที่มีความสนใจในเรื่องเดียวกันหรือคล้ายกัน ถึงแม้จะมีวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ต่างกัน แต่ก็สามารถจะมีประโยชน์ร่วมกันในระบบเศรษฐกิจแบบแบ่งปัน (Sharing Economy) การโฆษณาผ่านสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) เช่น Line, Line Official Instagram, YouTube, Facebook, เว็บไซต์ของ “กินอยู่-ดี” (KinYooDee) และ “มนุษย์ต่างวัย” <https://www.manooottangwai.com/read/> ซึ่งเป็นช่องทางที่นำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของ

ผู้สูงอายุ รวมไปถึงสื่อสังคมออนไลน์อื่น ๆ เพื่อใช้เป็นช่องทางในการเข้าถึงกลุ่มลูกค้าเป้าหมาย อีกทั้งยังเป็นการสร้างเครือข่ายพันธมิตรทางธุรกิจที่สามารถประสานประโยชน์ร่วมกันตามโมเดลทางธุรกิจแบบระบบลูกค้าหลายด้าน (Multi-sided Platform) ที่ผู้เขียนบทความเห็นว่าเหมาะสม

2.3.2 ช่องทางออฟไลน์ (Offline

Channels) ซึ่งสามารถทำควบคู่กันไปกับช่องทางออนไลน์ โดยการทำโฆษณาเพื่อให้ แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน เป็นที่รู้จักทั้งแบบที่เรียกว่า Below the line เช่น การนำ แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน ไปเสนอให้กับสถานพยาบาลผู้สูงอายุ และบ้านพักคนชรา ใช้ฟรี หรือแม้แต่การทำการตลาดในรูปของการจัดกิจกรรมทั้งในสถานที่และนอกสถานที่ (Event) ร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐ เช่น กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จัดอบรมสัมมนาเกี่ยวกับประโยชน์ของ แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน ให้กับกลุ่มผู้สูงอายุตามชุมชนและองค์กรต่างๆ การติดต่อกับสถาบันการศึกษา มหาวิทยาลัยที่มีการเรียนการสอนทางด้านพยาบาลศาสตร์ ด้านแพทยศาสตร์ และด้านการสาธารณสุข เพื่อทำการประชาสัมพันธ์และสร้างการรับรู้ถึงประโยชน์ของ แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน ที่จะสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับความสะดวกสบายในการดำรงชีวิต และมีส่วนช่วยให้ชีวิตมีคุณภาพและสวัสดิภาพที่ดีขึ้นได้อย่างไร ส่วนการทำโฆษณาแบบ Above the line คือรูปแบบของการสร้างการรับรู้ (Awareness) ไปยังกลุ่มผู้สูงอายุในสังคมและชุมชนต่าง ๆ ผ่านสื่อโฆษณาจำพวก นิตยสาร-วารสารทางด้านสุขภาพ และการแจกใบปลิว เป็นต้น

3. HOW?

3.1 พันธมิตรหลัก (Key Partners) -

สามารถแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ผู้สร้าง Contents ด้านสื่อบันเทิง 2) ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ และ 3) ผู้ขาย

สินค้าและผู้ให้บริการที่มีผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเป้าหมายทางธุรกิจ

3.1.1 ผู้สร้าง Contents ด้านสื่อ

บันเทิง เช่น นักแต่งเพลง นักดนตรี นักร้อง ทั้งมืออาชีพและมือสมัครเล่น สามารถนำบทเพลงและดนตรีที่เป็นผลงานการประพันธ์และลิขสิทธิ์ของตัวเองมาลงไว้ในแพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน โดยจะมีค่าตอบแทนตามอัตราที่จะได้กำหนดขึ้น ซึ่งบทเพลงและดนตรีจะเน้นเป็นแนวที่เหมาะกับผู้สูงอายุ ตามวัตถุประสงค์ของการฟังที่หลากหลาย เช่น เพื่อการผ่อนคลาย เพื่อความเพลิดเพลินสบายใจ หรือแม้แต่ฟังเพื่อช่วยให้สามารถนอนหลับได้ง่ายขึ้น และสื่อบันเทิงอีกประเภทที่จะมีประโยชน์มากสำหรับผู้สูงอายุ คือ เกมต่าง ๆ ที่ช่วยในการบริหารสมองและช่วยป้องกันภาวะโรคสมองเสื่อม (Dementia) และเกมที่ใช้เพื่อฝึกความไวของสายตา ความไวในระบบสั่งการของสมองและระบบประสาทสัมผัส และช่วยเรื่องการเคลื่อนไหวของมือและเท้า โดยนอกจากจะให้ความเพลิดเพลินแล้ว ยังจะช่วยในการพัฒนาสมรรถนะของสมองและร่างกายได้อีกด้วย ซึ่งสถาบันทางด้านประสาทวิทยาของสหรัฐอเมริกา ได้เคยวิจัยและพบว่าผู้สูงอายุที่เล่นเกมเป็นประจำ มีความเสี่ยงที่จะเป็นอัลไซเมอร์น้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เล่นเกมมากถึงร้อยละ 50 เลยทีเดียว

3.1.2 บริการด้านสุขภาพ ซึ่งหมายถึง

ถึงการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพหรือการพัฒนาสุขภาพ โดยวิธีการป้องกัน การวินิจฉัยและรักษาโรคตามลักษณะของการเจ็บไข้ได้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งในเบื้องต้นจะเป็นการนำเสนอในรูปแบบของการให้ข้อมูลความรู้ การให้คำแนะนำ และการนำเสนอทางเลือกเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั้งทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพใจ โดยเน้นเรื่องของข้อมูลด้านโภชนาการทางเลือก ข้อมูลด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ วิธีการทำกายภาพบำบัดเบื้องต้นด้วยตัวเองเพื่อการแก้อาการปวดเมื่อยและฟื้นฟูสภาพ

ร่างกาย และการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาโรคทั่วไปที่ไม่รุนแรง เป็นต้น

3.1.3 ผู้ประกอบการ/เจ้าของ

ผลิตภัณฑ์และผู้ให้บริการ คือ ผู้ขายผลิตภัณฑ์และผู้ให้บริการด้านต่าง ๆ ที่มีผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเป้าหมายทางธุรกิจ เช่น วัสดุอุปกรณ์และเครื่องใช้สำหรับผู้สูงอายุ สินค้าจำพวกเวชภัณฑ์ ผลิตภัณฑ์ทางด้านสุขภาพ อาหารเสริม เครื่องดื่ม วิตามิน เสื้อผ้า สิ่งประดิษฐ์และนวัตกรรมต่าง ๆ ที่ตอบโจทย์ต่อความต้องการหรือช่วยแก้ปัญหา (Pain Points) ให้กับผู้สูงอายุ แม้แต่เรื่องของการวางแผนด้านการเงิน การออม การลงทุน ประกันชีวิต ประกันสุขภาพ และการให้คำแนะนำโดยมืออาชีพเกี่ยวกับการเตรียมตัวในช่วงบั้นปลายของชีวิตในการบริหารจัดการเรื่องของทรัพย์สินและหนี้สิน เพราะจากข้อมูลสถิติที่ผู้เขียนบทความได้จากการทำงานวิจัยพบว่ามีผู้สูงอายุร้อยละ 38.7 ไม่มีบุตรหลาน และร้อยละ 50.3 มีบุตรธิดาไม่เกิน 2 คน ซึ่งสะท้อนให้เห็นโครงสร้างของครอบครัวที่มีขนาดค่อนข้างเล็กและโดดเดี่ยว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะต้องพึ่งพาตัวเองเป็นหลัก การที่จะมี แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน ซึ่งสามารถช่วยบริหารจัดการด้านความจำเป็นต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันก็จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับความสะดวกสบายในการใช้ชีวิตมากขึ้น และไม่เป็นภาระต่อครอบครัวมากนัก

3.2 กิจกรรมหลัก (Key Activities) –

คือ การดำเนินการในด้านหลัก ๆ เพื่อเป็นการสร้างระบบนิเวศน์ (Ecosystem) ของโมเดลทางธุรกิจแบบระบบลูกค้าหลายด้าน (Multi-sided Platform) ที่สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มลูกค้าเป้าหมาย (Target Group) และพันธมิตรหลัก (Key Partners) โดยการพัฒนา แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน ที่สามารถตอบโจทย์การใช้งานของคนหลายกลุ่มซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกัน เป็นสื่อกลางในการประสานประโยชน์ร่วมกันหรือที่เรียกว่า “เศรษฐกิจแบบแบ่งปัน (Sharing Economy)” ระหว่าง ผู้ใช้งาน / ผู้ซื้อ (Users/Buyers) ผู้ผลิตเนื้อหา (Publishers/Content

Creators) ผู้ขาย/ผู้ให้บริการ (Sellers/Providers) ของแพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน มีการจัดเตรียมระบบเซิร์ฟเวอร์ (Server) เพื่อรองรับการใช้งานที่มีจำนวนผู้ใช้งานเพิ่มมากขึ้นทั้งในระยะสั้นและในระยะยาว การดูแลธุรกรรมต่าง ๆ ให้เป็นไปอย่างราบรื่น การบริหารจัดการด้านการชำระเงิน (Payment Gateway) ให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยถูกต้องแม่นยำ และการทำโฆษณาประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างการรับรู้เกี่ยวกับแพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน ไปยังกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มพันธมิตรหลัก ผ่านทางช่องทางทั้งสื่อสังคมออนไลน์ (Online Social Media) เช่น Line, Line Official, Facebook, Instagram, YouTube การทำประชาสัมพันธ์แบบ Below the Line ตามสถานพยาบาลผู้สูงอายุและบ้านพักคนชรา การจัดงาน Event ร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) รวมถึงการการทำโฆษณาประชาสัมพันธ์แบบ Above the Line เช่น การโฆษณาผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ประเภทต่าง ๆ เพื่อเป็นการเผยแพร่ให้ แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน เป็นที่รู้จักและมีผู้เข้ามาใช้บริการให้มากที่สุด

3.3 ทรัพยากรหลัก (Key Resources)

- ทรัพยากรบุคคลถือว่ามีความสำคัญยิ่ง โดยเฉพาะทีมงานหลังบ้านของ แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน ที่จะทำให้หน้าที่ดูแลระบบ (Server Administrator) นักเขียนโปรแกรม (Programmer) นักพัฒนาและออกแบบ (Application Developer/ Designer) ทีมวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ตลาดจนอุปกรณ์คอมพิวเตอร์และเซิร์ฟเวอร์ (Server) ซึ่งเป็นการดำเนินการในส่วนของการพัฒนาและออกแบบแพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน ให้ตอบโจทย์การใช้งานของผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มลูกค้าเป้าหมายและพันธมิตรหลัก (Key Partners) ทั้ง 3 กลุ่ม คือ 1) ผู้สร้าง Contents ด้านสื่อบันเทิง 2) ผู้สร้าง Contents และให้บริการด้านสุขภาพ 3) ผู้ขายสินค้าและผู้ให้บริการที่มีผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเป้าหมายทางธุรกิจ อีกทั้งการจัดให้มี

ฝ่ายลูกค้าสัมพันธ์ (Customer Support) ที่มีความเป็นมืออาชีพคอยสนับสนุนและดูแลด้านการบริการ ก่อน-ระหว่าง-หลัง การขายให้กับลูกค้า ฝ่ายการตลาดเพื่อการวางแผนกลยุทธ์ให้ แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชันเติบโตและสร้างมูลค่าทางธุรกิจให้กับพันธมิตรทุกกลุ่มตามรูปแบบเศรษฐกิจแบ่งปัน (Sharing Economy) และ ฝ่ายบัญชี-การเงิน ซึ่งจะทำหน้าที่ดูแลในส่วนของบัญชีรายรับและบัญชีรายจ่ายของธุรกิจให้เป็นระบบและมีความยุติธรรมสำหรับทุกภาคส่วนที่เข้าร่วมเป็นพันธมิตรกัน

4. MONEY?

4.1 โครงสร้างต้นทุนของธุรกิจ (Cost

Structure) – สามารถแยกออกเป็น ต้นทุนคงที่ (Fixed Cost) คือ ค่าเช่าสำนักงาน เงินเดือนของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน ค่าอุปกรณ์คอมพิวเตอร์และอุปกรณ์สำนักงาน และ ต้นทุนผันแปร (Variable Cost) คือ ค่าใช้จ่ายทางด้านสาธารณูปโภค (ค่าน้ำ ค่าไฟฟ้า ค่าอินเทอร์เน็ต) ค่าใช้จ่ายเบ็ดเตล็ดของสำนักงาน ค่าโฆษณา และค่าจ้าง Influencers เป็นต้น

4.2 แหล่งที่มาของรายได้ (Revenue

Streams) – แบ่งเป็น 1) รายได้ส่วนแบ่งของผลกำไรจากการขายสินค้าและการให้บริการของธุรกิจพันธมิตร 2) รายได้จากโฆษณาต่าง ๆ ใน แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน 3) รายได้จากการสมัครเป็นสมาชิก ซึ่งในช่วงแรกควรจะยังไม่มีการเก็บค่าสมาชิก โดยจะเป็นลักษณะการให้บริการแบบ Freemium Model เพื่อเป็นการดึงดูดให้ผู้สูงอายุเข้ามาใช้ และยอมรับในประโยชน์และความคุ้มค่าของ แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน เพื่อให้เกิดการใช้ซ้ำและบอกต่อ ๆ กันไปในวงกว้างเสียก่อน

สรุป

ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุสามารถแบ่งออกเป็น 2 ด้านหลัก คือ 1) ปัญหาเรื่องของสุขภาพร่างกาย ซึ่งสามารถดูแลและบำบัดรักษาได้ด้วยวิทยาศาสตร์

ทางการแพทย์ การใส่ใจดูแลเกี่ยวกับการโภชนาการ (อาหาร เครื่องดื่ม วิตามิน อาหารเสริม สมุนไพร) การดูแลสุขภาพความสะอาดและสุขอนามัย การออกกำลังกายและการทำกายภาพบำบัด เป็นต้น 2) ปัญหาเรื่องของสุขภาวะทางใจ ซึ่งเป็นเรื่องเกี่ยวกับอารมณ์ ภาวะความเครียด ความเหงา อาการซึมเศร้า ความรู้สึกท้อแท้และสิ้นหวัง ซึ่งต้องใช้กิจกรรมทางด้านบันเทิงและสันทนาการ เช่น การฟังเพลง การร้องเพลง การเล่นดนตรี การดูหนัง การดูละคร การเต้นรำ การออกกำลังกาย การเล่นเกม การทำงานอดิเรก การท่องเที่ยว อื่น ๆ เพื่อช่วยให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย บรรเทาความเครียด ความเหงา ลดภาวะของโรคซึมเศร้า อีกทั้งยังสามารถช่วยลดความเสี่ยงของการเป็นโรคอัลไซเมอร์ ซึ่งเป็นอาการของภาวะสมองเสื่อมที่มักเกิดกับผู้สูงอายุ

จากข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ หรือ สศช. ปัจจุบันประเทศไทยกำลังจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ด้วยสัดส่วนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 และภายในปี พ.ศ.2579 คาดกันว่าจะมีประชากรผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 30 (ปรีชา นวลเป็นโย, 2561) ดังนั้นทั้งภาครัฐและภาคเอกชน พึงจะได้ให้ความสำคัญถึงปัญหาที่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า โดยจะต้องร่วมกันหาวิธีการและมาตรการรองรับที่เหมาะสม ที่จะสามารถวางแผนบริหารจัดการปัญหาดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นการช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุในประเทศไทย ให้สามารถใช้ชีวิตในช่วงวัยเกษียณได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุขตามอัตภาพและตามศักยภาพของแต่ละบุคคล โดยผู้เขียนบทความได้เล็งเห็นความสำคัญ และมองเห็นถึงความจำเป็นอย่างยิ่งว่า **ควรจะได้มีการพัฒนา แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน ทางด้านสื่อบันเทิง นำเสนอเนื้อหาที่สามารถสร้างความรู้สึกสนุกเพลิดเพลิน ช่วยลดความเครียด บรรเทาความเหงา ช่วยให้ผู้รู้สึกผ่อนคลาย ก่อให้เกิดความสบายใจ และทำให้มีความสุข**

