

วารสารการจัดการ นวัตกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

Sustainable Health Innovation Management Journal

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม - สิงหาคม 2569

Vol. 1 No. 2 May - August 2026



กองบรรณาธิการ

ที่ปรึกษากองบรรณาธิการ

ผศ.ดร. ชัยฤทธิ์ ทองรอด

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์

บรรณาธิการ

ดร. วัลลภ ไหญ่ยิ่ง

สถาบันพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ บริษัท เอชอาร์ดีไอ จำกัด

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ด้านบริหาร

ดร. สุภาวดี หนูสิน

สถาบันพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ บริษัท เอชอาร์ดีไอ จำกัด

ด้านวิชาการ

อ.ดร. อิทธิศักดิ์ จิราภรณ์วารี

คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร. สันหวัช ไชยวงศ์

คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม

รศ.ดร. สงครามชัย ลีทองดีสกุล

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รศ.ดร. สมเกียรติยศ วรเดช

คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

ผศ.ดร. วรวิช นาคแป้น

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ผศ.ดร. เบญจยามาศ พิลายนต์

กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม

ผศ.ดร. สมชาย จาดศรี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

ผศ.ดร. วิวัฒน์ แก้วดวงเล็ก

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

อ.ดร. รัฐวรรณ สมพร

สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ดร. เดชา บัวเทศ

สถาบันพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ บริษัท เอชอาร์ดีไอ จำกัด

ดร. รภัทร โคตรสิงห์

สถาบันพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ บริษัท เอชอาร์ดีไอ จำกัด

ดร. บุญรวม จิตต์สามารถ

สถาบันพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ บริษัท เอชอาร์ดีไอ จำกัด

ผศ.ดร. อีสริ์ จิระจริยาเวช

คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

อ.ดร. จริยา สนามทอง

สำนักวิชาศึกษาทั่วไป มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

ดร. ประจวบ แสงดาว

ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี

อ.ดร. สายันท์ ปัญญาทรง

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

อ.ดร. จีระศักดิ์ ทัพพา

คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

อ.ดร. จินตนา ทองเพชร

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

อ.น.ท.หญิง ดร. เบญจภักค สางห้วยไพร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

อ.ดร. กมล อาจดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

อ.ดร. นลินี หะยีมะ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

อ.ดร. ชาทรี แมตลี

มหาวิทยาลัยมหิดล

อ.ดร. ขวลิต กิจพิบูลย์

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ดร.สมัย ลาประวัตติ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ทีมงานจัดการวารสาร

นางสาวณัฐนันท์ จันทมณี

ผู้จัดการสำนักงาน หัวหน้าทีมงาน

วัตถุประสงค์และขอบเขตการตีพิมพ์

วารสารการจัดการนวัตกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน เป็นวารสารวิชาการที่ตีพิมพ์เผยแพร่บทความด้านสุขภาพแบบสหวิทยาการในกลุ่มสาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ครอบคลุมบทความวิจัย บทความวิชาการ บทความปริทัศน์ บทความหนังสือ และบทความพิเศษ (ออนไลน์) โดยคำนึงถึงจริยธรรมในการตีพิมพ์ผลงานทางวิชาการอย่างเคร่งครัด รับบทความภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และตีพิมพ์โดยทีมงานกองบรรณาธิการคุณภาพ วารสารมุ่งตีพิมพ์ผลงานวิชาการที่มีคุณภาพสูงและมีมาตรฐานสากล กลุ่มเป้าหมายได้แก่ คณาจารย์ นักศึกษา นักวิชาการ และนักวิจัยทั้งในและนอกองค์กร โดยเน้นงานด้านสุขภาพในกลุ่มสาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ผลงานวิชาการด้านสุขภาพที่รับตีพิมพ์ ได้แก่

- ด้านนวัตกรรมสุขภาพและการสาธารณสุข
- ด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยชุมชน
- ด้านควบคุมป้องกันโรคและอนามัยสิ่งแวดล้อม
- ด้านพฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา
- ด้านการจัดการสุขภาพก่อนป่วยและหลังป่วย
- ด้านกฎหมายสาธารณสุขและกฎหมายเกี่ยวกับสุขภาพ
- ด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในมิติของสังคมศาสตร์

กระบวนการพิจารณาบทความ

การพิจารณาประเมินบทความดำเนินการโดยผู้ทรงคุณวุฒิตั้งน้อย 2 หรือ 3 ท่าน ในลักษณะปกปิดรายชื่อ (Double-blind Peer-reviewed)

ประเภทของบทความ

บทความวิจัย (Research Article) บทความวิชาการ (Academic Article) บทความปริทัศน์ (Review Article) บทความหนังสือ (Book Review) บทความพิเศษ (Special Article)

ภาษาที่รับตีพิมพ์

ภาษาไทย

ภาษาอังกฤษ

กำหนดออก

วารสารตีพิมพ์ 3 ฉบับต่อปี

- ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน
- ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม
- ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

เจ้าของวารสาร

สถาบันพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ บริษัท เอช อาร์ ดี ไอ จำกัด (Human Resource Development Institute, HRDI Co., Ltd.)

บทบรรณาธิการ

วารสารการจัดการนวัตกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน (Sustainable Health Innovation Management Journal) จัดทำโดยสถาบันพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ บริษัท เอชอาร์ดีไอ จำกัด (Human Resource Development Institute, HRDI Co., Ltd.) มีนโยบายการตีพิมพ์บทความวิจัย บทความวิชาการ บทความปริทัศน์ บทวิจารณ์หนังสือ และบทความพิเศษ ที่มีคุณภาพสูงและมีมาตรฐานสากล มีกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ คณาจารย์ นักศึกษา นักวิชาการ และนักวิจัยทั้งในและนอกองค์กรด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพ สาขามนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ ในประเด็นของการจัดการนวัตกรรมสุขภาพ นวัตกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน และสหวิทยาการด้านสุขภาพ โดยตีพิมพ์วารสารในรูปแบบของไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ (PDF) เผยแพร่ผ่านช่องทางเว็บไซต์ของวารสารการจัดการนวัตกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน <https://he05.tci-thaijo.org/index.php/SHIMJ>

วารสารฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 2 ปีที่ 1 ของวารสารการจัดการนวัตกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน ตีพิมพ์แบบออนไลน์ ช่วงเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569 ซึ่งเป็นวารสารวิชาการน้องใหม่ที่เริ่มตีพิมพ์ในเดือนมกราคม 2569 โดยในช่วงที่ผ่านมาได้พัฒนาการดำเนินงานของวารสารอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยการพัฒนาบุคลากรประจำกองบรรณาธิการให้มีศักยภาพในการจัดการวารสารวิชาการให้มีคุณภาพ การสรรหาผู้ทรงคุณวุฒิที่มีศักยภาพจากหลากหลายองค์กรมาทำหน้าที่ประเมินวารสาร การปรับปรุงแบบฟอร์มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งบทความของผู้แต่ง การพัฒนารายละเอียดและเมนูหน้าเว็บไซต์ และการปรับปรุงแบบฟอร์มการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิให้มีความสมบูรณ์ส่งเสริมคุณภาพของบทความมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ กองบรรณาธิการได้วางแผนการดำเนินงานจัดการวารสารในช่วงเดือนกันยายน - ธันวาคม 2569 โดยการขอเลขมาตรฐานสากลประจำวารสาร (ISSN) ออนไลน์ขึ้นทะเบียนกับสำนักหอสมุดแห่งชาติ กรมศิลปากร การพัฒนารายละเอียดและเมนูหน้าเว็บไซต์ และการเปิดรับผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความเพิ่มเติม ทั้งนี้เพื่อเป็นการเติมเต็มคุณภาพของวารสารให้มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่องและสามารถผ่านการประเมินเข้าอยู่ในฐาน TCI ได้ในปี 2571

กองบรรณาธิการวารสารการจัดการนวัตกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน หวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านทุกท่าน ขอขอบผู้แต่งทุกท่านที่ให้งานวิจัยส่งบทความมาร่วมตีพิมพ์ ขอขอบพระคุณที่ปรึกษากองบรรณาธิการที่ให้คำแนะนำในการพัฒนาวารสาร ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของวารสารฉบับนี้ รวมทั้งขอขอบคุณท่านผู้อ่านที่ได้ให้ความสนใจติดตามวารสารฯ และหากท่านมีข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม เพื่อการปรับปรุงวารสารให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นไป ทางกองบรรณาธิการยินดีเป็นอย่างยิ่ง

ดร.วัลลภ ไญยยิ่ง

บรรณาธิการ

วารสารการจัดการนวัตกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

สารบัญ

ประสิทธิผลการให้สุศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่อำเภอลำตวน จังหวัดสุรินทร์.....1	
นางพรทิพย์ ศรีกุลบุตร	
การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่อทางอาหารและน้ำของโรงเรียน	
ระดับประถมศึกษา ในพื้นที่จังหวัดสระบุรี.....19	
ร่วม มะโนน้อม, เดชา สุคนธ์, พิทยา ปัญญาชัยถาวร	
พลวัตและข้อจำกัดของนโยบายผู้เสพคือผู้ป่วย: การวิเคราะห์วงจรการกระทำผิดซ้ำในมุมมองเจ้าหน้าที่	
ผู้ปฏิบัติงานหน้างาน.....36	
สิทธิพงษ์ ศรีกุลบุตร	
ผลของโปรแกรม “HEAT SMART: ครอบรู้สุขภาพด้านภัยร้อน” ต่อกลุ่มผู้รับบริการสูงอายุ	
ในโรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี.....55	
ณัฐพิมล สุขเนติ, สายฝน สายสุ่ม, สิริภา ศรีสวัสดิ์	
การสังเคราะห์เชิงทฤษฎีว่าด้วยการพัฒนาทุนมนุษย์เชิงกลยุทธ์ในสถานพยาบาลไทยและ	
ความยั่งยืนของระบบสุขภาพ.....74	
เอกพงษ์ แก้วราบ	

ประสิทธิผลการให้สุศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์

The Effectiveness of Health Education on Tuberculosis Patients in Lamduan District, Surin Province

นางพรทิพย์ ศรีกุลบุตร*

Ms.Pornthip Srikulbuthr *

โรงพยาบาลลำดวน จังหวัดสุรินทร์*

Lamduan Hospital, Surin Province*

Email: pornthip.srikulbuthr@gmail.com

Received 24 March 2026

Revised 18 July 2026

Accepted 21 July 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) เปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตน (2) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และ (3) ประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมสุศึกษาที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยวัณโรคปอดในอำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ ปีงบประมาณ 2568 จำนวน 40 ราย คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมสุศึกษาที่ประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ร่วมกับสื่อวีดิทัศน์และการสนับสนุนจากครอบครัว และชุดแบบสอบถามที่ผ่านการประเมินความเที่ยงตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 75.0) อยู่ในวัยแรงงาน (ร้อยละ 70.0) ภายหลังได้รับโปรแกรมสุศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 4.95 เป็น 10.15 และมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 33.68 เป็น 57.08 ($p < .05$) สำหรับความพึงพอใจต่อโปรแกรมในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$) = 4.75, S.D. = 0.42) สรุปผลได้ว่า โปรแกรมสุศึกษาที่เน้นการสร้างความรู้ความตระหนักร่วมกับสื่อประสม ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความรุนแรงของโรคและโอกาสเสี่ยงจากการขาดการรักษา นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องถูกต้อง ซึ่งเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

คำสำคัญ: วัณโรค, สุศึกษา, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

Abstract

This research was a quasi-experimental study using a one-group pretest-posttest design. The objectives were: 1) to compare the knowledge and health behaviors of tuberculosis patients before and after receiving a health education program, 2) to evaluate their self-care practices, and 3) to assess patient satisfaction with the developed program. The sample consisted of 40 pulmonary tuberculosis patients receiving treatment at healthcare facilities in Lamduan District, Surin Province, during the 2025 fiscal year. Participants were selected through purposive sampling based on specific inclusion criteria. The research instruments included: 1) a health education program based on the Health Belief Model (HBM) integrated with video media and the involvement of immediate relatives, and 2) a questionnaire covering general information, knowledge, and health behaviors. The instruments were validated for content validity by three experts, and the reliability was found to be at an acceptable level. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, as well as the inferential statistic Paired t-test. The results showed that the majority of the participants were male (75.0%) and within the working-age group of 35–59 years (70.0%). After participating in the health education program, the participants' mean knowledge score significantly increased from 4.95 to 10.15, and the mean self-care behavior score increased markedly from 33.68 to 57.08. These improvements were statistically significant at the .05 level. Overall satisfaction with the health education program was at the highest level ($\bar{x} = 4.75$, S.D. = 0.42). In conclusion, the health education program using multimedia and awareness-building based on the Health Belief Model effectively enhanced patients' understanding of disease severity and the risks of medication non-adherence. This led to positive behavioral changes and improved medication compliance. This program can serve as a model for developing tuberculosis care systems in other areas.

Keywords: Tuberculosis, Health Education, Self-care Behavior

1. บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis: TB) ยังคงเป็นโรคติดต่อที่สร้างปัญหาด้านสาธารณสุขในระดับโลกอย่างต่อเนื่อง โดยจากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ปี พ.ศ. 2567 พบว่า มีผู้ป่วยวัณโรคกว่า 10.8 ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 1.3 ล้านราย ทั่วโลก (Hfocus.org, 2568) ในบริบทของประเทศไทย วัณโรคถือเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและจำเป็นต้องได้รับการจัดการอย่างเร่งด่วน โดยในปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วย



วัณโรครายใหม่ประมาณ 113,000 ราย และมีผู้เสียชีวิตกว่า 13,000 ราย หรือคิดเป็นอัตราเฉลี่ยสูงถึง 35 คนต่อวัน (Hfocus.org, 2568)

จากสถานการณ์ดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมวัณโรคตามแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (End TB Strategy) โดยตั้งเป้าหมายลดอัตราการตายจากวัณโรคลง ร้อยละ 95 และลดผู้ป่วยรายใหม่ลง ร้อยละ 90 ภายในปี พ.ศ. 2578 (Hfocus.org, 2568)

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการควบคุมวัณโรคได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังคงมีปัญหาและความท้าทายที่สำคัญ ได้แก่ ปัญหาวัณโรคเชื้อดื้อยา ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องและครบตามระยะเวลา 6 เดือน (Hfocus.org, 2568) นอกจากนี้ ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในไตรมาสที่ 1 ปี พ.ศ. 2568 ใน 12 เขตสุขภาพ ยังชี้ให้เห็นว่ามีผู้ป่วยขาดยาถึง ร้อยละ 0.7 และมีผู้เสียชีวิต ร้อยละ 5.9 (Hfocus.org, 2568) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ระบบการดูแลและติดตามผู้ป่วยยังขาดประสิทธิภาพในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถรับการรักษาจนครบคอร์ส

ปัญหาของวัณโรคยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง (Socioeconomic Impacts) ต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และตลอดช่วงชีวิตของบุคคล (Life-Course) ผลกระทบเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างชัดเจนทั้งในกรณีที่บุคคลป่วยเป็นวัณโรคเองโดยตรง (Direct Impact) หรือได้รับผลกระทบทางอ้อมจากการที่สมาชิกในครัวเรือนป่วยเป็นวัณโรค (Indirect Impact) (Atkins et al., 2022) สรุปได้ว่า ผลกระทบเชิงลบสามารถเกิดขึ้นได้ในหลายมิติ ได้แก่ 1) ผลกระทบทางเศรษฐกิจและวัตถุ (Material and Financial Impact) โดยวัณโรคเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความยากจนรุนแรง (Impoverishment) และความขาดแคลนทางสังคม โดยส่งผลกระทบต่อสถานะทางการเงินของครัวเรือนผ่านช่องทางหลัก คือ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงมาก และการสูญเสียรายได้ของครัวเรือน เนื่องจากการที่สมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ที่มียาเสพติดทางเศรษฐกิจ ต้องหยุดทำงานเพื่อเข้ารับการรักษารักษาหรือเพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในระยะยาว ผลกระทบดังกล่าวยังนำไปสู่ความไม่มั่นคงทางอาหาร (Food Insecurity) และภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งในที่สุดอาจทำให้ครอบครัวเข้าสู่วงจรความยากจนที่ส่งผลกระทบต่อเนื่องไปหลายชั่วอายุคน 2) ผลกระทบทางการศึกษา (Educational Impact) วัณโรคส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อพัฒนาการด้านการศึกษาของเด็กและเยาวชน โดยเฉพาะในเรื่องการขาดโอกาสทางการศึกษา (Missed Education Opportunities) ผลกระทบเหล่านี้ได้แก่ การที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องหยุดเรียนกลางคัน (School Withdrawal) เนื่องจากอาการป่วย การต้องเข้ารับการรักษานานในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน หรือปัญหาทางการเงินของครอบครัว นอกจากนี้ยังมีรายงานว่า เด็กบางรายต้องเข้าสู่แรงงานเด็ก (Child Labor) เพื่อช่วยเหลือครอบครัวที่สูญเสียรายได้จากการป่วย และ 3) ผลกระทบทางจิตสังคม (Psychosocial Impact) โดยวัณโรคก่อให้เกิดบาดแผลทางจิตใจในหลายรูปแบบ ซึ่งครอบคลุมถึง (1) การตีตราและการเลือกปฏิบัติ (Stigma and Discrimination) ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวต้องเผชิญกับการถูกตีตราและการเลือกปฏิบัติซึ่งนำไปสู่ความโดดเดี่ยวทางสังคม และส่งผลกระทบต่อปฏิสัมพันธ์กับชุมชน (2) ปัญหาสุขภาพจิต ผู้ที่ได้รับผลกระทบอาจมีภาวะซึมเศร้า (Depression) และความวิตกกังวล (Anxiety) (3) ความบกพร่องทางพัฒนาการ

โดยเฉพาะในเด็กที่ป่วยด้วยโรคเยื่อหุ้มสมอง (TB meningitis) พบว่า มีความบกพร่องทางการรู้ คิด (Cognitive Impairment) และปัญหาด้านพฤติกรรมในระยะยาว และ (4) การสูญเสียโอกาสในชีวิต ผลกระทบทางเศรษฐกิจ การศึกษา และจิตสังคมที่สั่งสมมาตั้งแต่เยาว์วัยเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อเนื่องไปถึง ช่วงวัยผู้ใหญ่ โดยทำให้โอกาสในชีวิตลดลง (Reduced Life Opportunities) และเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหา สุขภาพในระยะยาว ดังนั้น การจัดการวัณโรคจึงไม่ใช่เพียงแค่การจ่ายยา แต่ต้องเป็นการจัดการเชิงระบบที่ บูรณาการเพื่อลดผลกระทบทางลบตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งปัญหาเชิงระบบดังกล่าวได้ปรากฏชัดเจน ในบริบทของการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ โรงพยาบาลลำดวน จังหวัดสุรินทร์

โรงพยาบาลลำดวน จังหวัดสุรินทร์ อยู่ในเขตสุขภาพที่ 9 มีข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ดังตารางที่ 1 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 สรุปจำนวนผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลลำดวน จังหวัดสุรินทร์ พ.ศ. 2564 - 2568 ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2568

พ.ศ.	รวม	Cured	Completed	RR/MDR		Lost			
				ก่อน เดือนที่ 5	Change diagnosis	Died	to follow-up	Transferred out	On treatment
2564	54	45	5	1	2	1	0	0	0
2565	55	41	10	1	1	1	1	0	0
2566	64	49	6	1	0	3	5	0	0
2567	64	53	1	1	0	3	3	1	0
2568	81	54	0	1	1	6	2	3	37

จากตาราง 1 ผู้วิจัยพบประเด็นปัญหาดังนี้

1.1 การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษา (Pending Outcome) ในปี พ.ศ. 2568 มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคสะสม (รวม) สูงถึง 81 ราย และที่น่ายกย่อง คือ 37 ราย ยังคงมีสถานะ “อยู่ระหว่างการรักษา” (On treatment) ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 45.68 ของผู้ป่วยทั้งหมดในปีนั้น ตัวเลขนี้บ่งชี้ว่า ข้อมูลผลลัพธ์การรักษาขั้นสุดท้ายยังไม่สามารถประเมินได้อย่างสมบูรณ์ และสะท้อนถึงการเพิ่มขึ้นของภาระงานในการดูแลและติดตามผู้ป่วย (Workload and Follow-up Burden) ที่จะส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของโครงการในอนาคต

1.2 อัตราความสำเร็จในการรักษา แม้จำนวนผู้ป่วยที่รักษาหาย (Cured) ในปี พ.ศ. 2568 จะสูงถึง 54 ราย แต่จำนวนผู้ป่วยที่รักษาครบ (Completed) กลับลดลงเหลือ 0 ราย ในปีเดียวกัน ส่งผลให้อัตราความสำเร็จในการรักษา (Cured + Completed) ของปีงบประมาณล่าสุดมีลักษณะที่ผิดปกติ และอาจบ่งชี้ถึงปัญหาเชิงระบบในการสนับสนุนผู้ป่วยให้สามารถรักษาจนครบคอร์สตามมาตรฐาน

1.3 ความรุนแรงของโรคและการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น (Increased Mortality) สิ่งที่ต้องเร่งแก้ไข คือ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต (Died) ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปี พ.ศ. 2568 ที่มีผู้เสียชีวิตถึง 6 ราย ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงที่สุดในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (เพิ่มขึ้นจาก 1 ราย ในปี 2564 – 2565 ถึง ร้อยละ 500 หรือเพิ่มขึ้น 5 เท่า) ตัวเลขนี้ชี้ให้เห็นถึงความซับซ้อนของภาวะแทรกซ้อน (Comorbidity) และความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

1.4 อุปสรรคในการติดตาม (Lost to follow-up) แม้จำนวนผู้ป่วยที่ หลุดจากการรักษา (Lost to follow-up) จะผันผวน แต่ยังคงมีผู้ป่วย 2 ราย ในปี พ.ศ. 2568 ที่หลุดออกไปจากระบบการดูแล ซึ่งเป็นช่องโหว่ที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนและเพิ่มโอกาสในการเกิดวัณโรคเชื้อดื้อยา ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญตามที่กล่าวไว้ในเบื้องต้น

จากข้อมูลข้างต้น ชี้ให้เห็นว่า การดำเนินงานควบคุมวัณโรคของโรงพยาบาลลำดวนยังคงเผชิญกับปัญหา แม้ว่าปัจจุบันจะมียาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาวัณโรค แต่ความสำเร็จของการรักษาขึ้นอยู่กับผู้ป่วยต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและครบถ้วนเป็นระยะเวลานาน (6 - 8 เดือน) ซึ่งความสำเร็จของการรักษาวัณโรคจึงไม่ได้ขึ้นอยู่กับยาเพียงอย่างเดียว แต่ต้องมีการจัดการเชิงระบบที่บูรณาการเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถรับการรักษาจนครบคอร์ส โดยการให้สุขศึกษา (Health Education) ที่มีประสิทธิผลจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ตรงจุดที่สุดในการเสริมสร้างความรู้ ความตระหนัก และความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะดำเนินการวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพการให้สุขศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์

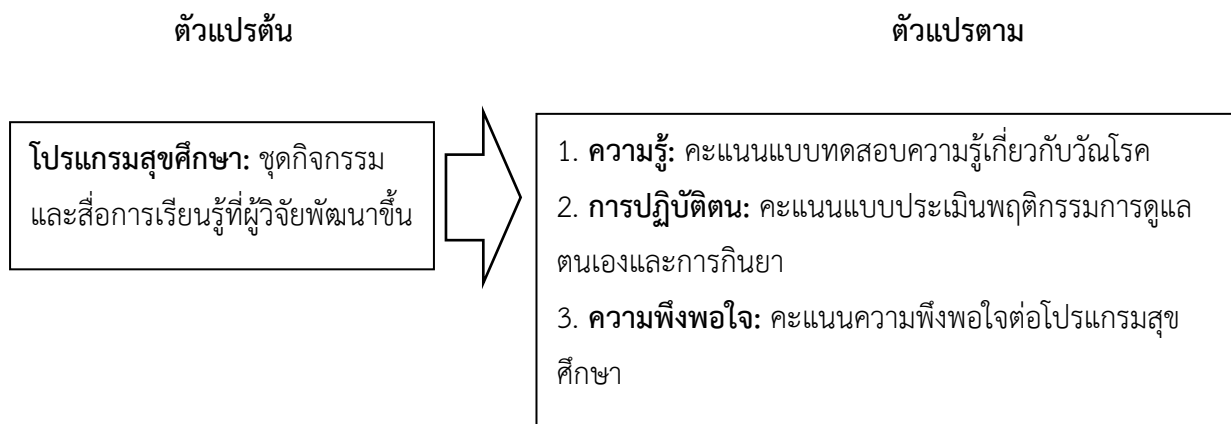
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการได้รับสุขศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์

2.2 เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติตนก่อนและหลังการได้รับสุขศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์

2.3 เพื่อประเมินความพึงพอใจในโปรแกรมสุขศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์

3. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. ทบทวนวรรณกรรม

4.1 แนวคิดและข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับวัณโรค (Tuberculosis)

วัณโรค (Tuberculosis; TB) เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียในสกุลมัยโคแบคทีเรีย (Mycobacteria) ทำให้เกิดพยาธิสภาพกับอวัยวะทุกส่วนในร่างกาย ตั้งแต่ผิวหนังภายนอกจนถึงในระบบประสาทและสมอง วัณโรคที่พบบ่อยที่สุด คือ วัณโรคปอด วัณโรคในคนประมาณร้อยละ 99 เกิดจากเชื้อ Mycobacterium Tuberculosis และประมาณร้อยละ 1 เกิดจากเชื้อ Mycobacterium Africanum ซึ่งทำให้เกิดโรคในคนแอฟริกัน และเชื้อ Mycobacterium Bovis ทำให้เกิดโรคในวัวและควาย (กองวัณโรค, 2537; ทวี โชติพิทยสุนนท์, 2550) เชื้อวัณโรคเมื่อเข้าสู่ร่างกายแล้วจะทำให้เกิดโรคหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับความรุนแรงของเชื้อและภูมิคุ้มกันของผู้รับเชื้อ ถ้าเชื้อมีความรุนแรงน้อยอาจไม่ทำให้เกิดโรค แต่ถ้าเชื้อมีปริมาณมาก และร่างกายของผู้รับเชื้ออ่อนแอก็จะทำให้เกิดโรคได้ การรักษาวัณโรคที่สำคัญ คือ การให้ยาอย่างต่อเนื่อง และครบถ้วน เพื่อป้องกันปัญหาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) ซึ่งเกิดจากเชื้อดื้อต่อยาหลักอย่างน้อย 2 ชนิด คือ Isoniazid และ Rifampicin ซึ่งเป็นความท้าทายในการควบคุมวัณโรคในปัจจุบัน

อาการสำคัญ คือ ไอเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ ไอมีเสมหะปนเลือด เจ็บหน้าอก น้ำหนักลด และมีไข้ต่ำ ช่วงบ่าย การวินิจฉัยที่แม่นยำอาศัยการตรวจหาเชื้อในเสมหะ (Sputum AFB) และการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray) (กาญจนา คอนสาคุ, 2566)

การรักษาเน้นระบบยาระยะสั้นมาตรฐาน (Standard Short-course Chemotherapy) ต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน โดยแบ่งเป็นระยะเข้มข้น 2 เดือนแรก และระยะต่อเนื่องอีก 4 เดือน ภายใต้การกำกับ การรับประทานยาโดยเจ้าหน้าที่หรือพี่เลี้ยง (Directly Observed Treatment Short-course: DOTS) เพื่อป้องกันการขาดยาและปัญหาเชื้อดื้อยา (พิมพกา ศรีใจอินทร์, 2562)

4.2 แนวคิดเกี่ยวกับสุขศึกษา (Health Education)

สุขศึกษา คือ กระบวนการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นให้บุคคลมีความรู้ (Knowledge) เจตคติ (Attitude) และการปฏิบัติ (Practice) ที่ถูกต้อง เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างยั่งยืน ประกอบด้วย การให้สุขศึกษารายบุคคลเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะราย และการสอนสุขศึกษาแบบกลุ่มเพื่อกระตุ้นการมีส่วนร่วมและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วย (นาถอนงค์ ธรรมสมบูรณ์, 2554)

4.3 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เพื่อหลีกเลี่ยงหรือป้องกันการเกิดโรค โดย Becker (1974) และ Rosenstock (1974) ได้จำแนกองค์ประกอบสำคัญไว้ดังนี้

4.3.1 การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อหรือประเมินตนเองว่ามีโอกาสที่จะได้รับเชื้อหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ หากไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ (ในกรณีวัณโรค คือ การตระหนักว่าหากไม่กินยาต่อเนื่องจะมีโอกาสเกิดเชื้อดื้อยาหรือโรคกลับเป็นซ้ำ)

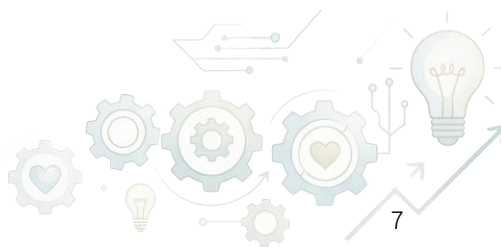
4.3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความรู้สึกหรือความเชื่อของบุคคลต่อระดับความรุนแรงของโรค หรือผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับชีวิตหากเป็นโรคนั้น ๆ ทั้งในด้านร่างกาย (เช่น ความพิการ การเสียชีวิต) และด้านเศรษฐกิจสังคม (เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษา การสูญเสียรายได้ ผลกระทบต่อครอบครัว)

4.3.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (Perceived Benefits) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลว่าการปฏิบัติตามพฤติกรรมที่แนะนำจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือลดความรุนแรงของโรคได้จริง รวมถึงความคุ้มค่าของการรักษา (ในกรณีวัณโรค คือ เชื่อว่าการกินยาครบจะทำให้หายขาดและไม่แพร่เชื้อให้คนในครอบครัว)

4.3.4 การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) หมายถึง การประเมินถึงปัจจัยด้านลบที่ขัดขวางไม่ให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ผลข้างเคียงจากยา ความยากลำบากในการเดินทางมาโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายแพงหรือความกลัวต่อการถูกตีตราจากสังคม

4.3.5 สิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) หมายถึง เหตุการณ์หรือสิ่งกระตุ้นที่ส่งผลให้บุคคลตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรม แบ่งเป็น 1) ปัจจัยภายใน เช่น อาการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น หรือความกลัว และ 2) ปัจจัยภายนอก เช่น การได้รับการเตือนจากบุคลากรสาธารณสุข การได้รับชมสื่อสุขศึกษา หรือการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว

4.3.6 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) หมายถึง ความมั่นใจของบุคคลในความสามารถของตนเองที่จะจัดการและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงนั้นให้สำเร็จได้ เช่น มั่นใจว่าสามารถจัดการตารางการกินยาที่ซับซ้อนให้ครบ 6 เดือนได้ (Rosenstock et al., 1988)



4.4 ทฤษฎีการเรียนรู้และความรู้ (Knowledge)

ความรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดย Bloom (1956) ได้จำแนกพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) ออกเป็น 6 ระดับ ซึ่งในบริบทของวัณโรค ความรู้ที่ผู้ป่วยควรได้รับประกอบด้วยประเด็นสำคัญ เช่น สาเหตุการเกิดโรค การแพร่กระจายเชื้อ และความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (อภิชน จินเสวก, 2564) โดยระดับของการเรียนรู้มีดังนี้

4.4.1 ความจำ (Knowledge) คือ ความสามารถในการระลึกได้ถึงข้อมูล เช่น ชื่อยาที่กิน

4.4.2 ความเข้าใจ (Comprehension) คือ การอธิบายความหมายของโรคและอาการได้

4.4.3 การนำไปใช้ (Application) คือ การปฏิบัติตนได้ถูกต้องเมื่อมีอาการข้างเคียงจากยา

4.4.4 การวิเคราะห์ (Analysis) คือ การแยกแยะความแตกต่างระหว่างอาการของโรคและอาการแพ้ยา

4.4.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) คือ การวางแผนการดูแลตนเองในบริบทของชีวิตประจำวัน

4.4.6 การประเมินค่า (Evaluation) คือ การตัดสินใจเลือกพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อการรักษามากที่สุด

4.5 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ (Health Behavior) และการปฏิบัติตามแผนการรักษา (Adherence)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำของบุคคลที่ส่งผลต่อสุขภาพทั้งในเชิงบวกและลบ (Kasl & Cobb, 1966) สำหรับผู้ป่วยวัณโรค พฤติกรรมที่สำคัญ คือ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่ง Orem (1991) ระบุว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและปฏิบัติด้วยตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพที่สมบูรณ์ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

4.5.1 ด้านการรับประทานยา โดยการรับประทานยาครบตามขนาดและเวลาที่แพทย์กำหนด

4.5.2 ด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยการสวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในที่ชุมชน และการปิดปาก จมูกขณะไอหรือจาม

4.5.3 ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม โดยการการกจัดบ้านเรือนให้มีอากาศถ่ายเทสะดวกและแสงแดดส่องถึง

4.5.4 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูงและการพักผ่อนที่เพียงพอ การปฏิบัติตามแผนการรักษา (Treatment Adherence) เป็นหัวใจสำคัญของการรักษาวัณโรคให้หายขาด โดย World Health Organization (2003) ได้ระบุว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษามีได้ขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่รวมถึงปัจจัยด้านระบบบริการและแรงสนับสนุนทางสังคมด้วย (ผกายดาว พรหมสุรีย์, 2563) หากผู้ป่วยมีพฤติกรรม Adherence ต่ำ จะนำไปสู่ภาวะวัณโรคดื้อยา (MDR-TB) ซึ่งรักษาได้ยากและมีค่าใช้จ่ายสูง

4.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อภิชน จินเสวก (2564) ได้พัฒนารูปแบบ “3CS Model” (Client, Care Team, Community, System) ณ โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว โดยใช้สื่อการสอน “5 เครือข่ายวัณโรค” และปฏิทินเตือนใจ พบว่า

พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจในระดับสูง

ผกายดาว พรหมสุรีย์ (2563) ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยด้วย 3C model ณ โรงพยาบาลน้ำยืน พบว่า ปัญหาหลักที่ทำให้อัตราการรักษาสำเร็จต่ำ คือ การขาดยา การพัฒนาระบบที่เน้นการประสานงานระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต. และชุมชน ช่วยเพิ่มอัตราความสำเร็จในการรักษาให้สูงกว่าร้อยละ 85

สายพิน ทองคำ และคณะ (2567) ได้พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในระดับอำเภอเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามผู้ป่วย

พิมผกา ศรีใจอินทร์ (2562) ศึกษาการพัฒนาระบบป้องกันการติดเชื้อในบุคลากรพยาบาลโรงพยาบาลน่าน โดยใช้แผนการสอนและการสังเกตพฤติกรรม พบว่า ระดับความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

พลอยไพลิน จินตนา (2567) และ ฐิติมา ถมทอง (2564) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสผู้ป่วย พบว่า ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคอย่างถูกต้อง

นาฏอนงค์ ธรรมสมบูรณ์ (2554) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า การใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับสื่อสุขศึกษาช่วยให้กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

Atkins et al. (2022) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Scoping Review) เกี่ยวกับผลกระทบทางเศรษฐกิจสังคมของวัณโรค พบว่า ปัจจัยด้านค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือจากค่ารักษา (เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหาร) และการขาดรายได้ระหว่างรักษา เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ (Non-adherence) ซึ่งสอดคล้องกับบริบทพื้นที่อำเภอลำคานที่พบปัญหาผู้ป่วยรายได้น้อย

Sarafino & Smith (2011) ระบุในงานวิจัยด้านจิตวิทยาสุขภาพว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์อย่างมากกับ Self-Efficacy หรือความสามารถที่บุคคลรับรู้ว่าจะตนเองสามารถจัดการกับโรคได้ การให้สุขศึกษาที่เน้นการเพิ่มความมั่นใจและการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็น

รายงานของ World Health Organization (2023) เน้นย้ำว่า การให้สุขศึกษาเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ แต่ต้องมีระบบการติดตามที่เข้มแข็ง เช่น DOTS และการจัดการภาวะสุขภาพจิต (Anxiety/Depression) ควบคู่ไปด้วย เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคมีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาสุขภาพจิตซึ่งส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา

5. ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม

การให้สุศึกษาต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วยวัณโรค มีรายละเอียดดำเนินการดังนี้

5.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

5.1.1 ประชากร คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และรายที่กลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลลำดวน จังหวัดสุรินทร์

5.1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษาในช่วงปีงบประมาณ 2568 จำนวน 40 ราย (หรือตามจำนวนประชากรที่เข้าเกณฑ์ในช่วงเวลาที่กำหนด) โดยคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ดังนี้

- 1) เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) อายุ 18 ปีขึ้นไป, สื่อสารเข้าใจ, ยินดีเข้าร่วมวิจัย
- 2) เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวชที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

5.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

5.2.1 เครื่องมือดำเนินการ (Intervention Tools)

- 1) โปรแกรมสุศึกษา เน้นการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
- 2) สื่อประกอบ คู่มือผู้ป่วยวัณโรค, วัสดุทัศนสาธิตการดูแลตนเอง และนวัตกรรม “STRONG TB Network” สำหรับการติดตามดูแล

5.3 เครื่องมือเก็บข้อมูล (Data Collection Tools) ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป , แบบประเมินความรู้เรื่องวัณโรคและการรักษา, แบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเอง (การกินยา, การป้องกันการแพร่เชื้อ, การดูแลภาวะโภชนาการ) และแบบบันทึกผลการรักษา (จากโปรแกรม NTIP)

