



วารสาร ศูนย์อนามัยที่ 9

วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

ปีที่ 10 ฉบับที่ 23 เดือน กันยายน-ธันวาคม 2559 Vol.10 No.23 September - December 2016



บทความพิเศษ

- Allergy Is Friend: How to live with it?

นิพนธ์ต้นฉบับ

- รูปแบบที่เหมาะสมในการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัดในเขตจังหวัดนครราชสีมา
- การพัฒนาเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยอ่อนหวานเด็กไทยฟันดี อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์
- คุณภาพฟันเทียม สภาวะช่องปาก และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในผู้รับบริการใส่ฟันเทียมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ปี 2556-2558
- คุณภาพและการดูแลรักษาฟันเทียม สภาวะช่องปาก และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในผู้รับบริการใส่ฟันเทียมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ปี 2556 - 2558

วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
Regional Health Promotion Center 9 Journal

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยของนักวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อเผยแพร่ความรู้ และวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนทัศนคติ ข้อคิดเห็น ข่าวสารและเป็นสื่อสัมพันธ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ที่ปรึกษา

นายแพทย์สุเทพ เพชรமாக
นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา

รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๙ นครราชสีมา

บรรณาธิการ

ดร. สิ้นศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.ธนิดา ผาติเสนาะ
ผศ.ดร.ประพัฒน์ เป็นตามวา
ดร.สุภาพร วรรณสันทัด
ดร.วิไลพร รังควัต
ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์

รัชนี บุญเรืองศรี
ชนิษฐา ดีเริ่ม
ประดับ ศรีหมื่นไวย
อรสา โนนทอง

ฝ่ายจัดการ

จิรภา ผ่องแผ้ว, นิตยา สาสวน, ทวี ลนขุนทด, แสงจันทร์ จงนอก,
ทรรศนีย์ พรโสภิน, กรรณิการ์ จันทร์ส่อง

สำนักงานวารสาร

ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา 177 ม.6 ต.โคกกรวด อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30280
โทรศัพท์ 0-4430-5131 โทรสาร 0-4429-1505-6
Website: <http://hpc9.anamai.moph.go.th/>
โรงพิมพ์ เลิศศิลป์ โทร 0-4425-2883 Fax 0-4434-2238 www.LS1994.com

**ผู้ทรงคุณวุฒิทบทบความ
วารสารศูนย์อนามัยที่ 9**

ทบทบความทบทบความที่ลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ปีที่ 10 ฉบับที่ 23 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2559 ได้ผ่านการพิจารณา และกลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2-3 ท่าน/เรื่อง

ผู้ทรงคุณวุฒิภายในหน่วยงาน

คุณสุวรรณ แซ่มชุกกลิ่น
คุณนพวรรณ หมิ่นน้อย
คุณสมชาย แซ่มชุกกลิ่น
คุณศมกานต์ ทองเกลี้ยง
คุณทรงคุณ ศรีดวงโชติ

ทพญ.กันทิมา เหมพรหมราช
ดร.ยุพิน ใจแปง
ทพญ.จุฑามาศ เทพไชย
คุณศินาท แชนอก
คุณประดับ ศรีหมื่นไวย

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกหน่วยงาน

รศ.กก.ดร.พุฒพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์
รศ.ดร.ธินดา ผาติเสนะ
ผศ.ธนวัฒน์ ธิติธนานันท์
ดร.จรรุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ
ผศ.ดร.ประพัฒน์ เป้นตามวา
ผศ.ดร.ประกาย จิโรจน์กุล
ทพญ.สุปราณี ดาโลดม
ทพ.แมนสรวง วงศ์อภัย

ทพญ.วรมน อัครสุด
อ.รัชณี บุญเรืองศรี
ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์
ดร.สมภพ อาจชนะศึก
ดร.มณฑนา เหมชะญาติ
ดร.กุลธิดา พานิชกุล
ดร.สุภาพร วรรณสันทัด
ดร.พรฤดี นิธิรัตน์
ดร.วิไลพร รังควัต
ดร.จีรณัฐ สมโชค
อ.ศรีเสาวลักษณ์ อุ้นพรมมี

มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา
มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา
มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา
มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
มูลนิธิทันตนวัตกรรม ในพระบรมราชูปถัมภ์
กลุ่มพัฒนาความร่วมมือทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ
กรมอนามัย
สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9
สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 9 จังหวัดนครราชสีมา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
Regional Health Promotion Center 9 Journal

สารบัญ/ Contents

ปีที่ 10 ฉบับที่ 23 เดือน กันยายน - ธันวาคม 2559

บทความพิเศษ

Allergy Is Friend: How to live with it?

ศ.พญ.อรพรรณ โพชนุกูล 1

นิพนธ์ต้นฉบับ

รูปแบบที่เหมาะสมในการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัด
ในเขตจังหวัดนครราชสีมา

ชาญศักดิ์ สุภโรโกศล..... 5

การพัฒนาเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยอ่อนหวานเด็กไทยฟันดี
อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

เริงสิทธิ์ นามวิชัยศิริกุล 20

คุณภาพฟันเทียม สภาวะช่องปาก และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก
ในผู้รับบริการใส่ฟันเทียมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
เขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ปี 2556-2558

วัฒน์ะ ศรีวัฒนา..... 36

คำแนะนำในการจัดเตรียมต้นฉบับเพื่อส่งบทความลงตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9..... 52

บทความพิเศษ

Allergy Is Friend: How to live with it?

ศ.พญ.อรพรรณ โพชนุกูล *

โรคภูมิแพ้เป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตคนไทยและทั่วโลก สถานการณ์โรคนี้เพิ่มสูงขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศอุตสาหกรรมที่กำลังพัฒนาหรือพัฒนาแล้ว จากการสำรวจจาก 33 ประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยพบว่า มีผู้ป่วยเป็นโรคนี้ร้อยละ 20-40 ประเมินการว่า 1.4 พันล้านคน⁽¹⁾ สำหรับอุบัติการณ์ของโรคโพรงจมูกอักเสบภูมิแพ้ในไทยสูงเป็นอันดับ 3 ของโลกคือประมาณร้อยละ 46.3 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับภาคต่าง ๆ ทั่วประเทศ พบว่ากรุงเทพมหานครมีผู้ป่วยโรคภูมิแพ้สูงที่สุด สำหรับโรคหืดในเด็กไทยพบร้อยละ 10-15⁽²⁾ และภาวะแพ้อาหารพบประมาณร้อยละ 5-10 (ขึ้นอยู่กับลักษณะการสำรวจ) โดยอาหารที่คนไทยแพ้มากที่สุดขึ้นอยู่กับช่วงอายุ ในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 3 ปี พบว่าแพ้นม ไข่ แป้งสาลี ในขณะที่เด็กโตหรือผู้ใหญ่แพ้ อาหารทะเล แป้งสาลี แมลงทอดและไข่มดแดง⁽³⁾ ชนิดของอาหารที่แพ้มีความแตกต่างในแต่ละประเทศเช่น ในยุโรปและอเมริกาอาหารที่แพ้รุนแรงที่สุดคือ ถั่ว ซึ่งต่างจากในไทยและเอเชียที่พบภาวะแพ้ถั่วน้อย⁽⁴⁾

การศึกษาทางระบาดวิทยาของโรคภูมิแพ้แสดงให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพของคนมักจะมีทิศทางสวนทางกับการพัฒนาทางเศรษฐกิจ โดยในประเทศอุตสาหกรรม การใช้ชีวิตในเมืองที่ใช้รถยนต์เป็นหลัก มีสิ่งแวดล้อมที่มีมลพิษ และพฤติกรรมการใช้ชีวิตของคนในเมืองที่เปลี่ยนไป ทานอาหารฟาสต์ฟู้ด การใช้ชีวิตที่ต้องเผชิญกับความเครียด ขาดการดูแลสุขภาพและการออกกำลังกาย ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ล้วนมีผลทำให้สุขภาพแย่ลงรวมทั้งภูมิแพ้ด้วย⁽⁵⁾ ถึงแม้ว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคภูมิแพ้คือ พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม แต่ปัจจุบันนี้เราพบผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้ส่วนใหญ่ ไม่มีประวัติครอบครัวที่เป็นโรคนี้ และหลายคนไม่ได้มีอาการตั้งแต่เด็ก อาการแสดงออกเมื่อโตหรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมนั้นในระยะเวลาหนึ่ง และอีกหลายคนอาการดีขึ้นเมื่อเปลี่ยนสภาพแวดล้อม ดังนั้นแสดงให้เห็นว่าสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคนี้โดยสิ่งแวดล้อมแบ่งเป็นสิ่งแวดล้อมในบ้านและนอกบ้าน สิ่งแวดล้อมในบ้านที่สำคัญที่สุดในประเทศไทยได้แก่ ไรฝุ่น รองลงมาคือ ขนสัตว์ เชื้อรา สำหรับสิ่งแวดล้อมนอกบ้านได้แก่ ละอองเกสรหญ้า มลพิษจากรถยนต์ โรงงาน และการเผาไหม้ ควันบุหรี่ ซึ่งผลจากการเผาไหม้ถ่านหินและเชื้อเพลิง จึงทำให้ก๊าซเรือนกระจกโดยก๊าซสำคัญคือ ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ เมื่อลอยขึ้นไปรวมตัวกันอยู่บนชั้นบรรยากาศของโลก ทำให้รังสีของดวงอาทิตย์ที่ควรสะท้อนกลับออกไปในปริมาณที่เหมาะสม กลับถูกก๊าซเรือนกระจกเหล่านี้กักเก็บไว้ทำให้อุณหภูมิของโลกค่อยๆ สูงขึ้นจากเดิม ผลกระทบของภาวะโลกร้อนนั้นสามารถพบเจอได้อยู่ตลอดเวลา

* ศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผู้อำนวยการศูนย์ความเป็นเลิศทางด้านโรคภูมิแพ้ โรคหืด และโรคระบบหายใจ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

เช่น สภาพลมฟ้าอากาศที่ผิดแปลกไปจากเดิม ภัยธรรมชาติที่รุนแรงมากขึ้น น้ำท่วม แผ่นดินไหว พายุที่มีระดับความรุนแรงมากขึ้น อากาศที่ร้อนผิดปกติจากคลื่นความร้อนจนมีคนเสียชีวิต รวมไปถึงโรคระบาดชนิดใหม่ๆ หรือโรคระบาดที่เคยหายไปจากโลกนี้แล้วก็กลับมาให้เราได้เห็นใหม่ และพาหะนำโรคที่เพิ่มจำนวนมากขึ้น นอกจากนี้การที่มีการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิในชั้นบรรยากาศที่เพิ่มสูงขึ้น มีผลทำให้เพิ่มระยะเวลาในการที่สารก่อภูมิแพ้ประเภทละอองเกสรแตกตัวได้เร็วและกระจายในชั้นบรรยากาศอยู่ได้นาน มีผลทำให้มีปริมาณสารก่อภูมิแพ้ประเภทละอองเกสรในชั้นบรรยากาศมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคหืดและโพรงจมูกอักเสบจากภูมิแพ้มีอาการกำเริบได้⁽⁶⁻⁸⁾ การศึกษาในประเทศญี่ปุ่นพบว่า ปริมาณของ Japanese Cedar pollen ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดโรคโพรงจมูกอักเสบภูมิแพ้ในคนญี่ปุ่น มีปริมาณเพิ่มขึ้นในระยะ 20 ปีที่ผ่านมา ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอุณหภูมิของประเทศที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี⁽⁹⁾ แสดงว่าภาวะโลกร้อนมีผลต่อการเกิดโรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจ

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคภูมิแพ้คือ พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม โดยสิ่งแวดล้อมนั้นมีผลตั้งแต่มารดาตั้งครรภ์และเด็กทารก เช่น การติดเชื้อ ลักษณะการคลอด การที่หญิงตั้งครรภ์และเด็กอยู่ในฟาร์ม ภาวะอ้วน อาหารบางชนิด การสัมผัสกับควันบุหรี่ ความเครียด เป็นต้น มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการแสดงออกของยีน (epigenetics) เช่นการเติมหมู่เมธิลบนดีเอ็นเอ (DNA methylation) หรือการถอนหมู่อะเซทิลออกจากฮิสโตน (Histone modification) เป็นการยับยั้งหรือส่งเสริมการแสดงออกของยีนนั้นๆ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ ดังนั้น epigenetics จึงส่งผลต่อการพัฒนาทางภูมิคุ้มกันของทารกตั้งแต่ออยู่ในครรภ์⁽¹⁰⁾ ตัวอย่างของสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเกิดโรคภูมิแพ้โดยผ่านทางกลไก epigenetics ได้แก่ สารก่อภูมิแพ้ไรฝุ่นและควันบุหรี่มีผลทำให้เพิ่มการเกิดภูมิแพ้ การที่ทารกอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นฟาร์มหรือมีเชื้อโรค มีผลป้องกันภูมิแพ้⁽¹¹⁾ อาหารบางชนิดเช่น น้ำมันปลา ที่มีแหล่งอาหารที่สำคัญคือ omega-3 fatty acid มีผลป้องกันภูมิแพ้ได้ การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงและมีใยอาหารน้อย ส่งผลให้เกิดภาวะอ้วน ซึ่งมีผลต่อโรคหืดทำให้รุนแรงขึ้นและไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยสเตียรอยด์ นอกจากนี้ภาวะพร่องวิตามินดีทำให้มีผลต่อความรุนแรงของโรคหืดเช่นกัน⁽¹²⁾ ส่วนภาวะเครียดนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหืดและทำให้โรครุนแรงขึ้นได้ สำหรับการออกกกำลังกายนั้นมีการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นที่เปรียบเทียบเด็กที่อยู่บนเกาะ Ogasawara ที่ประชากรส่วนใหญ่มีการออกกกำลังกายสม่ำเสมอ เปรียบเทียบกับประชากรที่อยู่ในเขตเมืองเช่นโตเกียว พบว่า ประชากรที่อยู่ในเกาะ Ogasawara มีความชุกในการเกิดโรคหืดน้อยกว่าในเขตเมืองอย่างมาก แสดงให้เห็นว่าการออกกออกกำลังกายนั้นมีความสัมพันธ์กับโรคภูมิแพ้⁽¹³⁾

ปัจจุบันนี้การรักษาโรคภูมิแพ้มุ่งเน้นแต่การใช้ยา อย่างไรก็ตามการรักษาโดยไม่ใช้ยา (Nonpharmacological treatment) ก็มีความสำคัญมากเช่นกัน โดยปัจจัยทั้ง 4 ด้านคือ **สิ่งแวดล้อม (Environment)** **พฤติกรรมการบริโภค (Eating)** **การออกกำลังกาย (Exercise)** และ **อารมณ์ (Emotion)** มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อโรคภูมิแพ้ให้เพิ่มขึ้น หรือมีอาการกำเริบได้

ดังนั้นศูนย์ความเป็นเลิศทางด้านโรคภูมิแพ้ โรคหืดและระบบหายใจ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ได้เริ่มนำระบบ 4E มาใช้ในการดูแลคนไข้โรคหืด โดยจะให้คำแนะนำและมีแบบคัดกรองคนไข้ว่ามีปัญหาด้านไหนบ้างและมีวิธีการแนะนำแก้ไขปัญหาในแต่ละด้าน โดยใช้ทีมสหวิชาชีพเข้ามาช่วยแก้ปัญหา ซึ่งคำแนะนำในด้านต่าง ๆ ได้แก่

- **สิ่งแวดล้อม (Environment)** ได้แก่การปรับสภาพแวดล้อม เพื่อลดสารก่อภูมิแพ้ไรฝุ่นในบ้าน สำหรับการเลี้ยงสัตว์นั้น ถ้าทดสอบแล้วไม่แพ้ขนสัตว์ก็สามารถเลี้ยงต่อไปได้ และควรหลีกเลี่ยงควันบุหรี่

- **การรับประทานอาหาร (Eating)** แนะนำให้ทานอาหารโดยมีสัดส่วนอาหารที่มีผักผลไม้ที่มีวิตามินเอ ซี ดีและอี ประมาณครึ่งหนึ่งของมื้ออาหาร รับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวชนิดดีและวิตามินดีสูง เช่น ปลาทะเลน้ำลึก ซีเรียล ไข่ โยเกิร์ตและนม และระวังไม่ให้เกิดภาวะอ้วน นอกจากนี้ในหญิงตั้งครรภ์และทารกที่เสี่ยงต่อการเป็นภูมิแพ้ การรับประทานจุลินทรีย์สุขภาพ สามารถลดการเกิดโรคผื่นแพ้ผิวหนังในเด็กเล็กได้⁽¹⁴⁾

- **การออกกำลังกาย (Exercise)** สามารถทำให้อาการภูมิแพ้ดีขึ้น โดยแนะนำให้ทำสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 4 ครั้ง โดยแต่ละครั้งควรออกต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที และไม่ควรออกกำลังกายหนักเกินไป มี warm up และ cool down ก่อนและหลังออกกำลังกาย กรณีที่มีอาการโรคหืดจากออกกำลังกายแนะนำให้ออกกำลังกายได้ แต่ควรใช้ยาขยายหลอดลมก่อนออกกำลังกายอย่างน้อย 15 นาที⁽¹⁵⁾

- **การปรับอารมณ์ไม่ให้เครียด (Emotion)** ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังมักมีปัญหาเครียดจากโรคเป็นอยู่ ดังนั้นในคนไข้ที่เป็นโรคหืด จะได้รับการทำแบบสอบถามเพื่อประเมินความเครียดและภาวะซึมเศร้า หากมีภาวะนี้ควรได้รับการรักษาโดยใช้ยาหรือจิตบำบัด

ซึ่งหากเราสามารถใช้ระบบ 4E ในการดูแลคนไข้โรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจ โดยเฉพาะโรคหืดสามารถทำให้คนไข้มีสุขภาพดีอย่างยั่งยืนและลดการใช้ยาได้ ทำให้เราอยู่กับโรคนี้ได้อย่างมีความสุข ผู้ที่สนใจติดตามข้อมูลเกี่ยวกับโรคภูมิแพ้และ 4E สามารถเข้าไปดูได้ที่ facebook “ภูมิแพ้ก็แพ้เรา” หรือ “beatallergy” ค่ะ



เอกสารอ้างอิง

1. Warner JO, Kaliner MA, Crisci CD, et al. Allergy practice worldwide: a report by the World Allergy Organization Specialty and Training Council. *Int Arch Allergy Immunol* 2006;139:166-74.
2. อรพรรณ โพชนุกูล, สมบูรณ์ จันทร์สกุลพร, บรรณาธิการ. โรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจในเด็ก. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.
3. Lao-araya M, Trakultivakorn M. Prevalence of food allergy among preschool children in northern Thailand. *Pediatr Int* 2012 Apr;54(2):238-43. doi: 10.1111/j.1442-200X.2011.03544.x.
4. Van der Poel L, Chen J, Penagos M. Food allergy epidemic – is it only a western phenomenon? *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2009;22(3):121-6.
5. Rutkowski K, Sowa P, Rutkowska-Talipska J, et al. Allergic diseases: the price of civilisational progress. *Postep Derm Alergol* 2014;31(2):77–83.
6. Gmato GD, Bergmann KC, Cecchi L, et al. Climate change and air pollution: Effects on pollen allergy and other allergic respiratory diseases. *Allergo J Int* 2014; 23(1):17-23.
7. D’Amato G, Holgate ST, Pawankar R, et al. Meteorological conditions, climate change, new emerging factors, and asthma and related allergic disorders. A statement of the World Allergy Organization. *World Allergy Organ J*; 2015;8(1):25.
8. D’Amato G, Pawanka R, Vitale C, et al. Climate Change and Air Pollution: effects on Respiratory Allergy. *Allergy Asthma Immunol Res.* 2016;8(5):391-5.
9. Yamada T, Saito H, Fujieda S. Present state of Japanese cedar pollinosis: the national affliction. *J Allergy Clin Immunol* 2014;133(3):632-9.
10. Lockett GA, Huoman J, Holloway JW. Does allergy begin in utero? *Ped Allergy Immunol* 2015;26:394-402.
11. Harb H, Renz H. Update on epigenetics in allergic disease. *J Allergy Clin Immunol* 2015;135:15-24.
12. Lane JE. Obesity, Nutrition, and Asthma in Children. *Pediatr Allergy Immunol Pulmonol* 2012;25:64-75.
13. Okada Y, Kumagai H, Morikawa Y, et al. Epidemiology of pediatric allergic diseases in the Ogasawara Islands. *Allergo International* 2016;65:37-43.
14. Cuello-Garcia CA, Brozek JL, Fiocchi A, et al. Probiotics for the prevention of allergy: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Allergy Clin Immunol* 2015; 136:952-61.
15. Giacco SRD, Firinu D, Bjermer L and Carlsen KH. Exercise and asthma: an overview. *Eur Clin Respir J* 2015; 2: 27984 - <http://dx.doi.org/10.3402/ecrj.v2.27984>.

รูปแบบที่เหมาะสมในการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัด ในเขตจังหวัดนครราชสีมา

ชาญศักดิ์ สุกรโกศล *

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิธีการเผาศพของวัด ศึกษาสถานการณ์และลักษณะของ เหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัด และศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัด โดยการให้ความรู้ในเรื่องกระบวนการเผาศพที่ถูกต้องตามหลักวิชาการแก่ผู้ทำหน้าที่เผาศพ ให้ความรู้ในการป้องกันเหตุรำคาญจากเตาเผาศพแก่ผู้นำชุมชนและประชาชนในชุมชนรอบวัด พัฒนาระบบการเผาศพของวัดให้ถูกต้องตามหลักวิชาการด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ด้วยเตาเผาศพ 4 แบบ คือเตาเผาศพแบบโบราณ เตาเผาศพแบบ 1 ห้องเผา เตาเผาศพแบบ 2 ห้องเผา (ใช้น้ำมันดีเซลเป็นเชื้อเพลิง) และเตาเผาศพแบบ 2 ห้องเผา (ใช้ก๊าซแอลพีจีเป็นเชื้อเพลิง) ดำเนินการสุ่มติดตามประเมินผลกระบวนการเผาศพของวัดและสอบถามกลุ่มตัวอย่างด้วยการแจกแบบสอบถามประกอบการสัมภาษณ์ผู้ทำหน้าที่เผาศพของเตาเผาศพวัดในเขตจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 310 คน และใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับผู้นำชุมชน 310 คนและใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับประชาชนชุมชนรอบวัดที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 1,550 คน ในช่วงเดือนตุลาคม 2558 ถึงเดือนพฤษภาคม 2559 และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การแจกแจงความถี่ และทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Chi-Square Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า วัดส่วนใหญ่ใช้เตาเผาศพแบบ 1 ห้องเผา คิดเป็นร้อยละ 58.72 รองลงมาเป็นเตาเผาศพแบบโบราณ คิดเป็นร้อยละ 28 โดยเตาเผาศพวัดที่ก่อให้เกิดปัญหาเหตุรำคาญจากการเผาศพมากที่สุด ได้แก่เตาเผาศพแบบ 1 ห้องเผา คิดเป็นร้อยละ 52 รองลงมาเป็นเตาเผาศพแบบ 2 ห้องเผาชนิดที่ใช้น้ำมันดีเซลเป็นเชื้อเพลิง คิดเป็นร้อยละ 18 ลักษณะของเหตุรำคาญที่เกิดขึ้นได้แก่ กลิ่น เขม่าควัน ฝุ่นละออง และเสียงดัง การทดสอบสมมติฐานพบว่าวิธีปฏิบัติในการเผาศพที่แตกต่างกันมีผลต่อการจัดการเหตุรำคาญที่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

คำสำคัญ เหตุรำคาญ เตาเผาศพวัด ชุมชนรอบวัด

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

Appropriate Model to Manage Nuisance from Temple Crematory in Nakhon Ratchasima Province.

Chansak Supornpokee

Abstract

This research aims to study how the cremated remains of the temple. Study the situation and the nature of Nuisance from a crematorium and find the right model for managing nuisance from a crematorium. By providing knowledge about the process of cremation correct technical basis for the act of cremation. Awareness of prevention Nuisances from the crematorium to the people living around the temple and community leaders. Development of the cremated remains of a correct theoretical with the context of a crematorium four types Crematory traditional crematoriums 1-burn incinerator a second chamber (using diesel. fuel) and a second crematorium chamber (gas LPG fuel) perform random monitoring process of cremation temple. And for example by distributing questionnaires to interview the acting cremation crematorium temple in Nakhon Ratchasima province, 310 people and uses in-depth interviews (In-depth Interview) with community leaders, 310 people and interviewed. depth (in-depth Interview) with the surrounding communities are aged 15 years and over 1,550 people during the month of October 2558- May 2559 and analyzed using descriptive statistics include a percentage of average frequency. And test the hypothesis by Chi-Square Test the level of statistical significance. 05.

The research found that Most uses a crematorium in one chamber representing 58.72 percent, followed by a traditional crematorium. 28 percent by Crematory is causing problems of nuisance from the cremation. Most include a first crematorium burned 52 percent, followed by a second crematorium chamber of the diesel fuel. 18 percent characterized the nuisance caused by odor include soot, dust, and noise.

Hypothesis testing The practice of cremation are affecting the management of nuisance different level of significance .05

Keywords: Nuisance, Crematory Temple, Community.

^{††} Public Health Technical Officer, Professional Level
Chief of Environmental Health, Nakhon Ratchasima Provincial Health Office

บทนำ

พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ได้บัญญัติไว้ว่า เหตุรำคาญ หมายถึง เหตุอันอาจก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่ผู้อาศัยในบริเวณใกล้เคียง หรือผู้ที่ต้องประสบกับเหตุนั้น ไม่ว่าจะเป็นแหล่งน้ำ ทางระบายน้ำ ที่อาบน้ำ ส้วม หรือที่ใส่มูลหรือเถา หรือสถานที่อื่นใดซึ่งอยู่ในทำเลไม่เหมาะสม สกปรก มีการสะสมหรือหมักหมมสิ่งของ มีการเททิ้งสิ่งใด เป็นเหตุให้มีกลิ่นเหม็นหรือละอองเป็นพิษ หรือเป็นหรือน่าจะเป็นที่เพาะพันธุ์พาหะนำโรค หรือก่อให้เกิดความเสื่อมหรืออาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ การเลี้ยงสัตว์ในที่หรือวิธีใดหรือมีจำนวนเกินสมควร อาคารอันเป็นที่อยู่อาศัยของคนหรือสัตว์ โรงงาน หรือสถานที่ประกอบการใดไม่มีการระบายอากาศ การระบายน้ำ การกำจัด สิ่งปฏิกูล หรือการควบคุม สารเป็นพิษ หรือมีแต่ไม่มีการควบคุมให้ปราศจาก กลิ่นเหม็นหรือละอองสารเป็นพิษอย่างเพียงพอ การกระทำใดๆอันเป็นเหตุให้เกิดกลิ่น แสง รังสี เสียง ความร้อน สิ่งมีพิษ ความสั่นสะเทือน ฝุ่น ละออง เหม่า เถ้าหรือกรณีอื่นใด จนเป็นเหตุให้เสื่อมหรืออาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งนี้รวมถึงเหตุอื่นใด ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขกำหนดโดย ประกาศในราชกิจจานุเบกษา⁽¹⁾

ในอดีตจนถึงปัจจุบัน การเผาขยะถือเป็น ขนบธรรมเนียมประเพณีของชาวไทยพุทธที่ยึดถือ ปฏิบัติกันมาช้านาน ซึ่งจะพบการเผาขยะได้ในทุก ภาคของประเทศไทย ขณะเดียวกันมลพิษทางอากาศ ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการเผาขยะ คือ เหมม่าควัน ฝุ่นละออง ไดออกซิน/ฟิวแรน ตลอดจนก๊าซพิษชนิด ต่างๆ เช่น ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ ซัลเฟอร์ไดออกไซด์

แอมโมเนีย (NH_3) ไฮโดรเจนซัลไฟด์ (H_2S) เมอร์แคปแทน (-SH) ไนโตรเจนไดออกไซด์และฟอร์มาลดีไฮด์ (จากน้ำยารักษาศพ) รวมทั้งซี้เถ้าจากการเผาไหม้ เชื้อเพลิง และกลิ่นจากการสลายตัวของสาร อินทรีย์ในศพ อาจก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญ และส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต ของประชาชนที่มีบ้านเรือนอยู่ใกล้วัดหรือใกล้ ฌาปนสถานในระยะยาว หากไม่มีระบบการจัดการ เตาเผาศพวัดที่ถูกสุขลักษณะและเหมาะสม ปัญหา มลพิษทางอากาศจากการเผาขยะ เช่น เหมม่าควัน และกลิ่น มักจะเกิดในช่วงต้นๆ โดยตามประเพณี จะมีการเผาโลงไปพร้อมกับการเผาศพ ในช่วง 30 นาทีแรก เปลวไฟจะไหม้ลามเลียโลงจนแตก และ เมื่อโลงแตกแล้วศพจึงจะถูกเปลวไฟเผาไหม้ ในช่วงนี้จะมีการระเหยน้ำออกมาจะทำให้อุณหภูมิใน เตาเผาตกลง หากไม่มีการโหมไฟให้พอเหมาะ อาจ ทำให้เกิดการเผาไหม้ไม่สมบูรณ์ ก็จะเกิดเหมม่าควัน และมลพิษอื่นๆจากการสลายตัวของไขมันและองค์ ประกอบอื่นๆที่ถูกเผาไหม้ โดยเฉพาะสิ่งของต่างๆ ที่บรรจุไปในเตาเผาขยะ เช่น เสื้อผ้าและอุปกรณ์ เครื่องใช้ส่วนตัวของผู้เสียชีวิต ช่วงการเผาขยะนี้จะ ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที หลังจากช่วงนี้แล้ว อุณหภูมิจะเพิ่มขึ้น ศพจะไหม้และเข้าสู่ช่วงสลาย ตัวของกระดูกซึ่งจะไม่มีการเกิดขึ้นในช่วงนี้ มลพิษ ทางอากาศที่เกิดขึ้น มักเกิดเนื่องจากการเผาไหม้ที่ ไม่สมบูรณ์หรืออุณหภูมิไม่สูงพอ ซึ่งก๊าซต่างๆที่ถูก ปล่อยออกมาจากกระบวนการเผาขยะจากเตาเผาขยะ วัดจะสามารถถูกกำจัดได้โดยการเผาไหม้ที่อุณหภูมิ สูงในห้องเผาไหม้⁽²⁾

จังหวัดนครราชสีมา มีวัดทุกนิกายรวมทั้งสำนักสงฆ์และที่พักสงฆ์จำนวนรวมทั้งสิ้น 2,540 แห่ง⁽³⁾ และวัดที่มีเตาเผาศพมีจำนวนทั้งสิ้น 1,381 แห่ง โดยเป็นเตาเผาศพแบบโบราณ(ซึ่งเป็นลักษณะเตาเผาศพแบบเปิดด้านบนมีการก่ออิฐถือปูนเป็นบันไดเตี้ยๆขึ้นไปสองข้างและเว้นตรงกลางให้มีขนาดใกล้เคียงกับ โลงศพเพื่อใช้วางโลงศพในขณะทำการเผา) จำนวน 442 แห่ง เตาเผาศพแบบ 1 ห้องเผา จำนวน 811 แห่ง และเตาเผาศพแบบ 2 ห้องเผา จำนวน 128 แห่ง กระจายอยู่ในชุมชนทั้ง 32 อำเภอ ในเขตจังหวัดนครราชสีมาโดยมีเหตุร้องเรียนเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัดในปีงบประมาณ 2557, 2558, และ 2559 จำนวน 7, 11, และ 8 เรื่องตามลำดับ ทั้งนี้ปัญหาเหตุรำคาญที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นเรื่องกลิ่น เขม่าควัน ฝุ่นละออง และเสียงดัง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาวิธีการเผาศพของวัดในเขตจังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาสถานการณ์และลักษณะของเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัดในเขตจังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัดในเขตจังหวัดนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อค้นหาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับเหตุรำคาญที่เกิดขึ้นในแต่ละพื้นที่ที่มีสาเหตุมาจากการเผาศพของเตาเผาศพวัด วิธีการเผาศพของเตา

เผาศพวัดแบบต่างๆ ตลอดจนศึกษารูปแบบของการเผาศพของเตาเผาศพวัด โดยการให้ความรู้ในเรื่องกระบวนการเผาศพที่ถูกต้องตามหลักวิชาการแก่ผู้ทำหน้าที่เผาศพ การให้ความรู้ในการป้องกันเหตุรำคาญจากเตาเผาศพแก่ประชาชนชุมชนรอบวัดและผู้นำชุมชน การพัฒนากระบวนการเผาศพของวัดให้ถูกต้องตามหลักวิชาการด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ด้วยเตาเผาศพ 4 แบบ คือเตาเผาศพแบบโบราณ เตาเผาศพแบบ 1 ห้องเผา เตาเผาศพแบบ 2 ห้องเผา (ใช้น้ำมันดีเซลเป็นเชื้อเพลิง) และเตาเผาศพแบบ 2 ห้องเผา (ใช้ก๊าซแอลพีจีเป็นเชื้อเพลิง)⁽⁴⁾ และดำเนินการสุ่มติดตามประเมินผลกระบวนการเผาศพของวัด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลของการวิจัยรูปแบบที่เหมาะสมในการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัดในเขตจังหวัดนครราชสีมา มี 2 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลปฐมภูมิ เก็บรวบรวมโดยการออกเก็บข้อมูลภาคสนามในชุมชน
 - 1) การเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกประชาชนในชุมชนรอบวัดกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ศึกษา 310 หมู่บ้าน ๆ ละ 5 คน รวม 1,550 คน เพื่อทราบสถานการณ์ของการเกิดเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัด
 - 2) การเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามโดยใช้แบบสอบถามประกอบการสัมภาษณ์ผู้ทำหน้าที่เผาศพของเตาเผาศพวัดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 310 คน
 - 3) การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 310 คน
 - 4) การเก็บรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจากรูปแบบวิธีการของการเผาศพของเตาเผาศพวัดใน 4 รูปแบบ

2. ข้อมูลทฤษฎีภูมิ รวบรวมจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สถานการณ์ของการเกิดเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัดของประเทศไทย ความรู้พื้นฐานการจัดการเหตุรำคาญ วิธีการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัด กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเหตุรำคาญทั้งในประเทศและต่างประเทศ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเตาเผาศพวัดทั้งในประเทศและต่างประเทศ ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัด และจากตำรา บทความทางวิชาการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. คุณสมบัติและลักษณะประชากร คือ

(1) เตาเผาศพวัดทุกประเภท วัดละ 1 แห่ง จำนวน 310 แห่ง

(2) ผู้ทำหน้าที่เผาศพของเตาเผาศพวัด แห่งละ 1 คน จำนวน 310 คน

2. การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อนำมาวิจัยเรื่องรูปแบบที่เหมาะสมในการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัดในเขตจังหวัดนครราชสีมา นั้น ใช้การคำนวณโดยสูตรของ Taro Yamane ⁽⁵⁾ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้จำนวนเตาเผาศพวัด 310 แห่ง (จากจำนวนเตาเผาศพวัดทั้งหมด 1,381 แห่ง) และสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย

1 ตุลาคม 2558 - 31 พฤษภาคม 2559 (รวม 8 เดือน)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบการสัมภาษณ์และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามประกอบการสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งมีจำนวน 10 ข้อคำถาม รายละเอียดของคำถามประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษาสูงสุด สถานภาพการสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับรายได้ ระยะเวลาในการทำงาน ประเภทของเตาเผาศพวัดที่ใช้งานในปัจจุบันและปริมาณการเผาศพเฉลี่ยต่อเดือนตลอดจนการเกิดเหตุรำคาญต่อชุมชน ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ที่ทำหน้าที่เผาศพ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการวัดความรู้ความเข้าใจของผู้ตอบแบบสอบถามด้านการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัด ซึ่งมีจำนวน 20 ข้อคำถาม รายละเอียดของคำถามประกอบด้วยการวัดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในกระบวนการเผาศพ มลพิษทางอากาศ และการเกิดเหตุรำคาญซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามต้องตอบคำถามให้ถูกต้องและผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของข้อคำถาม(16 ข้อ) จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการวัดทัศนคติของผู้ตอบแบบสอบถามด้านการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัด ซึ่งมีจำนวน 10 ข้อคำถาม รายละเอียดของคำถามประกอบด้วยการวัดแนวความคิด ความรู้สึก จิตสำนึก ความตระหนัก และค่านิยมที่มีต่อการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัด โดยคำถามการวัดทัศนคติเป็นแบบ Rating Scale มีวิธีการคิดคะแนน คือ กรณีเป็นคำถามเชิงบวก เห็นด้วยมากที่สุด 5 คะแนน เห็นด้วยมาก 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยมากที่สุด 1 คะแนน กรณีเป็นคำถามเชิงลบ เห็น

ด้วยมากที่สุด 1 คะแนน เห็นด้วยมาก 2 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 4 คะแนน และไม่เห็นด้วยมากที่สุด 5 คะแนน โดยการหาค่าเฉลี่ยในเรื่องความเห็นด้วย โดยนำคะแนนสูงสุดและต่ำสุดมาลบกันแล้วหารด้วยจำนวนขั้นที่ต้องการวัดระดับในเรื่องความเห็นด้วย (3 ขั้น) ซึ่งมีข้อคำถาม 10 ข้อ มีคะแนนสูงสุด 50 คะแนน คือมีความเห็นด้วยมากที่สุดทุกข้อและคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 10 คะแนน คือมีความเห็นด้วยน้อยที่สุดทุกข้อ การคิด อันตรภาคชั้นได้เท่ากับ 13.3 ดังนั้นการวัดทัศนคติจึงมีระดับการวัด 3 ระดับ คือ ระดับเห็นด้วยมาก คะแนน 36.8-50.0 ระดับเห็นด้วยปานกลาง คะแนน 23.4-36.7 และระดับเห็นด้วยน้อย คะแนน 10.0-23.3

ส่วนที่ 4 ข้อมูลวิธีการปฏิบัติในการเผาศพจากเตาเผาศพวัด ของผู้ตอบแบบสอบถามมีจำนวน 10 ข้อคำถาม รายละเอียดของคำถามประกอบด้วย การวัดผลการปฏิบัติตนของผู้ตอบแบบสอบถามถึงกระบวนการและวิธีการเผาศพ ตลอดจนผลกระทบของการเผาศพที่มีต่อสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อม ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามต้องตอบคำถามให้ถูกต้องและผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ ข้อคำถาม (8 ข้อ) จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้นำชุมชน แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 สถานการณ์ ปัญหา และแนวโน้มในการเกิดเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัด

ส่วนที่ 2 ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากรูปแบบและวิธีการเผาศพแบบต่างๆ

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะแนวทางการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัด

3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกประชาชนชุมชนรอบวัด แบ่งออกเป็น 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 สถานการณ์ ปัญหา และแนวโน้มในการเกิดเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัด

ส่วนที่ 2 แนวทางและการจัดการของประชาชนเมื่อเกิดเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัด

ส่วนที่ 3 ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากรูปแบบและวิธีการเผาศพแบบต่างๆ

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะแนวทางการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

เมื่อสร้างแบบสอบถามประกอบการสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งสรุปผลการคำนวณที่ได้ในแต่ละข้อมีค่า 0.6 ,0.8 และ 1.0

2. การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability test)