โดยเฉพาะอย่างยิ่งกิจกรรมทางด้านดนตรี/การฟังเพลง/การดูหนัง-ละคร/การท่องเที่ยว/การกีฬา-การออกกำลังกาย/เกม ส่วนบริการด้านสุขภาพนั้น เป็น **การนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการบำรุงรักษาและการพัฒนาสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคภัยต่าง ๆ ตลอดจนแนวทางการรักษา การระวังป้องกันความเจ็บไข้ได้ป่วยและการบาดเจ็บ การแนะนำวิธีออกกำลังกายเบา ๆ หรือการทำกายภาพบำบัดเบื้องต้นแบบง่าย ๆ ด้วยตัวเอง เพื่อเป็นการป้องกันภาวะบกพร่องของร่างกายที่อาจจะเกิดขึ้น อีกทั้งเป็นการช่วยฟื้นฟูสมรรถนะและมีความสุขที่ดีให้กับผู้สูงอายุ การนำเสนอข้อมูลความรู้ทางด้านโภชนาการ วิตามิน อาหารเสริม และการใช้สมุนไพรต่าง ๆ เป็นต้น** เพื่อจะช่วยให้ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุของประเทศไทย สามารถที่จะดูแลสุขภาพทางกายและสุขภาวะทางใจของตนเองได้ ลดการพึ่งพาหรือการเป็นภาระต่อผู้อื่น โดยเฉพาะบุตรหลานหรือบุคคลในครอบครัว ซึ่งการพึ่งพาอาศัยเทคโนโลยีดังกล่าว ผู้สูงอายุจะสามารถใช้ แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน เป็นเครื่องมือเพื่อช่วยในการบริหารจัดการดูแลชีวิตของตนเองได้อย่างอิสระ ช่วยให้การดำเนินชีวิตในแต่ละวันของคนวัยเกษียณเป็นไปอย่างมีคุณค่า มีความภาคภูมิใจ มีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1. รัฐบาลและหน่วยงานของราชการที่เกี่ยวข้อง ควรจะได้จัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนงานวิจัยและการพัฒนา แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน ที่ตอบโจทย์ความต้องการของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุให้มากขึ้น เพราะเทคโนโลยีและนวัตกรรมดังกล่าวมิได้เอื้อประโยชน์ต่อภาครัฐกิจและกิจกรรมเชิงพาณิชย์เท่านั้น แต่ยังสามารถที่จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการแก้ปัญหาทางสังคม สามารถเป็นอีกช่องทางหนึ่งในการสื่อสารนโยบายของรัฐ เป็นสื่อกลางในการส่งมอบความช่วยเหลือลงไปสู่กลุ่มประชากรดังกล่าวได้ง่าย

สะดวก รวดเร็ว ทัวถึง และมีประสิทธิภาพดีขึ้น ซึ่งผู้เขียนบทความได้ทำงานวิจัยและพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความคุ้นเคยกับเทคโนโลยีและใช้โซเชียลมีเดียในชีวิตประจำวัน นิยมใช้ แอปพลิเคชันไลน์ (Line) มากที่สุด และ เฟซบุ๊ก (Facebook) เป็นลำดับรองลงมา เพื่อค้นหาข้อมูลด้านการท่องเที่ยว การดูแลสุขภาพ การพักผ่อนหย่อนใจ เช่น การดูหนังและการฟังเพลง (กฤษติศักดิ์ พูลสวัสดิ์, 2565) สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการเรียนรู้สื่อเทคโนโลยีของผู้สูงอายุในยุคหลอมรวมเทคโนโลยี ซึ่งได้ข้อสรุปว่า ผู้สูงอายุนิยมใช้อินเทอร์เน็ตเป็นตัวช่วยในการสื่อสารกับคนในครอบครัวและเพื่อนที่อาศัยอยู่ห่างไกล อีกทั้งยังใช้เพื่อดูหนังฟังเพลง เพื่อช่วยให้คลายเหงาหายเครียด (อารีย์ มัยยพงษ์ และ เกื้อกุล ตาเย็น, 2559)

2. ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนควรส่งเสริมให้เกิดการพัฒนา แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน ที่มีเนื้อหาและฟังก์ชันซึ่งสามารถตอบโจทย์ต่อความต้องการของผู้สูงอายุในทุกมิติ ไม่เพียงแต่เฉพาะด้านสืบค้นและให้บริการด้านสุขภาพแต่เพียงเท่านั้น แต่ควรจะตอบโจทย์ด้านการกิน-การอยู่ การดำเนินชีวิตประจำวัน การเดินทาง การท่องเที่ยว การจัดการทรัพย์สิน-หนี้สิน การบริหารเงินออม การลงทุน การจัดการธุรกรรมต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญหรือมืออาชีพเข้ามาช่วยเหลือให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำที่เหมาะสม หรือแม้กระทั่ง

ช่วยในการวางแผนชีวิตในช่วงวาระสุดท้ายหรือที่เรียกกันว่า “ตายก่อนตาย” มีกรณีศึกษาที่น่าสนใจเกี่ยวกับสังคมผู้สูงอายุในประเทศสวีเดน ที่มีกระแสนิยมของการบริหารจัดการในช่วงบั้นปลายของชีวิตที่เรียกว่า “เดธคลีนนิ่ง (Dead Cleaning)” หรือ “เดอสแต็กนิง (Döstädning)” ที่แปลตรงตัวได้ว่า การทำความสะอาด (Stadning) ความตาย (Dö) เป็นวิธีการที่ มาร์การเรต แม็กกันสัน ผู้เขียนหนังสือ The Gentle Art of Swedish Death Cleaning ได้ให้นิยามความหมายไว้ว่า คือ การคิดสรรสิ่งของของตัวเองมีและไม่จำเป็นต้องออกไปเพื่อให้สิ่งของและสมบัติที่ตัวเองมีค่อย ๆ หมดไปก่อนที่จะจากโลกนี้ (Magnusson, 2018) ซึ่งก็เป็นอีกหนึ่งแนวทางที่น่าสนใจและอาจจะจะเป็นบริการอีกด้านหนึ่งของ แพลตฟอร์มดิจิทัล/แอปพลิเคชัน ที่จะได้พัฒนาขึ้นต่อไปในอนาคต ด้วยเพราะยังไม่เคยมีใครให้บริการในรูปแบบดังกล่าวนี้เลยในประเทศไทย และจากการทำงานวิจัยของผู้เขียนบทความเองได้พบว่า มีผู้สูงอายุที่ไม่มีครอบครัว ร้อยละ 38.7 และ ผู้สูงอายุที่มีบุตรหลานน้อย (1-2 คน) ร้อยละ 50.3 รวมกันคิดเป็นอัตราส่วนสูงถึงร้อยละ 89 ทำให้คาดการณ์ได้ว่าผู้สูงอายุในอนาคตของประเทศไทย มีแนวโน้มที่จะต้องใช้ชีวิตอย่างโดดเดี่ยวและขาดคนเหลียวแลเป็นจำนวนมาก ซึ่งถ้าขาดการเตรียมตัวรับมือกับปัญหานี้ได้อย่างเหมาะสม ก็จะทำให้กลายเป็นปัญหาใหญ่ของครอบครัว สังคม และประเทศชาติอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

เอกสารอ้างอิง

- กฤษติศักดิ์ พูลสวัสดิ์. (2565). *การศึกษาแนวทางจัดตั้งธุรกิจด้านสืบค้นและให้บริการด้านสุขภาพบนแพลตฟอร์มดิจิทัลสำหรับผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการจัดการ, คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565). *สถิติผู้สูงอายุ สัญชาติไทย และมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน มกราคม 2565*. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 22 พฤษภาคม 2565). สืบค้นจาก: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1159>
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564). *จับตา “เศรษฐกิจสูงวัย” อำนาจเปลี่ยนขั้วจากมิลเลนเนียมสู่ผู้สูงอายุ ภายในปี 2050*. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 21 พฤษภาคม 2565). สืบค้นจาก:

- <https://www.dop.go.th/th/know/15/796>
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564). 7 ทำออกกำลังผู้สูงอายุ เต็มเบา ๆ ได้ทุกวัน สุขภาพดีรับวิถี New Normal. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 22 ตุลาคม 2565). สืบค้นจาก: <https://www.dop.go.th/th/know/15/478>
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564). สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 22 ตุลาคม 2565). สืบค้นจาก: <https://www.dop.go.th/th/know/15/926>
- กรมสุขภาพจิต. (2560). กรมสุขภาพจิต แนะนำ 5. ในยุค 4.0. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 1 พฤศจิกายน 2565). สืบค้นจาก: <https://www.thaihealth.or.th/กรมสุขภาพจิต-แนะนำ-5-ในยุค-4-0/>
- โกมล วงศ์อนันต์ และอภิชา ประกอบแสง. (2555). ทฤษฎีองค์การและการจัดการเชิงกลยุทธ์ขั้นสูง. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 2 พฤศจิกายน 2565). สืบค้นจาก: <http://promruksa-dba04.blogspot.com/2012/10/swot-analysis-swot-swot-humphrey-swot-2.html>
- ชัชวาล วงศ์สารี และศุภลักษณ์ พันทอง. (2561). ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ : การพยาบาลและการดูแลญาติผู้ดูแล. วารสาร มจร.วิชาการ 22 , 43-44 (2561): 166-179.
- ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย. ห้องเรียนผู้ประกอบการ. (2565). *Business Model Canvas*. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 13 พฤษภาคม 2565). สืบค้นจาก: <https://classic.set.or.th/set/enterprise/html.do?name=bmc>
- ธรรมนิติ. (2562). จ้างผู้สูงอายุ สร้างงานช่วยประหยัดภาษี. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 20 พฤษภาคม 2565). สืบค้นจาก: <https://www.dharmniti.co.th/จ้างผู้สูงอายุ-สร้างงาน-ช่วยประหยัดภาษี>
- บริษัทสำรวจและวิจัยการตลาดอิปโซส. (2562). 12 มุมมองใหม่ “ผู้สูงวัย” อายุเป็นเพียงตัวเลข-ใช้เทคโนโลยีเก่ง-ช้อปออนไลน์-เรียนรู้สิ่งใหม่. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 21 พฤษภาคม 2565). สืบค้นจาก: <https://www.marketingoops.com/reports/behaviors/getting-older-our-aging-world-ipsos-research/>
- ปณิชา พรประสิทธิ์, จุฑาทิพย์ วิวัฒนาพันธุ์วงศ์, และอริญญา ตัญคำภีร์. “ดนตรีและสุขภาวะทางใจของผู้สูงอายุ”, *วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)* สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 9, 1 (2564): 91-103.
- ปิยนันท์ สวัสดิ์ศฤงคาร. (2563). ปัจจัย 5 ประการที่สร้างพลังการแข่งขันในธุรกิจอุตสาหกรรม. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 2 พฤศจิกายน 2565). สืบค้นจาก: <https://drpiyanan.com/2020/04/14/5-forces-porter/>
- ปรีชา นวลเป็นโย. (2561). “ภาครัฐกับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย”. *วารสารข่าวราชการ* สำนักงาน ก.พ. 60, 4 (2561): 4.
- ภาณุวัฒน์ ว่องตระกูลเรือง. (2565). สุขภาพจิตผู้สูงอายุ เรื่องสำคัญที่ไม่ควรมองข้าม. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 21 พฤษภาคม 2565). สืบค้นจาก: <https://www.nakornthon.com/article/detail/สุขภาพจิตผู้สูงอายุ-เรื่องสำคัญที่ไม่ควรมองข้าม>
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ชี้อายุเฉลี่ยเกิด-ตายต่ำ วัยแรงงานลดแต่อัตราผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมาก. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 21 พฤษภาคม 2565). สืบค้นจาก: <https://thaitgri.org/?p=39784>
- ยีน ภู่วรรณ. (2564). เทคโนโลยีดิจิทัลกับชีวิตวิถีใหม่. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 21 พฤษภาคม 2565). สืบค้นจาก: <https://learningdq-dc.ku.ac.th/course/?c=2&l=2>

- ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. (2564). *สังคม สูงอายุ...แบบสมบูรณ์ คนไทยพร้อมแล้วหรือยัง*. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 20 พฤษภาคม 2565). สืบค้นจาก: <https://kasikomresearch.com/th/analysis/k-social-media/Pages/Aging-society-FB-30-04-21.aspx>
- ศูนย์ส่งเสริมอุตสาหกรรมภาคที่ 7. (2561). *Business Model Canvas คืออะไร ต่างจาก Business Plan อย่างไร*. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 5 พฤศจิกายน 2565). สืบค้นจาก: <https://ipc7.dip.go.th/th/category/2561-m10-m-idea/business-model-canvas>
- สุรินทร์ เมฆะนิ. (2563). *การเขียนบทละครเวทีสำหรับผู้สูงอายุ*. วารสารสถาบันวัฒนธรรมและศิลปะ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 21, 2 (2563): 42-54.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). *ห่วงใยกันสัณนิ...กับชีวิตที่สูงวัย...* [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 20 พฤษภาคม 2565). สืบค้นจาก: http://service.nso.go.th/nso/web/article/article_older.html
- สำนักวิชาการสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2561). *สังคมผู้สูงอายุ กับการขับเคลื่อนเศรษฐกิจไทย*. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 20 พฤษภาคม 2565). สืบค้นจาก: https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1617171499-823_0.pdf
- อารีย์ มัยพงษ์ และเกื้อกุล ตาเย็น. (2559). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการเรียนรู้สื่อเทคโนโลยีของผู้สูงอายุ ในยุคหลอมรวมเทคโนโลยี*. กรุงเทพฯ: คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร.
- Margareta Magnusson. (2018). *The Gentle Art of Swedish Death Cleaning: How to Free Yourself and Your Family from a Lifetime of Clutter* (1st ed.). Scribner.
- MarketingGoops. (2558). *Business Model Canvas อาวุธอันแยบยล ของคนทำธุรกิจ*. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 13 พฤษภาคม 2565). สืบค้นจาก: <https://www.marketinggoops.com/news/biz-news/business-model-canvas/>
- MONEY BUFFALO. (2563). *วิกฤต “สังคมผู้สูงอายุ” ของไทย*. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 20 พฤษภาคม 2565). สืบค้นจาก: <https://www.moneybuffalo.in.th/business/aging-society-crisis>
- Openpassom [นามแฝง]. (2565). *ปัจจัยกดดันทั้ง 5 (Five Forces Model)*. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 20 เมษายน 2565). สืบค้นจาก: <http://www.inc.karmins.com/ปัจจัยกดดันทั้ง-5-five-force-model/>
- Pat Thitipattakul. Corporate Innovation Manager. Disrupt Technology Venture. (2565). *สร้างธุรกิจ “แพลตฟอร์ม” อย่างไรให้ไปไกล ถอดบทเรียนความสำเร็จ Getlink*. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 3 มิถุนายน 2565). สืบค้นจาก: <https://www.disruptignite.com/blog/how-to-build-the-platform-business-take-off-lesson-from-getlinks>
- The Wisdom Academy. (2565). *ทำความเข้าใจ Platform Business Model คืออะไร? เริ่มทำธุรกิจแพลตฟอร์มควรดูอะไรบ้าง?* [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 13 มิถุนายน 2565). สืบค้นจาก: <https://thewisdom.co/content/what-is-platform-business/>
- Tiger. (2021). *Porter's Five Forces คืออะไร? วิเคราะห์ธุรกิจแบบ Harvard*. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 20 เมษายน 2565). สืบค้นจาก: <https://thaiwinner.com/five-forces/>
- Worachat. (2561). *Application แอปพลิเคชัน คืออะไร*. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 16 พฤษภาคม 2565). สืบค้นจาก: <http://www.mindphp.com/คู่มือ/73-คืออะไร/3647-application-แอปพลิเคชัน-คืออะไร.html>

Sexual Health Literacy among Mathayom Suksa Students in Chonburi Province

Nannapas Phuwasuwan¹ Wirin Kittipichai^{2*}, Kanittha Chamroonsawasdi²,
Pimsurang Taechaboonsersak²

*1 Graduate student in Master of Science (Public Health), Faculty of Public Health, and Faculty of Graduate Studies,
Mahidol University*

2 Faculty of Public Health, Mahidol University

** Corresponding author, email: wirin.kit@mahidol.ac.th*

Original article

Abstract

Received: 16 Nov. 2022

Revised: 18 Dec 2022

Accepted: 19 Dec 2022

Adolescence is a period of feeling in love and sexual development. Promoting the sexual health literacy among adolescences is mandatory to decrease risks on sexual behaviors. The purpose of this cross-sectional survey research was to examine the sexual health literacy and associated factors among Mathayom Suksa 1-3 levels students, in Chonburi Province. Data collection was accomplished using a self-administered questionnaire. The sample consisted of 333 students. The data were analyzed using independent samples t test, One-way ANOVA, and Pearson's product moment correlation. The statistical significance level was determined at p-value of 0.05.