5.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

5.4.1 ความตรง (Validity) นำเครื่องมือและโปรแกรมให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) ให้มีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

5.4.2 ความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน 30 ราย เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยยอมรับค่าที่สูงกว่า 0.70

5.5 ขั้นตอนดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูล

5.5.1 ระยะก่อนทดลอง (Pre-intervention) ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความยินยอม และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบก่อนเรียน (Pre-test)

5.5.2 ระยะทดลอง (Intervention) ดำเนินกิจกรรมสุศึกษาตามแผนการสอนที่วางไว้ ได้แก่ การให้ความรู้รายบุคคล การใช้สื่อทัศน และการจัดตั้งระบบเครือข่ายพี่เลี้ยงติดตามที่บ้าน

5.5.3 ระยะหลังทดลอง (Post-intervention) เมื่อครบกำหนดระยะเข้มข้นของการรักษา (2 เดือนแรก) หรือตามที่กำหนดในโครงการ ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบหลังเรียน (Post-test) และประเมินพฤติกรรมอีกครั้ง

5.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

5.6.1 สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean), และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เพื่ออธิบายข้อมูลส่วนบุคคลและระดับพฤติกรรม

5.6.2 สถิติเชิงอนุมาน ใช้ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และ ใช้ Chi-square Test เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับ อัตราความสำเร็จในการรักษา

5.7 จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยจะดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ โดยยึดหลักความลับและสิทธิส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เป็นสำคัญ

6. ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพการให้ศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

6.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (40 คน)	ร้อยละ (100.00)
1. เพศ		
ชาย	30	75
หญิง	10	25
2. อายุ		
ต่ำกว่า 35 ปี	6	15
35 - 59 ปี	28	70
60 ขึ้นไป	6	15
3.ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้รับการศึกษา/ต่ำกว่าประถมศึกษา	5	12.5
ประถมศึกษา	25	62.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	12.5

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (40 คน)	ร้อยละ (100.00)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	5	12.5
4.อาชีพหลักในปัจจุบัน		
เกษตรกรรม/รับจ้างทั่วไป	35	87.5
ว่างงาน/ไม่ได้ทำงาน/แม่บ้าน	5	12.5
5. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค		
น้อยกว่า 1 เดือน	5	12.5
1-3 เดือน	15	37.5
มากกว่า 3 เดือน	20	50
6. ท่านเคยหยุดกินยาวัณโรคเองก่อนครบกำหนดหรือไม่		
ไม่เคย	25	62.5
เคย	15	37.5
7. ท่านมีบุคคลในครอบครัวหรือพี่เลี้ยงช่วยเหลือในกินยา (DOT) หรือไม่		
มี	20	50
ไม่มี	20	50

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ ที่เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 40 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.0 เมื่อพิจารณาตามอายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 35 – 59 ปี จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.0 รองลงมา คือ กลุ่มอายุต่ำกว่า 35 ปี และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ในสัดส่วนที่เท่ากัน คือ จำนวนกลุ่มละ 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.0 สำหรับด้านระดับการศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.5 และประกอบอาชีพเกษตรกรรม/รับจ้างทั่วไปเป็นหลัก จำนวน 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.5

ในส่วนของคุณลักษณะด้านสุขภาพและการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นวัณโรคมาแล้วมากกว่า 3 เดือน จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมา คือ ระยะเวลา 1 – 3 เดือน จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.5 เมื่อพิจารณาประวัติการรับประทานยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยหยุดกินยาวัณโรคเองก่อนครบกำหนด จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.5 ในขณะที่ด้านการมีบุคคลในครอบครัวหรือพี่เลี้ยงช่วยเหลือในกินยา (DOT) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนผู้ที่มีพี่เลี้ยงและผู้ที่ไม่มีพี่เลี้ยงช่วยเหลือในสัดส่วนที่เท่ากัน คือ จำนวนกลุ่มละ 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.0

6.2 เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังได้รับสุขศึกษา

ผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้สถิติ Paired Samples t-test ผลการวิเคราะห์ปรากฏดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา

การทดสอบ	$\bar{X}$	S . D .	t
1. ก่อนได้รับโปรแกรม (Pre-test)	4.95	1.81	-15.22
2. หลังได้รับโปรแกรม (Post-test)	10.15	1.51	

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 4.95 (S.D. = 1.81) และเมื่อได้รับโปรแกรมสุขศึกษาแล้ว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มสูงขึ้นเป็น 10.15 (S.D. = 1.51)

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired Samples t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -15.22$, $p < .001$) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสุขศึกษาที่เน้นการสอนรายบุคคลร่วมกับการใช้สื่อวีดิทัศน์สามารถพัฒนาความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการปฏิบัติตนให้แก่ผู้ป่วยโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6.3 พฤติกรรมการปฏิบัติตนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา

ผู้วิจัยได้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรค จำนวน 40 ราย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้สถิติ Paired Samples t-test ผลการวิเคราะห์ปรากฏดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา

การทดสอบ	$\bar{X}$	S.D.	t
1. ก่อนได้รับโปรแกรม (Pre-test)	33.68	4.90	-21.49
2. หลังได้รับโปรแกรม (Post-test)	57.08	5.86	

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนเท่ากับ 33.68 (S.D. = 4.90) แต่เมื่อได้รับโปรแกรมสุขศึกษาแล้ว กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนเพิ่มสูงขึ้นเป็น 57.08 (S.D. = 5.86)

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -21.49$, $p < .001$) แสดงให้เห็น

ว่า โปรแกรมสุขศึกษาที่เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมและการติดตามอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองและการรับประทานยาที่ถูกต้องดีขึ้นอย่างชัดเจน

6.4 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมสุขศึกษา

ผู้วิจัยได้ประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อโปรแกรมสุขศึกษาในผู้ป่วยโรค หลังสิ้นสุดการทดลอง โดยวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) รายข้อและภาพรวม ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมและความพึงพอใจ ดังนี้

4.21 – 5.00 หมายถึง อยู่ในระดับมากที่สุด

3.41 – 4.20 หมายถึง อยู่ในระดับมาก

2.61 – 3.40 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง

1.81 – 2.60 หมายถึง อยู่ในระดับน้อย

1.00 – 1.80 หมายถึง อยู่ในระดับน้อยที่สุด

ผลการวิเคราะห์ปรากฏดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมสุขศึกษา

รายการประเมินความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1. เนื้อหาในโปรแกรมมีความถูกต้องและตรงกับความต้องการของท่าน	4.88	0.33	มากที่สุด
2. รูปแบบการนำเสนอโปรแกรม (เช่น สื่อ, กิจกรรม) มีความน่าสนใจและไม่น่าเบื่อ	4.75	0.44	มากที่สุด
3. โปรแกรมนี้ช่วยให้ท่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาเพิ่มขึ้น	4.75	0.44	มากที่สุด
4. ระยะเวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรมสุขศึกษามีความเหมาะสม ไม่นานหรือสั้นเกินไป	4.63	0.49	มากที่สุด
5. ท่านมีความพึงพอใจโดยรวมต่อโปรแกรมสุขศึกษาที่ได้รับในครั้งนี้	4.63	0.49	มากที่สุด
6. เนื้อหาในโปรแกรมช่วยให้ท่านเข้าใจถึงอันตรายของการขาดยาและการดื้อยาได้ชัดเจน	4.88	0.33	มากที่สุด
7. สื่อที่ได้รับช่วยกระตุ้นให้ท่านมีความตั้งใจที่จะกินยาให้ครบตามแผนการรักษา	4.74	0.44	มากที่สุด

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมสุขศึกษาในผู้ป่วยโรค โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.75$, S.D. = 0.42)

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงที่สุดมี 2 รายการ ได้แก่ เนื้อหาในโปรแกรมมีความถูกต้องและตรงกับความต้องการของท่าน และเนื้อหาในโปรแกรมช่วยให้ท่านเข้าใจถึงอันตรายของการขาดยาและการดื้อยาได้ชัดเจน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.88 (S.D. = 0.33) อยู่ในระดับมากที่สุด

รองลงมา คือ รูปแบบการนำเสนอโปรแกรมมีความน่าสนใจและไม่น่าเบื่อ และโปรแกรมช่วยให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาเพิ่มขึ้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.75 (S.D. = 0.44) อยู่ในระดับมากที่สุด และสื่อที่ได้รับช่วยกระตุ้นให้มีความตั้งใจที่จะกินยาให้ครบตามแผนการรักษา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.74 (S.D. = 0.44) อยู่ในระดับมากที่สุด

ส่วนรายการที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดมี 2 รายการ ได้แก่ ระยะเวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม และ ความพึงพอใจโดยรวมต่อโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.63 (S.D. = 0.49) ซึ่งยังคงอยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุดเช่นกัน

7. อภิปรายผล

จากผลการวิจัยมีประเด็นสำคัญที่ควรนำมาอภิปรายดังนี้

7.1 ประสิทธิภาพของโปรแกรมต่อความรู้และการปฏิบัติตน การที่คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นกว่า 1 เท่าตัว และพฤติกรรมเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน เป็นผลมาจากการออกแบบโปรแกรมที่ใช้สื่อวีดิทัศน์ ร่วมกับการสอนรายบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ที่ว่า การรับรู้ผ่านประสาทสัมผัสทั้งตาและหูช่วยให้จดจำได้ดีกว่าการอ่านเอกสารเพียงอย่างเดียว โดยเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา การใช้สื่อประสมจึงมีประสิทธิภาพสูงในการสื่อสารข้อมูลที่ซับซ้อน เช่น กลไกการออกฤทธิ์ของยาและอันตรายของการดื้อยา ทั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Bloom (1956) ที่ระบุว่า การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพต้องครอบคลุมทั้งด้านพุทธิพิสัย (ความรู้) และทักษะพิสัย (การปฏิบัติ) เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องผ่านสื่อที่เข้าใจง่ายย่อมส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของ นาฏอนงค์ ธรรมสมบูรณ์ (2554) ที่พบว่า การใช้โปรแกรมสุขศึกษาที่มีรูปแบบกิจกรรมน่าสนใจสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเป้าหมายให้สูงขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

7.2 การสร้างความตระหนักรู้ถึงอันตรายของการขาดยา ผลความพึงพอใจที่สูงที่สุดในข้อ เนื้อหาช่วยให้เข้าใจอันตรายของการขาดยาและการดื้อยาได้ชัดเจน สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock (1974) และ Becker (1974) ที่อธิบายว่า หากบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) และรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) ในระดับที่สูง จะเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้บุคคลยอมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายนั้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อภิชน

จินเสวก (2564) ที่พบว่า การพัฒนารูปแบบการจัดการวัณโรคโดยเน้นการให้ความรู้ที่ชัดเจนเกี่ยวกับผลกระทบของโรค ช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาและลดโอกาสการเกิดเชื้อดื้อยาได้ดีขึ้น

7.3 บทบาทของพี่เลี้ยงและการสนับสนุนทางสังคม แม้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 จะไม่มีพี่เลี้ยงที่บ้านอย่างเป็นทางการ แต่การที่โปรแกรมเน้นการสร้างระบบติดตาม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการดูแลและสนับสนุน ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจและร่วมมือในการรักษาจนจบโปรแกรม สอดคล้องตามทฤษฎีการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ (Health Empowerment Theory) ของ Shearer (2009) ที่เน้นการส่งเสริมให้บุคคลมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของตนเองผ่านกระบวนการสนับสนุนข้อมูลและการสร้างแรงจูงใจ สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิชชุดา พรหมสวัสดิ์ (2566) และ ผกายดาว พรหมสุรีย์ (2563) ที่ระบุว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่เน้นการติดตามอย่างต่อเนื่องและการสร้างระบบเครือข่ายดูแล (เช่น 3C Model) มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (Adherence) จนสิ้นสุดการรักษาตามมาตรฐานของ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2003)

8. สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

8.1 สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 75.0) อายุ 35 - 59 ปี (ร้อยละ 70.0) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 62.5) และประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม รับจ้างทั่วไป สำหรับความรู้เรื่องวัณโรค หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 4.95 เป็น 10.15 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการปฏิบัติตาม หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามเพิ่มขึ้นจาก 33.68 เป็น 57.08 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สุดท้าย ความพึงพอใจ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.75$) โดยพึงพอใจสูงสุดในด้านความถูกต้องของเนื้อหาและการเข้าใจอันตรายของการดื้อยา

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้มีข้อจำกัด เนื่องจากพหุวิทยาการและข้อจำกัดเชิงจริยธรรมในพื้นที่ คณะผู้วิจัยจึงเลือกใช้การวิจัยเชิงกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One-group pretest-posttest design) โดยไม่มีกลุ่มควบคุม (No control group) ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความจำกัดในการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน (Extraneous Variables) เช่น การที่ผู้ป่วยได้รับการบริการการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานปกติของโรงพยาบาลร่วมด้วยหรือปัจจัยด้านวุฒิภาวะและการรับรู้ที่เพิ่มขึ้นตามระยะเวลา (Maturation) อย่างไรก็ดี ผู้วิจัยได้บรรเทาข้อจำกัดนี้โดยใช้ขั้นตอนการติดตามผ่าน STRONG TB Network เพื่อตรวจสอบความต่อเนื่องของพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากสถานพยาบาลเพียงแห่งเดียว ส่งผลให้การนำผลการวิจัยไปอ้างอิงสู่ประชากรในบริบทอื่น (Generalizability) ควรทำด้วยความระมัดระวัง

8.2 ข้อเสนอแนะ

8.2.1 ควรนำสื่อวีดิทัศน์ที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในโรงพยาบาลลำดวนและ รพ.สต. ในเครือข่าย

8.2.2 ควรเน้นย้ำเนื้อหาเรื่อง ผลกระทบของการดื้อยา เป็นประเด็นหลักในการสอน เนื่องจากเป็นจุดที่ผู้ป่วยให้ความสนใจและส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีที่สุด

8.2.3 ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว (Longitudinal study) เช่น 6 เดือน หรือจนสิ้นสุดการรักษา เพื่อดูความคงทนของพฤติกรรมและอัตราความสำเร็จในการรักษา (Cure rate)

8.2.4 ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ป่วยที่เคยมีประวัติหยุดยา เพื่อหาสาเหตุเชิงลึกและนำมาพัฒนาโปรแกรมที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กาญจนา คอนสาคุ. (2566). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่กลับมาเป็นซ้ำ โรงพยาบาลกำแพงเพชร. วารสารวิชาการสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร, 7(1), 15-28.

จิตติมา ฅมทอง. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคในเขตอำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร].

ทวี โชติพิทยสุนนท์. (2550). วัณโรคในเด็ก. ใน สมศักดิ์ โล่ห์เลขา, ทวี โชติพิทยสุนนท์, และกุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ (บก.), ตำราโรคติดเชื้อในเด็ก (พิมพ์ครั้งที่ 3, น. 345-380). ปัยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

นาฏอนงค์ ธรรมสมบูรณ์. (2554). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลอานันทมหิดล จังหวัดลพบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์].

ผกายดาว พรหมสุรีย์. (2563). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้วย 3C model โรงพยาบาลน้ำเย็นอุบลราชธานี. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 5(1), 1-10.

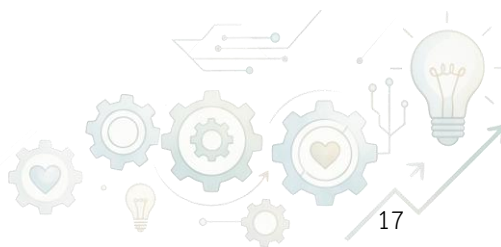
พลอยไพลิน จินตนา. (2567). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคในอำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง [การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยพะเยา].

พิมพ์ภา ศรีใจอินทร์. (2562). การพัฒนาระบบการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรพยาบาลโรงพยาบาลน่าน. [รายงานการวิจัย]. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน.

วิชชุดา พรหมสวัสดิ์. (2566). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยคลินิกวัณโรคในโรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร, 7(1), 16-27.

สายพิน ทองคำ, ภริญา พิณกลาง, และกาญจนา จันทะนุญ. (2567). การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 4(1), 199-208.

อภิชน จินเสวก. (2564). การพัฒนารูปแบบการจัดการวัณโรคโรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30(4), 679-688.



- Atkins, S., Heimo, L., Carter, D. J., Ribas Closa, M., Vanleeuw, L., Chenciner, L., Wambi, P., Sidney-Annerstedt, K., Egere, U., Verkuijl, S., Brands, A., Masini, T., Viney, K., Wingfield, T., Lönnroth, K., & Boccia, D. (2022). The socioeconomic impact of tuberculosis on children and adolescents: A scoping review and conceptual framework. *BMC Public Health*, 22, Article 2153. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14579-7>
- Becker, M. H. (Ed.). (1974). *The health belief model and personal health behavior*. Charles B. Slack.
- Bloom, B. S. (1956). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals*. Longmans, Green.
- Hfocus.org. (2568, 28 มีนาคม). ปลัดฯ.กำหนดแผนจัดการ "วันโรค" หลังตัวเลขตายวันละ 35 คน เผย PM2.5 อาจมีส่วนกระตุ้น (คลิป). <https://www.hfocus.org/content/2025/03/33511>
- Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior and sick role behavior. *Archives of Environmental Health: An International Journal*, 12(2), 246–266. <https://doi.org/10.1080/00039896.1966.10664365>
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4th ed.). Mosby-Year Book.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328–335. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175–183. <https://doi.org/10.1177/109019818801500203>
- Sarafino, E. P., & Smith, T. W. (2011). *Health psychology: Biopsychosocial interactions* (7th ed.). John Wiley & Sons.
- Shearer, N. B. C. (2009). Health empowerment theory as a guide for practice. *Geriatric Nursing*, 30(2, Suppl), 4–10. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2009.02.003>
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*.

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่อทางอาหารและน้ำของโรงเรียน ระดับประถมศึกษา ในพื้นที่จังหวัดสระบุรี

The Development of a Model for Surveillance and Prevention of Food and Water-Borne Diseases in Primary Schools in Saraburi Province.

ร่วม มะโนน้อม*¹ เดชา สุคนธ์² พิทยา ปัญญาชัยถาวร³

Ruam Manonorn*¹ Daecha Sukhon² Pittaya Panyachaitaworn³

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี*¹ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4
จังหวัดสระบุรี^{2,3}

Wihan Daeng District Public Health Office, Saraburi Province*¹

Office of Disease Prevention and Control, Region 4 Saraburi^{2,3}

Email: ruamrami56@gmail.com

Received 12 February 2026

Revised 8 July 2026

Accepted 27 July 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนารูปแบบ และประเมินผลลัพธ์ของการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่อทางอาหารและน้ำในโรงเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดสระบุรี ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างที่เลือกแบบเจาะจง จำนวน 56 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียน 7 หมวด 20 ข้อ แบบบันทึกการเจ็บป่วยจากโรคที่มีอาหารและน้ำเป็นสื่อ และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยระยะที่ 1 พบว่า ก่อนการพัฒนา โรงเรียนผ่านเกณฑ์สุขาภิบาลอาหารเพียงร้อยละ 60.00 (12 ข้อ) โดยมีปัญหาด้านการจัดการขยะ น้ำเสีย และสภาพแวดล้อมโรงอาหาร ระยะที่ 2 ได้พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังที่ประกอบด้วย 9 ระบบสำคัญ ครอบคลุมการประเมินสุขาภิบาล การเฝ้าระวังอาหารและน้ำ การควบคุมสัตว์นำโรค การตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร การติดตามอาการเจ็บป่วย การสื่อสารความเสี่ยง และระบบรายงานผล ระยะที่ 3 หลังการนำรูปแบบไปใช้ พบว่า โรงเรียนผ่านเกณฑ์สุขาภิบาลครบทั้ง 20 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีคะแนนเฉลี่ยสุขาภิบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .002$) ไม่พบการปนเปื้อนในอาหารและน้ำ และไม่พบผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงในนักเรียนและครูตลอดระยะเวลาการติดตาม ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการเฝ้าระวังที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพสูง และสามารถใช้เป็นต้นแบบในการยกระดับระบบสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียนได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, รูปแบบการเฝ้าระวังโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ, โรงเรียนระดับประถมศึกษา, จังหวัดสระบุรี

Abstract

This research and development study aimed to examine the existing problem conditions, develop a model, and evaluate the outcomes of a surveillance and prevention system for foodborne and waterborne diseases in primary schools within Saraburi Province. The study was conducted in three distinct phases using a mixed-methods approach combining quantitative and qualitative methodologies. A purposive sampling technique was employed to select a group of 56 participants. The research instruments comprised a school food sanitation standards evaluation form containing 7 categories and 20 criteria, a health record form for tracking illnesses transmitted through food and water, and an in-depth interview guide. Data were analyzed using descriptive statistics, the paired t-test, and content analysis. The findings from Phase 1 revealed that prior to the intervention, the school met the food sanitation standards for only 60.00% of the criteria (12 items), with major deficiencies identified in waste management, wastewater disposal, and the general cafeteria environment. In Phase 2, a comprehensive surveillance model was developed, encompassing 9 core systems: sanitation evaluation, food and water monitoring, vector control, food handler health screenings, illness tracking, risk communication, and a systematic reporting mechanism. In Phase 3, following the implementation of the surveillance model, the school successfully met all 20 food sanitation criteria, reaching a 100% compliance rate. Furthermore, the mean sanitation score demonstrated a statistically significant increase ($p = .002$). No biological contamination was detected in the food or water supplies, and zero cases of diarrheal diseases were reported among students or teachers throughout the entire follow-up period. The results of this study clearly demonstrate that the newly developed surveillance model is highly effective and can serve as a sustainable prototype for upgrading school food sanitation systems in other educational settings.

Keywords: Model Development, Foodborne and Waterborne Disease Surveillance Model, Primary Schools, Saraburi Province.

1. บทนำ

ปัญหาการเจ็บป่วยจากโรคที่มีอาหารและน้ำเป็นสื่อยังคงเป็นประเด็นสำคัญด้านสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคอาหารเป็นพิษซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในหลายพื้นที่ของประเทศ สาเหตุสำคัญมักเกี่ยวข้องกับการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ในอาหารและน้ำ อันเกิดจากพฤติกรรมสุขอนามัยที่ไม่เหมาะสมของผู้เตรียมและผู้ปรุงอาหารในกระบวนการผลิต แปรรูป และให้บริการ การขาดความรู้ ความตระหนัก และการไม่ปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารอย่างเคร่งครัด ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อโรคสู่ผู้บริโภคเพิ่มสูงขึ้น ข้อมูลสถานการณ์โรคอาหารเป็นพิษในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา พบผู้ป่วยรวม 110,396 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 167.11 ต่อประชากรแสนคน โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราป่วยสูงสุด รองลงมา คือ ภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ ซึ่งสะท้อนถึงความแตกต่างเชิงพื้นที่ของปัญหาและบริบทด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารในแต่ละภูมิภาค (ภิรมภูริ ปัทมธรรมกุล, 2564)

นอกจากผลกระทบทางด้านสุขภาพแล้ว โรคที่เกิดจากอาหารและน้ำเป็นสื่อยังส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและสังคมในหลายมิติ ไม่ว่าจะเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยและภาครัฐ ค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจจากการหยุดงานหรือหยุดกิจการ ตลอดจนความสูญเสียจากการทำลายอาหารที่ปนเปื้อน รวมถึงค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบ ควบคุม และบังคับใช้กฎหมายโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (กรมอนามัย, 2558) อย่างไรก็ตาม โรคดังกล่าวสามารถป้องกันและควบคุมได้ หากมีการส่งเสริมความสะอาดและความปลอดภัยในทุกขั้นตอนของการผลิตอาหาร ตั้งแต่วัตถุดิบ ภาชนะ อุปกรณ์ สถานที่ประกอบอาหาร ไปจนถึงบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะผู้สัมผัสอาหารซึ่งมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการจัดเตรียมอาหารที่ปลอดภัยและมีคุณค่าทางโภชนาการ การส่งเสริมความรู้และทักษะด้านสุขาภิบาลอาหารแก่ผู้สัมผัสอาหารจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการยกระดับความปลอดภัยด้านอาหารและสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้บริโภค (ภิรมภูริ ปัทมธรรมกุล, 2564)

ในบริบทของเด็กวัยเรียน อาหารกลางวันที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานโภชนาการมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโต พัฒนาการทางร่างกาย สติปัญญา และการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค อาหารที่เหมาะสมไม่เพียงต้องมีสารอาหารครบถ้วนตามหลักโภชนาการเท่านั้น หากยังต้องปลอดภัยจากการปนเปื้อน โดยเฉพาะการปนเปื้อนทางชีวภาพ เช่น จุลินทรีย์ก่อโรค สารพิษจากจุลินทรีย์ และพยาธิ ซึ่งอาจก่อให้เกิดการเจ็บป่วยในเด็กได้อย่างรวดเร็ว (อำพร ทาตะ และคณะ, 2561)

รายงานจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า ในช่วงวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ตุลาคม 2566 มีรายงานผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันทั่วประเทศจำนวน 610,362 ราย และมีผู้เสียชีวิต 1 ราย โดยการระบาดส่วนใหญ่เกิดขึ้นในโรงเรียน สาเหตุหลักมาจากเชื้อโนโรไวรัส ซึ่งมักพบการระบาดในช่วงฤดูหนาว และสามารถแพร่กระจายผ่านการสัมผัสโดยตรง การบริโภคอาหารหรือน้ำที่ปนเปื้อน หรือการสัมผัสพื้นผิวที่มีเชื้อแล้วนำมือเข้าปากโดยไม่ล้างมือให้สะอาด (ธงชัย กิริติหัตถยากร, 2566) นอกจากนี้ ยังพบกรณีการระบาดในจังหวัดระยองที่มีผู้ป่วยจำนวนมากจากโรงเรียนขนาดใหญ่ สาเหตุสำคัญเกิดจากการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องของผู้ประกอบกิจการอาหาร เช่น การไม่ปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหาร การใช้น้ำที่มีค่าคลอรีนคงเหลือต่ำกว่าเกณฑ์ และสภาพแวดล้อมของโรงครัวที่ไม่เหมาะสม (สมศักดิ์ เทพสุทิน, 2567)



การเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษในกลุ่มนักเรียนจึงอาจมีความสัมพันธ์กับอาหารกลางวันที่โรงเรียนจัดเตรียม โดยมีการศึกษา พบว่า โรงเรียนในหลายแห่งยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารในหลายด้าน เช่น ระบบน้ำใช้ น้ำแข็ง อ่างล้างจาน และการขาดการตรวจสอบสุขภาพของผู้สัมผัสอาหาร (เตือนใจ ศิริพาหนะกุล และคณะ, 2566) รวมถึงปัญหาด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น การไม่สวมหมวกคลุมผม การสวมเครื่องประดับ และการไม่ตัดเล็บ ซึ่งเพิ่มโอกาสการปนเปื้อนของจุลินทรีย์ในอาหารและภาชนะ (จิราภรณ์ หลาบดำ และคณะ, 2560; Pascual & Abenis, 2016; อำพร ท่าตะ และคณะ, 2561) รวมถึงปัญหาการปนเปื้อนในน้ำดื่มบรรจุถังที่นักเรียนบริโภค (จริยา อินทร์ศรี และคณะ, 2564)

จากข้อมูลสถานการณ์ในพื้นที่จังหวัดสระบุรีสถิติย้อนหลัง 5 ปี (ปี พ.ศ. 2562 – 2566) พบว่า อัตราป่วยจากโรคอาหารเป็นพิษมีแนวโน้มลดลง อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงเป็นนักเรียนอายุ 5 – 14 ปี และมักพบการระบาดในช่วงฤดูกลางปีของทุกปี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี, 2566) ดังนั้น การพัฒนาระบบเฝ้าระวังด้านสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียนจึงมีความจำเป็น เพื่อป้องกันและควบคุมโรคอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในโรงเรียนระดับประถมศึกษา ซึ่งจะช่วยส่งเสริมสุขภาพนักเรียนในระยะยาว (FAO, 2019)

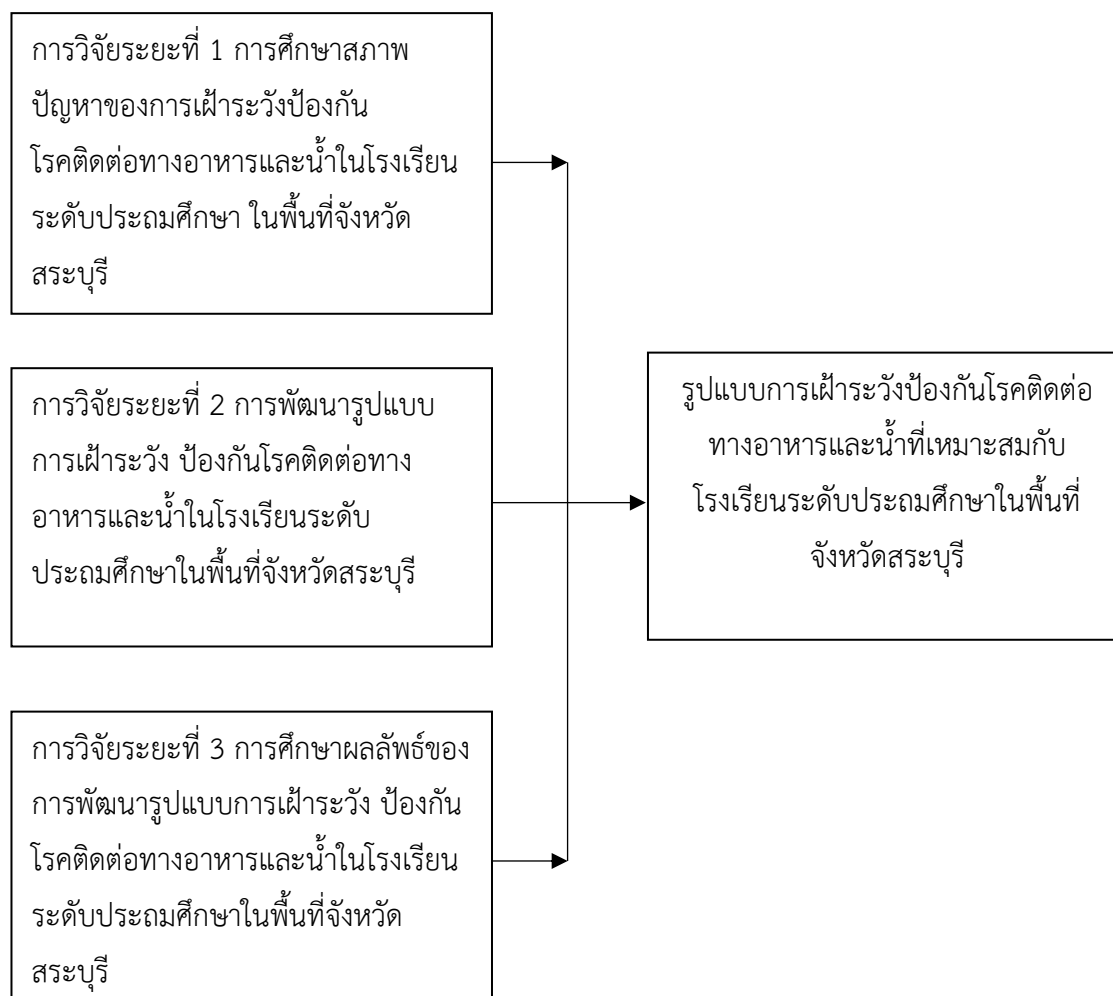
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่อทางอาหารและน้ำของโรงเรียนระดับประถมศึกษาในพื้นที่จังหวัดสระบุรี

2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่อทางอาหารและน้ำของโรงเรียนระดับประถมศึกษาในพื้นที่จังหวัดสระบุรี

2.3 เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่อทางอาหารและน้ำของโรงเรียนระดับประถมศึกษาในพื้นที่จังหวัดสระบุรี

3. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบการวิจัยและพัฒนา

4. ทบทวนวรรณกรรม

4.1 โรคติดต่อทางอาหารและน้ำในเด็ก

โรคติดต่อทางอาหารและน้ำเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันอันเกิดจากการบริโภคอาหารและน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส โปรโตซัว หรือพยาธิ (Lertsuphotvanit et al., 2023) โรคดังกล่าวมักพบในประเทศที่มีข้อจำกัดด้านน้ำสะอาดและสุขาภิบาล โดยสาเหตุสำคัญมาจากเชื้อไวรัส เช่น Rotavirus และ Norovirus รวมถึงเชื้อแบคทีเรีย ได้แก่ Escherichia coli, Shigella, Salmonella และ Vibrio parahaemolyticus

อาการสำคัญของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ได้แก่ การถ่ายเหลวมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน อาเจียน ปวดท้อง และมีไข้ ซึ่งในกรณีรุนแรงอาจนำไปสู่ภาวะขาดน้ำและเสียชีวิตได้ การป้องกันโรคจึงเน้นการล้างมือ

อย่างถูกวิธี การบริโภคอาหารปรุงสุกใหม่ น้ำดื่มสะอาด และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะ ขณะที่การรักษาเน้นการให้สารละลายเกลือแร่ (ORS) และหลีกเลี่ยงการใช้อาบน้ำด้วยน้ำที่ไม่จำเป็น (Lertsuphotvanit et al., 2023)

4.2 โรคอุจจาระร่วงจากเชื้อไวรัสโรต้าและโนโรไวรัส

ไวรัสโรต้าเป็นสาเหตุสำคัญของโรคอุจจาระร่วงในเด็กเล็ก โดยเฉพาะช่วงอายุ 6 เดือนถึง 2 ปี มีลักษณะการติดต่อที่รวดเร็วและสามารถอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้นาน ทำให้เกิดการระบาดซ้ำได้บ่อย (Lertsuphotvanit et al., 2023) การป้องกันที่มีประสิทธิภาพ คือ การรับวัคซีนโรต้าไวรัสร่วมกับการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล

ขณะที่โนโรไวรัสเป็นสาเหตุสำคัญของการระบาดในโรงเรียนและชุมชน เนื่องจากใช้ปริมาณเชื้อเพียงเล็กน้อยก็สามารถก่อโรคได้ และแอลกอฮอล์ไม่สามารถฆ่าเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ การควบคุมโรคจึงต้องเน้นการล้างมือด้วยน้ำและสบู่ การทำความสะอาดพื้นผิวด้วยสารที่มีคลอรีน และการควบคุมคุณภาพอาหารและน้ำอย่างเข้มงวด (Lertsuphotvanit et al., 2023)

4.3 แนวคิดและหลักการสุขาภิบาลอาหาร

สุขาภิบาลอาหาร หมายถึง กระบวนการป้องกันการปนเปื้อนของอาหารจากเชื้อโรค พยาธิ หรือสารเคมีที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคที่มาจากอาหารและน้ำ หลักการพื้นฐานของสุขาภิบาลอาหารตามแนวทางของ Codex Alimentarius Commission 2020 ประกอบด้วย การจัดเก็บอาหารอย่างเหมาะสม การแยกอาหารดิบและอาหารสุก การควบคุมอุณหภูมิ การทำความสะอาดอุปกรณ์ และการฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง (WHO, 2020)

อันตรายจากการปนเปื้อนในอาหารอาจเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส พยาธิ และสารเคมี เช่น สารตกค้างจากยาฆ่าแมลง ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (CDC, 2022) การควบคุมและป้องกันการปนเปื้อนจึงจำเป็นต้องใช้ระบบมาตรฐาน เช่น HACCP, GMP และ ISO 22000 เพื่อยกระดับความปลอดภัยอาหารตลอดห่วงโซ่อุปทาน (NACMCF, 2017)

4.4 การเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหาร

การเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหารเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคจากอาหาร โดยมุ่งเน้นการตรวจสอบสุขลักษณะของสถานที่ อุปกรณ์ บุคลากร และคุณภาพอาหารอย่างเป็นระบบ (CDC, 2023; FAO, 2019) กระบวนการเฝ้าระวังประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ การแปลผล และการสื่อสารข้อมูลเพื่อใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบายและการจัดการความเสี่ยง

เครื่องมือที่ใช้ในการเฝ้าระวัง ได้แก่ ระบบติดตามเชื้อจุลินทรีย์ เทคโนโลยีการตรวจสอบแบบเรียลไทม์ และการเฝ้าระวังการเจ็บป่วยจากอาหารในสถานพยาบาล (WHO, 2021) การเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพช่วยลดการระบาดของโรค เพิ่มความปลอดภัยของอาหาร และสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้บริโภค

4.5 การสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียน

การสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียนมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเด็กนักเรียนเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคจากอาหาร โรงเรียนจึงต้องจัดการด้านสุขาภิบาลอาหารอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การฝึกอบรมบุคลากร การควบคุม



อุณหภูมิอาหาร การทำความสะอาดสถานที่และอุปกรณ์ ไปจนถึงการตรวจสอบคุณภาพอาหารอย่างสม่ำเสมอ (WHO, 2020; CDC, 2023)

การดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารที่มีมาตรฐานไม่เพียงช่วยป้องกันโรค แต่ยังส่งเสริมสุขภาพและศักยภาพการเรียนรู้ของนักเรียนในระยะยาว ส่งผลให้โรงเรียนเป็นพื้นที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการพัฒนาเด็กอย่างยั่งยืน

4.6 การเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหารและน้ำในประเทศไทย

การเฝ้าระวังด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำของประเทศไทยเป็นกระบวนการตามหลักระบาดวิทยา ครอบคลุมการเฝ้าระวังด้านกายภาพ ชีวภาพ และเคมี โดยมีเป้าหมายเพื่อประเมินสถานการณ์ วางแผนควบคุมป้องกัน และสื่อสารความเสี่ยงแก่ประชาชน (กรมอนามัย, 2558) การดำเนินงานต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายในชุมชน

4.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านสุขาภิบาลอาหารและอนามัยสิ่งแวดล้อมสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาเชิงพฤติกรรม ระบบการจัดการ และกลไกการบริหารที่ส่งผลต่อความปลอดภัยด้านอาหารในสถานประกอบการและสถานศึกษาอย่างชัดเจน ลลนา ทองแท้ (2560) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้สัมผัสอาหารในเขตเทศบาลนครรังสิต พบว่า ผู้สัมผัสอาหารกว่าร้อยละ 72.3 ปฏิบัติไม่ถูกต้องตามหลักสุขวิทยาส่วนบุคคล โดยพฤติกรรมเสี่ยงที่พบได้บ่อย ได้แก่ การไม่สวมหมวกหรือเน็คคลุมผม การสวมใส่เครื่องประดับ เล็บยาว และการทาสีเล็บ แม้จะเคยผ่านการอบรมด้านสุขาภิบาลอาหารแล้วก็ตาม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ ได้แก่ ระดับการศึกษา ทักษะคิด ลักษณะการจ้างงาน และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การอบรมเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอหากขาดระบบกำกับติดตามที่มีประสิทธิภาพ

ในระดับองค์กร วัชรินทร์ ทองสีเหลือง (2562) พบว่า การพัฒนาการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในสถาบันการศึกษาสามารถประสบผลสำเร็จได้จากการจัดการเชิงเครือข่าย การมีส่วนร่วม และการจัดการความรู้ ขณะที่ อนุชิต หน่อแหวน (2566) เสนอรูปแบบการจัดการระบบสุขาภิบาลอาหารเพื่อป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งเน้นการสร้างการรับรู้ การปรับรูปแบบบริการ และการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ส่งผลให้สถานประกอบการผ่านการประเมินมาตรฐานเพิ่มขึ้นและพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

สำหรับบริบทโรงเรียน เตือนใจ ศิริพาหนะกุล และคณะ (2566) พบว่า โรงอาหารในโรงเรียนประถมศึกษาหลายแห่งไม่ผ่านมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร และตรวจพบการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในอาหาร น้ำ และภาชนะอุปกรณ์ในระดับสูง ขณะที่ เบญญาภา ไชยเมือง และคณะ (2566) พบว่า การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมของโรงเรียนยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน แม้ผลกระทบต่อสุขภาพจะอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับงานของ หทัยชนก บุญรัง และคณะ (2567) และกามีละห์ ยะโกะ และคณะ (2567) ที่ชี้ให้เห็นความสำคัญของการบริหารจัดการ การมีส่วนร่วม และการพัฒนาระบบสุขาภิบาลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ จิตติมา พานิชกิจ และคณะ (2567) รวมถึงหฤทัย ทบวงษ์ศรี และวนิดา อินทรสังขาร์ (2567) ยังเน้นย้ำบทบาทของระบบ



เฝ้าระวัง การบูรณาการการทำงาน และการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการลดความเสี่ยงโรคอาหารเป็นพิษและยกระดับความปลอดภัยด้านอาหารอย่างยั่งยืน

5. ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและพัฒนาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

5.1 การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการศึกษาสภาพปัญหาของการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่อทางอาหารและน้ำของโรงเรียนระดับประถมศึกษาในพื้นที่จังหวัดสระบุรี โดยใช้การวิจัยแบบผสมผสานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 20 คน ได้แก่ 1) ผู้อำนวยการโรงเรียน 3 คน 2) ครูอนามัย และครูผู้รับผิดชอบงานอาหารกลางวัน 3 คน 3) ผอ.รพ.สต. 6 คน 4) ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข อบต. เทศบาล 2 คน 5) แม่ครัว ผู้ปรุง 6 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) ประเด็นสัมภาษณ์เชิงลึก 2) แบบประเมินมาตรฐานระบบเฝ้าระวังด้านสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียน 7 หมวด 20 ข้อ (กรมอนามัย, 2566) และ 3) แบบบันทึกการเจ็บป่วยจากโรคที่มีอาหารและน้ำเป็นสื่อ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00 และตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การตีความและวิเคราะห์เนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย)

5.2 การวิจัยระยะที่ 2 เป็นการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่อทางอาหารและน้ำของโรงเรียนระดับประถมศึกษาในพื้นที่จังหวัดสระบุรี โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 12 คน ได้แก่ 1) ผู้อำนวยการโรงเรียน 2 คน 2) ครู 2 คน 3) ครูอนามัย ครูผู้รับผิดชอบงานอาหารกลางวัน 2 คน 4) ผอ.รพ.สต. 2 คน 5) ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข อบต. เทศบาล 2 คน 6) แม่ครัว ผู้ปรุง 2 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ ประเด็นการประชุมเชิงปฏิบัติการ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00 และตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการตีความและการวิเคราะห์เนื้อหา

5.3 การวิจัยระยะที่ 3 เป็นการประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่อทางอาหารและน้ำของโรงเรียนระดับประถมศึกษาในพื้นที่จังหวัดสระบุรี โดยใช้การวิจัยแบบผสมผสานเชิงปริมาณและคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 24 คน ได้แก่ 1) ผู้อำนวยการโรงเรียน 6 คน 2) ครูอนามัย ครูผู้รับผิดชอบงานอาหารกลางวัน 6 คน 3) แม่ครัว ผู้ปรุง 12 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แบบประเมินมาตรฐานระบบเฝ้าระวังด้านสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียน 7 หมวด 20 ข้อ (กรมอนามัย, 2566) และ 2) แบบบันทึกการเจ็บป่วยจากโรคที่มีอาหารและน้ำเป็นสื่อ การตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การตีความและวิเคราะห์เนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย) และสถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ด้วย Paired t-test

5.4 การพิทักษ์สิทธิอาสาสมัคร

ผู้วิจัยดำเนินการขอรับรองจริยธรรมการวิจัย เขตสุขภาพที่ 4 เลขที่โครงการวิจัย 003/68E วันที่รับรอง วันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2568

6. ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่อทางอาหารและน้ำในโรงเรียนระดับประถมศึกษาในพื้นที่จังหวัดสระบุรี ดำเนินการใน 3 ระยะ ครอบคลุมการสำรวจสภาพปัญหา การพัฒนาและตรวจสอบรูปแบบ และการทดลองใช้รูปแบบในพื้นที่จริง โดยมีผลการวิจัยดังต่อไปนี้

6.1 การวิจัยระยะที่ 1 สภาพปัญหาของการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่อทางอาหารและน้ำของโรงเรียนระดับประถมศึกษาในพื้นที่จังหวัดสระบุรี พบว่า โรงเรียนในพื้นที่ศึกษาเผชิญปัญหาด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำในหลายมิติ ทั้งด้านโครงสร้างสถานที่ บุคลากร และกระบวนการควบคุมคุณภาพอาหารและน้ำ โดยจากการประเมินสุขาภิบาลอาหารจำนวน 20 ข้อ พบว่า โรงเรียนผ่านเกณฑ์เพียง 12 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 60.00 ขณะที่อีก 8 ข้อ (ร้อยละ 40.00) ไม่ผ่านเกณฑ์ สะท้อนให้เห็นว่า ระบบสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียนยังขาดความพร้อมและมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางอาหารและน้ำค่อนข้างสูง

ปัญหาที่พบประกอบด้วย หมวดที่ 3 อาหารและน้ำ คุณภาพน้ำดื่มในบางโรงเรียนยังไม่ผ่านเกณฑ์ความปลอดภัย หมวดที่ 4 ภาชนะอุปกรณ์ อุปกรณ์ล้างทำความสะอาดมีการปะปนระหว่างอาหารดิบและอาหารสุก รวมทั้งพบการใช้ภาชนะและเชียงไม่ถูกสุขลักษณะ และหมวดที่ 5 การจัดการขยะ น้ำเสีย ไม่มีระบบบ่อดักไขมัน ถังขยะไม่มีฝาปิด การจัดการน้ำเสียไม่เหมาะสม หมวดที่ 7 สุขลักษณะส่วนบุคคลของผู้ปรุง ผู้เตรียมอาหาร ผู้ปรุง มักไม่ผูกผ้ากันเปื้อนหรือเน็คคูลัมม ยังมีการทาเล็บหรือมีเล็บมือที่ยาวเกินไป

ด้านการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต., เทศบาล) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พบว่า มีความร่วมมือในระดับหนึ่ง แต่ยังไม่เป็นระบบและขาดความต่อเนื่อง ขณะที่ครูผู้ดูแลโรงอาหารและผู้ประกอบอาหารมีความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารจำกัดและต้องการการพัฒนาเพิ่มเติม

ผลการวิจัยนี้สะท้อนว่า โรงเรียนยังขาดรูปแบบการเฝ้าระวังโรคติดต่อทางอาหารและน้ำที่เป็นระบบ มีมาตรฐาน และบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย รวมทั้งยังขาดเครื่องมือและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การป้องกันโรคยังไม่มีประสิทธิภาพและความยั่งยืน จึงเป็นช่องว่างสำคัญที่นำไปสู่การพัฒนาแบบเฝ้าระวังในระยะต่อไป

ตารางที่ 1 สรุปผลประเมินสุขาภิบาลอาหารก่อนการพัฒนาแบบเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่อทางอาหารและน้ำของโรงเรียนระดับประถมศึกษาในพื้นที่จังหวัดสระบุรี

หมวดการประเมิน	จำนวนรายการที่ประเมิน (ข้อ)	ผ่าน (ข้อ)	ไม่ผ่าน (ข้อ)	ร้อยละที่ผ่าน
หมวด 1 โรงอาหารและบริเวณทั่วไป	2	2	0	100.00

หมวดการประเมิน	จำนวนรายการที่ ประเมิน (ข้อ)	ผ่าน (ข้อ)	ไม่ผ่าน (ข้อ)	ร้อยละ ที่ผ่าน
หมวด 2 สถานที่เตรียม/ปรุงอาหาร	2	2	0	100.00
หมวด 3 อาหารและน้ำ	4	2	2	75.00
หมวด 4 ภาชนะอุปกรณ์	5	1	3	60.00
หมวด 5 การจัดการขยะ/น้ำเสีย	3	4	1	0.00
หมวด 6 ห้องน้ำ/ห้องส้วม	1	1	0	100.00
หมวด 7 สุขลักษณะผู้ปรุง/ผู้เสิร์ฟ	3	1	2	100.00
รวม	20	12	8	60.00

6.2 การวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่อทางอาหารและน้ำของโรงเรียนระดับประถมศึกษาในพื้นที่จังหวัดสระบุรี จากข้อมูลระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้ร่วมกับโรงเรียน, รพ.สต. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พัฒนารูปแบบเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่อทางอาหารและน้ำที่เหมาะสมกับบริบทของโรงเรียนประถมศึกษา ระยะนี้มุ่งสร้างต้นแบบระบบเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ โดยใช้แนวทางการพัฒนาของ กรมอนามัย (2566) ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่

- 6.2.1 ระบบประเมินสุขาภิบาลอาหาร (7 หมวด 20 ข้อ) ตามเกณฑ์ของกรมอนามัย
- 6.2.2 ระบบเก็บตัวอย่างอาหาร 48 ชั่วโมง
- 6.2.3 ระบบตรวจคุณภาพน้ำดื่ม น้ำใช้
- 6.2.4 ระบบควบคุมสัตว์นำโรค
- 6.2.5 ระบบตรวจสอบสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร
- 6.2.6 ระบบติดตามอาการป่วยของนักเรียน ครู
- 6.2.7 ระบบสื่อสารความเสี่ยง
- 6.2.8 การตรวจประเมินจากหน่วยงานภายนอก
- 6.2.9 ระบบรายงานผล

หลังจากที่ได้องค์ประกอบทั้ง 9 องค์ประกอบ ผู้วิจัยจึงได้จัดทำคู่มือเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่อทางอาหารและน้ำในโรงเรียนประถมศึกษา จึงนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรีและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี กรมควบคุมโรค ทำการตรวจสอบความถูกต้อง พบว่า รูปแบบนี้มีความครบถ้วน เหมาะสม สามารถนำไปใช้จริงได้ มีความเป็นไปได้สูงในการปฏิบัติ และคาดว่าจะช่วยลดความเสี่ยงด้านสุขาภิบาลในโรงเรียนได้อย่างชัดเจน ผู้เชี่ยวชาญมีข้อเสนอแนะเพียงเล็กน้อย ได้แก่ การปรับรายละเอียดของแบบฟอร์มและการกำหนดความถี่ของการติดตาม ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริงในระยะที่ 3 ต่อไป

ตารางที่ 2 องค์ประกอบของรูปแบบเฝ้าระวังที่ถูกพัฒนาขึ้น

องค์ประกอบ	ลักษณะสำคัญ
1. ประเมินสุขภาพิบาล	ใช้แบบประเมิน 20 ข้อ ตามเกณฑ์ของกรมอนามัย
2. เฝ้าระวังอาหาร	เก็บอาหาร 48 ชม. ทุกมื้อ
3. เฝ้าระวังน้ำ	ตรวจด้วยชุดทดสอบ ๑11 รายเดือน
4. ควบคุมสัตว์นำโรค	หนู/แมลงสาบ/นก/สุนัข/แมว
5. ตรวจสอบสุขภาพผู้ปรุง	ตรวจสอบสุขภาพปีละ 1-2 ครั้ง
6. เฝ้าระวังอาการเจ็บป่วย	รายวัน
7. สื่อสารความเสี่ยง	สัปดาห์ละ 1 ครั้ง
8. ตรวจสอบภายนอก	โดย รพ.สต. ภาคเรียนละ 1 ครั้ง
9. ระบบรายงานผล	รายเดือน/ภาคเรียน

6.3 การวิจัยระยะที่ 3 ผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคติดต่อทางอาหารและน้ำของโรงเรียนระดับประถมศึกษาในพื้นที่จังหวัดสระบุรี เมื่อทดลองใช้รูปแบบในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2568 จำนวน 12 โรงเรียน พบว่า ผลลัพธ์ที่ได้มีความเปลี่ยนแปลงในทิศทางบวกอย่างชัดเจนในทุกมิติของการเฝ้าระวังสุขภาพิบาลอาหารและน้ำในโรงเรียนระดับประถมศึกษา ดังนี้

6.3.1 ผลการประเมินสุขภาพิบาลอาหารตามเกณฑ์ของกรมอนามัย หลังการนำรูปแบบไปใช้ในโรงเรียนระดับประถมศึกษาสามารถผ่านเกณฑ์การประเมินสุขภาพิบาลอาหารได้ครบทั้ง 20 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 100 เพิ่มขึ้นจากก่อนพัฒนาที่ผ่านเกณฑ์เพียงร้อยละ 60 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบทางสถิติก่อนและหลังการพัฒนาด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า มีคะแนนการประเมินเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .002$) สะท้อนว่า โรงเรียนระดับประถมศึกษาในพื้นที่จังหวัดสระบุรี สามารถพัฒนาการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคติดต่อทางอาหารและน้ำในโรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานได้อย่างชัดเจน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคะแนนการประเมินสุขภาพิบาลอาหารในโรงเรียนระดับประถมศึกษา ก่อน - หลังพัฒนา

รายการ	จำนวนรายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	SD	t	df	p-value
ก่อนพัฒนา	20	0.60	.502	-3.559	19	.002*
หลังพัฒนา	20	1.00	.000			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6.3.2 ผลการเฝ้าระวังคุณภาพอาหาร จากการตรวจอาหารทั้งหมด 100 ครั้ง ตลอดภาคเรียน ไม่พบการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียหรือสิ่งแปลกปลอมเลย คิดเป็นร้อยละ 100 แสดงว่าระบบจัดเตรียม – ปรงอาหาร - การเก็บอาหาร มีความปลอดภัยตามหลักสุขาภิบาลอย่างชัดเจน

6.3.3 ผลการตรวจคุณภาพน้ำ การตรวจคุณภาพน้ำดื่มและน้ำใช้ด้วยชุดทดสอบ อ11 จำนวน 6 ครั้ง พบว่า ทุกตัวอย่างไม่พบการปนเปื้อนของสารหรือเชื้อโรค คิดเป็นร้อยละ 100 แสดงว่าน้ำที่ใช้ปรงอาหารและบริโภคมีความปลอดภัยในระดับที่ยอมรับได้

6.3.4 การควบคุมสัตว์นำโรคและแมลง ผลการตรวจสอบพื้นที่โรงอาหารและบริเวณใกล้เคียง จำนวน 94 ครั้ง ไม่พบสัตว์นำโรค ได้แก่ สุนัข แมว นก หนู และแมลงสาบ คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งเป็นผลมาจากการจัดการสิ่งแวดล้อม การจัดเก็บขยะ และการปรับปรุงพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

6.3.5 สุขภาพผู้ปรงและผู้เสิร์ฟอาหาร ผู้ประกอบอาหารทั้งหมด 12 คน ผ่านการตรวจสุขภาพ ครบถ้วนตามเกณฑ์ โดยไม่พบผู้มีโรคที่ต้องห้าม ประกอบกับการปรับปรุงสุขลักษณะส่วนบุคคล ทำให้ความเสี่ยงในการแพร่เชื้อจากผู้สัมผัสอาหารลดลงอย่างมาก

6.3.6 การเฝ้าระวังอาการเจ็บป่วยของนักเรียนและครู จากการติดตามนักเรียน จำนวน 1,353 คน และครู 93 คน ตลอดภาคเรียน ไม่พบผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงหรืออาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับอาหารและน้ำแม้แต่รายเดียว สะท้อนว่าระบบเฝ้าระวังและมาตรการป้องกันโรคได้ผลอย่างมีประสิทธิภาพ

6.3.7 การสื่อสารความเสี่ยงด้านโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ โรงเรียนสามารถดำเนินกิจกรรม สื่อสารความเสี่ยงต่อเนื่องตลอด 20 สัปดาห์ตามแผนงาน ซึ่งช่วยเสริมสร้างความรู้แก่ครูและนักเรียน ทำให้เกิดพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลที่ถูกต้องมากขึ้น

6.3.8 การตรวจสอบจากภายนอก โรงเรียนได้รับการตรวจสอบจาก รพ.สต. ภาคเรียนละ 1 ครั้ง ครอบคลุมทุกโรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 100

6.3.9 ระบบรายงานผล ครูผู้รับผิดชอบโรงอาหารของโรงเรียนมีการรายงานผลการดำเนินงานทุก เดือนในระยะ 1 ภาคเรียน ครอบคลุมทุกโรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 4 ผลการดำเนินงานหลังการพัฒนา

รายการตรวจสอบ	ผลการตรวจสอบ (ปกติ)	ผลการตรวจสอบ (ไม่ปกติ)	ร้อยละ
1. ผลเฝ้าระวังอาหารหลังพัฒนา	พบการปนเปื้อน (ตัวอย่าง)	ไม่พบการปนเปื้อน (ตัวอย่าง)	ร้อยละ
อาหารกลางวัน	0	100	100
2. ผลตรวจคุณภาพน้ำ	พบการปนเปื้อน (ตัวอย่าง)	ไม่พบการปนเปื้อน (ตัวอย่าง)	ร้อยละ
น้ำดื่ม/น้ำใช้	0	6	100

รายการตรวจสอบ	ผลการตรวจสอบ (ปกติ)	ผลการตรวจสอบ (ไม่ปกติ)	ร้อยละ
3. การเฝ้าระวังสัตว์นำโรค	พบ (ครั้ง)	ไม่พบ (ครั้ง)	ร้อยละ
สุนัข	0	94	100
แมว	0	94	100
นก/นกพิราบ	0	94	100
หนู	0	6	100
แมลงสาบ	0	6	100
4. สุขภาพผู้ปรุง/ผู้เสิร์ฟอาหาร	พบ	ไม่พบ	ร้อยละ
	การเจ็บป่วย (คน)	การเจ็บป่วย (คน)	
ผู้ปรุง-ผู้เสิร์ฟอาหาร	0	12	100
5. ผลตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร	ตรวจ (คน)	ไม่ตรวจ (คน)	ร้อยละ
คนที่ 1 (6 โรงเรียน)	6	0	100
คนที่ 2 (6 โรงเรียน)	6	0	100
6. การเฝ้าระวังโรคอุจจาระร่วงในนักเรียน/ครู	พบ	ไม่พบ	ร้อยละ
	การเจ็บป่วย (คน)	การเจ็บป่วย (คน)	
นักเรียน	0	1,353 คน	100
ครู	0	93 คน	100
7. การสื่อสารความเสี่ยง	ดำเนินการครบทุกสัปดาห์ รวม 20 สัปดาห์ (ร้อยละ 100)		
8. ตรวจจากภายนอก	ได้รับการตรวจสอบจาก รพ.สต. ภาคเรียนละ 1 ครั้ง		
9. ระบบรายงานผล	มีการรายงานผลการดำเนินงานทุกเดือน/ภาคเรียน		

7. อภิปรายผล

ผลการวิจัยในครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่อทางอาหารและน้ำของโรงเรียนระดับประถมศึกษาในพื้นที่จังหวัดสระบุรี อย่างเป็นระบบ สามารถยกระดับความปลอดภัยด้านอาหารในโรงเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับมาตรฐานของกรมอนามัย (กรมอนามัย, 2566) และโครงสร้างระบบงานด้านสุขาภิบาลอาหารของโรงเรียนอย่างรอบด้าน

7.1 ผลการวิจัยระยะที่ 1 พบว่า โรงเรียนไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินถึง 8 รายการ (ร้อยละ 40.0) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขาภิบาลอาหาร เช่น ความสะอาดของสถานที่รับประทานอาหาร การจัดวางโต๊ะ เก้าอี้ การจัดการของระบบระบายน้ำเสีย และการควบคุมสุขลักษณะส่วนบุคคลของผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิตรดา มาตยาคุณ (2559) และเตือนใจ ศิริพานะกุล และคณะ

(2566) ที่รายงานว่า โรงเรียนหลายแห่งยังไม่ผ่านเกณฑ์สุขาภิบาล โดยเฉพาะด้านระบบน้ำใช้ ภาชนะ และการระบายน้ำเสีย รวมถึงสัญลักษณ์ส่วนบุคคลของผู้ปรุงอาหาร นอกจากนี้ ปัญหาที่พบยังคล้ายคลึงกับรายงานการเกิดโรคอุจจาระร่วงจากโรงเรียนในหลายจังหวัด ซึ่งเชื่อมโยงกับพฤติกรรมความสะอาดของผู้สัมผัสอาหารและคุณภาพสภาพแวดล้อมในโรงครัว (ธงชัย กิริติหัตถยากร, 2566)

7.2 ผลการวิจัยระยะที่ 2 เป็นการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่อทางอาหารและน้ำของโรงเรียนระดับประถมศึกษา ได้พัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่ครอบคลุมทั้งการตรวจประเมินโครงสร้างพื้นฐานทั้ง 9 องค์ประกอบ เช่น การเฝ้าระวังอาหาร น้ำดื่ม น้ำใช้ การฝึกอบรมผู้ปรุงอาหาร และการสื่อสารความเสี่ยง การจัดทำคู่มือการรายงานการเฝ้าระวังฯ (แบบ สอ.ร.1-7) ทำให้ข้อมูลมีความเป็นระบบและสามารถติดตามผลได้จริง ผลการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่า รูปแบบนี้มีความถูกต้องตามหลักวิชาการ และเหมาะสมกับบริบทโรงเรียนประถมศึกษาในพื้นที่จังหวัดสระบุรี ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ ธารหทัย มาลาเวช (2553) ที่ระบุว่า ระบบเฝ้าระวังที่ดีต้องประกอบด้วย การประเมิน การติดตาม และการให้ข้อมูลป้อนกลับอย่างเป็นระบบ

7.3 ผลการวิจัยระยะที่ 3 เป็นการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริงในโรงเรียนระดับประถมศึกษาเป็นระยะเวลา 6 เดือน หรือภาคเรียนที่ 1 ของปีการศึกษา 2568 พบว่า ทุกโรงเรียนมีการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ การเก็บตัวอย่างอาหาร 48 ชั่วโมง การตรวจคุณภาพน้ำดื่ม น้ำใช้ การควบคุมสัตว์นำโรค การตรวจสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร การติดตามอาการป่วยของนักเรียน ครู การตรวจประเมินจากหน่วยงานภายนอก และระบบรายงานผล โดยเฉพาะกิจกรรมสื่อสารความเสี่ยงดำเนินการครบทุกสัปดาห์ (ร้อยละ 100) ตลอดภาคการศึกษา ซึ่งช่วยยกระดับความรู้และพฤติกรรมของนักเรียนและครูได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ วชิรินทร์ ทองสีเหลือง (2562) ที่ยืนยันว่า การให้ความรู้และการอบรมต่อเนื่องมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในสถานศึกษา ผลสำเร็จที่สำคัญที่สุดคือ ตลอดระยะเวลาการเฝ้าระวัง 6 เดือน ไม่พบผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงแม้แต่รายเดียว ทั้งในนักเรียน 1,353 คน และครู 93 คน ซึ่งเป็นหลักฐานชัดเจนว่า ระบบเฝ้าระวังที่พัฒนาขึ้นสามารถลดความเสี่ยงโรคติดต่อทางอาหารและน้ำได้จริง สอดคล้องกับรายงานของ FAO (2019) ที่ระบุว่า ระบบเฝ้าระวังด้านอาหารที่มีองค์ประกอบครบถ้วนช่วยลดการระบาดของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ ความร่วมมือระหว่างโรงเรียน รพ.สต. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่มีส่วนสำคัญอย่างมากต่อความสำเร็จของระบบ ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของ หทัยชนก บุญรัง และคณะ (2567) ที่ชี้ว่า โครงการอาหารกลางวันที่ประสบความสำเร็จต้องเกิดจากความร่วมมือของทุกภาคส่วนในชุมชน ไม่ใช่เพียงโรงเรียนเพียงลำพัง

จากผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดต่อทางอาหารและน้ำที่พัฒนาขึ้น สามารถลดหรือ “ปิดความเสี่ยง” ของการเกิดโรคได้อย่างเป็นระบบ เนื่องจากมาตรการทั้ง 9 ประเด็นครอบคลุมห่วงโซ่การเกิดโรค (Chain of Infection) ตั้งแต่การยกระดับมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร การควบคุมคุณภาพอาหารและน้ำ การกำจัดสัตว์นำโรค การเฝ้าระวังสุขภาพผู้สัมผัสอาหารและนักเรียน การสื่อสารความเสี่ยง การกำกับติดตามจากหน่วยงานภายนอก และระบบรายงานผลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ไม่พบการปนเปื้อนของ

อาหารและน้ำ รวมทั้งไม่พบผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงตลอดระยะเวลาศึกษา สะท้อนว่ารูปแบบดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคและสามารถสร้างระบบเฝ้าระวังที่มีความเข้มแข็งและยั่งยืนในโรงเรียนได้อย่างเป็นรูปธรรม

8. สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

8.1 สรุปผลการวิจัย

จากผลการศึกษาทั้งสามระยะ สามารถสรุปได้ว่า รูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่อทางอาหารและน้ำของโรงเรียนระดับประถมศึกษาในพื้นที่จังหวัดสระบุรี ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพสูง สามารถยกระดับคุณภาพระบบสุขาภิบาลอาหารและน้ำของโรงเรียนได้อย่างชัดเจน นำไปสู่ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม เช่น การผ่านเกณฑ์สุขาภิบาลร้อยละ 100 การไม่พบการปนเปื้อนในอาหารและน้ำ การไม่พบผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง และการควบคุมสัตว์นำโรคได้อย่างสมบูรณ์ รูปแบบดังกล่าวจึงมีศักยภาพในการนำไปขยายผลในโรงเรียนในพื้นที่อื่น และสามารถใช้เป็นต้นแบบระบบเฝ้าระวังด้านสุขาภิบาลในสถานศึกษาได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืนในอนาคต

8.2 ข้อเสนอแนะ

8.2.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) หน่วยงานด้านสาธารณสุขและสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาควรสนับสนุนให้โรงเรียนระดับประถมศึกษานำรูปแบบการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดต่อทางอาหารและน้ำที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นแนวทางมาตรฐาน เพื่อยกระดับระบบสุขาภิบาลอาหารและน้ำในโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง

2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรมีบทบาทในการกำกับติดตาม สนับสนุนงบประมาณ และนิเทศการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความยั่งยืนของระบบเฝ้าระวัง

8.2.2 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) โรงเรียนควรดำเนินการเฝ้าระวังคุณภาพอาหาร น้ำดื่ม สุขภาพผู้สัมผัสอาหาร และการสื่อสารความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง พร้อมรายงานผลเป็นประจำทุกเดือน

2) ควรพัฒนาศักยภาพครูผู้รับผิดชอบโรงอาหารและผู้ประกอบอาหารอย่างต่อเนื่อง เพื่อรักษามาตรฐานสุขาภิบาลอาหารและป้องกันการกลับมาของปัจจัยเสี่ยง

8.2.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบในพื้นที่หรือระดับการศึกษาอื่น เพื่อประเมินความเหมาะสมในการขยายผลในระดับจังหวัดหรือระดับประเทศ

2) ควรติดตามผลในระยะยาว และศึกษาผลกระทบด้านอัตราการเกิดโรค ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ และความยั่งยืนของระบบเฝ้าระวัง เพื่อสนับสนุนการกำหนดนโยบายด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำในโรงเรียน

เอกสารอ้างอิง

- กามีละห์ ยะโกะ, ธนพัฒน์ นวลจันทร์, และสุกฤดี คงมั่น. (2567). การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน เขตพื้นที่ตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 9(4), 438-447.
- กรมอนามัย. (2558). *แนวทางการเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหารและน้ำ สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันโรคที่เกิดจากอาหารและน้ำเป็นสื่อ*.
- กรมอนามัย. (2566). *มาตรฐานงานสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียน: การดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียน กพด. ปี 2566*.
- จิตติมา พานิชกิจ, นิธิรุจน์ เพ็ชรสินเดชากุล, นพปฎล เสี่ยงเพราะ และกาญจนา เอี่ยมอักษร. (2567). การศึกษารูปแบบการเฝ้าระวังและการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในโรงเรียนของกลุ่มยุวระดับวิทยาเขตสุขภาพที่ 3. *วารสารโรคและภัยสุขภาพสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์*, 18(3), 341-356.
- จริยา อินทรศรีศรี, ลมุลศิลป์ สังข์ทอง, และคณะวาปี วงศ์ศรี. (2564). คุณภาพน้ำบริโภคในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน จังหวัดพื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(ฉบับเพิ่มเติม 2), S208-S217.
- จิตรดา มาตยาคุณ. (2559). มาตรฐานโรงอาหารของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน: กรณีศึกษาโรงเรียนประถมศึกษา จังหวัดลพบุรี. *วารสารกฎหมายสุขภาพและนโยบายสาธารณสุข*, 2(3), 299-312.
- เตือนใจ ศิริพาหนะกุล, ชุมศรี ประเสริฐศิลป์, ชลามาตย์ มั่นคง, ธงศิลา สายทอง, น้อยนาง กุลวัฒน์, สีเสียดคำ, และสุพิมพ์ บุญมา. (2566). สถานการณ์สุขาภิบาลอาหารในโรงเรียนประถมศึกษาเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเลย เขต 1 จังหวัดเลย. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 16(1), 207-220.
- ธารหทัย มาลาเวช. (2553). *คู่มือมาตรฐานและกลวิธีในการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารของสถานศึกษา*. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ธงชัย กิตติหัตถยากร. (2566, 10 พฤศจิกายน). *กรมควบคุมโรคพบอุจจาระร่วงเฉียบพลันในโรงเรียนจากเชื้อโนโรไวรัส*. Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. <https://www.hfocus.org/content/2023/11/28900>
- เบญญาภา ไชยเมือง, ฤทธิรงค์ จังโกฏ, กาญจน์ดา ครองธรรมชาติ, และสุทิน ชนะบุญ. (2566). การประเมิน ผลกระทบด้านสุขภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมของโรงเรียน กรณีศึกษา ตำบลธงชัยเหนือ อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 18(2), 121-134.
- ภีมภูริ ปัทมธรรมกุล. (2564). *การประยุกต์ใช้สื่อบรมสุขาภิบาลอาหารแบบออนไลน์ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพร้านจำหน่ายอาหารในเขตเทศบาลนครอุดรธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์]*. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

- ลลนา ทองแท้. (2560). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักสุขวิทยาส่วนบุคคลด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้
สัมผัสอาหารในเทศบาลนครรังสิต. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ วิทยาศาสตรบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์].
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วัชรินทร์ ทองสีเหลือง. (2562). การพัฒนาการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในมหาวิทยาลัยราชภัฏ
มหาสารคาม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ วิทยาศาสตรบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.
- สมศักดิ์ เทพสุทิน. (2567, 9 พฤศจิกายน). เริงหาสาเหตุ นักเรียนจังหวัดระยองอาหารเป็นพิษ ล่าสุดป่วย
1,057 ราย. Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. <https://www.hfocus.org/content/2024/11/32196>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี จังหวัดสระบุรี. (2566). รายงานการเฝ้าระวังโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ.
หทัยชนก บุญรัง, ธีระภัทร ประสมสุข, เมืองอินทร์ ชรสวรรณ, และพงษ์ไทย บัววัด. (2567). การบริหาร
โครงการอาหารกลางวันของโรงเรียนในเครือข่ายพัฒนาคุณภาพการศึกษาแม่นาจร สังกัดสำนักงาน
เขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงใหม่ เขต 6. วารสาร มจร. ตรีภพชัยปริทรรศน์, 8(3), 244-256.
- หลัทย ทบวงษ์ศรี และวนิดา อินทรสังข์. (2567). ผลการพัฒนาต้นแบบอาหารปลอดภัยในองค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น โดยใช้กระบวนการดำเนินงานขับเคลื่อน พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ. 2535 วารสารโรค
และภัยสุขภาพสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์, 18(3), 311-324.
- อนุชิต หน่อแหวน. (2566). รูปแบบการจัดการระบบสุขาภิบาลอาหารในป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 8(1),
79-86.
- อำพร ท่าตะ, อาบวระ ชารีฟ, และอาบวระ ดาโอ๊ะ. (2561). ภาวะสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียนประถมศึกษาเขต
พื้นที่การศึกษายะลา เขต 2. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มรย., 3(1), 1-7.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *Waterborne diseases and outbreaks*.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *Surveillance for foodborne disease
outbreaks—United States, 2017–2021*.
- Food and Agriculture Organization of the United Nations. (2019). *FAO/WHO food safety risk
analysis: A guide for national food safety authorities*.
- Lertsuphotvanit, S., Kloimklinsuk, A., Sanaprom, J., Tongfak, O., & Ponsanong, N. (2023).
*Guidelines for control and prevention of disease and health hazard for childcare
teacher*. Department of Disease Control.
- National Advisory Committee on Microbiological Criteria for Foods. (1998). *Hazard analysis
and critical control point principles and application guidelines*. Food Safety and
Inspection Service, U.S. Department of Agriculture.
- World Health Organization. (2020). *Water sanitation and health*.
- World Health Organization. (2021). *Food safety and foodborne illnesses*.

พลวัตและข้อจำกัดของนโยบายผู้เสพติดคือผู้ป่วย: การวิเคราะห์วงจรการกระทำผิดซ้ำ ในมุมมองเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานหน้างาน

Dynamics and Constraints of the 'Addict as Patient' Policy: An Analysis of Recidivism through the Lens of Frontline Practitioners

สิทธิพงษ์ ศรีกุลบุตร*

Sittipong Srikulbuthr*

สถานีตำรวจภูธรวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ*

Wang Hin Police Station, Sisaket Provincial Police*

Email: 6512342007@rumail.ru.ac.th

Received 17 May 2026

Revised 23 July 2026

Accepted 27 July 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์พลวัตการเสพติดซ้ำ สำนวณข้อจำกัดและช่องว่างนโยบาย “ผู้เสพติดคือผู้ป่วย” (ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564) ในการจัดการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระดับพื้นที่ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มกฎหมาย สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และครอบครัวผู้กระทำผิดซ้ำ) ในอำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ วิเคราะห์เนื้อหาตามกรอบทฤษฎี พฤติกรรมศาสตร์และสังคมวิทยา 13 ทฤษฎี ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการเสพติดซ้ำปัจจุบันเปลี่ยนผ่านสู่สถานะ “ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด” ที่เสี่ยงก่อเหตุรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อวิเคราะห์ข้อจำกัดหน้างานพบว่า 1) กลุ่มกฎหมาย ลักลั่นระหว่างเจตนาารมณ์ นโยบาย กับตัวชี้วัดจับกุม และขาดอำนาจควบคุมตัวกลุ่มเสี่ยงสูง 2) กลุ่มสาธารณสุขมีภาระงานล้นและเตียงไม่พอ รักษาได้เพียงระดับประคับประคองระยะสั้น 3) กลุ่มชุมชนขาดงบประมาณ เครื่องมือความปลอดภัย และมีทัศนคติตีตรา และ 4) กลุ่มครอบครัว แบกรับความเสี่ยงจนเกิดความเสื่อมถอยอย่างวิกฤตของสถาบันครอบครัว ปัจจัยเหล่านี้ก่อให้เกิดภาวะ “ประตูหมุน” (Revolving Door) ที่ผู้เสพติดเฝ้าวนซ้ำโดยไม่ได้เยียวยา นอกจากนี้ยังพบช่องว่างวิกฤตคือ “สายโซ่การสื่อสารที่ขาดสะบั้น” ระหว่างศาล โรงพยาบาล และชุมชน โดยขาดเจ้าภาพหลักบริหารข้อมูลความเสี่ยงร่วมกัน ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเสนอให้ปฏิรูปเชิงโครงสร้างโดย 1) พัฒนาระบบจัดการรายกรณีรวมศูนย์ผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัลกลาง 2) จัดตั้งศูนย์บำบัดกึ่งบังคับควบคุมความปลอดภัยสูง ระดับอำเภอเพื่อแยกผู้ป่วยออกจากชุมชน และ 3) ใช้มาตรการบังคับบำบัดร่วมกับมาตรการทางอาญา สำหรับกลุ่มที่มีพฤติกรรมรุนแรง เพื่อคืนความปลอดภัยให้สังคมตามหลักอรรถประโยชน์นิยม

คำสำคัญ: ผู้เสพติดคือผู้ป่วย, การกระทำผิดซ้ำ, จิตเวชยาเสพติด, ประตูหมุน, สายโซ่การสื่อสารที่ขาดสะบั้น

Abstract

This research aims to analyze the dynamics of repeated drug use and explore the limitations and policy gaps of the "addicts are patients" policy (Narcotics Code, B.E. 2564) in managing psychiatric drug patients at the local level. Data were collected through in-depth interviews with four key informant groups: legal professionals, public health officials, community leaders, and families of repeat offenders in Wang Hin District, Si Sa Ket Province. Content analysis was guided by 13 behavioral science and sociological theories. The findings reveal that current recidivism behavior has transitioned into a state of "psychiatric drug patients" with a significant risk of causing violence. An analysis of frontline limitations uncovered that: 1) the legal sector faces inconsistencies between the policy's intent and arrest indicators, alongside a lack of authority to detain high-risk individuals; 2) the public health sector suffers from overwhelming workloads and insufficient beds, providing only short-term palliative care; 3) the community lacks budget, safety tools, and harbors stigmatizing attitudes; and 4) families bear risks to the point of structural collapse. These factors create a "revolving door" phenomenon where users cycle in and out of the treatment system without being healed. Furthermore, a critical gap identified is a "broken chain of communication" among courts, hospitals, and communities, driven by the absence of a core host to jointly manage risk data. Policy recommendations suggest structural reforms by: 1) developing a centralized case management system via a unified digital platform; 2) establishing district-level, high-security, semi-compulsory treatment centers to isolate patients from communities; and 3) implementing compulsory treatment combined with criminal measures for individuals with violent behaviors to restore public safety based on utilitarian principles.