ก่อนที่จะนำแบบสอบถามประกอบการสัมภาษณ์ไปใช้เก็บข้อมูลจริง ผู้วิจัยได้มีการนำแบบสอบถามประกอบการสัมภาษณ์ไปทดสอบกับผู้ทำหน้าที่เผาศพของเตาเผาศพวัดที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 62 คน ซึ่งเป็นคนละกลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เพื่อตรวจสอบความเข้าใจและความสมบูรณ์ในเนื้อหาข้อคำถาม จากนั้นจึงนำผลที่ได้ไปคำนวณหาค่า Reliability coefficient alpha กับ Kuder and Richardson-20 เพื่อวัดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของข้อความแต่ละตอนในแบบสอบถามประกอบการสัมภาษณ์ ผลการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับตามสูตร KR-20 เท่ากับ 0.79 นั่นคือมีความเชื่อมั่นค่อนข้างสูง

3. การตรวจสอบความเที่ยงหรือตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในการวัดทัศนคติของผู้ทำหน้าที่เฝ้าศพของเตาเผาศพวัดที่มีต่อการจัดการเหตุน้ำเสียจากเตาเผาศพวัด โดยใช้สูตรการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัก ผลการตรวจสอบความเที่ยงหรือตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในการวัดทัศนคติของผู้ทำหน้าที่เฝ้าศพของเตาเผาศพวัดที่มีต่อการจัดการเหตุน้ำเสียจากเตาเผาศพวัด โดยใช้สูตรการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัก ได้ค่าเท่ากับ 0.72 เครื่องมือมีความน่าเชื่อถือได้ค่อนข้างสูง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาระบบการเฝ้าศพของวัดให้ถูกต้องตามหลักวิชาการด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ด้วยเตาเผา 4 แบบ คือเตาเผาแบบโบราณ เตาเผาแบบ 1 ห้องเผา เตาเผาแบบ 2 ห้องเผา(ใช้น้ำมันดีเซลเป็นเชื้อเพลิง) และเตาเผาแบบ 2 ห้องเผา(ใช้ก๊าซแอลพีจีเป็นเชื้อเพลิง)เพื่อให้ผู้ทำหน้าที่เฝ้าศพได้ปฏิบัติให้ถูกต้องตามหลักวิชาการอย่างสม่ำเสมอเป็นการป้องกันปัญหาการเกิดมลพิษที่จะก่อให้เกิดปัญหาเหตุน้ำเสียแก่ชุมชนรอบวัดดังนี้

เตาเผาแบบโบราณ ควรดำเนินการคัดแยกวัสดุที่ไม่ควรเผาออกก่อน ไม่ให้เผาพร้อมกับศพ และใช้ถ่านไม้เป็นเชื้อเพลิงแทนฟืน โดยดำเนินการเผาให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ

เตาเผาแบบ 1 ห้องเผา ควรดำเนินการคัดแยกวัสดุที่ไม่ควรเผาออกก่อน ไม่ให้เผาพร้อมกับศพ และใช้น้ำมันดีเซลหรือก๊าซเป็นเชื้อเพลิงแทนถ่านไม้หรือฟืน โดยดำเนินการเผาให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ

เตาเผาแบบ 2 ห้องเผา (ใช้น้ำมันดีเซลเป็นเชื้อเพลิง) ควรดำเนินการคัดแยกวัสดุที่ไม่ควรเผาออกก่อน ไม่ให้เผาพร้อมกับศพ และให้ใช้น้ำมันดีเซลเป็นเชื้อเพลิงแทนก๊าซหรือถ่านไม้หรือฟืน โดยดำเนินการเผาให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ

เตาเผาแบบ 2 ห้องเผา (ใช้ก๊าซแอลพีจีเป็นเชื้อเพลิง) ควรดำเนินการคัดแยกวัสดุที่ไม่ควรเผาออกก่อน ไม่ให้เผาพร้อมกับศพ และให้ใช้ก๊าซแอลพีจีเป็นเชื้อเพลิงแทนน้ำมันดีเซลหรือถ่านไม้หรือฟืน โดยดำเนินการเผาให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลทั้งหมดเรียบร้อยแล้วก็นำข้อมูลที่ได้นำมาทำการตรวจสอบความถูกต้อง ลงรหัสข้อมูลตามคู่มือการลงรหัสที่ได้สร้างไว้ เปลี่ยนสภาพข้อมูลให้เป็นสัญลักษณ์ที่คอมพิวเตอร์สามารถประมวลผลได้ และทำการวิเคราะห์และประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษาสูงสุด สถานภาพ การสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับรายได้ ระยะเวลาในการทำงาน ประเภทของเตาเผาศพวัด ที่ใช้งานในปัจจุบัน ปริมาณการเผาต่อเดือน การก่อเหตุน้ำเสียต่อชุมชนของเตาเผา ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน ประวัติการเจ็บป่วย วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) หาค่าร้อยละ (Percentage) หาค่าเฉลี่ย (Mean) อธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2. การศึกษาความรู้ความเข้าใจด้านการจัดการเหตุน้ำเสียจากเตาเผาศพวัดของผู้ตอบแบบสอบถามวิเคราะห์โดยการหาค่าร้อยละ หาค่าเฉลี่ย (Mean)

3. การศึกษาทัศนคติด้านการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัดของผู้ตอบแบบสอบถามวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. การศึกษาด้านการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัดของผู้ตอบแบบสอบถามวิเคราะห์โดยการหาค่าร้อยละ หาค่าเฉลี่ย (Mean) และการทดสอบสมมติฐานเพื่อหาวิธีปฏิบัติในการเผาศพที่แตกต่างมีผลต่อการจัดการเหตุรำคาญที่แตกต่าง โดยใช้ Chi-Square Test

5. การวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นข้อเสนอแนะที่เป็นคำถามปลายเปิดนั้น นำเสนอโดยทำเป็นข้อความบรรยาย

6. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการนำเสนอผลการวิเคราะห์รูปแบบที่เหมาะสมในการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัด โดยการเขียนเป็นข้อความบรรยายสรุปในหัวข้อนั้นๆและทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้เพื่อเสนอรูปแบบที่เหมาะสมในการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัดในเขตจังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไปของผู้ทำหน้าที่เผาศพของเตาเผาศพวัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 99.03 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุมากที่สุดคือกลุ่มอายุ 56-65 ปี คิดเป็นร้อยละ 88.70 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุตั้งแต่ 66 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 10 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เรียนจบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 82 รองลงมาเรียนจบชั้นมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 16 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

ไม่มีสถานภาพการสมรส คิดเป็นร้อยละ 96.77 รองลงมาไม่มีสถานภาพหม้าย คิดเป็นร้อยละ 3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว 3-4 คน คิดเป็นร้อยละ 84 รองลงมาไม่มีสมาชิกในครอบครัว 1-2 คน คิดเป็นร้อยละ 12 หากพิจารณาในเรื่องรายได้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับรายได้รวมของครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 98 รองลงมาได้รวมของครอบครัว 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการเผาศพมาเป็นเวลา 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 90 รองลงมามีระยะเวลาในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการเผาศพมาเป็นเวลามากกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 10 และวัดที่กลุ่มตัวอย่างทำงานส่วนใหญ่ใช้เตาเผาศพแบบ 1 ห้องเผา คิดเป็นร้อยละ 58.72 รองลงมาใช้เตาเผาศพแบบโบราณ คิดเป็นร้อยละ 28 โดยเตาเผาศพส่วนใหญ่มีปริมาณการเผาศพ 1-10 ศพต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 76 รองลงมาปริมาณการเผาศพ 11-20 ศพต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 15 ผลจากการสัมภาษณ์พบว่าเตาเผาศพแบบ 1 ห้องเผาก่อให้เกิดเหตุรำคาญต่อชุมชนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52 รองลงมาเป็นเตาเผาศพแบบ 2 ห้องเผา(แบบใช้น้ำมันดีเซล)คิดเป็นร้อยละ 18(รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 93 รองลงมาอาศัยอยู่ในชุมชนมากกว่า 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 4 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัวด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการเผาศพ คิดเป็นร้อยละ 85 รองลงมาเคยเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 13

ตารางที่ 1 ปริมาณเตาเผาศพวัด ลักษณะและปัญหาเหตุรำคาญ

ประเภทของเตาเผาศพ	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ	การเกิดเหตุรำคาญ (แห่ง)	ร้อยละ	ลักษณะของเหตุรำคาญ
1. เตาเผาศพแบบโบราณ	99	32.00	14	14.00	เสียงดังจากเครื่องขยายเสียงและการจุดพลุ ตะไลและ ดอกไม้ไฟ
2. เตาเผาศพแบบ 1 ห้องเผา	182	58.73	95	52.00	กลิ่นเหม็นไหม้ศพ กลิ่นเหม็นไหม้คล้ายสารเคมี เขม่าควัน ฝุ่นละออง เสียงดังจากเครื่องขยายเสียง และการจุดพลุ ตะไล และดอกไม้ไฟ
3.เตาเผาศพแบบ 2 ห้องเผา (ใช้น้ำมันดีเซล)	25	7.97	5	18.00	กลิ่นเหม็นจากการเผาไหม้น้ำมันดีเซลที่ใช้เป็นเชื้อเพลิง
4. เตาเผาศพแบบ 2 ห้องเผา (ใช้ก๊าซแอลพีจี)	4	1.30	1	16.00	เสียงดังจากเครื่องขยายเสียง และการจุดพลุ
รวม	310	100.00	115	37.10	

2. ข้อมูลการวัดความรู้ความเข้าใจด้านการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัดของผู้ทำหน้าที่ เเผาศพของเตาเผาศพวัด พบว่าผู้ทำหน้าที่เผาศพของเตาเผาศพวัดส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 67 ยังตอบคำถามการวัดความรู้ความเข้าใจด้านการจัดการเหตุรำคาญของเตาเผาศพวัด จากแบบสอบถามประกอบการสัมภาษณ์ได้ไม่ถึงร้อยละ 80 (16ข้อ) ของจำนวนคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ซึ่งถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในการวัดความรู้ความเข้าใจ ยังขาดความรู้ความเข้าใจในกระบวนการเผาศพ และมลพิษทางอากาศที่เกิดขึ้นจากการเผาศพที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ ส่วนใหญ่ดำเนินการเผาศพ

ตามความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณีและแนวทางที่ปฏิบัติสืบต่อกันมา โดยอาศัยการถ่ายทอดองค์ความรู้จากรุ่นสู่รุ่น เช่น ประเพณีและความเชื่อในการใส่สิ่งของต่าง ๆลงในโลงพร้อมการเผาศพเพื่อให้ผู้ตายเอาไปใช้ในภพหน้าโดยไม่ทราบว่าจะเป็นแหล่งที่ทำให้เกิดมลพิษและเหตุรำคาญ

3. ข้อมูลการวัดทัศนคติและความเชื่อด้านการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัดของผู้ทำหน้าที่เผาศพของเตาเผาศพวัด

ในเรื่องระดับความคิดเห็นที่มีต่อการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัดพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเห็นด้วยระดับปานกลางกับการจัดการเหตุ

รำคาญจากเตาเผาศพวัด ซึ่งคะแนนความเห็นด้วยระดับปานกลางอยู่ที่ 28.31 คะแนน โดยมีคะแนนเต็มอยู่ที่ 50.00 คะแนน และจะเห็นว่าความเห็นด้วยที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าการเผาศพไม่ถือว่าเป็นการก่อกมลพิษ เพราะเป็นความจำเป็นและเป็นประเพณีปฏิบัติ โดยมีคะแนนเฉลี่ย

3.98 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5.00 คะแนน ส่วนคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดเรื่องท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าเตาเผาศพที่ถูกสุขลักษณะต้องมีเชื้อเพลิงที่ใช้ในการเผาไหม้เป็นน้ำมันดีเซลหรือก๊าซ มีคะแนนเฉลี่ย 1.09 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5.00 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นที่มีต่อการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัด

ความคิดเห็น	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าการเผาศพไม่ถือว่าเป็นการก่อกมลพิษ เพราะเป็นความจำเป็นและเป็นประเพณีปฏิบัติ	3.98	0.71	สูง
2. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าการเผาศพที่อุณหภูมิสูงจะทำให้ผู้ถูกเผารู้สึกร้อนไปจนถึงภพหน้า	3.59	1.00	ปานกลาง
3. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าการเผาสีของโลงไปพร้อมผู้ตาย ถือว่าได้ให้ผู้ตายนำไปใช้ในภพหน้า	3.79	0.77	สูง
4. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าเตาเผาศพวัดที่ถูกสุขลักษณะ เป็นชนิดใดก็ได้ตามประเพณีนิยม	3.95	0.94	สูง
5. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าเตาเผาต้องมีห้องเผาอย่างน้อย 2 ห้องเผา	3.30	0.96	ปานกลาง
6. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าเตาเผาต้องมีระบบตรวจวัดอุณหภูมิในห้องเผาและห้องเผากลิ่นก๊าซและควัน	3.44	1.19	ปานกลาง
7. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าเตาเผาที่ถูกสุขลักษณะต้องมีเชื้อเพลิงที่ใช้ในการเผาไหม้เป็นน้ำมันดีเซลหรือก๊าซ	1.09	0.42	ต่ำ
8. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าเตาเผาควรมีระยะเวลาในการเผาไหม้ของห้องเผาที่ส่องหรือห้องสุดท้ายไม่น้อยกว่า 1 นาที	1.67	0.49	ต่ำ
9. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าเตาเผาต้องมีอุณหภูมิในห้องเผาที่สองหรือห้องสุดท้ายไม่ต่ำกว่า 1,000 องศาเซลเซียส	1.92	0.90	ต่ำ
10. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าการเกิดมลพิษทางอากาศจากเตาเผา มีสาเหตุหลักจากเชื้อเพลิงที่ใช้ การออกแบบการเผาไหม้ของเตาเผา และขั้นตอนการเดินระบบเผาไหม้ของเตาเผา	1.58	0.52	ต่ำ
คะแนนรวม	28.31	7.90	ปานกลาง

4. ข้อมูลการวัดวิธีปฏิบัติในการเผาศพ เพื่อจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัดของผู้ทำหน้าที่ เผาศพของเตาเผาศพวัด พบว่าผู้ทำหน้าที่ เผาศพของเตาเผาศพวัดส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 82 มีวิธีการปฏิบัติในการเผาศพไม่ถูกต้องโดยปฏิบัติได้ไม่ถึงร้อยละ 80 ของข้อคำถาม (8 ข้อ)จากข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ซึ่งเมื่อดูในรายละเอียด จากตารางที่ 3 จะเห็นได้ว่าไม่ได้ดำเนินการคัดแยกวัสดุที่ไม่ควรเผาทิ้ง เช่น พวงหรีด โคม พลาสติกที่ไม่จำเป็น กระดาษเงินกระดาษทอง วัสดุตกแต่งโลง

(เทพพนม) ถ่านไฟฉาย หลอดไฟ อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์และอื่นๆ นอกจากนี้หลังจากเผาศพหมดแล้วยังไม่ทำความสะอาดเตาเผาและกวาดถ่อออกให้หมดจากการทดสอบสมมติฐานโดยใช้วิธี Chi-Square Test พบว่าวิธีปฏิบัติในการเผาศพที่แตกต่างกันมีผลต่อการจัดการเหตุรำคาญที่แตกต่าง ได้ค่า Asymp. Sig. (2-sided) เป็น 0.00 ซึ่งสรุปได้ว่าวิธีปฏิบัติในการเผาศพที่แตกต่างกันมีผลต่อการจัดการเหตุรำคาญที่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05

ตารางที่ 3 วิธีปฏิบัติของผู้ทำหน้าที่เผาศพในการเผาศพเพื่อจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัด

วิธีปฏิบัติในการเผาศพ	จำนวนผู้ปฏิบัติ(คน)	ร้อยละ
1. คัดแยกวัสดุที่ไม่ควรเผาทิ้ง เช่น พวงหรีด โคม พลาสติกที่ไม่จำเป็น กระดาษเงินกระดาษทอง วัสดุตกแต่งโลง (เทพพนม) ถ่านไฟฉาย หลอดไฟ อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์และอื่นๆ	10	3.23
2. ตรวจสอบสภาพผนังเตา หัวเผา พัดลม ประตูเตาให้พร้อมสำหรับการเผาศพ	310	100.00
3. ตรวจสอบปริมาณเชื้อเพลิงให้เพียงพอ	310	100.00
4. อุ่นห้องเผาวัน (ห้องสุดท้าย) ให้ได้อุณหภูมิไม่ต่ำกว่า 900 องศาเซลเซียส	294	94.84
5. ใส่โลงศพและปิดประตูเตาให้เรียบร้อย	310	100.00
6. เดินระบบควบคุมมลพิษทางอากาศ (ถ้ามี)	310	100.00
7. ติดไฟห้องเผาศพและควบคุมอุณหภูมิให้ไม่ต่ำกว่า 800 องศาเซลเซียส	172	55.48
8. ควบคุมอุณหภูมิของห้องเผาศพและห้องเผาวัน	285	92.00
9. หลังจากเผาศพหมดแล้วทำความสะอาดเตาเผาและกวาดถ่อออกให้หมด	4	1.29
10. ขณะทำความสะอาดเตาเผาควรสวมหน้ากากและถุงมือเพื่อป้องกันสารพิษทุกครั้ง	6	1.94

5. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้นำชุมชน

5.1 การเผาศพโดยใช้เตาเผาศพวัดแบบโบราณนั้นมักจะมียากัดกลิ่นเหม็นไหม้ศพ กลิ่นเหม็นไหม้สิ่งของที่ใส่ลงไปในโลงและกลิ่นเหม็นไหม้ไม้ที่ใช้เป็นเชื้อเพลิงแต่เป็นช่วงระยะเวลาสั้นๆในช่วงแรกของการเผาศพเท่านั้น หลังจากนั้นกลิ่นต่างๆก็จะเริ่มหายไป

5.2 การเผาศพของเตาเผาศพวัดแบบ 1 ห้องเผานั้น ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ใกล้ชุมชนมักจะมียากัดกลิ่นเหม็นไหม้ศพ กลิ่นเหม็นไหม้สิ่งของที่ใส่ลงไปในโลงและกลิ่นเหม็นไหม้ไม้ที่ใช้เป็นเชื้อเพลิงมีปริมาณของเขม่าควันที่เกิดจากการเผาไหม้ส่งผลกระทบต่อชุมชนที่อยู่ใกล้เคียงค่อนข้างมาก

5.3 การเผาศพของเตาเผาศพวัดแบบ 2 ห้องเผาชนิดใช้น้ำมันดีเซลเป็นเชื้อเพลิงนั้น ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในวัดซึ่งเป็นเขตเมืองและอยู่ใจกลางชุมชน ปัญหาที่พบคือกลิ่นที่เกิดจากการเผาไหม้กลิ่นเหม็นน้ำมันดีเซล

5.4 การเผาศพของเตาเผาศพวัดแบบ 2 ห้องเผาชนิดที่ใช้ก๊าซแอลพีจีเป็นเชื้อเพลิง ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในชุมชนซึ่งโดยปกติขณะเผาศพก็ไม่ก่อให้เกิดมลพิษกับชุมชน

6. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกประชาชนชุมชนรอบวัด

6.1 การเผาศพของเตาเผาศพวัดแบบโบราณนั้นมักจะมียากัดกลิ่นเหม็นไหม้ศพ กลิ่นเหม็นฉุนแสบจมูก มีเขม่าควันลอยมาตามอากาศตกลงพื้นดิน ตกลงในตุ่มน้ำ ดินเสื่อผ้าที่ตากไว้ เมื่อเกิดปัญหามลพิษจากการเผาศพรบกวนประชาชนส่วนใหญ่ก็จะปิดประตูหน้าต่าง ปิดตุ่มน้ำ เก็บสิ่งของเครื่องใช้

ต่างๆให้มิดชิด และก็ออกจากบ้านไปอยู่บ้านญาติเป็นการชั่วคราว จนเสร็จสิ้นกระบวนการเผาศพจึงกลับมาทำกิจวัตรประจำวันที่บ้านตามปกติ ภายหลังที่วัดมีการปรับปรุงวิธีการเผาศพใหม่โดยการคัดแยกสิ่งของต่างๆออกไปไม่เผารวมกับศพ ทำให้เขม่าควันจากการเผาไหม้และกลิ่นเหม็นฉุนเหมือนสารเคมีในระหว่างการเผาศพลดลง และหลังจากที่มีการใช้ถ่านไม้เป็นเชื้อเพลิงแทนไม้ฟืนทำให้การเผาไหม้ศพรวดเร็วขึ้น มีความร้อนสูงขึ้น ประกอบกับเตาเผาศพแบบโบราณส่วนใหญ่จะตั้งอยู่ห่างไกลชุมชน ทำให้เกิดปัญหามลพิษกับชุมชนน้อยมาก

6.2 การเผาศพของเตาเผาศพวัดแบบ 1 ห้องเผานั้นมักจะมียากัดกลิ่นเหม็นไหม้ศพ กลิ่นเหม็นไหม้สิ่งของที่ใส่ลงไปในโลงและกลิ่นเหม็นไหม้ไม้ที่ใช้เป็นเชื้อเพลิง มีปริมาณของเขม่าควันที่เกิดจากการเผาไหม้ส่งผลกระทบต่อชุมชนที่อยู่ใกล้เคียงค่อนข้างมาก ซึ่งเตาเผาแบบนี้ค่อนข้างอยู่ใกล้ชุมชนและจะเกิดปัญหาเหตุรำคาญในลักษณะนี้แทบทุกครั้งที่มีการเผาศพ จนก่อให้เกิดปัญหาเดือดร้อนรำคาญใจเมื่อมีมลพิษจากการเผาศพเกิดขึ้นประชาชนส่วนใหญ่จะปิดประตูหน้าต่าง ตลอดจนปิดสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆเพื่อป้องกันกลิ่นและเขม่าควันจากการเผาศพ แต่ภายหลังที่วัดมีการปรับปรุงวิธีปฏิบัติ มีการคัดแยกสิ่งของต่างๆออกไปโดยไม่เผารวมกับศพ มีการใช้ถ่านไม้เป็นเชื้อเพลิงแทนไม้ฟืนหรือน้ำมันดีเซลหรือก๊าซแอลพีจีเป็นเชื้อเพลิง ทำให้การเกิดกลิ่น เขม่าควันจากการเผาศพลดน้อยลงกว่าเดิม ประชาชนส่วนใหญ่ให้ข้อเสนอแนะว่าถ้าหากเตาเผาศพเป็นแบบชนิดไร้ควันก็จะช่วยเรื่องการเกิดมลพิษที่จะก่อให้เกิดเหตุรำคาญต่อชุมชนได้

6.3 การเผาศพของเตาเผาศพวัดแบบ

2 ห้องเผาชนิดใช้น้ำมันดีเซลเป็นเชื้อเพลิงนั้น ปัญหาที่พบคือกลิ่นเหม็นน้ำมันดีเซลซึ่งใช้เป็นเชื้อเพลิง ประกอบกับเตาเผาชนิดนี้ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ภายในวัดที่ตั้งอยู่ใกล้ชุมชนหรือใจกลางเมือง ในพื้นที่ชุมชนหนาแน่น มีปริมาณการเผาทุกวัน ทำให้เกิดเหตุรำคาญจากกลิ่นเหม็นของน้ำมันดีเซลต่อประชาชน ชุมชนรอบวัดทุกวันที่มีการเผา แต่ภายหลังที่วัดมีการปรับปรุงวิธีปฏิบัติมีการคัดแยกสิ่งของต่างๆ ออกไปโดยไม่เผาพร้อมกับศพ ดำเนินการควบคุมระยะเวลาเผาและควบคุมอุณหภูมิห้องเผา ทำให้เตาเผาชนิดนี้ก่อให้เกิดมลพิษน้อยลงหรือไม่เกิดปัญหามลพิษกับชุมชน

6.4 การเผาของเตาเผาศพวัดแบบ 2 ห้องเผาชนิดที่ใช้ก๊าซแอลพีจีเป็นเชื้อเพลิง มีบางครั้งที่มีกลิ่นเผาไหม้ของศพและกลิ่นฉุนคล้ายสารเคมีลอยมาในอากาศตามกระแสลมพัดในขณะเผา ซึ่งก็ไม่ก่อให้เกิดมลพิษกับชุมชนมากนัก ก่อให้เกิดเหตุรำคาญเป็นครั้งคราว ภายหลังที่ทางวัดมีการปรับปรุงวิธีปฏิบัติมีการคัดแยกสิ่งของต่างๆออกไปโดยไม่เผารวมกับศพ ดำเนินการควบคุมระยะเวลาเผาและควบคุมอุณหภูมิห้องเผาก็ทำให้กลิ่นต่างๆที่เคยเกิดขึ้นหายไป

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัย ทำให้ทราบว่า การเผาของเตาเผาศพวัดแบบต่างๆในเขตจังหวัดนครราชสีมา มีข้อดีข้อเสียแตกต่างกันไป ซึ่งส่วนใหญ่ก่อให้เกิดมลพิษและสร้างปัญหาเหตุรำคาญแก่ชุมชนรอบวัดแทบทั้งสิ้นไม่ว่าจะเป็นเหตุรำคาญเรื่องกลิ่นเหม็น เขม่าควัน และฝุ่นละออง ดังนั้นการแก้ไขปัญหาก็

เกิดขึ้น จึงควรดำเนินการโดยให้ความรู้ตลอดจนคำแนะนำแก่ผู้ที่ทำหน้าที่เผาศพของเตาเผาศพวัดให้มีความรู้ความเข้าใจ มีทัศนคติตลอดจนวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมในกระบวนการเผาศพ และต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด นอกจากนี้ในส่วนเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต้องมีการติดตามตรวจสอบประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ทำหน้าที่เผาศพอย่างสม่ำเสมอ ส่วนการเลือกใช้เตาเผาชนิดใดเพื่อใช้เป็นเตาเผาศพวัดนั้นไม่มีรูปแบบการเลือกที่ชี้เฉพาะขึ้นกับบริบทและลักษณะพื้นที่ของวัด ความหนาแน่นของชุมชน เศรษฐกิจและความต้องการของชุมชนเป็นสำคัญ เตาเผาแบบโบราณเสียค่าใช้จ่ายในการบำรุงรักษา ค่าเผาในจำนวนเงินไม่มากนัก ใช้ได้ดีในพื้นที่ชนบทห่างไกล ชุมชนหนาแน่นน้อย และสถานที่ตั้งของวัดและเตาเผาอยู่ห่างไกลชุมชน แต่ปัญหาของเตาเผาแบบนี้คือ มักจะก่อให้เกิดกลิ่น เขม่าควันและฝุ่นละออง ส่วนเตาเผาแบบ 1 ห้องเผา จะมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น ค่าบำรุงรักษามากขึ้น การดูแลบำรุงรักษาเตาเผาศพก็จะค่อนข้างยุ่งยากขึ้น เหมาะสำหรับชุมชนที่หนาแน่นน้อย สังคมชนเมือง ฐานะของประชาชนในชุมชนค่อนข้างดี ปัญหาของเตาเผาแบบนี้คือ มักจะก่อให้เกิดกลิ่น เขม่าควันและฝุ่นละอองคล้ายๆเตาเผาแบบโบราณ และส่วนใหญ่เตาเผาแบบนี้จะอยู่ใจกลางหรือใกล้ชุมชน ไม่ได้มีเทคโนโลยีขั้นสูงในการเผา จึงมักจะก่อให้เกิดปัญหามลพิษหรือ เหตุรำคาญแก่ชุมชนมากกว่าเตาเผาแบบอื่นๆ สำหรับเตาเผาแบบ 2 ห้องเผา ทั้งแบบใช้น้ำมันดีเซลและก๊าซแอลพีจีเป็นเชื้อเพลิงนั้น มีค่าใช้จ่ายทั้งการเผาและการดูแลบำรุงรักษาค่อนข้างสูง การดูแลระบบค่อนข้างยุ่งยากพอสมควร หากบำรุงดูแลรักษาเตาเผาไม่ดี

ดีพอหรือกระบวนการเผาผลาญไม่ถูกต้องเตาเผาผลาญแบบ 2 ห้องเผาไหม้ก็ก่อให้เกิดมลพิษหรือเหตุรำคาญได้มากพอๆกับเตาเผาผลาญแบบอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเตาเผาผลาญแบบ 2 ห้องเผาไหม้ใช้น้ำมันดีเซลเป็นเชื้อเพลิงถ้าผู้เผาผลาญไม่ดูแลบำรุงรักษาระบบหรือมีวิธีปฏิบัติในการเผาผลาญไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการก็จะก่อให้เกิดเหตุรำคาญแก่ชุมชนรอบวัด ซึ่งเตาเผาผลาญแบบ 2 ห้องเผาไหม้เหมาะที่จะใช้ในวัดที่ตั้งอยู่ในเขตชุมชนเมือง ชุมชนหนาแน่น ประชากรฐานดี จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้นำชุมชนและประชาชนชุมชนรอบวัดแล้ว ทำให้ทราบว่าเตาเผาผลาญแบบ 2 ห้องเผาไหม้ใช้ก๊าซแอลพีจีเป็นเชื้อเพลิงเป็นเตาเผาไหม้ที่ก่อให้เกิดเหตุรำคาญต่อชุมชนรอบวัดน้อยที่สุด นอกจากนี้ยังทราบว่าเตาเผาผลาญไม่ว่าจะใช้เตาเผาผลาญแบบใดก็ตาม ปัญหาเรื่องเสียงดังของเครื่องขยายเสียง การจุดพลุ ตะไล และดอกไม้ไฟ ยังคงก่อให้เกิดปัญหาเหตุรำคาญแก่ชุมชนรอบวัด

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับวัดและเตาเผาผลาญ ได้แก่ หน่วยงานของกระทรวงมหาดไทย สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัดนครราชสีมา และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล)ในแต่ละพื้นที่ ควรมีการถ่ายทอดองค์ความรู้ในกระบวนการเผาผลาญที่ถูกต้องตามหลักวิชาการแก่ผู้ทำหน้าที่ เผาผลาญของเตาเผาผลาญอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล)ในแต่ละพื้นที่ ควรเฝ้าระวังการปล่อยมลพิษจากปล่องเตาเผาผลาญตัวอย่างสม่ำเสมอเพื่อลดปัญหามลพิษและเหตุรำคาญแก่ประชาชน โดยการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อตรวจวัดปริมาณสารมลพิษที่ออกจากปล่องเตาเผาผลาญเป็นประจำ อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับวัดและเตาเผาผลาญ ว่าแต่ละหน่วยงานมีบทบาทที่เหมาะสมอย่างไร

2. ควรมีการศึกษาเทคโนโลยีที่เหมาะสมหลากหลายวิธีการเพื่อนำมาใช้ในการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาผลาญต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. 2553. พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535.
2. กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น. กระทรวงมหาดไทย. 2558. แนวทางปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสุสานและฌาปนสถาน พ.ศ. 2528.
3. สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัดนครราชสีมา. 2558. ข้อมูลวัดในเขตจังหวัดนครราชสีมา. สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2558 จาก <http://www.nma.onab.go.th>
4. กรมควบคุมมลพิษ. กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. 2535. พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษา คุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2535.
5. กัลยา วานิชย์บัญชา. 2548. สถิติสำหรับงานวิจัย. กรุงเทพฯ:ภาควิชาสถิติ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

การพัฒนาเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยอ่อนหวานเด็กไทยฟันดี อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

เริงสิทธิ์ นามวิชัยศิริกุล*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครือข่ายการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ในเขตอำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยส่งเสริมความเข้มแข็งในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียน และพัฒนาการเข้าถึงบริการทันตกรรม ดำเนินการในโรงเรียนประถมศึกษา 44 แห่งของอำเภอ ตั้งแต่ปี 2552-2555 กิจกรรมสำคัญคือ 1) การควบคุมการบริโภคอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพช่องปากในโรงเรียน 2) การจัดกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน และ 3) การติดตามนักเรียนที่มีฟันผวนให้ผู้เข้ารับบริการ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจาก แบบบันทึกกิจกรรมการแปรงฟันในโรงเรียน ผลการตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก และแบบบันทึกการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ผลการวิจัยพบว่ากิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80.0 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 97.7 ในปี 2555 ร้อยละการเข้ารับบริการทันตกรรมในนักเรียนที่มีฟันผวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84.6 ในปี 2552 เป็น ร้อยละ 89.8 ในปี 2555 การเรียนรู้ร่วมกันและพัฒนาศักยภาพของทุกฝ่ายทำให้เกิดเครือข่ายการทำงานของครุอนามัยเพิ่มศักยภาพผู้นำนักเรียน ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานเครือข่ายนี้สำเร็จ คือ ความเข้มแข็งของแกนนำ และการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ ส่งเสริมทันตสุขภาพ เครือข่ายโรงเรียน การมีส่วนร่วม

* ท.บ. ป.บัณฑิต(ทันตกรรมทั่วไป) อ.ท.(ทันตสาธารณสุข)
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

The Development of Sweet Enough and Healthy Teeth School Network in Lam Plai Mat District, Buriram Province

Rerngsit Namwichaisirigun *

Abstract

This action research aimed to develop oral health promotion school network in Lam Plai Mat District, Buriram Province through strengthening oral health promotion activities and increasing dental services accessibility. The study was done in 44 primary schools in the district between 2009 and 2012. The important activities were 1) to control consumption of sugary snacks and beverages in school, 2) to campaign after lunch tooth brushing with fluoride toothpaste and 3) to monitor school referral system for permanent tooth treatment. The data were collected from records of tooth brushing activity at schools, oral health examination records and network participation records. The result of this research showed that there was an increase in after lunch tooth brushing among school children from 80.0 % in 2009 to 97.7 % in 2012. Treatments of permanent teeth decays increased from 84.6 % in 2009 to 89.8 % in 2012. There were evidences of co-operative learning and developed potentials of all groups including established networks among the health teachers as well as increased potentials among the students. It can be concluded that success factors in the promotion program were due to the strength and participations of key persons and continuous communication among each other.