The crucial findings revealed that 220 of the Mathayom Suksa students (66%) had overall sexual health literacy at low level. Mathayom Suksa 2 and 3 levels students had the overall sexual health literacy score higher than Mathayom Suksa 1 level students, with statistical significant ($p < 0.05$). Factors significantly associated with the overall sexual health literacy ($p < 0.001$) were sexual health knowledge resources namely, social media, friend, school, and family ($r = 0.40, 0.38, 0.33$, and 0.21 , respectively) GPA ($r = 0.21$), and self-esteem ($r = 0.18$).

The findings lead to the recommendations that schools should have the social media materials content on the teenage sexual health, and risk factors of adolescence. This information should be publicized on the school's online network, such as the school's parents or students line group, and school's Facebook. Surveillance and monitoring the sexual risk behavior of students, especially the Mathayom Suksa 1 level, and those with low GPA.

Keyword health literacy; sexual health; early adolescence

ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดชลบุรี

นันท์นภัส ภาวะสุวรรณ¹, วิรินธี กิตติพิชัย^{2*}, กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์²,
พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์²

¹ นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) คณะสาธารณสุขศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

* ผู้ประพันธ์บทความ อีเมล: wirin.kit@mahidol.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 16 พย. 2565

วันแก้ไข 18 ธค. 2565

วันตอบรับ 19 ธค. 2565

บทคัดย่อ

วัยรุ่นเป็นวัยที่เริ่มมีความรักและความรู้สึกอารมณ์ทางเพศ การส่งเสริมให้วัยรุ่นมีความรู้ความเข้าใจ รวมไปถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดชลบุรี การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง ตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 3 ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 333 คน วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติที่ (independent samples t-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาสำคัญพบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาจำนวน 220 ราย หรือร้อยละ 66 มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศในระดับน้อย โดยนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 และ 3 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศสูงกว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ ($p < 0.001$) ได้แก่ แหล่งข้อมูลสุขภาพทางเพศจากสื่อออนไลน์ เพื่อน โรงเรียน ครอบครัว ($r = 0.40, 0.38, 0.33$, และ 0.21 ตามลำดับ) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ($r = 0.21$) และการเห็นคุณค่าในตนเอง ($r = 0.18$)

จากข้อค้นพบจึงมีข้อเสนอแนะว่า โรงเรียนควรจัดทำสื่อออนไลน์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น และประชาสัมพันธ์ลงในเครือข่ายสังคมออนไลน์ของโรงเรียน พร้อมเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนโดยเฉพาะนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 และนักเรียนที่ผลการเรียนต่ำ

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; สุขภาพทางเพศ; วัยรุ่นตอนต้น

บทนำ

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด จิตใจและสังคมอย่างชัดเจน เป็นวัยที่มีอารมณ์ไม่มั่นคง มีความอยากรู้อยากลอง ให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อนและมักทำตามอย่างเพื่อน เริ่มสนใจเพศตรงข้ามแบบคู่รักและมีการมีเพศสัมพันธ์ทางเพศ ปัจจุบันมีข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศในสื่อออนไลน์จำนวนมากที่กระตุ้นความรู้สึกทางเพศส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับวัยรุ่นตอนต้น การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการเข้าถึงสื่อวัยรุ่นทางเพศและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเพื่อนมีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย (วรรณศิริ ประจัน และคณะ, 2560) ข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในนักเรียน พ.ศ. 2561 เก็บข้อมูลกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 42,328 คน เมื่อเปรียบเทียบกับผลการเฝ้าระวังในปีที่ผ่านมาสรุปได้ว่า นักเรียนยังมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ในระดับต่ำ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์นักเรียนชายมีเพิ่มมากขึ้นและใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นกับหญิงบริการและชายด้วยกัน แต่ลดลงเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่น ส่วนนักเรียนหญิงใช้ถุงยางอนามัยลดลงทั้งกับคนรักและชายอื่น ทำให้มีความเสี่ยงจากการติดเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์สูงและนำไปสู่ปัญหาการท้องในวัยรุ่น (กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักระบาดวิทยา, 2562) และข้อมูลในปี พ.ศ. 2562 พบอัตราการคลอดบุตรในแม่คลอดอายุ 10 – 14 ปี เท่ากับ 4 ต่อพันประชากร และอัตราการป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15–24 ปี เท่ากับ 175.3 ต่อแสนประชากร (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) จากข้อมูลข้างต้นกล่าวได้ว่า การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเริ่มตั้งแต่การเข้าสู่วัยรุ่น และยังมีความรู้ไม่ถูกต้องในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ รวมถึงการจัดการตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้น

หากปล่อยให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และขาดการจัดการตนเองที่เหมาะสมสิ่งเหล่านี้ก็จะกลายเป็นปัญหาสังคมที่ส่งผลกระทบที่รุนแรงมากขึ้นโดยเฉพาะคุณภาพของประชากร จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่วัยรุ่นต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2018) ให้ความหมาย “สุขภาพทางเพศ - Sexual health” ไว้ว่าเป็นสถานะของความสุขทางร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และสังคมที่สัมพันธ์กับเพศ รวมถึงเจตคติ ความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่าง การมีประสบการณ์ทางเพศที่พอใจ การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยปราศจากการถูกบังคับ การเลือกปฏิบัติ และความรุนแรง เพื่อให้บุคคลมีสุขภาพทางเพศที่ดี และมีสิทธิเสรีภาพที่เหมาะสม และให้ความหมาย “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ - Health literacy” เป็นสมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและปรับใช้ข้อมูลความรู้และบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม โดยจะมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ หากวัยรุ่นมีความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ชักถามแลกเปลี่ยน ประเมินข้อมูลด้านสุขภาพทางเพศได้อย่างถูกต้องเหมาะสมแล้ว วัยรุ่นก็จะสามารถที่จะตัดสินใจในการที่จะปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมทางเพศที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะลดปัญหาทางเพศและสังคมได้

Manganello (2008) ได้เสนอกรอบแนวคิดการศึกษาสุขภาพวัยรุ่น (Framework for studying adolescent health) โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวแปรชั้นกลางระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล อิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อนกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ นอกจากนี้ระบบการศึกษา ระบบสุขภาพ และสื่อสาธารณะ ยังเป็นปัจจัยเชิงระบบที่ส่งผลกระทบต่อปัจจัยในระดับบุคคล และจากงานวิจัยที่ผ่านมาที่ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ ในงานวิจัยของ ปริญานุช ตั้งนรกุล และคณะ (2562) พฤติกรรมทางเพศ ในงานวิจัยของอุทัยวรรณ สกุลวลีธร และคณะ (2561) วรรณศิริ ประจัน และคณะ (2560) ศันสนีย์ ณรงค์ศักดิ์ภูติ (2559) สุภารัตน์ บุญเทียม และ

คณะ (2558) O'Sullivan et al (2015) Naidoo & Taylor (2015) และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ในงานวิจัยของสุมิตา สว่างทุกข์ (2558) วารุณี สอนอินทร์ (2558) วิไลลักษณ์ วงศ์อาษา และคณะ (2558) พบปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น เพศ ชั้นเรียน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน การเห็นคุณค่าในตนเอง อิทธิพลจากเพื่อน และแหล่งข้อมูลสุขภาพทางเพศ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน โรงเรียน และสื่อออนไลน์

จังหวัดชลบุรีมีอัตราการคลอดมีชีพของหญิงอายุ 10–14 ปี ในปี พ.ศ. 2561 เท่ากับ 1.5 ต่อพันประชากร และปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ 1.4 ต่อพันประชากร ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดตัวชี้วัดการคลอดมีชีพของหญิงอายุ 10 – 14 ปี ภายในปี 2563 มีค่าเป้าหมายไม่เกิน 1.1 ต่อพันประชากร (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ในปี พ.ศ. 2560 มีผลสำรวจหญิงคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 512 คน พบว่า ร้อยละ 16.8 เป็นนักเรียน นักศึกษา และมีร้อยละ 55.5 ที่ยังไม่มีอาชีพ โดยร้อยละ 48.4 ยังไม่พร้อมที่จะมีบุตร และร้อยละ 56.8 ไม่ได้คุมกำเนิด โดยให้เหตุผลของการไม่ได้ป้องกันการตั้งครรภ์ว่า คิดว่าไม่ท้อง (ร้อยละ 45.9) และไม่รู้จักวิธีการคุมกำเนิด (ร้อยละ 6.9) (สุดารัตน์ บุญเทียม, รุ่งรัตน์ศรีสุริยเวศน์, พรนภาหอมสินธุ์, 2558)

จังหวัดชลบุรีมีสถานเริงรมณ์และสถานบันเทิงจำนวนมาก อีกทั้งแสงสีเสียงเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ความอยาก ร้อยยาลอง รวมทั้งการดื่มแอลกอฮอล์และของมีเมาในรูปแบบต่างๆ อาจทำให้ขาดสติและขาดการระมัดระวังตัว โดยเฉพาะวัยรุ่นตอนต้นที่อาจถูกชักชวนหรือถูกคุกคามพาไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรและขาดการป้องกันที่ถูกต้อง และจากข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และคลอดบุตร ในจังหวัดชลบุรีข้างต้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการเสริมศักยภาพเพื่อให้วัยรุ่นมีความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับวัยรุ่นตอนต้นที่อยู่ในระบบการศึกษา และไม่ว่าอย่างไรก็ตามมีข้อมูลเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศของนักเรียนในจังหวัดชลบุรี การวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาเพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนักเรียน

มัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาจะนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น เพื่อเป็นภูมิคุ้มกันในชีวิต และเป็นแนวทางให้กับโรงเรียน ครู ผู้ปกครองได้เข้าใจและตระหนักถึงสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศในวัยรุ่นตอนต้นอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศตามเพศและชั้นเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดชลบุรี
3. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน การเห็นคุณค่าในตนเอง อิทธิพลจากเพื่อน และแหล่งข้อมูลสุขภาพทางเพศ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดชลบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ประชากรเป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1–3 ปีการศึกษา 2561 ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานในจังหวัดชลบุรี จำนวน 31 โรงเรียน ขนาดตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างแบบไม่จำกัดขนาดประชากรในหนังสือของ Wayne (2009) ได้ตัวอย่างจำนวน 294 ราย ใช้วิธีการสุ่ม 2 ขั้นตอน โดย ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มโรงเรียน ใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลาก จำแนกตามขนาดของโรงเรียนเป็น 4 กลุ่ม คือ โรงเรียนขนาดเล็ก (1 โรงเรียน) โรงเรียนขนาดกลาง (8 โรงเรียน) โรงเรียนขนาดใหญ่ (9 โรงเรียน) และโรงเรียนขนาดใหญ่พิเศษ (13 โรงเรียน) โดยสุ่มกลุ่มละ 1 โรงเรียน รวม 4 โรงเรียน ขั้นตอนที่ 2 สุ่มห้องเรียนระดับชั้น

มัธยมศึกษาปีที่ 1 – 3 ระดับชั้นละ 1 ห้องเรียน ใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากห้องเรียนในแต่ละชั้น ดังนั้นในแต่ละโรงเรียนมีห้องเรียนตัวอย่างจำนวน 3 ห้องเรียน รวมสรุป 12 ห้องเรียน จาก 4 โรงเรียน และเก็บข้อมูลกับนักเรียนทุกคนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยในห้องเรียนที่สุ่มได้ การศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (MUPH 2019-042)

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาความตรงเชิงเนื้อหา มีค่า CVI 0.8 – 1.0 แบบวัดได้นำไปทดลองใช้กับนักเรียนที่ไม่ใช่ตัวอย่างในการศึกษานี้จำนวน 54 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในข้อคำถาม และนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธี Cronbach's alpha โดยแบบสอบถามประกอบด้วยแบบวัด ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ชั้นเรียน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน สมาชิกในครอบครัวที่พักร่วมกัน ระดับการศึกษาของบิดาและมารดานักเรียน และความพอเพียงของรายได้ในครอบครัว ข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบตามตัวเลือกที่กำหนด และเติมข้อความสั้น

แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง ดัดแปลงมาจากแบบวัดความรู้สึกลดต่อตนเองของ Wongpakaran & Wongpakam (2012) มีข้อคำถาม 10 ข้อ มาตรการประเมิน 5 ระดับ จาก จริงที่สุด (5) ถึง ไม่จริงเลย (1) มีค่าความเชื่อมั่น 0.83 ผู้ตอบได้คะแนนรวม 10 – 50 คะแนน แบบวัดอิทธิพลจากเพื่อน เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นใหม่มีข้อคำถาม 6 ข้อ มาตรการประเมิน 5 ระดับ จาก จริงที่สุด (5) ถึง ไม่จริงเลย (1) มีค่าความเชื่อมั่น 0.79 ผู้ตอบได้คะแนนรวม 6 – 30 คะแนน

แบบวัดแหล่งข้อมูลสุขภาพทางเพศ เป็นแบบวัดที่สร้างข้อคำถามขึ้นใหม่ เพื่อประเมินการรับรู้ข้อมูลด้าน

สุขภาพทางเพศจาก 4 แหล่งข้อมูล ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน โรงเรียน และสื่อออนไลน์ มีข้อคำถามรวม 32 ข้อ (8 ข้อต่อ 1 แหล่งข้อมูล) กับมาตรการประเมิน 3 ระดับ ประจำ (2) บางครั้ง (2) และไม่เคย (0) ผู้ตอบได้คะแนนรวมในแต่ละด้าน 0 – 24 คะแนน

แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นใหม่ ตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ V-shape (วิมล โรมา และคณะ, 2561) โดยประเมินใน 4 ด้านแรก มีข้อคำถามจำนวน 32 ข้อ (ประเมินด้านละ 8 ข้อ) มีลักษณะเป็นมาตรประเมิน 4 ระดับ ดังนี้

1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพทางเพศ มาตรการประเมินคือ ง่ายที่สุด (4) ถึง ยากที่สุด (1)

2) การเข้าใจข้อมูลสุขภาพทางเพศ มาตรการประเมินคือ มากที่สุด (4) ถึง น้อยที่สุด (1)

3) การโต้ตอบ ชักถามและแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพทางเพศ และ 4) การตัดสินใจเมื่อมีข้อมูลสุขภาพทางเพศ มาตรการประเมินคือ ทุกครั้ง (4) ถึง น้อยมากหรือไม่ทำเลย (1)

แบบวัดแต่ละด้านมีค่าความเชื่อมั่น 0.80, 0.84, 0.87 และ 0.89 ตามลำดับ ผู้ตอบได้คะแนนรวมในแต่ละด้าน 8 – 32 คะแนน และจำแนกคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ มาก (28 – 32) ปานกลาง (22 – 27) และน้อย (8 – 21) สำหรับความรู้ด้านสุขภาพทางเพศมีคะแนนรวม 32 – 128 คะแนน และจำแนกคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ มาก (109 – 128) ปานกลาง (89 – 108) และน้อย (32 – 88)

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติในการประมวลผลข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอ้างอิง ได้แก่ สถิติที (independent samples t-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