Keywords: Addict as Patient, Recidivism, Substance-Induced Psychosis, Revolving Door, Broken Communication Chain

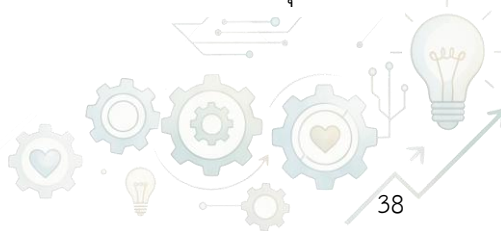
1. บทนำ

ปัญหายาเสพติดในประเทศไทยได้ทวีความรุนแรงและซับซ้อนจนกลายเป็นภัยคุกคามต่อความสงบสุขของสังคมอย่างกว้างขวาง ซึ่งไม่ได้จำกัดอยู่เพียงตัวผู้เสพ แต่ลุกลามไปสู่การทำลายสถาบันครอบครัว ไปจนถึงระดับสังคมและประเทศชาติ เกิดความเสียหายในด้านต่าง ๆ ซึ่งภาพสะท้อนที่น่ากังวลที่สุดจากเหตุการณ์เหล่านี้ คือ พฤติกรรมการกระทำผิดซ้ำ (Recidivism) โดยผู้ก่อเหตุมักมีประวัติการถูกจับกุมในคดีเสพยาเสพติด แต่ยังคงวนเวียนอยู่ในวงจรเดิมที่ไม่สามารถเยียวยาได้จริง ดังจะเห็นได้จากกรณีศึกษาเชิงประจักษ์

หลายเหตุการณ์ในช่วงปี พ.ศ. 2568 - 2569 ที่แสดงให้เห็นว่า ผู้เสพยาเสพติดที่มีประวัติการเข้าออกกระบวนการยุติธรรมหลายครั้ง กลับมาก่อเหตุที่รุนแรงและซับซ้อนยิ่งขึ้น ซึ่งผู้เขียนเป็นผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จึงขอยกตัวอย่างเหตุการณ์ในพื้นที่ใกล้เคียง อาทิเช่น เหตุการณ์สะเทือนขวัญในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2568 ที่อำเภอเบญจลักษ์ จำเลยก่อเหตุทำร้ายร่างกายบุพการีจนถึงแก่ความตายจากการคลุ้มคลั่งหลังเสพเมทแอมเฟตามีน เช่นเดียวกับกรณีในอำเภอยะหา จังหวัดศรีสะเกษ เมื่อวันที่ 10 เมษายน 2569 ที่ผู้เสพก่อเหตุฆาตกรรมบุพการีตนเอง (แนวน้ำ, 2569) นอกจากนี้ภัยคุกคามในสถาบันครอบครัวแล้ว ภัยในสถานศึกษายังเป็นอีกหนึ่งดัชนีชี้วัดความล้มเหลวของการตัดวงจรเสพติด ดังกรณีเหตุสะเทือนขวัญที่จังหวัดอุดรธานี เมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2569 ที่ชายหลอนยาบุกเข้าไปพยายามอนาจารนักเรียนชั้นประถมศึกษาและทำร้ายร่างกายครูในวันเดียวถึง 2 โรงพยาบาลชอน (ข่าวสดออนไลน์, 2569) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ผู้กระทำผิดเหล่านี้มักมีสภาวะ “จิตเวชยาเสพติด” และวนเวียนอยู่กับการ “จับ-ปล่อย-ปล่อย” โดยที่กลไกการรักษาเดิมไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างถาวร

ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในปัจจุบันสอดคล้องกับข้อสังเกตเชิงลึกของ วันทนา อินทปดัย (2565) ซึ่งเป็นมุมมองจากผู้ปฏิบัติหน้าที่ตุลาการที่พบว่า แม้ประมวลกฎหมายยาเสพติดฉบับใหม่จะสร้างวิวัฒนาการทางกฎหมายด้วยการทำลายกรอบ “บทสันนิษฐานเด็ดขาด” ที่ยึดโยงกับปริมาณยาเสพติด แล้วเปลี่ยนมาให้ความสำคัญกับ “พฤติการณ์รายบุคคล” เพื่อเปิดช่องทางให้ผู้เสพเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาตามมาตรา 168 แต่ในความเป็นจริง เจตนารมณ์อันดีของกฎหมายที่ต้องการให้โอกาส (Chance) กลับกลายเป็นความเสี่ยง (Risk) หากระบบสนับสนุนส่วนอื่นยังไม่พร้อม เมื่อศาลใช้ดุลพินิจในการส่งตัวผู้เสพไปบำบัดแทนการลงโทษจำคุก แต่ระบบการบำบัดฟื้นฟูในปัจจุบันยังคงมีลักษณะเป็น “มาตรการชั่วคราว” ที่เน้นเพียงการสงบอาการในระยะสั้น ดังที่ สากิยะห์ เจ๊ะสมอเจ๊ะ (2563) ได้ระบุว่า ปัจจัยวิกฤตที่ทำให้ผู้บำบัดไม่สามารถกลับคืนสู่สังคมได้อย่างยั่งยืนคือ การขาดการติดตามผลหลังการปล่อยตัว (Aftercare) ที่มีความต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม เมื่อผู้เสพที่ผ่านการบำบัดถูกส่งกลับคืนสู่สิ่งแวดล้อมเดิมโดยปราศจากกลไกการเฝ้าระวังหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง โอกาสที่ศาลหยิบยื่นให้จึงกลายเป็นเพียง “ช่องว่าง” หรือประตูหมุน (Revolving Door) ที่อนุญาตให้ผู้เสพที่มีความเสี่ยงสูง (High-risk addicts) กลับเข้าไปสู่สังคมเพื่อสะสมความเครียดและแรงกดดัน จนส่งผลให้เกิดเหตุการณ์คลุ้มคลั่งซ้ำในภายหลัง นอกจากนี้ งานวิจัยของ นิยดา รักชะใบ๊ะ (2562) ยังสนับสนุนประเด็นความคุ้มค่าทางสังคมว่า การบำบัดที่ไร้ประสิทธิภาพไม่เพียงแต่ล้มเหลวในการรักษาคน แต่ยังส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นของชุมชนต่อกระบวนการยุติธรรมทั้งหมด เมื่อประชาชนเห็นว่าผู้ก่อเหตุถูกจับแล้วปล่อย ภายใต้เงื่อนไขของการเป็นผู้ป่วย แต่กลับมาสสร้าง的危害ในระดับที่รุนแรงกว่าเดิม เช่น การทำร้ายบุพการีหรือบุกรุกสถานศึกษา ภาระจึงตกหนักที่เจ้าหน้าที่ตำรวจผู้ปฏิบัติงานที่ต้องระงับเหตุซ้ำ ๆ (Endless Loop) โดยไม่เห็นทางออกที่ยั่งยืน

ด้วยเหตุผลความจำเป็นข้างต้น จึงนำมาสู่การศึกษาค้นคว้า เพื่อวิเคราะห์เจาะลึกถึง “ช่องว่าง” ในทางปฏิบัติระหว่างกระบวนการทางศาลและระบบสาธารณสุข รวมถึงข้อจำกัดของกระบวนการติดตามผลหลังการบำบัด เพื่อเสนอแนวทางเชิงนโยบายและการบังคับใช้กฎหมายที่สามารถทำลายวงจรไม่สิ้นสุดดังกล่าว

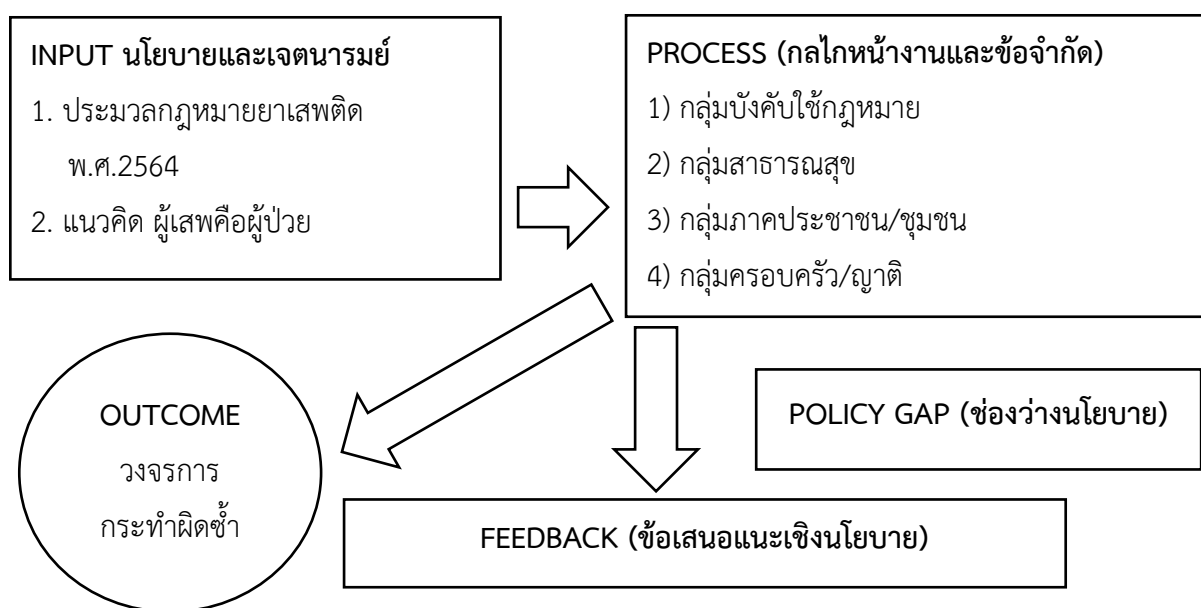


ได้จริง โดยมุ่งหวังให้เกิดความสมดุลระหว่าง “การให้โอกาสผู้เสพ” และ “การคุ้มครองความปลอดภัยของสังคม” อย่างเป็นรูปธรรม

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 2.1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเสพยาเสพติดซ้ำ (Recidivism)
- 2.2 เพื่อวิเคราะห์ความลักลั่นในการใช้ดุลพินิจทางกฎหมายตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564
- 2.3 เพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในปัจจุบัน
- 2.4 เพื่อเสนอแนะแนวทางเชิงนโยบายและมาตรการทางกฎหมายในการตัดวงจรการเสพยาซ้ำอย่างยั่งยืน

3. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. ทบทวนวรรณกรรม

- 4.1 แนวคิดและมาตรการการลดทอนความเป็นอาชญากรรม (Decriminalization)
- จุฑามาศ พุทธิวิญญู (2553) ได้ให้คำนิยามของการลดทอนความเป็นอาชญากรรมว่า หมายถึง กระบวนการทางกฎหมายที่ยกเลิกโทษทางอาญาสำหรับพฤติกรรมบางประการที่เคยกำหนดให้เป็นความผิด

อาญา โดยเปลี่ยนไปใช้มาตรการอื่นที่ไม่ใช่มาตรการทางอาญา (Non-criminal Measures) เช่น มาตรการทางปกครอง การปรับเป็นพินัย หรือการบังคับบำบัดรักษา มี 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) การลดทอนโดยตัวกฎหมาย (De jure Decriminalization) คือ การยกเลิกความผิดในตัวกฎหมายโดยตรง หรือระบุชัดเจนว่าพฤติกรรมนั้นไม่เป็นความผิดอาญาอีกต่อไป และ 2) การลดทอนโดยการบังคับใช้กฎหมาย (De facto Decriminalization) คือ พฤติกรรมนั้นยังคงเป็นความผิดตามกฎหมาย แต่อัยการหรือตำรวจใช้ดุลพินิจที่จะไม่ดำเนินคดี หรือส่งตัวไปบำบัดแทนการฟ้องศาล โดยทั้ง 2 ลักษณะข้างต้นนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อลดผลกระทบจากการตีตราอาชญากรรมและการใช้นโยบายทางอาญาที่เกินความจำเป็น (Overcriminalization) ซึ่งนโยบายการใช้มาตรการทางอาญาที่รุนแรง (Strict Enforcement) ในอดีตไม่สามารถแก้ปัญหาอาชญากรรมได้อย่างยั่งยืน ทั้งนี้ การลดทอนความเป็นอาชญากรรม มีเหตุผลสำคัญในการนำมาใช้ได้แก่ 1) การมองผู้เสพในฐานะผู้ป่วย โดยเปลี่ยนจุดเน้นจาก “การลงโทษ” (Punishment) เป็น “การบำบัดรักษา” (Rehabilitation) เนื่องจากปัญหาการเสพติดส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพและสภาพจิตใจ 2) การลดความแออัดในเรือนจำ การส่งผู้เสพเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมกระแสหลักทำให้จำนวนนักโทษล้นคุก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้เสพรายย่อย ไม่ใช่ผู้ค้าตัวจริง และ 3) การลดตราบาททางสังคม (Social Stigma) การมีประวัติอาชญากรรมทำให้ผู้ที่เลิกยาเสพติดแล้วกลับเข้าสู่สังคมและตลาดแรงงานได้ยาก ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการกระทำผิดซ้ำ ทั้งนี้ ข้อจำกัดสำคัญของแนวคิดนี้ คือ กระบวนการฟื้นฟู ซึ่งหากสถานบำบัดไม่มีประสิทธิภาพ การลดทอนความเป็นอาชญากรรมก็ไม่อาจบรรลุผลในการแก้ไขพฤติกรรมได้อย่างแท้จริง

4.2 ทฤษฎีการตีตรา (Labeling Theory)

ทฤษฎีการตีตรามุ่งเน้นไปที่การตอบโต้ของสังคมที่มีต่อบุคคล โดยมองว่า ความเปี่ยงเบนไม่ใช่คุณลักษณะที่เกิดจากพฤติกรรม แต่เป็นผลมาจากการนิยามของสังคม โดย Becker (1963) อธิบายว่า ความเปี่ยงเบนไม่ใช่คุณลักษณะเฉพาะของพฤติกรรม แต่เกิดจากการที่สังคมกำหนดกฎเกณฑ์ ตีตรา (Labeling) และขนานนามบุคคลผู้ฝ่าฝืนว่าเป็น “คนนอก” (Outsiders) หรืออาชญากร ส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดการยอมรับอัตลักษณ์เปี่ยงเบนตามที่สังคมตราหน้า

4.3 ทฤษฎีอรรถประโยชน์นิยม (Utilitarianism)

ทฤษฎีนี้ยึดหลักความคุ้มค่าและผลประโยชน์ของส่วนรวมเป็นตัวตั้งในการตัดสินใจตัดสินใจหรือการลงโทษ โดย Bentham (1789) ชี้เห็นว่า การลงโทษคือความทุกข์ (Evil) ซึ่งจะกระทำได้ดีก็ต่อเมื่อสามารถยับยั้งหรือป้องกันความเสียหายที่ใหญ่กว่าเพื่อประโยชน์สุขส่วนรวมเท่านั้น

4.4 ทฤษฎีความเชื่ออำนาจในตน (Self-Efficacy Theory)

ทฤษฎีนี้อธิบายถึงความเชื่อมั่นของบุคคลต่อความสามารถของตนในการจัดการกับสถานการณ์ที่ท้าทาย ซึ่งเป็นปัจจัยภายใน (Individual Factor) ที่สำคัญ โดย Bandura (1977) นิยามว่า ความเชื่อมั่นของบุคคลต่อความสามารถของตนในการจัดการสถานการณ์ท้าทาย ซึ่งเป็นปัจจัยภายในที่กำหนดแรงจูงใจ ความรู้สึก นึกคิด และการแสดงพฤติกรรมเพื่อใช้อิทธิพลเหนือเหตุการณ์ที่ส่งผลต่อชีวิต

4.5 ทฤษฎีการควบคุมทางสังคม (Social Control Theory)

ทฤษฎีนี้เน้นไปที่พันธะทางสังคม (Social Bond) ที่เหนียวรั้งไม่ให้บุคคลกระทำผิดหรือกลับไปสู่พฤติกรรมเบี่ยงเบน โดย Hirschi (1969) เสนอว่า ทฤษฎีการควบคุมทางสังคมเชื่อว่าบุคคลจะฝ่าฝืนกฎหมายเนื่องจาก “พันธะที่ยึดโยงพวกเขาไว้กับสังคม” นั้นอ่อนแอหรือขาดสะบั้นลง ซึ่งพันธะนี้ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความผูกพัน (Attachment) ต่อผู้อื่น 2) ความยึดมั่น (Commitment) ในเป้าหมายตามแบบแผนของสังคม 3) การมีส่วนร่วม (Involvement) ในกิจกรรมต่าง ๆ และ 4) ความเชื่อ (Belief) ในความถูกต้องของกฎระเบียบสังคม

4.6 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory)

ทฤษฎีนี้อธิบายพฤติกรรมผ่านกระบวนการเลียนแบบและการได้รับแรงเสริมจากสภาพแวดล้อมรอบข้าง โดย Akers (1998) อธิบายว่า พฤติกรรมอาชญากรรมเกิดจากการเรียนรู้ผ่านการคบหาสมาคมที่แตกต่าง (Differential Association) กับผู้กระทำความผิด ร่วมกับการได้รับแรงเสริม (Reinforcement) เชิงบวกต่อพฤติกรรมเบี่ยงเบนมากกว่าพฤติกรรมตามบรรทัดฐาน

4.7 ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model: TTM)

ทฤษฎีนี้อธิบายว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่ใช่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพียงครั้งเดียว แต่เป็นกระบวนการที่ดำเนินไปตามลำดับขั้น โดย Prochaska & DiClemente (1983) อธิบายกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่าน 5 ลำดับขั้น ได้แก่ 1) ขั้นก่อนชั่งใจ (Pre-contemplation) 2) ขั้นชั่งใจ (Contemplation) 3) ขั้นเตรียมตัว (Preparation) 4) ขั้นลงมือทำ (Action) และ 5) ขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่ (Maintenance) เพื่อป้องกันการย้อนกลับไปทำพฤติกรรมเดิม

4.8 แนวคิดเรื่องพลังอำนาจแห่งตนและการเปลี่ยนอัตลักษณ์ (Self-Empowerment and Identity Transformation)

แนวคิดนี้มุ่งเน้นไปที่การสร้างเสริมความเข้มแข็งจากภายในและการปรับเปลี่ยนมุมมองที่บุคคลมีต่อตนเอง โดย Rappaport (1987) และ Biernacki (1986) ระบุว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจคือการสถาปนาการควบคุมเหนือชีวิตตนเอง โดยกระบวนการฟื้นฟูจำเป็นต้องเปลี่ยนจาก “อัตลักษณ์ที่มีวามหวัง” (Spoiled identity) ในฐานะผู้ติดยา ไปสู่ “อัตลักษณ์ใหม่เชิงบวก” (Non-addict identity) เพื่อสร้างคุณค่าและการควบคุมตนเอง

4.9 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of Change: ToC)

ทฤษฎีนี้เป็นกรอบแนวคิดสำคัญที่ใช้ในการอธิบายว่ากิจกรรมหนึ่ง ๆ นำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังได้อย่างไร ซึ่งเป็นรากฐานของการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) โดย Weiss (1995) และ Anderson (2005) นิยามว่า “ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง” (Theory of Change) เป็นกรอบอธิบายตรรกะความเชื่อมโยงเชิงเหตุและผล (Causal linkages) ของชุดกิจกรรม ตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า (Inputs) กิจกรรม (Activities) ผลผลิต (Outputs) ไปสู่ผลลัพธ์ (Outcomes) และผลกระทบ (Impact) ในระยะยาว

4.10 ทฤษฎีต้นทุนค่าเสียโอกาส (Opportunity Cost Theory)

ในมิติของเศรษฐศาสตร์สุขภาพ ทฤษฎีนี้ถูกนำมาใช้เพื่อวัดมูลค่าที่สูญเสียไปจากการที่บุคคลไม่สามารถใช้ศักยภาพของตนเองได้เนื่องจากปัญหาสุขภาพหรือการเสพติด โดย Drummond et al. (2015) อธิบายในมิติเศรษฐศาสตร์สุขภาพว่า คือมูลค่าหรือผลประโยชน์ที่ต้องสูญเสียไป (Benefits foregone) เช่น ผลผลิตภาพแรงงานหรือรายได้ จากการที่ทรัพยากรหรือตัวบุคคลติดอยู่ในกระบวนการรักษาที่ไร้ประสิทธิภาพ แทนที่จะได้ใช้ศักยภาพทำกิจกรรมสร้างสรรค์

4.11 ทฤษฎีการแพร่กระจายนวัตกรรม (Diffusion of Innovations)

ทฤษฎีนี้อธิบายถึงกระบวนการที่แนวคิดหรือพฤติกรรมใหม่ ๆ ถูกส่งผ่านช่องทางต่าง ๆ ไปยังสมาชิกในระบบสังคมเมื่อเวลาผ่านไป Rogers (2003) อธิบายกระบวนการส่งผ่านแนวคิดหรือพฤติกรรมใหม่ไปยังสมาชิกในระบบสังคม โดยชี้ว่า การยอมรับนวัตกรรมขึ้นอยู่กับอิทธิพลของ “ผู้นำทางความคิด” (Opinion Leaders) ในการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมของคนในชุมชน

4.12 การสื่อสารความเสี่ยง (Risk Communication)

แนวคิดนี้มุ่งเน้นที่การจัดการข้อมูลในสถานะที่มีความไม่แน่นอนหรือมีอันตราย เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการแก้ปัญหา โดย Lundgren & McMakin (2018) ระบุว่า เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็น และความกังวลเกี่ยวกับลักษณะความเสี่ยงระหว่างบุคคล กลุ่มคน และสถาบัน เพื่อสร้างความร่วมมือในการจัดการภาวะอันตรายหรือความไม่แน่นอน

4.13 ทฤษฎีการสื่อสารเพื่อการพัฒนา (Communication for Development: C4D)

แนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับกระบวนการสื่อสารที่เน้นความเท่าเทียมและการมีส่วนร่วมเพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคมที่ยั่งยืน โดย องค์การยูนิเซฟ (UNICEF, 2022) และองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) อธิบายว่า “การสื่อสารเพื่อการพัฒนา” (C4D) เป็นกระบวนการทางสังคมที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการสนทนา (Dialogue) โดยใช้เครื่องมือและวิธีการที่หลากหลาย หัวใจสำคัญ คือ การแสวงหาการเปลี่ยนแปลงในระดับต่าง ๆ ซึ่งรวมถึงการรับฟัง การสร้างความไว้วางใจ การแบ่งปันความรู้และทักษะ การกำหนดนโยบาย และการถกเถียงเรียนรู้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่มีความหมายและยั่งยืน

5. ระเบียบวิธีวิจัย

5.1 รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

5.2 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ปฏิบัติงานหน้างานโดยไม่ระบุเจาะจงพื้นที่ รวมทั้งสิ้น 12 คน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1) กลุ่มบังคับใช้กฎหมาย ได้แก่ ตำรวจ อัยการ ศาล 3 คน เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ต้องเป็นผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์ตรงในการเข้าระงับเหตุ ตรวจคัดกรอง บำบัดรักษา หรือส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในพื้นที่ศึกษาไม่น้อยกว่า 2 ปี 2) กลุ่มสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 คน 3) กลุ่มภาค



ประชาชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 3 คน และ 4) กลุ่มครอบครัวญาติผู้กระทำผิดซ้ำที่มีสภาวะจิตเวช ยาเสพติด 3 คน

5.3 เครื่องมือในการวิจัย มีแนวทางคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) ที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ คัดเลือกคำถามที่มีความเฉพาะเจาะจง เช่น “ท่านคิดว่าเกณฑ์การคัดกรองในปัจจุบันสะท้อนความเสี่ยงต่อการก่อเหตุรุนแรงของผู้ป่วยในพื้นที่อย่างไร” และ “อะไรคืออุปสรรคสำคัญที่สุดในการส่งต่อและติดตามผลผู้ป่วยบำบัดในระบบชุมชน”

5.4 ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) โดยการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากเจ้าหน้าที่ทั้ง 3 กลุ่ม ร่วมกับการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาจากผู้ให้ข้อมูลหลังการถอดเทปเสียง (Member Checking)

5.5 การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้วิธีวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis) โดยนำข้อมูลจากการบันทึกเสียงและจดบันทึกมาทำการถอดเทปคำต่อคำ (Transcribe) ดำเนินการให้รหัสข้อมูล (Coding) สังเคราะห์ และจัดกลุ่มเป็นธีมหลักและธีมย่อยตามวัตถุประสงค์

5.6 จริยธรรมการวิจัย (Research Ethics) ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิและปกป้องอัตลักษณ์ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญทุกคน โดยใช้รหัสแทนชื่อ เช่น R1-R12 และทำลายไฟล์บันทึกเสียงหลังเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย

6. ผลการวิจัย

6.1 ฝ่ายบังคับใช้กฎหมาย ทำการสัมภาษณ์ รองผู้กำกับการสืบสวน กองบังคับการแห่งหนึ่ง สรุปผลการสัมภาษณ์มีประเด็นสำคัญดังนี้

6.1.1 สภาพปัญหาและพลวัตของการเสพยาเสพติด กระทำผิดซ้ำในปัจจุบัน ปัญหาหลักในพื้นที่ไม่ได้เกิดจากผู้เสพยาใหม่ แต่เป็นกลุ่มผู้เสพยาเดิมที่วนเวียนอยู่ในกระบวนการยุติธรรม พลวัตที่เปลี่ยนไปอย่างน่ากังวล คือ ฤทธิ์ของยาเสพติดในปัจจุบัน (ยาบ้าสูตรเคมีสังเคราะห์) ส่งผลทำลายสมองของผู้เสพยาอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดภาวะ “จิตเวชยาเสพติด” ที่มีความก้าวร้าวรุนแรง คลุ้มคลั่ง และหวาดระแวง ซึ่งเป็นภัยคุกคามต่อความปลอดภัยสาธารณะที่เจ้าหน้าที่สายตรวจต้องเผชิญเหตุแทบทุกวัน ข้อความอ้างอิงเชิงประจักษ์ (Direct Quote) คือ “ปัญหาหน้างานจริง ๆ คือ จับเท่าไรก็ไม่หมด ผู้เสพยาเป็นคนหน้าเดิม ๆ ที่วนเวียนอยู่ในระบบจับแล้วปล่อย บำบัดแล้วปล่อย จนเจ้าหน้าที่สายตรวจจำหน้าและประวัติได้หมดแล้ว แต่สิ่งที่น่ากลัวขึ้น คือ อาการคลุ้มคลั่งก้าวร้าวรุนแรงที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ”

6.1.2 ข้อจำกัดและอุปสรรคภายใต้นโยบาย “ผู้เสพยา คือ ผู้ป่วย” โครงสร้างการทำงานขององค์กรตำรวจขัดแย้งกับนโยบายระดับชาติอย่างรุนแรง เนื่องจากรัฐบาลสั่งการให้เน้นการบำบัดฟื้นฟู แต่เกณฑ์การประเมินผลงาน (KPIs) ของตำรวจยังคงผูกติดอยู่กับสถิติตัวเลขจับกุมคดีปราบปรามและการขยายผล ยิ่งไปกว่านั้น กฎหมายใหม่ที่คุ้มครองผู้เสพยาในฐานะผู้ป่วย ทำให้ตำรวจหน้างานขาดอำนาจชอบธรรมในการควบคุมตัวผู้เสพยาที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงไว้ในสถานี่ตำรวจเพื่อป้องกันเหตุล่อหน้า ข้อความอ้างอิงเชิงประจักษ์ (Direct Quote) คือ “เจ้านายยังคงเร่งรัดยอดจับกุม มีแรงกดดันด้านตัวชี้วัดเชิงปริมาณ แต่พอเราจับมา

กฎหมายก็บอกว่า เขาเป็นผู้ป่วยให้ส่งบำบัดพอโรงพยาบาลปล่อยตัวกลับมาเขาก็เสพอีก มันกลายเป็นวงจรแบบประตูหมุน (Revolving Door) ที่ตำรวจทำอะไรไม่ได้มากไปกว่าการรอให้เกิดเรื่องรุนแรงขึ้นก่อน”

6.1.3 กลไกการติดตามผล (Aftercare) และความเข้มแข็งของพันธะสังคม ผลการวิเคราะห์พบว่า ระบบการติดตามผลหลังบำบัดล้มเหลวเนื่องจากเกิด “ช่องว่างด้านข้อมูล (Information Gap)” ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ สายตรวจในพื้นที่ไม่เคยได้รับแจ้งข้อมูลการปล่อยตัวผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติดล่วงหน้า ประกอบกับฝ่ายปกครอง ท้องถิ่น และชุมชนขาดความร่วมมือ ทศนคติของชาวบ้านเต็มไปด้วยความหวาดระแวงและรังเกียจ ผลักไสให้ผู้เสพต้องกลับไปสู่พื้นที่ทางสังคมและกลุ่มเพื่อนเสพยาเดิม ข้อความอ้างอิงเชิงประจักษ์ (Direct Quote) คือ “เราแทบไม่เคยรู้เลยว่าหมอปล่อยตัวเคสไหนกลับมาบ้านบ้าง ข้อมูลมันตัดขาดกันสิ้นเชิง ชุมชนเองก็หวาดกลัว ผู้ใหญ่บ้านหรือชาวบ้านก็ไม่มีเครื่องมือหรืออำนาจหน้าที่ในการช่วยเฝ้าระวัง สุดท้ายผู้เสพยาก็ซัดกลับไปหาเพื่อนกลุ่มเดิม ชวนกันเสพยาซ้ำวนไปเหมือนเดิม”

6.1.4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางแก้ไขที่ยั่งยืน ผลการวิเคราะห์ พบว่า เสนอให้ปฏิรูประบบการประเมินผลงาน (KPIs) ของสถานีตำรวจ โดยเปลี่ยนจากการนับยอดคดีจับกุมไปเป็นการวัดอัตราการลดลงของการกระทำผิดซ้ำ (Recidivism Rate) ในพื้นที่ และเรียกร้องให้มีการตราข้อกฎหมายที่ยืดหยุ่นให้อำนาจฝ่ายความมั่นคงในการควบคุมตัวหรือกักสัทธิผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง (High-risk) ไว้ในสถานบำบัดที่มีระบบความปลอดภัยเข้มงวด

6.2 ฝ่ายสาธารณสุขคนที่ 1 ทำการสัมภาษณ์ พยาบาลโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน สรุปผลการสัมภาษณ์มีประเด็นสำคัญดังนี้

6.2.1 สภาพปัญหาและพลวัตของการเสพยา กระทำผิดซ้ำในปัจจุบัน ผลการวิเคราะห์ พบว่าการกลับเข้าสู่วงจรการเสพยาของผู้ป่วยไม่ได้เกิดจากความล้มเหลวทางการแพทย์ในการล้างพิษยา แต่เกิดจาก “นิเวศวิทยาทางสังคมและสิ่งแวดล้อมโดยรอบของผู้ป่วย” เมื่อผู้เสพยาผ่านกระบวนการถอนพิษยาทางกายภาพ (Detoxification) จนร่างกายปกติแล้ว แต่เมื่อถูกส่งกลับสู่ชุมชนกลับพบว่า ตัวบุคคลและภูมิประเทศรอบตัวไม่มีการเปลี่ยนแปลง ยังคงเผชิญหน้ากับกลุ่มเพื่อนเสพยาเดิมและสิ่งกระตุ้นเดิม ๆ ชักนำให้สมองส่วนอยากกลับมาทำงาน ข้อความอ้างอิงเชิงประจักษ์ (Direct Quote) คือ “ผู้เสพยากลับเข้าสู่วงจรเดิม เนื่องจากขาดแคลนสภาพแวดล้อมที่ดี รอบข้างยังคงเห็นกลุ่มเสพยาเพื่อนเดิม ซ้ำร้ายไม่ได้รับการปรับปรุงแก้ไข ทั้งตัวบุคคลและภูมิประเทศรอบข้าง”

6.2.2 ข้อจำกัดและอุปสรรคภายใต้นโยบาย “ผู้เสพยาคือผู้ป่วย” ผลการวิเคราะห์ พบว่า ฝ่ายสาธารณสุขต้องเผชิญกับสภาวะ “ภาระงานล้นเกินระบบ (System Overload)” อย่างวิกฤต นโยบายผลักดันผู้เสพยาเข้าสู่โรงพยาบาล แต่รัฐไม่ได้จัดสรรทรัพยากร ทั้งในด้านอัตรากำลังบุคลากรเฉพาะทาง งบประมาณ และสถานที่ จำนวนเตียงให้สอดคล้องกับปริมาณผู้ป่วย ยิ่งไปกว่านั้น ตัวบทกฎหมายสาธารณสุขขาดความชัดเจนเชิงอำนาจหน้าที่ ทำให้เกิดช่องว่างและความระแวงในการปฏิบัติงานของบุคลากรหน้างาน ข้อความอ้างอิงเชิงประจักษ์ (Direct Quote) คือ “มีข้อจำกัดของกฎหมาย ทรัพยากร ทั้งทางด้านบุคลากร และงบประมาณ ไม่เพียงพอ ขาดการประสานงานส่งต่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน”

6.2.3 กลไกการติดตามผล (Aftercare) และความเข้มแข็งของพันธมิตรสังคม ผลการวิเคราะห์พบว่า กลไกการติดตามและฟื้นฟูหลังพ้นโรงพยาบาล (Aftercare) ไม่สามารถขับเคลื่อนได้อย่างเป็นรูปธรรม สาเหตุสำคัญเกิดจาก “ความไม่พร้อมเชิงโครงสร้างและนโยบายจากส่วนกลาง” ที่ขาดความยืดหยุ่น ผู้บริหารระดับสูง และผู้พิจารณางบประมาณไม่ได้จัดสรรเครื่องมือ อุปกรณ์ หรือสถานที่รองรับการติดตามเคสในระดับพื้นที่อย่างเพียงพอ ทำให้สายโซ่การดูแลผู้ป่วยขาดตอนในขั้นตอนนี้ ข้อความอ้างอิงเชิงประจักษ์ (Direct Quote) คือ “ความพร้อมของงบประมาณ สถานที่ อุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ รวมถึงตัวผู้ส่งการ และระดับผู้พิจารณา ยังต้องแก้ไขเพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นในการดำเนินงานเป็นที่สุด”

6.2.4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางแก้ไขที่ยั่งยืน ผลการวิเคราะห์ พบว่า ควรเสนอให้เร่งแก้ไขข้อกฎหมายที่คลุมเครือเพื่ออุดช่องว่างในการปฏิบัติงานระหว่างหน่วยงาน และเรียกร้องให้รัฐบาลจัดตั้ง “ระบบแรงจูงใจ (Incentive System)” และสวัสดิการความปลอดภัยที่เหมาะสมให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน หน่วยงาน ชุมชน และผู้ได้รับผลกระทบ เพื่อสร้างแรงขับเคลื่อนเชิงบวกในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดร่วมกัน ข้อความอ้างอิงเชิงประจักษ์ (Direct Quote) คือ “ข้อกฎหมายไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุมในการปฏิบัติทำให้เกิดช่องว่างระหว่างดำเนินงาน ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การสร้างแรงจูงใจที่จะส่งเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญ ทั้งต่อเจ้าหน้าที่ ชุมชน และผู้ได้รับผลกระทบ ยังไม่มีเท่าที่ควร”

6.3 ฝ่ายสาธารณสุขคนที่ 2 ทำการสัมภาษณ์ พยาบาลโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง สรุปผลการสัมภาษณ์มีประเด็นสำคัญดังนี้