Key words Oral Health Promotion, School Network, Participation

[†]D.D.S., Grad. Dip (General Dentistry), F.R.T.D.C (Dental Public Health)
Dentist, Senior Professional Level, Lam Plai Mat Hospital, Buriram Province

บทนำ

การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากภายใต้แนวทางของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ⁽¹⁾ ได้มีการพัฒนาศักยภาพครูและนักเรียนอย่างต่อเนื่องเพื่อที่จะทำให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของนักเรียนโดยใช้แนวคิดการทำงานที่ให้เกิดการบูรณาการกับกิจกรรมของโรงเรียนซึ่งนำสู่สุขภาวะโดยรวมของนักเรียน การดำเนินงานที่ผ่านมาได้ใช้แนวทางการส่งเสริมสุขภาพตามหลักของ Ottawa Charter⁽²⁾ ซึ่งมุ่งเน้นที่การจัดการสิ่งแวดล้อมและการเพิ่มศักยภาพของเด็กและผู้เกี่ยวข้อง การพัฒนานโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ การสร้างความเข้มแข็งเพื่อชุมชน และการปรับปรุงระบบบริการให้สอดคล้องกับการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ

จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ซึ่งได้เกิดนวัตกรรมและแนวทางในการทำงานที่มุ่งเน้นในการสร้างทัศนคติของครูและนักเรียนในการเป็นเจ้าของสุขภาพของนักเรียนเอง⁽³⁾ โดยผ่านกระบวนการบูรณาการด้านหลักสูตร การพัฒนากิจกรรมผู้เรียน และการดำเนินงานในลักษณะโครงการและโปรแกรมต่างๆ จากการดำเนินงานดำเนินการดังกล่าว ทำให้สามารถที่จะพัฒนาให้เป็นกลุ่มแกนนำและขยายแนวทางการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนได้เป็นอย่างดี

การดำเนินงานในรูปแบบของเครือข่าย⁽⁴⁻⁸⁾ เป็นหลักการที่นำไปสู่การพัฒนาการบูรณาการความรู้เพื่อแก้ปัญหาทันตสุขภาพ เนื่องจากแนวคิดเรื่องเครือข่ายเป็นแนวคิดที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จุดเด่นของสมาชิกเครือข่าย ตลอดจนการสร้าง

เงื่อนไขในการทำงานร่วมกันด้วยเป้าหมายร่วมที่มีในเครือข่าย ลักษณะการทำงานดังกล่าวใน ระยะเริ่มแรกจำเป็นต้องเริ่มต้นจากประเด็นที่มีขอบข่ายที่ชัดเจนและเป็นที่คุ้นเคยของโรงเรียนในระดับหนึ่ง ประเด็นของเรื่องสุขภาพช่องปากเป็นประเด็นที่มีคุณลักษณะที่ดีในการเริ่มต้นเพื่อให้เกิดเป็นเครือข่ายระหว่างโรงเรียน เนื่องจากเป็นประเด็นที่โรงเรียนมีความคุ้นเคยอย่างยิ่ง ประกอบกับปัจจัยต่างๆ ที่เป็นตัวกำหนดโรคในช่องปากเช่น ปัจจัยด้านการบริโภคน้ำตาล มักเป็นปัจจัยร่วม (Common risk factors) กับโรคเรื้อรังอื่นๆ ด้วย ดังนั้นจึงสามารถใช้เป็นประเด็นเริ่มต้นในการทำงานในรูปแบบของเครือข่ายโรงเรียนได้เป็นอย่างดี เช่นเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ได้บูรณาการสู่ เครือข่ายโรงเรียนอ่อนหวานสร้างสุขภาพ อำเภอลำลูกกา มีการแลกเปลี่ยนและถ่ายทอดกิจกรรม ทั้งเทคโนโลยีต่าง ๆ โครงการดี ๆ ตลอดจนแนวทางการจัดการเรียนการสอนแบบใหม่ๆ เน้นการเสริมพลัง (Empowerment) เป็นสำคัญด้วยนโยบาย โรงเรียนอ่อนหวานสร้างสุขภาพ มีสโลแกนดำเนินงานเครือข่ายคือ **“รู้รักแปรงฟัน ขยันออกกำลังกาย ลดหวาน ทานผักผลไม้ ใส่ใจสุขภาพ”**⁽⁴⁾

งานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนได้มีการบูรณาการสู่กระบวนการเรียนรู้ในโรงเรียน เมื่อมีการปฏิรูปการศึกษาและมีการพัฒนาหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2544 ทำให้ทันตสุขภาพ ได้รับการบรรจุอยู่ในผังมโนทัศน์ของกลุ่มสาระสุขศึกษาและพลศึกษา ได้มีการร่วมมือกันระหว่างกองทันตสาธารณสุขและฝ่ายการศึกษา

พัฒนาหลักสูตรและคู่มือแนวทางการจัดการเรียนรู้ตามหลักสูตรใหม่ขึ้น⁽⁹⁾

ในการดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพซึ่งแบ่งออกเป็น 3 หมวดได้แก่
หมวดที่ 1) การจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องทันตสุขภาพที่สอดคล้องกับหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2544

หมวดที่ 2) การควบคุมการบริโภคอาหาร/ขนมที่เป็นอันตรายต่อทันตสุขภาพ และ

หมวดที่ 3) การแปรงฟันหลังอาหารกลางวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทุกวัน

กรมอนามัยมีแนวคิดต่อยอดโครงการเด็กไทยทำได้ในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โดยส่งเสริมและสนับสนุนนักเรียนแกนนำชมรมเด็กไทยทำได้ที่มีความสนใจที่จะทำกิจกรรมด้านสุขภาพในโรงเรียน ให้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้สภาพปัญหาสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ตลอดจนการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพในโรงเรียนในรูปแบบการทำโครงการสุขภาพ ซึ่งผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพให้มีทักษะและสามารถทำโครงการได้ นำไปสู่การแก้ไขปัญหาสุขภาพทั้งที่เป็นปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน และปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทุกคนในโรงเรียน⁽¹⁰⁾

การส่งเสริมสุขภาพช่องปากระดับโรงเรียนในพื้นที่ อ.ลำปลายมาศ จ.บุรีรัมย์ เดิมใช้การบริหารจัดการภายใต้แนวทางโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในลักษณะต่างคนต่างทำในแต่ละโรงเรียน ซึ่งเกิดตัวอย่างการดำเนินกิจกรรมความสำเร็จที่มีความหลากหลายก่อเกิดเป็นองค์ความรู้เฉพาะในบริบทพื้นที่นั้น ๆ อย่างไรก็ตามองค์ความรู้ดังกล่าวนี้ไม่ได้ถูกนำมาเผยแพร่ แลกเปลี่ยนในวงกว้างเท่าที่ควร เป็นที่มาให้เกิดแนวคิดการทำงานในลักษณะเครือข่าย

ข่ายขึ้น มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครือข่ายการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ในเขตอำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยกับครู นักเรียน เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานแบบเครือข่ายการคัดเลือกร่วมเป้าหมายทำโดยใช้วิธีแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งเป็นโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยอ่อนหวานเด็กไทยฟันดี 44 แห่ง พ.ศ. 2552-2555 โดยช่วงปีการศึกษา 2550-2551 เริ่มการพัฒนา หลังจากปี 2552 จึงมีการดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผลการพัฒนาได้อย่างเป็นระบบ โดยเก็บข้อมูลจากรายงานสภาวะช่องปากนักเรียนในงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพ และแบบสอบถามสถานการณ์โรงเรียนปลอดน้ำตาล ควบคุมน้ำหวาน และขนมกรุบกรอบ และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสังเกต รายงานการประชุมผลการดำเนินงานสัมมนาแบบเจาะลึกสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม ระยะเวลาเก็บข้อมูลทั้งหมดในการวิจัย 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2558 - 30 มิถุนายน พ.ศ. 2559

โครงการนี้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารรับรองเลขที่ BRO 2015-006

ขั้นตอนดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

- เดือนมกราคม 2552 จัดประชุมโรงเรียนแกนนำวางแนวทางสร้างเครือข่ายประกอบด้วยผู้บริหารและครูอนามัย เพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการ

เครือข่าย กำหนดนโยบายเครือข่าย กำหนดกิจกรรมร่วมกันของเครือข่าย กำหนดข้อตกลงร่วมกันและวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน เกิดเครือข่ายของโรงเรียนถึง 3 เครือข่าย 25 โรงเรียน

- จัดประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ แต่ละเครือข่ายเพื่อวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหา อุปสรรค และโอกาสพัฒนาในการดำเนินงาน

- จัดกิจกรรม เวทีครูอนามัย เรื่องการดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนเพื่อทบทวนความรู้ และร่วมการวางแผนการดำเนินงาน

- ออกประเมินการดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพทุกโรงเรียนด้วย แบบประเมินโครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา

- จัดรณรงค์ นิทรรศการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน และครูอนามัยร่วมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาเครือข่ายระดับประเทศ

พ.ศ. 2553 ได้นำผลการประเมินในปีที่ผ่านมา มาปรับปรุงการดำเนินงานในครั้งนี และ มีโรงเรียนขอเข้าร่วมโครงการอีก 6 โรงเรียนรวมเป็น 31 โรงเรียนใน 3 เครือข่าย การดำเนินงานมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบของกิจกรรม ไปในแต่ละปีตามความเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อกลุ่มเป้าหมาย โดยนำผลการประเมินเดิมในแต่ละปีมาใช้เพื่อวางแผนการดำเนินงานครั้งต่อไป พ.ศ. 2553 เครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยอ่อนหวานเด็กไทยฟันดี ได้ขยายจาก 25 โรงเรียนเป็น 31 โรงเรียน โดยเน้นกิจกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพในโรงเรียน ได้จัดเวทีเสวนาครู

อนามัย จัดอบรมผู้นำนักเรียน และ ออกติดตามการดำเนินงานผู้นำนักเรียนเพื่อดูการทำโครงการสุขภาพชมรมเด็กไทยทำได้เด็กไทยฟันดี และจัดประกวดการดำเนินงานผู้นำนักเรียน ในหัวข้อ “เครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยอ่อนหวานเด็กไทยฟันดี”

พ.ศ. 2554 - 2555 ได้นำผลการประเมินปีที่ผ่านมา มาปรับปรุงการดำเนินงานในครั้งนี และปี 2554 มีโรงเรียนขอเข้าร่วมโครงการอีก 13 โรงเรียนรวมเป็น 44 โรงเรียนเพิ่มเป็น 4 เครือข่าย

- กิจกรรม เวทีเสวนาผู้บริหารและครูอนามัยมุ่งประเด็นการดำเนินงานสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน การทำงานร่วมเป็นเครือข่ายผู้บริหารและครูอนามัยและหาหรือแนวทางการจัดมหกรรมแสดงผลการดำเนินงานที่ผ่านมาในชุมชนหรือการ

- กิจกรรมอบรมแกนนำนักเรียน เน้นการทำโครงการที่แก้ปัญหาและการผลิตสื่ออ่อนหวานเด็กไทยฟันดีเพื่อใช้ในงานมหกรรมที่จะจัดขึ้น

- ประกวดผลการดำเนินงานเครือข่ายและประชุมเตรียมงานการจัดมหกรรมแสดงผลงาน 2 ครั้งถึงรูปแบบการจัดงาน

- จัดมหกรรมแสดงความขอบคุณแจกเกียรติบัตร ภาควิชาเครือข่ายผู้สนับสนุนการดำเนินงานและจัดมหกรรมสรุปผลงานโครงการพัฒนาเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยอ่อนหวานเด็กไทยฟันดี มีการประกวดขบวนพาเหรด ต้นทึ้นหรือการที่มีชีวิตมีการแสดงสดมินิละครจากทุกโรงเรียนในเครือข่ายประกวดการแสดงบนเวที และประกวด 3 หมวด ได้แก่ ภาพวาดระบายสี เมนูอ่อนหวานและประกวดการแปร่งฟันคุณภาพ รวมประกวด 6 อย่าง และในงานมีตอบปัญหาชิงรางวัลตลอดงาน

- จัดมหกรรม พิธีลงนามบันทึกความร่วมมือ (MOU) ต่อบลัดึ่มน้ำเปล่าระหว่างเครือขายโรงเรียนบ้านหนองภูปล้องกับชุมชน เพื่อให้ทุกคนตระหนักการดื่มน้ำเปล่าดีที่สุดเพื่อสุขภาพ แทนการดื่มน้ำอัดลมหรือน้ำหวานซึ่งจะทำให้การบริโภคน้ำตาลหวานล้นเกินเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

ผลการศึษา

1.ข้อมูลทั่วไป

ศึษาในโรงเรียนประถมศึษา อำเภอลำปลายมาศที่เข้าร่วมเครือขายโรงเรียนเด็กไทยอ่อนหวานเด็กไทยฟันดี ปีการศึกษา 2552-2555 จำนวน 25-44 โรงเรียน มีนักเรียนเข้าร่วมปีละ3,475-5,998 คน เป็นนักเรียนประถมศึษาชั้นปีที่ 6 จำนวน 598-982 คน (ตารางที่ 1)

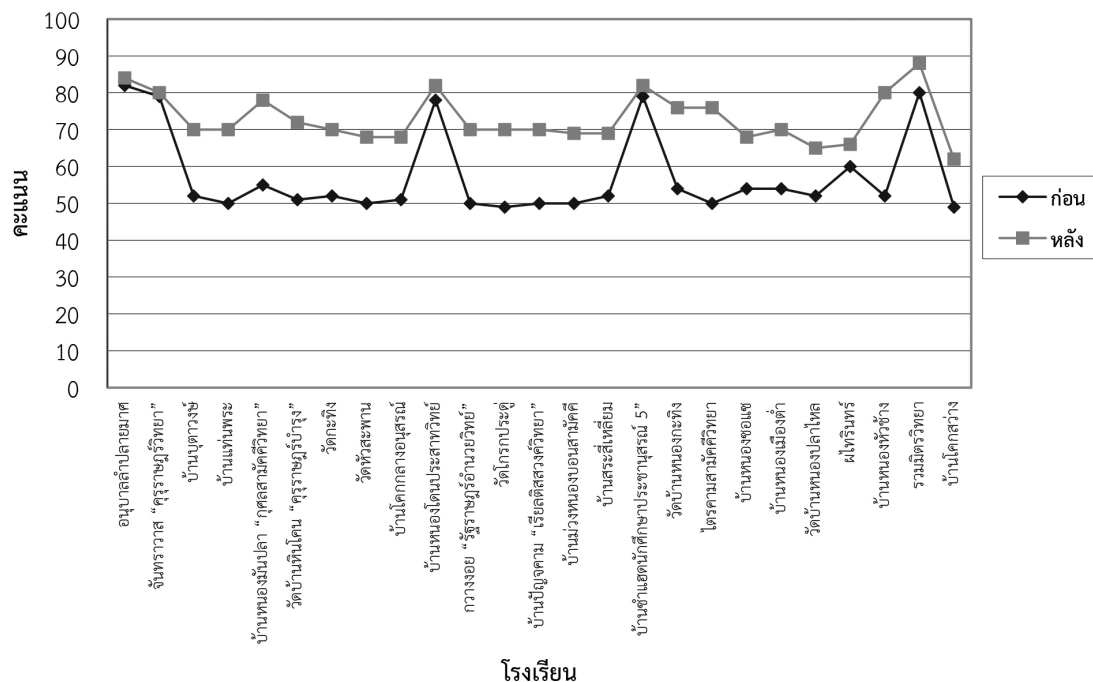
ตารางที่ 1 จำนวนเครือขาย โรงเรียน และเด็กนักเรียน ตามปีการศึกษา

ปีการศึกษา	จำนวนเครือขาย	จำนวนโรงเรียน	จำนวนนักเรียน ป.1- ป.6 (คน)	จำนวนนักเรียน ป.6 (คน)
2552	3	25	3,475	598
2553	3	31	4,830	655
2554	4	44	5,845	965
2555	4	44	5,998	982

2. จากแบบประเมินโครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึษา ทั้ง 3 หมวดพบว่า ผลการประเมินโครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึษา ทั้ง 3 หมวด ก่อนดำเนินโครงการ (พ.ศ. 2552) และหลังดำเนินโครงการแล้ว 1 ปี (พ.ศ. 2553) ได้ผลดังแผนภูมิที่ 1-3 ดังนี้

แผนภูมิที่ 1 คะแนนประเมินโรงเรียนส่งเสริมทันตสุขภาพโครงการเครือข่ายเด็กไทยฟันดี อำเภอลำปลายมาศ
หมวดที่ 1 การจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องทันตสุขภาพที่สอดคล้องกับหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน
พุทธศักราช 2544

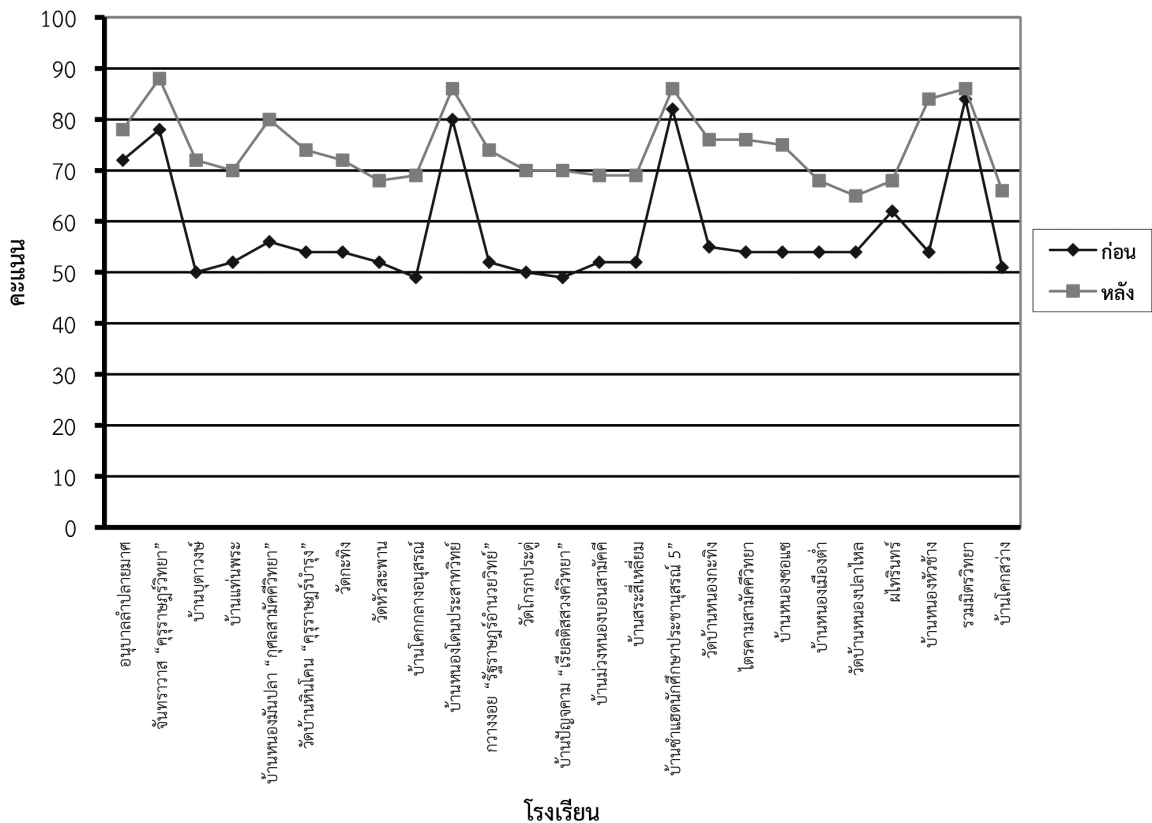
กราฟเส้นแสดงการเปรียบเทียบคะแนนประเมินฯ ก่อน - หลัง



จากแผนภูมิที่ 1 การจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องทันตสุขภาพที่สอดคล้องกับหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน พบว่า โรงเรียนรวมมิตรวิทยาประเมินครั้งหลังได้คะแนนสูงสุดถึง 89% ในขณะที่ประเมินครั้งแรกได้คะแนน 80%

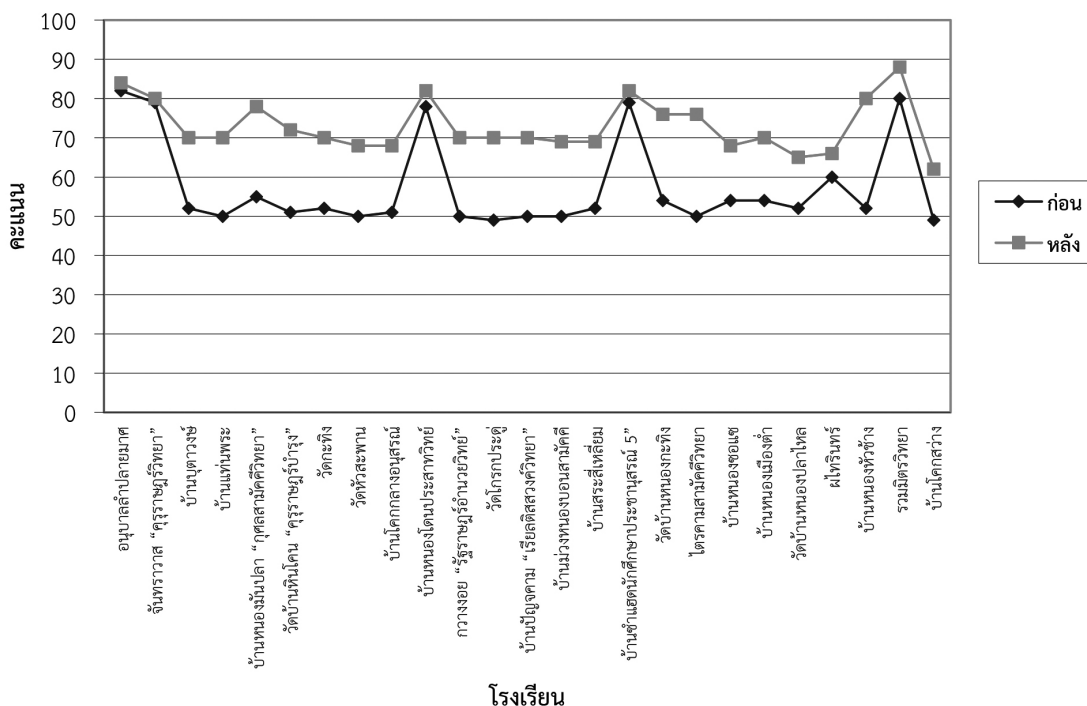
แผนภูมิที่ 2 คะแนนประเมินโรงเรียนส่งเสริมทันตสุขภาพโครงการเครือข่ายเด็กไทยฟันดี อำเภอลำปลายมาศ
หมวดที่ 2 การควบคุมการบริโภคอาหาร / ขนมที่เป็นอันตรายต่อทันตสุขภาพ

กราฟเส้นแสดงการเปรียบเทียบคะแนนประเมินฯ ก่อน - หลัง



จากแผนภูมิที่ 2 การควบคุมการบริโภคอาหาร / ขนมที่เป็นอันตรายต่อทันตสุขภาพ พบว่า โรงเรียนรวมมิตรวิทยาประเมินครั้งหลังได้คะแนนสูงสุดถึง 89% ในขณะที่ประเมินครั้งแรกได้คะแนน 80% ช่นเดียวกันโรงเรียนบ้านโคกสว่างประเมินครั้งแรกได้คะแนนต่ำสุด 49% ประเมินครั้งหลังได้คะแนนต่ำสุด 62%แต่ดีขึ้นถึง 13 % โรงเรียนที่มีพัฒนาการสูงสุดคือโรงเรียนบ้านหนองหัวช้างประเมินครั้งแรกได้คะแนน 51% ประเมินครั้งหลังได้คะแนน 80 %แต่ดีขึ้นถึง 29 %

แผนภูมิที่ 3 คะแนนประเมินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา
หมวดที่ 3 การแปรงฟันหลังอาหารกลางวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทุกวัน
กราฟเส้นแสดงการเปรียบเทียบคะแนนประเมินฯ ก่อน - หลัง



จากแผนภูมิที่ 3 การแปรงฟันหลังอาหารกลางวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทุกวัน พบว่า โรงเรียนจันทราวาส "ศุภราชบุรีวิทยา" ประเมินครั้งหลังได้คะแนนสูงสุดถึง 89% ในขณะที่ประเมินครั้งแรกได้คะแนน 79% เช่นเดียวกัน ตีขึ้น 10% โรงเรียนวัดบ้านหนองปลาไหลประเมินครั้งแรกได้คะแนนต่ำสุด 54% ประเมินครั้งหลังได้คะแนนต่ำสุด 65% แต่ตีขึ้นถึง 11% โรงเรียนที่มีพัฒนาการสูงสุดคือโรงเรียนบ้านหนองหัวช้าง ประเมินครั้งแรกได้คะแนน 54% ประเมินครั้งหลังได้คะแนน 84% แต่ตีขึ้นถึง 30%

จากแผนภูมิที่ 1-3 โรงเรียนที่ประเมินครั้งแรกทั้ง 3 หมวด ได้คะแนนเกิน 70% ถือเป็น โรงเรียนแกนนำ 5 โรงเรียนได้แก่ โรงเรียนอนุบาลลำปลายมาศ โรงเรียนจันทราวาส "ศุภราชบุรีวิทยา" โรงเรียนบ้านหนองโดนประสาธวิทย โรงเรียนบ้านชำแฮด "นักศึกษาประชาชนสุรณ 5" และ โรงเรียนรวมมิตรวิทยา สามารถช่วยโรงเรียนในเครือข่ายให้พัฒนางานขึ้นได้อย่างมากทั้ง 3 หมวด แต่เราพบว่าโรงเรียนแกนนำ มีพัฒนาการเพิ่มขึ้นไม่มากนัก เพราะมีการดำเนินงานดีมีคะแนนสูงอยู่แล้ว แต่ทุกโรงเรียนที่เข้าโครงการมีพัฒนาการที่ดีขึ้น

3. จากแบบบันทึกการเรียนรู้ในผู้นำนักเรียนพบว่า ผลการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มผู้นำนักเรียน นักเรียนมีความกระตือรือร้นร่วมมือทำกิจกรรมเป็นอย่างดี สามารถทำโครงการสุขภาพได้จากการประกวดโครงงานเด็ก พบว่าผู้นำนักเรียนในเครือข่ายมีทัศนคติในการกล้าแสดงออกจากการนำเสนอ เห็นพัฒนาการชัดเจน ส่งเสริมความเป็นผู้นำ เห็นประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการ และสามารถนำความรู้ไปใช้ได้จริงในโรงเรียนและที่บ้าน พบว่า นักเรียนทุกโรงเรียนสามารถทำโครงการเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพและสิ่งแวดล้อมได้ ในสิ่งที่นักเรียนสนใจเพื่อลดปัญหาสุขภาพ หรือสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนและชุมชนได้ โดยนักเรียนเป็นผู้กำหนดเรื่องที่จะศึกษา วางแผน ออกแบบ ลงมือปฏิบัติ เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินการ นำเสนอข้อมูล และ เขียนรายงานเพื่อเผยแพร่ โดยครูเป็นผู้ให้คำปรึกษา จากแบบรายงานผลการเรียนรู้ในผู้นำนักเรียนพบว่า การประกวด โรงเรียนบ้านหนองมันปลา “กุศลสามัคคีวิทยา” ได้รับรางวัล ที่ 1 โครงงานเรื่อง แปร่งฟันให้ถูกวิธี โรงเรียนวัดบ้านหนองปลาไหลได้รับรางวัล ที่ 2 โครงงานเรื่องโครงงานสื่อการสอนเด็กไทยอ่อนหวาน เด็กไทยฟันดี โรงเรียนวัดบ้านหินโคน “ศุภราชบุรีบำรุง” ได้รับรางวัล ที่ 3 โครงงานเรื่อง เมนูอ่อนหวาน

4. จากการสัมภาษณ์ แบบเจาะลึกและสนทนากลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการถึงผลการส่งเสริมความเข้มแข็งในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนถึงการมีส่วนร่วมถึงชุมชน พบว่า การจัดมหกรรมสำหรับครูอนามัยแสดงผลงานครูอนามัย กระตือรือร้นแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับครูโรงเรียนอื่น นำผลงานมาประกวด ได้แก่ ประกวดขบวนพาเหรด เต้นทันทิรศการที่มีชีวิตมีการแสดงสดมีนวัตกรรมใหม่ๆจากทุกโรงเรียนในเครือข่าย

ประกวดการแสดงบนเวที และประกวด ภาพวาดระบายสี เมนูอ่อนหวานและประกวดการแปร่งฟันมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นต่างๆ พบว่าทีมผู้บริหาร ครูอนามัยและผู้นำนักเรียน สามารถสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่เด่นชัดเป็นนวัตกรรมได้แก่ผลงานในเรื่อง การลดการบริโภคน้ำอัดลม มาดื่มน้ำเปล่าแทน เกิดการลงนามบันทึกความร่วมมือ (MOU) ระหว่างหน่วยงานต่างๆในตำบลทะเลน้อย เป็นตำบลดื่มน้ำเปล่าระหว่างเครือข่ายโรงเรียนกับชุมชน เพื่อให้ทุกคนตระหนักการดื่มน้ำเปล่าดีที่สุดเพื่อสุขภาพ แทนการดื่มน้ำอัดลมหรือน้ำหวานซึ่งจะทำให้การบริโภคน้ำตาลหวานล้นเกินเป็นอันตรายต่อสุขภาพ มีนโยบายเพื่อ ควบคุมอาหารว่างและเครื่องดื่มทั้งในระดับท้องถิ่นและโรงเรียนในเรื่องโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม จำกัดการจำหน่าย ลดการบริโภคขนมกรุบกรอบ และเครื่องดื่มในโรงเรียน โดยทางโรงเรียนจัดหาเครื่องดื่มสะอาดเพียงพอให้กับเด็ก จัดสิ่งแวดล้อมให้โรงเรียนให้ ปลอดขนมกรุบกรอบและเครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อสุขภาพ โรงเรียนจัดอาหารกลางวันที่มีผัก และจัดหาอุปกรณ์และสถานที่แปร่งฟันโดยองค์กรท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ เครือข่ายผู้ปกครอง ผู้นำชุมชนให้มีบทบาทสนับสนุนการดำเนินงาน

5. การจัดกิจกรรมการแปร่งฟันหลังอาหารกลางวันในโรงเรียน

จากแบบสัมภาษณ์กิจกรรมแปร่งฟันหลังอาหารกลางวันในโรงเรียน พบว่า โรงเรียนส่วนใหญ่มีการจัดกิจกรรมการแปร่งฟันหลังอาหารกลางวันในโรงเรียนทุกวัน เพิ่มขึ้น จาก 80.0% (ปี 2552) เป็น 97.7% (ปี 2555) และจากการสัมภาษณ์ พบว่ายังมีโรงเรียน 1-2 แห่งที่แปร่งฟันบางวัน สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการขาดน้ำสะอาดอย่างเพียงพอ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ร้อยละของโรงเรียนที่มีการจัดกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันในโรงเรียนจำแนกตามปีการศึกษา

มีการจัดกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันในโรงเรียน	ร้อยละโรงเรียน			
	พ.ศ. 2552	พ.ศ. 2553	พ.ศ. 2554	พ.ศ. 2555
บางวัน	20.0	12.9	4.5	2.3
ทุกวัน	80.0	87.1	95.5	97.7

6. จากแบบสอบถามสถานการณ์ โรงเรียนที่ปลอดน้ำอัดลม ควบคุมน้ำหวาน และขนมกรุบกรอบ พบว่าการควบคุมการบริโภคอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพฟันนักเรียน ได้แก่ น้ำอัดลม น้ำหวาน และขนมกรุบกรอบ ลูกอม ไอติม นมเปรี้ยว เครื่องดื่มรสซ็อกโกแลต ด้วยความร่วมมือเครือข่ายครู นักเรียน ทำให้สถานการณ์โรงเรียนปลอดน้ำอัดลมเพิ่มขึ้นจาก 60% (ปี พ.ศ. 2552) เป็น 86.4% (ปี 2555) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ร้อยละของโรงเรียนที่ปลอดน้ำอัดลม ควบคุมน้ำหวาน และขนมกรุบกรอบ จำแนกตามปีการศึกษา

สถานการณ์โรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ควบคุมน้ำหวาน และขนมกรุบกรอบ	ร้อยละโรงเรียน			
	พ.ศ. 2552	พ.ศ. 2553	พ.ศ. 2554	พ.ศ. 2555
ปลอดน้ำอัดลม	60.0	64.5	72.7	86.4
ปลอดน้ำหวาน	40.0	45.2	47.7	54.5
ปลอดขนมกรุบกรอบ ลูกอม ไอศกรีม	44.0	48.4	50.0	56.8

7. จากแบบบันทึกบริการทันตกรรมของเด็กนักเรียนที่ได้รับ พบว่า การใช้บริการทันตกรรมของนักเรียนเพิ่มขึ้นจาก 84.6% (ปี พ.ศ. 2552) เป็น 89.8% (ปี พ.ศ. 2555) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ร้อยละของนักเรียนที่มีฟันผาวรรุได้รับบริการทันตกรรม จำแนกตามปีการศึกษา

การใช้บริการทันตกรรมของนักเรียน	ร้อยละโรงเรียน			
	พ.ศ. 2552	พ.ศ. 2553	พ.ศ. 2554	พ.ศ. 2555
นักเรียนที่มีฟันผาวรรุได้รับบริการทันตกรรม	84.6	85.8	86.5	89.8

อภิปรายและสรุปผล

จากการศึกษานี้พบว่า การพัฒนาการทำงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนประถมศึกษาตามแนวคิดของกฎบัตร ออตตาวา (Ottawa Charter) เพื่อส่งเสริมทันตสุขภาพดำเนินการภายใต้โครงการเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยอ่อนหวานเด็กไทยฟันดี ตั้งแต่ปี 2552 พบว่าแต่ละโรงเรียนได้มีการพัฒนางานเพิ่มขึ้นจากเดิม ดังนี้

มีการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อ ควบคุมอาหารว่างและเครื่องดื่มทั้งในระดับท้องถิ่นและโรงเรียนในเรื่องโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม จำกัดการจำหน่าย ลดการบริโภคขนมกรุบกรอบ และเครื่องดื่มในโรงเรียน

มีการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพโดยทางโรงเรียนจัดหาเครื่องดื่มสะอาดเพียงพอให้กับเด็ก จัดสิ่งแวดล้อมให้โรงเรียนให้ ปลอดขนมกรุบกรอบและเครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อสุขภาพ โรงเรียนจัดอาหารกลางวันที่มีผัก และจัดหาอุปกรณ์และสถานที่แปรงฟันให้เพียงพอ

มีการเสริมความเข้มแข็งของการทำงานในชุมชน โดยการ สร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรท้องถิ่น เครือข่ายผู้ปกครอง ผู้นำชุมชนให้มีบทบาทสนับสนุนการดำเนินงาน

มีการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การเรียนรู้ของเด็กให้มีวิธีคิดที่เป็นเหตุเป็นผล เพื่อฝึกให้เกิดทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองได้เช่น การฝึกแปรงฟันให้ถูกวิธี การอ่านฉลากอาหาร การปรุงอาหารอ่อนหวาน อาหารส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ

การปรับระบบบริการสุขภาพ แต่ละโรงเรียนได้มีการจัดระบบบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้

ครอบคลุมเด็กอย่างเป็นระบบได้แก่ มีระบบส่งต่อที่มีคุณภาพมีการบันทึก และครูอนามัยตรวจฟันเด็กเป็นประจำตามระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน และมีการประสานงานขอรับบริการกับทันตบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

ความสำเร็จของการดำเนินงานในรูปแบบเครือข่าย เกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ความเข้มแข็งของ ผู้บริหาร คณะครู นักเรียน เช่นเครือข่ายที่ 4 เราพบว่าคณะครูผู้บริหารและคณะครู มีความมุ่งมั่นมากและพัฒนางานอย่างต่อเนื่องศึกษา สามารถขยายผลการดำเนินงานสู่ชุมชน เป็นตำบลต้นน้ำเปล่าต่อยอดไปถึงผู้ปกครอง คนในชุมชนที่ให้ความสำคัญเรื่องสุขภาพและประโยชน์ของการเลิกดื่มน้ำอัดลมในภาคส่วนท้องถิ่นพร้อมให้การสนับสนุนกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม โดยเฉพาะเรื่องของสุขภาพซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยให้ชาวตำบลทะเลเมนชัยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น พร้อมประกาศเจตนารมณ์และลงนามบันทึกข้อตกลง (MOU) เพื่อเป็นตำบลนำร่องตำบลต้นน้ำเปล่าให้สำเร็จในวันที่ 13 มีนาคม 2558 ทั้งนี้ตำบลทะเลเมนชัย ถือเป็นพื้นที่แห่งแรกที่ได้ประกาศเจตนารมณ์ตำบลต้นน้ำเปล่า นับว่าเป็นความสำเร็จของเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานที่ได้ขับเคลื่อนโครงการปลอดน้ำอัดลมจนสามารถต่อยอดเป็นเครือข่ายนอกรั้วโรงเรียนได้สำเร็จ” ⁽¹¹⁾ ดังที่เห็นในสื่อต่างๆที่ได้มาทำข่าวเช่น สำนักข่าวอิศรา⁽¹²⁾ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เริ่มต้นจากผู้บริหารและครูทุกคนทำตัวเป็นแบบอย่างก่อน จนกระทั่งวันนี้เรายืนยันว่าเวลานี้สถาน

ศึกษาแห่งนี้ปลอดน้ำอัดลม 100% รวมถึงโรงเรียน
เครือข่ายทุกแห่ง แสดงถึงความเข้มแข็งของผู้บริหาร
และครูทุกคน

นโยบายที่ชัดเจนและการประสานการทำงาน ด้วยรูปแบบทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ พบว่า ความสัมพันธ์และการประสานงานของทันตบุคลากร โรงพยาบาลลำปลายมาศ กับผู้แทนเครือข่ายโรงเรียนต่างๆ ที่เข้มแข็งมาก่อนนี้เป็นปัจจัยตั้งต้นที่มีผลต่อความสำเร็จในการทำงานลักษณะเครือข่าย เกิดการทำงานเชื่อมโยงประสานในแนวราบ มากกว่าการสั่งการลักษณะแนวดิ่ง ตามสายงานบังคับบัญชาแบบระบบราชการเดิม ตัวอย่างเช่น สามารถประสานงานทางโทรศัพท์ทางเฟสบุ๊คและทางไลน์

ด้านการมีส่วนร่วม⁽¹³⁾ พบว่าส่วนใหญ่ชุมชนมีส่วนร่วมในระดับ การร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมกำหนดแนวทางในการแก้ปัญหา และร่วมดำเนินการส่วนการมีส่วนร่วมในการประเมินผลยังไม่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกันกับการศึกษานี้ พบว่าการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนได้แก่องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นทั้งนายก ปลัด กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานเช่นกัน โดยเริ่มต้นที่นายอำเภอลำปลายมาศ เป็นประธาน มีสาธารณสุขอำเภอลำปลายมาศเป็นเลขาดำเนินงานและโรงพยาบาลลำปลายมาศเป็นผู้ช่วยเหลือร่วมกัน แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานและจัดมหกรรมรณรงค์ เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กโดยการสร้างกระแสให้ประชาชนรับรู้อย่างต่อเนื่องถึงกิจกรรมทั้ง 3 กิจกรรมได้แก่

1) กิจกรรมการจัดการเรียนการสอนทันตสุขศึกษาบูรณาการเข้า 8 กลุ่มสาระในโรงเรียน

2) กิจกรรมการส่งเสริมการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ลดหวาน เน้นการบริโภคเมนูผักให้มากขึ้นโดยได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดนโยบายลดการบริโภคน้ำตาลในอำเภอลำปลายมาศ โดยเริ่มต้นจากเครือข่ายเด็กไทยอ่อนหวานเด็กไทยฟันดีโดยมีเป้าหมายลดการจำหน่ายน้ำอัดลมในโรงเรียนทุกโรงในเครือข่าย,งดการจำหน่ายอาหารกรุบกรอบ ไอศกรีม น้ำหวาน และขนมถุง

3) กิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ โดยมีเป้าหมายที่ทุกโรงเรียนร่วมกันคือจัดทำสถานที่แปรงฟันให้ครบทุกโรงเรียน จัดหาแปรงสีฟัน ยาสีฟันและแก้วน้ำให้กับเด็กอย่างเพียงพอมีระบบการดูแลของครูและผู้นำนักเรียนอย่างเหมาะสมโดยมีเป้าหมายให้เด็กฟันดีโดยมีระบบการเฝ้าระวังร่วมกันตรวจฟันเด็กโดยครูประจำชั้น ส่งต่อเด็กให้ได้รับการรักษา ติดตามผลการรักษาของเด็ก และรายงานผลครบถ้วนทันเวลาพัฒนาระบบข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างมีความสุขถือเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนางานส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก ตามนโยบายกองทุนทันตกรรมและเป็นการประกันสุขภาพช่องปากเด็กประถมศึกษาอย่างมีส่วนร่วม⁽¹⁴⁾

พลัง 3 อย่างที่ทำให้การทำงานเครือข่ายประสบความสำเร็จได้แก่

1) **พลังอ่อนหวาน** คือความร่วมมือทุกคนที่มีเป้าหมายเดียวกันคือเด็กไทยอ่อนหวานเด็กไทยฟันดีทุกคนมองข้ามปัญหา เสียสละ คิดบวกและให้อภัย

2) พลังชุมชน จากการได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติมจากกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อบต. รพสต. อย่างเต็มที่ และ

3) พลังเครือข่าย ดังภาพที่เห็นทุกโรงเรียนได้ช่วยกันพัฒนางานพัฒนาเครือข่ายเพื่อเด็กของตนอย่างเต็มที่เกิดผลงานใหม่ๆมากมายที่นำมาแสดงในงานมหกรรม

จากการศึกษาทั้ง 3 ระยะพบว่าโครงการเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยอ่อนหวานเด็กไทยฟันดี โดยระยะที่ 1 เป็นการสร้างเครือข่ายโรงเรียนให้เข้มแข็งโดยทีมผู้บริหารและครูอนามัย โดยช่วยกันดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพ ทั้ง 3 หมวดพบว่าการทำงานเป็นเครือข่ายช่วยเหลือกันทำให้ทุกโรงเรียนดำเนินงานได้ดีขึ้น ส่วนระยะที่ 2 เป็นการพัฒนาเด็กไทยอ่อนหวาน เด็กไทยฟันดี โดยการสร้างแกนนำนักเรียนสร้างชมรมเด็กไทยฟันดีขึ้นทำโครงการที่แก้ปัญหา ส่วนระยะที่ 3 สร้างการมีส่วนร่วมขยายงานเข้าสู่ชุมชนโดยครู เด็ก และชมรมผู้ปกครอง ด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ สร้างการมีส่วนร่วมและความเข้มแข็งให้ชุมชน โดยเลือกประเด็นการทำงานที่ชุมชนเป็นเจ้าของ กำหนดแนวทางการทำงานร่วมกัน และพยายามสร้างกระแสให้ประเด็นสุขภาพเป็นประเด็นหรือนโยบายสาธารณะ⁽¹⁵⁾ เช่นการดำเนินงานของเครือข่ายโรงเรียนบ้านหนองหญ้าปล้อง ที่ณรงค์คัมน้ำเปล่าประสบความสำเร็จ เป็นเครือข่ายโรงเรียนปลอดน้ำอัดลมสู่ตำบลคัมน้ำเปล่า ที่ตำบลทะเลเม่นชัย จังหวัดบุรีรัมย์

การดำเนินโครงการเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยอ่อนหวานเด็กไทยฟันดี พ.ศ. 2552 - 2555 ซึ่งในปี พ.ศ. 2554 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)⁽¹⁶⁾ ได้จัดตั้งกองทุนทันตกรรมขึ้นโดยระบุวัตถุประสงค์เน้นที่การควบคุมสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กปฐมวัยและเด็กประถมศึกษาโดยบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ป้องกันโรคและรักษาทางทันตกรรม ทำให้การดำเนินงานเครือข่ายมีงบประมาณสนับสนุน สามารถดำเนินงานต่างๆ และจัดงานมหกรรมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬารัตน์ รัชมีเหลืออ่อน⁽¹⁷⁾ พบว่าการดำเนินงานเครือข่ายเด็กไทยฟันดี ปัจจัยที่สำคัญคือ ต้องมีงบประมาณสนับสนุนต่อเนื่องทุกปี ต่อมากองทุนนี้ถูกยุบไป^(18,19) ทำให้การดำเนินงานเครือข่ายต้องมีงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลสนับสนุนและทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงจะสามารถดำเนินการต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽²⁰⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีงบประมาณในการขยายงานให้ครอบคลุม และ พัฒนาเครือข่ายเดิมอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินผลในระยะยาวถึงผลกระทบด้านทันตสุขภาพดีขึ้นอย่างไร

2. ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรทำวิจัยเชิงคุณภาพและปริมาณของแต่ละเครือข่ายมีผลการดำเนินงานอย่างไรเมื่อใช้เกณฑ์พัฒนาเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดีระดับประเทศ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานที่สนับสนุนเงินทุนในการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพสำหรับโรงเรียน (ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย: บริษัทชินิธ สตูดิโอ; 2547
2. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. In: An International Conference on Health Promotion. The move toward a health; Ottawa, Canada: WHO, 1986.
3. ผุสดี จันทร์บาง. หนูน้อยนักคิด เอกสารประกอบการปฏิบัติงานตามโครงการเรียนรู้คู่วิจัย ตอน”อาหารกับพิษณุ”.นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.) 2548
4. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี. พิมพ์ครั้งที่ 1. สิงหาคม 2553.
5. อรสา ปานขาว. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการสร้างเครือข่ายประชาสัมพันธ์ มธส. แหล่งที่มา <http://www.stou.ac.th/Offices/Opr/Central/upload>. วันที่ 5 มกราคม 2558
6. ธนา ประมุขกุล. ความหมายของเครือข่าย. 2557 แหล่งที่มา <http://www.anamai.moph.go.th/advisor/243/24313.html>. วันที่ 25 พฤษภาคม 2550
7. เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. (2549) องค์ประกอบของเครือข่าย.แหล่งที่มา <http://www.oppn.opp.go.th/research02.php> วันที่ 8 พฤษภาคม 2549
8. จินดา พรหมทา. พัฒนาการการทำงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนประถมศึกษาตามโครงการสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัยของอำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์. ว.ทันตสาธารณสุข 2559; 21(1): 79-88.
9. สุธา เจริญณิโชติ, วราภรณ์ จิระพงษา, ปิยะดา ประเสริฐสม. การพัฒนาการเรียนรู้ของนักเรียนประถมศึกษาด้วยกระบวนการวิจัย: เรียนรู้คู่วิจัย ตอนอาหารกับโรคฟันผุ. ว.ทันตสาธารณสุข. 2551; 13(3): 39-50.
10. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือพัฒนาทักษะการทำโครงการสุขภาพชมรมเด็กไทยทำได้ สำหรับวิทยากร(ค่ายโครงการสุขภาพโปรแกรม 2). พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด: บริษัทชินิธ สตูดิโอ; 2551.
11. จิรศักดิ์ วิจักขณาลัญญ์, อเนก มุ่งอ้อมกลาง, และคณะ. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9 นครราชสีมา. ผลงานความสำเร็จผู้บริหารและบุคลากรเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์รอบ 6 เดือนแรก. พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัท สมบูรณ์การพิมพ์ จำกัด; 2558.
12. สำนักข่าวอิสรา(Isranews).(2558). ศูนย์เด็กเล็กอ่อนหวาน โรงเรียนปลอดน้ำตาล สู้ตำบลดื่มน้ำเปล่า แห่งแรกเริ่มที่บุรีรัมย์.แหล่งที่มา <http://www.isranews.org/isranews-scoop/item/37363-burirum.html>
13. จอนสันพิมพ์สาร, วิไลวรรณทองเกิด. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลทันตสุขภาพเด็กเล็กอำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา. ว.ทันตสาธารณสุข. 2511;13(3): 72-80.