นักเรียนเข้าร่วมการวิจัยมีจำนวน 333 ตัวอย่าง เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1, 2, และ 3 จำนวน 113, 100, และ 120 ตัวอย่าง ตามลำดับ พบร้อยละ 73.6 เป็นนักเรียนชาย มีร้อยละ 81.7 อยู่ในครอบครัวเดี่ยว โดยนักเรียนร้อยละ 71.5 อยู่กับบิดามารดา และอยู่กับมารดาหรือบิดา คิดเป็นร้อยละ 18.6 และ 9.9 ตามลำดับ บิดาและมารดาของนักเรียน มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 50.7 และ 50.0 ตามลำดับ โดยพบว่าจบระดับปริญญาตรีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 22.8 และ 21.6 ตามลำดับ สำหรับรายได้พบว่าครอบครัวนักเรียนมีรายได้เพียงพอร้อยละ 66

ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ พบว่านักเรียน

ประมาณ 2 ใน 3 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศอยู่ในระดับน้อย สำหรับรายด้านพบว่า นักเรียนมากกว่าร้อยละ 50 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศอยู่ในระดับน้อยใน 3 ด้าน ยกเว้นด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพทางเพศที่นักเรียนประมาณ 2 ใน 5 อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพทางเพศมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพทางเพศ ด้านตัดสินใจเมื่อมีข้อมูล และด้านโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพทางเพศตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	Mean (SD)	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ; n (%)		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ	81.88 (16.18)	12 (3.8)	101 (30.2)	220 (66.0)
ด้านการเข้าถึงข้อมูล	22.08 (4.96)	39 (11.8)	125 (37.5)	169 (50.7)
ด้านการเข้าใจข้อมูล	24.80 (4.90)	103 (31.0)	143 (42.8)	87 (26.2)
ด้านการโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน	14.34 (5.32)	7 (2.2)	27 (8.0)	299 (89.8)
ด้านการตัดสินใจเมื่อมีข้อมูล	20.64 (7.00)	69 (20.6)	76 (23.0)	188 (56.4)

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศของนักเรียน พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 และ 3 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศสูงกว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ($p < 0.05$) ขณะที่นักเรียนหญิงและนักเรียนชายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) (ตารางที่ 2) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ ได้แก่

แหล่งข้อมูลสุขภาพทางเพศจากสื่อออนไลน์ เพื่อนโรงเรียน ครอบครัว ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และการเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ ($p < 0.001$) ขณะที่อิทธิพลจากเพื่อนไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ ($p > 0.05$) (ตารางที่ 3)

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศตามเพศและชั้นเรียน

ตัวแปร	n	Mean± SD	p
เพศ			0.822 ^ก
ชาย	233	81.63 ± 16.32	
หญิง	85	82.57 ± 15.86	
ชั้นเรียน			< 0.01 ^ข
มัธยมศึกษาปีที่ 1 (1)	107	75.96 ± 17.92	
มัธยมศึกษาปีที่ 2 (2)	96	84.81 ± 15.61	
มัธยมศึกษาปีที่ 3 (3)	115	84.94 ± 13.29	

คะแนนเฉลี่ยของ (3) สูงกว่า (1) : Mean difference = 8.95 (p < 0.001)

คะแนนเฉลี่ยของ (2) สูงกว่า (1) : Mean difference = 8.85 (p < 0.001)

คะแนนเฉลี่ยของ (3) และ (2) ไม่แตกต่างกัน : Mean difference = 0.13 (p > 0.05)

^ก ได้จากการวิเคราะห์ด้วย independent samples t test

^ข ได้จากการวิเคราะห์ด้วย One-way ANOVA

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรต้นกับความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ

ปัจจัย	Mean (SD.)	ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ	
		r	p
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน	3.16 (0.62)	0.21	< 0.001
การเห็นคุณค่าในตนเอง	36.4 (7.10)	0.18	< 0.001
อิทธิพลจากเพื่อน	22.19 (5.94)	-0.10	0.681
แหล่งข้อมูลสุขภาพทางเพศ			
- ครอบครัว	13.88 (4.77)	0.21	< 0.001
- เพื่อน	13.89 (4.88)	0.38	< 0.001
- โรงเรียน	13.06 (4.61)	0.33	< 0.001
- สื่อออนไลน์	13.54 (4.64)	0.40	< 0.001

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่ามากกว่าร้อยละ 70 นักเรียนระดับมัธยมศึกษา มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพทางเพศในระดับปานกลางถึงมาก การที่นักเรียนสามารถที่จะเข้าใจข้อมูลสุขภาพทางเพศได้ดีอาจด้วยนักเรียนมากกว่าร้อยละ 60 เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 – 3 ซึ่งได้รับความรู้จากหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน ในกลุ่มสาระการ

เรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษาที่มีเนื้อหาสาระการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศ (สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน, 2560) ซึ่งนักเรียนในกลุ่มนี้ก็จะมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพทางเพศได้ นอกจากนี้แล้วยังพบว่านักเรียนประมาณร้อยละ 50 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพทางเพศ ในระดับปานกลางถึงมาก ทั้งนี้ด้วยนักเรียนสามารถที่จะ

สอบถามความรู้ในห้องเรียนและครูผู้สอนที่เป็นแหล่งข้อมูลสำคัญในการให้ความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาได้นั้นจึงทำให้นักเรียนสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพทางเพศได้ไม่ยากนัก

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ ซึ่งพบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 และ 3 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศสูงกว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ทั้งนี้ในหลักสูตรของแต่ละระดับชั้นเรียนจะมีเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศที่แตกต่างกันโดยในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 เป็นเนื้อหาพื้นฐาน แต่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 และ 3 เนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศมีมากขึ้นรวมถึงตัวนักเรียนเองเมื่อมีอายุมากขึ้นก็จะมีประสบการณ์และมีประสบการณ์ต่างๆ มากขึ้นทั้งการหาข้อมูลเพิ่มเติมโดยเฉพาะจากสื่อออนไลน์ต่างๆ รวมทั้งเมื่อนักเรียนอยู่ในระดับชั้นที่สูงขึ้นก็มีความกล้าที่จะซักถามในประเด็นต่างๆ ที่สงสัยเกี่ยวกับรูปร่างที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งสิ่งเหล่านี้ได้สะท้อนให้เห็นว่านักเรียนในระดับชั้นเรียนที่สูงขึ้นจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศที่มากขึ้นด้วยเช่นกัน ทั้งนี้ในการวัดความรอบรู้ในกลุ่มประชากรที่มีอายุแตกต่างกัน อาจควรใช้เครื่องมือที่แตกต่างกันเพื่อให้การเปรียบเทียบถูกต้องมากขึ้น

ผลการศึกษายังพบด้วยว่าผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ ทั้งนี้จะเห็นว่านักเรียนที่ผลการเรียนดีมักจะให้ความสนใจในการหาความรู้เพิ่มเติม มีความกล้าซักถามในประเด็นที่ตนเองสงสัย หรือมีความสามารถในการค้นคว้าหาคำตอบจากแหล่งข้อมูลความรู้ต่างๆ ทำให้เมื่อมีความสงสัยเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศของตนเอง จึงมีการค้นคว้าหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อที่จะทำให้เกิดความเข้าใจกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ นักเรียนที่มีผลการเรียนดีมักจะมีการคิดวิเคราะห์แยกแยะและไตร่ตรองอย่างรอบด้านเพื่อประยุกต์ใช้องค์ความรู้ต่างๆ มาใช้ให้เหมาะสมกับความต้องการของตนเอง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุมิตตา สว่างทุกข

(2558) ที่พบว่าวัยรุ่นที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ในระดับสูงมีความตระหนักรู้ในพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงกว่าผู้ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ

การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ ด้วยผู้ที่รู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะส่งผลให้ประสบความสำเร็จใน 4 ประการ คือ (1) การมีความสำคัญ รู้สึกได้รับการยอมรับ เอาใจใส่ ได้รับการชื่นชม เคารพนับถือจากบุคคลอื่น (2) การมีความสามารถ รู้สึกมีความสามารถในการปฏิบัติงานต่างๆ ให้ประสบผลสำเร็จตามที่ต้องการได้ (3) การมีคุณงามความดี รู้สึกว่าตนเองยึดมั่นในหลักศีลธรรมจรรยาหรือกฎเกณฑ์ข้อบังคับทางสังคม และ (4) การมีอำนาจ รู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมพฤติกรรมของตน สามารถจัดการกับสิ่งที่มาคุกคามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้ (Rosenberg, 1965) สอดคล้องกับการศึกษาของอุทัยวรรณ สุกุลสิทธิ์ และคณะ (2561) ที่พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศของนักเรียนวัยรุ่นหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น ($p < 0.01$)

นอกจากนี้แหล่งข้อมูลสุขภาพทางเพศทั้ง 4 แหล่ง คือ ครอบครัว เพื่อน โรงเรียน และสื่อออนไลน์ เป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญในการสนับสนุนให้นักเรียนตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศมากขึ้น ซึ่งครอบครัวนั้นว่าเป็นแหล่งข้อมูลแรกที่มีความสำคัญ ครอบครัวที่ให้ความสนใจในการอบรมเลี้ยงดูบุตรอย่างใกล้ชิด สังเกตพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงของบุตร โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น เพื่อที่จะให้บุตรเกิดความเชื่อมั่นและมีความมั่นคงทางจิตใจ อีกทั้งในปัจจุบันในครอบครัวยุคใหม่ที่เปิดใจเกี่ยวกับการสอนและแนะนำบุตรเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศมากขึ้น และเห็นความสำคัญ อย่างไรก็ตามก็ยังมีบางครอบครัวที่เห็นว่าการพูดคุยเรื่องเพศเป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสม หรือบางครอบครัวอาจไม่มีเวลาดูแลบุตร ด้วยต้องทำงานเพื่อหารายได้ ดังนั้นจึงมีเป็นข้อมูลที่เด่นชัดว่า ครอบครัวที่มีเวลาสนใจในการให้ข้อมูลความรู้ด้านเพศศึกษาจึงมีผลให้

นักเรียนในการดูแลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศมากขึ้นด้วยเช่นกัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลโลกซ์ วังศ์อาษา และคณะ (2558) ที่พบว่าบิดามารดาที่ให้การอบรมพูดคุยให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศจะทำให้วัยรุ่นหญิงในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศน้อยลง

แหล่งความรู้จากสื่อออนไลน์ ถือว่ามีความสำคัญมากนักเรียนสามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลา ข้อมูลในสื่อออนไลน์มีข้อมูลจำนวนมากที่เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ มีความทันสมัย สื่อสารง่ายทั้งในรูปภาพ สื่อเคลื่อนไหว วิดิทัศน์ต่างๆ ทำให้นักเรียนสามารถเข้าใจในเนื้อหาต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศได้ง่ายและมีความชัดเจน นักเรียนบางคนอาจมีความอายไม่กล้าสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศกับบิดามารดา ครูที่โรงเรียน หรือเพื่อน นักเรียนก็สามารถที่จะเข้าไปค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศในสื่อออนไลน์ได้ อย่างไรก็ตามก็ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศในสื่อออนไลน์อาจทำให้นักเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศมากขึ้น แต่ผู้ปกครองรวมทั้งครูควรต้องให้การสอดส่องพฤติกรรมของนักเรียนที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้นให้มากด้วยอาจยังขาดวิจารณญาณต่างๆ ในการใช้ข้อมูลให้เกิดประโยชน์อย่างแท้จริง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณศิริ ประจัน และคณะ (2560) ที่พบว่า การเข้าถึงสื่อที่มีความยั่วเย้าความรู้สึทางเพศ มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ($p < 0.05$)

เช่นเดียวกับแหล่งข้อมูลจากโรงเรียนและจากเพื่อน ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ ซึ่งแหล่งข้อมูลจากโรงเรียนถือว่าเป็นแหล่งข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ เป็นหลักการและมีความถูกต้อง ในขณะที่เพื่อนอาจเป็นแหล่งข้อมูลที่นักเรียนกลัวพูดคุยซักถามมากที่สุดด้วยสามารถสื่อสารกันด้วยภาษาง่ายๆ หรือหากมีความสนใจในประเด็นเดียวกันก็จะช่วยกัน

สืบค้นหาข้อมูล ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลโลกซ์ วังศ์อาษา และคณะ (2558) ที่พบว่าเพื่อนเป็นผู้ให้คำปรึกษาที่ดีที่สุดในการสนับสนุนหรือปฏิเสธค่านิยมของวัยรุ่นในเรื่องเพศ การศึกษาของ Martin (2017) ที่พบว่าตัวอย่างในการเข้าร่วมสัมมนาที่มีประสบการณ์ในการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศจะปรึกษาแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพทางเพศระหว่างเพื่อน และได้รับข้อมูลสุขภาพทางเพศจากโรงเรียน เนื่องจากมีหลักสูตรการเรียนการสอนเพศศึกษา ทำให้นักเรียนมีความรู้และนำมาปฏิบัติดูแลตนเองได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 66 มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศในระดับน้อย โดยด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพทางเพศมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด และต่ำสุดด้านได้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพทางเพศ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศต่ำกว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 และ 3 และ แหล่งข้อมูลสุขภาพทางเพศ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และการเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ ด้วยข้อค้นพบนี้จึงมีข้อเสนอแนะต่อผู้บริหารโรงเรียนว่า ควรจัดทำสื่อออนไลน์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น และประชาสัมพันธ์ลงในเครือข่ายสังคมออนไลน์ของโรงเรียน เช่น กลุ่มไลน์ ผู้ปกครอง นักเรียน เพชบุ๊กของโรงเรียน ทั้งนี้โรงเรียนและครอบครัวควรต้องมีการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนโดยเฉพาะนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 และนักเรียนที่ผลการเรียนต่ำ ด้วยเป็นกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศในระดับน้อยอาจนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศที่ไม่เหมาะสมได้

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน*. นนทบุรี: สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักระบาดวิทยา. (2562). *รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มนักเรียน ประเทศไทย ปี พ.ศ.2561*. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข.
- คลังพลอย เอื้อวิทยาสุกร, อรณิชา โพธิ์หมื่นทิพย์. (2554). ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*. 17(2): 15-26.
- บรรจง พลไชย. (2554). พฤติกรรมทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในเขตเทศบาลเมือง นครพนม. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*. 28(4): 230-237.
- ปริญญช ตั้งนรกุล, ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์, นฤมล ธีระรังสิกุล. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพทางเพศกับ พฤติกรรมทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. *วารสารแพทยนาวิ*. 46 (3): 607-620.
- วรรณศิริ ประจัน, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, พรนภา หอมสินธุ์. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายตามแนวความคิดการให้ข้อมูลข่าวสารแรงจูงใจและทักษะพฤติกรรม. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. 29(2): 39-51.
- วารุณี สอนอินทร์. (2558). บทบาทของพยาบาลอนามัยโรงเรียนในการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นหญิงตอนต้น. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*. 8(2): 62-71.
- วิมล โรมา, ชะนวนทอง สนสุกาญจน์, มธุรส ทิพยมงคลกุล, ณัฐนารี เอมยงค์, นริมาลย์ นิละไพจิตร, มุกดา สำนวนกลาง, สายชล คล้อยเอี่ยม. (2561). *รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1)*. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- วิไลลักษณ์ วงศ์อาษา, ปิยะพร กองเงิน, สารรัตน์ วุฒิอาภา. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นหญิง ศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*. 45(3): 285-297.
- คันสนีย์ ณรงค์ศักดิ์ภูติ. (2559). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์และการจัดการตนเองเมื่อมีปัญหาทางเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. (2560). *ตัวชี้วัดและสาระการเรียนรู้แกนกลาง กลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา ตามหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน 2551 (ฉบับปรับปรุง พุทธศักราช 2560)*. กรุงเทพฯ: กระทรวงศึกษาธิการ.
- สุดารัตน์ บุญเทียม, รุ่งรัตน์ศรีสุริยเวศน์, พรนภา หอมสินธุ์. (2558). ปัจจัยทำนายเกี่ยวกับต้นทุนชีวิตต่อพฤติกรรมทางเพศที่พึงประสงค์ในวัยรุ่นชายตอนต้น จังหวัดชลบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*. 22(2): 72-84.
- สมิตดา สว่างทุกข์. (2558). การศึกษาการตระหนักรู้ในพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนวัยรุ่น. *วารสารเกื้อการุณย์*. 22(2): 41-56.
- อุทัยวรรณ สกวลลธิธ, ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์, นฤมล ธีระรังสิกุล. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*. 12(2): 253-264.
- Manganello AJ. (2008). Health Literacy and Adolescents: A Framework and Agenda for Future Research. *Health Education Research*. 23(5): 840-847.