6.3.1 สภาพปัญหาและพลวัตของการเสพยา กระทำผิดซ้ำในปัจจุบัน ผลการวิเคราะห์ พบว่า อัตราการกลับมาเสพยาในมุมมองเชิงจิตวิทยาพฤติกรรมศาสตร์เกิดจาก “การขาดโอกาสและสภาวะจิตใจที่เปราะบาง” ของผู้เสพยา เมื่อกลับสู่สังคมแล้วครอบครัวและชุมชนไม่ให้การยอมรับ เกิดทัศนคติเชิงตีตรา ประกอบกับการไม่มีอาชีพและรายได้ในการเลี้ยงชีพ ปัจจัยกดดันด้านเศรษฐกิจและสังคมเหล่านี้จึงผลักดันให้ผู้เสพยาที่มีสภาวะจิตใจอ่อนแอหันกลับไปหาพฤติกรรมเบี่ยงเบนและพึ่งพายาเสพติดซ้ำอีก ข้อความอ้างอิงเชิงประจักษ์ (Direct Quote) คือ “โอกาสที่ผู้เสพยาจะกลับมาเสพยาซ้ำค่อนข้างสูง เนื่องจากขาดโอกาสและการยอมรับจากครอบครัว สังคม รวมถึงสภาพจิตใจของผู้เสพยาเอง และไม่มีอาชีพที่จะทำมาหากินเลี้ยงชีพต่อไปได้”

6.3.2 ข้อจำกัดและอุปสรรคภายใต้นโยบาย “ผู้เสพยาคือผู้ป่วย” ผลการวิเคราะห์ พบว่า อุปสรรคเชิงระบบที่สำคัญคือ “ข้อจำกัดด้านงบประมาณและระบบบริการเฉพาะทาง” โรงพยาบาลทั่วไปไม่มีหอผู้ป่วยหรือโครงสร้างทางสถาปัตยกรรมที่เอื้อต่อการจัดตั้งสถานบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดที่มีความปลอดภัย ประกอบกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดยังขาดแคลนองค์ความรู้เฉพาะทางที่ครอบคลุม และกฎหมายบางประการยังมีช่องว่างที่สร้างความลักลั่นในการปฏิบัติงานร่วมกับฝ่ายความมั่นคง ข้อความอ้างอิงเชิงประจักษ์ (Direct Quote) คือ “ข้อจำกัดทางด้านงบประมาณ ระบบบริการที่จะเอื้อต่อการจัดตั้งสถานบริการ และความรู้ของผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดยังไม่ครอบคลุม รวมถึงข้อกฎหมายบางประการที่ยังมีช่องว่างของการปฏิบัติงาน”

6.3.3 กลไกการติดตามผล (Aftercare) และความเข้มแข็งของพันธมิตรสังคม ผลการวิเคราะห์พบว่า ชุมชนและสถาบันครอบครัวขาดความพร้อมขั้นวิกฤตในการทำหน้าที่เป็นเครือข่ายรองรับผู้ผ่าน

การบำบัด เนื่องจากสังคมรอบข้างยังมี “ทัศนคติเชิงลบ (Social Stigma)” และมองผู้เสพเป็นบุคคลอันตรายมากกว่าผู้ป่วย ยิ่งไปกว่านั้น ระบบกลไกการรายงานตัวเพื่อติดตามผลหลังจำหน่ายผู้ป่วยในปัจจุบันมีระเบียบที่เข้มงวด ไม่เอื้ออำนวยต่อวิถีชีวิตและการเดินทางของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยขาดการติดต่อและหลุดรอดจากระบบติดตามไปในที่สุด ข้อความอ้างอิงเชิงประจักษ์ (Direct Quote) คือ “ชุมชน ครอบครัว สังคมรอบข้างยังขาดความพร้อมที่จะรับดูแลต่อ รวมถึงตัวผู้ป่วยเองที่มีทัศนคติต่อสังคมว่า สังคมรอบข้างยังมองภาพลักษณ์ในเชิงลบ และระบบการรายงานตัวยังไม่เอื้ออำนวย”

6.3.4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางแก้ไขที่ยั่งยืน ผลการวิเคราะห์ พบว่า ควรเสนอให้รัฐบาลปฏิรูปข้อกฎหมายให้มีความชัดเจนและสอดคล้องกัน จัดสรรงบประมาณสนับสนุนระบบบริการบำบัดรักษาโดยตรง ปรับทัศนคติของครอบครัวและสังคมให้เปลี่ยนจากการตีตราเป็นการให้โอกาส ควบคู่กับการสร้างระบบแรงจูงใจ สวัสดิการความก้าวหน้า และความปลอดภัยให้กับเจ้าหน้าที่หน่วยงานเพื่อลดอัตราการย้ายหนีและภาวะหมดไฟ ข้อความอ้างอิงเชิงประจักษ์ (Direct Quote) คือ “ควรแก้ไขข้อกฎหมายให้ชัดเจน จัดสรรงบประมาณในการสนับสนุนระบบบริการ ปรับทัศนคติของครอบครัวและสังคมให้ยอมรับและให้โอกาส และสร้างแรงจูงใจ และสวัสดิการแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานหน่วยงาน”

6.4 ภาคประชาชนกลุ่มภาคประชาชน (ผู้นำชุมชน และ อสม.) สรุปผลการสัมภาษณ์มีประเด็นสำคัญดังนี้

6.4.1 มิติเชิงโครงสร้าง ภาคประชาชนเผชิญกับสถานะ “การมอบหมายภารกิจโดยปราศจากอำนาจชอบธรรมและทรัพยากร” (Responsibility Without Authority and Resources) แม้นโยบายสาธารณะจะพยายามดึงภาคประชาชนเข้ามาเป็นกลไกสำคัญในการเฝ้าระวังและติดตามผลในชุมชน (Community-Based Aftercare) แต่ในความเป็นจริงกลับพบข้อจำกัดทางโครงสร้างที่สำคัญ 2 ประการ คือ 1) การขาดแคลนกลไกเชิงกฎหมายและอำนาจหน้าที่ (Lack of Legal Authority) ผู้นำชุมชนและ อสม. ไม่มีสถานะเป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาหรือประมวลกฎหมายยาเสพติด ส่งผลให้ขาดอำนาจชอบธรรมทางกฎหมาย (Legal Authority) ในการบังคับตรวจปัสสาวะ หรือการเข้าควบคุมตัวผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง (High-risk) ในระยะเริ่มแรก ทำได้เพียงการตักเตือนหรือเฝ้าดูอยู่ห่าง ๆ ซึ่งไม่สามารถระงับยับยั้งการกลับไปเสพซ้ำได้ และ 2) การขาดแคลนงบประมาณและเครื่องมือเชิงกายภาพ กลไกภาคประชาชนขาดแคลนงบประมาณสนับสนุน อุปกรณ์ และเครื่องมือในการช่วยเฝ้าระวังอย่างสิ้นเชิง ไม่มีแม้กระทั่งอุปกรณ์ความปลอดภัยขั้นพื้นฐาน หรือชุดตรวจสารเสพติดที่ได้รับการจัดสรรอย่างเพียงพอ โครงสร้างเช่นนี้ทำให้กลไกภาคประชาชนกลายเป็นเพียง “เสือกระดาษ” ที่มีหน้าที่ตามนโยบาย แต่ไร้ซึ่งเครื่องมือในการขับเคลื่อนจริง ข้อความอ้างอิงเชิงประจักษ์ (Direct Quote) คือ “พวกเราเป็นแค่ อสม. เดินถือกระดาษแผ่นเดียวไปตรวจเยี่ยมบ้าน จะให้ไปสู้กับคนบ้าคลั่งยาที่ถือมีดดาขว้างอยู่ได้อย่างไร ทักษะก็ไม่มี อาวุธป้องกันตัวก็ไม่มี กฎหมายก็ไม่ได้คุ้มครองเรา ถ้าเกิดเขาทำร้ายเราขึ้นมา ใครจะรับผิดชอบชีวิต ตอนนี้บอกตรง ๆ ว่ากลัวจนต้องเลือกที่จะเดินเลี่ยง ไม่กล้าเข้าไปยุ่งแล้ว”

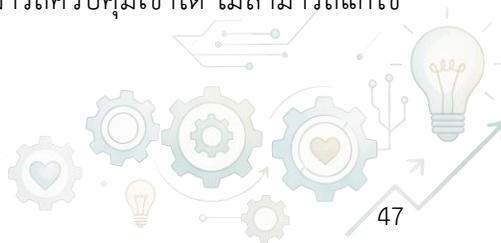
6.4.2 ข้อจำกัดทางปฏิบัติ (Operational Constraints) เมื่อนโยบายถูกนำมาปฏิบัติในพื้นที่ (Policy Implementation) ข้อจำกัดเชิงโครงสร้างข้างต้นได้แปรสภาพเป็นความเสี่ยงในชีวิตประจำวันของ

ภาคประชาชนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สิ่งที่พบ ได้แก่ 1) วิกฤตความปลอดภัยและทักษะหน้างาน ผู้นำชุมชนและอส. สะท้อนความจริงตรงกันว่า พวกเขาเกิดสภาวะ “ความหวาดกลัวต่อความปลอดภัยในชีวิตขั้นรุนแรง” เนื่องจากตนเองเป็นเพียงชาวบ้านธรรมดาในท้องถิ่น ขาดทักษะเฉพาะทางในการเจรจาต่อรองทางการแพทย์ ขาดทักษะการระงับเหตุคลุ้มคลั่ง (De-escalation Skills) และที่สำคัญคือ “ไม่มีอาวุธหรืออุปกรณ์ในการป้องกันตัว” การต้องเข้าไปตรวจเยี่ยมหรือตักเตือนผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีรอยโรคในสมองและมีความก้าวร้าว จึงเท่ากับการเอาชีวิตไปเสี่ยงบนความตายรายวัน และ 2) ปรากฏการณ์ตราบาปและความเสื่อมถอยอย่างวิกฤตของการควบคุมทางสังคม (Social Stigma & Failure of Social Control) เป็นผลกระทบจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในพื้นที่ ได้หล่อหลอมให้ทัศนคติของคนในชุมชนเปลี่ยนผ่านจาก “ความสงสาร” ไปสู่ “ความหวาดระแวง ตีตรา และปฏิเสธอย่างสิ้นเชิง” (Social Stigma & Exclusion) สังคมในหมู่บ้านเลือกที่จะโดดเดี่ยวผู้เสพและครอบครัวเนื่องจากมองว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงสะสมขั้นวิกฤตของชุมชน ข้อความอ้างอิงเชิงประจักษ์ (Direct Quote) “นโยบายบอกให้ชุมชนช่วยดูแล แต่ในความเป็นจริงผู้ใหญ่บ้านไม่มีอำนาจจะไปจับเขาตรวจเยี่ยมหรือกักตัวเขาได้เลยถ้าเขาไม่สมัครใจ พอแจ้งตำรวจ ตำรวจก็บอกว่ายังไม่เกิดเหตุทำร้ายร่างกาย จับไม่ได้ สุดท้ายชุมชนก็ต้องอยู่อย่างหวาดระแวง ชาวบ้านเขาไม่ได้มองคนพวกนี้เป็นผู้ป่วยแล้ว แต่มองเป็นภัยความมั่นคงที่ต้องขับไล่ออกไปจากหมู่บ้าน”

6.5 ภาคประชาชนและครอบครัวผู้ได้รับผลกระทบ เนื่องจากคนในครอบครัวเป็นผู้เสพ สรุปผลการสัมภาษณ์มีประเด็นสำคัญดังนี้

6.5.1 สภาพปัญหาและพลวัตของการเสพติด กระทำผิดซ้ำในปัจจุบัน ผลการวิเคราะห์ พบว่า ในมิติของครอบครัว ปัญหาเสพติดไม่ใช่เรื่องของสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่แปรสภาพเป็น “ความรุนแรงในครอบครัว (Domestic Violence)” พลวัตของผู้เสพเมื่อกลับมาเสพติดจะมีอารมณ์แปรปรวนขั้นรุนแรง ทำลายข้าวของ คุกคามชีวิตคนในบ้านจนสถาบันครอบครัวบอบช้ำทางจิตใจ และพฤติกรรมที่อันตรายที่สุด คือ ภาวะหลอนยาและหูแว่วขั้นรุนแรงจนเกิดอาการ “ตาขวาง จำแม่แท้ ๆ ของตัวเองไม่ได้” และขู่ฆ่าคนในบ้านตลอดเวลา ข้อความอ้างอิงเชิงประจักษ์ (Direct Quote) คือ “อารมณ์แปรปรวนหนักมาก ไม่ทำงานทำการวัน ๆ เอาแต่ไว้วาย ทุบทำลายข้าวของในบ้านจนคนในครอบครัวแทบไม่ได้หลับไม่ได้นอน เวลาหลอนยาขึ้นมา แวตนากลัวมาก ตาขวางตลอดเวลา จำใครไม่ได้ แม้กระทั่งแม่แท้ ๆ ก็ยังด่าและขู่ฆ่า ขู่จะทำร้ายร่างกายอยู่ตลอด”

6.5.2 ข้อจำกัดและอุปสรรคภายใต้นโยบาย “ผู้เสพคือผู้ป่วย” ผลการวิเคราะห์ พบว่า ครอบครัวปฏิเสธวาทกรรม “ผู้เสพคือผู้ป่วย” ของรัฐบาลในทางปฏิบัติ เนื่องจากนโยบายนี้กลายเป็นการผลักภาระและความเสี่ยงชีวิตมาให้ญาติแบกรับแทน ระบบการแพทย์ทำเพียงการระงับอาการเฉียบพลัน (ฉีดยาให้สงบ) แล้วรีบปล่อยตัวกลับบ้านเพราะข้อจำกัดเรื่องเตียงเต็ม โดยไม่มีมาตรการควบคุมพฤติกรรม ส่งผลให้ผู้เสพไม่เกรงกลัวต่อกฎหมายเพราะรู้ว่าตำรวจจับไปก็ต้องปล่อยกลับมาในฐานะผู้ป่วย ข้อความอ้างอิงเชิงประจักษ์ (Direct Quote) คือ “นโยบายผู้เสพคือผู้ป่วยมันใช้ไม่ได้กับคนติดหนักขนาดนี้ พอไปโรงพยาบาลหมอก็ฉีดยาให้สงบแล้วบอกว่าเตียงเต็ม ให้เอากลับมาดูแลต่อที่บ้าน ญาติก็ไม่สามารถควบคุมเขาได้ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาก็เลย ทำให้คนเสพไม่เกรงกลัวกฎหมายด้วยซ้ำ”



6.5.3 กลไกการติดตามผล (Aftercare) และความเข้มแข็งของพันธมิตรสังคม ผลการวิเคราะห์พบว่า เกิดภาวะ “ความโดดเดี่ยวและสังคมตัดขาด (Social Isolation)” กลไกการเฝ้าระวังในชุมชนล้มเหลวโดยสิ้นเชิง เนื่องจาก อสม. และผู้ใหญ่บ้านต่างหวาดกลัวความไม่ปลอดภัยในชีวิต จึงไม่มีใครกล้าเข้ามาติดตามหรือระงับเหตุ ครอบครัวต้องแบกรับต้นทุนความเสี่ยงอย่างโดดเดี่ยว ต้องอยู่อย่างหวาดระแวงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเอาชีวิตรอด ท่ามกลางสภาพแวดล้อมนอกบ้านที่เครือข่ายผู้ค้าและเพื่อนเสพเดิมยังคงเข้าถึงตัวผู้เสพได้ง่าย ข้อความอ้างอิงเชิงประจักษ์ (Direct Quote) คือ “หลังจากกลับมาจากโรงพยาบาล ก็ไม่มีหน่วยงานไหนมาดูแล อสม. หรือผู้ใหญ่บ้านเขาก็กลัวโดนทำร้ายเหมือนกัน ทุกคนเลือกที่จะเดินหนี ภาระตกอยู่ที่คนในบ้านที่ต้องคอยซ่อนมิด ซ่อนขวาน นอนผวาทุกคืน บางคนในบ้านต้องหนีไปอาศัยอยู่กับญาติคนอื่นเพราะทนไม่ไหว แถมเพื่อนที่เสพด้วยกันก็ชี้รุมมาหาชวนไปเสพซ้ำอีกรอบ พ่อแม่ห้ามก็โดนขู่ฆ่า”

6.5.4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางแก้ไขที่ยั่งยืน ผลการวิเคราะห์ พบว่า ครอบครัวผู้เดือดร้อนเรียกร้องอย่างรุนแรงให้รัฐบาลเปลี่ยนผ่านนโยบาย จากการบำบัดรักษาในบ้านหรือชุมชนไปเป็นการบังคับใช้กฎหมายอาญานำหน้าการแพทย์ (จับกุม - ดำเนินคดีทุกราย) และเรียกร้องให้จัดตั้งสถานบำบัดระบบปิดที่มีการควบคุมตัวอย่างแน่นหนา (Secured Facility) กึ่งคุกกึ่งโรงพยาบาล เพื่อแยกตัวผู้เสพที่มีอาการจิตเวชรุนแรงออกจากครอบครัวอย่างเด็ดขาดจนกว่าจะหายจริง ข้อความอ้างอิงเชิงประจักษ์ (Direct Quote) คือ “อยากให้ถูกดำเนินคดีทุกรายหลังจากศาลตัดสินแล้วค่อยส่งเข้ารับการบำบัด อยากให้รัฐบาลเลิกคิดเถอะคะ ที่บอกว่าให้เอากลับมาบำบัดที่บ้านหรือในชุมชน สำหรับพวกที่มีความบกพร่องทางพุทธิปัญญาและระบบประสาทไปแล้ว ควรมีสถานที่ปิด กึ่งคุกกึ่งโรงพยาบาล ชังและบำบัดเขาไว้เลยจนกว่าจะหายขาด ไม่ใช่ปล่อยกลับมาเป็นปัจจัยเสี่ยงสะสมซ้ำในวิกฤตในบ้านแบบนี้”

6.6 พลวัตของพฤติกรรมเสพซ้ำ จากการศึกษาพบว่า พลวัตพฤติกรรมการเสพซ้ำในปัจจุบันมีลักษณะการเปลี่ยนผ่าน (Transition) ที่ทวีความรุนแรงและซับซ้อนอย่างมีนัยสำคัญ โดยเปลี่ยนรูปแบบจากผู้เสพปกติในอดีต (ที่เสพเพื่อสันทนาการหรือทำงาน) ไปสู่สภาวะ “ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด (Substance-Induced Psychosis)” ที่มีความก้าวร้าวและแนวโน้มก่อเหตุรุนแรงสะท้อนขวัญ เมื่อวิเคราะห์ผ่าน ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model: TTM) ร่วมกับ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) พบปัจจัยขับเคลื่อนพลวัตนี้ 3 ประการ ได้แก่

6.6.1 การทำลายระบบประสาทส่วนกลางแบบกู่คืนไม่ได้ ยาบ้าสูตรเคมีสังเคราะห์ในปัจจุบันเข้าไปทำลายสมองส่วนคิด (Prefrontal Cortex) ส่งผลให้เกิดอาการหลอน หูแว่ว และตาขวาง หวาดระแวงว่าจะมีคนมาทำร้าย แม้จะผ่านกระบวนการล้างพิษ (Detoxification) ทางทางการแพทย์จนสารเคมีหมดจากร่างกายแล้ว แต่รอยโรคในสมองยังคงอยู่

6.6.2 การขาดแรงจูงใจภายในและการตรึง TTM ผู้เสพที่ถูกส่งเข้าสู่ระบบตามกฎหมายส่วนใหญ่อยู่ใน “ขั้นก่อนตั้งใจ” (Pre-contemplation) คือ ไม่ได้มีความอยากเลิกยาจากภายในตนเอง การเข้าสู่สถานบำบัดจึงเป็นเพียงมาตรการชั่วคราวเพื่อหลบเลี่ยงการติดคุก เมื่อปล่อยตัวออกมาจึงไม่มีภูมิคุ้มกันทางจิตใจ

6.6.3 การเสริมแรงเชิงบวกในสภาพแวดล้อมเดิม เมื่อกลับสู่ชุมชน สมองส่วนอยาก (Limbic System) จะถูกกระตุ้นทันทีเมื่อเจอภูมิประเทศเดิม คบหาสมาคมกับกลุ่มผู้เสพติด (Differential Association) ก่อให้เกิดการให้แรงเสริม (Reinforcement) พฤติกรรมเบี่ยงเบน นำไปสู่การเสพติดซ้ำซ้อน และเนื่องจากสมองถูกทำลายอยู่ก่อนแล้ว การเสพติดเพียงเล็กน้อยจึงกระตุ้นให้เกิดอาการคั่งค้างก้าวร้าวรุนแรงกว่าเดิม จนไม่สามารถจำแนกกระทั่งบุพการีของตนเองได้

6.7 ข้อจำกัดเชิงโครงสร้างและทางปฏิบัติ (Constraints)

6.7.1 กลุ่มบังคับใช้กฎหมาย พบข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง (Structural Constraints) เกิดความลักลั่นระหว่างนโยบายระดับชาติที่กำหนดให้ “ผู้เสพติดคือผู้ป่วย” กับ “ระบบประเมินผลงาน (KPIs) ขององค์กรตำรวจ” ที่ยังคงผูกติดอยู่กับสถิติตัวเลขการจับกุมและการปราบปรามในเชิงปริมาณ ส่วนข้อจำกัดทางปฏิบัติ (Operational Constraints) ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ได้ตัด “บทสันนิษฐานเด็ดขาด” ออกไป ทำให้เจ้าหน้าที่ตำรวจหน้างานขาดอำนาจชอบธรรมในการควบคุมตัวผู้เสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง (High-Risk) ไว้ในสถานี่ตำรวจเพื่อเฝ้าระวังเหตุ ตำรวจทำได้เพียงทำบันทึกและส่งตัวไปโรงพยาบาล ซึ่งกลายเป็นความเสี่ยงต่อความปลอดภัยสาธารณะ และสร้างภาวะเหนื่อยล้าสิ้นหวัง (Burnout) ให้เจ้าหน้าที่สายตรวจที่ต้องคอยเข้าระงับเหตุคลั่งยาในลักษณะวงจรประตูดหมุน (Revolving Door)

6.7.2 กลุ่มสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง (Structural Constraints) บุคลากรทางการแพทย์เผชิญภาวะ “ภาระงานล้นเกินระบบ (System Overload)” โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไปขาดแคลนงบประมาณ โครงสร้างทางสถาปัตยกรรม และสถานที่ เตี้ยงบ่าบัดที่ปลอดภัยสำหรับการจัดตั้งสถานบริการบำบัดฟื้นฟูจิตเวชยาเสพติดเป็นการเฉพาะ ส่วนข้อจำกัดทางปฏิบัติ (Operational Constraints) เจ้าหน้าที่พยาบาลผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดขาดแคลนองค์ความรู้เชิงลึกที่ครอบคลุม และต้องเผชิญความเสี่ยงภัยจากผู้ป่วยก้าวร้าว ระบบการรักษาทำได้เพียงการให้ยาเพื่อระงับอาการเฉียบพลันในระยะสั้น เมื่ออาการสงบก็จำเป็นต้องจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านเนื่องจากเตียงเต็ม ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ส่งผลให้กระบวนการฟื้นฟูไร้ประสิทธิภาพ

6.7.3 กลุ่มภาคประชาชน พบข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง (Structural Constraints) ขาดแคลนกลไกเชิงกฎหมายและอำนาจหน้าที่ (Legal Authority) รวมถึงอุปกรณ์และเครื่องมือในการช่วยเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในระดับพื้นที่ ส่วนข้อจำกัดทางปฏิบัติ (Operational Constraints) ผู้นำชุมชนและ อสม. มีความหวาดกลัวความไม่ปลอดภัยในชีวิตเนื่องจากตนเองเป็นเพียงชาวบ้าน ไม่มีทักษะการระงับเหตุและไม่มีอาวุธในการป้องกันตัว ทศนคติของคนในชุมชนจึงเปลี่ยนเป็นความหวาดระแวง การตีตรา และการปฏิเสธ (Social Stigma) ซึ่งส่งผลให้กลไกพันธะทางสังคมและการควบคุมทางสังคม (Social Control) ในพื้นที่ล้มเหลวโดยสิ้นเชิง

6.7.4 กลุ่มครอบครัวญาติผู้กระทำผิดซ้ำที่มีสภาวะจิตเวช ยาเสพติด พบข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง (Structural Constraints) นโยบายบำบัดในชุมชนกลายเป็นการผลักภาระและความเสี่ยงชีวิตมาให้สถาบันครอบครัวแบกรับต้นทุนความเสียหายทั้งหมดเพียงลำพัง และข้อจำกัดทางปฏิบัติ (Operational Constraints) คือ ญาติไม่มีทักษะทางการแพทย์หรือการควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชได้ สมาชิกในบ้าน

ต้องใช้ชีวิตอยู่ด้วยความโดดเดี่ยวและหวาดผวอย่างรุนแรง (Social Isolation) ต้องคอยซ่อนของมีค่านอนผวาทุกคืน จนบอบซ้ำทางจิตใจและเสียโอกาสในการออกไปประกอบอาชีพทำมาหากิน

6.8 ช่องว่างของนโยบาย (The Policy Gap) จากการวิเคราะห์แบบแผนความล้มเหลวเชิงระบบพบว่าเกิด “สายโซ่การสื่อสารที่ขาดสะบั้น (Broken Communication Chain)” ในมิติการจัดการข้อมูลและทิศทางการส่งต่อ โดยพบ “รอยต่อวิกฤต” ที่ไม่มีเจ้าภาพหลักชัดเจน 2 จุดใหญ่ ดังนี้

6.8.1 รอยต่อระหว่าง “การส่งตัวจากศาลไปโรงพยาบาล” เมื่อศาลใช้ดุลพินิจตามมาตรา 168 ในการส่งตัวผู้เสพไปบำบัดรักษาแทนการลงโทษ ข้อมูลพฤติการณ์ความรุนแรงในชั้นจับกุมของตำรวจ หรือประวัติการคลุ้มคลั่งบุกรุกสถานศึกษา มักไม่ถูกเชื่อมโยงส่งต่ออย่างเป็นระบบไปยังระบบทะเบียนของโรงพยาบาล ทำให้แพทย์ประเมินความเสี่ยงต่ำกว่าความเป็นจริง (Underestimation of Risk) รักษาแบบผู้ป่วยทั่วไป โดยไม่มีระบบการรักษาความปลอดภัยที่เข้มงวด

6.8.2 รอยต่อระหว่าง “การจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชน” ซึ่งถือว่าเป็นจุดที่ล้มเหลวมากที่สุด เมื่อโรงพยาบาลรักษาจนอาการสงบและปล่อยตัวผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน โรงพยาบาลจะใช้วิธีนัดหมายตัวผู้ป่วยให้มาส่งตัวหรือรายงานตัวด้วยตนเอง ซึ่งผู้ป่วยมักไม่ปฏิบัติตาม ในขณะเดียวกัน ข้อมูลการปล่อยตัวนี้ไม่เคยถูกแจ้งเตือนล่วงหน้าไปยังเจ้าหน้าที่ตำรวจสายตรวจในพื้นที่ ผู้นำชุมชน หรือ อสม. ในทางกฎหมายพยายามกำหนดให้คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดหรือกลไกสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพ แต่ในทางปฏิบัติจริง “ไม่มีใครเป็นเจ้าภาพหลัก” ต่างฝ่ายต่างทำงานตามกรอบอำนาจของตนเอง โรงพยาบาลมองว่าหมดหน้าที่เมื่อคนไข้พ้นประตู ตำรวจมองว่าไม่มีอำนาจถ้ายังไม่ก่อเหตุ ชุมชนมองว่าเป็นหน้าที่ของหมอ ช่องว่างและศูนย์บรรเทาข้อมูลที่เป็นศูนย์กลางคั่นเอง ที่ทำให้โอกาสที่กฎหมายหยิบยื่นให้กลายเป็นช่องว่างให้ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดหลุดการควบคุม และหวนกลับไปก่อเหตุซ้ำในที่สุด

7. อภิปรายผล

7.1 วิเคราะห์สถานะ “ประตูหมุน” (Revolving Door)

ปรากฏการณ์ที่ผู้เสพนเวียนเข้าออกระหว่างการจับกุม การบำบัดระยะสั้น และการปล่อยตัวกลับมาเสพซ้ำจนเกิดสถานะประตูหมุน สามารถอธิบายได้อย่างลึกซึ้งผ่าน ทฤษฎีการติดตรา (Labeling Theory) ของ Becker (1963) และทฤษฎีการควบคุมทางสังคม (Social Control Theory) ของ Hirschi (1969)

แม้ในเชิงนิติบัญญัติ รัฐบาลจะพยายามถอดรหัสคำว่า “อาชญากร” ออกไปแล้วแทนที่ด้วยคำว่า “ผู้ป่วย” เพื่อลดผลกระทบจากการติดตรา แต่ในมิติทางสังคมเชิงประจักษ์ พบว่า กระบวนการติดตราอย่างไม่เป็นทางการ (Informal Labeling) ในระดับพื้นที่ยังคงทำงานอย่างรุนแรง ชุมชนและครอบครัวร่วมกันติดตราผู้เสพว่าเป็น “บุคคลอันตราย” หรือ “คนบ้าบอหน้าเดิมที่รักษาไม่หาย” ตราบาปนี้ส่งผลให้ผ่านการบำบัดเกิดสถานะแปลกแยก (Alienation) ถูกกีดกันออกจากตลาดแรงงานและการยอมรับ ทำให้ต้นทุนค่าเสียโอกาส (Opportunity Cost) ในการกลับตัวมีมูลค่าต่ำมาก

เมื่อประกอบเข้ากับ ทฤษฎีการควบคุมทางสังคม พบว่า พันธะทางสังคม (Social Bond) ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ความผูกพันต่อครอบครัว (Attachment) ความยึดมั่นในอนาคต (Commitment) การมีส่วนร่วม

ในกิจกรรมชุมชน (Involvement) และความเชื่อมั่นในกฎระเบียบ (Belief) ได้ขาดสะบั้นลงอย่างสิ้นเชิง เมื่อผู้เสพไม่เหลือพันธะใด ๆ เหนี่ยวรั้งพฤติกรรม และต้องกลับไปเผชิญสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เต็มไปด้วยสิ่งกระตุ้นเดิมตาม ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) แรงเสริมเชิงบวกจากกลุ่มเพื่อนเสพ (Differential Association) จึงมีอำนาจเหนือกว่าความตั้งใจใจเล็ก วงจรประทุหมุนจึงทำงานต่อไปอย่างไม่สิ้นสุด (Endless Loop)

7.2 อภิปรายเรื่อง “ความล้มเหลวของการสื่อสารความเสี่ยง”

โศกนาฏกรรมความรุนแรงในครอบครัวและการบุกรุกสถานศึกษาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างฉับพลันโดยไม่มีสัญญาณเตือน แต่พบว่า ญาติและคนในบ้านได้มีความพยายามส่งสัญญาณเตือน (Early Warning Signs) ผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น การแจ้ง อสม. การร้องเรียนผู้นำชุมชน หรือการส่งข้อความผ่านแชตไลน์เพื่อขอความช่วยเหลือล่วงหน้า แต่สัญญาณเหล่านี้ล้มเหลวในการนำไปสู่การระงับเหตุเนื่องจากความบกพร่องตามแนวคิดการสื่อสารความเสี่ยง (Risk Communication) และการสื่อสารเพื่อการพัฒนา (C4D)

ความล้มเหลวเกิดจาก 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่

7.2.1 การขาดปฏิสัมพันธ์แบบทวิทิศ (Lack of Dialogue) ระบบการรับแจ้งเหตุของรัฐมีลักษณะตั้งรับและสื่อสารทางเดียว (One-way Communication) ขาดการรับฟังและร่วมประเมินระดับความเสี่ยงกับครอบครัวอย่างเท่าเทียม

7.2.2 ความกลัวที่บดบังการตอบสนอง เจ้าหน้าที่ระดับพื้นที่ที่เป็น อสม. หรือผู้ใหญ่บ้าน เลือกที่จะ “เดินหนี” หรือเพิกเฉยต่อสัญญาณเตือน เนื่องจากประเมินว่าระบบสนับสนุนด้านความปลอดภัยจากตำรวจส่วนกลางไม่สามารถคุ้มครองพวกเขาได้ทันทั่วทั้งที่หากเกิดการปะทะ

7.2.3 ขาดช่องทางการสื่อสารความเสี่ยงที่เป็นเอกภาพ ข้อมูลความเสี่ยงตกค้างอยู่ตามช่องทางส่วนบุคคล เช่น ไลน์ส่วนตัวของเจ้าหน้าที่หน่วยงาน ไม่ถูกยกระดับขึ้นสู่ระบบฐานข้อมูลกลางเพื่อการตัดสินใจสั่งการ ส่งผลให้มาตรการทางกฎหมายและการแพทย์เคลื่อนตัวล่าช้า ต้องรอให้เกิดเหตุการณ์สูญเสียและคดีอาญารุนแรงเกิดขึ้นก่อน ระบบราชการจึงจะเริ่มทำงาน

8. สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

8.1 สรุปผลการวิจัย

นโยบายที่กำหนดให้ผู้เสพคือผู้ป่วย ตามเจตนารมณ์ของประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 แม้จะเป็นวิวัฒนาการทางกฎหมายที่ดีและคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน แต่ในทางปฏิบัติจริงกลับประสบความล้มเหลวเชิงโครงสร้างอย่างวิกฤต เนื่องจากรัฐบาลประกาศใช้นโยบายโดยปราศจากการเตรียมความพร้อมของระบบสนับสนุน (Support System) ที่เข้มแข็งและเป็นเอกภาพ

ความลักลั่นในดุลพินิจทางกฎหมาย ช่องว่างของงบประมาณและทรัพยากรทางการแพทย์ในระดับพื้นที่ ภาระงานที่ล้นเกินระบบของบุคลากรหน่วยงาน ตลอดจนการขาดกลไกติดตามผล (Aftercare) ที่มีประสิทธิภาพ ได้เปลี่ยนโอกาส ที่กฎหมายต้องการมอบให้ผู้เสพ ให้กลายเป็นช่องว่างทางสังคม และเกิดสภาพประทุหมุน (Revolving Door) ที่อนุญาตให้ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงกลับคืนสู่สังคมเพื่อ



เป็นปัจจัยเสี่ยงสะสมขั้นวิกฤตก่อให้เกิดพลวัตการกระทำผิดซ้ำที่มีความรุนแรงขึ้นทำลายชีวิตบุพการีและ
คุณค่านามศึกษา ซึ่งสร้างต้นทุนความเสียหายทางสังคม และทำลายความเชื่อมั่นต่อระบบยุติธรรมกระแส
หลักทั้งหมด

8.2 ข้อเสนอแนะ

8.2.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ภาครัฐควรพัฒนาระบบการจัดการรายกรณีแบบรวมศูนย์
(Integrated Case Management) โดยเสนอให้รัฐบาลปฏิรูปโครงสร้างการจัดการข้อมูลยาเสพติดระดับชาติ
จัดทำระบบฐานข้อมูลกลางร่วมกัน (Shared Digital Platform) ระหว่าง สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวง
สาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย เพื่อเชื่อมโยงและส่งผ่านข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่ม High-Risk ตั้งแต่
ขั้นจับกุม ขั้นบำบัดรักษา จนถึงขั้นตอนจำหน่ายกลับสู่ชุมชน โดยกำหนดให้มีการแจ้งเตือนข้อมูลโดยอัตโนมัติ
ไปยังสถานีตำรวจพื้นที่ และผู้นำชุมชนล่วงหน้าอย่างน้อย 15 วันก่อนการปล่อยตัว เพื่อเตรียมแผนรับช่วงดูแล
ต่ออย่างไร้รอยต่อ

8.2.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ ภาครัฐควรจัดตั้งศูนย์บำบัดกึ่งบังคับควบคุมความปลอดภัยสูง
(Secured Specialized Facility) โดยเร่งรัดให้มีการจัดตั้งสถานบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มี
พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในระดับอำเภอ โดยบูรณาการเชิงโครงสร้างร่วมกันระหว่างฝ่ายสาธารณสุข ได้แก่
แพทย์จิตเวชพยาบาล และฝ่ายความมั่นคง ได้แก่ ตำรวจ ฝ่ายปกครอง เพื่อแยกตัวผู้เสพที่มีความ
บกพร่องทางพุทธิปัญญาและระบบประสาท ซึ่งมีความเสี่ยงสูงออกจากครอบครัวและชุมชนอย่างเด็ดขาด
มีระบบสถาปัตยกรรมที่ปลอดภัยและระบบควบคุมตัวระบบปิดจนกว่าผู้ป่วยจะผ่านเกณฑ์การประเมินดัชนี
ชี้วัดพฤติกรรมอย่างแท้จริง แทนการปล่อยให้กลับไปรักษาตัวที่บ้าน

8.2.3 ข้อเสนอแนะทางกฎหมาย ภาครัฐควรทบทวนและแก้ไขมาตรการบังคับบำบัดร่วมกับการ
ใช้มาตรการทางอาญาควบคู่ เสนอให้มีการตราข้อกฎหมายหรือระเบียบอนุบัญญัติที่ยืดหยุ่น เพิ่มอำนาจให้
พนักงานสอบสวนและศาลสามารถกำหนด “มาตรการควบคุมตัวเพื่อความปลอดภัยสาธารณะ” ในกรณีผู้เสพ
ที่มีประวัติการเสพซ้ำร่วมกับพฤติกรรมความรุนแรง คลุ้มคลั่ง หรือทำร้ายร่างกาย โดยให้ใช้มาตรการทาง
อาญานำหน้ามาตรการทางการแพทย์ (Criminal-Led Rehabilitation) มีโทษจำคุกกักขังเพื่อตัดพฤติกรรม
ควบคู่กับการบำบัด และยกเลิกสิทธิการเป็น “ผู้ป่วยบำบัดทางเลือกสมัครใจ” สำหรับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด
ที่มีระดับความเสี่ยงเป็นอันตรายต่อสังคมเด็ดขาด เพื่อคืนความสงบสุขและความปลอดภัยให้แก่สถาบัน
ครอบครัวและภาคประชาชนอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

ข่าวสดออนไลน์. (2569, 18 กุมภาพันธ์). *หวิดอ่วมประชาทัณฑ์ คลั่ง-หลอนยาบุกโรงเรียนวันเดียว 2 รายซ้อน*
อนาจารป.2 -ไล่ตีครู ตร.อุดรไล่จับประทีก. [https://www.khaosod.co.th/around-](https://www.khaosod.co.th/around-thailand/news_10142998)
[thailand/news_10142998](https://www.khaosod.co.th/around-thailand/news_10142998)

จุฬามาศ พงษ์วิญญู. (2553). *มาตรการทางกฎหมายในการลดทอนความเป็นอาชญากรรมทางคดียาเสพติด*
ของประเทศไทย [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย].