14. สุณี วงศ์คงคาเทพ, จารุวัฒน์ บุษราคัมรุหะ, และคณะ. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การประเมินผลการจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากตามนโยบายกองทุนทันตกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2556.
15. รัชฎา น้อยสมบัติ. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนโดยชุมชนมีส่วนร่วม ภายใต้โครงการค่ายเด็กรักษ์ฟัน. ว.ทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2549; 9(2): 105-115.
16. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนทันตกรรม. บริษัทสหมิตรพรินติ้ง แอนด์พับลิชชิ่งจำกัด, ตุลาคม 2553.
17. จุฑารัตน์ รัชมีเหลืออ่อน ประเมินผลโครงการพัฒนาเครือข่ายเด็กไทยฟันดี อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง พ.ศ. 2511-2555 ว.ทันตสาธารณสุข 2557; 19(2): 63-74.
18. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพช่องปากประเทศไทย พ.ศ. 2555-2559. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, มีนาคม 2556.
19. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. ความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์สุขภาพช่องปากประเทศไทย พ.ศ. 2555-2559 พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, มีนาคม 2556.
20. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. แนวทางการพัฒนางานบริการสุขภาพช่องปากร่วมกับการปกครองส่วนท้องถิ่น. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กันยายน 2553.

คุณภาพและการดูแลรักษาฟันเทียม สภาวะช่องปาก และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ช่องปาก ในผู้รับบริการใส่ฟันเทียมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ปี 2556 – 2558

วิฒนะ ศรีวัฒนา*

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพและการดูแลรักษาฟันเทียม ความพึงพอใจ สภาวะช่องปากภายหลังการใส่ฟันเทียม และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้รับบริการการจัดให้บริการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่งในอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคามระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558 โดยมีเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขร่วมดูแลตั้งแต่เตรียมช่องปากจนถึงติดตามผลหลังใส่ฟันเทียมแล้ว การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 137 คน ได้รับการเลือกแบบเจาะจง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 56.9% เป็นผู้ใส่ฟันเทียม 16 ซี่ขึ้นไป รองลงมาเป็นผู้ใส่ฟันเทียมจำนวน 1-16 ซี่ (27.7%) และ 9.6% เป็นผู้ใส่ฟันเทียมทั้งปากเฉพาะฟันบนหรือฟันล่าง และ 5.8% เป็นผู้ใส่ฟันเทียมทั้งปาก ทั้งฟันบนและฟันล่าง ส่วนใหญ่ใส่ฟันปลอมเพื่อใช้ประโยชน์ในการเคี้ยวอาหารและเพื่อความสวยงาม (78.9%) รองลงมาใส่ฟันปลอมเพื่อความสวยงามเท่านั้น (15.3%) กลุ่มตัวอย่างใส่ฟันปลอมเฉพาะเวลากลางวัน (91.0%) ส่วนใหญ่ทำความสะอาดวันละ 1 ครั้ง (85.7%) จากการสอบถามพบว่าฟันเทียมที่สวมใส่ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา (69.2%) ส่วนปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ หลวม (23.3%) กัดเนื้อเยื่อในช่องปากเป็นแผล (3.1%) มีชิ้นส่วนแตกหักทำให้เคี้ยวอาหารไม่ละเอียด (2.2%) ฟันปลอมมีการยึดอยู่โดยการอำปากกว้างแล้วไม่หลุด พบในฟันเทียมบน 87.2% และฟันเทียมล่าง 78.8% ผู้วิจัยพบว่าฟันปลอมมีความเสถียรโดยไม่ขยับหรือหลุด ในฟันเทียมบน 81.9% และฟันเทียมล่าง 80.5% นอกจากนี้พบว่าฟันเทียมไม่มีความบกพร่องหรือการชำรุดในฟันเทียมบนและฟันเทียมล่าง 87.2% และ 81.9% ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในฟันเทียมในระดับปานกลาง (90.9%) จากการตรวจสอบสภาวะช่องปากที่รองรับฟันเทียม พบว่า 1.5% มีความผิดปกติของเนื้อเยื่อชนิดเนื้อเยื่อนุ่มและช่องปากอักเสบจากฟันเทียมในด้านผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียมทุกประเภทส่วนใหญ่ (75.9%) ไม่ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต กลุ่มที่ใส่ฟันเทียมแล้วได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระดับน้อย และมากเท่ากับ 14.3% และ 9.8% ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของระหว่างฟันเทียมกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม พบว่ามีสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนความสัมพันธ์ของระหว่างคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียมกับประเภทของลักษณะประชากรพบว่าความสัมพันธ์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

คำสำคัญ : คุณภาพฟันเทียม สภาวะช่องปาก คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

* ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Quality and Caring for Dentures, Oral Health Status, and Oral Health-Related Quality of Life in Clients Wearing Dentures at District Health Promotion Hospitals, Amphur Muang, Mahasarakham Province 2013-2015

Wattana Sriwattana *

Abstract

The objectives of this cross-sectional, descriptive study were to evaluate the quality and caring for dentures, satisfaction, oral health status and oral health-related quality of life among clients wearing dentures under caring and advice from dental public health technicians at district health promotion hospitals, Amphur Muang, Mahasarakham Province during 2013-2015. The samples were consisted of 137 clients who were selected through the purposive sampling method. The results showed that slightly more than half (56.9%) of the samples wearing more than 16 teeth dentures followed by those wearing 1-16 teeth dentures (27.7%), those wearing full upper or lower dentures (9.6%), and those wearing complete (upper and lower) dentures (5.8%). The majority of the respondents wore the dentures for both functional and aesthetic purpose (78.9%), followed by those who wore the dentures for aesthetic purpose only (15.3%). The majority of the samples wore the dentures during the day-time only (91.0%) and mostly cleaned their dentures only once daily (85.7%). Most of the samples did not report having any problems wearing the dentures (69.2%). Most problems, however, found among them included ill-fitting dentures (23.3%), oral ulcers caused by dentures (3.1%), and broken dentures causing incomplete chewing (2.2%). It was found that the samples' upper and lower dentures were completely fixed with their gums upon opening their mouth widely (87.2% and 78.8%, respectively). Denture stability was found on upper (81.9%) and lower dentures (80.5%) while no defective or break was found on upper (81.2%) and lower dentures (81.9%). Most of the samples were satisfied with their dentures at a moderate level (90.9%). Inflammatory hyperplasia (1.5%) and denture sore (1.5%) were found according to the physical examination. Regarding the oral health-related quality of life, it was found that the majority of the samples reported having wearing dentures caused no impact to quality of life (75.9%), followed by low (14.4%) and high impact (9.8%) respectively. There was a significant correlation between wearing dentures and oral health-related quality of life at $p < 0.05$. However, no significant relationship was found between personal characteristics and oral health-related quality of life.

* Dentist, Senior Professional Level, Khon Kaen Provincial Health Office

บทนำ

การใส่ฟันเทียมเป็นหนึ่งในงานบริการสุขภาพช่องปาก ที่กระทรวงสาธารณสุขได้จัดให้กับประชาชนที่มีความจำเป็นต้องใส่เพื่อทดแทนฟันที่สูญเสียไป ร่วมไปกับการส่งเสริมป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพช่องปาก จากแบบสรุปลผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากตามกลุ่มอายุระดับอำเภอของจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ 2558⁽¹⁾ พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปมีฟันแท้ใช้งาน 20 ซี่ ร้อยละ 56.14 มีคู่สบฟันหลังทุกประเภทจำนวน 4 คู่ขึ้นไป ร้อยละ 56.0 และได้รับการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปาก ร้อยละ 1.79 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุยังมีปัญหาสูญเสียฟันแท้ที่ใช้งานและยังต้องการบริการใส่ฟันเทียมเพื่อทดแทนฟันที่สูญเสียไปอีกจำนวนมาก โรงพยาบาลมหาสารคามโดยกลุ่มงานทันตกรรมได้พัฒนารูปแบบการจัดบริการใส่ฟันเทียมให้กับประชาชนที่ผ่านการคัดกรองและเตรียมช่องปากโดยทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 4 แห่งในเขตอำเภอเมืองมหาสารคาม โดยเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดใหญ่ มีประชากรในพื้นที่รับผิดชอบค่อนข้างมาก ห่างไกลจากตัวโรงพยาบาลมหาสารคาม และมีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงานเต็มเวลา ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการเตรียมช่องปากก่อนใส่ฟันเทียม และเพื่อการประสานงานติดตามผลการรักษาหลังจากฟันเทียมไปแล้ว โดยเริ่มโครงการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556-2558 เพื่อให้เข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น และอำนวยความสะดวก

สะดวกแก่ผู้รับบริการที่ไม่สามารถเข้ารับบริการในโรงพยาบาลได้ อย่างไรก็ตามการให้บริการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยังมีข้อจำกัดหลายอย่าง อาทิเช่น ผู้ให้บริการหรือทันตแพทย์ที่ออกให้บริการ ต้องใช้ทันตแพทย์จากโรงพยาบาลซึ่งมีภารกิจงานบริการและงานอื่นๆในโรงพยาบาล ข้อจำกัดเรื่องความไม่พร้อมของอุปกรณ์สถานที่และผู้ช่วยช่างแก้ไขขณะให้บริการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แม้ว่าวัสดุอุปกรณ์ส่วนหนึ่งจะเตรียมไปจากโรงพยาบาลแล้วก็ตาม

อย่างไรก็ตามคุณภาพฟันเทียมเป็นสิ่งสำคัญที่ทันตแพทย์จำเป็นต้องตระหนัก คุณภาพของฟันเทียมเกิดจากหลายปัจจัย ทั้งที่เกิดจากการรับรู้หรือความคาดหวังของผู้ใส่ฟันเทียมเอง^(2,3) รวมทั้งทัศนคติต่อการใส่ฟันเทียม แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกต่อสภาพตนเอง และเกิดจากสภาวะช่องปากและโครงสร้างทางกายภาพของช่องปากที่เหมาะสม⁴ ดังนั้นการตรวจสอบคุณภาพฟันเทียมจึงต้องพิจารณาหลายประเด็น^(4,5) ได้แก่ การใช้งานในลักษณะต่างๆ ความบกพร่องและชำรุด การยึดอยู่ ความเสถียรของฟันเทียมที่สวมใส่ รวมทั้งสภาวะช่องปากของผู้ที่ใส่ฟันเทียมมาระยะหนึ่ง⁽⁶⁾ ซึ่งอาจเกิดรอยโรคในช่องปากที่เกิดจากการใส่ฟันเทียมโดยที่ผู้ใส่ฟันเทียมไม่รู้ตัวหรือไม่มีอาการ ซึ่งปรากฏรอยโรคได้หลายรูปแบบ ได้แก่ อาการเจ็บภายในช่องปากหรือที่เรียกว่า Denture sore mouth มักจะพบในผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากมากกว่าฟันเทียมบางส่วน

ชนิดถอดได้ โดยเนื้อเยื่อที่เกิดการอักเสบจะมีสีแดง
เรียบ จะเห็นชัดบริเวณขอบเขตของฟันเทียม Epulis
fissuratum หรือ Inflammatory hyperplasia
มีลักษณะเนื้อเยื่ออ่อนรอบฐานฟันเทียมถูกกด
ระคายเคืองเรื้อรังหากปล่อยทิ้งไว้จะเกิดการอักเสบ
ของเนื้อเยื่อบริเวณที่ถูกกดได้ และรอยโรคสุดท้าย
ได้แก่ Papillary Hyperplasia of the palate
หรือ Papillomatosis ซึ่งมักจะสัมพันธ์กับการใส่
ฟันเทียมตลอดเวลาโดยไม่ยอมถอด ดังนั้นการได้
รับความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันเทียม
เป็นสิ่งต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการให้บริการใส่
ฟันเทียมจึงเป็นหน้าที่ของทันตแพทย์ผู้ให้บริการใน
การนัดผู้ใส่ฟันเทียมมาตรวจเป็นระยะ เพื่อป้องกัน
การลุกลามเป็นรอยโรคเรื้อรังเช่นกัน

การให้บริการใส่ฟันเทียมที่มีประสิทธิภาพ
นั้นย่อมมีผลความพึงพอใจและสุขภาพช่องปาก
ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิต แนวคิดและ
ดัชนีที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก
(Oral Health-Related Quality of Life) ได้ถูก
พัฒนาอย่างต่อเนื่องมาไม่น้อยกว่า 30 ปี⁽⁷⁾ ดัชนี
สุขภาพช่องปากที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต
จะเป็นการประเมินว่าสภาวะช่องปากมีผลต่อการ
ทำงานตามปกติอย่างไร ซึ่งดัชนีแต่ละชนิด มีความ
แตกต่างกัน ตามกรอบแนวคิด จำนวนข้อคำถาม อีกทั้ง
มีข้อดีข้อด้อย ซึ่งปัจจุบันดัชนีสำหรับประเมินใน
ผู้ใหญ่มีมากกว่า 10 ชนิด⁽⁸⁾ ในการวิจัยครั้งนี้เลือก
ใช้ดัชนีที่เรียกว่า The Oral Impacts on Daily
Performances Index (OIDP) เพราะเป็นดัชนีที่ใช้
วัดคุณภาพชีวิตที่เกิดจากสุขภาพช่องปากโดยตรง
ผ่านการทดสอบความถูกต้องของการแปลเป็นภาษา

ไทยแล้ว และสามารถใช้วัดผลกระทบแบบสภาวะ
เจาะจงได้^(8,9) โดยประเมินใน 8 กิจกรรมหลัก มี 3
กิจกรรมสะท้อนทางกายภาพ ได้แก่ การกินอาหาร
การพูด การทำความสะอาดช่องปากหรือฟันปลอม
3 กิจกรรมสะท้อนทางจิตใจ ได้แก่ การพักผ่อน รวม
ทั้งการนอนหลับ การรักษาอารมณ์จิตใจให้เป็นปกติ
ไม่หงุดหงิด รำคาญง่าย การยิ้ม หัวเราะอดฟันโดยไม่
อายใคร และอีก 2 กิจกรรมสะท้อนมิติด้านสังคม
ได้แก่ การทำงาน การออกไปพบปะผู้คน ญาติสนิท
มิตรสหาย และการประกอบกิจกรรมเบาๆ ทั่วไป
เช่น การทำงานบ้าน ทำความสะอาดบ้าน ทำอาหาร
เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการวางแผนการดำเนินการ
ระยะยาวในการจัดรูปแบบการให้บริการใส่ฟันเทียม
การวิจัยครั้งนี้จึงตั้งวัตถุประสงค์ 3 ประเด็นเพื่อ
1) ประเมินคุณภาพฟันเทียมและการดูแลรักษาฟันเทียม
2) ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการฟันเทียม
3) ประเมินสภาวะช่องปากที่ได้รับผลกระทบจาก
การใส่ฟันเทียม และ 4) ประเมินคุณภาพชีวิต
ในมิติสุขภาพช่องปากของผู้รับบริการภายหลังการ
ใส่ฟันเทียม

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง
(Cross-Sectional Survey Research) เก็บรวบรวม
ข้อมูลโดย

ประชากรในการสำรวจครั้งนี้คือ ผู้ที่มารับ
บริการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล จำนวน 4 แห่งได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลแวงน่าง ลาดพัฒนา หัวนาคำ และหนอง
โน ในเขตอำเภอเมือง มหาสารคาม

กลุ่มตัวอย่างได้รับการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) เป็นผู้รับบริการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 4 แห่ง ระหว่าง พ.ศ. 2556–2558 2) ใส่ฟันเทียมไปแล้วมากกว่า 6 เดือน 3) สามารถสื่อสารภาษาเข้าใจกันและตอบแบบสัมภาษณ์ได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา โดยมีผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 137 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้จากแบบประเมินคุณภาพบริการและความพึงพอใจผู้สูงอายุที่รับบริการใส่ฟันเทียม ออกแบบโดยสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและความครอบคลุมวัตถุประสงค์ โดยทันตแพทย์ผู้มีความชำนาญงานจำนวน 1 ท่าน และทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาหลังปริญญา สาขาทันตกรรมประดิษฐ์ จำนวน 2 ท่าน และ 2) แบบประเมินผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ด้วย The Oral Impacts on Daily Performances Index (OIDP) โดยแต่ละกิจกรรมจะมีค่า 0-25 คะแนน คิดค่าคะแนนรวม (OIDP score) ของ 8 กิจกรรม เท่ากับ 200 คะแนน จากนั้นนำมาหาร 2 จะได้คะแนนอยู่ระหว่าง 0-100 แสดงผลการประเมินเป็น 3 ระดับ (10) โดย OIDP score คะแนน 0 แปลผลว่าไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก คะแนน 0-10 แปลผลว่ามี

ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากน้อย และ คะแนนมากกว่า 10 แปลผลว่ามีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากมาก โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติงานประจำใน รพ.สต. ทั้ง 4 แห่งเป็นผู้สัมภาษณ์ที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลที่เก็บรวบรวม เมื่อตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล ที่ผ่านการสัมภาษณ์แล้ว จะนำไปบันทึกลงโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสัมภาษณ์มีจำนวน 137 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57 มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 67.2 จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.1 และประกอบอาชีพเกษตรกรหรือแม่บ้าน เป็นหลัก คิดเป็นร้อยละ 62.0 หากพิจารณา โรคประจำตัวในกลุ่มตัวอย่างพบว่า โรคความดันโลหิตสูงพบมาก รองลงมา ได้แก่ โรคกระดูก และโรคเบาหวาน ตามลำดับ (จำนวน 59, 53 และ 48 คน) และพบว่าผู้ไม่มีโรคประจำตัวมีอยู่ ร้อยละ 42.3 (58 คนใน 137 คน) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกโรคประจำตัว (อาจมากกว่า 1 โรค)

ลักษณะประชากร	จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มี โรค	โรคประจำตัว (อาจมากกว่า 1 โรค)						
			หัวใจ	ความดัน โลหิตสูง	เบาหวาน	ไต	กระดูก	ตับ	อื่นๆ
เพศ									
ชาย	59 (43.0)	28	1	28	15	-	20	1	8
หญิง	78 (57.0)	30	3	31	23	1	33	-	9
รวม	137 (100)	58	4	59	48	1	53	1	17
กลุ่มอายุ									
< 60 ปี	45 (32.8)	39	-	6	2	-	6	-	2
> 60 ปี	92 (67.2)	19	4	53	46	1	47	1	15
รวม	137 (100)	58	4	59	48	1	53	1	17
ระดับการศึกษา									
ไม่ได้เรียน	3 (2.2)	-	1	1	-	-	1	-	1
ประถมศึกษา	107(78.1)	47	3	54	44	1	47	1	9
มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	24 (17.5)	9	-	3	3	-	5	-	7
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3 (2.2)	2	-	1	1	-	-	-	-
รวม	137 (100)	58	4	59	48	1	53	1	17
การประกอบอาชีพ									
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12 (8.8)	3	1	5	2	1	1	-	6
เกษตรกร/แม่บ้าน	85 (62.0)	33	2	45	38	-	43	-	7
ข้าราชการบำนาญ	3 (2.2)	2	-	1	1	-	-	-	-
อื่นๆ	37 (27.0)	20	1	8	7	-	9	1	4
รวม	137 (100)	58	4	59	48	1	53	1	17

2. คุณภาพพื้นที่เฝ้าระวังหลังการใช้งานและการดูแลรักษาพื้นที่เฝ้าระวัง

เมื่อพิจารณาแยกรายละเอียดพื้นที่เฝ้าระวังพบว่าพื้นที่เฝ้าระวังมากกว่า 16 ซี่ขึ้นไปอยู่มากที่สุด รองลงมาเป็นพื้นที่เฝ้าระวังจำนวน 1-16 ซี่ จำนวน 48 และ 38 หรือคิดเป็นร้อยละ 56.9 และ 27.7 ตามลำดับ โดยพื้นที่เฝ้าระวังทั้ง 4 ชนิด พบว่าส่วนใหญ่ใส่เพื่อใช้ทั้งเคี้ยวอาหารและความสวยงาม รองลงมาใส่เพื่อความสวยงามเท่านั้น คิดเป็นร้อยละ 78.9 และ 15.3 ตามลำดับ มีบางส่วนไม่ใส่พื้นที่เฝ้าระวัง คิดเป็นร้อยละ 2.9 (ตารางที่ 2)

ด้านความพึงพอใจต่อฟันเทียมที่ใส่ พบว่า ส่วนใหญ่พึงพอใจระดับ ปานกลาง (ร้อยละ 90.9) และ มาก (ร้อยละ 5.6) ตามลำดับ มีผู้ไม่พึงพอใจต่อฟันเทียมที่ใส่จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.7) (แผนภูมิที่ 1)

ด้านการใส่ฟันเทียมตามช่วงเวลา พบว่า มี ผู้ใส่เฉพาะกลางวัน อยู่ร้อยละ 91.0 หากพิจารณาใน การทำความสะอาดฟันเทียมใส่ฟันเทียม พบว่าส่วนใหญ่ทำความสะอาดวันละ 1 ครั้ง อยู่ร้อยละ 85.7 รองลงมาทำความสะอาดทุกครั้งหลังอาหาร ร้อยละ 8.3 (ตารางที่ 3)

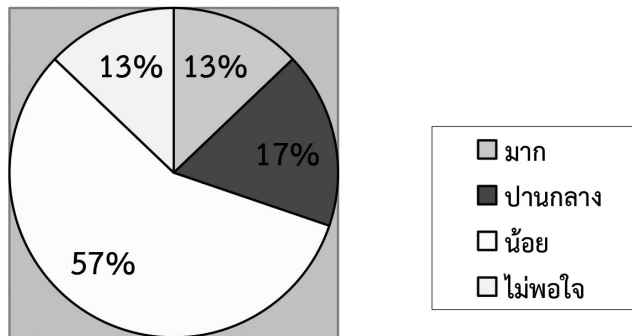
ด้านปัญหาของฟันเทียมที่สวมใส่พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา (ร้อยละ 69.2) รองลงมาได้แก่

หลวม กัดเนื้อเยื่อในช่องปากเป็นแผล ส่วนแตกหัก และเคี้ยวอาหารไม่ละเอียด อย่างละเท่ากัน เท่ากับ ร้อยละ 23.3, 3.1, 2.2 และ 2.2 ตามลำดับ ด้านการยึดอยู่ ความเสถียร และความบกพร่องชำรุด พบว่าการยึดอยู่โดยการอำปากกว้างแล้วไม่หลุดพบ ว่าฟันเทียมบน มากกว่าฟันเทียมล่าง คิดเป็นร้อยละ 87.2 และ 78.8 ความเสถียรโดยไม่ขยับหรือหลุด ของฟันเทียมพบว่า ฟันเทียมล่างมีความเสถียรมากกว่า ฟันเทียมล่าง คิดเป็นร้อยละ 81.9 และ 80.5 ในส่วน ความบกพร่องและการชำรุด พบว่าฟันเทียมและฟัน เทียมล่างไม่พบความบกพร่องและการชำรุด อยู่ร้อยละ 87.2 และ 81.9 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ใส่ฟันเทียมแยกตามประเภทฟันเทียมและการใช้งาน

ชนิดของฟันเทียม	การใช้งาน จำนวน (ร้อยละ)				รวม
	ใช้เคี้ยวอาหาร เท่านั้น	ใส่เพื่อ ความสวยงาม เท่านั้น	ใช้เคี้ยวอาหาร และเพื่อ ความสวยงาม	ไม่ได้ใส่	
ฟันเทียมทั้งปาก ทั้งบนและล่าง	1	1	5	1	8 (5.8)
ฟันเทียมทั้งปาก เฉพาะบนหรือล่าง	-	1	11	2	13 (9.6)
ฟันเทียมมากกว่า 16 ซี่ขึ้นไป	3	16	58	1	78 (56.9)
ฟันเทียมจำนวน 1-16 ซี่	-	3	35	-	38 (27.7)
รวม	4 (2.9)	21 (15.3)	109 (78.9)	4 (2.9)	137 (100)

แผนภูมิที่ 1 จำนวนและร้อยละของความพึงพอใจต่อฟันเทียมที่ใส่



ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ใส่ฟันเทียมแยกตามช่วงเวลาและจำนวนครั้งในการทำความสะอาดฟันเทียม

ช่วงเวลาในการ ใส่ฟันเทียม	จำนวนครั้งในการทำ ความสะอาดฟันเทียม				
	ทุกครั้งหลังอาหาร	วันละ 1 ครั้ง	ไม่ทำความสะอาดเลย	อื่นๆ	รวม
ใส่เฉพาะกลางวัน	11 (9.1)	108 (89.3)	1 (0.8)	1 (0.8)	121(91.0)
ใส่ทั้งวันทั้งคืน	-	6 (50.0)	3 (25.0)	3 (25.0)	12 (9.0)
รวม	11 (8.3)	114 (85.7)	4 (3.0)	4 (3.0)	133 (100)

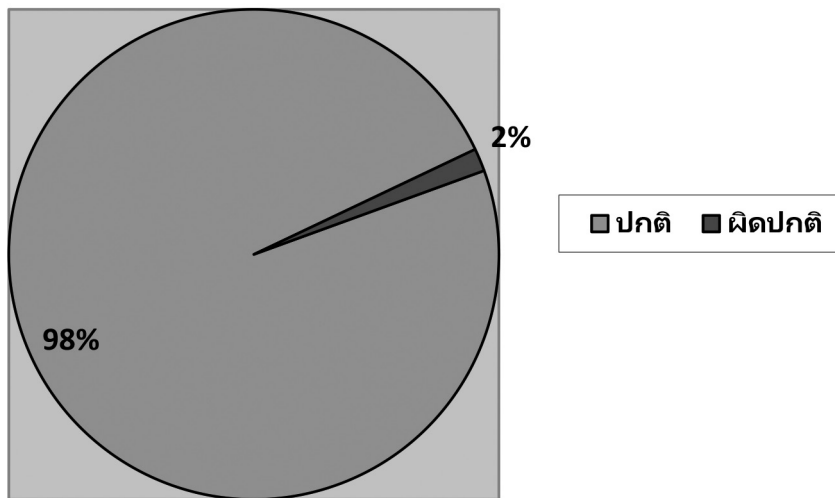
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละในด้านการยึดอยู่ ความเสถียร และความบกพร่องซ้ำรูดจากการตรวจฟันเทียม

คุณภาพฟันเทียม	ฟันเทียมบน		ฟันเทียมล่าง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการยึดอยู่				
ไม่ได้ใส่ฟันเทียม	12	9.0	19	14.3
ฟันเทียมไม่หลุดเมื่ออ้าปากกว้าง	116	87.2	105	78.8
ฟันเทียมหลุดเมื่ออ้าปาก	5	3.8	9	6.8
รวม	133	100	133	100
ด้านความเสถียร				
ไม่ได้ใส่ฟันเทียม	12	9.0	19	14.3
ฟันเทียมไม่ขยับหรือหลุด	107	80.5	109	81.9
ฟันเทียมขยับหรือหลุดออก	14	10.5	5	3.8
รวม	133	100	133	100
ความบกพร่องและการซ้ำรูด				
ไม่ได้ใส่ฟันเทียม	12	9.0	19	14.3
ไม่พบความบกพร่องและการซ้ำรูด	116	87.2	109	81.9
พบความบกพร่องและการซ้ำรูด	5	3.8	5	3.8
รวม	133	100	133	100

3. การตรวจสภาวะช่องปากภายหลังการใส่ฟันเทียม โดยการตรวจความผิดปกติภายในช่องปาก พบว่ามีสภาวะเนื้อเยื่อในช่องปากปกติ ถึงร้อยละ 98.5 และพบว่ามีผู้ใส่ฟันเทียม จำนวน 2

ราย มีพบความผิดปกติของเนื้อเยื่อชนิดเนื้อเยื่อนุ่ม (Flabby tissue) และช่องปากอักเสบจากฟันเทียม (Denture stomatitis) อย่างละ 1 ราย (แผนภูมิที่ 2)

แผนภูมิที่ 2 จำนวนและร้อยละตามบันทึกตรวจสภาวะเนื้อเยื่อในช่องปากที่เกิดจากการใส่ฟันเทียม



4. ด้านผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OIDP) ในผู้ใส่ฟันเทียมทุกประเภท พบว่า ร้อยละ 75.9 ของผู้สูงอายุไม่ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ร้อยละ 14.3 ของผู้สูงอายุได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตน้อย และร้อยละ 9.8 ของผู้สูงอายุได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมาก โดยมีค่าเฉลี่ย OIDP เท่ากับ 5.23 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของระหว่างฟันเทียมกับคุณภาพชีวิตในมิติ

สุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม มีสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) (ตารางที่ 5) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของระหว่างคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม กับประเภทของลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา และอาชีพ ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของระดับผลกระทบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OIDP) ในแต่ละประเภทฟันเทียม

ค่า OIDP score	Subjects with different denture type				รวม	p-value*
	Full denture	Single denture	Denture >16 teeth	Denture 1-16 teeth		
0 (ไม่มีผลกระทบ)	3 (37.5)	5 (38.6)	69 (88.5)	24 (63.1)	101(75.9)	< 0.001
0-10 (มีผลกระทบน้อย)	3 (37.5)	4 (30.7)	8 (10.2)	6 (15.9)	19 (14.3)	
มากกว่า 10 (มีผลกระทบมาก)	2 (25.0)	4 (30.7)	1(1.3)	8 (21.0)	13 (9.8)	
รวม	8 (100)	13 (100)	78 (100)	38 (100)	133(100)	-

หมายเหตุ ค่าเฉลี่ย OIDP score เท่ากับ 5.23 ± 4.39

*p-value เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มค่า OIDP score = 0 และค่า OIDP score > 0

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของระดับผลกระทบของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก(OIDP) ในแต่ละประเภทของลักษณะประชากร

ประเภท	ลักษณะประชากร	จำนวน	ค่า OIDP score			p-value*
			0	มากกว่า 0-10	มากกว่า 10	
เพศ	เพศชาย	59	45	9	5	0.143
	เพศหญิง	74	56	10	8	
อายุ	กลุ่มอายุ <60 ปี	45	30	11	4	0.098
	กลุ่มอายุ >60 ปี	88	75	8	9	
การศึกษา	ไม่ได้เรียน	3	2	1	-	0.067
	ประถมศึกษา	103	80	13	10	
	มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	24	16	5	3	
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3	3	-	-	
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12	9	2	1	0.462
	เกษตรกร/แม่บ้าน	81	63	11	7	
	ข้าราชการบำนาญ	3	2	1	-	
	อื่นๆ	37	27	5	5	

หมายเหตุ *p-value เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มค่า OIDP score = 0 และค่า OIDP score > 0

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คล้ายกับการศึกษาของเบญจมาศ สือพัฒน์ธิดา⁽¹¹⁾ และนิตยา เจริญกุล⁽¹²⁾ ที่พบว่าผู้รับบริการใส่ฟันเทียมเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้เชื่อว่าการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและการให้ความสำคัญต่อสุขภาพในเพศหญิง ต่างกับการศึกษาของบุญเกียรติ วัฒนเรืองรอง⁽³⁾ ที่พบว่าเพศชายและเพศหญิงเข้ารับบริการใส่ฟันเทียมใกล้เคียงกันและไม่มีผลต่อการเข้าถึงบริการโครงการฟันเทียมพระราชทาน ขณะที่การศึกษาของบังอร กล้าสุวรรณ และปิยะนุช เอกก้านตรง⁽¹³⁾ พบว่าการเข้ารับบริการใส่ฟันเทียมเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะเป็นข้อมูลครอบคลุมประชากรกลุ่มตัวอย่างมากถึง 7 จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จึงเป็นข้อพิจารณาในการจัดบริการครั้งต่อไปให้ประชาสัมพันธ์ส่งเสริมให้ผู้รับบริการเพศชายเข้าร่วมให้มากขึ้นกว่านี้ หากพิจารณา โรคประจำตัวพบว่าเรียงลำดับจากมากไปน้อยได้แก่โรคความดันโลหิตสูง โรคกระดูก และโรคเบาหวาน ตามลำดับ ใกล้เคียงกับศึกษาของบุญเอื้อ ยงวานิชกร สุณี ผลดีเยี่ยม และ สุพรรณิ สุคันธวานิช⁽¹⁴⁾ พบว่าผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมตามจำนวนโรคที่พบ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคตา โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคในช่องปากและกระดูก ตามลำดับ ซึ่งพบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดเช่นกัน เป็นข้อคิดพิจารณาถึงการ จัดบริการทันตกรรมร่วมบริการทางการแพทย์ หากมี ผู้รับบริการทันตกรรมมีความชุกของโรคบางโรคมาก เพื่อประโยชน์ต่อผู้รับบริการไม่เสียเวลาขณะรอรับ บริการทันตกรรม

ถ้าพิจารณาวัตถุประสงค์ในการใส่ฟันเทียมของกลุ่มตัวอย่างพบว่าร้อยละ 78.9 เป็นการใส่เพื่อบดเคี้ยวอาหารและความสวยงาม คล้ายกับการศึกษาของเบญจมาศ สือพัฒน์ธิดา⁽¹¹⁾ และการศึกษาของสุชาดา ธิมาพันธุ์ และ พีรวิทย์ พาดิ⁽¹⁵⁾ จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบการใส่ฟันเทียมเพื่อความสวยงาม ร้อยละ 15.3 และใส่ฟันเทียมเพื่อบดเคี้ยวอาหารอย่างเดียว ร้อยละ 2.9 ในผู้ใส่ฟันเทียมทั้งปาก บนและล่าง และผู้ใส่ฟันเทียมมากกว่า 16 ซี่ขึ้นไป เท่านั้น ในกลุ่มดังกล่าวจำเป็นต้องพิจารณาค้นหา แก้ไขปัญหาและส่งเสริมความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการใส่ฟันเทียม ที่ถูกต้องในโอกาสต่อไป ในส่วนของความพึงพอใจต่อฟันเทียมที่ใส่ พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 90.9 พึงพอใจระดับปานกลาง รองลงมาพึงพอใจระดับมาก ร้อยละ 5.6 ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาอื่นๆ(11,13,15) ที่พบว่า ผู้ใส่ฟันเทียมพึงพอใจระดับมาก ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการศึกษาดังกล่าวเป็นการให้บริการใส่ฟันเทียมทั้งปากในโครงการฟันเทียมพระราชทาน ผู้รับบริการมีความสำคัญมากต่อใส่ฟันเทียม และวิธีการเก็บข้อมูลถึงความพึงพอใจอาจแตกต่างกัน เนื่องจากการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ใส่ฟันเทียมมากกว่า 16 ซี่

หากพิจารณาถึงการช่วงเวลาการใส่และการดูแลรักษาฟันเทียม พบว่า ผู้ใส่ฟันเทียมเฉพาะกลางวันร้อยละ 91.0 และเป็นการทำความสะอาดล้างวันละครั้ง อยู่ ร้อยละ 85.7 สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ สือพัฒน์ธิดา⁽¹¹⁾ พบว่ามีผู้สูงอายุถอดฟันเทียมขณะนอนตอนกลางคืนร้อยละ 75.4 และถอดฟันเทียมแช่น้ำ ร้อยละ 70.3 แสดง

ถึงผู้รับบริการยังมีความเข้าใจที่ถูกต้องต่อช่วงเวลา การถอดใส่และการดูแลรักษาฟันเทียม ในส่วนการ ตรวจคุณภาพฟันเทียมด้านการยึดอยู่ของฟันเทียม พบว่าร้อยละของการยึดอยู่และความเสถียรภาพของ ฟันเทียมบนและล่างมากกว่าการศึกษาของพิมพิวิภา เศรษฐวรพันธุ์ ทรงชัย จิตโสสมกุล และ ไพฑูรย์ ดาว สดใส⁽¹⁶⁾ ทั้งนี้การศึกษาค้างนี้เกิดจากกลุ่มตัวอย่าง ใส่ฟันเทียมถอดได้ตั้งแต่ 1-16 ปี จนถึง ฟันเทียมทั้ง ปาก ขณะที่การศึกษาค้างก่อนเป็นผู้ใส่ฟันเทียมทั้ง ปากเท่านั้น ดังนั้นในการศึกษาค้างต่อไปควรจะต้อง มีการจัดกลุ่มฟันเทียมตามจำนวนฟันที่ใส่เพื่อศึกษา เปรียบเทียบการยึดอยู่และเสถียรภาพของฟันเทียม ในส่วนความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับ ประเมินผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่อง ปากต่อชีวิตประจำวัน ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าไม่มี นัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ต่างจากการ ศึกษาของดวงพร ศิริเทพมนตรี⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าอายุเป็น ปัจจัยหนึ่งที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ช่องปากต่อชีวิตประจำวัน อาจเกิดจากการศึกษา ในกลุ่มอายุและประเภทฟันเทียมที่แตกต่างกัน และ หากเปรียบเทียบผู้ใส่ฟันเทียมทุกประเภทพบว่า ร้อย ละ 75.9 ไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ช่อง สอดคล้องกับการศึกษาของปรารธนา อุผลเอิบ และคณะ² ที่พบว่าผู้ใส่ฟันเทียมมีคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับสูง ในการประเมินผลกระทบต่อคุณภาพ ชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากต่อชีวิตประจำวัน (OIDP) ในผู้ใส่ฟันเทียมแต่ละประเภท พบว่า ผู้ที่ได้รับ ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต หมายถึงค่า OIDP score > 0 ขึ้นไป เรียงจากมากไปน้อยดังนี้ ฟันเทียมทั้ง ปากทั้งบนและล่าง (ร้อยละ 62.5) ฟันเทียมทั้งปาก