- Martin, P Susan (2017). *Young People's Sexual Health Literacy: Seeking, Understanding, and Evaluating Online Sexual Health Information*. PhD Thesis. Scotland: University of Glasgow. [Internet] [Cited 2019 Jan 6]. Available from: <https://theses.gla.ac.uk/8528/7/2017MartinPhD.pdf>.
- Naidoo S, Taylor M. (2015). HIV Health Literacy: Sexual Behavior and Self-Reports of Having Tested for HIV among Students. *African Journal of AIDS Research*. 14(2): 107-115.
- O'Sullivan FL, Byer E, Brotto AL, Majerovich AJ. (2015). Access to and Use of Sexual Health Care Services among Young Canadians with and without A History of Sexual Coercion. *Canadian Family Physician*. 61:e467-473.
- Rosenberg M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Wayne, W Daniel. (2009). *Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences*. 9th ed. USA: John Wiley & Sons Inc.
- World Health Organization. (2006). *Sexual and Reproductive Health: Defining Sexual Health*. [Internet]. [Cited 2018 Dec 28]. Available from: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en.

Consumer Protection from Online Dietary Supplement Advertising and Sales

Asst. Prof. Thanadchapon Kungsung*

**School of Law, Sukhothai Thammathirat Open University,*

Corresponding author Email: kanomjib_27@hotmail.com

Academic article

Abstract

Received: 27 Nov 2022

Revised: 14 Dec 2022

Accepted: 19 Dec 2022

Currently, the food supplement market in Thailand is expanding both offline and online. However, the problem is that dietary supplements are being advertised with exaggerated claims and false or deceptive statements about their qualities and properties. This misleads some consumers to believe and consume them to the extent that their health and body are affected. Therefore, this article attempts to explain legal measures related to online dietary supplement advertising in the United Kingdom and Thailand, analyzing problems and suggested guidelines for the development of such laws in Thailand. The legal measures on online food supplement advertising in the UK were governed by the Consumer Protection from Unfair Trading Regulations 2008, and the Food Safety Act 1990, under supervision of the Office of Fair Trading, the Food and Drug Administration, and the Advertising Standards Authority. In Thailand, such legal measures are governed by Articles 40 and 41 of the Food Act, B.E. 2522, prohibiting advertisements of the benefits, qualities, or properties of food that are false, or deceptive and misleading. The act also stipulates that those who wish to advertise the benefits, qualities, or properties of food on the radio and television, and in videos, movies, newspapers, other publications, or any other means for commercial purposes, must be pre-approved on sound, images, film and text. The author finds problems on the following issues in the Thai laws. There are no private agencies to help with monitoring and supervision on advertisements. Legislation used to regulate food advertising under Article 40 is unclear for practical purpose. Therefore, the author proposes that there should be a private organization to monitor and supervise advertisements, and Article 40 should be amended based on the British law so that it is clearer for practical purpose on implementation.

Keywords: Dietary supplements, Advertising, Consumers.

การคุ้มครองผู้บริโภคจากการโฆษณาขายผลิตภัณฑ์เสริมอาหารบนสื่อออนไลน์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธนัชพร กังลังษ์*

*สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Email: kanomjib_27@hotmail.com

บทความวิชาการ

วันรับ 27 พย. 2565

วันแก้ไข 14 ธค. 2565

วันตอบรับ 19 ธค. 2565

บทคัดย่อ

ปัจจุบันตลาดผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของประเทศไทยกำลังขยายตัวอย่างต่อเนื่อง ทั้งกรณีที่เป็นการขายทั่วไปและการขายบนสื่อออนไลน์ อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่เกิดขึ้นคือมีการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารโดยมีการอวดอ้างสรรพคุณของอาหารที่เกินจริง หรือใช้ข้อความอันเป็นเท็จหรือหลอกลวงผู้บริโภคเกี่ยวกับคุณสมบัติหรือสรรพคุณของผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ทำให้ผู้บริโภคส่วนหนึ่งหลงเชื่อและบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจนอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพและร่างกาย ดังนั้น ในบทความนี้จะอธิบายถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารออนไลน์ของประเทศอังกฤษและของประเทศไทย พร้อมวิเคราะห์ปัญหาและเสนอแนวทางในการพัฒนากฎหมายดังกล่าวของประเทศไทย ทั้งนี้พบว่ากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารออนไลน์ของประเทศไทย อยู่ภายใต้ The Consumer Protection from Unfair Trading Regulations 2008 และ Food Safety Act 1990 โดยมีสำนักงานการค้าที่เป็นธรรม องค์การอาหารและยา และสำนักงานกำกับดูแลมาตรฐานการโฆษณา เข้ามามีส่วนในการกำกับดูแลในเรื่องดังกล่าว สำหรับประเทศไทย กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารออนไลน์อยู่ภายใต้ มาตรา 40 และมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ซึ่งกำหนดห้ามไม่ให้โฆษณาคุณประโยชน์ คุณภาพ หรือสรรพคุณของอาหารอันเป็นเท็จหรือเป็นการหลอกลวงให้เกิดความหลงเชื่อโดยไม่สมควร และผู้ที่ประสงค์จะโฆษณาคุณประโยชน์ คุณภาพหรือสรรพคุณของอาหารทางวิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์ ทางฉายภาพ ภาพยนตร์ หรือทางหนังสือพิมพ์ หรือสิ่งพิมพ์อื่น หรือด้วยวิธีอื่นใดเพื่อประโยชน์ในทางการค้า จะต้องนำเสียง ภาพ ภาพยนตร์ หรือข้อความที่จะโฆษณาดังกล่าวผ่านการพิจารณาและอนุญาตแล้วจึงจะโฆษณาได้ ผู้เขียนพบว่ากฎหมายของประเทศไทยมีปัญหา คือขาดหน่วยงานเอกชนที่จะเข้ามาช่วยกำกับดูแล และกฎหมายที่นำมาใช้ในการกำกับดูแลการโฆษณาอาหารภายใต้ มาตรา 40 ยังไม่ชัดเจนในทางปฏิบัติ ดังนั้น ผู้เขียนจึงเสนอให้ควรมีองค์กรเอกชนเข้ามาช่วยกำกับดูแล และควรมีการแก้ไขมาตรา 40 ให้ชัดเจนมากขึ้นโดยใช้กฎหมายของประเทศอังกฤษมาเป็นแนวทาง

คำสำคัญ: ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร, การโฆษณา, ผู้บริโภค

บทนำ

ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่ใช้รับประทานนอกเหนือจากการรับประทานอาหารตามปกติ ซึ่งมีสารอาหารหรือสารอื่นเป็นองค์ประกอบอยู่ในรูปเม็ด แคปซูล ผง เกล็ด ของเหลว หรือลักษณะอื่น ซึ่งมีในรูปแบบอาหารตามปกติ (conventional foods) สำหรับผู้บริโภคที่คาดหวังประโยชน์ทางด้านส่งเสริมสุขภาพ(ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 293) พ.ศ. 2548, ข้อ 2) โดยข้อมูลจากสถาบันอาหาร กระทรวงอุตสาหกรรมรายงานในปี 2558 พบว่าปัจจุบันตลาดผลิตภัณฑ์เสริมอาหารกำลังขยายตัวอย่างต่อเนื่อง มีมูลค่ากว่า 49,000 ล้านบาท (สถาบันอาหาร, 2558) นอกจากนั้น จากการสำรวจประชาชนในช่วง COVID-19 ของสวนดุสิตโพล มหาวิทยาลัยสวนดุสิต พบว่าคนไทย 45.4% เห็นว่ามีความสำคัญกับการดูแลสุขภาพมากขึ้น ซึ่งหนึ่งในวิธีการดูแลสุขภาพของคนไทยคือการรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร อย่างไรก็ตาม ปัญหาประการหนึ่งที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร คือ เนื่องจากผู้ประกอบการธุรกิจผลิตภัณฑ์เสริมอาหารต้องการให้ผู้บริโภคซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของตนเองมากขึ้น ผู้ประกอบการธุรกิจผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจึงใช้วิธีการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารโดยมีการอวดอ้างสรรพคุณของอาหารที่เกินจริง เช่น อวดอ้างว่าผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีผลในการป้องกันหรือรักษาโรคได้เหมือนยา เป็นต้น (Food and drug administration, 2013) หรือมีการโฆษณาโดยมีข้อความอันเป็นเท็จหรือหลอกลวงผู้บริโภคเกี่ยวกับคุณสมบัติหรือสรรพคุณของผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (Suchanya Ponpetch, 2020) ทั้งนี้ ในการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในปัจจุบัน นอกจากการโฆษณาโดยวิธีการทั่วไปแล้ว เนื่องจากเทคโนโลยีมีการพัฒนาอย่างรวดเร็วจึงส่งผลทำให้มีวิธีการโฆษณาโดยผ่านสื่อออนไลน์เพิ่มขึ้น ซึ่งในการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารก็เช่นกัน มีการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารโดยผ่านสื่อออนไลน์ต่างๆ เช่น

เว็บไซต์ Facebook Lazada หรือ Shopee เป็นต้น และในการโฆษณาผ่านสื่อออนไลน์ดังกล่าวก็พบว่ามีโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารโดยมีการอวดอ้างสรรพคุณของอาหารที่เกินจริง หรือมีการโฆษณาโดยมีข้อความอันเป็นเท็จหรือหลอกลวงผู้บริโภคเกี่ยวกับคุณสมบัติหรือสรรพคุณของผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร จึงทำให้ผู้บริโภคส่วนหนึ่งหลงเชื่อการโฆษณาดังกล่าว และบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีการโฆษณาดังกล่าวจนอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพและร่างกายของผู้บริโภค ดังนั้นเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคบทความนี้จึงจะอธิบายถึงมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของประเทศไทยพร้อมวิเคราะห์ปัญหาและเสนอแนวทางในการพัฒนากฎหมายดังกล่าว

บทความนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 อธิบายให้เห็นถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารบนสื่อออนไลน์ของประเทศไทย อังกฤษ ส่วนที่ 2 อธิบายให้เห็นถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารบนสื่อออนไลน์ของประเทศไทย ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ให้เห็นถึงปัญหาทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารบนสื่อออนไลน์ของประเทศไทย และส่วนสุดท้ายเป็นบทสรุปและข้อเสนอแนะการพัฒนามาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารบนสื่อออนไลน์ของประเทศไทย

1. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารบนสื่อออนไลน์ของประเทศไทย

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคของประเทศไทยคือ Consumer Protection from Unfair Trading Regulations 2008 (CPRs) (Gordon Borie and Aubrey L.Diamond, 1996)

หน่วยงานของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารบนสื่อออนไลน์ มี 3 หน่วยงาน คือ 1) สำนักงานการค้าที่เป็นธรรม

(Office of Fair Trading: OFT) เป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้นภายใต้ Fair Trading Act 1973 โดยภายใต้ Consumer Protection from Unfair Trading Regulations 2008 กำหนดให้สำนักงานการค้าที่เป็นธรรมเป็นหน่วยงานในการกำกับดูแลการดำเนินธุรกิจของผู้ประกอบธุรกิจในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภค (Darren Fitzgerald, 1996) 2) องค์การอาหารและยา ซึ่งเป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นภายใต้ Food Safety Act 1990 และ 3) สำนักงานกำกับดูแลมาตรฐานการโฆษณา (Advertising Standards Authority: ASA) เป็นหน่วยงานของเอกชนที่มีหน้าที่ในการกำกับดูแลการโฆษณาเพื่อให้การโฆษณาเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด ตลอดจนมีอำนาจในการดำเนินการห้ามไม่ให้มีการโฆษณาที่ทำให้ผู้บริโภคสับสนหรือเข้าใจผิด และรับรองว่าการโฆษณาของผู้ประกอบธุรกิจเป็นไปตามหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการโฆษณา (the Advertising Codes)

มาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารบนสื่อออนไลน์ของประเทศไทยอยู่ภายใต้กฎหมาย 2 ฉบับ คือ 1) The Consumer Protection from Unfair Trading Regulations 2008 (CPRs) และ 2) Food Safety Act 1990 โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1) ภายใต้ The Consumer Protection from Unfair Trading Regulations 2008 (CPRs) ในลักษณะที่ 2 ขีดห้าม (Prohibition) มาตราที่ 5 (1)(2) กำหนดว่าห้ามกระทำการโฆษณาที่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิด (Misleading) ซึ่งการกระทำทางการค้าที่จะถือว่าเป็นการกระทำที่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิดนั้น คือการกระทำที่เข้าเงื่อนไขใดเงื่อนไขหนึ่ง ดังต่อไปนี้...

(ก) มีข้อมูลที่เป็นเท็จและไม่เป็นความจริง หรือมีการนำเสนอในทางใดทางหนึ่งเป็นการหลอกลวง หรือมีแนวโน้มที่จะหลอกลวงผู้บริโภคเกี่ยวกับเรื่องใดๆ แม้ว่าข้อมูลนั้นจะต้องตามข้อเท็จจริงก็ตาม และ

(ข) การหลอกลวงนั้นมีผลทำให้หรือมีแนวโน้มที่จะทำให้ผู้บริโภคโดยเฉลี่ยตัดสินใจบนความ

เข้าใจผิดนั้นซึ่งหากไม่มีการกระทำที่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิดผู้บริโภคอาจไม่ตัดสินใจ...”

2) ภายใต้ Food Safety Act 1990 ได้กำหนดห้ามไม่ให้มีการอธิบายหรือนำเสนอข้อมูลทางด้านอาหารอันเป็นเท็จ และห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารโดยกล่าวอ้างว่ามีผลในการป้องกันและรักษาโรค ให้คำรับรองสรรพคุณ เปรียบเทียบผลกับยาหรือผลิตภัณฑ์อื่น รวมถึงการอ้างอิงเอกสารหลักฐานอันเป็นการปลอมแปลงขึ้นเพื่อนำมาใช้ในการโฆษณา นอกจากนั้น ในการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจะต้องใช้ข้อความในการโฆษณาตามที่ระบุไว้ในฉลาก

2. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารบนสื่อออนไลน์ของประเทศไทย

การคุ้มครองผู้บริโภคเกี่ยวกับการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารบนสื่อออนไลน์ของประเทศไทยมีกฎหมายที่เข้ามาเกี่ยวข้องทั้งหมด 3 ฉบับ ดังต่อไปนี้

2.1 พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522 ถือเป็นกฎหมายฉบับแรกของประเทศไทยที่เป็นกฎหมายกลางที่ให้การคุ้มครองผู้บริโภคโดยตรง โดยมีการรับรองสิทธิพื้นฐานของผู้บริโภค กำหนดมาตรการทางกฎหมายเพื่อคุ้มครองผู้บริโภค และกำหนดความรับผิดชอบของผู้ประกอบธุรกิจในกรณีฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว นอกจากนั้นยังมีการจัดตั้งองค์กรของรัฐทำหน้าที่ในการคุ้มครองผู้บริโภคโดยตรงคือสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) ซึ่งเป็นส่วนราชการที่มีฐานะเท่ากับกรม สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานที่รองรับการดำเนินการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค และกำหนดให้การดำเนินงานในการให้ความคุ้มครองผู้บริโภคด้านการโฆษณาอยู่ภายใต้อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการว่าด้วยการโฆษณา (the committee on advertisement)