- นิยดา รักชะโปะ. (2562). การประเมินผลลัพธ์ทางสังคมและการพัฒนาตัวชี้วัดของผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนสำหรับค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาเสพติดต้นแบบ (มาตรฐานใหม่): กรณีศึกษา จังหวัดสตูล [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์].
- แนวหน้า. (2569, 10 เมษายน). หนุ่มป่วยจิตหลอน! 'คว้ามืดฝันแม่ดับสยอง' พี่สาววอนให้ขังคุกตลอดชีวิต. <https://www.naewna.com/local/958153>
- วันทนา อินทปดัย. (2565). การใช้ดุลพินิจกำหนดโทษคดียาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา 145: ศึกษากรณีศาลจังหวัดพิษณุโลก [เอกสารวิจัยส่วนบุคคล, ศาลยุติธรรม]. ห้องสมุดศาลยุติธรรม. https://library.coj.go.th/pdf-view.html?fid=48546&table=files_biblio
- สาเกียะห์ เจ๊ะสมอเจ๊ะ. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการไม่เสพยาเสพติดซ้ำของผู้เข้ารับการบำบัดในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช].
- Akers, R. L. (1998). *Social learning and deviant behavior: A specific test of a general theory*. University of Chicago Press. (Original work published 1973).
- Anderson, A. A. (2005). *The community builder's approach to theory of change: A practical guide to planning and evaluation*. The Aspen Institute.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Becker, H. S. (1963). *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. Free Press.
- Bentham, J. (1789). *An introduction to the principles of morals and legislation*. T. Payne and Son.
- Biernacki, P. (1986). *Pathways from heroin addiction: Recovery without treatment*. Temple University Press.
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (4th ed.). Oxford University Press.
- Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. University of California Press.
- Lundgren, R. E., & McMakin, A. H. (2018). *Risk communication: A handbook for communicating environmental, safety, and health risks* (6th ed.). Wiley-IEEE Press.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>

- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 121–148. <https://doi.org/10.1007/BF00919275>
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed.). Free Press.
- UNICEF. (2022). *What is Communication for Development (C4D)?* <https://www.unicef.org/c4d/>
- Weiss, C. H. (1995). Nothing as practical as a good theory: Exploring theory-based evaluation for comprehensive community initiatives for children and families. In J. P. Connell, A. C. Kubisch, L. B. Schorr, & C. H. Weiss (Eds.), *New approaches to evaluating community initiatives: Concepts, methods, and contexts* (pp. 65–92). The Aspen Institute.

ผลของโปรแกรม “HEAT SMART: รอบรู้สุขภาพด้านภัยร้อน” ต่อกกลุ่มผู้รับบริการ สูงอายุ ในโรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี

Effects of the "HEAT SMART : Health Literacy for Heat Protection" Program
Among Elderly Service Recipients at Regional Health Promotion Center 4
Hospital, Saraburi, Thailand.

ณัฐพิมล สุขเนติ*¹ สายฝน สายสุ่ม² สิริภา ศรีสวัสดิ์³

Nutpimol Sooknetti*¹ Saifon Saisum² Siripa Srisawat³

ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี*^{1,2,3}

Health Promotion Center 4 Saraburi*^{1,2,3}

Email: minnie18022522@gmail.com

Received 7 March 2026

Revised 25 July 2026

Accepted 4 August 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผล
การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจากการใช้โปรแกรม “HEAT SMART: รอบรู้สุขภาพด้านภัยร้อน” ในกลุ่ม
ตัวอย่างผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี จำนวน 30 คน ซึ่งเลือกแบบเจาะจง
เครื่องมือวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ 4 มิติ และแบบสอบถามความรู้ด้านอนามัย
สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า
กลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนเพศชายและหญิงเท่ากัน อายุเฉลี่ย 67.47 ปี และร้อยละ 70.0 มีโรคประจำตัวเรื้อรัง
หลังได้รับโปรแกรม ระดับความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมเพิ่มขึ้นจากระดับไม่ดี ($\bar{X} = 2.44$) เป็นระดับดี
มาก ($\bar{X} = 4.32$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีผลการตัดสินใจ
เพื่อสุขภาพมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X} = 4.38$) สำหรับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองจากความร้อน
ในภาพรวม เพิ่มขึ้นจากระดับไม่ดี ($\bar{X} = 1.72$) เป็นระดับดีมาก ($\bar{X} = 2.74$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.05 โดยพฤติกรรมที่มีการพัฒนาสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การล้างมือก่อนรับประทานอาหาร การรับประทานอาหาร
ปรุงสุกใหม่ควบคู่กับการงดดื่มสุรา และการดื่มน้ำสะอาดบ่อย ๆ ระหว่างวันสรุปได้ว่า โปรแกรม HEAT
SMART มีประสิทธิภาพในการยกระดับความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันภัยร้อนของผู้สูงอายุ
โดยเฉพาะทักษะการตรวจสอบข้อมูลและการตัดสินใจเพื่อลดความเสี่ยงจากโรคลมแดดในพื้นที่ดัชนี
ความร้อนสูง

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, ภัยร้อน, พฤติกรรมสุขภาพ, โปรแกรม HEAT SMART

Abstract

This quasi-experimental research, utilizing a one-group pretest-posttest design, aimed to study and evaluate the changes in heat-preventive health behaviors resulting from the implementation of the developed "HEAT SMART: Health Literacy against Heat Hazards" program. The purposive sample consisted of 30 elderly participants aged 60 and above residing under the operational responsibility of the Health Promotion Center 4, Saraburi. Research instruments used for data collection and intervention included a 4-dimension health literacy enhancement program and a comprehensive questionnaire assessing environmental health literacy and specific health behaviors. Collected data were systematically analyzed using descriptive statistics and paired t-test. The results revealed that the sample had an equal proportion of males and females (50.0% each), with a mean age of 67.47 years, and 70.0% of them suffered from chronic diseases. After fully receiving the program, the overall health literacy level of the participants significantly increased from a poor level ($\bar{X} = 2.44$) to an excellent level ($\bar{X} = 4.32$) at the .05 statistical significance level. Among all aspects, the health decision-making dimension achieved the highest average score ($\bar{X} = 4.38$). Regarding heat-preventive health behaviors, the overall score significantly improved from a poor level ($\bar{X} = 1.72$) to an excellent level ($\bar{X} = 2.74$) at the .05 level. The top three most improved behaviors were washing hands before meals, consuming freshly cooked food while abstaining from alcohol, and drinking clean water frequently during the day. In conclusion, the HEAT SMART program is highly effective in enhancing environmental health literacy and modifying heat-preventive behaviors among the elderly. It particularly strengthens information-verification and critical decision-making skills to effectively reduce the risk of heatstroke in high heat index areas.

Keywords: Health Literacy, Elderly, Heat Hazard, Health Behavior, HEAT SMART Program

1. บทนำ

ปัญหาสภาพภูมิอากาศที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วได้ส่งผลกระทบในวงกว้างทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ โดยเฉพาะอุณหภูมิที่เพิ่มสูงขึ้นซึ่งสัมพันธ์กับภาวะโลกร้อน (Global Warming) ที่เกิดจากการเพิ่มขึ้นของก๊าซเรือนกระจก ทำให้เกิดคลื่นความร้อนและภาวะร้อนจัด ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากร โดย

องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าตั้งแต่ปี 2030 ถึง 2050 การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศจะทำให้มีผู้เสียชีวิตทั่วโลก เพิ่มขึ้นปีละประมาณ 250,000 ราย (WHO, 2021) สำหรับประเทศไทย ปัญหาสภาพภูมิอากาศ ความร้อน กลายเป็นภัยสุขภาพที่สำคัญ โดยเฉพาะในฤดูร้อนที่มีอุณหภูมิสูงเกิน 40 องศาเซลเซียสในหลายพื้นที่ การเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จากข้อมูลอุณหภูมิสูงสุดของประเทศไทย ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกปี โดยเฉพาะในช่วงที่เข้าสู่ฤดูร้อน คือ เดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม จะเป็นช่วงที่ประเทศไทยมีอุณหภูมิสูงมาก กรมอนามัยจึงได้ดำเนินการเฝ้าระวังและสื่อสารเตือนภัยด้านสุขภาพ กรณีความร้อนในช่วงเวลาดังกล่าว ของทุกปี โดยข้อมูลอุณหภูมิสูงสุดรายวัน (Daily Maximum Temperature) ของประเทศไทย ระหว่างวันที่ 5 มีนาคม ถึง 21 พฤษภาคม 2566 ตามประกาศกรมอุตุนิยมวิทยาในการเข้าสู่ฤดูร้อนของประเทศไทย พ.ศ. 2566 รวมทั้งสิ้น 78 วัน พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนวันที่มีอุณหภูมิสูงอยู่ในระดับความเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ตามประกาศเกณฑ์ค่าเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากความร้อน กรมอนามัย (กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ, 2566) จำนวน 53 วัน คิดเป็นร้อยละ 67.9 โดยในปี 2566 มีค่าอุณหภูมิสูงสุด 44.6 องศาเซลเซียส สูงกว่าปีที่ผ่านมา 2 องศาเซลเซียส (พ.ศ. 2565 มีอุณหภูมิสูงสุด 42.6 องศาเซลเซียส) เนื่องจากช่วงต้นปี 2566 ประเทศไทยมีฤดูหนาวที่ยาวนานต่อเนื่องจนถึงเข้าสู่ช่วงฤดูร้อน สาเหตุมาจากหย่อมความกดอากาศต่ำที่ปกคลุมประเทศไทย เกิดการสะสมของความร้อน ส่งผลให้เกิดความแห้งแล้งในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจังหวัดที่มีอุณหภูมิสูงที่สุดมากกว่า 40 องศาเซลเซียสขึ้นไป เมื่อพิจารณาตามระดับความเสี่ยง ค่าเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากความร้อนตามประกาศของ กรมอนามัย พบว่า จังหวัดสระบุรี เป็นจังหวัดที่อยู่ในระดับอันตราย ในจำนวน 44 จังหวัด (กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ, 2566) และจากรายงานการวัดสภาพอากาศและสถิติภูมิอากาศของจังหวัด ของกรมอุตุนิยมวิทยารายงานว่าจังหวัดสระบุรี เป็นพื้นที่เขตร้อนที่มีอุณหภูมิสูงตลอดปี โดยมีอุณหภูมิเฉลี่ยรายปีประมาณ 28 – 29 องศาเซลเซียส และช่วงร้อนที่สุดของปี (มีนาคมถึงพฤษภาคม) อุณหภูมิสูงสุดรายวันอยู่ในช่วงประมาณ 33 – 36 องศาเซลเซียส และมีโอกาสเกิดช่วงอากาศร้อนจัด (Heatwave) ที่อุณหภูมิสูงขึ้นไปถึงระดับใกล้เคียง 40 องศาเซลเซียส ได้

สภาพภูมิอากาศความร้อนที่เพิ่มขึ้นสามารถส่งผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท และระบบทางเดินหายใจของมนุษย์ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ เด็กเล็ก และผู้ที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ส่งผลให้ประชาชนจำนวนมากมีอาการเจ็บป่วยจากโรคที่เกี่ยวข้องกับความร้อน เช่น โรคลมร้อน โรคเพลียแดด มีอาการวิงเวียนศีรษะ หน้ามืดและผดผื่นจากความร้อน ขณะเดียวกัน การปรับตัวของประชาชนต่อสภาพภูมิอากาศ ความร้อนยังอยู่ในระดับที่ต่ำ โดยเฉพาะในกลุ่มประชาชนที่ขาดความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลตนเองภายใต้สภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลง องค์ประกอบสำคัญที่เชื่อมโยงกับการปรับตัวของประชาชน คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งหมายถึง ความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลด้านสุขภาพไปใช้เพื่อการตัดสินใจที่เหมาะสมกับชีวิตประจำวัน งานวิจัยจำนวนมากแสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม รวมถึงการป้องกันโรคและการปรับตัวต่อภัยสุขภาพ อย่างไรก็ตาม



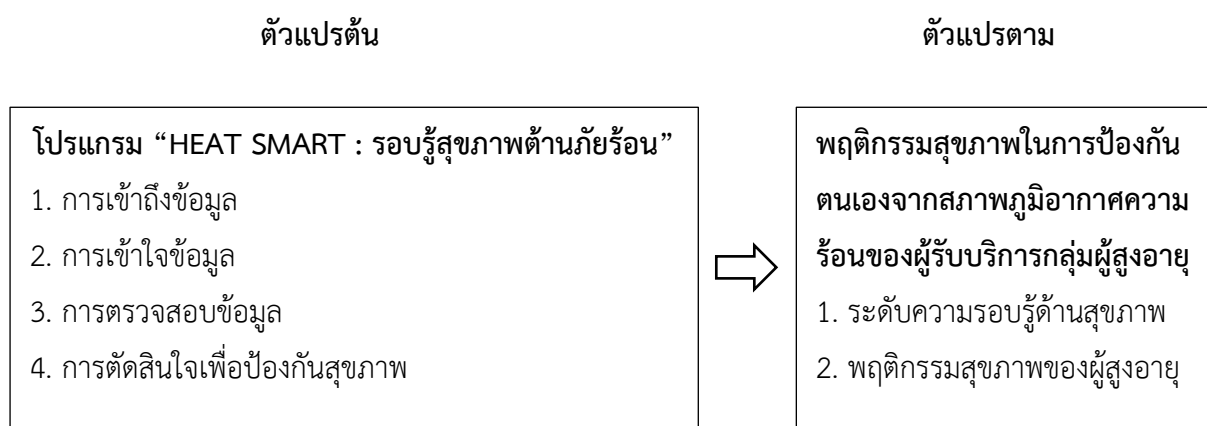
จากการศึกษาวิจัยในประเทศไทย พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ โดยเฉพาะในประเด็นด้านสิ่งแวดล้อมและผลกระทบจากภูมิอากาศ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2563)

จากสภาพปัญหาและผลกระทบจากภูมิอากาศความร้อน ดังกล่าวมาเบื้องต้น โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี ทำหน้าที่ในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ สื่อสารข้อมูลความรู้ สร้างความรอบรู้ในการปฏิบัติ เพื่อป้องกันตนเองในสภาพภูมิอากาศร้อน ซึ่งจากการรายงานผู้รับบริการของโรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี พบว่า กลุ่มผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง และจากการสอบถามเบื้องต้นพบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และขาดพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันตนเองจากสภาพภูมิอากาศร้อน ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตได้ ดังนั้นการสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันตนเองจากสภาพภูมิอากาศความร้อนของผู้รับบริการกลุ่มผู้สูงอายุ จึงมีความสำคัญ ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงต้องการที่จะศึกษาผลของโปรแกรม HEAT SMART: รอบรู้สุขภาพด้านภัยร้อน ต่อกลุ่มผู้รับบริการสูงอายุในโรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ในการจัดทำมาตรการ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ตลอดจนการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อความเสี่ยงจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศความร้อนอย่างมีประสิทธิภาพในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ หลังจากโปรแกรม โปรแกรม “HEAT SMART: รอบรู้สุขภาพด้านภัยร้อน” ได้รับการนำไปใช้

3. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. ทบทวนวรรณกรรม

4.1 แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และองค์ประกอบ 4 ขั้นตอนความรู้ด้านสุขภาพในบริบทของโปรแกรม “HEAT SMART” ไม่ได้หมายถึงเพียงความรู้เกี่ยวกับภัยร้อนเท่านั้น แต่หมายถึงทักษะทางปัญญาและสังคมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงและใช้ข้อมูลเพื่อรักษาสุขภาพตนเองได้ โดยมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ขั้นตอนที่ใช้ในการวัดผลการวิจัย ดังนี้

4.1.1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เป็นขั้นตอนแรกที่วัดความสามารถของผู้สูงอายุในการแสวงหาหรือรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับภัยร้อนจากแหล่งต่าง ๆ เช่น สื่อโทรทัศน์ วิทยุชุมชน หรือแอปพลิเคชัน แจ้งเตือนสภาพอากาศ ตลอดจนการเข้าถึงการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

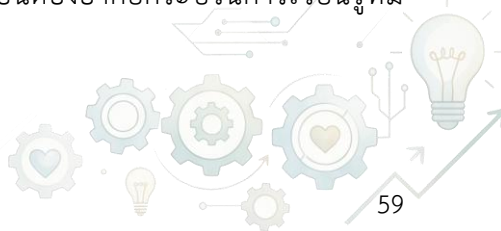
4.1.2 ความเข้าใจข้อมูล เป็นการวัดระดับความสามารถในการแปลความหมายของข้อมูลที่ได้รับมาได้อย่างถูกต้อง เช่น ความเข้าใจเกี่ยวกับค่าดัชนีความร้อน (Heat Index) การระบุอาการเริ่มต้นของโรคลมแดด (Heatstroke) และการเข้าใจคำแนะนำในแผ่นพับหรือโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาล

4.1.3 การโต้ตอบสอบถามและสื่อสาร เป็นทักษะในการแลกเปลี่ยนข้อมูล หรือการกล้าที่จะซักถามข้อสงสัยกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือคนในครอบครัวเพื่อความชัดเจน รวมถึงการบอกต่อข้อมูลการป้องกันภัยร้อน ที่ถูกต้องไปยังเพื่อนวัยเดียวกันในชุมชน ซึ่งสะท้อนถึงระดับความรู้ที่มีปฏิสัมพันธ์

4.1.4 การตัดสินใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นขั้นสูงสุดของการวัดผล คือการที่ผู้สูงอายุสามารถวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับแล้วนำมาตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์ เช่น การตัดสินใจไม่ออกไปทำกิจกรรมกลางแจ้งในวันที่อากาศร้อนจัด หรือการปรับสภาพแวดล้อมในบ้านให้มีการระบายอากาศที่ดีขึ้น

4.2 สรีรวิทยาของผู้สูงอายุกับภาวะวิกฤตความร้อน กระบวนการระบายความร้อนให้ระบบการรักษาสมดุลความร้อนในร่างกาย (Thermoregulation) เสื่อมถอยลง โดย กรมอนามัย (2566) ระบุว่า ผู้สูงอายุจะมีประสิทธิภาพในการระบายความร้อนผ่านผิวหนังลดลงเนื่องจากต่อมเหงื่อทำงานน้อยลง และการไหลเวียนโลหิตส่วนปลายที่ไม่ดีเท่าวัยหนุ่มสาว นอกจากนี้ ความรู้สึกหิวน้ำของผู้สูงอายุยังลดลง ทำให้เสี่ยงต่อภาวะขาดน้ำ (Dehydration) ได้ง่ายเมื่ออยู่ในสภาพอากาศร้อนจัดเป็นเวลานาน สภาพปัญหาเหล่านี้หากรวมกับโรคประจำตัวเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคหัวใจหรือความดันโลหิตสูง จะยิ่งเพิ่มโอกาสในการเกิดโรคลมแดด (Heatstroke) ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตสูง ดังนั้น การสร้างความรอบรู้ในการสังเกตอาการผิดปกติเบื้องต้นจึงเป็นมาตรการป้องกันที่สำคัญที่สุด

4.3 สถานการณ์ความร้อนและมาตรการป้องกันภัยร้อนในระดับพื้นที่ ในพื้นที่ภาคกลางรวมถึงจังหวัดสระบุรี มักประสบปัญหาดัชนีความร้อน (Heat Index) อยู่ในระดับอันตรายในช่วงฤดูร้อน (กรมอุตุนิยมวิทยา, 2567) งานวิจัยของ สมชาย รักดี (2565) พบว่า พฤติกรรมป้องกันภัยร้อนที่ถูกต้องประกอบด้วย 3 มิติ คือ การจัดการตนเอง (การดื่มน้ำสะอาด การสวมเสื้อผ้าที่ระบายอากาศ) การจัดการสิ่งแวดล้อม (การเปิดพัดลมหรืออยู่ในที่ร่มที่อากาศถ่ายเท) และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเมื่อมีอาการเจ็บป่วย ซึ่งการเปลี่ยนผ่านจาก “ความรู้” ไปสู่ “พฤติกรรม” นั้น จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการเรียนรู้ที่มี



ปฏิสัมพันธ์ (Interactive Learning) และการฝึกปฏิบัติซ้ำเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy)

4.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาและรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนแนวทางการพัฒนาโปรแกรม “HEAT SMART” โดยสามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2561) พบว่า กระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพในกลุ่มผู้สูงอายุควรครอบคลุมทักษะ 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจ การโต้ตอบซักถาม และการตัดสินใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งผลงานวิจัยระบุว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีข้อจำกัดในด้านการตัดสินใจและพิจารณาเนื่องจากความซับซ้อนของข้อมูลสุขภาพในปัจจุบัน

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง (2564) กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ได้เป็นเพียงความรู้ที่เกิดจากการจำ แต่เป็นทักษะที่ต้องผ่านการฝึกปฏิบัติและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการนำไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2566) ได้รายงานผลการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของสภาวะโลกร้อนต่อกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย โดยระบุชัดเจนว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตเมืองหรือพื้นที่ที่มีการสะสมความร้อนสูง เช่น จังหวัดในภาคกลาง มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเพลียแดดและโรคลมแดดสูงกว่ากลุ่มวัยอื่นอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากกลไกการรักษาสมดุลความร้อนของร่างกายเสื่อมถอยลง

World Health Organization (2022) เน้นย้ำว่าการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพจากความร้อนสำหรับผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้รูปแบบที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจ มีการใช้สื่อทางสายตา และเน้นการสร้างเครือข่ายทางสังคมในชุมชนเพื่อช่วยเฝ้าระวังอาการผิดปกติร่วมกัน

พรวิมล นาคสวน และคณะ (2564) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า เมื่อผู้สูงอายุได้รับความรู้ผ่านกิจกรรมกลุ่มและการใช้สื่อที่เข้าใจง่าย จะช่วยให้ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และขวัญเมือง แก้วดำเกิง (2561) ระบุว่า ผู้สูงอายุไทยมีจุดอ่อนในด้านการวิพากษ์และตรวจสอบข้อมูล แต่สามารถพัฒนาได้หากมีกระบวนการสอนให้ตรวจสอบ

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค (2566) รายงานว่า สาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตจากโรคลมแดดในผู้สูงอายุไทยคือการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับการอยู่กลางแจ้ง

นันทนา กลิรัตน์ (2562) พบว่า ผู้สูงอายุที่จบระดับปริญญาตรีและเป็นข้าราชการบำนาญ มีบทบาทสูงในการเป็นผู้นำทางความคิด (Opinion Leader) และการสื่อสารข้อมูลสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ

5. ระเบียบวิธีวิจัย

5.1 รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม (One Group Pretest-Posttest Design) โดยการดำเนินงานวิจัยใช้ชุดการสอนเรื่องผลกระทบและการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากความร้อนสำหรับชุมชน ของกองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย ที่ได้พัฒนาไว้แล้ว โดยผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ใหม่ในการศึกษา

โปรแกรม “HEAT SMART: ครอบรู้สุขภาพด้านภัยร้อน” ต่อกลุ่มผู้รับบริการสูงอายุในโรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี เป็นตัวแปรต้น และวัดการเปลี่ยนแปลงระดับความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นตัวแปรตาม

5.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

5.2.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี

5.2.2 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) ที่ 0.5 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 และกำลังของการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 สำหรับสถิติ Paired t-test ซึ่งพบว่า ควรมีกกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 34 คน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากรและความพร้อมของกลุ่มเป้าหมาย ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างไว้ที่จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นจำนวนขั้นต่ำที่ยอมรับได้ตามทฤษฎี Central Limit Theorem เพื่อให้ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติและสามารถใช้สถิติพารามетริกในการวิเคราะห์ได้อย่างเหมาะสม (Field, 2013; Cohen, 1988)

5.2.3 การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างและการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือเป็นผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบและเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี โดยมีการจัดสรรส่วนกลุ่มตัวอย่างให้กระจายตามเพศเท่า ๆ กัน แบ่งเป็นเพศชาย 15 คน และเพศหญิง 15 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน สำหรับการดำเนินวิจัย

5.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัยประกอบด้วย 2 เครื่องมือประกอบด้วย

5.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรม “HEAT SMART: ครอบรู้สุขภาพด้านภัยร้อน” ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจ การตรวจสอบข้อมูล และการตัดสินใจปฏิบัติ

5.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพความร้อน ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานสำหรับแนวทางการพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ รองรับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศสำหรับชุมชน ปีงบประมาณ 2568 ของกองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย ซึ่งประเมินครอบคลุมทั้ง 4 มิติของความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 2 ส่วน รวมทั้งหมด 28 ข้อ ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ และส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพจากความร้อน จำนวน 22 ข้อ แบ่งเป็น 1) การประเมินความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากความร้อน จำนวน 12 ข้อ และ 2) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการตนเองจากความร้อนจำนวน 10 ข้อ ทั้งนี้ ผู้สูงอายุต้องมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (HL) และพฤติกรรมสุขภาพ (HB) $\geq$ ร้อยละ 70 หรืออยู่ในระดับ ดี ทั้ง 2 ด้าน พร้อมกัน จึงจะผ่านเกณฑ์ ซึ่งเกณฑ์ในการแปลผล มีดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงเกณฑ์การให้คะแนนการประเมินความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากความร้อน

คะแนนเฉลี่ย	ร้อยละ	ระดับความรอบรู้
0 - 2.99	< 60	ไม่ดี
3.00 - 3.49	≥ 60 - <70	พอใช้
3.50 - 3.99	≥ 70 - <80	ดี
≥ 4.00	≥ 80	ดีมาก

ตารางที่ 2 แสดงเกณฑ์การให้คะแนนการประเมินพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการป้องกันตนเองจากความร้อน

คะแนนเฉลี่ย	ร้อยละ	ระดับพฤติกรรม
0 - 1.79	< 60	ไม่ดี
1.8 - 2.09	≥ 60 - <70	พอใช้
2.10 - 2.39	≥ 70 - <80	ดี
≥ 4.00	≥ 80	ดีมาก

5.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

5.4.1 ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเข้าร่วมโครงการ รวมถึงการพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ ขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอม จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันภัยร้อน จำนวน 1 ชุด ซึ่งครอบคลุมทักษะ 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล, การเข้าใจข้อมูล, การตรวจสอบข้อมูล และการตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพ

5.4.2 ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม “HEAT SMART: รอบรู้สุขภาพด้านภัยร้อน” ในระหว่างเดือน เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2569 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ โดยโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้เน้นกระบวนการเรียนรู้ที่มีปฏิสัมพันธ์และการฝึกปฏิบัติเพื่อรับมือกับสภาวะอากาศร้อน กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้ การสาธิต และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 4 ระดับ

5.4.3 ระยะหลังการทดลอง เมื่อสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ทันทีในเดือนมกราคม พ.ศ. 2569 โดยใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันภัยร้อนชุดเดิมกับกลุ่มตัวอย่างทุกคน จากนั้นรวบรวมแบบสอบถามทั้งหมดเพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ผลด้วยสถิติ Paired t-test ต่อไป



5.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

5.5.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.5.2 เปรียบเทียบความแตกต่างระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองจากสภาพภูมิอากาศความร้อนของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

6. ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
- ชาย	15	50.0
- หญิง	15	50.0
2. อายุ (ปี)		
- ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	67.47	
- ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	4.88	
- อายุน้อยที่สุด (Min)	60	
- อายุมากที่สุด (Max)	79	
3. สถานภาพทางการสมรส		
- โสด	5	16.7
- คู่/สมรส	20	66.7
- หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	5	16.7
4. ระดับการศึกษา		
- ประถมศึกษา	5	16.7
- มัธยมศึกษาตอนต้น	3	10.0
- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	1	3.3
- อนุปริญญา/ปวส.	3	10.0
- ปริญญาตรี	17	56.7
- สูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป	1	3.3
5. ลักษณะงานหรืออาชีพ		
- เกษตรกร	1	3.3

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- รับจ้างทั่วไป	3	10.0
- ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	2	6.7
- ข้าราชการบำนาญ / เกษียณอายุ	16	53.3
- รับราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ	4	13.3
- ไม่ได้ทำงาน / พ่อบ้านแม่บ้าน	4	13.3
6. โรคประจำตัว		
- มีโรคประจำตัว (เช่น ความดัน, ไขมัน, เบาหวาน)	21	70.0
- ไม่มีโรคประจำตัว	9	30.0

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนที่เท่ากัน คือ เพศชาย 15 คน (ร้อยละ 50.0) และเพศหญิง 15 คน (ร้อยละ 50.0) โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 67.47 ปี (S.D. = 4.88) กลุ่มตัวอย่าง มีอายุน้อยที่สุด คือ 60 ปี และอายุมากที่สุด คือ 79 ปี ในด้านสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีคู่หรือสมรสแล้ว จำนวน 20 คน (ร้อยละ 66.7) ด้านการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 17 คน (ร้อยละ 56.7) สำหรับลักษณะการประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่เป็นผู้เกษียณอายุหรือข้าราชการบำนาญ จำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.3) และในด้านโรคประจำตัวพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง จำนวน 21 คน (ร้อยละ 70.0)

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากความร้อน

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากความร้อน ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูล (N=30)

การเข้าถึงข้อมูล	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1. ฉันสามารถค้นหาสถานการณ์ความร้อนที่ น่าเชื่อถือและเป็นปัจจุบันได้ เช่น จาก ข้อมูลข่าวพยากรณ์อากาศ โทรศัพท์มือถือ แอปพลิเคชัน เสี่ยงตามสาย ป้ายประชาสัมพันธ์ในชุมชน เป็นต้น	2.50	1.14	4.30	0.65	5.31	.001
2. ฉันสามารถค้นหาข้อมูลอาการจากความร้อนได้ด้วยตัวเอง	2.37	1.10	4.27	0.69	5.14	.001
3. ฉันสามารถค้นหาข้อมูลการป้องกันตนเองจากความร้อนได้ด้วยตัวเอง	2.23	1.14	4.30	0.75	5.48	.000
รวมด้านที่ 1	2.37	0.92	4.29	0.67	5.92	.001

จากตารางที่ 4 พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการเข้าถึงข้อมูลเพิ่มขึ้นในทุกข้อ โดยข้อที่มีการพัฒนาสูงสุดคือการค้นหาข้อมูลการป้องกันตนเองได้ด้วยตนเอง จากเดิม $\bar{X} = 2.23$ เพิ่มขึ้นเป็น 4.30 ผลการทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.92, p = .001$)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากความร้อน ด้านที่ 2 การเข้าใจข้อมูล (N=30)

การเข้าใจข้อมูล	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
4. ฉันรู้และสามารถอธิบายได้ว่า ความร้อน จะมีผลกระทบต่อสุขภาพอย่างไร	2.40	1.10	4.37	0.56	5.42	.000
5. ฉันเข้าใจว่าถ้าอยู่กลางแจ้งเป็นเวลานาน อาจทำให้มีอาการสับสน มึนงง รู้สึกเหมือนจะเป็นลมหมดสติ	2.67	1.18	4.37	0.49	4.24	.005
6. ฉันสามารถบอกให้คนอื่นเข้าใจว่าต้องป้องกันความเสี่ยงจากความร้อนได้	2.37	0.96	4.30	0.54	6.84	.000
รวมด้านที่ 2	2.48	0.77	4.34	0.48	4.55	.004

จากตารางที่ 5 พบว่า ระดับการเข้าใจข้อมูลเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการสับสน มึนงง เมื่ออยู่กลางแจ้งสูงที่สุด ($\bar{X} = 4.37, S.D. = 0.49$) รองลงมา คือ การอธิบายผลกระทบของความร้อนต่อสุขภาพ ($\bar{X} = 4.37, S.D. = 0.56$) ผลการทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 4.55, p = .004$)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากความร้อน ด้านที่ 3 การตรวจสอบข้อมูล (N=30)

การตรวจสอบข้อมูล	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
7. ในรายการที่วิบบอกว่า “ดื่มน้ำเย็นตอน อากาศร้อนถึง 40 องศา หลอดเลือดเล็ก อาจปริหรือระเบิดได้” ฉันจะตรวจสอบก่อนว่ามาจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือหรือไม่	2.47	1.07	4.30	0.54	5.86	.001
8. เมื่อฉันสงสัยเกี่ยวกับคำแนะนำการป้องกันตนเองจากความร้อน ฉันจะสอบถามผู้รู้หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2.73	1.05	4.30	0.65	4.96	.002

การตรวจสอบข้อมูล	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
9. ก่อนเลือกวิธีป้องกันตัวจากความร้อน ฉันจะตรวจสอบข้อมูลหรือสอบถามเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขหรือผู้รู้ เพื่อหาวิธีที่เหมาะสมสำหรับตนเองและคนในครอบครัว	2.47	1.01	4.17	0.65	5.56	.001
รวมด้านที่ 3	2.56	0.72	4.26	0.46	10.58	.000

จากตารางที่ 6 พบว่า พฤติกรรมการตรวจสอบแหล่งข้อมูลก่อนซื้อ เช่น ชำแหรทางโซเซียล มีการพัฒนาอย่างโดดเด่นจาก $\bar{x} = 2.47$ เป็น 4.30 และมีความกล้าในการสอบถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อมีข้อสงสัยเพิ่มขึ้น ($\bar{x} = 4.30$) ผลการทดสอบทางสถิติพบว่าคะแนนหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 10.58, p < .001$)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากความร้อน ด้านที่ 4 การตัดสินใจเพื่อสุขภาพ (N=30)

การตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
10. ฉันสังเกตอาการตัวเอง ดื่มน้ำให้พอเพียง และรับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ เลื่อนน้ำดื่ม และน้ำแข็งที่มาตราฐาน ในช่วงสภาพอากาศร้อนจัด	2.63	1.07	4.50	0.57	4.86	.003
11. ฉันและคนในบ้านช่วยกันปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในบ้านเพื่อช่วยลดความร้อนภายในบ้าน	2.30	1.09	4.30	0.54	6.08	.001
12. ฉันบอกต่อหรือให้คำแนะนำการป้องกันการเจ็บป่วยจากความร้อน แก่คนในบ้านหรือเพื่อนบ้าน	2.17	1.09	4.33	0.55	6.80	.000
รวมด้านที่ 4	2.37	0.77	4.38	0.44	7.26	.000

จากตารางที่ 7 พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพอยู่ในระดับดีมากทุกข้อ โดยเฉพาะพฤติกรรมการสังเกตอาการตนเองและดื่มน้ำให้เพียงพอที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดในทุกข้อคำถาม ($\bar{x} = 4.50, S.D. = 0.57$) รองลงมา คือ การตัดสินใจให้คำแนะนำแก่คนในบ้าน ($\bar{x} = 4.33$) ผลการทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 7.26, p < .001$)

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (N=30)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนทดลอง (N=30)		ระดับ	หลังทดลอง (N=30)		ระดับ	t	p
	$\bar{x}$	S.D.		$\bar{x}$	S.D.			
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูล	2.37	0.92	ไม่ดี	4.29	0.67	ดีมาก	5.91	.001
2. ด้านการเข้าใจข้อมูล	2.48	0.77	ไม่ดี	4.34	0.48	ดีมาก	4.55	.004
3. ด้านการตรวจสอบข้อมูล	2.56	0.72	ไม่ดี	4.26	0.46	ดีมาก	10.58	.000
4. ด้านการตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพ	2.37	0.77	ไม่ดี	4.38	0.44	ดีมาก	7.26	.000
ภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ	2.44	0.63	ไม่ดี	4.32	0.40	ดีมาก	7.98	.000

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 8 พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ จากความร้อนของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม ก่อนการได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.44 (S.D. = 0.63) ซึ่งอยู่ในระดับไม่ดี แต่หลังจากได้รับโปรแกรมพบว่า มีค่าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นเป็น 4.32 (S.D. = 0.40) ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก

เมื่อพิจารณารายมิติ พบว่า ก่อนทดลองทุกมิติอยู่ในระดับไม่ดี (ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.37 - 2.56) แต่หลังทดลองพบว่า ทุกมิติพัฒนาขึ้นสู่ระดับดีมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีมิติที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดหลังการทดลอง คือ ด้านการตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพ ($\bar{x}$ = 4.38)

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพในการจัดการป้องกันตนเองจากความร้อน

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการป้องกันตนเองจากความร้อน (N=30)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1. ติดตาม/ตรวจสอบพยากรณ์อากาศ	1.53	0.68	2.47	0.51	4.58	.004
2. ล้างมือให้สะอาด ก่อนรับประทานอาหารหรือประกอบอาหาร หลังจากเข้าห้องน้ำ/ห้องส้วม	2.07	0.37	2.90	0.31	3.87	.008