เฉพาะบนหรือล่าง (ร้อยละ 61.4) ฟันเทียมจำนวน 1-16 ปี (ร้อยละ 36.9) และฟันเทียมมากกว่า 16 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 11.5) ตามลำดับ ขัดแย้งกับการ ศึกษาของพัชรารวรรณ ศรีศิลป์นันท์ และคณะ⁽¹⁸⁾ พบว่า ผู้ที่ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ โดยในกลุ่มฟันเทียมบางส่วนถอดได้ (ร้อยละ 31.7) มากกว่าฟันเทียมทั้งปากทั้งบนและล่าง (ร้อยละ 28.3) ทั้งนี้อาจเกิดจากการศึกษาค้างนี้ มีความแตกต่าง ของอายุมาก (45-82 ปี) ทำให้ความรู้สึก ความคาดหวังของผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตจึงแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. กลุ่มตัวอย่างมีการใช้งานฟันเทียมเพื่อ ความสวยงามเท่านั้น จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 15.3 และไม่ใส่ฟันเทียม จำนวน 2 คน คิดเป็น ร้อยละ 2.9 (ตารางที่ 2) ทันตแพทย์ผู้ให้บริการจะ ต้องดำเนินการหาสาเหตุของปัญหาและแก้ไขปัญหา ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างนี้อย่างจริงจัง และดำเนินการ แก้ไขปัญหาเพื่อให้การบริการฟันเทียมในครั้งนี ได้บรรลุเป้าหมายตามที่ได้วางไว้

2. จากข้อมูลการดูแลและการรักษาความ สะอาดฟันเทียม พบว่าไม่เคยทำความสะอาดฟัน เทียมเลยหลังรับประทานอาหาร จำนวน 4 คน คิด เป็นร้อยละ 3.0 (ตารางที่ 3) ทันตแพทย์ต้องดำเนินการ ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแล และการรักษาความ สะอาดฟันเทียมแก่ผู้มารับบริการทันที และควร แนะนำญาติในครอบครัวเพื่อช่วยร่วมดูแลด้วย

3. จากข้อมูลสถานภาพการใส่ฟันเทียมของ กลุ่มตัวอย่างที่พบปัญหาในการใส่ฟันเทียม จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 30.8 (แผนภูมิที่ 2) ซึ่งปัญหา

ที่พบได้แก่ ฟันเทียมหลวม แดงหัก กัดเนื้อเยื่อในช่องปากจนเป็นแผล และเคี้ยวอาหารไม่ละเอียด ทันตแพทย์ต้องรับดำเนินการหาสาเหตุของปัญหา และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นโดยด่วน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ที่มารับบริการจะได้มีทัศนคติที่ดีต่อการบริการใส่ฟันเทียม และสามารถใช้งานฟันเทียมได้

4. ในครั้งนี้ศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก โดยใช้แบบสำรวจสุขภาพ ODP ซึ่งเป็นแบบสำรวจคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ต้องอาศัยการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนั้นผู้สัมภาษณ์จะต้องได้รับการชี้แจง หรืออบรมการใช้แบบสำรวจอย่างเข้มข้น ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริงให้มากที่สุด ในการศึกษาต่อไป ควรใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตตามสุขภาพช่องปากเฉพาะสำหรับการบริการฟันเทียมชนิดอื่น ๆ เช่น GOHAI หรือ OHIP จะได้นำมาเปรียบเทียบกันได้ต่อไป

5. การศึกษานี้ศึกษาเฉพาะการให้บริการฟันเทียมเท่านั้น ดังนั้นในการศึกษาในครั้งต่อไป น่าจะศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้รับบริการฟันเทียมด้วย เช่น ภาวะโรคที่เป็นร่วม แบบแผนการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ หรือกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคเรื้อรัง ทั้งนี้เนื่องจากโรคเรื้อรังเองจะส่งผลต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุด้วย

6. ตัวแปรบางตัวไม่สามารถควบคุมได้ และอาจส่งผลต่อข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ เช่น อิทธิพลระหว่างบุคคล ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางการแพทย์ หรือทางครอบครัว และการเก็บข้อมูลด้วยวิธีสัมภาษณ์ ไม่สามารถสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่แท้จริงได้ เนื่องจากข้อจำกัดในด้านเวลา และงบประมาณ ก็เป็นส่วนหนึ่งในการพิจารณาวางแผนการวิจัยในครั้งต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แวงนาง ลาดพัฒนา ห้วยน้ำคำ และหนองโน อำเภอเมืองมหาสารคาม ที่มีส่วนร่วมในการจัดบริการทันตกรรมตลอดจนรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณ ทันตแพทย์ ดร.เพ็ญแข ลาภยิ่ง สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ที่กรุณาให้คำปรึกษาและแนะนำการเขียนบทความวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. นวลนิตย์ บุตรดีสุวรรณ. ผลสำรวจสภาวะทันตสุขภาพปี 2558. เอกสารเสนอต่อที่ประชุมประจำเดือน หัวหน้างานทันตสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม; ธันวาคม 2558.
2. ประรณนา ฮัผลเอิบ, อาทิตยา เจริญสุขเกษม, ปุณทริกา การกลสิขวิธิ. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมและไม่ใส่ฟันเทียม ในจังหวัดอ่างทอง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2551;38(3):416-26.
3. บุญเกียรติ วัฒนเรืองรอง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงโครงการฟันเทียมพระราชทาน สำหรับผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2551;38(3):396-406.
4. Sinavarat P, Ruchuwarak P. A follow-up study in complete denture wearer : 3-5 years after treatment. Mahidol Dent J 1997;17 :61-8.
5. วิษณุจันต์ วัฒนธนิ. ตำราวิชาหลักฟันปลอมถอดได้ ตอน ๑ [เข้าถึงเมื่อ 17 กค. 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.dent.chula.ac.th/files/Invent/RemProsthReview1.pdf>
6. ตระกลเมฆณารัชนานนท์. วิชา Rem Part Dent IV [เข้าถึงเมื่อ 17 กค. 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.pioneer.netserv.chula.ac.th/~mtrakol/download/followup>
7. สุดาตวง กฤษณาพงษ์. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
8. สุดาตวง เกร็นพงษ์. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก: ตอนที่ 2 ดัชนีสำหรับผู้ใหญ่. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2550;16(1):306-317.
9. เศรษฐพล เจริญธัญรักษ์, จิราพร เขียวอยู่, วิลาวัลย์ วีระอาชากุล. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน: กรณีศึกษาในเขตอำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู. ศรีนครินทร์เวชสาร 2559;29(4):339-44.
10. รัตนา จันทร. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในคลินิกทันตกรรม. วารสารวิชาการเขต 12 2559;27(1):41-7.
11. เบญจมาศ สือพัฒน์ธิดา. ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตภายหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปากในโครงการฟันเทียมพระราชทานที่โรงพยาบาลโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2556;18(1):36-48.
12. นิตยา เจริญกุล. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ใช้บริการทันตกรรม: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2557;7(3):17-30.
13. บังอร กล้าสุวรรณ, ปิยะนุช เอกก้านตรง. ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อโครงการฟันเทียมพระราชทาน เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 10 และ 12 [เข้าถึงเมื่อ 17 กค. 2559]. เข้าถึงได้จาก: http://dental.anamai.moph.go.th/elderly/paper/paper.php?id_a_1=140
14. บุญเอื้อ ยงวานิชกร, สุนิ ผลดีเยี่ยม, สุพรรณิ สุกันวารานิล. การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและการส่งเสริมสุขภาพทันตสุขภาพโดยทีมสุขภาพชุมชนใน 3 อำเภอ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2554;34(1):58-69.

15. สุชาดา ธิมาวุฒ์พันธุ์, พีรวิทย์ พาดิ. ความพึงพอใจในการใส่ฟันเทียมในโครงการฟันเทียมพระราชทานของจังหวัดร้อยเอ็ด ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2549. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2551;13(1):88-95.
16. พิมพ์วิภา เศรษฐวรพันธุ์, ทรงชัย ฐิตโสมกุล, ไพฑูรย์ ดาวสดใส. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก และความสัมพันธ์กับคุณภาพฟันเทียมและประสิทธิภาพการบดเคี้ยว ที่ประเมินด้วยดัชนี OHIP-EDENT ในรูปแบบภาษาไทย. วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์ 2557;64(1):27-46.
17. ดวงพร ศิริเทพมนตรี. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุหลังการใส่ฟันเทียมพระราชทาน. วชิรเวชสาร 2551;52(1):39-47.
18. พิชรารวรรณ ศรีศิลป์นันท์, นฤมล คอวนิช, สุธาเจียมณิชาติชัย, สุปราณีดาโลดม, นนทลีวีรัชย์, วรานา เวชวิธ. รายงานวิจัย เรื่อง ผลของการใส่ฟันเทียมต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต. เชียงใหม่: พงษ์สวัสดิ์การพิมพ์; 2553.

คำแนะนำในการส่งบทความลงตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9

วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นวารสารที่เผยแพร่ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และความรู้ด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และการสาธารณสุข รวมถึงข่าวสารการดำเนินงานของศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมาและภาคีเครือข่าย ดังนั้น จึงใคร่ขอเชิญชวนให้ท่านส่งบทความที่ยังไม่เคยเผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน ลงตีพิมพ์ในวารสาร โดยทุกบทความจะได้รับการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่ตรงกับบทความอย่างน้อย 2 ท่าน เพื่อให้การนำเสนอบทความวิชาการในวารสารเป็นไปในทิศทางเดียวกัน กองบรรณาธิการจึงได้กำหนดขั้นตอนและรูปแบบของการส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารดังนี้

ประเภทของบทความ

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) คือบทความที่เป็นรายงาน ผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัยของผู้เขียนที่เกี่ยวข้องกับวิชาการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ควรประกอบด้วยหัวข้อเรื่องตามลำดับดังนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปและอภิปรายผล ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง อาจมีกิตติกรรมประกาศได้ หากเป็นงานวิจัยที่มีการศึกษาในมนุษย์ ต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว บทความควรมีความยาวไม่เกิน 15 หน้า

บทความปริทัศน์ (Review Article) เป็นบทความจากการทบทวนองค์ความรู้ด้านการแพทย์และการสาธารณสุข โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในประเด็นที่มีความสำคัญ เป็นปัญหาหรือมีนวัตกรรมที่น่าสนใจ ควรประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง บทความควรมีความยาวไม่เกิน 12 หน้า

บทความพิเศษ (Special Article) เป็นบทความประเภทที่บทความปริทัศน์กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความจากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขาที่แสดงถึงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของสาธารณะ ควรประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง (ถ้ามี) บทความควรมีความยาวไม่เกิน 10 หน้า

บทความทั่วไป (General Article) เป็นบทความประเภทความรู้เฉพาะเรื่องที่หยิบยกมานำเสนอโดยเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ หรือนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ ที่ต้องศึกษาต่อหรือศึกษาเสร็จแล้วกำลังเตรียมต้นฉบับสมบูรณ์ รายงานความก้าวหน้าของโครงการ รายงานผลการศึกษาวิจัยโดยสังเขป หรือเป็นบทความที่มีประเด็นที่ได้รับความสนใจอยู่ในปัจจุบัน ควรประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง (ถ้ามี) บทความควรมีความยาวไม่เกิน 8 หน้า

ปกิณกะ (Miscellany) เป็นบทความเบ็ดเตล็ดที่มีความหลากหลาย อาทิเช่น บทความน่ารู้ ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะทั่วไป รวมทั้งเรื่องแปลจากบทความวิชาการที่น่าสนใจในภาษาต่างประเทศ โดยต้องมีการขอลิขสิทธิ์ก่อน บทความควรมีความยาวไม่เกิน 5 หน้า

บทวิจารณ์หนังสือ (Book Review) เป็นงานเขียนบทความที่วิพากษ์วิจารณ์เนื้อหาสาระ คุณค่า และคุณภาพของหนังสือ รายงาน หรือบทความ เพื่อนำไปสู่การเรียนรู้และต่อยอด บทความควรมีความยาวไม่เกิน 3 หน้า

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อรับการพิจารณาลงตีพิมพ์

1. ต้นฉบับที่ส่งมาลงตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 **ต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นหรือกำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารอื่น**

2. ต้นฉบับให้พิมพ์โดยใช้ชุดอักษร (Font) สไตล์ TH SarabunPSK ขนาดตัวอักษร 16 Point ตลอดทั้งบทความ จัดพิมพ์ในโปรแกรม Word แบบไม่เว้นบรรทัด ในกระดาษขนาด A-4 เว้นขอบขนาด 1 นิ้ว (2.54 ซม.) ทั้งสี่ด้าน ใส่หมายเลขหน้าที่มุมขวาด้านล่าง

3. องค์ประกอบของนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) ประกอบด้วย

3.1 ชื่อเรื่อง (Title) ควรสั้นกะทัดรัดให้ได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องควรมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 ชื่อผู้เขียน (Authors' Names) ชื่อและนามสกุลทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษของผู้เขียนทุกคน พร้อมตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) ชื่อย่อของปริญญาที่ได้รับ และระบุสถาบัน/หน่วยงานที่สังกัดอยู่ กรณีมีเจ้าของผลงานจากต่างสถาบัน/หน่วยงาน ให้ใส่หมายเลขและแสดงรายละเอียดด้านล่าง

3.3 บทคัดย่อ (Abstract) ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ รูปแบบการวิจัย สถานที่ทำวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย ช่วงเวลาที่ทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย และสรุปผลการวิจัย อาจเขียนเป็นหัวข้อ หรือเขียนต่อกันเป็นความเรียงเลยก็ได้ แต่ต้องให้กระชับ ไม่ต้องมีการอ้างอิง และไม่ควรเกิน 1 หน้ากระดาษ

3.4 บทนำ (Introduction) อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย อาจมีการศึกษา ค้นคว้างานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์การวิจัย และ/หรือ สมมติฐานการวิจัย และ/หรือ คำถามการวิจัย และขอบเขตการวิจัย หากบทความใช้คำย่อ ต้องเขียนคำเต็มไว้ในครั้งแรกก่อน

3.5 วิธีดำเนินการวิจัย หรือ ขั้นตอนการวิจัย (Research Methodology) อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยและรูปแบบการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล การปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และข้อความที่แสดงว่าการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว

3.6 ผลการวิจัย (Results) นำเสนอสิ่งที่ได้ค้นพบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมแปลความหมายของผลที่ค้นพบและวิเคราะห์ แล้วเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์การวิจัย / สมมติฐานการวิจัย / คำถามการวิจัยที่ระบุไว้ หากใช้ตารางหรือแผนภูมิ ควรอ้างอิงจากเนื้อหาในบทความ และมีหัวข้อของตารางหรือแผนภูมิกำกับ กรณีที่ใช้รูปภาพ ควรใช้รูปที่มีความชัดเจน ขนาดโปสเตอร์ 3X5 นิ้ว และใส่คำอธิบายไว้ใต้รูป หากรูปภาพและแผนภูมินำมาจากแหล่งอื่น ควรอ้างอิงที่มาด้วย

3.7 สรุปและอภิปรายผล (Conclusions and Recommendations) ควรเขียนสรุปโดยอ้างอิงถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย / สมมติฐานการวิจัย / คำถามการวิจัย และอภิปรายผลโดยอ้างอิงกับงานวิจัยและ/หรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

3.8 ข้อเสนอแนะ (Recommendations) เป็นการให้ข้อเสนอแนะจากการวิจัยเพื่อการนำไปใช้และการวิจัยในครั้งต่อไป

3.9 เอกสารอ้างอิง (References) การอ้างอิงต้องปรากฏทั้งในบทความและในส่วนของเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ โดยมีแนวทางดังนี้

หลักการอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Citation Style)¹

การอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์มี 2 แบบ คือ การอ้างอิงที่แทรกในเนื้อหา และการอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่ม การอ้างอิงที่แทรกในเนื้อหา

ระบบการอ้างอิงในทางด้านวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่นิยมใช้ในปัจจุบันจะการใช้การอ้างอิงระบบลำดับหมายเลข โดย

1. ระบุหมายเลขเรียงลำดับกันไปท้ายข้อความหรือชื่อบุคคลที่ใช้อ้างอิงเริ่มจากหมายเลข 1,2,3 ไปตามลำดับที่อ้างก่อนหลัง เป็นเลขอารบิกโดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร โดยให้อยู่ในวงเล็บและใช้ “ด้วย” ตัวอย่างเช่น ⁽¹⁾

2. ทุกครั้งที่มีการอ้างซ้ำจะต้องใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิง และหมายเลขที่ใช้อ้างอิงจะต้องตรงกับหมายเลขของรายการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย

3. สำหรับการอ้างอิงในตารางหรือในคำอธิบายตารางให้ใช้เลขที่สอดคล้องกับที่ได้เคยอ้างอิงมาก่อนแล้วในเนื้อเรื่อง

4. การอ้างอิงจากเอกสารมากกว่า 1 ฉบับต่อเนื่องกันจะใช้เครื่องหมายติงศสงฆ์ (hyphen หรือ -) เชื่อมระหว่างฉบับแรกถึงฉบับสุดท้าย เช่น ⁽¹⁻³⁾ แต่ถ้าอ้างถึงเอกสารที่มีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน จะใช้เครื่องหมายจุลภาค (comma หรือ ,) โดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร เช่น ^(4,6,10)

¹ จาก สำนักหอสมุดกลาง. การอ้างอิงในทางวิทยาศาสตร์ตามระบบแวนคูเวอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. มิถุนายน 2557. เข้าถึงเมื่อ 5 พฤศจิกายน 2558. จาก URL: <http://lib.swu.ac.th/th/images/endnote/forweb%20vancouver0614.pdf>

การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่ม

การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่มหรือที่เรียกว่า “เอกสารอ้างอิง”

1. พิมพ์ตามลำดับการอ้างอิงตามหมายเลขที่ได้กำหนดไว้ภายในวงเล็บที่ได้อ้างถึงในเนื้อหาของ
ปริญญาณิพนธ์ โดยไม่ต้องแยกภาษาและประเภทของเอกสารอ้างอิง

2. พิมพ์หมายเลขลำดับการอ้างอิงไว้ชิดขอบกระดาษด้านซ้าย ถ้ารายการอ้างอิงมีความยาวมากกว่า
หนึ่งบรรทัด ให้พิมพ์บรรทัดถัดไปโดยไม่ต้องย่อหน้า ลักษณะการอ้างอิงจะแตกต่างกันตามชนิดของเอกสาร
ที่นำมาอ้างอิง ดังนี้

****หมายเหตุ:** เครื่องหมาย / ต่อไปนี้ แทนการเว้นวรรค 1 ระยะ

บทความวารสาร

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่ง./ชื่อบทความ./ชื่อย่อของวารสารต่างประเทศ(ถ้าเป็นวารสารภาษาไทย
ให้ใช้ชื่อเต็ม)/ปีที่ตีพิมพ์;เล่มที่พิมพ์(ฉบับที่พิมพ์):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. พิเชฐ สัมปทานกุล,/นิพนธ์ อุดมสันติสุข,/รสสุคนธ์ ศรีพัฒน์วัฒน์./วิธีการเพาะเชื้อแบบง่ายเพื่อ
วินิจฉัยโรคติดเชื้อไมโครแบคทีเรียของต่อมน้ำเหลืองในการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็กทางเซลล์วิทยา; การ
ประเมินคุณค่าและการใช้งาน./จุฬาลงกรณ์เวชสาร./2539;40(5):383-91.

2. Liou GI,Wang M, Matragoon S./Precocious IRBP gene expression during mouse
development./Invest Ophthalmol Vis Sci./1994;35:1083-8.

หนังสือ

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่งหรือบรรณาธิการ./ชื่อหนังสือ./ครั้งที่พิมพ์./สถานที่พิมพ์:/
สำนักพิมพ์;ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

3. Norman IJ,/Redfern SJ,/editors./Mental health care for elderly people./New York:/
Churchill Livingstone;/1996.

วิทยานิพนธ์หรือปริญญาานิพนธ์หรือสารนิพนธ์

การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ต้องระบุคำว่า [dissertation] หรือ [วิทยานิพนธ์หรือปริญญาานิพนธ์หรือสารนิพนธ์ ชื่อย่อของปริญญา สาขาวิชา] ในวงเล็บใหญ่

ตัวอย่าง

4. พงษ์พัฒน์ เวชสิทธิ์.//การศึกษาโปรตีนจากพิษงูแมวเซาที่มีผลต่อการทำงานของไตในหนูขาว/[ปริญญาานิพนธ์วท.ม./สาขาเคมีชีวภาพ].//กรุงเทพฯ:บัณฑิตวิทยาลัย/มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ;/2542.

5. Kaplan SJ.//Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization/[Dissertation Ph.D.Medicine].//St. Louis (MO):Washington Univ.;/1995.

เอกสารอิเล็กทรอนิกส์

ต้องพิมพ์วัน เดือน ปี ที่เปิดดูข้อมูลดังกล่าวด้วย เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวอาจมีการปรับปรุง หรือลบออกจากแฟ้มข้อมูลได้ การเขียนอ้างอิงให้เขียนดังนี้

6. Morse SS.//Factors in the emergence of infectious diseases.//Emerg Infect Dis/[serial online]/1995 Jan-Mar//[cited 1996 Jun 5];1(1):[24 screens].//Retrieved December 25,1999,/from/URL:/http://www.cdc.gov /ncidod/EID/eid.htm

7. LaPorte RE,/Marler E,/Akazawa S,/Sauer F.//The death of biomedical journals. BMJ/[serial online] 1995;310:1387-90.//Retrieved September 26, 1996,/from/URL:/http://www.bmj.com/ bmj/archive/6991 ed2.html

การพิจารณาบทความเพื่อลงตีพิมพ์

เมื่อผู้เขียนบทความจัดทำบทความตามคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเรียบร้อยแล้ว จะมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1. ส่งต้นฉบับที่เป็นไฟล์ Word โดยแนบไฟล์ (Attachment) ส่งมาที่ RHPC9Journal@gmail.com โดยตั้งชื่อเรื่องอีเมลเป็นชื่อต้นฉบับ พร้อมระบุชื่อผู้เขียนคนแรก (First author) หรือผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อ (Corresponding Author) พร้อมสถานที่ทำงาน หมายเลขโทรศัพท์ หมายเลขมือถือ และอีเมลที่ใช้ในการติดต่อประสานงานในเนื้อหาบทความในอีเมล

2. กองบรรณาธิการจะพิจารณาความสอดคล้องของบทความที่ส่งมากับวัตถุประสงค์ของวารสารในเบื้องต้น รวมถึงความครบถ้วนของบทความ แล้วตอบกลับทางอีเมล หากเจ้าของบทความไม่ได้รับอีเมลติดต่อกลับหลังจากส่งมาเป็นเวลานานเกิน 1 สัปดาห์ กรุณาติดต่อกองบรรณาธิการตามหมายเลขโทรศัพท์/อีเมลตามรายละเอียดด้านล่าง

3. บทความทุกฉบับที่ผ่านการพิจารณาในเบื้องต้น จะได้รับการประเมินคุณภาพจากกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน ในระบบ Double-blinded system ในลำดับต่อไป

4. ผลการประเมินคุณภาพจากกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย ก) รับลงตีพิมพ์โดยไม่ต้องแก้ไข ข) รับลงตีพิมพ์โดยมีข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไข และ ค) ไม่รับลงตีพิมพ์ หากต้องมีการแก้ไข กองบรรณาธิการจะติดต่อเจ้าของบทความ เพื่อดำเนินการแก้ไขให้เรียบร้อยตามคำแนะนำของกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิก่อน จึงจะสามารถลงตีพิมพ์ได้

5. เมื่อผลงานได้รับการตีพิมพ์ ผู้เขียนคนแรก/ผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อ จะได้รับวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ฉบับที่บทความได้รับการลงตีพิมพ์ จำนวน 2 ฉบับ

6. บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ถือเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง กองบรรณาธิการมีสิทธิ์ที่จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสมได้ และผลการพิจารณาของกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิถือเป็นที่สุด

ติดต่อ
วารสารศูนย์อนามัยที่ 9

ส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์:
RHPC9Journal@gmail.com

บรรณาธิการ: ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี
DoctorSinsakchon@gmail.com

ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
โทรศัพท์ 0-4430-5131, 0-4430-5134 โทรสาร 0-4429-1506
เว็บไซต์ <http://hpc9.anamai.moph.go.th/>

วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
Regional Health Promotion Center 9 Journal

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยของนักวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อเผยแพร่ความรู้ และวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนทัศนคติ ข้อคิดเห็น ข่าวสารและเป็นสื่อสัมพันธ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ที่ปรึกษา

นายแพทย์สุเทพ เพชรமாக
นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา

รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๙ นครราชสีมา

บรรณาธิการ

ดร. สิ้นศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.ธนิดา ผาติเสนาะ
ผศ.ดร.ประพัฒน์ เป็นตามวา
ดร.สุภาพร วรรณสันทัด
ดร.วิไลพร รังควัต
ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์

รัชนี บุญเรืองศรี
ชนิษฐา ดีเริ่ม
ประดับ ศรีหมื่นไวย
อรสา โนนทอง

ฝ่ายจัดการ

จิรภา ผ่องแผ้ว, นิตยา สาสวน, ทวี ลนขุนทด, แสงจันทร์ จงนอก,
ทรรศนีย์ พรโสภิน, กรรณิการ์ จันทร์ส่อง

สำนักงานวารสาร

ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา 177 ม.6 ต.โคกกรวด อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30280
โทรศัพท์ 0-4430-5131 โทรสาร 0-4429-1505-6
Website: <http://hpc9.anamai.moph.go.th/>
โรงพิมพ์ เลิศศิลป์ โทร 0-4425-2883 Fax 0-4434-2238 www.LS1994.com

**ผู้ทรงคุณวุฒิทบทบความ
วารสารศูนย์อนามัยที่ 9**

ทบทบความทบทบความที่ลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ปีที่ 10 ฉบับที่ 23 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2559 ได้ผ่านการพิจารณา และกลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2-3 ท่าน/เรื่อง

ผู้ทรงคุณวุฒิภายในหน่วยงาน

คุณสุวรรณ แซ่มชุกกลิ่น
คุณนพวรรณ หมิ่นน้อย
คุณสมชาย แซ่มชุกกลิ่น
คุณศมกานต์ ทองเกลี้ยง
คุณทรงคุณ ศรีดวงโชติ

ทพญ.กันทิมา เหมพรหมราช
ดร.ยุพิน ใจแปง
ทพญ.จุฑามาศ เทพไชย
คุณศินาท แชนอก
คุณประดับ ศรีหมื่นไวย

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกหน่วยงาน

รศ.กก.ดร.พุฒพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์
รศ.ดร.ธนิดา ผาติเสนะ
ผศ.ธนวัฒน์ ธิติธนานันท์
ดร.จรรุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ
ผศ.ดร.ประพัฒน์ เป้นตามวา
ผศ.ดร.ประกาย จิโรจน์กุล
ทพญ.สุปราณี ดาโลดม
ทพ.แมนสรวง วงศ์อภัย

ทพญ.วรมน อัครสุด
อ.รัชณี บุญเรืองศรี
ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์
ดร.สมภพ อาจชนะศึก
ดร.มณฑนา เหมชะญาติ
ดร.กุลธิดา พานิชกุล
ดร.สุภาพร วรรณสันทัด
ดร.พรฤดี นิธิรัตน์
ดร.วิไลพร รังควัต
ดร.จีรนุช สมโชค
อ.ศรีเสาวลักษณ์ อุ้นพรมมี

มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา
มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา
มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา
มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
มูลนิธิทันตนวัตกรรม ในพระบรมราชูปถัมภ์
กลุ่มพัฒนาความร่วมมือทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ
กรมอนามัย
สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9
สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 9 จังหวัดนครราชสีมา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
Regional Health Promotion Center 9 Journal

สารบัญ/ Contents

ปีที่ 10 ฉบับที่ 23 เดือน กันยายน - ธันวาคม 2559

บทความพิเศษ

Allergy Is Friend: How to live with it?

ศ.พญ.อรพรรณ โพชนุกูล 1

นิพนธ์ต้นฉบับ

รูปแบบที่เหมาะสมในการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัด
ในเขตจังหวัดนครราชสีมา

ชาญศักดิ์ สุภโรโกตี..... 5

การพัฒนาเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยอ่อนหวานเด็กไทยฟันดี
อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

เริงสิทธิ์ นามวิชัยศิริกุล 20

คุณภาพฟันเทียม สภาวะช่องปาก และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก
ในผู้รับบริการใส่ฟันเทียมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
เขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ปี 2556-2558

วัฒน์ะ ศรีวัฒนา..... 36

คำแนะนำในการจัดเตรียมต้นฉบับเพื่อส่งบทความลงตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9..... 52

บทความพิเศษ

Allergy Is Friend: How to live with it?

ศ.พญ.อรพรรณ โพชนุกูล *

โรคภูมิแพ้เป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตคนไทยและทั่วโลก สถานการณ์โรคนี้เพิ่มสูงขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศอุตสาหกรรมที่กำลังพัฒนาหรือพัฒนาแล้ว จากการสำรวจจาก 33 ประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยพบว่า มีผู้ป่วยเป็นโรคนี้ร้อยละ 20-40 ประเมินการว่า 1.4 พันล้านคน⁽¹⁾ สำหรับอุบัติการณ์ของโรคโพร่งจมูกอักเสบภูมิแพ้ในไทยสูงเป็นอันดับ 3 ของโลกคือประมาณร้อยละ 46.3 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับภาคต่าง ๆ ทั่วประเทศ พบว่ากรุงเทพมหานครมีผู้ป่วยโรคภูมิแพ้สูงที่สุด สำหรับโรคหืดในเด็กไทยพบร้อยละ 10-15⁽²⁾ และภาวะแพ้อาหารพบประมาณร้อยละ 5-10 (ขึ้นอยู่กับลักษณะการสำรวจ) โดยอาหารที่คนไทยแพ้มากที่สุดขึ้นอยู่กับช่วงอายุ ในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 3 ปี พบว่าแพ้นม ไข่ แป้งสาลี ในขณะที่เด็กโตหรือผู้ใหญ่แพ้ อาหารทะเล แป้งสาลี แมลงทอดและไข่มดแดง⁽³⁾ ชนิดของอาหารที่แพ้มีความแตกต่างในแต่ละประเทศเช่น ในยุโรปและอเมริกาอาหารที่แพ้รุนแรงที่สุดคือ ถั่ว ซึ่งต่างจากในไทยและเอเชียที่พบภาวะแพ้ถั่วน้อย⁽⁴⁾

การศึกษาทางระบาดวิทยาของโรคภูมิแพ้แสดงให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพของคนมักจะมีทิศทางสวนทางกับการพัฒนาทางเศรษฐกิจ โดยในประเทศอุตสาหกรรม การใช้ชีวิตในเมืองที่ใช้รถยนต์เป็นหลัก มีสิ่งแวดล้อมที่มีมลพิษ และพฤติกรรมการใช้ชีวิตของคนในเมืองที่เปลี่ยนไป ทานอาหารฟาสต์ฟู้ด การใช้ชีวิตที่ต้องเผชิญกับความเครียด ขาดการดูแลสุขภาพและการออกกำลังกาย ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ล้วนมีผลทำให้สุขภาพแย่ลงรวมทั้งภูมิแพ้ด้วย⁽⁵⁾ ถึงแม้ว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคภูมิแพ้คือ พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม แต่ปัจจุบันนี้เราพบผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้ส่วนใหญ่ ไม่มีประวัติครอบครัวที่เป็นโรคนี้ และหลายคนไม่ได้มีอาการตั้งแต่เด็ก อาการแสดงออกเมื่อโตหรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมนั้นในระยะเวลาหนึ่ง และอีกหลายคนอาการดีขึ้นเมื่อเปลี่ยนสภาพแวดล้อม ดังนั้นแสดงให้เห็นว่าสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคนี้โดยสิ่งแวดล้อมแบ่งเป็นสิ่งแวดล้อมในบ้านและนอกบ้าน สิ่งแวดล้อมในบ้านที่สำคัญที่สุดในประเทศไทยได้แก่ ไรฝุ่น รองลงมาคือ ขนสัตว์ เชื้อรา สำหรับสิ่งแวดล้อมนอกบ้านได้แก่ ละอองเกสรหญ้า มลพิษจากรถยนต์ โรงงาน และการเผาไหม้ ควันบุหรี่ ซึ่งผลจากการเผาไหม้ถ่านหินและเชื้อเพลิง จึงทำให้ก๊าซเรือนกระจกโดยก๊าซสำคัญคือ ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ เมื่อลอยขึ้นไปรวมตัวกันอยู่บนชั้นบรรยากาศของโลก ทำให้รังสีของดวงอาทิตย์ที่ควรสะท้อนกลับออกไปในปริมาณที่เหมาะสม กลับถูกก๊าซเรือนกระจกเหล่านี้กักเก็บไว้ทำให้อุณหภูมิของโลกค่อยๆ สูงขึ้นจากเดิม ผลกระทบของภาวะโลกร้อนนั้นสามารถพบเจอได้อยู่ตลอดเวลา

* ศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผู้อำนวยการศูนย์ความเป็นเลิศทางด้านโรคภูมิแพ้ โรคหืด และโรคระบบหายใจ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

เช่น สภาพลมฟ้าอากาศที่ผิดแปลกไปจากเดิม ภัยธรรมชาติที่รุนแรงมากขึ้น น้ำท่วม แผ่นดินไหว พายุที่มีระดับความรุนแรงมากขึ้น อากาศที่ร้อนผิดปกติจากคลื่นความร้อนจนมีคนเสียชีวิต รวมไปถึงโรคระบาดชนิดใหม่ๆ หรือโรคระบาดที่เคยหายไปจากโลกนี้แล้วก็กลับมาให้เราได้เห็นใหม่ และพาหะนำโรคที่เพิ่มจำนวนมากขึ้น นอกจากนี้การที่มีการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิในชั้นบรรยากาศที่เพิ่มสูงขึ้น มีผลทำให้เพิ่มระยะเวลาในการที่สารก่อภูมิแพ้ประเภทละอองเกสรแตกตัวได้เร็วและกระจายในชั้นบรรยากาศอยู่ได้นาน มีผลทำให้มีปริมาณสารก่อภูมิแพ้ประเภทละอองเกสรในชั้นบรรยากาศมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคหืดและโพรงจมูกอักเสบจากภูมิแพ้มีอาการกำเริบได้⁽⁶⁻⁸⁾ การศึกษาในประเทศญี่ปุ่นพบว่า ปริมาณของ Japanese Cedar pollen ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดโรคโพรงจมูกอักเสบภูมิแพ้ในคนญี่ปุ่น มีปริมาณเพิ่มขึ้นในระยะ 20 ปีที่ผ่านมา ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอุณหภูมิของประเทศที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี⁽⁹⁾ แสดงว่าภาวะโลกร้อนมีผลต่อการเกิดโรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจ

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคภูมิแพ้คือ พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม โดยสิ่งแวดล้อมนั้นมีผลตั้งแต่มารดาตั้งครรภ์และเด็กทารก เช่น การติดเชื้อ ลักษณะการคลอด การที่หญิงตั้งครรภ์และเด็กอยู่ในฟาร์ม ภาวะอ้วน อาหารบางชนิด การสัมผัสกับควันบุหรี่ ความเครียด เป็นต้น มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการแสดงออกของยีน (epigenetics) เช่นการเติมหมู่เมธิลบนดีเอ็นเอ (DNA methylation) หรือการถอนหมู่อะเซทิลออกจากฮิสโตน (Histone modification) เป็นการยับยั้งหรือส่งเสริมการแสดงออกของยีนนั้นๆ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ ดังนั้น epigenetics จึงส่งผลต่อการพัฒนาทางภูมิคุ้มกันของทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์⁽¹⁰⁾ ตัวอย่างของสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเกิดโรคภูมิแพ้โดยผ่านทางกลไก epigenetics ได้แก่ สารก่อภูมิแพ้ไรฝุ่นและควันบุหรี่มีผลทำให้เพิ่มการเกิดภูมิแพ้ การที่ทารกอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นฟาร์มหรือมีเชื้อโรค มีผลป้องกันภูมิแพ้⁽¹¹⁾ อาหารบางชนิดเช่น น้ำมันปลา ที่มีแหล่งอาหารที่สำคัญคือ omega-3 fatty acid มีผลป้องกันภูมิแพ้ได้ การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงและมีใยอาหารน้อย ส่งผลให้เกิดภาวะอ้วน ซึ่งมีผลต่อโรคหืดทำให้รุนแรงขึ้นและไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยสเตียรอยด์ นอกจากนี้ภาวะพร่องวิตามินดีทำให้มีผลต่อความรุนแรงของโรคหืดเช่นกัน⁽¹²⁾ ส่วนภาวะเครียดนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหืดและทำให้โรครุนแรงขึ้นได้ สำหรับการออกกำลังกายนั้นมีการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นที่เปรียบเทียบเด็กที่อยู่บนเกาะ Ogasawara ที่ประชากรส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ เปรียบเทียบกับประชากรที่อยู่ในเขตเมืองเช่นโตเกียว พบว่า ประชากรที่อยู่ในเกาะ Ogasawara มีความชุกในการเกิดโรคหืดน้อยกว่าในเขตเมืองอย่างมาก แสดงให้เห็นว่าการออกกำลังกายนั้นมีความสัมพันธ์กับโรคภูมิแพ้⁽¹³⁾

ปัจจุบันนี้การรักษาโรคภูมิแพ้มุ่งเน้นแต่การใช้ยา อย่างไรก็ตามการรักษาโดยไม่ใช้ยา (Nonpharmacological treatment) ก็มีความสำคัญมากเช่นกัน โดยปัจจัยทั้ง 4 ด้านคือ **สิ่งแวดล้อม (Environment)** **พฤติกรรมการบริโภค (Eating)** **การออกกำลังกาย (Exercise)** และ **อารมณ์ (Emotion)** มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อโรคภูมิแพ้ให้เพิ่มขึ้น หรือมีอาการกำเริบได้

ดังนั้นศูนย์ความเป็นเลิศทางด้านโรคภูมิแพ้ โรคหืดและระบบหายใจ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ได้เริ่มนำระบบ 4E มาใช้ในการดูแลคนไข้โรคหืด โดยจะให้คำแนะนำและมีแบบคัดกรองคนไข้ว่ามีปัญหาด้านไหนบ้างและมีวิธีการแนะนำแก้ไขปัญหาในแต่ละด้าน โดยใช้ทีมสหวิชาชีพเข้ามาช่วยแก้ปัญหา ซึ่งคำแนะนำในด้านต่าง ๆ ได้แก่

- **สิ่งแวดล้อม (Environment)** ได้แก่การปรับสภาพแวดล้อม เพื่อลดสารก่อภูมิแพ้ไรฝุ่นในบ้าน สำหรับการเลี้ยงสัตว์นั้น ถ้าทดสอบแล้วไม่แพ้ขนสัตว์ก็สามารถเลี้ยงต่อไปได้ และควรหลีกเลี่ยงควันบุหรี่

- **การรับประทานอาหาร (Eating)** แนะนำให้ทานอาหารโดยมีสัดส่วนอาหารที่มีผักผลไม้ที่มีวิตามินเอ ซี ดีและอี ประมาณครึ่งหนึ่งของมื้ออาหาร รับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวชนิดดีและวิตามินดีสูง เช่น ปลาทะเลน้ำลึก ซีเรียล ไข่ โยเกิร์ตและนม และระวังไม่ให้เกิดภาวะอ้วน นอกจากนี้ในหญิงตั้งครรภ์และทารกที่เสี่ยงต่อการเป็นภูมิแพ้ การรับประทานจุลินทรีย์สุขภาพ สามารถลดการเกิดโรคผื่นแพ้ผิวหนังในเด็กเล็กได้⁽¹⁴⁾

- **การออกกำลังกาย (Exercise)** สามารถทำให้อาการภูมิแพ้ดีขึ้น โดยแนะนำให้ทำสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 4 ครั้ง โดยแต่ละครั้งควรออกต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที และไม่ควรออกกำลังกายหนักเกินไป มี warm up และ cool down ก่อนและหลังออกกำลังกาย กรณีที่มีอาการโรคหืดจากออกกำลังกายแนะนำให้ออกกำลังกายได้ แต่ควรใช้ยาขยายหลอดลมก่อนออกกำลังกายอย่างน้อย 15 นาที⁽¹⁵⁾

- **การปรับอารมณ์ไม่ให้เครียด (Emotion)** ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังมักมีปัญหาเครียดจากโรคเป็นอยู่ ดังนั้นในคนไข้ที่เป็นโรคหืด จะได้รับการทำแบบสอบถามเพื่อประเมินความเครียดและภาวะซึมเศร้า หากมีภาวะนี้ควรได้รับการรักษาโดยใช้ยาหรือจิตบำบัด

ซึ่งหากเราสามารถใช้ระบบ 4E ในการดูแลคนไข้โรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจ โดยเฉพาะโรคหืดสามารถทำให้คนไข้มีสุขภาพดีอย่างยั่งยืนและลดการใช้ยาได้ ทำให้เราอยู่กับโรคนี้ได้อย่างมีความสุข ผู้ที่สนใจติดตามข้อมูลเกี่ยวกับโรคภูมิแพ้และ 4E สามารถเข้าไปดูได้ที่ facebook **“ภูมิแพ้ก็แพ้เรา”** หรือ **“beatallergy”** ค่ะ



เอกสารอ้างอิง

1. Warner JO, Kaliner MA, Crisci CD, et al. Allergy practice worldwide: a report by the World Allergy Organization Specialty and Training Council. *Int Arch Allergy Immunol* 2006;139:166-74.
2. อรพรรณ โพชนุกูล, สมบูรณ์ จันทร์สกุลพร, บรรณาธิการ. โรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจในเด็ก. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.
3. Lao-araya M, Trakultivakorn M. Prevalence of food allergy among preschool children in northern Thailand. *Pediatr Int* 2012 Apr;54(2):238-43. doi: 10.1111/j.1442-200X.2011.03544.x.
4. Van der Poel L, Chen J, Penagos M. Food allergy epidemic – is it only a western phenomenon? *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2009;22(3):121-6.
5. Rutkowski K, Sowa P, Rutkowska-Talipska J, et al. Allergic diseases: the price of civilisational progress. *Postep Derm Alergol* 2014;31(2):77–83.
6. Gmato GD, Bergmann KC, Cecchi L, et al. Climate change and air pollution: Effects on pollen allergy and other allergic respiratory diseases. *Allergo J Int* 2014; 23(1):17-23.
7. D’Amato G, Holgate ST, Pawankar R, et al. Meteorological conditions, climate change, new emerging factors, and asthma and related allergic disorders. A statement of the World Allergy Organization. *World Allergy Organ J*; 2015;8(1):25.
8. D’Amato G, Pawanka R, Vitale C, et al. Climate Change and Air Pollution: effects on Respiratory Allergy. *Allergy Asthma Immunol Res.* 2016;8(5):391-5.
9. Yamada T, Saito H, Fujieda S. Present state of Japanese cedar pollinosis: the national affliction. *J Allergy Clin Immunol* 2014;133(3):632-9.
10. Lockett GA, Huoman J, Holloway JW. Does allergy begin in utero? *Ped Allergy Immunol* 2015;26:394-402.
11. Harb H, Renz H. Update on epigenetics in allergic disease. *J Allergy Clin Immunol* 2015;135:15-24.
12. Lane JE. Obesity, Nutrition, and Asthma in Children. *Pediatr Allergy Immunol Pulmonol* 2012;25:64-75.
13. Okada Y, Kumagai H, Morikawa Y, et al. Epidemiology of pediatric allergic diseases in the Ogasawara Islands. *Allergo International* 2016;65:37-43.
14. Cuello-Garcia CA, Brozek JL, Fiocchi A, et al. Probiotics for the prevention of allergy: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Allergy Clin Immunol* 2015; 136:952-61.
15. Giacco SRD, Firinu D, Bjermer L and Carlsen KH. Exercise and asthma: an overview. *Eur Clin Respir J* 2015; 2: 27984 - <http://dx.doi.org/10.3402/ecrj.v2.27984>.