หลักกฎหมายที่เกี่ยวกับการโฆษณาภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 อยู่ในมาตรา 22 ซึ่งกำหนดว่า การโฆษณาจะต้องไม่ใช่ข้อความที่เป็นการไม่เป็นธรรมต่อผู้บริโภคหรือใช้ข้อความที่อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสังคมเป็นส่วนรวม ทั้งนี้ ไม่ว่าข้อความดังกล่าวนั้นจะเป็นข้อความที่เกี่ยวกับแหล่งกำเนิด สภาพ คุณภาพ หรือลักษณะของสินค้าหรือบริการ ตลอดจนการส่งมอบ การจัดหา หรือการใช้สินค้าหรือบริการ โดยข้อความที่ถือว่าเป็นข้อความที่เป็นการไม่เป็นธรรมต่อผู้บริโภคหรือเป็นข้อความที่อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสังคมเป็นส่วนรวม มีดังต่อไปนี้ (1) ข้อความที่เป็นเท็จหรือเกินความจริง (2) ข้อความที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับสินค้าหรือบริการไม่ว่าจะกระทำโดยใช้หรืออ้างอิงรายงานทางวิชาการ สถิติ หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งอันไม่เป็นความจริงหรือเกินความจริง หรือไม่ก็ตาม (3) ข้อความที่เป็นการสนับสนุนโดยตรงหรือโดยอ้อมให้มีการกระทำผิดกฎหมายหรือศีลธรรม หรือนำไปสู่ความเสื่อมเสียในวัฒนธรรมของชาติ (4) ข้อความที่จะทำให้เกิดความแตกแยกหรือเสื่อมเสียความสามัคคีในหมู่ประชาชน และ (5) ข้อความอย่างอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

2.2 พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522

พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 กำหนดให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นหน่วยงานที่กำกับดูแลมาตรการต่างๆ ภายใต้พระราชบัญญัติฉบับดังกล่าว

หลักกฎหมายที่เกี่ยวกับการโฆษณาภายใต้พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 อยู่ในมาตรา 40 ถึงมาตรา 42 ซึ่งกำหนดว่า ห้ามมิให้ผู้ใดโฆษณาคุณสมบัติ คุณภาพ หรือสรรพคุณของอาหารอันเป็นเท็จหรือเป็นการ หลอกลวงให้เกิดความหลงเชื่อโดยไม่สมควร (พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522, มาตรา 40) และผู้ที่ประสงค์จะโฆษณาคุณสมบัติ คุณภาพหรือ

สรรพคุณของอาหารทางวิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์ ทางฉายภาพ ภาพยนตร์ หรือทางหนังสือพิมพ์ หรือสิ่งพิมพ์อื่น หรือด้วยวิธีอื่นใด เพื่อประโยชน์ในทางการค้า ต้องนำเสียง ภาพ ภาพยนตร์ หรือข้อความที่จะโฆษณาดังกล่าวนั้นให้มีการตรวจพิจารณาและได้รับอนุญาตก่อนจึงจะสามารถทำการโฆษณาได้ (พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522, มาตรา 41) นอกจากนั้น เพื่อพิทักษ์ประโยชน์และความปลอดภัยของผู้บริโภคให้ผู้อนุญาตมีอำนาจสั่งเป็นหนังสืออย่างใดอย่างหนึ่ง คือ (1) ให้ผู้ผลิต ผู้นำเข้าหรือผู้จำหน่ายอาหาร หรือผู้ทำการโฆษณาระงับการโฆษณาอาหารที่เห็นว่าเป็นการโฆษณาโดยฝ่าฝืนมาตรา 41 หรือ (2) ให้ผู้ผลิต ผู้นำเข้าหรือผู้จำหน่ายอาหาร หรือผู้ทำการโฆษณาอาหาร ระงับการผลิต การนำเข้า การจำหน่าย หรือการโฆษณาอาหารที่คณะกรรมการเห็นว่าอาหารดังกล่าวไม่มีคุณสมบัติ คุณภาพหรือสรรพคุณตามที่โฆษณา (พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522, มาตรา 42)

2.3 พระราชบัญญัติขายตรงและตลาดแบบตรง พ.ศ. 2545

พระราชบัญญัติขายตรงจะใช้บังคับกับธุรกิจ 2 ประเภท คือ 1) ธุรกิจขายตรง และ 2) ธุรกิจตลาดแบบตรง ซึ่ง “ขายตรง” หมายความว่า การทำตลาดสินค้าหรือบริการในลักษณะของการนำเสนอขายต่อผู้บริโภคโดยตรง ณ ที่อยู่อาศัยหรือสถานที่ทำงานของผู้บริโภคหรือของผู้อื่น หรือสถานที่อื่นที่มีใช้สถานที่ประกอบการค้าเป็นปกติธุระโดยผ่านตัวแทนขายตรง หรือผู้จำหน่ายอิสระชั้นเดียวหรือหลายชั้นแต่ไม่รวมถึงนิติกรรมที่กำหนดในกฎกระทรวง และ “ตลาดแบบตรง” หมายถึง การทำตลาดสินค้าหรือบริการในลักษณะของการสื่อสารข้อมูลเพื่อเสนอขายสินค้าหรือบริการโดยตรงต่อผู้บริโภคซึ่งอยู่ห่างโดยระยะทางและมุ่งหวังให้ผู้บริโภคแต่ละรายตอบกลับเพื่อซื้อสินค้าหรือบริการจากผู้ประกอบธุรกิจตลาดแบบตรงนั้น ส่วนการซื้อขายสินค้าหรือบริการโดยวิธีการพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่ถือว่า

เป็นตลาดแบบตรงให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง (พระราชบัญญัติขายตรงและตลาดแบบตรง พ.ศ. 2545, มาตรา 3)

อนึ่ง จากความหมายของคำว่า “ขายตรง” และ “ตลาดแบบตรง” ที่กล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่ากรณีที่มีการขายผลิตภัณฑ์เสริมอาหารออนไลน์จะเป็นกรณีที่เกี่ยวข้องกับ “ตลาดแบบตรง” อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่เป็นการซื้อขายสินค้าหรือบริการโดยวิธีการพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่ถือว่าเป็นตลาดแบบตรงให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง ซึ่งกฎกระทรวงดังกล่าวคือ กฎกระทรวง เรื่อง กำหนดการซื้อขายสินค้าหรือบริการโดยวิธีการพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่ถือว่าเป็นตลาดแบบตรง พ.ศ. 2561 ดังนั้น จากกฎกระทรวงข้างต้น การขายสินค้าหรือบริการโดยวิธีการพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่ถือว่าเป็นตลาดแบบตรง มีดังต่อไปนี้ (1) การขายสินค้าหรือบริการของบุคคลธรรมดาซึ่งมิได้จดทะเบียนเป็นผู้ประกอบธุรกิจแบบตรง และมีรายได้จากการขายสินค้าหรือบริการโดยวิธีการพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ไม่เกินหนึ่งล้านแปดแสนบาทต่อปี (2) การขายสินค้าหรือบริการของวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมที่ได้ขึ้นทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (3) การขายสินค้าหรือบริการของวิสาหกิจชุมชนและเครือข่ายวิสาหกิจชุมชนที่ได้จดทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน และ (4) การขายสินค้าหรือบริการของสหกรณ์และกลุ่มเกษตรกรที่ได้จดทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วยสหกรณ์

ดังนั้น การซื้อขายสินค้าออนไลน์ที่ไม่ได้อยู่ในข้อยกเว้นตามกฎกระทรวงดังกล่าวจะต้องอยู่ภายใต้บังคับของพระราชบัญญัติขายตรงและตลาดแบบตรง พ.ศ. 2545 ในส่วนหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการโฆษณาตลาดแบบตรง และองค์การในการควบคุมการตลาดแบบตรง ประกอบด้วย สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค คณะกรรมการขายตรงและตลาดแบบตรง ทั้งนี้ การคุ้มครองด้านการโฆษณา กฎหมายให้นำบทบัญญัติของ

กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค ในส่วนที่เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการโฆษณามาใช้บังคับแก่การสื่อสารข้อมูลเพื่อเสนอขายสินค้าหรือบริการของผู้ประกอบธุรกิจตลาดแบบตรงโดยอนุโลม โดยให้ถือว่าอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคเป็นอำนาจหน้าที่ของรัฐมนตรี และให้ถือว่าอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการว่าด้วยการโฆษณาเป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ (พระราชบัญญัติขายตรงและตลาดแบบตรง พ.ศ. 2545, มาตรา 29) ดังนั้น ในการกำกับดูแลการโฆษณาของตลาดแบบตรง อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการว่าด้วยการโฆษณาจะถือเป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการขายตรงและตลาดแบบตรง ซึ่งจะมีอำนาจหน้าที่ในการกำกับดูแลการโฆษณาของตลาดแบบตรง โดยนำหลักเกณฑ์ในส่วนที่เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการโฆษณาในมาตรา 22 แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 มาใช้บังคับแก่การสื่อสารข้อมูลเพื่อเสนอขายสินค้าหรือบริการของผู้ประกอบธุรกิจตลาดแบบตรงโดยอนุโลมนั่นเอง (ธีรวัฒน์ จันทรมบูรณ์, 2564, หน้า 43)

ทั้งนี้ ในการคุ้มครองผู้บริโภคนั้น พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ถือว่าเป็นกฎหมายกลางที่กำหนดหลักเกณฑ์และมาตรการต่างๆ เพื่อใช้ในการคุ้มครองผู้บริโภค อย่างไรก็ตาม ในการบังคับใช้กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคของประเทศไทยนั้น ถ้ามีการบัญญัติกฎหมายเฉพาะเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคในแต่ละด้านออกมาเป็นการเฉพาะ ต้องนำกฎหมายเฉพาะดังกล่าวมาบังคับใช้ก่อน แต่ถ้ากฎหมายเฉพาะดังกล่าวไม่มีการกำหนดหลักเกณฑ์ในเรื่องใด จึงนำพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 มาบังคับใช้แทนในเรื่องนั้นๆ ดังนั้น ในส่วนของหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการกำกับดูแลการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ซึ่งมีพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 โดยเป็นกฎหมายเฉพาะที่บัญญัติขึ้นมาเพื่อการควบคุมคุณภาพอาหาร และคุ้มครองความปลอดภัยของผู้บริโภคขึ้นมาโดยเฉพาะแล้ว ดังนั้นจึงต้องนำหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการ

โฆษณาภายใต้พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 มา
บังคับใช้กับการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของ
ประเทศไทย

3. ปัญหากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารบนสื่อออนไลน์ของประเทศไทย

จากที่ได้อธิบายกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการ
โฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารบนสื่อออนไลน์ของ
ประเทศอังกฤษและประเทศไทยไปแล้วสามารถสรุปเป็น
ตารางเปรียบเทียบกฎหมายของประเทศอังกฤษและ
ประเทศไทยได้ดังต่อไปนี้

ตาราง เปรียบเทียบกฎหมายของประเทศอังกฤษและประเทศไทยในส่วนของการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร
บนสื่อออนไลน์

หัวข้อ	กฎหมายประเทศอังกฤษ		กฎหมายประเทศไทย		
	Consumer Protection from Unfair Trading Regulations 2008	Food Safety Act 1990	พระราชบัญญัติ คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522	พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522	พระราชบัญญัติขาย ตรงและตลาดแบบ ตรง พ.ศ. 2545
หน่วยงาน	-สำนักงานการค้าที่เป็น ธรรม -สำนักงานกำกับดูแล มาตรฐานการโฆษณา	-องค์การอาหาร และยา	-คณะกรรมการ คุ้มครองผู้บริโภค -คณะกรรมการว่า ด้วยการโฆษณา	-สำนักงาน คณะกรรมการอาหาร และยา	-คณะกรรมการ คุ้มครองผู้บริโภค -คณะกรรมการขาย ตรงและตลาดแบบ ตรง
มาตรการ ทางกฎหมาย	มาตราที่ 5 (1)(2) ห้าม กระทำการโฆษณาที่ ก่อให้เกิดความเข้าใจผิด (Misleading) ซึ่ง การ กระทำทางการค้าที่จะ ถือว่าเป็นการกระทำที่ ก่อให้เกิดความเข้าใจผิด นั้น คือการกระทำที่เข้า เงื่อนไขใดเงื่อนไขหนึ่ง ดังต่อไปนี้ (ก) มีข้อมูลที่เป็นเท็จ และไม่เป็นความจริง หรือมีการนำเสนอในทาง ใดทางหนึ่งที่เป็น หลอกลวงหรือมีแนวโน้ม ที่จะหลอกลวงผู้บริโภค เกี่ยวกับเรื่องใดๆ แม้ว่า ข้อมูลนั้นจะต้องตาม ข้อเท็จจริงก็ตาม และ	ห้ามไม่ให้มีการ อธิบายหรือนำเสนอข้อมูล ทางด้านอาหารอัน เป็นเท็จ และห้าม โฆษณาผลิตภัณฑ์ เสริมอาหารโดย กล่าวอ้างว่ามีผลใน การป้องกันและ รักษาโรค ให้คำ รับรองสรรพคุณ เปรียบเทียบกับ ยาหรือผลิตภัณฑ์ อื่น รวมถึงการ อ้างอิงเอกสาร หลักฐานอันเป็น การปลอมแปลงขึ้น เพื่อนำมาใช้ในการ โฆษณา	มาตรา 22 การ โฆษณาจะต้องไม่ ใช้ข้อความที่เป็น การไม่เป็นธรรมต่อ ผู้บริโภคหรือใช้ ข้อความที่อาจ ก่อให้เกิดผลเสีย ต่อสังคมเป็น ส่วนรวม ทั้งนี้ ไม่ ว่าข้อความ ดังกล่าวนั้นจะเป็น ข้อความเกี่ยวกับ แหล่งกำเนิด สภาพ คุณภาพ หรือลักษณะของ สินค้าหรือบริการ ตลอดจนการส่ง มอบ การจัดหา หรือการใช้สินค้า	-มาตรา 40 ห้ามมิให้ ผู้ใดโฆษณา คุณประโยชน์ คุณภาพ สรรพคุณของอาหารอัน เป็นเท็จหรือเป็นการ หลอกลวงให้เกิดความ หลงเชื่อโดยไม่สมควร -มาตรา 41 ผู้ที่ ประสงค์จะโฆษณา คุณประโยชน์ คุณภาพ หรือสรรพคุณของ อาหารทาง วิทยุกระจายเสียง วิทยุ โทรทัศน์ ทางฉายภาพ ภาพยนตร์ หรือทาง หนังสือพิมพ์ หรือ สิ่งพิมพ์อื่น หรือด้วยวิธี อื่นใด เพื่อประโยชน์ ในทางการค้าต้องนำ	มาตรา 29 ประกอบ มาตรา 22 พระราชบัญญัติ คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522 การโฆษณา จะต้องไม่ใช่ข้อความ ที่เป็นการไม่เป็นธรรม ต่อผู้บริโภคหรือใช้ ข้อความที่อาจ ก่อให้เกิดผลเสียต่อ สังคมเป็นส่วนรวม ทั้งนี้ ไม่ว่าข้อความ ดังกล่าวนั้นจะเป็น ข้อความเกี่ยวกับ แหล่งกำเนิด สภาพ คุณภาพ หรือลักษณะ ของสินค้าหรือบริการ ตลอดจนการส่งมอบ การจัดหา หรือการใช้