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
3. รับประทานอาหารปรุงสุกใหม่	1.97	0.49	2.87	0.35	4.38	.005
4. สวมเสื้อผ้าสื้ออ่อน ระบายเหงื่อได้ดี น้ำหนักเบา ไม่รัดรูป	1.47	0.57	2.67	0.48	7.07	.000
5. ดื่มน้ำ/จิบน้ำสะอาดบ่อย ๆ ระหว่างวัน	1.83	0.65	2.83	0.38	6.97	.000
6. หลีกเลี่ยงการทำงาน /กิจกรรมกลางแดดจ้าเป็นเวลานาน	1.77	0.50	2.73	0.45	4.58	.004
7. สวมหมวก แว่นกันแดด ทาครีมกันแดด กางร่ม เมื่ออยู่กลางแจ้ง	1.40	0.56	2.57	0.50	6.97	.000
8. งดดื่มสุรา	2.00	0.74	2.87	0.35	3.36	.015
9. งดดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม	1.70	0.65	2.77	0.43	4.38	.005
10. อยู่ในห้องที่มีเครื่องปรับอากาศ หรือสถานที่ที่มีอากาศเย็น	1.47	0.63	2.70	0.47	6.97	.000
ภาพรวมพฤติกรรมสุขภาพ	1.72	0.36	2.74	0.22	10.11	.000

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 9 พบว่า พฤติกรรมสุขภาพในการจัดการป้องกันตนเองจากความร้อนของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม ก่อนการได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.72 (S.D. = 0.36) ซึ่งจัดอยู่ในระดับไม่ดี แต่ภายหลังการได้รับโปรแกรม “HEAT SMART: รอบรู้สุขภาพด้านภัยร้อน” พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็น 2.74 (S.D. = 0.22) ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 10.11, p < .001$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกข้อคำถาม ($p < .05$) โดยพฤติกรรมที่มีการพัฒนาและมีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก หลังการได้รับโปรแกรม ได้แก่ การล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหารหรือประกอบอาหาร มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.90 (S.D. = 0.31) การรับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ และการงดดื่มสุรา มีค่าเฉลี่ยเท่ากันคือ 2.87 (S.D. = 0.35) และการดื่มน้ำหรือจิบน้ำสะอาดบ่อย ๆ ระหว่างวัน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.83 (S.D. = 0.38)

7. อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรม “HEAT SMART: รอบรู้สุขภาพด้านภัยร้อน” ต่อกลุ่มผู้รับบริการสูงอายุ ในโรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี พบว่า ด้านความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) พบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรม ระดับความรู้ด้านสุขภาพด้านภัยร้อนในภาพรวมของกลุ่มผู้สูงอายุมีการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเพิ่มสูงขึ้นจากระดับไม่ดี เป็นระดับดีมาก ทั้งในระดับรายมิติ

และรายชื่อ ประเด็นนี้อธิบายได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะที่สามารถเสริมสร้างได้ผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่เป็นระบบ กล่าวคือเป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่กำหนดความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงและทำความเข้าใจข้อมูลเพื่อนำไปสู่การรักษาสุขภาพที่ดี ผลการวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรวิมล นาคสวน และคณะ (2564) ที่พบว่า การจัดกิจกรรมการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการร่วมกับการใช้สื่อที่เข้าใจง่ายช่วยให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสามารถยกระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การที่กลุ่มผู้สูงอายุมีความสามารถในการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลสถานการณ์ความร้อนเพิ่มขึ้น ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ อังคินันท์ อินทรกำแหง (2560) ซึ่งพบว่า การพัฒนาความรู้ด้วยการผสมผสานระหว่างสื่อดิจิทัลและสื่อบุคคล (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) จะช่วยสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) ในการคัดกรองข้อมูลสุขภาพท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลข่าวสารในปัจจุบัน

ประเด็นที่มีการพัฒนามากที่สุด คือ ทักษะการตรวจสอบข้อมูลและการตัดสินใจ (Critical Health Literacy) โดยพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุมีความระมัดระวังในการพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ และขวัญเมือง แก้วดำเกิง (2561) ที่ระบุว่า แม้ผู้สูงอายุไทยจะมีข้อจำกัดในการพิจารณาข้อมูลสุขภาพ แต่หากได้รับกระบวนการพัฒนาทักษะการตรวจสอบแหล่งที่มาอย่างถูกวิธี จะสามารถยกระดับความรู้ขั้นสูงขั้นพิจารณาข้อมูล ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันความเชื่อที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับภัยร้อน เช่น การรับมือกับข่าวปลอม เรื่องอันตรายของการดื่มน้ำเย็นจัดทันทีขณะอากาศร้อนจัด ซึ่งโปรแกรม HEAT SMART ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนกระบวนการรับข้อมูลไปสู่การตรวจสอบก่อนนำไปปฏิบัติจริง สำหรับในด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) ผลการวิจัย พบว่า ว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันตนเองจากความร้อนในระดับดีมากอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะพฤติกรรมจิบน้ำสะอาดอย่างสม่ำเสมอระหว่างวัน และการเลือกเครื่องแต่งกายที่เหมาะสมกับสภาพอากาศ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมเกียรติ ศิริรัตนพุกษ์ และคณะ (2559) ที่พบว่า พฤติกรรมพื้นฐานเหล่านี้เป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการลดความเสี่ยงจากการเจ็บป่วยด้วยโรคลมแดดในกลุ่มเสี่ยง นอกจากนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการดื่มน้ำเพิ่มขึ้นยังมีความสำคัญเชิงนโยบายสาธารณสุข สอดคล้องกับรายงานของ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค (2566) ที่ระบุว่า แอลกอฮอล์เป็นปัจจัยกระตุ้นสำคัญที่ส่งผลต่อการเสียชีวิตเฉียบพลันในผู้สูงอายุในช่วงฤดูร้อนเนื่องจากฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ส่งผลต่อการระบายความร้อนของร่างกาย

เมื่อพิจารณาถึงความสำเร็จของโปรแกรม พบว่า สอดคล้องกับสภาพสรีรวิทยาและพื้นที่ โดยกลุ่มผู้สูงอายุร้อยละ 70 มีโรคประจำตัวเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งตามงานวิจัยของ Kenny et al. (2010) พบว่า บุคคลกลุ่มนี้จะมีความสามารถในการระบายความร้อนผ่านผิวหนังลดลง การที่ผู้สูงอายุตระหนักถึงข้อจำกัดทางร่างกายและสภาพแวดล้อมในจังหวัดสระบุรี ที่มีค่าดัชนีความร้อนสูงตามรายงานของ กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย (2566) จึงเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการยอมรับและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยนำไปสู่การเปลี่ยนพฤติกรรม อีกทั้ง ลักษณะเฉพาะของกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งส่วนใหญ่เป็นข้าราชการเกษียณและมีระดับการศึกษาสูงยังเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการเป็น “ผู้นำทางความคิด” ในชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัยของ นันทนา กลสิรัตน์



(2562) ที่พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีบทบาทสำคัญในการสื่อสารส่งต่อข้อมูลสุขภาพไปยังเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งสะท้อนผ่านผลการวิจัยในด้านการบอกต่อคำแนะนำแก่ผู้อื่นที่เพิ่มสูงขึ้น ผลความสำเร็จของโปรแกรม HEAT SMART ในครั้งนี้จึงเป็นข้อมูลผลการศึกษานวทางของศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี ที่มุ่งเน้นการสร้าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงรุกในชุมชน เพื่อเป็นมาตรการป้องกันปัญหาสุขภาพจากภัยความร้อนอย่างยั่งยืน ในระดับปฐมภูมิ

8. สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

8.1 สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผล ก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและประเมินผล การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการป้องกันตนเอง จากความร้อนของผู้สูงอายุ จากการนำโปรแกรม “HEAT SMART: รอบรู้สุขภาพด้านภัยร้อน” ไปใช้ในกลุ่ม ตัวอย่างผู้รับบริการสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในพื้นที่วิจัย จำนวน 30 คน สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

8.1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีสัดส่วนเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน อย่างละ 15 คน (ร้อยละ 50.0) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 67.47 ปี (S.D.=4.88, Min = 60, Max = 79) ส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 66.7) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 56.7) ประกอบอาชีพเป็น ผู้เกษียณอายุหรือข้าราชการบำนาญ (ร้อยละ 53.3) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 70.0 มีโรคประจำตัว เรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง

8.1.2 ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภัยร้อน ภายหลังเข้าร่วม โปรแกรม “HEAT SMART” ระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจาก ความร้อน ของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม เพิ่มขึ้นจากระดับไม่ดี ($\bar{X}$ =2.44, S.D.=0.63) เป็นระดับดีมาก ($\bar{X}$ =4.32, S.D.=0.40) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=7.98$, $p<.001$) เมื่อพิจารณารายมิติทั้ง 4 ด้าน พบว่า ทุกมิติเปลี่ยนไปสู่ระดับดีมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ได้แก่

1) ด้านการเข้าถึงข้อมูล เพิ่มขึ้นจาก $\bar{X}$ =2.37 เป็น $\bar{X}$ =4.29 ($t=5.91$, $p=.001$) โดยข้อที่ มีการพัฒนาสูงสุด คือ การค้นหาข้อมูลการป้องกันตนเองได้ด้วยตนเอง ($\bar{x}$ =4.30)

2) ด้านการเข้าใจข้อมูล เพิ่มขึ้นจาก $\bar{X}$ =2.48 เป็น $\bar{X}$ =4.34 ($t=4.55$, $p=.004$) โดยกลุ่ม ตัวอย่างมีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการสับสน มึนงง เมื่ออยู่กลางแจ้ง และอธิบายผลกระทบของความร้อนได้สูง ที่สุด ($\bar{X}$ =4.37)

3) ด้านการตรวจสอบข้อมูล เพิ่มขึ้นจาก $\bar{X}$ =2.56 เป็น $\bar{X}$ =4.26 ($t=10.58$, $p<.001$) โดย พฤติกรรมตรวจสอบแหล่งข้อมูลข่าวแพร่ทางโซเชียลก่อนเชื่อพัฒนาอย่างโดดเด่น ($\bar{X}$ =4.30)

4) ด้านการตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพ เป็นมิติที่มีคะแนนเฉลี่ยหลังทดลองสูงที่สุด โดยเพิ่มขึ้นจาก $\bar{X} = 2.37$ เป็น $\bar{X} = 4.38$ ($t=7.26, p<.001$) โดยเฉพาะพฤติกรรมการสังเกตอาการตนเองและดื่มน้ำให้เพียงพอ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X} = 4.50$)

เมื่อจำแนกรายบุคคล พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 76.7) แต่หลังทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100.0) เปลี่ยนแปลงขึ้นเป็นผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป โดยอยู่ในระดับดีมากถึงร้อยละ 86.7

8.1.3 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการป้องกันตนเองจากความร้อน พฤติกรรมสุขภาพ ในการจัดการป้องกันตนเองจากความร้อนของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม เพิ่มขึ้นจากระดับไม่ดี ($\bar{X} = 1.72, S.D.=0.36$) เป็นระดับดีมาก ($\bar{X} = 2.74, S.D.=0.22$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=10.11, p<.001$) และมีการปฏิบัติพฤติกรรมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกข้อคำถาม ($p<.05$) โดยพฤติกรรมที่มีการพัฒนาและมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่

1) อันดับ 1 การล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหาร และหลังเข้าห้องน้ำ ($\bar{X} = 2.90, S.D.=0.31$)

2) อันดับ 2 การรับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ และการงดดื่มสุราในช่วงอากาศร้อน ($\bar{X} = 2.87, S.D.=0.35$)

3) อันดับ 3 การดื่มน้ำหรือจิบน้ำสะอาดบ่อย ๆ ระหว่างวันโดยไม่ต้องรอให้กระหายน้ำ ($\bar{X} = 2.83, S.D.=0.38$)

8.1.4 ผลการสรุปผ่านเกณฑ์การประเมินการวิจัย เมื่อประเมินตามเกณฑ์สรุปผลการวิจัย (ความรู้ HL และพฤติกรรม HB ต้องผ่านระดับดีขึ้นไป หรือ $\geq$ ร้อยละ 70 พร้อมกันทั้ง 2 ด้าน) พบว่า ก่อนการทดลองไม่มีกลุ่มตัวอย่างใดผ่านเกณฑ์ แต่ภายหลังการได้รับโปรแกรม “HEAT SMART” กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ทั้ง 30 คน สามารถผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับดีขึ้นไปครบทั้ง 2 ด้านพร้อมกัน คิดเป็นร้อยละ 100.0

สรุปความสำคัญ โปรแกรม “HEAT SMART: ครอบรู้สุขภาพต้านภัยร้อน” มีประสิทธิผลสูงในการยกระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการป้องกันตนเองจากความร้อนของผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะการเสริมสร้างทักษะการตรวจสอบข้อมูลข่าวสารและการตัดสินใจเชิงรุก ซึ่งเป็นกลไกทางพฤติกรรมในการลดความเสี่ยงจากการเจ็บป่วยด้วยโรคลมแดด (Heatstroke) และภาวะวิกฤตความร้อนในพื้นที่ ที่มีค่าดัชนีความร้อนสูง

8.2 ข้อเสนอแนะ

8.2.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) การบูรณาการเข้ากับนโยบายดูแลผู้สูงอายุ หน่วยงานสาธารณสุขในระดับจังหวัดหรือเขตสุขภาพ ควรนำโปรแกรม HEAT SMART เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายการเตรียมความพร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพให้แก่กลุ่มเปราะบาง

2) การสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากร ควรมีนโยบายสนับสนุนทรัพยากรและสื่อการสอนที่เข้าถึงง่ายสำหรับชุมชน เช่น แผ่นพับหรือสื่อดิจิทัลที่เน้นการตรวจสอบข่าวปลอมด้านสุขภาพ เพื่อลดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับภัยความร้อน ซึ่งพบว่าเป็นประเด็นที่ผู้สูงอายุมีการพัฒนาสูงสุดหลังได้รับโปรแกรม

3) การกำหนดมาตรฐานสถานบริการลดภัยร้อน ควรผลักดันให้สถานพยาบาลหรือศูนย์เรียนรู้ในชุมชน จัดพื้นที่ “Safety Cool Zone” หรือศูนย์พักพิงลดความร้อนที่ได้มาตรฐาน เพื่รองรับผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีค่าดัชนีความร้อนสูงเกินเกณฑ์อันตราย

8.2.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรนำโปรแกรมรูปแบบการสอน 12 สัปดาห์ ไปใช้ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 70 มีโรคประจำตัว ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสูงต่อภัยร้อน การสอนเรื่อง “Cooling strategies” จึงเป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วน

2) ควรใช้ประโยชน์จากศักยภาพของผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการเกษียณหรือมีระดับการศึกษาสูง ให้เป็นอาสาสมัครเชี่ยวชาญภัยร้อน เพื่อส่งต่อข้อมูลและแนวทางการป้องกันตนเองไปยังสมาชิกคนอื่นในชุมชน ตามแนวทาง Opinion Leader ที่พบว่า ได้ผลดีในกลุ่มตัวอย่างนี้

3) ในการปฏิบัติหน้าที่ เจ้าหน้าที่ควรเน้นย้ำพฤติกรรม การจิบน้ำบ่อยครั้งโดยไม่รอให้กระหาย และการเลือกเครื่องแต่งกายที่เหมาะสม เนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่ทำได้ง่ายและเห็นผลลัพธ์ในการลดความเสี่ยงจากโรคลมแดดได้ชัดเจนที่สุด

8.2.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยต่อไป

1) ควรมีการติดตามผลหลังจบโปรแกรมไปแล้ว 6 เดือน ถึง 1 ปี เพื่อศึกษาความคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพ และความยั่งยืนของทักษะความรู้ด้านสุขภาพในสถานการณ์จริง

2) ควรมีการวิจัยเปรียบเทียบผลของโปรแกรมในผู้สูงอายุที่มีบริบทต่างกัน เช่น ผู้สูงอายุที่อยู่ติดเตียง หรือผู้สูงอายุที่ต้องทำงานกลางแจ้ง (เกษตรกร) เพื่อปรับปรุงเนื้อหาโปรแกรมให้สอดคล้องกับข้อจำกัดเฉพาะบุคคล

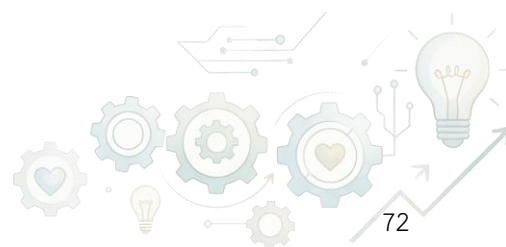
เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย. (2566). *แนวทางการสื่อสารความเสี่ยงสุขภาพจากความร้อนสำหรับประชาชน*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กองสุกศึกษา. (2561). *การเสริมสร้างและประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กรมอนามัย, กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ. (2566). *ประกาศเกณฑ์ค่าเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากความร้อน*. กระทรวงสาธารณสุข. <https://hia.anamai.moph.go.th>

กรมอนามัย, กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ. (2566). *สถานการณ์ดัชนีความร้อนและผลกระทบต่อสุขภาพรายจังหวัด*. กระทรวงสาธารณสุข.



- กรมควบคุมโรค, กองระบาดวิทยา. (2566). รายงานการเฝ้าระวังการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากภาวะอากาศร้อน. กระทรวงสาธารณสุข.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: กระบวนการ ปฏิบัติการ เครื่องมือประเมิน. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ชนวนทอง ธนสุกาญจน์, และขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2561). การขับเคลื่อนองค์กรความรู้ด้านสุขภาพ. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทนา กลิรัตน์. (2562). บทบาทของอาสาสมัครผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28(3), 455–465.
- พรวิมล นาคสวน, ศิริวรรณ ฉัตรมงคลกุล, และสุรเชษฐ์ พลายน้อย. (2564). ผลของโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 35(1), 85–101.
- สมชาย รักดี. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภัยร้อนของผู้สูงอายุในภาคกลาง. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อม, 7(2), 45–58.
- สมเกียรติ ศิริรัตนพลกุล, ฉัตรชัย ฉัตรบุญวงศ์, สายเพชร ยอดวิชัย, และปณิธาน เสือทิม. (2559). สถานการณ์โรคจากความร้อนในประเทศไทยและการเฝ้าระวัง. วารสารกรมควบคุมโรค, 42(1), 5–13.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2566). ผลกระทบของสภาวะโลกร้อนต่อสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย. อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2563). รายงานการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย ปี 2562.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Kenny, G. P., Yardley, J., Brown, C., Sigal, R. J., & Jay, O. (2010). Heat stress in older individuals and patients with common chronic diseases. *CMAJ*, 182(10), 1053–1060.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.081050>
- World Health Organization. (2021, October 30). *Climate change and health*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>
- World Health Organization. (2022). *Heat and health in the elderly: Evidence-based guidelines for health promotion*.

การสังเคราะห์เชิงทฤษฎีว่าด้วยการพัฒนาทุนมนุษย์เชิงกลยุทธ์ในสถานพยาบาลไทย และความยั่งยืนของระบบสุขภาพ

A Theoretical Synthesis of Strategic Human Capital Development in Thai Healthcare Organizations and Health System Sustainability.

เอกพงษ์ แก้วราบ*

Ekapong Kaewrap*

วิศวกรวิชาชีพ สาขาวิศวกรรมชีวการแพทย์ นักวิชาการอิสระ*

Professional Engineer of the Discipline Biomedical Engineering Self,

Independent scholar*

Email: ekapong.kaewrap@gmail.com

Received 17 March 2026

Revised 19 August 2026

Accepted 25 August 2026

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์เชิงทฤษฎีเกี่ยวกับการพัฒนาทุนมนุษย์เชิงกลยุทธ์ในสถานพยาบาลไทย และอธิบายความเชื่อมโยงระหว่างการพัฒนาทุนมนุษย์กับความยั่งยืนของระบบสุขภาพในระยะยาว ดำเนินการทบทวนและสังเคราะห์วรรณกรรมเชิงแนวคิด โดยสืบค้นเอกสารจากฐานข้อมูล Scopus, PubMed และ Google Scholar ครอบคลุมเอกสารระหว่างปี ค.ศ. 1991 – 2024 คัดเลือกเอกสารที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีทุนมนุษย์ (Human Capital Theory), การบริหารทรัพยากรมนุษย์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Human Resource Management: SHRM), แนวคิดที่เน้นทรัพยากรเป็นฐาน (Resource-Based View: RBV), การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ และความยั่งยืนของระบบสุขภาพ ทั้งในบริบทสากลและประเทศไทย โดยพิจารณาความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดของบทความ ขั้นตอนการวิเคราะห์ประกอบด้วยการจัดกลุ่มแนวคิดและสาระสำคัญ การเปรียบเทียบและเชื่อมโยงข้อค้นพบระหว่างทฤษฎี การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงแนวคิด และการสังเคราะห์องค์ประกอบร่วม เพื่อพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดเชิงบูรณาการ ผลการสังเคราะห์นำไปสู่การพัฒนาแบบจำลองการพัฒนาทุนมนุษย์เชิงกลยุทธ์เพื่อความยั่งยืนของระบบสุขภาพไทย (Strategic Human Capital Development for Thai Health System Sustainability: SHCD-TH Model) ซึ่งอธิบายกลไกหลายระดับตั้งแต่การคาดการณ์กำลังคนเชิงยุทธศาสตร์ การพัฒนาสมรรถนะ การกำกับดูแลทรัพยากรมนุษย์แบบบูรณาการ ระบบนิเวศแห่งการเรียนรู้และนวัตกรรม ไปจนถึงการสร้างขีดความสามารถขององค์กรและผลลัพธ์ด้านความยั่งยืน ได้แก่ ความยั่งยืนทางการเงิน คุณภาพและความปลอดภัย ความเป็นธรรมในการเข้าถึง และความยืดหยุ่นเชิงระบบ ผลการสังเคราะห์ชี้ว่าทุนมนุษย์เชิงกลยุทธ์เป็นโครงสร้างพื้นฐานสำคัญของความยั่งยืนระบบสุขภาพไทย

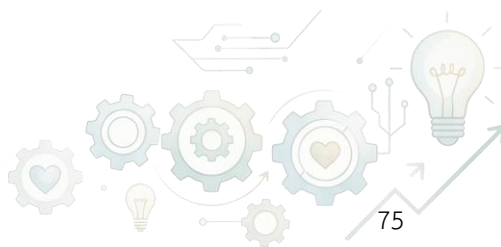


คำสำคัญ: ทุมนมนุษย์เชิงกลยุทธ์, การบริหารทรัพยากรมนุษย์เชิงกลยุทธ์, ระบบสุขภาพไทย, ขีดความสามารถองค์กร, ความยั่งยืนของระบบสุขภาพ

Abstract

This article aims to theoretically synthesize strategic human capital development in Thai healthcare organizations and explain its relationship with long-term health system sustainability. A conceptual and integrative literature review was conducted using Scopus, PubMed, and Google Scholar, covering literature published between 1991 and 2024. Literature was selected based on its relevance to Human Capital Theory, Strategic Human Resource Management (SHRM), the Resource-Based View (RBV), health workforce development, and health system sustainability in international and Thai contexts, with consideration of its alignment with the objectives and conceptual framework of the article. The analytical process involved categorizing key concepts and themes, comparing and linking theoretical perspectives and findings, examining conceptual relationships, and synthesizing common elements to develop an integrated theoretical framework. The synthesis resulted in the Strategic Human Capital Development for Thai Health System Sustainability Model (SHCD-TH Model), which proposes a multilevel mechanism linking strategic workforce foresight, competency-based development, integrated human resource governance, and a learning and innovation ecosystem to organizational capability and health system sustainability outcomes. These outcomes include fiscal sustainability, quality and patient safety, equity in access, and systemic resilience. The synthesis indicates that strategic human capital development should not be regarded merely as an operational human resource function but as a strategic infrastructure connecting individual capabilities, organizational capacity, and health system outcomes. The SHCD-TH Model provides an integrated theoretical perspective for understanding how strategically aligned human capital development can strengthen organizational capabilities and contribute to the long-term sustainability of the Thai health system. The findings have implications for health workforce planning, human resource governance, competency development, and health system policy.

Keywords: Strategic Human Capital, Strategic Human Resource Management, Thai Healthcare System, Health Workforce, Health System Sustainability.



1. บทนำ

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา ระบบสุขภาพทั่วโลกกำลังเผชิญความท้าทายเชิงโครงสร้างที่มีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางประชากรศาสตร์ การเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ ความต้องการบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ตลอดจนข้อจำกัดด้านทรัพยากรและงบประมาณ ปัจจัยดังกล่าวทำให้ระบบสุขภาพจำเป็นต้องมีความสามารถในการปรับตัว รักษาคุณภาพและความปลอดภัยของบริการ และดำรงความมั่นคงทางการเงินในระยะยาว (World Health Organization, 2020) ภายใต้บริบทดังกล่าว กำลังคนด้านสุขภาพนับเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของระบบสุขภาพ เนื่องจากเป็นกลไกสำคัญในการให้บริการ การพัฒนาคุณภาพ การสร้างนวัตกรรม และการตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน (Buchan, Dhillon, & Campbell, 2017)

สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพไม่ควรจำกัดอยู่เพียงการจัดสรรจำนวนบุคลากร การสรรหา หรือการบริหารงานบุคคลในระดับปฏิบัติการ แต่จำเป็นต้องยกระดับสู่การพัฒนาทุนมนุษย์เชิงกลยุทธ์ ซึ่งให้ความสำคัญกับความรู้ ทักษะ สมรรถนะ ประสบการณ์ และความสามารถของบุคลากรในฐานะสินทรัพย์ที่สามารถสร้างคุณค่าให้แก่องค์กรและระบบสุขภาพในระยะยาว แนวคิดทุนมนุษย์เสนอว่า การลงทุนด้านการศึกษา การฝึกอบรม และการพัฒนาศักยภาพสามารถก่อให้เกิดผลตอบแทนด้านผลิตภาพและประสิทธิภาพในระยะยาว (Becker, 1993) ขณะที่แนวคิดการบริหารทรัพยากรมนุษย์เชิงกลยุทธ์ เน้นการเชื่อมโยงระบบการบริหารทรัพยากรมนุษย์เข้ากับกลยุทธ์ขององค์กร เพื่อให้การพัฒนาบุคลากรสอดคล้องกับเป้าหมายและความต้องการขององค์กร (Becker & Huselid, 1998; Wright & McMahan, 2011) สำหรับองค์กรสุขภาพ ทุนมนุษย์ยังครอบคลุมความรู้ทางวิชาชีพ ความสามารถในการทำงานเป็นทีม ภาวะผู้นำ ความสามารถในการจัดการคุณภาพและความปลอดภัย และความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ (Frenk et al., 2010)

ในบริบทของประเทศไทย ระบบสุขภาพมีพัฒนาการสำคัญ โดยเฉพาะการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน (Tangcharoensathien et al., 2018) อย่างไรก็ตาม ระบบสุขภาพไทยยังเผชิญความท้าทายจากการเข้าสู่สังคมสูงวัย ภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น ความต้องการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและซับซ้อนมากขึ้น รวมถึงข้อจำกัดด้านกำลังคนและทรัพยากร (World Health Organization, 2021) สถานการณ์ดังกล่าวทำให้ต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาสมรรถนะที่สอดคล้องกับทิศทางของระบบสุขภาพ การสร้างผู้นำ การทำงานแบบสหวิชาชีพ การจัดการคุณภาพและความปลอดภัย ตลอดจนความสามารถในการเรียนรู้และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง แม้ว่าจะมีการศึกษาการวางแผนและการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับนโยบายและระดับองค์กร แต่ยังพบช่องว่างทางองค์ความรู้ที่สำคัญ กล่าวคือ งานศึกษาส่วนหนึ่งมุ่งเน้นการคาดการณ์จำนวนกำลังคน การกระจายบุคลากร การผลิตบุคลากร หรือการบริหารทรัพยากรมนุษย์ในระดับปฏิบัติการ ขณะที่ยังมีข้อจำกัดในการอธิบายเชิงบูรณาการว่า การพัฒนาทุนมนุษย์เชิงกลยุทธ์สามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่ขีดความสามารถขององค์กร และส่งผลต่อความยั่งยืนของระบบสุขภาพได้ผ่านกลไกใด โดยเฉพาะในบริบทของสถานพยาบาลไทย (Bärnighausen & Bloom, 2009; WHO, 2016) กล่าวอีกนัยหนึ่ง แม้จะมีองค์ความรู้



เกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพและการบริหารทรัพยากรมนุษย์อยู่จำนวนมาก แต่ยังขาดกรอบแนวคิดที่เชื่อมโยงอย่างเป็นระบบระหว่าง การคาดการณ์กำลังคนเชิงยุทธศาสตร์ การพัฒนาสมรรถนะ การกำกับดูแลทรัพยากรมนุษย์ ความสามารถขององค์กร และผลลัพธ์ด้านความยั่งยืนของระบบสุขภาพไทย ช่องว่างดังกล่าวมีความสำคัญต่อระบบสุขภาพเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องยังมีแนวคิดสำคัญจากหลายสาขา ได้แก่ ทฤษฎีทุนมนุษย์ ซึ่งอธิบายคุณค่าของการลงทุนในความรู้และทักษะ RBV ซึ่งอธิบายการเปลี่ยนทรัพยากรให้เป็นขีดความสามารถที่สร้างคุณค่า และ SHRM ซึ่งอธิบายการจัดระบบทรัพยากรมนุษย์ให้สอดคล้องกับกลยุทธ์องค์กร ขณะที่แนวคิดความยั่งยืนของระบบสุขภาพให้ความสำคัญกับคุณภาพและความปลอดภัย ความเป็นธรรมในการเข้าถึง ความมั่นคงทางการเงิน และความสามารถในการปรับตัวของระบบ (Barney, 1991; Becker, 1993; Wright & McMahan, 2011; WHO, 2016; WHO, 2020) อย่างไรก็ตาม แนวคิดเหล่านี้มักถูกศึกษาแยกจากกัน จึงยังขาดการสังเคราะห์เชิงทฤษฎีที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดดังกล่าวเป็นกลไกเดียวกัน โดยเฉพาะการอธิบายว่าทุนมนุษย์ที่ได้รับการพัฒนาอย่างมีกลยุทธ์จะถูกแปลงเป็นขีดความสามารถขององค์กร และนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านความยั่งยืนของระบบสุขภาพได้อย่างไร

ด้วยเหตุนี้ จึงมีความจำเป็นต้องสังเคราะห์องค์ความรู้จากทฤษฎีทุนมนุษย์, RBV, SHRM และแนวคิดความยั่งยืนของระบบสุขภาพ เพื่อพัฒนารอบแนวคิดที่สามารถอธิบายกลไกดังกล่าวอย่างเป็นระบบ และเชื่อมโยงการพัฒนาทุนมนุษย์ในระดับบุคคลกับขีดความสามารถในระดับองค์กรและผลลัพธ์ในระดับระบบสุขภาพ การสังเคราะห์ดังกล่าวจะช่วยเติมเต็มช่องว่างทางองค์ความรู้ โดยเฉพาะการพัฒนารอบอธิบายเชิงทฤษฎีสำหรับสถานพยาบาลไทย ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นฐานในการกำหนดนโยบาย การออกแบบระบบบริหารกำลังคน และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพในระยะยาว

2. วัตถุประสงค์ของบทความ

2.1 เพื่อสังเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับทุนมนุษย์ การบริหารทรัพยากรมนุษย์เชิงกลยุทธ์ และแนวคิดความยั่งยืนของระบบสุขภาพ เพื่อสร้างความเข้าใจเชิงบูรณาการในบริบทขององค์กรสุขภาพไทย

2.2 เพื่อวิเคราะห์ความเชื่อมโยงเชิงทฤษฎีระหว่างการพัฒนาทุนมนุษย์เชิงกลยุทธ์กับผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพองค์กรสุขภาพ คุณภาพบริการ ความสามารถในการปรับตัวเชิงระบบ และความยั่งยืนของระบบสุขภาพในระยะยาว

2.3 เพื่อนำเสนอกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี (Theoretical Framework) ว่าด้วยการพัฒนาทุนมนุษย์เชิงกลยุทธ์ ในสถานพยาบาลไทยที่สามารถอธิบายกลไกการสร้างคุณค่าเชิงยุทธศาสตร์ของบุคลากร และสนับสนุนความยั่งยืนของระบบสุขภาพในระดับองค์กรและระดับประเทศ

2.4 เพื่อเสนอข้อพิจารณาเชิงนโยบายและแนวทางเชิงกลยุทธ์สำหรับผู้บริหารสถานพยาบาลและผู้กำหนดนโยบายด้านสุขภาพ ในการออกแบบระบบการพัฒนาทุนมนุษย์ที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทยและความท้าทายของระบบสุขภาพในอนาคต

3. แนวคิด ทฤษฎี และทบทวนวรรณกรรม

3.1 แนวคิดทุนมนุษย์ (Human Capital Theory)

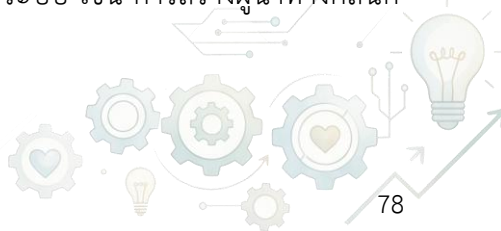
แนวคิดทุนมนุษย์มีรากฐานจากเศรษฐศาสตร์การศึกษา โดยเสนอว่าความรู้ ทักษะ ความสามารถ และประสบการณ์ของบุคลากรเป็นทุนที่สร้างมูลค่าเพิ่มให้แก่องค์กรและเศรษฐกิจโดยรวม การลงทุนในการศึกษา การฝึกอบรม และการพัฒนาศักยภาพจึงถือเป็นการลงทุนเชิงกลยุทธ์ที่ส่งผลต่อผลผลิตและประสิทธิภาพในระยะยาว (Becker, 1993) ในบริบทองค์กร ทุนมนุษย์ถูกมองว่าเป็นทรัพยากรที่มีลักษณะเฉพาะตัว ยากต่อการลอกเลียนแบบ และสามารถสร้างความได้เปรียบเชิงการแข่งขันได้ (Barney, 1991) สำหรับองค์กรสุขภาพ ทุนมนุษย์ไม่ได้จำกัดเพียงความรู้ทางคลินิก แต่ครอบคลุมถึงทักษะการสื่อสาร การทำงานเป็นทีม ภาวะผู้นำเชิงระบบ และความสามารถในการบริหารจัดการคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย (Frenk et al., 2010) งานศึกษาระดับโลกยืนยันว่า ศักยภาพของบุคลากรด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพบริการและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชน (WHO, 2016) ดังนั้น การพัฒนาทุนมนุษย์ในระบบสุขภาพจึงเป็นรากฐานของความยั่งยืนเชิงระบบมากกว่าการเป็นเพียงกลไกสนับสนุนเชิงปฏิบัติการ

3.2 การบริหารทรัพยากรมนุษย์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Human Resource Management: SHRM)

การบริหารทรัพยากรมนุษย์เชิงกลยุทธ์เป็นพัฒนาการจากการบริหารบุคลากรแบบดั้งเดิม โดยมุ่งเน้นการบูรณาการระบบทรัพยากรมนุษย์เข้ากับกลยุทธ์องค์กรอย่างเป็นระบบ (Wright & McMahan, 2011) แนวคิดนี้เสนอว่า ระบบทรัพยากรบุคคลที่มีความสอดคล้องภายใน และสอดคล้องกับกลยุทธ์องค์กร จะส่งผลต่อประสิทธิภาพองค์กรอย่างมีนัยสำคัญ (Becker & Huselid, 1998) งานวิเคราะห์ทอริมาน พบว่า การบริหารทรัพยากรมนุษย์เชิงกลยุทธ์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลลัพธ์องค์กร เช่น ประสิทธิภาพ นวัตกรรม และความสามารถในการปรับตัว (Jiang, Lepak, Hu, & Baer, 2012) ในบริบทสุขภาพ SHRM มีบทบาทสำคัญต่อการลดอัตราการลาออกของบุคลากร การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย และการพัฒนาคุณภาพบริการ (Buchan et al., 2017) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยในประเทศกำลังพัฒนายังสะท้อนช่องว่างระหว่างนโยบายกำลังคนระดับชาติและการปฏิบัติระดับองค์กร (Bärnighausen & Bloom, 2009) จึงจำเป็นต้องพัฒนาแนวคิด SHRM ให้สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาลไทยที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและแรงกดดันเชิงระบบสูง

3.3 มุมมองทรัพยากรฐาน (Resource-Based View: RBV)

ทฤษฎีทรัพยากรฐานเสนอว่า องค์กรจะสามารถสร้างความได้เปรียบที่ยั่งยืนได้เมื่อครอบครองทรัพยากรที่มีคุณค่า (Valuable) หายาก (Rare) ยากต่อการลอกเลียนแบบ (Inimitable) และไม่สามารถทดแทนได้ (Non-Substitutable) หรือ VRIN (Barney, 1991) ทุนมนุษย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในองค์กรสุขภาพ เช่น ความสามารถในการรักษาโรคซับซ้อน หรือการบริหารระบบคุณภาพ ถือเป็นการบริหารระบบคุณภาพ ถือเป็นทรัพยากร VRIN ที่สำคัญ การบูรณาการ RBV กับ SHRM ชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาทุนมนุษย์ไม่ควรมุ่งเน้นเพียงการเพิ่มจำนวนบุคลากร แต่ต้องพัฒนาศักยภาพเชิงยุทธศาสตร์ที่สร้างคุณค่าเชิงระบบ เช่น การสร้างผู้นำทางคลินิก