รูปแบบที่เหมาะสมในการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัด ในเขตจังหวัดนครราชสีมา

ชาญศักดิ์ สุกรโกศล *

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิธีการเผาศพของวัด ศึกษาสถานการณ์และลักษณะของ เหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัด และศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัด โดยการให้ความรู้ในเรื่องกระบวนการเผาศพที่ถูกต้องตามหลักวิชาการแก่ผู้ทำหน้าที่เผาศพ ให้ความรู้ในการป้องกันเหตุรำคาญจากเตาเผาศพแก่ผู้นำชุมชนและประชาชนในชุมชนรอบวัด พัฒนาระบบการเผาศพของวัดให้ถูกต้องตามหลักวิชาการด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ด้วยเตาเผาศพ 4 แบบ คือเตาเผาศพแบบโบราณ เตาเผาศพแบบ 1 ห้องเผา เตาเผาศพแบบ 2 ห้องเผา (ใช้น้ำมันดีเซลเป็นเชื้อเพลิง) และเตาเผาศพแบบ 2 ห้องเผา (ใช้ก๊าซแอลพีจีเป็นเชื้อเพลิง) ดำเนินการสุ่มติดตามประเมินผลกระบวนการเผาศพของวัดและสอบถามกลุ่มตัวอย่างด้วยการแจกแบบสอบถามประกอบการสัมภาษณ์ผู้ทำหน้าที่เผาศพของเตาเผาศพวัดในเขตจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 310 คน และใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับผู้นำชุมชน 310 คนและใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับประชาชนชุมชนรอบวัดที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 1,550 คน ในช่วงเดือนตุลาคม 2558 ถึงเดือนพฤษภาคม 2559 และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การแจกแจงความถี่ และทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Chi-Square Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า วัดส่วนใหญ่ใช้เตาเผาศพแบบ 1 ห้องเผา คิดเป็นร้อยละ 58.72 รองลงมาเป็นเตาเผาศพแบบโบราณ คิดเป็นร้อยละ 28 โดยเตาเผาศพวัดที่ก่อให้เกิดปัญหาเหตุรำคาญจากการเผาศพมากที่สุด ได้แก่เตาเผาศพแบบ 1 ห้องเผา คิดเป็นร้อยละ 52 รองลงมาเป็นเตาเผาศพแบบ 2 ห้องเผาชนิดที่ใช้น้ำมันดีเซลเป็นเชื้อเพลิง คิดเป็นร้อยละ 18 ลักษณะของเหตุรำคาญที่เกิดขึ้นได้แก่ กลิ่น เขม่าควัน ฝุ่นละออง และเสียงดัง การทดสอบสมมติฐานพบว่าวิธีปฏิบัติในการเผาศพที่แตกต่างกันมีผลต่อการจัดการเหตุรำคาญที่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

คำสำคัญ เหตุรำคาญ เตาเผาศพวัด ชุมชนรอบวัด

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

Appropriate Model to Manage Nuisance from Temple Crematory in Nakhon Ratchasima Province.

Chansak Supornpokee

Abstract

This research aims to study how the cremated remains of the temple. Study the situation and the nature of Nuisance from a crematorium and find the right model for managing nuisance from a crematorium. By providing knowledge about the process of cremation correct technical basis for the act of cremation. Awareness of prevention Nuisances from the crematorium to the people living around the temple and community leaders. Development of the cremated remains of a correct theoretical with the context of a crematorium four types Crematory traditional crematoriums 1-burn incinerator a second chamber (using diesel. fuel) and a second crematorium chamber (gas LPG fuel) perform random monitoring process of cremation temple. And for example by distributing questionnaires to interview the acting cremation crematorium temple in Nakhon Ratchasima province, 310 people and uses in-depth interviews (In-depth Interview) with community leaders, 310 people and interviewed. depth (in-depth Interview) with the surrounding communities are aged 15 years and over 1,550 people during the month of October 2558- May 2559 and analyzed using descriptive statistics include a percentage of average frequency. And test the hypothesis by Chi-Square Test the level of statistical significance. 05.

The research found that Most uses a crematorium in one chamber representing 58.72 percent, followed by a traditional crematorium. 28 percent by Crematory is causing problems of nuisance from the cremation. Most include a first crematorium burned 52 percent, followed by a second crematorium chamber of the diesel fuel. 18 percent characterized the nuisance caused by odor include soot, dust, and noise.

Hypothesis testing The practice of cremation are affecting the management of nuisance different level of significance .05

Keywords: Nuisance, Crematory Temple, Community.

^{††} Public Health Technical Officer, Professional Level
Chief of Environmental Health, Nakhon Ratchasima Provincial Health Office

บทนำ

พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ได้บัญญัติไว้ว่า เหตุรำคาญ หมายถึง เหตุอันอาจก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่ผู้อาศัยในบริเวณใกล้เคียง หรือผู้ที่ต้องประสบกับเหตุนั้น ไม่ว่าจะเป็นแหล่งน้ำ ทางระบายน้ำ ที่อาบน้ำ ส้วม หรือที่ใส่มูลหรือเถา หรือสถานที่อื่นใดซึ่งอยู่ในทำเลไม่เหมาะสม สกปรก มีการสะสมหรือหมักหมมสิ่งของ มีการเททิ้งสิ่งใด เป็นเหตุให้มีกลิ่นเหม็นหรือละอองเป็นพิษ หรือเป็นหรือน่าจะเป็นที่เพาะพันธุ์พาหะนำโรค หรือก่อให้เกิดความเสื่อมหรืออาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ การเลี้ยงสัตว์ในที่หรือวิธีใดหรือมีจำนวนเกินสมควร อาคารอันเป็นที่อยู่อาศัยของคนหรือสัตว์ โรงงาน หรือสถานที่ประกอบการใดไม่มีการระบายอากาศ การระบายน้ำ การกำจัด สิ่งปฏิกูล หรือการควบคุม สารเป็นพิษ หรือมีแต่ไม่มีการควบคุมให้ปราศจาก กลิ่นเหม็นหรือละอองสารเป็นพิษอย่างเพียงพอ การกระทำใดๆอันเป็นเหตุให้เกิดกลิ่น แสง รังสี เสียง ความร้อน สิ่งมีพิษ ความสั่นสะเทือน ฝุ่น ละออง เหม่า เถ้าหรือกรณีอื่นใด จนเป็นเหตุให้เสื่อมหรืออาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งนี้รวมถึงเหตุอื่นใด ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขกำหนดโดย ประกาศในราชกิจจานุเบกษา⁽¹⁾

ในอดีตจนถึงปัจจุบัน การเผาขยะถือเป็น ขนบธรรมเนียมประเพณีของชาวไทยพุทธที่ยึดถือ ปฏิบัติกันมาช้านาน ซึ่งจะพบการเผาขยะได้ในทุก ภาคของประเทศไทย ขณะเดียวกันมลพิษทางอากาศ ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการเผาขยะ คือ เหมม่าควัน ฝุ่นละออง ไดออกซิน/ฟิวแรน ตลอดจนก๊าซพิษชนิด ต่างๆ เช่น ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ ซัลเฟอร์ไดออกไซด์

แอมโมเนีย (NH_3) ไฮโดรเจนซัลไฟด์ (H_2S) เมอร์แคปแทน (-SH) ไนโตรเจนไดออกไซด์และฟอร์มาลดีไฮด์ (จากน้ำยารักษาศพ) รวมทั้งซี้เถ้าจากการเผาไหม้ เชื้อเพลิง และกลิ่นจากการสลายตัวของสาร อินทรีย์ในศพ อาจก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญ และส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต ของประชาชนที่มีบ้านเรือนอยู่ใกล้วัดหรือใกล้ ฌาปนสถานในระยะยาว หากไม่มีระบบการจัดการ เตาเผาศพวัดที่ถูกสุขลักษณะและเหมาะสม ปัญหา มลพิษทางอากาศจากการเผาขยะ เช่น เหมม่าควัน และกลิ่น มักจะเกิดในช่วงต้นๆ โดยตามประเพณี จะมีการเผาโลงไปพร้อมกับการเผาศพ ในช่วง 30 นาทีแรก เปลวไฟจะไหม้ลามเลียโลงจนแตก และ เมื่อโลงแตกแล้วศพจึงจะถูกเปลวไฟเผาไหม้ ในช่วงนี้จะมีการระเหยน้ำออกมาจะทำให้อุณหภูมิใน เตาเผาตกลง หากไม่มีการโหมไฟให้พอเหมาะ อาจ ทำให้เกิดการเผาไหม้ไม่สมบูรณ์ ก็จะเกิดเหมม่าควัน และมลพิษอื่นๆจากการสลายตัวของไขมันและองค์ ประกอบอื่นๆที่ถูกเผาไหม้ โดยเฉพาะสิ่งของต่างๆ ที่บรรจุไปในเตาเผาขยะ เช่น เสื้อผ้าและอุปกรณ์ เครื่องใช้ส่วนตัวของผู้เสียชีวิต ช่วงการเผาขยะนี้จะ ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที หลังจากช่วงนี้แล้ว อุณหภูมิจะเพิ่มขึ้น ศพจะไหม้และเข้าสู่ช่วงสลาย ตัวของกระดูกซึ่งจะไม่มีการเกิดขึ้นในช่วงนี้ มลพิษ ทางอากาศที่เกิดขึ้น มักเกิดเนื่องจากการเผาไหม้ที่ ไม่สมบูรณ์หรืออุณหภูมิไม่สูงพอ ซึ่งก๊าซต่างๆที่ถูก ปล่อยออกมาจากกระบวนการเผาขยะจากเตาเผาขยะ วัดจะสามารถถูกกำจัดได้โดยการเผาไหม้ที่อุณหภูมิ สูงในห้องเผาไหม้⁽²⁾

จังหวัดนครราชสีมา มีวัดทุกนิกายรวมทั้งสำนักสงฆ์และที่พักสงฆ์จำนวนรวมทั้งสิ้น 2,540 แห่ง⁽³⁾ และวัดที่มีเตาเผาศพมีจำนวนทั้งสิ้น 1,381 แห่ง โดยเป็นเตาเผาศพแบบโบราณ(ซึ่งเป็นลักษณะเตาเผาศพแบบเปิดด้านบนมีการก่ออิฐถือปูนเป็นบันไดเตี้ยๆขึ้นไปสองข้างและเว้นตรงกลางให้มีขนาดใกล้เคียงกับ โลงศพเพื่อใช้วางโลงศพในขณะทำการเผาศพ) จำนวน 442 แห่ง เตาเผาศพแบบ 1 ห้องเผา จำนวน 811 แห่ง และเตาเผาศพแบบ 2 ห้องเผา จำนวน 128 แห่ง กระจายอยู่ในชุมชนทั้ง 32 อำเภอ ในเขตจังหวัดนครราชสีมาโดยมีเหตุร้องเรียนเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัดในปีงบประมาณ 2557, 2558, และ 2559 จำนวน 7, 11, และ 8 เรื่องตามลำดับ ทั้งนี้ปัญหาเหตุรำคาญที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นเรื่องกลิ่น เขม่าควัน ฝุ่นละออง และเสียงดัง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาวิธีการเผาศพของวัดในเขตจังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาสถานการณ์และลักษณะของเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัดในเขตจังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัดในเขตจังหวัดนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อค้นหาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับเหตุรำคาญที่เกิดขึ้นในแต่ละพื้นที่ที่มีสาเหตุมาจากการเผาศพของเตาเผาศพวัด วิธีการเผาศพของเตา

เผาศพวัดแบบต่างๆ ตลอดจนศึกษารูปแบบของการเผาศพของเตาเผาศพวัด โดยการให้ความรู้ในเรื่องกระบวนการเผาศพที่ถูกต้องตามหลักวิชาการแก่ผู้ทำหน้าที่เผาศพ การให้ความรู้ในการป้องกันเหตุรำคาญจากเตาเผาศพแก่ประชาชนชุมชนรอบวัดและผู้นำชุมชน การพัฒนากระบวนการเผาศพของวัดให้ถูกต้องตามหลักวิชาการด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ด้วยเตาเผาศพ 4 แบบ คือเตาเผาศพแบบโบราณ เตาเผาศพแบบ 1 ห้องเผา เตาเผาศพแบบ 2 ห้องเผา (ใช้น้ำมันดีเซลเป็นเชื้อเพลิง) และเตาเผาศพแบบ 2 ห้องเผา (ใช้ก๊าซแอลพีจีเป็นเชื้อเพลิง) ⁽⁴⁾ และดำเนินการสุ่มติดตามประเมินผลกระบวนการเผาศพของวัด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลของการวิจัยรูปแบบที่เหมาะสมในการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัดในเขตจังหวัดนครราชสีมา มี 2 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลปฐมภูมิ เก็บรวบรวมโดยการออกเก็บข้อมูลภาคสนามในชุมชน
 - 1) การเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกประชาชนในชุมชนรอบวัดกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ศึกษา 310 หมู่บ้าน ๆ ละ 5 คน รวม 1,550 คน เพื่อทราบสถานการณ์ของการเกิดเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัด
 - 2) การเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามโดยใช้แบบสอบถามประกอบการสัมภาษณ์ผู้ทำหน้าที่เผาศพของเตาเผาศพวัดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 310 คน
 - 3) การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 310 คน
 - 4) การเก็บรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจากรูปแบบวิธีการของการเผาศพของเตาเผาศพวัดใน 4 รูปแบบ

2. ข้อมูลทฤษฎีภูมิ รวบรวมจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สถานการณ์ของการเกิดเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัดของประเทศไทย ความรู้พื้นฐานการจัดการเหตุรำคาญ วิธีการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัด กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเหตุรำคาญทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเตาเผาศพวัดทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัด และจากตำรา บทความทางวิชาการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. คุณสมบัติและลักษณะประชากร คือ

(1) เตาเผาศพวัดทุกประเภท วัดละ 1 แห่ง จำนวน 310 แห่ง

(2) ผู้ทำหน้าที่เผาศพของเตาเผาศพวัด แห่งละ 1 คน จำนวน 310 คน

2. การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อนำมาวิจัยเรื่องรูปแบบที่เหมาะสมในการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัดในเขตจังหวัดนครราชสีมา นั้น ใช้การคำนวณโดยสูตรของ Taro Yamane ⁽⁵⁾ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้จำนวนเตาเผาศพวัด 310 แห่ง (จากจำนวนเตาเผาศพวัดทั้งหมด 1,381 แห่ง) และสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย

1 ตุลาคม 2558 - 31 พฤษภาคม 2559 (รวม 8 เดือน)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบการสัมภาษณ์และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามประกอบการสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งมีจำนวน 10 ข้อคำถาม รายละเอียดของคำถามประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษาสูงสุด สถานภาพการสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับรายได้ ระยะเวลาในการทำงาน ประเภทของเตาเผาศพวัดที่ใช้งานในปัจจุบันและปริมาณการเผาศพเฉลี่ยต่อเดือนตลอดจนการเกิดเหตุรำคาญต่อชุมชน ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ที่ทำหน้าที่เผาศพ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการวัดความรู้ความเข้าใจของผู้ตอบแบบสอบถามด้านการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัด ซึ่งมีจำนวน 20 ข้อคำถาม รายละเอียดของคำถามประกอบด้วยการวัดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในกระบวนการเผาศพ มลพิษทางอากาศ และการเกิดเหตุรำคาญซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามต้องตอบคำถามให้ถูกต้องและผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของข้อคำถาม(16 ข้อ) จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการวัดทัศนคติของผู้ตอบแบบสอบถามด้านการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัด ซึ่งมีจำนวน 10 ข้อคำถาม รายละเอียดของคำถามประกอบด้วยการวัดแนวความคิด ความรู้สึก จิตสำนึก ความตระหนัก และค่านิยมที่มีต่อการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัด โดยคำถามการวัดทัศนคติเป็นแบบ Rating Scale มีวิธีการคิดคะแนน คือ กรณีเป็นคำถามเชิงบวก เห็นด้วยมากที่สุด 5 คะแนน เห็นด้วยมาก 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยมากที่สุด 1 คะแนน กรณีเป็นคำถามเชิงลบ เห็น

ด้วยมากที่สุด 1 คะแนน เห็นด้วยมาก 2 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 4 คะแนน และไม่เห็นด้วยมากที่สุด 5 คะแนน โดยการหาค่าเฉลี่ยในเรื่องความเห็นด้วย โดยนำคะแนนสูงสุดและต่ำสุดมาลบกันแล้วหารด้วยจำนวนขั้นที่ต้องการวัดระดับในเรื่องความเห็นด้วย (3 ขั้น) ซึ่งมีข้อคำถาม 10 ข้อ มีคะแนนสูงสุด 50 คะแนน คือมีความเห็นด้วยมากที่สุดทุกข้อและคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 10 คะแนน คือมีความเห็นด้วยน้อยที่สุดทุกข้อ การคิด อันตรภาคชั้นได้เท่ากับ 13.3 ดังนั้นการวัดทัศนคติจึงมีระดับการวัด 3 ระดับ คือ ระดับเห็นด้วยมาก คะแนน 36.8-50.0 ระดับเห็นด้วยปานกลาง คะแนน 23.4-36.7 และระดับเห็นด้วยน้อย คะแนน 10.0-23.3

ส่วนที่ 4 ข้อมูลวิธีการปฏิบัติในการเผาศพจากเตาเผาศพวัด ของผู้ตอบแบบสอบถามมีจำนวน 10 ข้อคำถาม รายละเอียดของคำถามประกอบด้วย การวัดผลการปฏิบัติตนของผู้ตอบแบบสอบถามถึงกระบวนการและวิธีการเผาศพ ตลอดจนผลกระทบของการเผาศพที่มีต่อสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อม ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามต้องตอบคำถามให้ถูกต้องและผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ ข้อคำถาม (8 ข้อ) จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้นำชุมชน แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 สถานการณ์ ปัญหา และแนวโน้มในการเกิดเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัด

ส่วนที่ 2 ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากรูปแบบและวิธีการเผาศพแบบต่างๆ

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะแนวทางการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัด

3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกประชาชนชุมชนรอบวัด แบ่งออกเป็น 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 สถานการณ์ ปัญหา และแนวโน้มในการเกิดเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัด

ส่วนที่ 2 แนวทางและการจัดการของประชาชนเมื่อเกิดเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัด

ส่วนที่ 3 ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากรูปแบบและวิธีการเผาศพแบบต่างๆ

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะแนวทางการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

เมื่อสร้างแบบสอบถามประกอบการสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งสรุปผลการคำนวณที่ได้ในแต่ละข้อมีค่า 0.6 ,0.8 และ 1.0

2. การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability test)

ก่อนที่จะนำแบบสอบถามประกอบการสัมภาษณ์ไปใช้เก็บข้อมูลจริง ผู้วิจัยได้มีการนำแบบสอบถามประกอบการสัมภาษณ์ไปทดสอบกับผู้ทำหน้าที่เผาศพของเตาเผาศพวัดที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 62 คน ซึ่งเป็นคนละกลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เพื่อตรวจสอบความเข้าใจและความสมบูรณ์ในเนื้อหาข้อคำถาม จากนั้นจึงนำผลที่ได้ไปคำนวณหาค่า Reliability coefficient alpha กับ Kuder and Richardson-20 เพื่อวัดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของข้อความแต่ละตอนในแบบสอบถามประกอบการสัมภาษณ์ ผลการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับตามสูตร KR-20 เท่ากับ 0.79 นั่นคือมีความเชื่อมั่นค่อนข้างสูง

3. การตรวจสอบความเที่ยงหรือตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในการวัดทัศนคติของผู้ทำหน้าที่เฝ้าศพของเตาเผาศพวัดที่มีต่อการจัดการเหตุน้ำเสียจากเตาเผาศพวัด โดยใช้สูตรการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค ผลการตรวจสอบความเที่ยงหรือตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในการวัดทัศนคติของผู้ทำหน้าที่เฝ้าศพของเตาเผาศพวัดที่มีต่อการจัดการเหตุน้ำเสียจากเตาเผาศพวัด โดยใช้สูตรการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค ได้ค่าเท่ากับ 0.72 เครื่องมือมีความน่าเชื่อถือได้ค่อนข้างสูง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาระบบการเฝ้าศพของวัดให้ถูกต้องตามหลักวิชาการด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ด้วยเตาเผา 4 แบบ คือเตาเผาแบบโบราณ เตาเผาแบบ 1 ห้องเผา เตาเผาแบบ 2 ห้องเผา(ใช้น้ำมันดีเซลเป็นเชื้อเพลิง) และเตาเผาแบบ 2 ห้องเผา(ใช้ก๊าซแอลพีจีเป็นเชื้อเพลิง)เพื่อให้ผู้ทำหน้าที่เฝ้าศพได้ปฏิบัติให้ถูกต้องตามหลักวิชาการอย่างสม่ำเสมอเป็นการป้องกันปัญหาการเกิดมลพิษที่จะก่อให้เกิดปัญหาเหตุน้ำเสียแก่ชุมชนรอบวัดดังนี้

เตาเผาแบบโบราณ ควรดำเนินการคัดแยกวัสดุที่ไม่ควรเผาออกก่อน ไม่ให้เผาพร้อมกับศพ และใช้ถ่านไม้เป็นเชื้อเพลิงแทนฟืน โดยดำเนินการเผาให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ

เตาเผาแบบ 1 ห้องเผา ควรดำเนินการคัดแยกวัสดุที่ไม่ควรเผาออกก่อน ไม่ให้เผาพร้อมกับศพ และใช้น้ำมันดีเซลหรือก๊าซเป็นเชื้อเพลิงแทนถ่านไม้หรือฟืน โดยดำเนินการเผาให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ

เตาเผาแบบ 2 ห้องเผา (ใช้น้ำมันดีเซลเป็นเชื้อเพลิง) ควรดำเนินการคัดแยกวัสดุที่ไม่ควรเผาออกก่อน ไม่ให้เผาพร้อมกับศพ และให้ใช้น้ำมันดีเซลเป็นเชื้อเพลิงแทนก๊าซหรือถ่านไม้หรือฟืน โดยดำเนินการเผาให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ

เตาเผาแบบ 2 ห้องเผา (ใช้ก๊าซแอลพีจีเป็นเชื้อเพลิง) ควรดำเนินการคัดแยกวัสดุที่ไม่ควรเผาออกก่อน ไม่ให้เผาพร้อมกับศพ และให้ใช้ก๊าซแอลพีจีเป็นเชื้อเพลิงแทนน้ำมันดีเซลหรือถ่านไม้หรือฟืน โดยดำเนินการเผาให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลทั้งหมดเรียบร้อยแล้วก็นำข้อมูลที่ได้นำมาทำการตรวจสอบความถูกต้อง ลงรหัสข้อมูลตามคู่มือการลงรหัสที่ได้สร้างไว้ เปลี่ยนสภาพข้อมูลให้เป็นสัญลักษณ์ที่คอมพิวเตอร์สามารถประมวลผลได้ และทำการวิเคราะห์และประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษาสูงสุด สถานภาพ การสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับรายได้ ระยะเวลาในการทำงาน ประเภทของเตาเผาศพวัด ที่ใช้งานในปัจจุบัน ปริมาณการเผาต่อเดือน การก่อเหตุน้ำเสียต่อชุมชนของเตาเผา ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน ประวัติการเจ็บป่วย วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) หาค่าร้อยละ (Percentage) หาค่าเฉลี่ย (Mean) อธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2. การศึกษาความรู้ความเข้าใจด้านการจัดการเหตุน้ำเสียจากเตาเผาศพวัดของผู้ตอบแบบสอบถามวิเคราะห์โดยการหาค่าร้อยละ หาค่าเฉลี่ย (Mean)

3. การศึกษาทัศนคติด้านการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัดของผู้ตอบแบบสอบถามวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. การศึกษาด้านการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัดของผู้ตอบแบบสอบถามวิเคราะห์โดยการหาค่าร้อยละ หาค่าเฉลี่ย (Mean) และการทดสอบสมมติฐานเพื่อหาวิธีปฏิบัติในการเผาศพที่แตกต่างมีผลต่อการจัดการเหตุรำคาญที่แตกต่าง โดยใช้ Chi-Square Test

5. การวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นข้อเสนอแนะที่เป็นคำถามปลายเปิดนั้น นำเสนอโดยทำเป็นข้อความบรรยาย

6. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการนำเสนอผลการวิเคราะห์รูปแบบที่เหมาะสมในการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัด โดยการเขียนเป็นข้อความบรรยายสรุปในหัวข้อนั้นๆและทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้เพื่อเสนอรูปแบบที่เหมาะสมในการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัดในเขตจังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไปของผู้ทำหน้าที่เผาศพของเตาเผาศพวัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 99.03 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุมากที่สุดคือกลุ่มอายุ 56-65 ปี คิดเป็นร้อยละ 88.70 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุตั้งแต่ 66 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 10 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เรียนจบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 82 รองลงมาเรียนจบชั้นมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 16 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

ไม่มีสถานภาพการสมรส คิดเป็นร้อยละ 96.77 รองลงมาไม่มีสถานภาพหม้าย คิดเป็นร้อยละ 3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว 3-4 คน คิดเป็นร้อยละ 84 รองลงมาไม่มีสมาชิกในครอบครัว 1-2 คน คิดเป็นร้อยละ 12 หากพิจารณาในเรื่องรายได้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับรายได้รวมของครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 98 รองลงมาได้รวมของครอบครัว 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการเผาศพมาเป็นเวลา 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 90 รองลงมามีระยะเวลาในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการเผาศพมาเป็นเวลามากกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 10 และวัดที่กลุ่มตัวอย่างทำงานส่วนใหญ่ใช้เตาเผาศพแบบ 1 ห้องเผา คิดเป็นร้อยละ 58.72 รองลงมาใช้เตาเผาศพแบบโบราณ คิดเป็นร้อยละ 28 โดยเตาเผาศพส่วนใหญ่มีปริมาณการเผาศพ 1-10 ศพต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 76 รองลงมาปริมาณการเผาศพ 11-20 ศพต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 15 ผลจากการสัมภาษณ์พบว่าเตาเผาศพแบบ 1 ห้องเผาก่อให้เกิดเหตุรำคาญต่อชุมชนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52 รองลงมาเป็นเตาเผาศพแบบ 2 ห้องเผา(แบบใช้น้ำมันดีเซล)คิดเป็นร้อยละ 18(รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 93 รองลงมาอาศัยอยู่ในชุมชนมากกว่า 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 4 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัวด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการเผาศพ คิดเป็นร้อยละ 85 รองลงมาเคยเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 13

ตารางที่ 1 ปริมาณเตาเผาศพวัด ลักษณะและปัญหาเหตุรำคาญ

ประเภทของเตาเผาศพ	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ	การเกิดเหตุรำคาญ (แห่ง)	ร้อยละ	ลักษณะของเหตุรำคาญ
1. เตาเผาศพแบบโบราณ	99	32.00	14	14.00	เสียงดังจากเครื่องขยายเสียงและการจุดพลุ ตะไลและ ดอกไม้ไฟ
2. เตาเผาศพแบบ 1 ห้องเผา	182	58.73	95	52.00	กลิ่นเหม็นไหม้ศพ กลิ่นเหม็นไหม้คล้ายสารเคมี เขม่าควัน ฝุ่นละอองเสียงดังจากเครื่องขยายเสียง และการจุดพลุ ตะไล และดอกไม้ไฟ
3.เตาเผาศพแบบ 2 ห้องเผา (ใช้น้ำมันดีเซล)	25	7.97	5	18.00	กลิ่นเหม็นจากการเผาไหม้น้ำมันดีเซลที่ใช้เป็นเชื้อเพลิง
4. เตาเผาศพแบบ 2 ห้องเผา (ใช้ก๊าซแอลพีจี)	4	1.30	1	16.00	เสียงดังจากเครื่องขยายเสียง และการจุดพลุ
รวม	310	100.00	115	37.10	

2. ข้อมูลการวัดความรู้ความเข้าใจด้านการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัดของผู้ทำหน้าที่ เเผาศพของเตาเผาศพวัด พบว่าผู้ทำหน้าที่เผาศพของเตาเผาศพวัดส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 67 ยังตอบคำถามการวัดความรู้ความเข้าใจด้านการจัดการเหตุรำคาญของเตาเผาศพวัด จากแบบสอบถามประกอบการสัมภาษณ์ได้ไม่ถึงร้อยละ 80 (16ข้อ) ของจำนวนคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ซึ่งถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในการวัดความรู้ความเข้าใจ ยังขาดความรู้ความเข้าใจในกระบวนการเผาศพ และมลพิษทางอากาศที่เกิดขึ้นจากการเผาศพที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ ส่วนใหญ่ดำเนินการเผาศพ

ตามความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณีและแนวทางที่ปฏิบัติสืบต่อกันมา โดยอาศัยการถ่ายทอดองค์ความรู้จากรุ่นสู่รุ่น เช่น ประเพณีและความเชื่อในการใส่สิ่งของต่าง ๆลงในโลงพร้อมการเผาศพเพื่อให้ผู้ตายเอาไปใช้ในภพหน้าโดยไม่ทราบว่าจะเป็นแหล่งที่ทำให้เกิดมลพิษและเหตุรำคาญ

3. ข้อมูลการวัดทัศนคติและความเชื่อด้านการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัดของผู้ทำหน้าที่เผาศพของเตาเผาศพวัด

ในเรื่องระดับความคิดเห็นที่มีต่อการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัดพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเห็นด้วยระดับปานกลางกับการจัดการเหตุ

รำคาญจากเตาเผาศพวัด ซึ่งคะแนนความเห็นด้วยระดับปานกลางอยู่ที่ 28.31 คะแนน โดยมีคะแนนเต็มอยู่ที่ 50.00 คะแนน และจะเห็นว่าความเห็นด้วยที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าการเผาศพไม่ถือว่าเป็นการก่อกมลพิษ เพราะเป็นความจำเป็นและเป็นประเพณีปฏิบัติ โดยมีคะแนนเฉลี่ย

3.98 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5.00 คะแนน ส่วนคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดเรื่องท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าเตาเผาศพที่ถูกสุขลักษณะต้องมีเชื้อเพลิงที่ใช้ในการเผาไหม้เป็นน้ำมันดีเซลหรือก๊าซ มีคะแนนเฉลี่ย 1.09 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5.00 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นที่มีต่อการจัดการเตาเผาศพจากเตาเผาศพวัด

ความคิดเห็น	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าการเผาศพไม่ถือว่าเป็นการก่อกมลพิษ เพราะเป็นความจำเป็นและเป็นประเพณีปฏิบัติ	3.98	0.71	สูง
2. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าการเผาศพที่อุณหภูมิสูงจะทำให้ผู้ถูกเผารู้สึกร้อนไปจนถึงภพหน้า	3.59	1.00	ปานกลาง
3. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าการเผาสีของโลงไปพร้อมผู้ตาย ถือว่าได้ให้ผู้ตายนำไปใช้ในภพหน้า	3.79	0.77	สูง
4. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าเตาเผาศพวัดที่ถูกสุขลักษณะ เป็นชนิดใดก็ได้ตามประเพณีนิยม	3.95	0.94	สูง
5. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าเตาเผาต้องมีห้องเผาอย่างน้อย 2 ห้องเผา	3.30	0.96	ปานกลาง
6. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าเตาเผาต้องมีระบบตรวจวัดอุณหภูมิในห้องเผาและห้องเผากลิ่นก๊าซและควัน	3.44	1.19	ปานกลาง
7. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าเตาเผาที่ถูกสุขลักษณะต้องมีเชื้อเพลิงที่ใช้ในการเผาไหม้เป็นน้ำมันดีเซลหรือก๊าซ	1.09	0.42	ต่ำ
8. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าเตาเผาควรมีระยะเวลาในการเผาไหม้ของห้องเผาที่ส่องหรือห้องสุดท้ายไม่น้อยกว่า 1 นาที	1.67	0.49	ต่ำ
9. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าเตาเผาต้องมีอุณหภูมิในห้องเผาที่สองหรือห้องสุดท้ายไม่ต่ำกว่า 1,000 องศาเซลเซียส	1.92	0.90	ต่ำ
10. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าการเกิดมลพิษทางอากาศจากเตาเผา มีสาเหตุหลักจากเชื้อเพลิงที่ใช้ การออกแบบการเผาไหม้ของเตาเผา และขั้นตอนการเดินระบบเผาไหม้ของเตาเผา	1.58	0.52	ต่ำ
คะแนนรวม	28.31	7.90	ปานกลาง

4. ข้อมูลการวัดวิธีปฏิบัติในการเผาศพ เพื่อจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัดของผู้ทำหน้าที่ เผาศพของเตาเผาศพวัด พบว่าผู้ทำหน้าที่ เผาศพของเตาเผาศพวัดส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 82 มีวิธีการปฏิบัติในการเผาศพไม่ถูกต้องโดยปฏิบัติได้ไม่ถึงร้อยละ 80 ของข้อคำถาม (8 ข้อ)จากข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ซึ่งเมื่อดูในรายละเอียด จากตารางที่ 3 จะเห็นได้ว่าไม่ได้ดำเนินการคัดแยกวัสดุที่ไม่ควรเผาทิ้ง เช่น พวงหรีด โคม พลาสติกที่ไม่จำเป็น กระดาษเงินกระดาษทอง วัสดุตกแต่งโลง

(เทพพนม) ถ่านไฟฉาย หลอดไฟ อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์และอื่นๆ นอกจากนี้หลังจากเผาศพหมดแล้วยังไม่ทำความสะอาดเตาเผาและกวาดเถ้าออกให้หมดจากการทดสอบสมมติฐานโดยใช้วิธี Chi-Square Test พบว่าวิธีปฏิบัติในการเผาศพที่แตกต่างกันมีผลต่อการจัดการเหตุรำคาญที่แตกต่าง ได้ค่า Asymp. Sig. (2-sided) เป็น 0.00 ซึ่งสรุปได้ว่าวิธีปฏิบัติในการเผาศพที่แตกต่างกันมีผลต่อการจัดการเหตุรำคาญที่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05