หัวข้อ	กฎหมายประเทศอังกฤษ		กฎหมายประเทศไทย		
	Consumer Protection from Unfair Trading Regulations 2008	Food Safety Act 1990	พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522	พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522	พระราชบัญญัติขายตรงและตลาดแบบตรง พ.ศ. 2545
มาตรการทางกฎหมาย (ต่อ)	(ข) การหลอกลวงนั้นมีผลทำให้หรือมีแนวโน้มที่จะทำให้ผู้บริโภคโดยเฉลี่ยตัดสินใจบนความเข้าใจผิดนั้นซึ่งหากไม่มีการกระทำที่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิดผู้บริโภคอาจไม่ตัดสินใจ	นอกจากนั้นในการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจะต้องใช้ข้อความในการโฆษณาตามที่ระบุไว้ในฉลาก	หรือบริการ โดยข้อความที่ถือว่าเป็นข้อความที่เป็น การไม่เป็นธรรมต่อผู้บริโภคหรือเป็นข้อความที่อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสังคมเป็นส่วนรวม มีดังต่อไปนี้ (1) ข้อความที่เป็นเท็จหรือเกินความจริง (2) ข้อความที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับสินค้าหรือบริการไม่ว่าจะกระทำโดยใช้หรืออ้างถึงรายงานทางวิชาการ สถิติ หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งอันไม่เป็นความจริงหรือเกินความจริงหรือไม่ก็ตาม... (5) ข้อความอย่างอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง	เสียง ภาพ ภาพยนตร์ หรือข้อความที่จะโฆษณาให้มีการตรวจพิจารณาและได้รับอนุญาตก่อนจึงจะสามารถทำการโฆษณาได้ -มาตรา42 เพื่อพิทักษ์ประโยชน์และความปลอดภัยของผู้บริโภค ให้ผู้อนุญาตมีอำนาจสั่งเป็นหนังสือ (1) ให้ผู้ผลิต ผู้นำเข้าหรือผู้จำหน่ายอาหาร หรือผู้ทำการโฆษณาอาหาร ระบุเห็นว่าเป็นการโฆษณาโดยฝ่าฝืนมาตรา 41 หรือ (2) ให้ผู้ผลิต ผู้นำเข้าหรือผู้จำหน่ายอาหาร หรือผู้ทำการโฆษณาอาหาร ระบุ การผลิต การนำเข้า การจำหน่าย หรือการโฆษณาอาหารที่ คณะกรรมการเห็นว่าอาหารดังกล่าวไม่มีคุณประโยชน์ คุณภาพ หรือสรรพคุณตามที่โฆษณา	สินค้าหรือบริการ โดยข้อความที่ถือว่าเป็นข้อความที่เป็น การไม่เป็นธรรมต่อผู้บริโภคหรือเป็นข้อความที่อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสังคมเป็นส่วนรวม มีดังต่อไปนี้ (1) ข้อความที่เป็นเท็จหรือเกินความจริง (2) ข้อความที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับสินค้าหรือบริการไม่ว่าจะกระทำโดยใช้หรืออ้างถึงรายงานทางวิชาการ สถิติ หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งอันไม่เป็นความจริงหรือเกินความจริงหรือไม่ก็ตาม... (5) ข้อความอย่างอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

อนึ่ง จากตารางเปรียบเทียบกฎหมายของ ประเทศอังกฤษและกฎหมายของประเทศไทย ผู้เขียน เห็นว่าโดยภาพรวมกฎหมายเกี่ยวกับการโฆษณา

ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารบนสื่อออนไลน์ของประเทศไทยมี ปัญหาหลักสอง ประการ ดังต่อไปนี้

3.1 ปัญหาเกี่ยวกับความไม่ชัดเจนของบทกฎหมาย

หลักกฎหมายที่เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคจากการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารบนสื่อออนไลน์ มาตรา 40 แห่งพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ได้กำหนดว่า ห้ามมิให้ผู้ใดโฆษณาคุณประโยชน์ คุณภาพ หรือสรรพคุณของอาหารอันเป็นเท็จหรือเป็นการหลอกลวงให้เกิดความหลงเชื่อโดยไม่สมควร และหลักกฎหมายที่เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคจากการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารบนสื่อออนไลน์ มาตรา 22 แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ได้กำหนดว่า การโฆษณาจะต้องไม่ใช่ข้อความที่เป็นการไม่เป็นธรรมต่อผู้บริโภคหรือใช้ข้อความที่อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสังคมเป็นส่วนรวม ทั้งนี้ ไม่ว่าข้อความดังกล่าวนั้นจะเป็นข้อความที่เกี่ยวกับแหล่งกำเนิด สภาพ คุณภาพ หรือลักษณะของสินค้าหรือบริการ ตลอดจนการส่งมอบ การจัดหา หรือการใช้สินค้าหรือบริการ ทั้งนี้ ข้อความที่ถือว่าเป็นข้อความที่เป็นการไม่เป็นธรรมต่อผู้บริโภคหรือเป็นข้อความที่อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสังคมเป็นส่วนรวม มีดังต่อไปนี้ (1) ข้อความที่เป็นเท็จหรือเกินความจริง (2) ข้อความที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับสินค้าหรือบริการไม่ว่าจะกระทำโดยใช้หรืออ้างอิงรายงานทางวิชาการ สถิติ หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งอันไม่เป็นความจริงหรือเกินความจริง หรือไม่ก็ตาม ทั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับของประเทศไทยภายใต้ Food Safety Act 1990 ซึ่งกำหนดห้ามไม่ให้มีการอวดอ้างหรือนำเสนอข้อมูลทางด้านอาหารอันเป็นเท็จ และห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารโดยกล่าวอ้างว่ามีผลในการป้องกันและรักษาโรค ให้คำรับรองสรรพคุณ เปรียบเทียบผลกับยาหรือผลิตภัณฑ์อื่น รวมถึงการอ้างอิงเอกสารหลักฐานอันเป็นการปลอมแปลงขึ้นเพื่อนำมาใช้ในการโฆษณา นอกจากนี้ ในการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจะต้องใช้ข้อความในการโฆษณาตามที่ระบุไว้ในฉลาก

อนึ่ง จะเห็นได้ว่าภายใต้มาตรา 40 แห่งพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการกำกับดูแลการโฆษณาไว้อย่างกว้างๆ ต้องมีการนำข้อเท็จจริงในการโฆษณาที่เกิดขึ้นมาวินิจฉัยซึ่งอาจส่งผลทำให้เกิดความล่าช้าในการป้องกันความเสียหายที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้บริโภค ในทางตรงกันข้ามกฎหมายของประเทศไทย มีการกำหนดข้อห้ามไว้ค่อนข้างชัดเจนและครอบคลุม ดังนั้น ผู้เขียนจึงเห็นว่าบทบัญญัติมาตรา 40 ภายใต้พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ยังมีความไม่ชัดเจนเพียงพอที่จะนำมาปรับใช้เพื่อคุ้มครองผู้บริโภคจากการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารบนสื่อออนไลน์ของประเทศไทย

3.2 ปัญหาหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำกับดูแลการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารบนสื่อออนไลน์

หน่วยงานที่มีหน้าที่กำกับดูแลเกี่ยวกับอาหาร ภายใต้พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 คือ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ส่วนภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ได้มีการจัดตั้งองค์กรของรัฐทำหน้าที่ในการคุ้มครองผู้บริโภคโดยตรง คือสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) ซึ่งเป็นส่วนราชการที่มีฐานะเท่ากับกรม สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานที่รองรับการดำเนินการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค และกำหนดให้การดำเนินงานในการให้ความคุ้มครองผู้บริโภคด้านการโฆษณาอยู่ภายใต้อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการว่าด้วยการโฆษณา ทั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับของประเทศไทยพบว่า หน่วยงานของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารบนสื่อออนไลน์มีทั้งหน่วยงานที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของภาครัฐ คือสำนักงานการค้าที่เป็นธรรม ซึ่งเป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้นภายใต้ Fair Trading Act 1973 และองค์การอาหารและยา ซึ่งเป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นภายใต้ Food Safety Act 1990 และเพื่อให้การกำกับดูแลคุ้มครองผู้บริโภคดำเนินการได้

อย่างรวดเร็วขึ้น ประเทศอังกฤษจึงมีองค์กรของภาคเอกชนเข้ามาช่วยกำกับดูแลการโฆษณาด้วย คือสำนักงานกำกับดูแลมาตรฐานการโฆษณา (Advertising Standards Authority: ASA) ซึ่งเป็นหน่วยงานของเอกชนที่มีหน้าที่ในการกำกับดูแลการโฆษณาเพื่อให้การโฆษณาเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด โดยมีอำนาจในการดำเนินการห้ามไม่ให้มีการโฆษณาที่ทำให้ผู้บริโภคสับสนหรือเข้าใจผิด และรับรองว่าการโฆษณาของผู้ประกอบธุรกิจเป็นไปตามหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการโฆษณา (the Advertising Codes) ด้วย

ดังนั้น ผู้เขียนจึงเห็นว่า หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำกับดูแลการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารบนสื่อออนไลน์ของประเทศไทยมีเพียงหน่วยงานของภาครัฐเท่านั้น ซึ่งอาจทำให้การกำกับดูแลการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารบนสื่อออนไลน์อาจมีความล่าช้ากว่าเมื่อเทียบกับของประเทศไทยที่มีทั้งหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนที่ร่วมมือกันในการกำกับดูแล

4. บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ปัจจุบันตลาดผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของประเทศไทยกำลังขยายตัวอย่างต่อเนื่องทั้งที่เป็นการขายทั่วไปและการขายบนสื่อออนไลน์ อย่างไรก็ตาม ปัญหาประการหนึ่งที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร คือ ผู้ประกอบธุรกิจผลิตภัณฑ์เสริมอาหารใช้วิธีการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารโดยมีการอวดอ้างสรรพคุณของอาหารที่เกินจริงหรือมีการโฆษณาโดยมีข้อความอันเป็นเท็จหรือหลอกลวงผู้บริโภคเกี่ยวกับคุณสมบัติหรือสรรพคุณของผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร จึงทำให้ผู้บริโภคส่วนหนึ่งหลงเชื่อการโฆษณาดังกล่าว และบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีการโฆษณาดังกล่าวจนอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพและร่างกายของผู้บริโภค ซึ่งในต่างประเทศ เช่น ประเทศอังกฤษก็มีกฎหมายที่นำมาใช้เพื่อคุ้มครองผู้บริโภคจากการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารบนสื่อออนไลน์ คือ The Consumer Protection

from Unfair Trading Regulations 2008 และ Food Safety Act 1990 โดยมีสำนักงานการค้าที่เป็นธรรมองค์การอาหารและยา และสำนักงานกำกับดูแลมาตรฐานการโฆษณา เข้ามากำกับดูแลในเรื่องดังกล่าว สำหรับประเทศไทยมีกฎหมายที่เข้ามาเกี่ยวข้อง คือ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 และพระราชบัญญัติขายตรงและตลาดแบบตรง พ.ศ. 2545 และหน่วยงานที่เข้ามากำกับดูแลการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารบนสื่อออนไลน์ คือ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งพบว่าในการคุ้มครองผู้บริโภคจากการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารบนสื่อออนไลน์ของประเทศไทยมีปัญหาหลักอยู่ 2 ประการ คือ ปัญหาเกี่ยวกับความไม่ชัดเจนของบทกฎหมาย และปัญหาหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำกับดูแลการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารบนสื่อออนไลน์ ดังนั้น ผู้เขียนเสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ดังต่อไปนี้

ในส่วนของปัญหาเกี่ยวกับความไม่ชัดเจนของบทกฎหมาย จากที่ผู้เขียนได้วิเคราะห์ให้เห็นแล้วว่า ภายใต้มาตรา 40 แห่งพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการกำกับดูแลการโฆษณาไว้อย่างกว้างๆ ว่าต้องมีการนำข้อเท็จจริงในการโฆษณาที่เกิดขึ้นมาวินิจฉัยซึ่งอาจส่งผลทำให้เกิดความล่าช้าในการป้องกันความเสียหายที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้บริโภค ในทางตรงกันข้าม กฎหมายของประเทศไทย มีการกำหนดข้อห้ามไว้ค่อนข้างชัดเจนและครอบคลุม ดังนั้น ผู้เขียนจึงเห็นว่าบทบัญญัติมาตรา 40 ภายใต้พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ยังมีความไม่ชัดเจนเพียงพอที่จะนำมาปรับใช้ในการคุ้มครองผู้บริโภคจากการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารบนสื่อออนไลน์ ดังนั้น ผู้เขียนจึงเสนอแนวทางโดยควรมีการแก้ไข มาตรา 40 ภายใต้พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้นโดยนำกฎหมายของประเทศไทยมาเป็นแนวทาง คือควรแก้ไขมาตรา 40 ให้บัญญัติว่า

“ห้ามมิให้ผู้ใดโฆษณาคุณประโยชน์ คุณภาพ หรือสรรพคุณของอาหารโดยมีการอวดอ้างหรือนำเสนอ ข้อมูลทางด้านอาหารอันเป็นเท็จหรือเป็นการหลอกลวง ให้เกิดความหลงเชื่อโดยไม่สมควร หรือกล่าวอ้างว่ามีผล ในการป้องกันและรักษาโรค ให้คำรับรองสรรพคุณ เปรียบเทียบผลกับยาหรือผลิตภัณฑ์อื่น รวมถึงการ อ้างอิงเอกสารหลักฐานอันเป็นการปลอมแปลงขึ้นเพื่อนำมาใช้ในการโฆษณา”

ในส่วนของปัญหาหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการกำกับดูแลการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร บนสื่อออนไลน์ จากที่ผู้เขียนได้วิเคราะห์ให้เห็นแล้วว่า

หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำกับดูแลการโฆษณา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารบนสื่อออนไลน์ของประเทศไทยมี เพียงหน่วยงานของภาครัฐเท่านั้น ซึ่งอาจทำให้การ กำกับดูแลการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารบนสื่อ ออนไลน์อาจมีความล่าช้ากว่าเมื่อเทียบกับของประเทศ อังกฤษที่มีทั้งหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่ ร่วมมือกันในการกำกับดูแล ดังนั้น ผู้เขียนเห็นว่า ประเทศไทยควรมีการพัฒนาโดยมีการสนับสนุนให้มี องค์การของภาคเอกชนเข้ามามีส่วนช่วยในการกำกับดูแล การโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารบนสื่อออนไลน์ด้วย

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

- ธีรวัฒน์ จันทรมบูรณ์. (2564). ขายตรงและตลาดแบบตรง. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : นิติธรรม.
- นนทวัชร นวตระกูลพิสุทธิ์. (2563). กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค. พิมพ์ครั้งที่ 2. โครงการตำราและเอกสารประกอบการสอน คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สถาบันอาหาร. (2558). สืบค้นวันที่ 15 พฤศจิกายน 2565. <https://www.nfi.or.th/service-single-page.php?id=301>.
- สุขุม สุภินิตย์. (2540). คำอธิบายกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- Darren Fitzgerald. (1997). Comparative Advertising in the United Kingdom. London : Hart Publishing.
- Gordon Borie and Aubrey L. Diamond. (1996). The Consumer, Society and the Law. London : Mac Gibbon&KU.
- Finansia. (2018). ธุรกิจสุขภาพ เทรนด์ที่มาแรง. สืบค้นวันที่ 15 พฤศจิกายน 2565. <https://www.fnsyus.com/uploads/research/211215Specialreport-HealthFocus.pdf>.
- Suchanya Ponpetch. (2020). Supervising the Advertising of Dietary Supplements on the Internet. Research and Development Health System Journal. May-August. Vol.13 No.2. 624.

Interesting Law

Adolescent Pregnancy Prevention and Solution to the Problem Act, B.E. 2559

Chardsumon Prutipinyo

Professor, Faculty of Public Health, Mahidol University

Abstract

This law was created to prevent and solve the problem of adolescent pregnancy. The definition of adolescent under this law is a person who has completed ten years of age but has not completed twenty years of age. This pregnancy problem in Thailand affects all levels and the problem is so complex that it cannot be solved by the authority of any single agency alone. Therefore, it is necessary to create a mechanism for setting policies, strategies and joint operations of relevant agencies, including government, private, and civil society. This law establishes the rights of adolescents having access to information, knowledge, and reproductive health services, that all relevant sectors must implement by law. Thus, preventing and solving the problem of adolescent pregnancy in a comprehensive way. But it may not include women in other age groups.