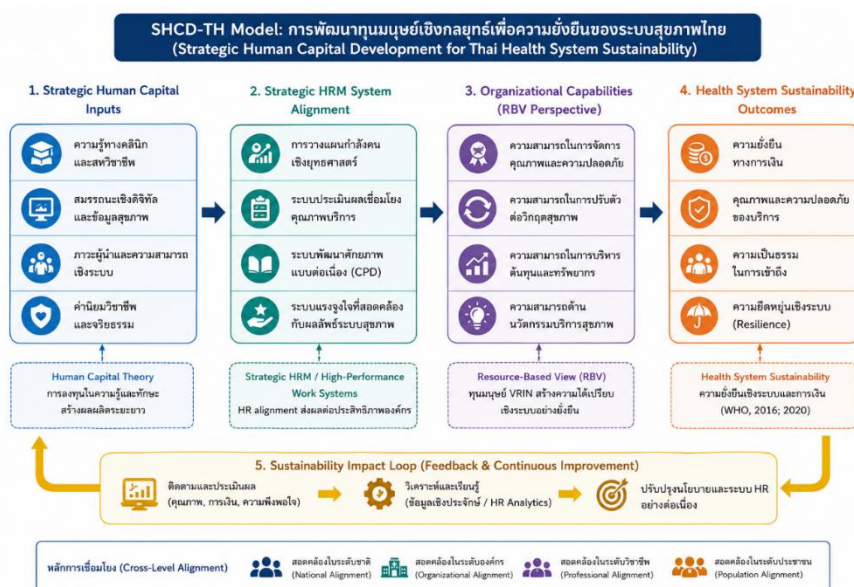
การพัฒนาความสามารถด้านข้อมูลสุขภาพ และการสร้างทีมสหวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ (Garavan, Carbery, & Rock, 2012)

3.4 แนวคิดความยั่งยืนของระบบสุขภาพ (Health System Sustainability)

ความยั่งยืนของระบบสุขภาพ หมายถึง ความสามารถของระบบในการให้บริการที่มีคุณภาพ เข้าถึงได้ และมีเสถียรภาพทางการเงินในระยะยาว (WHO, 2020) โดยครอบคลุมมิติด้านเศรษฐกิจ สังคม และธรรมาภิบาล งานศึกษาระดับนานาชาติชี้ว่า กำลังคนด้านสุขภาพเป็นองค์ประกอบหลักของความยั่งยืนระบบ (WHO, 2016) ในบริบทไทย แม้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะสร้างความก้าวหน้าเชิงโครงสร้าง แต่ความยั่งยืนในระยะยาวยังขึ้นกับการบริหารจัดการทุนมนุษย์อย่างมีประสิทธิภาพ (Tangcharoensathien et al., 2018)

3.5 การสังเคราะห์เชิงทฤษฎี (Theoretical synthesis)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ทฤษฎีทุนมนุษย์อธิบายเหตุผลของการลงทุน แนวคิด RBV อธิบายกลไกการสร้างรายได้เปรียบ และ SHRM อธิบายกระบวนการเชิงระบบ ขณะที่แนวคิดความยั่งยืนระบบสุขภาพเป็น ผลลัพธ์ปลายทางเชิงระบบ การบูรณาการแนวคิดทั้งสี่ด้าน จึงนำไปสู่กรอบสังเคราะห์ที่มองว่า การพัฒนาทุนมนุษย์เชิงกลยุทธ์ในสถานพยาบาลไทยเป็นกลไกสำคัญในการสร้างความยั่งยืนของระบบสุขภาพ ในระดับมหภาคตามภาพ



ภาพที่ 1 แบบจำลองการพัฒนาทุนมนุษย์เชิงกลยุทธ์เพื่อความยั่งยืนของระบบสุขภาพไทย

ที่มา: OpenAI. (2026). Chat GPT

จากการสังเคราะห์ทฤษฎีทุนมนุษย์ (Becker, 1993), Resource-Based View (Barney, 1991), Strategic Human Resource Management (Wright & McMahan, 2011) และแนวคิดความยั่งยืนของระบบสุขภาพ (WHO, 2016; WHO, 2020) สามารถพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดเชิงสังเคราะห์ที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนาทุนมนุษย์เชิงกลยุทธ์ ชีตความสามารถขององค์กร และผลลัพธ์ด้านความยั่งยืน

ของระบบสุขภาพไทย โดยมีลักษณะเป็นกลไกเชิงระบบหลายระดับ และมีวงจรป้อนกลับเพื่อการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

3.5.1 กลไกการพัฒนาทุนมนุษย์เชิงกลยุทธ์

1) การคาดการณ์กำลังคนเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Workforce Foresight) เป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาทุนมนุษย์ โดยวิเคราะห์แนวโน้มประชากร ภาระโรค ความต้องการบริการสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงของบริบทระบบสุขภาพ เพื่อกำหนดความต้องการกำลังคนทั้งด้านจำนวน คุณลักษณะ และสมรรถนะในอนาคต รวมถึงการเชื่อมโยงการวางแผนกำลังคนกับยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพและนโยบายระดับชาติ

2) การพัฒนาทุนมนุษย์เชิงสมรรถนะ (Competency-Based Development Architecture) เป็นกระบวนการแปลงความต้องการกำลังคนในอนาคตไปสู่การพัฒนาความรู้ ทักษะ และสมรรถนะของบุคลากร โดยครอบคลุมสมรรถนะด้านวิชาชีพ ด้านการทำงานร่วมกัน ด้านการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ภาวะผู้นำ และความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ การพัฒนาควรเชื่อมโยงกับคุณภาพและความปลอดภัยของบริการสุขภาพ

3) การกำกับดูแลทรัพยากรมนุษย์แบบบูรณาการ (Integrated Human Resource Governance) เป็นกลไกที่เชื่อมโยงการบริหารทรัพยากรมนุษย์เข้ากับกลยุทธ์องค์กรและยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพ ครอบคลุมการวางแผนและจัดสรรกำลังคน การสรรหาและคัดเลือก การประเมินผลการปฏิบัติงาน ระบบค่าตอบแทนและแรงจูงใจ การพัฒนาเส้นทางความก้าวหน้า การบริหารความเสี่ยงด้านบุคลากร ตลอดจนการใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจด้านกำลังคน

4) ระบบนิเวศแห่งการเรียนรู้และนวัตกรรม (Learning and Innovation Ecosystem) เป็นสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนให้บุคลากรและองค์กรเกิดการเรียนรู้ การแลกเปลี่ยนความรู้ การทำงานร่วมกัน และการสร้างนวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยครอบคลุมวัฒนธรรมองค์กรแห่งการเรียนรู้ การจัดการความรู้ การพัฒนานวัตกรรม การใช้เทคโนโลยีและข้อมูลเพื่อสนับสนุนการทำงาน ตลอดจนความร่วมมือระหว่างวิชาชีพและภาคีเครือข่าย

3.5.2 การเปลี่ยนทุนมนุษย์สู่ขีดความสามารถขององค์กร

การบูรณาการกลไกทั้ง 4 ประการข้างต้น ทำให้ทุนมนุษย์สามารถเปลี่ยนผ่านจากระดับบุคคลไปสู่ขีดความสามารถขององค์กรตามมุมมอง RBV โดยเฉพาะเมื่อทุนมนุษย์มีคุณลักษณะที่สร้างคุณค่า หายาก ยากต่อการเลียนแบบ และไม่สามารถทดแทนได้ (VRIN) เช่น ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ภาวะผู้นำทางคลินิก ความสามารถด้านการจัดการคุณภาพ ความสามารถในการใช้ข้อมูล และการทำงานแบบสหวิชาชีพ ทุนมนุษย์ดังกล่าวจึงสามารถกลายเป็นฐานของขีดความสามารถเชิงกลยุทธ์ของสถานพยาบาล ขีดความสามารถขององค์กรที่เกิดจากการพัฒนาทุนมนุษย์ครอบคลุมความสามารถในการจัดการคุณภาพและความปลอดภัย ความสามารถในการปรับตัวต่อภาวะวิกฤต ความสามารถในการบริหารต้นทุนและทรัพยากร และความสามารถในการสร้างนวัตกรรมบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่เชื่อมโยงการลงทุนด้านทุนมนุษย์กับผลลัพธ์ขององค์กรและระบบสุขภาพ



3.5.3 ผลลัพธ์ด้านความยั่งยืนของระบบสุขภาพ

ขีดความสามารถขององค์กรที่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านความยั่งยืนของระบบสุขภาพ 4 มิติ ได้แก่ 1) ความยั่งยืนทางการเงิน (Financial Sustainability) ความสามารถในการบริหารทรัพยากรและต้นทุนอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการรักษาความมั่นคงทางการเงินขององค์กรและระบบ 2) คุณภาพและความปลอดภัยของบริการ (Quality and Patient Safety) ความสามารถในการรักษามาตรฐานคุณภาพ ลดความเสี่ยง และพัฒนาผลลัพธ์ของผู้รับบริการ 3) ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ (Equity in Access) ความสามารถของระบบในการจัดสรรทรัพยากรและกำลังคนให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างเหมาะสม 4) ความยืดหยุ่นของระบบ (System Resilience) ความสามารถในการรับมือ ปรับตัว เรียนรู้ และฟื้นตัวจากการเปลี่ยนแปลงหรือวิกฤตทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

3.5.4 วงจรป้อนกลับเพื่อการปรับตัวของระบบ

แบบจำลอง SHCD-TH ไม่ได้เสนอความสัมพันธ์แบบเส้นตรง แต่เป็นระบบเชิงพลวัตที่ผลลัพธ์ด้านคุณภาพ ความปลอดภัย การเงิน ความเป็นธรรม และความยืดหยุ่นของระบบจะถูกนำกลับมาใช้เป็นข้อมูลสำหรับการประเมินและปรับปรุงการวางแผนกำลังคน การพัฒนาสมรรถนะ และระบบการกำกับดูแลทรัพยากรมนุษย์อย่างต่อเนื่อง กระบวนการดังกล่าวก่อให้เกิดวงจรผลกระทบด้านความยั่งยืน (Sustainability Impact Loop) ซึ่งช่วยให้องค์กรสามารถเรียนรู้จากผลลัพธ์ ปรับระบบให้เหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนแปลง และเสริมสร้างความสามารถในการปรับตัวของระบบสุขภาพในระยะยาว

ดังนั้น SHCD-TH Model จึงเสนอความสัมพันธ์เชิงสาเหตุหลายระดับจากการคาดการณ์กำลังคน การพัฒนาทุนมนุษย์ การกำกับดูแลและระบบนิเวศการเรียนรู้ ขีดความสามารถขององค์กร และผลลัพธ์ความยั่งยืนของระบบสุขภาพ โดยมีการกำกับติดตาม ประเมินผล และวงจรป้อนกลับเป็นกลไกสนับสนุนให้ระบบสามารถปรับตัวและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

แบบจำลอง SHCD-TH Model นี้เป็นการพัฒนาต่อยอดจากกรอบเดิมของบทความ ซึ่งเดิมประกอบด้วย 4 ระดับ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้าด้านทุนมนุษย์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Human Capital Inputs), การจัดวางระบบบริหารทรัพยากรบุคคลเชิงกลยุทธ์ให้สอดคล้องกัน (Strategic HRM System Alignment), ขีดความสามารถขององค์กร (Organizational Capabilities) และ ผลลัพธ์ด้านความยั่งยืนของระบบสุขภาพ (Health System Sustainability Outcomes) และเดิมเสนอองค์ประกอบสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ การคาดการณ์เชิงกลยุทธ์ด้านกำลังคน (Strategic Workforce Foresight), โครงสร้างการพัฒนาบุคลากรตามสมรรถนะ (Competency-Based Development Architecture), การกำกับดูแลทรัพยากรบุคคลแบบบูรณาการ (Integrated HR Governance), ระบบนิเวศแห่งการเรียนรู้และนวัตกรรม (Learning & Innovation Ecosystem) และวงจรผลกระทบด้านความยั่งยืน (Sustainability Impact Loop) การปรับครั้งนี้จึงทำให้ทั้งสองส่วนถูกรวมเป็นโมเดลเดียวที่เห็นกลไกการเปลี่ยนผ่าน (Transformation Mechanism) และวงจรป้อนกลับ (Feedback Loop) ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอเดิมของบทความที่ระบุว่า SHCD-TH Model เป็นวงจรเชิงระบบ ไม่ใช่ความสัมพันธ์แบบเส้นตรง

4. การสังเคราะห์ความรู้และคุณูปการเชิงทฤษฎีจากการเปรียบเทียบระหว่างประเทศ

จากการสังเคราะห์ทฤษฎีทุนมนุษย์, RBV, SHRM และแนวคิดความยั่งยืนของระบบสุขภาพ บทความนี้เสนอว่า การพัฒนาทุนมนุษย์ในสถานพยาบาลไม่ควรถูกพิจารณาเป็นเพียงกิจกรรมด้านการบริหารบุคลากร แต่ควรถูกออกแบบเป็นกลไกเชิงยุทธศาสตร์ที่เชื่อมโยงการคาดการณ์กำลังคน การพัฒนาสมรรถนะ ระบบบริหารทรัพยากรมนุษย์ ชีตความสามารถขององค์กร และผลลัพธ์ระดับระบบสุขภาพเข้าด้วยกัน โดย SHCD-TH Model ที่พัฒนาขึ้นจากการสังเคราะห์ดังกล่าว เพื่อให้เห็นคุณูปการของการสังเคราะห์อย่างชัดเจน บทความนี้นำ SHCD-TH Model มาเปรียบเทียบกับแนวทางการวางแผนและพัฒนากำลังคนสุขภาพของหน่วยงานในประเทศที่มีระบบสุขภาพก้าวหน้า ได้แก่ อังกฤษ หน่วยงานชื่อ NHS Long Term Workforce Plan สิงคโปร์ หน่วยงานชื่อ Healthcare Manpower Planning และออสเตรเลีย หน่วยงานชื่อ National Medical Workforce Strategy โดยมีได้มุ่งจัดลำดับว่าแนวทางใดดีกว่ากัน แต่พิจารณาความแตกต่างในด้านจุดเน้น ระดับการวิเคราะห์ และกลไกการเชื่อมโยงระหว่างกำลังคนกับความยั่งยืนของระบบสุขภาพ มีรายละเอียดการเปรียบเทียบแยกเป็นรายประเด็นดังต่อไปนี้

4.1 จุดเน้นหลัก

อังกฤษ: การวางแผนกำลังคนระยะยาวและการทำให้กำลังคนมีความยั่งยืน

สิงคโปร์: การสร้างกำลังคนให้เพียงพอต่อความต้องการและการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการ

ออสเตรเลีย: การวางแผนกำลังคนระยะยาว การกระจายกำลังคน และความยืดหยุ่น

SHCD-TH Model: การพัฒนาทุนมนุษย์เชิงกลยุทธ์เพื่อเชื่อมโยงกับความยั่งยืนของระบบสุขภาพ

4.2 การคาดการณ์กำลังคน

อังกฤษ: ใช้การประมาณอุปสงค์และอุปทานในระยะ 15 ปี

สิงคโปร์: ทบทวนแผนกำลังคนระยะกลางและระยะยาว และเชื่อมกับความต้องการบริการ

ออสเตรเลีย: วางแผนกำลังคนระยะ 10 ปี และปรับสมดุลอุปสงค์ – อุปทาน

SHCD-TH Model: การคาดการณ์เชิงกลยุทธ์ด้านกำลังคน เชื่อมการเปลี่ยนแปลงประชากร ภาระโรค และความต้องการบริการกับการพัฒนาทุนมนุษย์

4.3 การพัฒนาบุคลากร

อังกฤษ: การฝึกอบรมและการปรับปรุง รวมถึงการปรับปรุงแบบการทำงาน

สิงคโปร์: เพิ่มกำลังการผลิตบุคลากรและพัฒนาทักษะให้สอดคล้องกับรูปแบบบริการใหม่

ออสเตรเลีย: ปฏิรูปเส้นทางการฝึกอบรมและพัฒนาความสามารถของกำลังคน

SHCD-TH Model: โครงสร้างการพัฒนาบุคลากรตามสมรรถนะ เชื่อมสมรรถนะกับยุทธศาสตร์คุณภาพ และความปลอดภัย

4.4 การบริหารงานบุคคล

อังกฤษ: เชื่อมโยงการวางแผนกำลังคนกับการฝึกอบรม การรักษาบุคลากร และการปฏิรูป

สิงคโปร์: เชื่อมการวางแผนกับการศึกษา การฝึกอบรม การสรรหา และการดำรงรักษา



ออสเตรเลีย: เน้นความร่วมมือระหว่างภาครัฐและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการวางแผน

SHCD-TH Model: การกำกับดูแลทรัพยากรบุคคลแบบบูรณาการ เชื่อมระดับนโยบาย องค์กร และวิชาชีพ

4.5 ขีดความสามารถองค์กร

อังกฤษ: เน้นการปรับระบบงานและการใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ

สิงคโปร์: เน้นการปรับรูปแบบการให้บริการและการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม

ออสเตรเลีย: เน้นกำลังคนที่ยืดหยุ่นและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลง

SHCD-TH Model: ใช้ RBV อธิบายการเปลี่ยนทุนมนุษย์เป็นขีดความสามารถขององค์กร

4.6 การเรียนรู้และนวัตกรรม

อังกฤษ: การปรับปรุงรูปแบบการทำงานและการฝึกอบรม

สิงคโปร์: พัฒนาทักษะใหม่ตามการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการ

ออสเตรเลีย: ปรับเส้นทางการฝึกอบรมและพัฒนาความยืดหยุ่นของกำลังคน

SHCD-TH Model: ระบบนิเวศแห่งการเรียนรู้และนวัตกรรม เป็นองค์ประกอบเชิงโครงสร้างของโมเดล

4.7 ผลลัพธ์ความยั่งยืน

อังกฤษ: ความเพียงพอและความยั่งยืนของกำลังคนและการให้บริการ

สิงคโปร์: ความเพียงพอ คุณภาพ และความยั่งยืนของบริการ

ออสเตรเลีย: การเข้าถึงบริการและกำลังคนที่ยั่งยืนและยืดหยุ่น

SHCD-TH Model: ครอบคลุมความยั่งยืนทางการเงิน คุณภาพและความปลอดภัย ความเป็นธรรมในการเข้าถึง และความยืดหยุ่นเชิงระบบ

4.8 กลไกป้อนกลับ

อังกฤษ: มีการทบทวนแบบจำลองและปรับแผนกำลังคนอย่างต่อเนื่อง

สิงคโปร์: ทบทวนแผนตามการเปลี่ยนแปลงของความต้องการและบริบท

ออสเตรเลีย: มีการกำกับดูแล และการติดตามการดำเนินงานของยุทธศาสตร์

SHCD-TH Model: วงจรผลกระทบด้านความยั่งยืน เชื่อมผลลัพธ์กลับเข้าสู่ระบบทรัพยากรบุคคล และการพัฒนาทุนมนุษย์

4.9 ลักษณะองค์ความรู้

อังกฤษ: กลยุทธ์ด้านกำลังคน

สิงคโปร์: การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ

ออสเตรเลีย: ยุทธศาสตร์กำลังคนแห่งชาติ

SHCD-TH Model: แบบจำลองเชิงทฤษฎีแบบบูรณาการที่เชื่อมทุนมนุษย์, SHRM, RBV และความยั่งยืน

การเปรียบเทียบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า แนวทางของอังกฤษ สิงคโปร์ และออสเตรเลียมีจุดร่วมสำคัญ คือ การให้ความสำคัญกับการวางแผนกำลังคนระยะยาว การเชื่อมโยงอุปสงค์และอุปทานของบุคลากร การพัฒนาทักษะ และการปรับกำลังคนให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการ อย่างไรก็ตาม แต่ละประเทศมีจุดเน้นแตกต่างกัน อังกฤษให้ความสำคัญกับการวางแผนระยะยาวและการดำเนินการผ่านสามกลยุทธ์หลัก ได้แก่ การฝึกอบรม การรักษามูลค่าบุคลากร และการปรับปรุง ขณะที่สิงคโปร์เน้นการทบทวนแผนกำลังคนระยะกลางและระยะยาวและการแปลงแผนไปสู่การศึกษา การฝึกอบรม และการสรรหา รวมทั้งการสร้างกำลังคนในประเทศและการบริหารแหล่งกำลังคนจากต่างประเทศเพื่อเสริมความยืดหยุ่นของระบบ ส่วนออสเตรเลียเน้นการวางแผนร่วม การปรับสมดุลการกระจายกำลังคน การปฏิรูปเส้นทางการฝึกอบรม การสร้างความสามารถแบบผู้มีความรู้ความสามารถหลากหลาย (Generalist) และการทำให้กำลังคนมีความยืดหยุ่นและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลง เมื่อเปรียบเทียบกับแนวทางดังกล่าว SHCD-TH Model มีลักษณะเด่นที่แตกต่างในระดับ “ตรรกะการอธิบาย” (Explanatory logic) มากกว่าการเสนอเครื่องมือวางแผนกำลังคนเพียงอย่างเดียว กล่าวคือ โมเดลไม่ได้เริ่มต้นและสิ้นสุดที่การทำให้มีกำลังคนเพียงพอ แต่เสนอเส้นทางการเปลี่ยนผ่านจากปัจจัยนำเข้าด้านทุนมนุษย์เชิงกลยุทธ์ การจัดวางระบบบริหารทรัพยากรมนุษย์เชิงกลยุทธ์ ความสามารถขององค์กร และผลลัพธ์ด้านความยั่งยืนของระบบสุขภาพ

ในเชิงทฤษฎีความแตกต่างสำคัญของ SHCD-TH Model คือ การนำแนวคิดที่มีบทบาทแตกต่างกันมาบูรณาการเป็นกลไกเดียวกัน กล่าวคือ ทฤษฎีทุนมนุษย์ทำหน้าที่อธิบายเหตุผลและคุณค่าของการลงทุนในความรู้ ทักษะ และสมรรถนะของบุคลากร ขณะที่ SHRM อธิบายกลไกการจัดระบบทรัพยากรมนุษย์ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์องค์กร RBV อธิบายกระบวนการที่ทุนมนุษย์สามารถพัฒนาเป็นขีดความสามารถเชิงกลยุทธ์ขององค์กร และแนวคิดความยั่งยืนของระบบสุขภาพทำหน้าที่เป็นกรอบผลลัพธ์ระดับระบบ ดังนั้น โมเดลนี้จึงเสนอความสัมพันธ์เชิงทฤษฎีที่ชัดเจนกว่าการพิจารณาแผนกำลังคนเป็นกิจกรรมแยกส่วน นอกจากนี้ SHCD-TH Model ยังเพิ่มมิติ การปรับให้สอดคล้องกันข้ามระดับ (Cross-level Alignment) ซึ่งเชื่อมโยงระดับนโยบายสุขภาพ ระดับองค์กร ระดับวิชาชีพ และระดับผลลัพธ์ของประชาชนเข้าด้วยกัน การเชื่อมโยงดังกล่าวมีความสำคัญต่อบริบทประเทศไทย

ดังนั้น องค์ความรู้ใหม่ที่ได้จากการสังเคราะห์ครั้งนี้จึงมีได้อยู่ที่การเสนอแนวคิดที่ว่า “กำลังคนมีความสำคัญต่อระบบสุขภาพ” ซึ่งเป็นข้อค้นพบที่ได้รับการยอมรับอยู่แล้ว แต่คือการเสนอกลไกเชิงทฤษฎีที่อธิบายว่า ทุนมนุษย์จะถูกเปลี่ยนผ่านเป็นความสามารถขององค์กร และนำไปสู่ความยั่งยืนของระบบสุขภาพได้อย่างไร ภายใต้การกำกับด้วยระบบ SHRM และวงจรการเรียนรู้จากผลลัพธ์ ซึ่งเป็นแกนกลางของ SHCD-TH Model

กล่าวโดยสรุป การเปรียบเทียบระหว่างประเทศช่วยยืนยันว่า องค์ประกอบสำคัญของ SHCD-TH Model สอดคล้องกับทิศทางการวางแผนกำลังคนสุขภาพ โดยเฉพาะการคาดการณ์ระยะยาว การพัฒนาสมรรถนะ การรักษามูลค่าบุคลากร ความยืดหยุ่น และการปรับระบบบริการให้รองรับอนาคต อย่างไรก็ตาม คุณูปการของ SHCD-TH Model อยู่ที่การบูรณาการองค์ประกอบเหล่านี้เข้ากับทฤษฎีทุนมนุษย์, SHRM และ RBV และเชื่อมต่อไปยังผลลัพธ์ความยั่งยืนของระบบสุขภาพอย่างเป็นระบบ พร้อมกลไก วงจร



ผลกระทบด้านความยั่งยืน ที่ทำให้โมเดลมีลักษณะเป็นวงจรการปรับตัวมากกว่ากระบวนการเชิงเส้น ในบริบทของประเทศไทย โมเดลจึงสามารถใช้เป็นกรอบสังเคราะห์สำหรับเชื่อมโยงการพัฒนากำลังคนอย่างเป็นระบบในระบบสุขภาพ ทั้งยังสามารถใช้เป็นฐานสำหรับการออกแบบนโยบายกำลังคนสุขภาพในอนาคต

5. บทอภิปรายผล

ผลการสังเคราะห์เชิงทฤษฎีชี้ให้เห็นว่า ทุนมนุษย์ในสถานพยาบาลไทยควรถูกวางตำแหน่งเป็นกลไกเชิงยุทธศาสตร์มากกว่าการเป็นทรัพยากรสนับสนุนเชิงปฏิบัติการ การอภิปรายสามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเด็นสำคัญ ดังนี้

5.1 การยกระดับทุนมนุษย์สู่เงินทุนเชิงกลยุทธ์

แม้ทฤษฎีทุนมนุษย์จะเน้นผลตอบแทนจากการลงทุนด้านการศึกษา (Becker, 1993) แต่ในระบบสุขภาพไทย การลงทุนต้องเชื่อมโยงกับโครงสร้างประชากรสูงวัยและภาระโรคที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว หากขาดการคาดการณ์เชิงกลยุทธ์ การลงทุนอาจก่อให้เกิดความไม่สอดคล้องของทักษะ (Skill Mismatch) ในระยะยาว

5.2 SHRM ในฐานะกลไกเชิงระบบ

วรรณกรรมชี้ว่า แนวปฏิบัติทางด้านการทรัพยากรบุคคลที่มีความสอดคล้องภายใน และการจัดวางเชิงกลยุทธ์ส่งผลต่อผลงานอย่างมีนัยสำคัญ (Jiang et al., 2012) อย่างไรก็ตาม ในองค์กรสุขภาพไทย ระบบทรัพยากรบุคคลมักแยกขาดจากแผนกลยุทธ์โรงพยาบาล การบูรณาการทรัพยากรบุคคล เข้ากับการกำกับดูแลโรงพยาบาลจึงเป็นเงื่อนไขสำคัญของความยั่งยืน

5.3 RBV กับความสามารถองค์กรด้านสุขภาพ

องค์กรสุขภาพที่มีภาวะผู้นำทางคลินิก ขีดความสามารถด้านข้อมูล และความร่วมมือระหว่างวิชาชีพที่แข็งแกร่งจะมีศักยภาพในการรับมือวิกฤต เช่น โรคระบาด หรือข้อจำกัดงบประมาณได้ดีกว่า องค์กรเหล่านี้ครอบครองทรัพยากร VRIN ตามนิยามของ Barney (1991)

5.4 ความยั่งยืนเชิงระบบมากกว่าความมั่นคงทางการเงิน

ความยั่งยืนของระบบสุขภาพไม่ได้หมายถึงเพียงการควบคุมค่าใช้จ่าย แต่หมายถึงความสามารถในการรักษาคุณภาพ ความเป็นธรรม และความยืดหยุ่นเชิงโครงสร้าง (WHO, 2016) การพัฒนาทุนมนุษย์เชิงกลยุทธ์จึงเป็นกลไกป้องกันความเปราะบางของระบบในระยะยาว

6. บทสรุป และข้อเสนอแนะ

6.1 สรุป

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์เชิงทฤษฎีเกี่ยวกับการพัฒนาทุนมนุษย์เชิงกลยุทธ์ในสถานพยาบาลไทย วิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างการพัฒนาทุนมนุษย์เชิงกลยุทธ์กับผลลัพธ์ขององค์กรและความยั่งยืนของระบบสุขภาพ และพัฒนารอบแนวคิดที่สามารถอธิบายกลไกดังกล่าวในบริบทไทย โดยบูรณาการทฤษฎีทุนมนุษย์, RBV, SHRM และแนวคิดความยั่งยืนของระบบสุขภาพ ผลการสังเคราะห์นำไปสู่

การเสนอการพัฒนาทุนมนุษย์เชิงกลยุทธ์เพื่อความยั่งยืนของระบบสุขภาพไทย (Strategic Human Capital Development for Thai Health System Sustainability) หรือ SHCD-TH Model ซึ่งอธิบายความสัมพันธ์เชิงระบบตั้งแต่ การคาดการณ์กำลังคนเชิงยุทธศาสตร์ การพัฒนาสมรรถนะ การกำกับดูแลทรัพยากรมนุษย์ แบบบูรณาการ การสร้างขีดความสามารถองค์กร ไปจนถึงผลลัพธ์ด้านความยั่งยืนของระบบสุขภาพ โดยมีวงจรป้อนกลับจากผลลัพธ์สู่การปรับปรุงระบบทรัพยากรบุคคลอย่างต่อเนื่อง ข้อค้นพบเชิงสังเคราะห์สำคัญคือ ทุนมนุษย์ในสถานพยาบาลไม่ควรถูกมองเพียงเป็นทรัพยากรสนับสนุนการดำเนินงาน แต่ควรถูกยกระดับเป็นทุนเชิงกลยุทธ์ของระบบสุขภาพ การลงทุนด้านความรู้ ทักษะ และสมรรถนะจะก่อให้เกิดคุณค่าในระดับองค์กรได้อย่างยั่งยืนเมื่อได้รับการสนับสนุนจากระบบ SHRM ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์องค์กรและนโยบายสุขภาพระดับชาติ ขณะที่ RBV ช่วยอธิบายการเปลี่ยนทุนมนุษย์ที่มีคุณค่าและมีลักษณะเฉพาะให้เป็นขีดความสามารถขององค์กร เช่น ภาวะผู้นำทางคลินิก ความสามารถด้านข้อมูลสุขภาพ การจัดการคุณภาพ และการทำงานแบบสหวิชาชีพ ในระดับระบบ SHCD-TH Model เสนอว่า ความยั่งยืนไม่ควรจำกัดความหมายอยู่เพียงความมั่นคงทางการเงิน แต่ควรครอบคลุมคุณภาพและความปลอดภัยของบริการ ความเป็นธรรมในการเข้าถึง และความยืดหยุ่นของระบบสุขภาพ โดยการพัฒนาทุนมนุษย์ทำหน้าที่เป็นกลไกพื้นฐานที่ช่วยเพิ่มความสามารถขององค์กรในการเรียนรู้ ปรับตัว และสร้างนวัตกรรม ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางสากลที่ให้ความสำคัญกับกำลังคนสุขภาพในฐานะองค์ประกอบสำคัญของความครอบคลุมด้านสุขภาพและความยืดหยุ่นของระบบสุขภาพ

ดังนั้น คุณูปการสำคัญของบทความนี้มิได้อยู่ที่การยืนยันว่ากำลังคนมีความสำคัญต่อระบบสุขภาพ แต่เป็นการสังเคราะห์ SHCD-TH Model ซึ่งเป็นข้อเสนอเชิงทฤษฎีจากการสังเคราะห์วรรณกรรม จึงควรได้รับการตรวจสอบเพิ่มเติมด้วยการวิจัยเชิงประจักษ์ เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของโมเดลและความเหมาะสมในการประยุกต์ใช้ในบริบทของสถานพยาบาลไทยที่มีความแตกต่างด้านระดับบริการ ขนาดองค์กร ทรัพยากร และบริบทพื้นที่

6.2 ข้อเสนอแนะ

6.2.1. ระดับนโยบายระบบสุขภาพ

1) พัฒนาระบบการวางแผนเชิงกลยุทธ์ด้านกำลังคน ด้านสุขภาพระยะกลางและระยะยาว โดยใช้ข้อมูลประชากร ภาระโรค ความต้องการบริการ เทคโนโลยีสุขภาพ และแนวโน้มกำลังคนประกอบการคาดการณ์ เพื่อให้การวางแผนกำลังคนเป็นระบบเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพตามแนวทาง WHO

2) พัฒนาระบบข้อมูลกำลังคนและการวิเคราะห์ทรัพยากรบุคคลให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลกำลังคน สมรรถนะ การคงอยู่ ผลการปฏิบัติงาน คุณภาพบริการ และผลลัพธ์สุขภาพ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายและการปรับแผนอย่างต่อเนื่อง

3) ส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะด้านสุขภาพดิจิทัล ความรู้เท่าทันข้อมูล ภาวะผู้นำเชิงระบบ และความร่วมมือระหว่างวิชาชีพให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการและเทคโนโลยีสุขภาพ

6.2.2 ระดับองค์กรสถานพยาบาล

1) บูรณาการกลยุทธ์ด้านทรัพยากรบุคคลเข้ากับแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายด้านกำลังคน สมรรถนะ การพัฒนาผู้นำ และการคงอยู่ของบุคลากรให้เชื่อมโยงกับคุณภาพ ความปลอดภัย และผลลัพธ์ของผู้ป่วย

2) พัฒนาระบบการพัฒนาทุนมนุษย์โดยยึดสมรรถนะเป็นฐาน ที่เชื่อมการวิเคราะห์สมรรถนะกับการสรรหา การพัฒนา การประเมินผล การวางแผนความก้าวหน้า และการสืบทอดตำแหน่ง

3) สร้างระบบนิเวศแห่งการเรียนรู้และนวัตกรรม โดยใช้การพัฒนาความรู้ต่อเนื่องทางวิชาชีพ (Continuing Professional Development: CPD) การเรียนรู้จากการปฏิบัติงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การทำงานแบบสหวิชาชีพ และการใช้ข้อมูลเพื่อการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

4) จัดให้มีวงจรผลกระทบด้านความยั่งยืน สำหรับติดตามผลลัพธ์ด้านคุณภาพ ความปลอดภัย การเงิน ประสิทธิภาพ และความยืดหยุ่นขององค์กร

6.2.3 ระดับวิชาชีพและบุคลากรสุขภาพ

1) พัฒนา CPD ให้เชื่อมโยงกับ สมรรถนะที่จำเป็นต่อระบบสุขภาพและผลลัพธ์ของผู้ป่วย มากกว่าการมุ่งเน้นเพียงจำนวนชั่วโมงการอบรม

2) ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ และการพัฒนาภาวะผู้นำเชิงระบบ เพื่อเพิ่มความสามารถของบุคลากรในการทำงานข้ามวิชาชีพและรับมือกับปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อน

3) ส่งเสริมวัฒนธรรมความยั่งยืนในวิชาชีพ ที่สนับสนุนการเรียนรู้ ความผูกพัน ความก้าวหน้าในวิชาชีพ และการคงอยู่ของบุคลากรในระบบสุขภาพ

6.2.4 ด้านการวิจัยในอนาคต

1) ควรนำ SHCD-TH Model ไปทดสอบเชิงประจักษ์ด้วยการวิจัยเชิงปริมาณหรือการวิจัยแบบผสม เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของโมเดลและผลลัพธ์ด้านองค์กรและระบบสุขภาพ

2) ควรพัฒนาและตรวจสอบตัวชี้วัดของแต่ละองค์ประกอบ โดยเฉพาะการวางแผนเชิงกลยุทธ์ด้านกำลังคน โครงสร้างการพัฒนาตามสมรรถนะ การกำกับดูแลทรัพยากรบุคคลแบบบูรณาการ ระบบนิเวศการเรียนรู้และนวัตกรรม และวงจรผลกระทบด้านความยั่งยืน เพื่อให้สามารถนำโมเดลไปประยุกต์ใช้ได้

3) ควรศึกษาความแตกต่างของการประยุกต์ใช้โมเดลในสถานพยาบาลแต่ละระดับและบริบทพื้นที่ เพื่อทดสอบความสามารถในการอธิบายและการถ่ายโอนโมเดลไปยังบริบทที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

Bärnighausen, T., & Bloom, D. E. (2009). Financial incentives for return of service in underserved areas: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 9, Article 86. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-86>

Barney, J. (1991). Firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of Management*, 17(1), 99–120. <https://doi.org/10.1177/014920639101700108>



- Becker, G. S. (1993). *Human capital: A theoretical and empirical analysis with special reference to education* (3rd ed.). The University of Chicago Press.
- Becker, B. E., & Huselid, M. A. (1998). High performance work systems and firm performance. *Academy of Management Journal*, 41(1), 53–101. <https://doi.org/10.5465/256897>
- Buchan, J., Dhillon, I., & Campbell, J. (Eds.). (2017). *Health employment and economic growth: An evidence base*. World Health Organization.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D., & Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923–1958. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
- Garavan, T. N., Carbery, R., & Rock, A. (2012). Mapping talent development: Definition, scope and architecture. *European Journal of Training and Development*, 36(1), 5–24. <https://doi.org/10.1108/06268511211199375>
- Jiang, K., Lepak, D. P., Hu, J., & Baer, J. C. (2012). How does human resource management influence organizational outcomes? A meta-analytic investigation of mediating mechanisms. *Academy of Management Journal*, 55(6), 1264–1294. <https://doi.org/10.5465/amj.2011.0088>
- Tangcharoensathien, V., Mills, A., & Palu, T. (2015). Accelerating health equity: The key role of universal health coverage in the Sustainable Development Goals. *BMC Medicine*, 13, Article 101. <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0342-3>
- World Health Organization. (2016). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. <https://iris.who.int/handle/10665/250381>
- World Health Organization. (2020). *Global Health Observatory data repository*. <https://www.who.int/data/gho>
- World Health Organization. (2021). *Global strategic directions for nursing and midwifery 2021–2025*. <https://iris.who.int/handle/10665/341501>
- Wright, P. M., & McMahan, G. C. (2011). Exploring human capital: Putting “human” back into strategic human resource management. *Human Resource Management Journal*, 21(2), 93–104. <https://doi.org/10.1111/j.1748-8583.2010.00165.x>