ตารางที่ 3 วิธีปฏิบัติของผู้ทำหน้าที่เผาศพในการเผาศพเพื่อจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาศพวัด

วิธีปฏิบัติในการเผาศพ	จำนวนผู้ปฏิบัติ(คน)	ร้อยละ
1. คัดแยกวัสดุที่ไม่ควรเผาทิ้ง เช่น พวงหรีด โคม พลาสติกที่ไม่จำเป็น กระดาษเงินกระดาษทอง วัสดุตกแต่งโลง (เทพพนม) ถ่านไฟฉาย หลอดไฟ อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์และอื่นๆ	10	3.23
2. ตรวจสอบสภาพผนังเตา หัวเผา พัดลม ประตูเตาให้พร้อมสำหรับการเผาศพ	310	100.00
3. ตรวจสอบปริมาณเชื้อเพลิงให้เพียงพอ	310	100.00
4. อุ่นห้องเผาวัน (ห้องสุดท้าย) ให้ได้อุณหภูมิไม่ต่ำกว่า 900 องศาเซลเซียส	294	94.84
5. ใส่โลงศพและปิดประตูเตาให้เรียบร้อย	310	100.00
6. เดินระบบควบคุมมลพิษทางอากาศ (ถ้ามี)	310	100.00
7. ติดไฟห้องเผาศพและควบคุมอุณหภูมิให้ไม่ต่ำกว่า 800 องศาเซลเซียส	172	55.48
8. ควบคุมอุณหภูมิของห้องเผาศพและห้องเผาวัน	285	92.00
9. หลังจากเผาศพหมดแล้วทำความสะอาดเตาเผาและกวาดเถ้าออกให้หมด	4	1.29
10. ขณะทำความสะอาดเตาเผาควรสวมหน้ากากและถุงมือเพื่อป้องกันสารพิษทุกครั้ง	6	1.94

5. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้นำชุมชน

5.1 การเผาศพโดยใช้เตาเผาศพวัดแบบโบราณนั้นมักจะมียากัดกลิ่นเหม็นไหม้ศพ กลิ่นเหม็นไหม้สิ่งของที่ใส่ลงไปในโลงและกลิ่นเหม็นไหม้ไม้ที่ใช้เป็นเชื้อเพลิงแต่เป็นช่วงระยะเวลาสั้นๆในช่วงแรกของการเผาศพเท่านั้น หลังจากนั้นกลิ่นต่างๆก็จะเริ่มหายไป

5.2 การเผาศพของเตาเผาศพวัดแบบ 1 ห้องเผานั้น ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ใกล้ชุมชนมักจะมียากัดกลิ่นเหม็นไหม้ศพ กลิ่นเหม็นไหม้สิ่งของที่ใส่ลงไปในโลงและกลิ่นเหม็นไหม้ไม้ที่ใช้เป็นเชื้อเพลิงมีปริมาณของเขม่าควันที่เกิดจากการเผาไหม้ส่งผลกระทบต่อชุมชนที่อยู่ใกล้เคียงค่อนข้างมาก

5.3 การเผาศพของเตาเผาศพวัดแบบ 2 ห้องเผาชนิดใช้น้ำมันดีเซลเป็นเชื้อเพลิงนั้น ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในวัดซึ่งเป็นเขตเมืองและอยู่ใจกลางชุมชน ปัญหาที่พบคือกลิ่นที่เกิดจากการเผาไหม้กลิ่นเหม็นน้ำมันดีเซล

5.4 การเผาศพของเตาเผาศพวัดแบบ 2 ห้องเผาชนิดที่ใช้ก๊าซแอลพีจีเป็นเชื้อเพลิง ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในชุมชนซึ่งโดยปกติขณะเผาศพก็ไม่ก่อให้เกิดมลพิษกับชุมชน

6. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกประชาชนชุมชนรอบวัด

6.1 การเผาศพของเตาเผาศพวัดแบบโบราณนั้นมักจะมียากัดกลิ่นเหม็นไหม้ศพ กลิ่นเหม็นฉุนแสบจมูก มีเขม่าควันลอยมาตามอากาศตกลงพื้นดิน ตกลงในตม่น้ำ ติดเสื้อผ้าที่ตากไว้ เมื่อเกิดปัญหามลพิษจากการเผาศพรบกวนประชาชนส่วนใหญ่ก็จะปิดประตูหน้าต่าง ปิดตม่น้ำ เก็บสิ่งของเครื่องใช้

ต่างๆให้มิดชิด และก็ออกจากบ้านไปอยู่บ้านญาติเป็นการชั่วคราว จนเสร็จสิ้นกระบวนการเผาศพจึงกลับมาทำกิจวัตรประจำวันที่บ้านตามปกติ ภายหลังที่วัดมีการปรับปรุงวิธีการเผาศพใหม่โดยการคัดแยกสิ่งของต่างๆออกไปไม่เผารวมกับศพ ทำให้เขม่าควันจากการเผาไหม้และกลิ่นเหม็นฉุนเหมือนสารเคมีในระหว่างการเผาศพลดลง และหลังจากที่มีการใช้ถ่านไม้เป็นเชื้อเพลิงแทนไม้ฟืนทำให้การเผาไหม้ศพรวดเร็วขึ้น มีความร้อนสูงขึ้น ประกอบกับเตาเผาศพแบบโบราณส่วนใหญ่จะตั้งอยู่ห่างไกลชุมชน ทำให้เกิดปัญหามลพิษกับชุมชนน้อยมาก

6.2 การเผาศพของเตาเผาศพวัดแบบ 1 ห้องเผานั้นมักจะมียากัดกลิ่นเหม็นไหม้ศพ กลิ่นเหม็นไหม้สิ่งของที่ใส่ลงไปในโลงและกลิ่นเหม็นไหม้ไม้ที่ใช้เป็นเชื้อเพลิง มีปริมาณของเขม่าควันที่เกิดจากการเผาไหม้ส่งผลกระทบต่อชุมชนที่อยู่ใกล้เคียงค่อนข้างมาก ซึ่งเตาเผาแบบนี้ค่อนข้างอยู่ใกล้ชุมชนและจะเกิดปัญหาเหตุรำคาญในลักษณะนี้แทบทุกครั้งที่มีการเผาศพ จนก่อให้เกิดปัญหาเดือดร้อนรำคาญใจเมื่อมีมลพิษจากการเผาศพเกิดขึ้นประชาชนส่วนใหญ่จะปิดประตูหน้าต่าง ตลอดจนปิดสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆเพื่อป้องกันกลิ่นและเขม่าควันจากการเผาศพ แต่ภายหลังที่วัดมีการปรับปรุงวิธีปฏิบัติ มีการคัดแยกสิ่งของต่างๆออกไปโดยไม่เผารวมกับศพ มีการใช้ถ่านไม้เป็นเชื้อเพลิงแทนไม้ฟืนหรือน้ำมันดีเซลหรือก๊าซแอลพีจีเป็นเชื้อเพลิง ทำให้การเกิดกลิ่น เขม่าควันจากการเผาศพลดน้อยลงกว่าเดิม ประชาชนส่วนใหญ่ให้ข้อเสนอแนะว่าถ้าหากเตาเผาศพเป็นแบบชนิดไร้ควันก็จะช่วยเรื่องการเกิดมลพิษที่จะก่อให้เกิดเหตุรำคาญต่อชุมชนได้

6.3 การเผาศพของเตาเผาศพวัดแบบ

2 ห้องเผาชนิดใช้น้ำมันดีเซลเป็นเชื้อเพลิงนั้น ปัญหาที่พบคือกลิ่นเหม็นน้ำมันดีเซลซึ่งใช้เป็นเชื้อเพลิง ประกอบกับเตาเผาชนิดนี้ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ภายในวัดที่ตั้งอยู่ใกล้ชุมชนหรือใจกลางเมือง ในพื้นที่ชุมชนหนาแน่น มีปริมาณการเผาทุกวัน ทำให้เกิดเหตุรำคาญจากกลิ่นเหม็นของน้ำมันดีเซลต่อประชาชนชุมชนรอบวัดทุกวันที่มีการเผา แต่ภายหลังที่วัดมีการปรับปรุงวิธีปฏิบัติมีการคัดแยกสิ่งของต่างๆออกไปโดยไม่เผารวมกับศพ ดำเนินการควบคุมระยะเวลาเผาและควบคุมอุณหภูมิห้องเผา ทำให้เตาเผาชนิดนี้ก่อให้เกิดมลพิษน้อยลงหรือไม่เกิดปัญหามลพิษกับชุมชน

6.4 การเผาของเตาเผาศพวัดแบบ 2 ห้องเผาชนิดที่ใช้ก๊าซแอลพีจีเป็นเชื้อเพลิง มีบางครั้งที่มีกลิ่นเผาไหม้ของศพและกลิ่นฉุนคล้ายสารเคมีลอยมาในอากาศตามกระแสลมพัดในขณะเผา ซึ่งก็ไม่ก่อให้เกิดมลพิษกับชุมชนมากนัก ก่อให้เกิดเหตุรำคาญเป็นครั้งคราว ภายหลังที่ทางวัดมีการปรับปรุงวิธีปฏิบัติมีการคัดแยกสิ่งของต่างๆออกไปโดยไม่เผารวมกับศพ ดำเนินการควบคุมระยะเวลาเผาและควบคุมอุณหภูมิห้องเผาก็ทำให้กลิ่นต่างๆที่เคยเกิดขึ้นหายไป

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัย ทำให้ทราบว่า การเผาของเตาเผาศพวัดแบบต่างๆในเขตจังหวัดนครราชสีมา มีข้อดีข้อเสียแตกต่างกันไป ซึ่งส่วนใหญ่ก่อให้เกิดมลพิษและสร้างปัญหาเหตุรำคาญแก่ชุมชนรอบวัดแทบทั้งสิ้นไม่ว่าจะเป็นเหตุรำคาญเรื่องกลิ่นเหม็น เขม่าควัน และฝุ่นละออง ดังนั้นการแก้ไขปัญหาก็

เกิดขึ้น จึงควรดำเนินการโดยให้ความรู้ตลอดจนคำแนะนำแก่ผู้ที่ทำหน้าที่เผาศพของเตาเผาศพวัดให้มีความรู้ความเข้าใจ มีทัศนคติตลอดจนวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมในกระบวนการเผาศพ และต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด นอกจากนี้ในส่วนเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต้องมีการติดตามตรวจสอบประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ทำหน้าที่เผาศพอย่างสม่ำเสมอ ส่วนการเลือกใช้เตาเผาชนิดใดเพื่อใช้เป็นเตาเผาศพวัดนั้นไม่มีรูปแบบการเลือกที่ชี้เฉพาะขึ้นกับบริบทและลักษณะพื้นที่ของวัด ความหนาแน่นของชุมชน เศรษฐกิจและความต้องการของชุมชนเป็นสำคัญ เตาเผาแบบโบราณเสียค่าใช้จ่ายในการบำรุงรักษา ค่าเผาในจำนวนเงินไม่มากนัก ใช้ได้ดีในพื้นที่ชนบทห่างไกล ชุมชนหนาแน่นน้อย และสถานที่ตั้งของวัดและเตาเผาอยู่ห่างไกลชุมชน แต่ปัญหาของเตาเผาแบบนี้คือ มักจะก่อให้เกิดกลิ่น เขม่าควันและฝุ่นละออง ส่วนเตาเผาแบบ 1 ห้องเผา จะมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น ค่าบำรุงรักษามากขึ้น การดูแลบำรุงรักษาเตาเผาศพก็จะค่อนข้างยุ่งยากขึ้น เหมาะสำหรับชุมชนที่หนาแน่นน้อย สังคมชนเมือง ฐานะของประชาชนในชุมชนค่อนข้างดี ปัญหาของเตาเผาแบบนี้คือ มักจะก่อให้เกิดกลิ่น เขม่าควันและฝุ่นละอองคล้ายๆเตาเผาแบบโบราณ และส่วนใหญ่เตาเผาแบบนี้จะอยู่ใจกลางหรือใกล้ชุมชน ไม่ได้มีเทคโนโลยีขั้นสูงในการเผา จึงมักจะก่อให้เกิดปัญหามลพิษหรือ เหตุรำคาญแก่ชุมชนมากกว่าเตาเผาแบบอื่นๆ สำหรับเตาเผาแบบ 2 ห้องเผา ทั้งแบบใช้น้ำมันดีเซลและก๊าซแอลพีจีเป็นเชื้อเพลิงนั้น มีค่าใช้จ่ายทั้งการเผาและการดูแลบำรุงรักษาค่อนข้างสูง การดูแลระบบค่อนข้างยุ่งยากพอสมควร หากบำรุงดูแลรักษาเตาเผาไม่ดี

ดีพอหรือกระบวนการเผาผลาญไม่ถูกต้องเตาเผาผลาญแบบ 2 ห้องเผาไหม้ก็ก่อให้เกิดมลพิษหรือเหตุรำคาญได้มากพอๆกับเตาเผาผลาญแบบอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเตาเผาผลาญแบบ 2 ห้องเผาไหม้ใช้น้ำมันดีเซลเป็นเชื้อเพลิงถ้าผู้เผาผลาญไม่ดูแลบำรุงรักษาระบบหรือมีวิธีปฏิบัติในการเผาผลาญไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการก็จะก่อให้เกิดเหตุรำคาญแก่ชุมชนรอบวัด ซึ่งเตาเผาผลาญแบบ 2 ห้องเผาไหม้เหมาะที่จะใช้ในวัดที่ตั้งอยู่ในเขตชุมชนเมือง ชุมชนหนาแน่น ประชากรฐานดี จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้นำชุมชนและประชาชนชุมชนรอบวัดแล้ว ทำให้ทราบว่าเตาเผาผลาญแบบ 2 ห้องเผาไหม้ใช้ก๊าซแอลพีจีเป็นเชื้อเพลิงเป็นเตาเผาไหม้ที่ก่อให้เกิดเหตุรำคาญต่อชุมชนรอบวัดน้อยที่สุด นอกจากนี้ยังทราบว่าเตาเผาผลาญไม่ว่าจะใช้เตาเผาผลาญแบบใดก็ตาม ปัญหาเรื่องเสียงดังของเครื่องขยายเสียง การจุดพลุ ตะไล และดอกไม้ไฟ ยังคงก่อให้เกิดปัญหาเหตุรำคาญแก่ชุมชนรอบวัด

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับวัดและเตาเผาผลาญ ได้แก่ หน่วยงานของกระทรวงมหาดไทย สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัดนครราชสีมา และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล)ในแต่ละพื้นที่ ควรมีการถ่ายทอดองค์ความรู้ในกระบวนการเผาผลาญที่ถูกต้องตามหลักวิชาการแก่ผู้ทำหน้าที่ เผาผลาญของเตาเผาผลาญอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล)ในแต่ละพื้นที่ ควรเฝ้าระวังการปล่อยมลพิษจากปล่องเตาเผาผลาญอย่างสม่ำเสมอเพื่อลดปัญหามลพิษและเหตุรำคาญแก่ประชาชน โดยการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อตรวจวัดปริมาณสารมลพิษที่ออกจากปล่องเตาเผาผลาญเป็นประจำ อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับวัดและเตาเผาผลาญ ว่าแต่ละหน่วยงานมีบทบาทที่เหมาะสมอย่างไร

2. ควรมีการศึกษาเทคโนโลยีที่เหมาะสมหลากหลายวิธีการเพื่อนำมาใช้ในการจัดการเหตุรำคาญจากเตาเผาผลาญต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. 2553. พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535.
2. กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น. กระทรวงมหาดไทย. 2558. แนวทางปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสุสานและฌาปนสถาน พ.ศ. 2528.
3. สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัดนครราชสีมา. 2558. ข้อมูลวัดในเขตจังหวัดนครราชสีมา. สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2558 จาก <http://www.nma.onab.go.th>
4. กรมควบคุมมลพิษ. กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. 2535. พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษา คุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2535.
5. กัลยา วานิชย์บัญชา. 2548. สถิติสำหรับงานวิจัย. กรุงเทพฯ:ภาควิชาสถิติ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

การพัฒนาเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยอ่อนหวานเด็กไทยฟันดี อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

เริงสิทธิ์ นามวิชัยศิริกุล*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครือข่ายการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ในเขตอำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยส่งเสริมความเข้มแข็งในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียน และพัฒนาการเข้าถึงบริการทันตกรรม ดำเนินการในโรงเรียนประถมศึกษา 44 แห่งของอำเภอ ตั้งแต่ปี 2552-2555 กิจกรรมสำคัญคือ 1) การควบคุมการบริโภคอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพช่องปากในโรงเรียน 2) การจัดกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน และ 3) การติดตามนักเรียนที่มีฟันผวนให้ผู้เข้ารับบริการ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจาก แบบบันทึกกิจกรรมการแปรงฟันในโรงเรียน ผลการตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก และแบบบันทึกการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ผลการวิจัยพบว่ากิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80.0 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 97.7 ในปี 2555 ร้อยละการเข้ารับบริการทันตกรรมในนักเรียนที่มีฟันผวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84.6 ในปี 2552 เป็น ร้อยละ 89.8 ในปี 2555 การเรียนรู้ร่วมกันและพัฒนาศักยภาพของทุกฝ่ายทำให้เกิดเครือข่ายการทำงานของครุอนามัยเพิ่มศักยภาพผู้นำนักเรียน ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานเครือข่ายนี้สำเร็จ คือ ความเข้มแข็งของแกนนำ และการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ ส่งเสริมทันตสุขภาพ เครือข่ายโรงเรียน การมีส่วนร่วม

* ท.บ. ป.บัณฑิต(ทันตกรรมทั่วไป) อ.ท.(ทันตสาธารณสุข)
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

The Development of Sweet Enough and Healthy Teeth School Network in Lam Plai Mat District, Buriram Province

Rerngsit Namwichaisirigun *

Abstract

This action research aimed to develop oral health promotion school network in Lam Plai Mat District, Buriram Province through strengthening oral health promotion activities and increasing dental services accessibility. The study was done in 44 primary schools in the district between 2009 and 2012. The important activities were 1) to control consumption of sugary snacks and beverages in school, 2) to campaign after lunch tooth brushing with fluoride toothpaste and 3) to monitor school referral system for permanent tooth treatment. The data were collected from records of tooth brushing activity at schools, oral health examination records and network participation records. The result of this research showed that there was an increase in after lunch tooth brushing among school children from 80.0 % in 2009 to 97.7 % in 2012. Treatments of permanent teeth decays increased from 84.6 % in 2009 to 89.8 % in 2012. There were evidences of co-operative learning and developed potentials of all groups including established networks among the health teachers as well as increased potentials among the students. It can be concluded that success factors in the promotion program were due to the strength and participations of key persons and continuous communication among each other.

Key words Oral Health Promotion, School Network, Participation

[†]D.D.S., Grad. Dip (General Dentistry), F.R.T.D.C (Dental Public Health)
Dentist, Senior Professional Level, Lam Plai Mat Hospital, Buriram Province

บทนำ

การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากภายใต้แนวทางของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ⁽¹⁾ ได้มีการพัฒนาศักยภาพครูและนักเรียนอย่างต่อเนื่องเพื่อที่จะทำให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของนักเรียนโดยใช้แนวคิดการทำงานที่ให้เกิดการบูรณาการกับกิจกรรมของโรงเรียนซึ่งนำสู่สุขภาวะโดยรวมของนักเรียน การดำเนินงานที่ผ่านมาได้ใช้แนวทางการส่งเสริมสุขภาพตามหลักของ Ottawa Charter⁽²⁾ ซึ่งมุ่งเน้นที่การจัดการสิ่งแวดล้อมและการเพิ่มศักยภาพของเด็กและผู้เกี่ยวข้อง การพัฒนานโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ การสร้างความเข้มแข็งเพื่อชุมชน และการปรับปรุงระบบบริการให้สอดคล้องกับการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ

จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ซึ่งได้เกิดนวัตกรรมและแนวทางในการทำงานที่มุ่งเน้นในการสร้างทัศนคติของครูและนักเรียนในการเป็นเจ้าของสุขภาพของนักเรียนเอง⁽³⁾ โดยผ่านกระบวนการบูรณาการด้านหลักสูตร การพัฒนากิจกรรมผู้เรียน และการดำเนินงานในลักษณะโครงการและโปรแกรมต่างๆ จากการดำเนินงานดำเนินการดังกล่าว ทำให้สามารถที่จะพัฒนาให้เป็นกลุ่มแกนนำและขยายแนวทางการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนได้เป็นอย่างดี

การดำเนินงานในรูปแบบของเครือข่าย⁽⁴⁻⁸⁾ เป็นหลักการที่นำไปสู่การพัฒนาการบูรณาการความรู้เพื่อแก้ปัญหาทันตสุขภาพ เนื่องจากแนวคิดเรื่องเครือข่ายเป็นแนวคิดที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จุดเด่นของสมาชิกเครือข่าย ตลอดจนการสร้าง

เงื่อนไขในการทำงานร่วมกันด้วยเป้าหมายร่วมที่มีในเครือข่าย ลักษณะการทำงานดังกล่าวใน ระยะเริ่มแรกจำเป็นต้องเริ่มต้นจากประเด็นที่มีขอบข่ายที่ชัดเจนและเป็นที่คุ้นเคยของโรงเรียนในระดับหนึ่ง ประเด็นของเรื่องสุขภาพช่องปากเป็นประเด็นที่มีคุณลักษณะที่ดีในการเริ่มต้นเพื่อให้เกิดเป็นเครือข่ายระหว่างโรงเรียน เนื่องจากเป็นประเด็นที่โรงเรียนมีความคุ้นเคยอย่างยิ่ง ประกอบกับปัจจัยต่างๆ ที่เป็นตัวกำหนดโรคในช่องปากเช่น ปัจจัยด้านการบริโภคน้ำตาล มักเป็นปัจจัยร่วม (Common risk factors) กับโรคเรื้อรังอื่นๆ ด้วย ดังนั้นจึงสามารถใช้เป็นประเด็นเริ่มต้นในการทำงานในรูปแบบของเครือข่ายโรงเรียนได้เป็นอย่างดี เช่นเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ได้บูรณาการสู่ เครือข่ายโรงเรียนอ่อนหวานสร้างสุขภาพ อำเภอลำลูกกา มีการแลกเปลี่ยนและถ่ายทอดกิจกรรม ทั้งเทคโนโลยีต่าง ๆ โครงการดี ๆ ตลอดจนแนวทางการจัดการเรียนการสอนแบบใหม่ๆ เน้นการเสริมพลัง (Empowerment) เป็นสำคัญด้วยนโยบาย โรงเรียนอ่อนหวานสร้างสุขภาพ มีสโลแกนดำเนินงานเครือข่ายคือ **“รู้รักแปรงฟัน ขยันออกกำลังกาย ลดหวาน ทานผักผลไม้ ใส่ใจสุขภาพ”**⁽⁴⁾

งานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนได้มีการบูรณาการสู่กระบวนการเรียนรู้ในโรงเรียน เมื่อมีการปฏิรูปการศึกษาและมีการพัฒนาหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2544 ทำให้ทันตสุขภาพ ได้รับการบรรจุอยู่ในผังมโนทัศน์ของกลุ่มสาระสุขศึกษาและพลศึกษา ได้มีการร่วมมือกันระหว่างกองทันตสาธารณสุขและฝ่ายการศึกษา

พัฒนาหลักสูตรและคู่มือแนวทางการจัดการเรียนรู้ตามหลักสูตรใหม่ขึ้น⁽⁹⁾

ในการดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพซึ่งแบ่งออกเป็น 3 หมวดได้แก่
หมวดที่ 1) การจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องทันตสุขภาพที่สอดคล้องกับหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2544

หมวดที่ 2) การควบคุมการบริโภคอาหาร/ขนมที่เป็นอันตรายต่อทันตสุขภาพ และ

หมวดที่ 3) การแปรงฟันหลังอาหารกลางวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทุกวัน

กรมอนามัยมีแนวคิดต่อยอดโครงการเด็กไทยทำได้ในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โดยส่งเสริมและสนับสนุนนักเรียนแกนนำชมรมเด็กไทยทำได้ที่มีความสนใจที่จะทำกิจกรรมด้านสุขภาพในโรงเรียน ให้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้สภาพปัญหาสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ตลอดจนการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพในโรงเรียนในรูปแบบการทำโครงการสุขภาพ ซึ่งผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพให้มีทักษะและสามารถทำโครงการได้ นำไปสู่การแก้ไขปัญหาสุขภาพทั้งที่เป็นปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน และปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทุกคนในโรงเรียน⁽¹⁰⁾

การส่งเสริมสุขภาพช่องปากระดับโรงเรียนในพื้นที่ อ.ลำปลายมาศ จ.บุรีรัมย์ เดิมใช้การบริหารจัดการภายใต้แนวทางโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในลักษณะต่างคนต่างทำในแต่ละโรงเรียน ซึ่งเกิดตัวอย่างการดำเนินกิจกรรมความสำเร็จที่มีความหลากหลายก่อเกิดเป็นองค์ความรู้เฉพาะในบริบทพื้นที่นั้น ๆ อย่างไรก็ตามองค์ความรู้ดังกล่าวนี้ไม่ได้ถูกนำมาเผยแพร่ แลกเปลี่ยนในวงกว้างเท่าที่ควร เป็นที่มาให้เกิดแนวคิดการทำงานในลักษณะเครือข่าย

ข่ายขึ้น มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครือข่ายการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ในเขตอำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยกับครู นักเรียน เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานแบบเครือข่ายการคัดเลือกลุ่มเป้าหมายทำโดยใช้วิธีแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งเป็นโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยอ่อนหวานเด็กไทยฟันดี 44 แห่ง พ.ศ. 2552-2555 โดยช่วงปีการศึกษา 2550-2551 เริ่มการพัฒนา หลังจากปี 2552 จึงมีการดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผลการพัฒนาได้อย่างเป็นระบบ โดยเก็บข้อมูลจากรายงานสภาวะช่องปากนักเรียนในงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพ และแบบสอบถามสถานการณ์โรงเรียนปลอดน้ำตาล ควบคุมน้ำหวาน และขนมกรุบกรอบ และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสังเกต รายงานการประชุมผลการดำเนินงานสัมมนาแบบเจาะลึกสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม ระยะเวลาเก็บข้อมูลทั้งหมดในการวิจัย 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2558 - 30 มิถุนายน พ.ศ. 2559

โครงการนี้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารรับรองเลขที่ BRO 2015-006

ขั้นตอนดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

- เดือนมกราคม 2552 จัดประชุมโรงเรียนแกนนำวางแผนทางสร้างเครือข่ายประกอบด้วยผู้บริหารและครูอนามัย เพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการ

เครือข่าย กำหนดนโยบายเครือข่าย กำหนดกิจกรรมร่วมกันของเครือข่าย กำหนดข้อตกลงร่วมกันและวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน เกิดเครือข่ายของโรงเรียนถึง 3 เครือข่าย 25 โรงเรียน

- จัดประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ แต่ละเครือข่ายเพื่อวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหา อุปสรรค และโอกาสพัฒนาในการดำเนินงาน

- จัดกิจกรรม เวทีครูอนามัย เรื่องการดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนเพื่อทบทวนความรู้ และร่วมการวางแผนการดำเนินงาน

- ออกประเมินการดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพทุกโรงเรียนด้วย แบบประเมินโครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา

- จัดรณรงค์ นิทรรศการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน และครูอนามัยร่วมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาเครือข่ายระดับประเทศ

พ.ศ. 2553 ได้นำผลการประเมินในปีที่ผ่านมา มาปรับปรุงการดำเนินงานในครั้งนี และ มีโรงเรียนขอเข้าร่วมโครงการอีก 6 โรงเรียนรวมเป็น 31 โรงเรียนใน 3 เครือข่าย การดำเนินงานมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบของกิจกรรม ไปในแต่ละปีตามความเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อกลุ่มเป้าหมาย โดยนำผลการประเมินเดิมในแต่ละปีมาใช้เพื่อวางแผนการดำเนินงานครั้งต่อไป พ.ศ. 2553 เครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยอ่อนหวานเด็กไทยฟันดี ได้ขยายจาก 25 โรงเรียนเป็น 31 โรงเรียน โดยเน้นกิจกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพในโรงเรียน ได้จัดเวทีเสวนาครู

อนามัย จัดอบรมผู้นำนักเรียน และ ออกติดตามการดำเนินงานผู้นำนักเรียนเพื่อดูการทำโครงการสุขภาพชมรมเด็กไทยทำได้เด็กไทยฟันดี และจัดประกวดการดำเนินงานผู้นำนักเรียน ในหัวข้อ “เครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยอ่อนหวานเด็กไทยฟันดี”

พ.ศ. 2554 - 2555 ได้นำผลการประเมินปีที่ผ่านมา มาปรับปรุงการดำเนินงานในครั้งนี และปี 2554 มีโรงเรียนขอเข้าร่วมโครงการอีก 13 โรงเรียนรวมเป็น 44 โรงเรียนเพิ่มเป็น 4 เครือข่าย

- กิจกรรม เวทีเสวนาผู้บริหารและครูอนามัยมุ่งประเด็นการดำเนินงานสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน การทำงานร่วมเป็นเครือข่ายผู้บริหารและครูอนามัยและหาหรือแนวทางการจัดมหกรรมแสดงผลการดำเนินงานที่ผ่านมาในชุมชนหรือการ

- กิจกรรมอบรมแกนนำนักเรียน เน้นการทำโครงการที่แก้ปัญหาและการผลิตสื่ออ่อนหวานเด็กไทยฟันดีเพื่อใช้ในงานมหกรรมที่จะจัดขึ้น

- ประกวดผลการดำเนินงานเครือข่ายและประชุมเตรียมงานการจัดมหกรรมแสดงผลงาน 2 ครั้งถึงรูปแบบการจัดงาน

- จัดมหกรรมแสดงความขอบคุณแจกเกียรติบัตร ภาควิชาเครือข่ายผู้สนับสนุนการดำเนินงานและจัดมหกรรมสรุปผลงานโครงการพัฒนาเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยอ่อนหวานเด็กไทยฟันดี มีการประกวดขบวนพาเหรด ต้นทึ้นหรือการที่มีชีวิตมีการแสดงสดมินิละครจากทุกโรงเรียนในเครือข่ายประกวดการแสดงบนเวที และประกวด 3 หมวด ได้แก่ ภาพวาดระบายสี เมนูอ่อนหวานและประกวดการแปรฟืนคุณภาพ รวมประกวด 6 อย่าง และในงานมีตอบปัญหาชิงรางวัลตลอดงาน

- จัดมหกรรม พิธีลงนามบันทึกความร่วมมือ (MOU) ต่อบลัดึ่มน้ำเปล่าระหว่างเครือขายโรงเรียนบ้านหนองหญ่าปล้องกับชุมชน เพื่อให้ทุกคนตระหนักการดื่มน้ำเปล่าดีที่สุดเพื่อสุขภาพ แทนการดื่มน้ำอัดลมหรือน้ำหวานซึ่งจะทำให้การบริโภคน้ำตาลหวานล้นเกินเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

ผลการศึษา

1.ข้อมูลทั่วไป

ศึษาในโรงเรียนประถมศึษา อำเภอลำปลายมาศที่เข้าร่วมเครือขายโรงเรียนเด็กไทยอ่อนหวานเด็กไทยฟันดี ปีการศึกษา 2552-2555 จำนวน 25-44 โรงเรียน มีนักเรียนเข้าร่วมปีละ3,475-5,998 คน เป็นนักเรียนประถมศึษาชั้นปีที่ 6 จำนวน 598-982 คน (ตารางที่ 1)

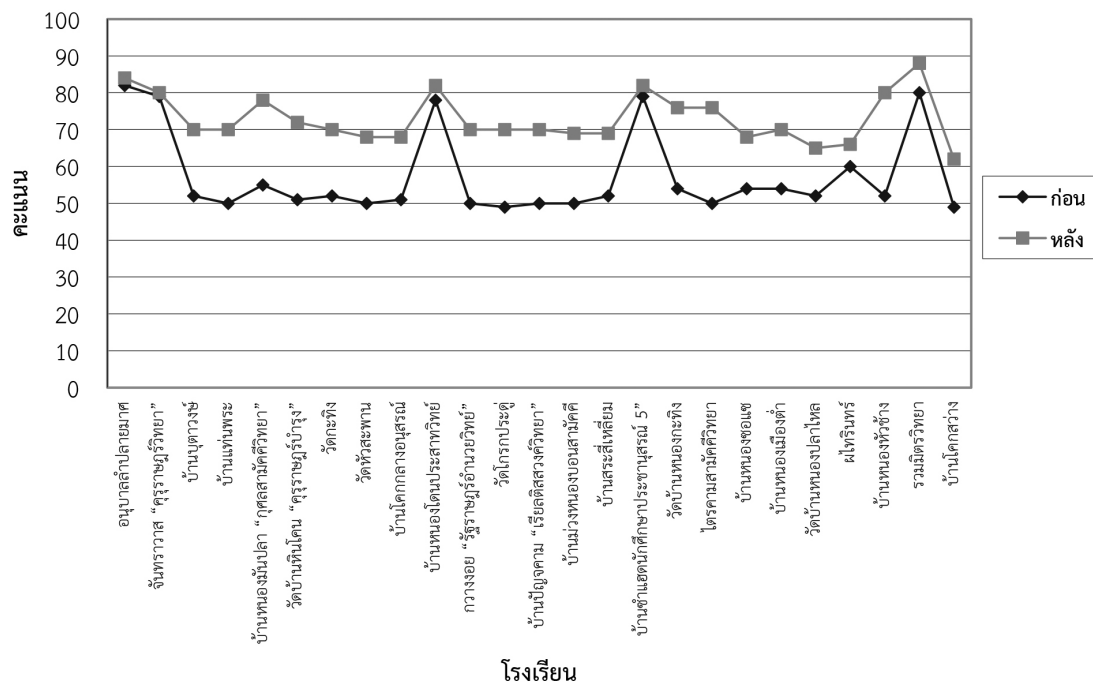
ตารางที่ 1 จำนวนเครือขาย โรงเรียน และเด็กนักเรียน ตามปีการศึกษา

ปีการศึกษา	จำนวนเครือขาย	จำนวนโรงเรียน	จำนวนนักเรียน ป.1- ป.6 (คน)	จำนวนนักเรียน ป.6 (คน)
2552	3	25	3,475	598
2553	3	31	4,830	655
2554	4	44	5,845	965
2555	4	44	5,998	982

2. จากแบบประเมินโครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึษา ทั้ง 3 หมวดพบว่า ผลการประเมินโครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึษา ทั้ง 3 หมวด ก่อนดำเนินโครงการ (พ.ศ. 2552) และหลังดำเนินโครงการแล้ว 1 ปี (พ.ศ. 2553) ได้ผลดังแผนภูมิที่ 1-3 ดังนี้

แผนภูมิที่ 1 คะแนนประเมินโรงเรียนส่งเสริมทันตสุขภาพโครงการเครือข่ายเด็กไทยฟันดี อำเภอลำปลายมาศ
หมวดที่ 1 การจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องทันตสุขภาพที่สอดคล้องกับหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน
พุทธศักราช 2544

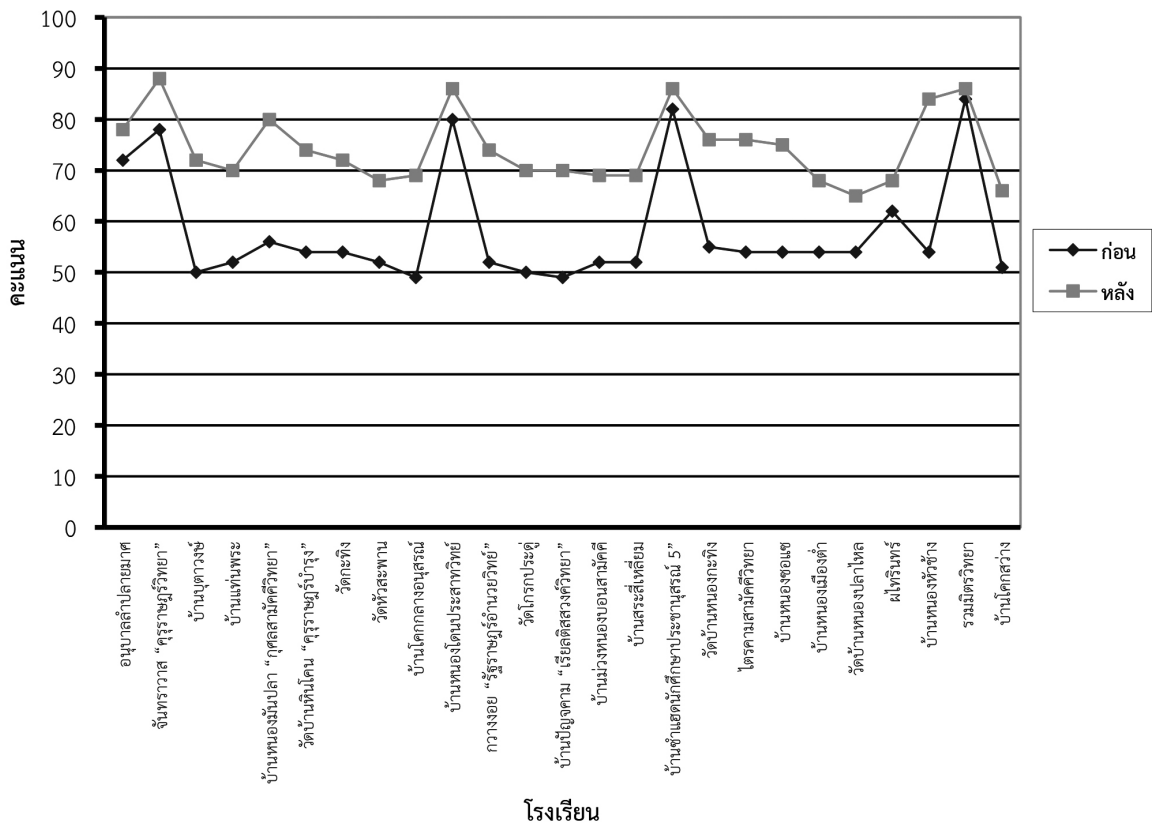
กราฟเส้นแสดงการเปรียบเทียบคะแนนประเมินฯ ก่อน - หลัง



จากแผนภูมิที่ 1 การจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องทันตสุขภาพที่สอดคล้องกับหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน พบว่า โรงเรียนรวมมิตรวิทยาประเมินครั้งหลังได้คะแนนสูงสุดถึง 89% ในขณะที่ประเมินครั้งแรกได้คะแนน 80%