กฎหมายที่น่าสนใจ

พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559

ฉัตรสมน พฤทธิปัญญา

ศาสตราจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ได้ให้ความหมายของ “วัยรุ่น” ว่าเป็นบุคคลอายุเกินสิบปีบริบูรณ์ แต่ยังไม่ถึงยี่สิบปีบริบูรณ์ ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทย ส่งผลกระทบในทุกระดับ และปัญหาดังกล่าวมีความซับซ้อน ไม่อาจแก้ไขได้ด้วยอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานใด หน่วยงานหนึ่ง จึงจำเป็นต้องสร้างกลไกในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินการร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานของรัฐ หน่วยงานของเอกชนและประชาสังคม กำหนดสิทธิของวัยรุ่นที่เกี่ยวข้องกับการได้รับข้อมูลความรู้และบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ที่ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้องดำเนินการตามกฎหมาย ซึ่งจะช่วยป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างบูรณาการ แต่อาจไม่สามารถแก้ไขในกลุ่มผู้หญิงที่มีใช้วัยรุ่น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สถานศึกษา สถานพยาบาล ราชการส่วนท้องถิ่น

บทนำ

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ใน พ.ศ.2562 พบว่าอัตราการมีบุตรของวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปีในภาพรวมทั้งประเทศเป็น 23 ต่อ 1,000 โดยในภาคเหนือ พบอัตราสูงสุดถึง 42 รองลงมาภาคใต้ 35 และภาคกลาง 21 ต่อ 1,000 การตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นปัญหาที่ทั่วโลกให้ความสำคัญโดยองค์การสหประชาชาติกำหนดให้อัตราการคลอดวัยรุ่นเป็นตัวชี้วัดเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษและการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยกำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี เป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดในการบรรลุเป้าหมายที่ว่าด้วยการสร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตอย่างมีคุณภาพ ที่ทุกประเทศต้องการบรรลุให้ได้ภายใน ปีพ.ศ. 2573 (Bureau of Reproductive Health, 2017; Unicef Thailand, 2015) ซึ่งจากการวิเคราะห์อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปีของประเทศไทย พบว่ามีแนวโน้มลดลงนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 เป็นต้นมา แต่ยังถือว่าเกินค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือไม่เกินร้อยละ 14 (Bureau of Reproductive Health, 2020)

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนำไปสู่ปัญหาอื่นๆ ตามมา เช่น ปัญหาการทำแท้ง การต้องพักการเรียน ข้อมูลจากการเฝ้าระวังการทำแท้งประเทศไทย พ.ศ. 2562 ของสำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในจำนวนสตรีที่มาทำแท้ง อายุต่ำกว่า 15 ปี ร้อยละ 1.4 และอายุ 15-24 ปี ร้อยละ 36.3 โดยเหตุผลของการทำแท้ง เนื่องจากมีปัญหาร้องค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตร ร้อยละ 27.7 และการตั้งครรภ์เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ร้อยละ 21.5 (สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2564) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทยเป็นปัญหาที่มีมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน

สังคม และเศรษฐกิจในภาพรวม เป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนและไม่อาจแก้ไขได้ด้วยอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง จึงได้มีการตราพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 เพื่อให้เกิดการบูรณาการการทำงานที่มีความเชื่อมโยงสอดคล้องสนับสนุนซึ่งกันและกันอย่างมีประสิทธิภาพ (ราชกิจจานุเบกษา, 2559) ทั้งนี้แผนยุทธศาสตร์แห่งชาติ สำหรับการป้องกันและการแก้ปัญหาในการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ปีงบประมาณ 2558-2567 ยุทธศาสตร์ที่ 1 ได้แก่ พัฒนาระบบการศึกษาที่ส่งเสริมการเรียนรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตที่มีคุณภาพ และมีระบบการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม เป้าประสงค์ที่ 1 คือ วัยรุ่นได้รับการส่งเสริมการเรียนรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะ การที่จะบรรลุเป้าประสงค์ดังกล่าว จำเป็นต้องมีการจัดหลักสูตรเพศศึกษารอบด้านที่ครอบคลุมการเรียนรู้ด้านเพศ อนามัยเจริญพันธุ์ และทักษะชีวิตที่จำเป็น

สาระสำคัญของกฎหมาย

ตามพระราชบัญญัติฯ นี้ให้ความหมายของ “วัยรุ่น” ว่าเป็นบุคคลอายุเกินสิบปีบริบูรณ์ แต่ยังไม่ถึงยี่สิบปีบริบูรณ์ ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทยส่งผลกระทบในทุกระดับ และปัญหาดังกล่าวมีความซับซ้อน ไม่อาจแก้ไขได้ด้วยอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง จึงจำเป็นต้องสร้างกลไกในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินการร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานของรัฐ หน่วยงานของเอกชนและประชาสังคม จึงได้มีการตราพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 เพื่อให้เกิดการบูรณาการการทำงานให้มีความเชื่อมโยงสอดคล้องสนับสนุนซึ่งกันและกันอย่างมีประสิทธิภาพสาระสำคัญของกฎหมายฉบับนี้ คือ การ

กำหนดให้มีคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาคอร์รัปชันในวัยรุ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ มีอำนาจหน้าที่เสนอแนะนโยบายและยุทธศาสตร์ รวมทั้งแนวทางแก้ไขปรับปรุงกฎหมายและมาตรการเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาคอร์รัปชันในวัยรุ่นก่อนนำมาตรการไปดำเนินการ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

พระราชบัญญัตินี้ กำหนดไว้ในหมวด 1 การป้องกันและแก้ไขปัญหาคอร์รัปชันในวัยรุ่น หมวด 2 เป็นเรื่องคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาคอร์รัปชันในวัยรุ่น และ หมวด 3 เป็นเรื่องเกี่ยวกับบทกำหนดโทษ ซึ่งมาตรา 23 ผู้ใด ไม่ปฏิบัติตามคำสั่งคณะกรรมการหรือคณะอนุกรรมการ ตามมาตรา 20 โดยไม่มีเหตุอันสมควร ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ในหมวดแรก ที่ว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาคอร์รัปชันในวัยรุ่น ตามมาตรา 5 วัยรุ่นมีสิทธิตัดสินใจด้วยตนเอง และมีสิทธิได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้ ได้รับการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้รับการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว ได้รับการจัดสวัสดิการสังคมอย่างเสมอภาคและไม่ถูกเลือกปฏิบัติ และได้รับสิทธิอื่นใดที่เป็นไปเพื่อประโยชน์ตามพระราชบัญญัตินี้ อย่างถูกต้อง ครบถ้วนและเพียงพอ

มาตรา 6 ให้สถานศึกษาดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาคอร์รัปชันในวัยรุ่น ดังต่อไปนี้ (1) จัดให้มีการเรียนการสอนเรื่องเพศวิถีศึกษาให้เหมาะสมกับช่วงวัยของนักเรียนหรือนักศึกษา (2) จัดหาและพัฒนาผู้สอนให้สามารถสอนเพศวิถีศึกษา และให้คำปรึกษา ในเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาคอร์รัปชันในวัยรุ่นแก่นักเรียนหรือนักศึกษา (3) จัดให้มีระบบการดูแลช่วยเหลือ และคุ้มครองนักเรียนหรือนักศึกษา ซึ่ง

ตั้งครุฑ ให้ได้รับการศึกษาด้วยรูปแบบที่เหมาะสมและต่อเนื่อง รวมทั้งจัดให้มีระบบการส่งต่อให้ได้รับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ และการจัดสวัสดิการสังคมอย่างเหมาะสม

การกำหนดประเภทของสถานศึกษา และการดำเนินการของสถานศึกษาแต่ละประเภท ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา 7 ให้สถานบริการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาคอร์รัปชันในวัยรุ่น ดังต่อไปนี้

(1) ให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาคอร์รัปชันในวัยรุ่นแก่ผู้รับบริการซึ่งเป็นวัยรุ่นอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเพียงพอ

(2) จัดให้มีบริการให้คำปรึกษาและบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ได้มาตรฐานสำหรับผู้รับบริการซึ่งเป็นวัยรุ่น และสอดคล้องกับสิทธิตามมาตรา 5 รวมทั้งจัดให้มีระบบการส่งต่อให้ได้รับการจัดสวัสดิการสังคมอย่างเหมาะสม

การกำหนดประเภทของสถานบริการ และการดำเนินการของสถานบริการแต่ละประเภท ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา 8 ให้สถานประกอบกิจการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาคอร์รัปชันในวัยรุ่น ดังต่อไปนี้

(1) ให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาคอร์รัปชันในวัยรุ่นแก่ลูกจ้าง ซึ่งเป็นวัยรุ่นอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเพียงพอ

(2) จัดหรือสนับสนุนให้ลูกจ้างซึ่งเป็นวัยรุ่นเข้าถึงบริการให้คำปรึกษาและบริการอนามัยการเจริญพันธุ์

รวมทั้งจัดให้มีระบบการส่งต่อให้ได้รับการจัดสวัสดิการสังคมอย่างเหมาะสม

การกำหนดประเภทของสถานประกอบกิจการ และการดำเนินการของสถานประกอบกิจการแต่ละประเภท ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา 9 ให้มีการจัดสวัสดิการสังคมที่เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ดังต่อไปนี้

(1) ส่งเสริมสนับสนุนให้สภาเด็กและเยาวชนระดับจังหวัดและระดับอำเภอสร้างเครือข่ายเด็กและเยาวชนในพื้นที่เพื่อเป็นแกนนำป้องกัน แก้ไข และเฝ้าระวังปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

(2) ส่งเสริมสนับสนุนให้หน่วยงานของรัฐ และหน่วยงานของเอกชนที่เกี่ยวข้อง ทำหน้าที่ประสานงาน เฝ้าระวัง และให้ความช่วยเหลือแก่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์และครอบครัว

(3) จัดให้มีการฝึกอบรมตามความสนใจและความถนัดแก่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ก่อนและหลังคลอดที่ประสงค์จะเข้ารับฝึกอบรม และประสานงานเพื่อจัดงานให้ได้ประกอบอาชีพตามความเหมาะสม

(4) จัดหาครอบครัวทดแทนในกรณีที่วัยรุ่นไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเองได้

(5) การจัดสวัสดิการสังคมในด้านอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา 10 ให้ราชการส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่ดำเนินการให้วัยรุ่นในเขตราชการส่วนท้องถิ่นได้รับสิทธิตามมาตรา 5

เพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ให้ราชการส่วนท้องถิ่นมีอำนาจออกข้อบัญญัติ

ท้องถิ่นตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

ในหมวด 2 ว่าด้วยคณะกรรมการนั้น ตามมาตรา 17 คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(1) เสนอนโยบายและยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณา

(2) เสนอแนวทางแก้ไขปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่อคณะรัฐมนตรี รวมทั้งเสนอความเห็นต่อรัฐมนตรีในการออกกฎกระทรวงตามพระราชบัญญัติ

(3) เสนอรายงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่อคณะรัฐมนตรีอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

(4) กำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานของเอกชนเพื่อป้องกัน ช่วยเหลือ แก้ไข และเยียวยาปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น การใช้ความรุนแรงทางเพศและการกระทำความผิดเกี่ยวกับเพศ

(5) ให้คำปรึกษา แนะนำ และแก้ไขปัญหาคือข้อขัดข้องในการดำเนินการเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแก่หน่วยงานของรัฐและหน่วยงานของเอกชน

(6) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ หรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย

มาตรา 18 นโยบายและยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามมาตรา 17 (1) อย่างน้อยต้องมีสาระสำคัญในเรื่อง ดังต่อไปนี้

(1) มาตรการเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรในวัยรุ่น

(2) มาตรการเกี่ยวกับการให้วัยรุ่นได้รับสิทธิตามมาตรา 5

(3) มาตรการเกี่ยวกับการป้องกัน ช่วยเหลือ แก้ไข และเยียวยาปัญหาการตั้งครรในวัยรุ่น

(4) มาตรการเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรในวัยรุ่นในหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานของเอกชน ให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิภาพ

การจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์ตามวรรคหนึ่ง ให้คำนึงถึงหลักการมีส่วนร่วมของประชาชน ประชาสังคม และวัยรุ่นด้วย

ทั้งนี้ ในทางปฏิบัติ จากการประชุมคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรในวัยรุ่นครั้งที่ 2/2563 ได้มีมติเห็นชอบให้มีการจัดระบบการดูแล ช่วยเหลือและคุ้มครองนักเรียนหรือนักศึกษาซึ่งตั้งครร ให้ได้รับการศึกษาด้วยรูปแบบที่เหมาะสมและต่อเนื่อง โดยให้กระทรวงศึกษาธิการ และกรมอนามัยประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แก้ไขปรับปรุงเนื้อหาของกฎกระทรวงศึกษาธิการ พ.ศ. 2561 ที่ออกตาม พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ซึ่งระบุว่า

“สถานศึกษาตามข้อ 2 ที่มีนักเรียนหรือนักศึกษาซึ่งตั้งครรอยู่ในสถานศึกษา ต้องไม่ให้นักเรียนหรือนักศึกษานั้นออกจากสถานศึกษาดังกล่าว เว้นแต่เป็นการย้ายสถานศึกษา” แก้ไขเป็น “สถานศึกษาตามข้อ 2 ที่มีนักเรียนหรือนักศึกษาซึ่งตั้งครรอยู่ในสถานศึกษา ต้องไม่ให้นักเรียนหรือนักศึกษานั้นออกจาก

สถานศึกษาดังกล่าว เว้นแต่เป็นการย้ายสถานศึกษาตามเจตนารมณ์ของนักเรียนหรือนักศึกษาที่ตั้งครร” และให้สถานศึกษาทุกแห่งปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด พร้อมทั้งจัดให้มีระบบดูแลตรวจสอบ เพื่อให้วัยรุ่นที่ตั้งครรได้รับสิทธิในการรับการศึกษาภาคบังคับและภาคปกติอย่างต่อเนื่อง และไม่ต้องออกจากสถานศึกษา อีกทั้งยังมีมติเห็นชอบให้การบูรณาการใช้เครื่องมือ Teenage Digital Platform สร้างความรู้รอบรู้ ดูแลช่วยเหลือและส่งต่อ เพื่อให้วัยรุ่นได้รับบริการที่เหมาะสม ทั้งด้านการศึกษา สุขภาพ และสวัสดิการสังคม ซึ่งเทคโนโลยีสื่อออนไลน์มีอิทธิพลต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆของกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน เมื่อได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง จะช่วยให้วัยรุ่นตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง โดยกระทรวงสาธารณสุข มี Line Official Account Teen Club ช่วยให้ผู้วัยรุ่นเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ทันสมัย มีแบบคัดกรองประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพด้วยตนเอง เพื่อรับคำปรึกษา แนะนำช่องทางการช่วยเหลือที่สะดวก รวดเร็ว ตรงความต้องการของแต่ละบุคคล เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรในวัยรุ่น นอกจากนี้ “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ยังได้ตระหนักต่อปัญหาดังกล่าว จึงบรรจุ “บริการป้องกันการยุติการตั้งครรที่ไม่ปลอดภัย” เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นการดูแลความปลอดภัยให้กับวัยรุ่นด้วย

สรุปได้ว่า พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 กำหนดสิทธิของวัยรุ่นที่เกี่ยวข้องกับการได้รับข้อมูลความรู้และบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ที่ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้องดำเนินการตามกฎหมาย ซึ่งจะช่วยป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรในวัยรุ่นอย่างบูรณาการ แต่อาจไม่สามารถแก้ไขในกลุ่มผู้หญิงที่มีใช้วัยรุ่น

เอกสารอ้างอิง (References)

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2563). การประชุมคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นครั้งที่ 2/2563
- ราชกิจจานุเบกษา. (2559). พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 เล่ม 133/ตอนที่ 30 ก/หน้า 1/31 มีนาคม 2559.
- สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานเฝ้าระวังการแท้งประเทศไทย พ.ศ. 2562. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 19 เมษายน 2564 จาก https://rh.anamai.moph.go.th/webupload/migrated/files/rh/n330_d1a80b22d8a4daa876f459095915af6d_Ebook_Abortion_62.pdf.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). แผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560 -2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ระยะ 3 ปี (ปีงบประมาณ 2562 - 2564). กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). รายงานสรุปผลที่สำคัญ การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ.2562. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย
- Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Health. (2017). National Strategies for Preventing and Resolving Adolescent Pregnancy Problems 2017-2026, Bangkok. (In Thai)
- Bureau of Reproductive Health, Department of Health Ministry of Health. (2020) Annual Report 2020 Bureau of Reproductive Health. Bangkok: Bureau of Reproductive Health. (In Thai).
- Nuttharungsri J, Chaiwannawat T, Trakooltorwong P, Jaruwachareewong, S. (2022). Driving mechanism system and paradigm of the teenage pregnancy prevention. Health Science Journal of Thailand, 4(2): 76-84. (In Thai); <https://doi.org/10.55164/hsjt.v4i3.253520>.
- Unicef Thailand. (2015) Situation Analysis of Adolescent Pregnancy in Thailand 2015 Synthesis Report. Bangkok: Unicef.; 2015. (In Thai).