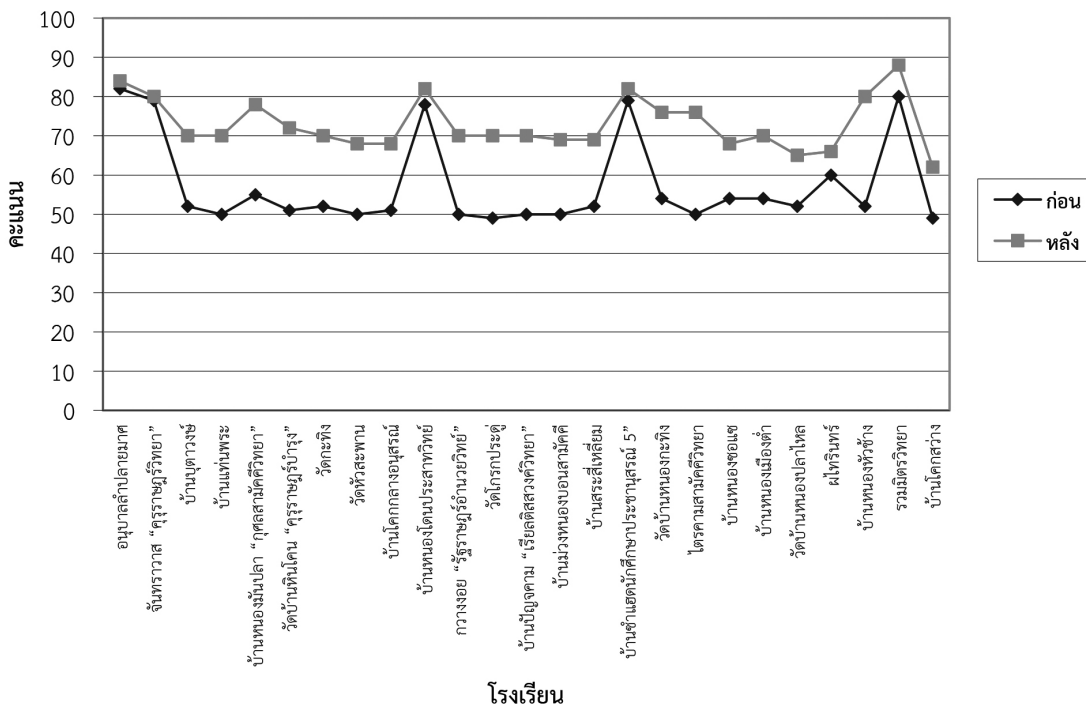
แผนภูมิที่ 2 คะแนนประเมินโรงเรียนส่งเสริมทันตสุขภาพโครงการเครือข่ายเด็กไทยฟันดี อำเภอลำปลายมาศ
หมวดที่ 2 การควบคุมการบริโภคอาหาร / ขนมที่เป็นอันตรายต่อทันตสุขภาพ

กราฟเส้นแสดงการเปรียบเทียบคะแนนประเมินฯ ก่อน - หลัง



จากแผนภูมิที่ 2 การควบคุมการบริโภคอาหาร / ขนมที่เป็นอันตรายต่อทันตสุขภาพ พบว่า โรงเรียนรวมมิตรวิทยาประเมินครั้งหลังได้คะแนนสูงสุดถึง 89% ในขณะที่ประเมินครั้งแรกได้คะแนน 80% ช่นเดียวกันโรงเรียนบ้านโคกสว่างประเมินครั้งแรกได้คะแนนต่ำสุด 49% ประเมินครั้งหลังได้คะแนนต่ำสุด 62%แต่ดีขึ้นถึง 13 % โรงเรียนที่มีพัฒนาการสูงสุดคือโรงเรียนบ้านหนองหัวช้างประเมินครั้งแรกได้คะแนน 51% ประเมินครั้งหลังได้คะแนน 80 %แต่ดีขึ้นถึง 29 %

แผนภูมิที่ 3 คะแนนประเมินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา
หมวดที่ 3 การแปรงฟันหลังอาหารกลางวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทุกวัน
กราฟเส้นแสดงการเปรียบเทียบคะแนนประเมินฯ ก่อน - หลัง



จากแผนภูมิที่ 3 การแปรงฟันหลังอาหารกลางวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทุกวัน พบว่า โรงเรียนจันทราวาส "ศุภราชบุรีวิทยา" ประเมินครั้งหลังได้คะแนนสูงสุดถึง 89% ในขณะที่ประเมินครั้งแรกได้คะแนน 79% เช่นเดียวกัน ตีขึ้น 10% โรงเรียนวัดบ้านหนองปลาไหลประเมินครั้งแรกได้คะแนนต่ำสุด 54% ประเมินครั้งหลังได้คะแนนต่ำสุด 65% แต่ตีขึ้นถึง 11% โรงเรียนที่มีพัฒนาการสูงสุดคือโรงเรียนบ้านหนองหัวช้าง ประเมินครั้งแรกได้คะแนน 54% ประเมินครั้งหลังได้คะแนน 84% แต่ตีขึ้นถึง 30%

จากแผนภูมิที่ 1-3 โรงเรียนที่ประเมินครั้งแรกทั้ง 3 หมวด ได้คะแนนเกิน 70% ถือเป็น โรงเรียนแกนนำ 5 โรงเรียนได้แก่ โรงเรียนอนุบาลลำปลายมาศ โรงเรียนจันทราวาส "ศุภราชบุรีวิทยา" โรงเรียนบ้านหนองโดนประสาธวิทย โรงเรียนบ้านชำแฮด "นักศึกษาประชาชนสุรณ 5" และ โรงเรียนรวมมิตรวิทยา สามารถช่วยโรงเรียนในเครือข่ายให้พัฒนางานขึ้นได้อย่างมากทั้ง 3 หมวด แต่เราพบว่าโรงเรียนแกนนำ มีพัฒนาการเพิ่มขึ้นไม่มากนัก เพราะมีการดำเนินงานดีมีคะแนนสูงอยู่แล้ว แต่ทุกโรงเรียนที่เข้าโครงการมีพัฒนาการที่ดีขึ้น

3. จากแบบบันทึกการเรียนรู้ในผู้นำนักเรียนพบว่า ผลการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มผู้นำนักเรียน นักเรียนมีความกระตือรือร้นร่วมมือทำกิจกรรมเป็นอย่างดี สามารถทำโครงการสุขภาพได้จากการประกวดโครงงานเด็ก พบว่าผู้นำนักเรียนในเครือข่ายมีทัศนคติในการกล้าแสดงออกจากการนำเสนอ เห็นพัฒนาการชัดเจน ส่งเสริมความเป็นผู้นำ เห็นประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการ และสามารถนำความรู้ไปใช้ได้จริงในโรงเรียนและที่บ้าน พบว่า นักเรียนทุกโรงเรียนสามารถทำโครงการเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพและสิ่งแวดล้อมได้ ในสิ่งที่นักเรียนสนใจเพื่อลดปัญหาสุขภาพ หรือสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนและชุมชนได้ โดยนักเรียนเป็นผู้กำหนดเรื่องที่จะศึกษา วางแผน ออกแบบ ลงมือปฏิบัติ เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินการ นำเสนอข้อมูล และ เขียนรายงานเพื่อเผยแพร่ โดยครูเป็นผู้ให้คำปรึกษา จากแบบรายงานผลการเรียนรู้ในผู้นำนักเรียนพบว่า การประกวด โรงเรียนบ้านหนองมันปลา “กุศลสามัคคีวิทยา” ได้รับรางวัล ที่ 1 โครงงานเรื่อง แปร่งฟันให้ถูกวิธี โรงเรียนวัดบ้านหนองปลาไหลได้รับรางวัล ที่ 2 โครงงานเรื่องโครงงานสื่อการสอนเด็กไทยอ่อนหวาน เด็กไทยฟันดี โรงเรียนวัดบ้านหินโคน “คุรุราษฎร์บำรุง” ได้รับรางวัล ที่ 3 โครงงานเรื่อง เมนูอ่อนหวาน

4. จากการสัมภาษณ์ แบบเจาะลึกและสนทนากลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการถึงผลการส่งเสริมความเข้มแข็งในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนถึงการมีส่วนร่วมถึงชุมชน พบว่า การจัดมหกรรมสำหรับครูอนามัยแสดงผลงานครูอนามัย กระตือรือร้นแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับครูโรงเรียนอื่น นำผลงานมาประกวด ได้แก่ ประกวดขบวนพาเหรด เต้นทันทิรศการที่มีชีวิตมีการแสดงสดมีนวัตกรรมใหม่ๆจากทุกโรงเรียนในเครือข่าย

ประกวดการแสดงบนเวที และประกวด ภาพวาดระบายสี เมนูอ่อนหวานและประกวดการแปร่งฟันมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นต่างๆ พบว่าทีมผู้บริหาร ครูอนามัยและผู้นำนักเรียน สามารถสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่เด่นชัดเป็นนวัตกรรมได้แก่ผลงานในเรื่อง การลดการบริโภคน้ำตาลมาดื่มน้ำเปล่าแทน เกิดการลงนามบันทึกความร่วมมือ (MOU) ระหว่างหน่วยงานต่างๆในตำบลทะเลน้อยเป็นตำบลดื่มน้ำเปล่าระหว่างเครือข่ายโรงเรียนกับชุมชน เพื่อให้ทุกคนตระหนักการดื่มน้ำเปล่าดีที่สุดเพื่อสุขภาพ แทนการดื่มน้ำอัดลมหรือน้ำหวานซึ่งจะทำให้การบริโภคน้ำตาลหวานล้นเกินเป็นอันตรายต่อสุขภาพ มีนโยบายเพื่อ ควบคุมอาหารว่างและเครื่องดื่มทั้งในระดับท้องถิ่นและโรงเรียนในเรื่องโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม จำกัดการจำหน่าย ลดการบริโภคขนมกรุบกรอบ และเครื่องดื่มในโรงเรียน โดยทางโรงเรียนจัดหาเครื่องดื่มสะอาดเพียงพอให้กับเด็ก จัดสิ่งแวดล้อมให้โรงเรียนให้ ปลอดขนมกรุบกรอบและเครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อสุขภาพ โรงเรียนจัดอาหารกลางวันที่มีผัก และจัดหาอุปกรณ์และสถานที่แปร่งฟันโดยองค์กรท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ เครือข่ายผู้ปกครอง ผู้นำชุมชนให้มีบทบาทสนับสนุนการดำเนินงาน

5. การจัดกิจกรรมการแปร่งฟันหลังอาหารกลางวันในโรงเรียน

จากแบบสัมภาษณ์กิจกรรมแปร่งฟันหลังอาหารกลางวันในโรงเรียน พบว่า โรงเรียนส่วนใหญ่มีการจัดกิจกรรมการแปร่งฟันหลังอาหารกลางวันในโรงเรียนทุกวัน เพิ่มขึ้น จาก 80.0% (ปี 2552) เป็น 97.7% (ปี 2555) และจากการสัมภาษณ์ พบว่ายังมีโรงเรียน 1-2 แห่งที่แปร่งฟันบางวัน สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการขาดน้ำสะอาดอย่างเพียงพอ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ร้อยละของโรงเรียนที่มีการจัดกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันในโรงเรียนจำแนกตามปีการศึกษา

มีการจัดกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันในโรงเรียน	ร้อยละโรงเรียน			
	พ.ศ. 2552	พ.ศ. 2553	พ.ศ. 2554	พ.ศ. 2555
บางวัน	20.0	12.9	4.5	2.3
ทุกวัน	80.0	87.1	95.5	97.7

6. จากแบบสอบถามสถานการณ์ โรงเรียนที่ปลอดน้ำอัดลม ควบคุมน้ำหวาน และขนมกรุบกรอบ พบว่าการควบคุมการบริโภคอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพฟันนักเรียน ได้แก่ น้ำอัดลม น้ำหวาน และขนมกรุบกรอบ ลูกอม ไอติม นมเปรี้ยว เครื่องดื่มรสซ็อกโกแลต ด้วยความร่วมมือเครือข่ายครู นักเรียน ทำให้สถานการณ์โรงเรียนปลอดน้ำอัดลมเพิ่มขึ้นจาก 60% (ปี พ.ศ. 2552) เป็น 86.4% (ปี 2555) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ร้อยละของโรงเรียนที่ปลอดน้ำอัดลม ควบคุมน้ำหวาน และขนมกรุบกรอบ จำแนกตามปีการศึกษา

สถานการณ์โรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ควบคุมน้ำหวาน และขนมกรุบกรอบ	ร้อยละโรงเรียน			
	พ.ศ. 2552	พ.ศ. 2553	พ.ศ. 2554	พ.ศ. 2555
ปลอดน้ำอัดลม	60.0	64.5	72.7	86.4
ปลอดน้ำหวาน	40.0	45.2	47.7	54.5
ปลอดขนมกรุบกรอบ ลูกอม ไอศกรีม	44.0	48.4	50.0	56.8

7. จากแบบบันทึกบริการทันตกรรมของเด็กนักเรียนที่ได้รับ พบว่า การใช้บริการทันตกรรมของนักเรียนเพิ่มขึ้นจาก 84.6% (ปี พ.ศ. 2552) เป็น 89.8% (ปี พ.ศ. 2555) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ร้อยละของนักเรียนที่มีฟันผาวรรุได้รับบริการทันตกรรม จำแนกตามปีการศึกษา

การใช้บริการทันตกรรมของนักเรียน	ร้อยละโรงเรียน			
	พ.ศ. 2552	พ.ศ. 2553	พ.ศ. 2554	พ.ศ. 2555
นักเรียนที่มีฟันผาวรรุได้รับบริการทันตกรรม	84.6	85.8	86.5	89.8

อภิปรายและสรุปผล

จากการศึกษานี้พบว่า การพัฒนาการทำงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนประถมศึกษาตามแนวคิดของกฎบัตร ออตตาวา (Ottawa Charter) เพื่อส่งเสริมทันตสุขภาพดำเนินการภายใต้โครงการเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยอ่อนหวานเด็กไทยฟันดี ตั้งแต่ปี 2552 พบว่าแต่ละโรงเรียนได้มีการพัฒนางานเพิ่มขึ้นจากเดิม ดังนี้

มีการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อ ควบคุมอาหารว่างและเครื่องดื่มทั้งในระดับท้องถิ่นและโรงเรียนในเรื่องโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม จำกัดการจำหน่าย ลดการบริโภคขนมกรุบกรอบ และเครื่องดื่มในโรงเรียน

มีการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพโดยทางโรงเรียนจัดหาเครื่องดื่มสะอาดเพียงพอให้กับเด็ก จัดสิ่งแวดล้อมให้โรงเรียนให้ ปลอดขนมกรุบกรอบและเครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อสุขภาพ โรงเรียนจัดอาหารกลางวันที่มีผัก และจัดหาอุปกรณ์และสถานที่แปรงฟันให้เพียงพอ

มีการเสริมความเข้มแข็งของการทำงานในชุมชน โดยการ สร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรท้องถิ่น เครือข่ายผู้ปกครอง ผู้นำชุมชนให้มีบทบาทสนับสนุนการดำเนินงาน

มีการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การเรียนรู้ของเด็กให้มีวิธีคิดที่เป็นเหตุเป็นผล เพื่อฝึกให้เกิดทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองได้เช่น การฝึกแปรงฟันให้ถูกวิธี การอ่านฉลากอาหาร การปรุงอาหารอ่อนหวาน อาหารส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ

การปรับระบบบริการสุขภาพ แต่ละโรงเรียนได้มีการจัดระบบบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้

ครอบคลุมเด็กอย่างเป็นระบบได้แก่ มีระบบส่งต่อที่มีคุณภาพมีการบันทึก และครูอนามัยตรวจฟันเด็กเป็นประจำตามระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน และมีการประสานงานขอรับบริการกับทันตบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

ความสำเร็จของการดำเนินงานในรูปแบบเครือข่าย เกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ความเข้มแข็งของ ผู้บริหาร คณะครู นักเรียน เช่นเครือข่ายที่ 4 เราพบว่าคณะครูผู้บริหารและคณะครู มีความมุ่งมั่นมากและพัฒนางานอย่างต่อเนื่องศึกษา สามารถขยายผลการดำเนินงานสู่ชุมชน เป็นตำบลต้นน้ำเปล่าต่อยอดไปถึงผู้ปกครอง คนในชุมชนที่ให้ความสำคัญเรื่องสุขภาพและประโยชน์ของการเลิกดื่มน้ำอัดลมในภาคส่วนท้องถิ่นพร้อมให้การสนับสนุนกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม โดยเฉพาะเรื่องของสุขภาพซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยให้ชาวตำบลทะเลเมนชัยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น พร้อมประกาศเจตนารมณ์และลงนามบันทึกข้อตกลง (MOU) เพื่อเป็นตำบลนำร่องตำบลต้นน้ำเปล่าให้สำเร็จในวันที่ 13 มีนาคม 2558 ทั้งนี้ตำบลทะเลเมนชัย ถือเป็นพื้นที่แห่งแรกที่ได้ประกาศเจตนารมณ์ตำบลต้นน้ำเปล่า นับว่าเป็นความสำเร็จของเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานที่ได้ขับเคลื่อนโครงการปลอดน้ำอัดลมจนสามารถต่อยอดเป็นเครือข่ายนอกรั้วโรงเรียนได้สำเร็จ” ⁽¹¹⁾ ดังที่เห็นในสื่อต่างๆที่ได้มาทำข่าวเช่น สำนักข่าวอิศรา⁽¹²⁾ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เริ่มต้นจากผู้บริหารและครูทุกคนทำตัวเป็นแบบอย่างก่อน จนกระทั่งวันนี้เรายืนยันว่าเวลานี้สถาน

ศึกษาแห่งนี้ปลอดน้ำอัดลม 100% รวมถึงโรงเรียน
เครือข่ายทุกแห่ง แสดงถึงความเข้มแข็งของผู้บริหาร
และครูทุกคน

นโยบายที่ชัดเจนและการประสานการทำงาน ด้วยรูปแบบทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ พบว่า ความสัมพันธ์และการประสานงานของทันตบุคลากร โรงพยาบาลลำปลายมาศ กับผู้แทนเครือข่ายโรงเรียนต่างๆ ที่เข้มแข็งมาก่อนนี้เป็นปัจจัยตั้งต้นที่มีผลต่อความสำเร็จในการทำงานลักษณะเครือข่าย เกิดการทำงานเชื่อมโยงประสานในแนวราบ มากกว่าการสั่งการลักษณะแนวดิ่ง ตามสายงานบังคับบัญชาแบบระบบราชการเดิม ตัวอย่างเช่น สามารถประสานงานทางโทรศัพท์ทางเฟสบุ๊คและทางไลน์

ด้านการมีส่วนร่วม⁽¹³⁾ พบว่าส่วนใหญ่ชุมชนมีส่วนร่วมในระดับ การร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมกำหนดแนวทางในการแก้ปัญหา และร่วมดำเนินการส่วนการมีส่วนร่วมในการประเมินผลยังไม่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกันกับการศึกษานี้ พบว่าการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนได้แก่องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นทั้งนายก ปลัด กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานเช่นกัน โดยเริ่มต้นที่นายอำเภอลำปลายมาศ เป็นประธาน มีสาธารณสุขอำเภอลำปลายมาศเป็นเลขาดำเนินงานและโรงพยาบาลลำปลายมาศเป็นผู้ช่วยเหลือร่วมกัน แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานและจัดมหกรรมรณรงค์ เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กโดยการสร้างกระแสให้ประชาชนรับรู้อย่างต่อเนื่องถึงกิจกรรมทั้ง 3 กิจกรรมได้แก่

1) กิจกรรมการจัดการเรียนการสอนทันตสุขภาพบูรณาการเข้า 8 กลุ่มสาระในโรงเรียน

2) กิจกรรมการส่งเสริมการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ลดหวาน เน้นการบริโภคเมนูผักให้มากขึ้นโดยได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดนโยบายลดการบริโภคน้ำตาลในอำเภอลำปลายมาศ โดยเริ่มต้นจากเครือข่ายเด็กไทยอ่อนหวานเด็กไทยฟันดีโดยมีเป้าหมายลดการจำหน่ายน้ำอัดลมในโรงเรียนทุกโรงในเครือข่าย,งดการจำหน่ายอาหารกรุบกรอบ ไอศกรีม น้ำหวาน และขนมถุง

3) กิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ โดยมีเป้าหมายที่ทุกโรงเรียนร่วมกันคือจัดทำสถานที่แปรงฟันให้ครบทุกโรงเรียน จัดหาแปรงสีฟัน ยาสีฟันและแก้วน้ำให้กับเด็กอย่างเพียงพอมีระบบการดูแลของครูและผู้นำนักเรียนอย่างเหมาะสมโดยมีเป้าหมายให้เด็กฟันดีโดยมีระบบการเฝ้าระวังร่วมกันตรวจฟันเด็กโดยครูประจำชั้น ส่งต่อเด็กให้ได้รับการรักษา ติดตามผลการรักษาของเด็ก และรายงานผลครบถ้วนทันเวลาพัฒนาระบบข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างมีความสุขถือเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนางานส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก ตามนโยบายกองทุนทันตกรรมและเป็นการประกันสุขภาพช่องปากเด็กประถมศึกษาอย่างมีส่วนร่วม⁽¹⁴⁾

พลัง 3 อย่างที่ทำให้การทำงานเครือข่ายประสบความสำเร็จได้แก่

1) **พลังอ่อนหวาน** คือความร่วมมือทุกคนที่มีเป้าหมายเดียวกันคือเด็กไทยอ่อนหวานเด็กไทยฟันดีทุกคนมองข้ามปัญหา เสียสละ คิดบวกและให้อภัย

2) พลังชุมชน จากการได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติมจากกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อบต. รพสต. อย่างเต็มที่ และ

3) พลังเครือข่าย ดังภาพที่เห็นทุกโรงเรียนได้ช่วยกันพัฒนางานพัฒนาเครือข่ายเพื่อเด็กของตนอย่างเต็มที่เกิดผลงานใหม่ๆมากมายที่นำมาแสดงในงานมหกรรม

จากการศึกษาทั้ง 3 ระยะพบว่าโครงการเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยอ่อนหวานเด็กไทยฟันดี โดยระยะที่ 1 เป็นการสร้างเครือข่ายโรงเรียนให้เข้มแข็งโดยทีมผู้บริหารและครูอนามัย โดยช่วยกันดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพ ทั้ง 3 หมวดพบว่าการทำงานเป็นเครือข่ายช่วยเหลือกันทำให้ทุกโรงเรียนดำเนินงานได้ดีขึ้น ส่วนระยะที่ 2 เป็นการพัฒนาเด็กไทยอ่อนหวาน เด็กไทยฟันดี โดยการสร้างแกนนำนักเรียนสร้างชมรมเด็กไทยฟันดีขึ้นทำโครงการที่แก้ปัญหา ส่วนระยะที่ 3 สร้างการมีส่วนร่วมขยายงานเข้าสู่ชุมชนโดยครู เด็ก และชมรมผู้ปกครอง ด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ สร้างการมีส่วนร่วมและความเข้มแข็งให้ชุมชน โดยเลือกประเด็นการทำงานที่ชุมชนเป็นเจ้าของ กำหนดแนวทางการทำงานร่วมกัน และพยายามสร้างกระแสให้ประเด็นสุขภาพเป็นประเด็นหรือนโยบายสาธารณะ⁽¹⁵⁾ เช่นการดำเนินงานของเครือข่ายโรงเรียนบ้านหนองหญ้าปล้อง ที่ณรงค์คัมน้ำเปล่าประสบความสำเร็จ เป็นเครือข่ายโรงเรียนปลอดน้ำอัดลมสู่ตำบลคัมน้ำเปล่า ที่ตำบลทะเลเม่นชัย จังหวัดบุรีรัมย์

การดำเนินโครงการเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยอ่อนหวานเด็กไทยฟันดี พ.ศ. 2552 - 2555 ซึ่งในปี พ.ศ. 2554 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)⁽¹⁶⁾ ได้จัดตั้งกองทุนทันตกรรมขึ้นโดยระบุวัตถุประสงค์เน้นที่การควบคุมสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กปฐมวัยและเด็กประถมศึกษาโดยบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ป้องกันโรคและรักษาทางทันตกรรม ทำให้การดำเนินงานเครือข่ายมีงบประมาณสนับสนุน สามารถดำเนินงานต่างๆ และจัดงานมหกรรมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬารัตน์ รัชมีเหลืออ่อน⁽¹⁷⁾ พบว่าการดำเนินงานเครือข่ายเด็กไทยฟันดี ปัจจัยที่สำคัญคือ ต้องมีงบประมาณสนับสนุนต่อเนื่องทุกปี ต่อมากองทุนนี้ถูกยุบไป^(18,19) ทำให้การดำเนินงานเครือข่ายต้องมีงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลสนับสนุนและทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงจะสามารถดำเนินการต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽²⁰⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีงบประมาณในการขยายงานให้ครอบคลุม และ พัฒนาเครือข่ายเดิมอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินผลในระยะยาวถึงผลกระทบด้านทันตสุขภาพดีขึ้นอย่างไร

2. ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรทำวิจัยเชิงคุณภาพและปริมาณของแต่ละเครือข่ายมีผลการดำเนินงานอย่างไรเมื่อใช้เกณฑ์พัฒนาเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดีระดับประเทศ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานที่สนับสนุนเงินทุนในการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพสำหรับโรงเรียน (ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย: บริษัทชินิธ สตูดิโอ; 2547
2. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. In: An International Conference on Health Promotion. The move toward a health; Ottawa, Canada: WHO, 1986.
3. ผุสดี จันทร์บาง. หนูน้อยนักคิด เอกสารประกอบการปฏิบัติงานตามโครงการเรียนรู้คู่วิจัย ตอน "อาหารกับพิษณุ". นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.) 2548
4. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี. พิมพ์ครั้งที่ 1. สิงหาคม 2553.
5. อรสา ปานขาว. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการสร้างเครือข่ายประชาสัมพันธ์ มธส. แหล่งที่มา <http://www.stou.ac.th/Offices/Opr/Central/upload>. วันที่ 5 มกราคม 2558
6. ธนา ประมุขกุล. ความหมายของเครือข่าย. 2557 แหล่งที่มา <http://www.anamai.moph.go.th/advisor/243/24313.html>. วันที่ 25 พฤษภาคม 2550
7. เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. (2549) องค์ประกอบของเครือข่าย. แหล่งที่มา <http://www.oppn.opp.go.th/research02.php> วันที่ 8 พฤษภาคม 2549
8. จินดา พรหมทา. พัฒนาการการทำงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนประถมศึกษาตามโครงการสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัยของอำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์. ว.ทันตสาธารณสุข 2559; 21(1): 79-88.
9. สุธา เจริญณิโชติ, วราภรณ์ จิระพงษา, ปิยะดา ประเสริฐสม. การพัฒนาการเรียนรู้ของนักเรียนประถมศึกษาด้วยกระบวนการวิจัย: เรียนรู้คู่วิจัย ตอนอาหารกับโรคฟันผุ. ว.ทันตสาธารณสุข. 2551; 13(3): 39-50.
10. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือพัฒนาทักษะการทำโครงการสุขภาพชมรมเด็กไทยทำได้ สำหรับวิทยากร(ค่ายโครงการสุขภาพโปรแกรม 2). พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด: บริษัทชินิธ สตูดิโอ; 2551.
11. จิรศักดิ์ วิจักขณาลัญญ์, อเนก มุ่งอ้อมกลาง, และคณะ. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9 นครราชสีมา. ผลงานความสำเร็จผู้บริหารและบุคลากรเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์รอบ 6 เดือนแรก. พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัท สมบูรณ์การพิมพ์ จำกัด; 2558.
12. สำนักข่าวอิสรา(Isranews).(2558). ศูนย์เด็กเล็กอ่อนหวาน โรงเรียนปลอดน้ำตาล สู้ตำบลดื่มน้ำเปล่า แห่งแรกเริ่มที่บุรีรัมย์. แหล่งที่มา <http://www.isranews.org/isranews-scoop/item/37363-burirum.html>
13. จอนสัน พิมพิสาร, วิไลวรรณทองเกิด. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลทันตสุขภาพเด็กเล็กอำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา. ว.ทันตสาธารณสุข. 2511;13(3): 72-80.

14. สุณี วงศ์คงคาเทพ, จารุวัฒน์ บุษราคัมรุหะ, และคณะ. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การประเมินผลการจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากตามนโยบายกองทุนทันตกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2556.
15. รัชฎา น้อยสมบัติ. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนโดยชุมชนมีส่วนร่วม ภายใต้โครงการค่ายเด็กรักษ์ฟัน. ว.ทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2549; 9(2): 105-115.
16. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนทันตกรรม. บริษัทสหมิตรพรินติ้ง แอนด์พับลิชชิ่งจำกัด, ตุลาคม 2553.
17. จุฑารัตน์ รัชมีเหลืออ่อน ประเมินผลโครงการพัฒนาเครือข่ายเด็กไทยฟันดี อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง พ.ศ. 2511-2555 ว.ทันตสาธารณสุข 2557; 19(2): 63-74.
18. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพช่องปากประเทศไทย พ.ศ. 2555-2559. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, มีนาคม 2556.
19. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. ความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์สุขภาพช่องปากประเทศไทย พ.ศ. 2555-2559 พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, มีนาคม 2556.
20. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. แนวทางการพัฒนางานบริการสุขภาพช่องปากร่วมกับการปกครองส่วนท้องถิ่น. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กันยายน 2553.

คุณภาพและการดูแลรักษาฟันเทียม สภาวะช่องปาก และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ช่องปาก ในผู้รับบริการใส่ฟันเทียมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ปี 2556 – 2558

วิฒนะ ศรีวัฒนา*

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพและการดูแลรักษาฟันเทียม ความพึงพอใจ สภาวะช่องปากภายหลังการใส่ฟันเทียม และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้รับบริการการจัดให้บริการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่งในอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคามระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558 โดยมีเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขร่วมดูแลตั้งแต่เตรียมช่องปากจนถึงติดตามผลหลังใส่ฟันเทียมแล้ว การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 137 คน ได้รับการเลือกแบบเจาะจง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 56.9% เป็นผู้ใส่ฟันเทียม 16 ซี่ขึ้นไป รองลงมาเป็นผู้ใส่ฟันเทียมจำนวน 1-16 ซี่ (27.7%) และ 9.6% เป็นผู้ใส่ฟันเทียมทั้งปากเฉพาะฟันบนหรือฟันล่าง และ 5.8% เป็นผู้ใส่ฟันเทียมทั้งปาก ทั้งฟันบนและฟันล่าง ส่วนใหญ่ใส่ฟันปลอมเพื่อใช้ประโยชน์ในการเคี้ยวอาหารและเพื่อความสวยงาม (78.9%) รองลงมาใส่ฟันปลอมเพื่อความสวยงามเท่านั้น (15.3%) กลุ่มตัวอย่างใส่ฟันปลอมเฉพาะเวลากลางวัน (91.0%) ส่วนใหญ่ทำความสะอาดวันละ 1 ครั้ง (85.7%) จากการสอบถามพบว่าฟันเทียมที่สวมใส่ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา (69.2%) ส่วนปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ หลวม (23.3%) กัดเนื้อเยื่อในช่องปากเป็นแผล (3.1%) มีชิ้นส่วนแตกหักทำให้เคี้ยวอาหารไม่ละเอียด (2.2%) ฟันปลอมมีการยึดอยู่โดยการอำปากกว้างแล้วไม่หลุด พบในฟันเทียมบน 87.2% และฟันเทียมล่าง 78.8% ผู้วิจัยพบว่าฟันปลอมมีความเสถียรโดยไม่ขยับหรือหลุด ในฟันเทียมบน 81.9% และฟันเทียมล่าง 80.5% นอกจากนี้พบว่าฟันเทียมไม่มีความบกพร่องหรือการชำรุดในฟันเทียมบนและฟันเทียมล่าง 87.2% และ 81.9% ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในฟันเทียมในระดับปานกลาง (90.9%) จากการตรวจสอบสภาวะช่องปากที่รองรับฟันเทียม พบว่า 1.5% มีความผิดปกติของเนื้อเยื่อชนิดเนื้อเยื่อนุ่มและช่องปากอักเสบจากฟันเทียมในด้านผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียมทุกประเภทส่วนใหญ่ (75.9%) ไม่ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต กลุ่มที่ใส่ฟันเทียมแล้วได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระดับน้อย และมากเท่ากับ 14.3% และ 9.8% ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของระหว่างฟันเทียมกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม พบว่ามีสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนความสัมพันธ์ของระหว่างคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียมกับประเภทของลักษณะประชากรพบว่าความสัมพันธ์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

คำสำคัญ : คุณภาพฟันเทียม สภาวะช่องปาก คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

* ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Quality and Caring for Dentures, Oral Health Status, and Oral Health-Related Quality of Life in Clients Wearing Dentures at District Health Promotion Hospitals, Amphur Muang, Mahasarakham Province 2013-2015

Wattana Sriwattana *

Abstract

The objectives of this cross-sectional, descriptive study were to evaluate the quality and caring for dentures, satisfaction, oral health status and oral health-related quality of life among clients wearing dentures under caring and advice from dental public health technicians at district health promotion hospitals, Amphur Muang, Mahasarakham Province during 2013-2015. The samples were consisted of 137 clients who were selected through the purposive sampling method. The results showed that slightly more than half (56.9%) of the samples wearing more than 16 teeth dentures followed by those wearing 1-16 teeth dentures (27.7%), those wearing full upper or lower dentures (9.6%), and those wearing complete (upper and lower) dentures (5.8%). The majority of the respondents wore the dentures for both functional and aesthetic purpose (78.9%), followed by those who wore the dentures for aesthetic purpose only (15.3%). The majority of the samples wore the dentures during the day-time only (91.0%) and mostly cleaned their dentures only once daily (85.7%). Most of the samples did not report having any problems wearing the dentures (69.2%). Most problems, however, found among them included ill-fitting dentures (23.3%), oral ulcers caused by dentures (3.1%), and broken dentures causing incomplete chewing (2.2%). It was found that the samples' upper and lower dentures were completely fixed with their gums upon opening their mouth widely (87.2% and 78.8%, respectively). Denture stability was found on upper (81.9%) and lower dentures (80.5%) while no defective or break was found on upper (81.2%) and lower dentures (81.9%). Most of the samples were satisfied with their dentures at a moderate level (90.9%). Inflammatory hyperplasia (1.5%) and denture sore (1.5%) were found according to the physical examination. Regarding the oral health-related quality of life, it was found that the majority of the samples reported having wearing dentures caused no impact to quality of life (75.9%), followed by low (14.4%) and high impact (9.8%) respectively. There was a significant correlation between wearing dentures and oral health-related quality of life at $p < 0.05$. However, no significant relationship was found between personal characteristics and oral health-related quality of life.

* Dentist, Senior Professional Level, Khon Kaen Provincial Health Office

บทนำ

การใส่ฟันเทียมเป็นหนึ่งในงานบริการสุขภาพช่องปาก ที่กระทรวงสาธารณสุขได้จัดให้กับประชาชนที่มีความจำเป็นต้องใส่เพื่อทดแทนฟันที่สูญเสียไป ร่วมไปกับการส่งเสริมป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพช่องปาก จากแบบสรุปลผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากตามกลุ่มอายุระดับอำเภอของจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ 2558⁽¹⁾ พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปมีฟันแท้ใช้งาน 20 ซี่ ร้อยละ 56.14 มีคู่สบฟันหลังทุกประเภทจำนวน 4 คู่ขึ้นไป ร้อยละ 56.0 และได้รับการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปาก ร้อยละ 1.79 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุยังมีปัญหาสูญเสียฟันแท้ที่ใช้งานและยังต้องการบริการใส่ฟันเทียมเพื่อทดแทนฟันที่สูญเสียไปอีกจำนวนมาก โรงพยาบาลมหาสารคามโดยกลุ่มงานทันตกรรมได้พัฒนารูปแบบการจัดบริการใส่ฟันเทียมให้กับประชาชนที่ผ่านการคัดกรองและเตรียมช่องปากโดยทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 4 แห่งในเขตอำเภอเมืองมหาสารคาม โดยเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดใหญ่ มีประชากรในพื้นที่รับผิดชอบค่อนข้างมาก ห่างไกลจากตัวโรงพยาบาลมหาสารคาม และมีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงานเต็มเวลา ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการเตรียมช่องปากก่อนใส่ฟันเทียม และเพื่อการประสานงานติดตามผลการรักษาหลังจากฟันเทียมไปแล้ว โดยเริ่มโครงการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556-2558 เพื่อให้เข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น และอำนวยความสะดวก

สะดวกแก่ผู้รับบริการที่ไม่สามารถเข้ารับบริการในโรงพยาบาลได้ อย่างไรก็ตามการให้บริการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยังมีข้อจำกัดหลายอย่าง อาทิเช่น ผู้ให้บริการหรือทันตแพทย์ที่ออกให้บริการ ต้องใช้ทันตแพทย์จากโรงพยาบาลซึ่งมีภารกิจงานบริการและงานอื่นๆในโรงพยาบาล ข้อจำกัดเรื่องความพร้อมของอุปกรณ์สถานที่และผู้ช่วยช่างแก้ไขขณะให้บริการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แม้ว่าวัสดุอุปกรณ์ส่วนหนึ่งจะเตรียมไปจากโรงพยาบาลแล้วก็ตาม

อย่างไรก็ตามคุณภาพฟันเทียมเป็นสิ่งสำคัญที่ทันตแพทย์จำเป็นต้องตระหนัก คุณภาพของฟันเทียมเกิดจากหลายปัจจัย ทั้งที่เกิดจากการรับรู้หรือความคาดหวังของผู้ใส่ฟันเทียมเอง^(2,3) รวมทั้งทัศนคติต่อการใส่ฟันเทียม แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกต่อสภาพตนเอง และเกิดจากสภาวะช่องปากและโครงสร้างทางกายภาพของช่องปากที่เหมาะสม⁴ ดังนั้นการตรวจสอบคุณภาพฟันเทียมจึงต้องพิจารณาหลายประเด็น^(4,5) ได้แก่ การใช้งานในลักษณะต่างๆ ความบกพร่องและชำรุด การยึดอยู่ ความเสถียรของฟันเทียมที่สวมใส่ รวมทั้งสภาวะช่องปากของผู้ที่ใส่ฟันเทียมมาระยะหนึ่ง⁽⁶⁾ ซึ่งอาจเกิดรอยโรคในช่องปากที่เกิดจากการใส่ฟันเทียมโดยที่ผู้ใส่ฟันเทียมไม่รู้ตัวหรือไม่มีอาการ ซึ่งปรากฏรอยโรคได้หลายรูปแบบ ได้แก่ อาการเจ็บภายในช่องปากหรือที่เรียกว่า Denture sore mouth มักจะพบในผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากมากกว่าฟันเทียมบางส่วน

ชนิดถอดได้ โดยเนื้อเยื่อที่เกิดการอักเสบจะมีสีแดง
เรียบ จะเห็นชัดบริเวณขอบเขตของฟันเทียม Epulis
fissuratum หรือ Inflammatory hyperplasia
มีลักษณะเนื้อเยื่ออ่อนรอบฐานฟันเทียมถูกกด
ระคายเคืองเรื้อรังหากปล่อยทิ้งไว้จะเกิดการอักเสบ
ของเนื้อเยื่อบริเวณที่ถูกกดได้ และรอยโรคสุดท้าย
ได้แก่ Papillary Hyperplasia of the palate
หรือ Papillomatosis ซึ่งมักจะสัมพันธ์กับการใส่
ฟันเทียมตลอดเวลาโดยไม่ยอมถอด ดังนั้นการได้
รับความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันเทียม
เป็นสิ่งต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการให้บริการใส่
ฟันเทียมจึงเป็นหน้าที่ของทันตแพทย์ผู้ให้บริการใน
การนัดผู้ใส่ฟันเทียมมาตรวจเป็นระยะ เพื่อป้องกัน
การลุกลามเป็นรอยโรคเรื้อรังเช่นกัน

การให้บริการใส่ฟันเทียมที่มีประสิทธิภาพ
นั้นย่อมมีผลความพึงพอใจและสุขภาพช่องปาก
ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิต แนวคิดและ
ดัชนีที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก
(Oral Health-Related Quality of Life) ได้ถูก
พัฒนาอย่างต่อเนื่องมาไม่น้อยกว่า 30 ปี⁽⁷⁾ ดัชนี
สุขภาพช่องปากที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต
จะเป็นการประเมินว่าสภาวะช่องปากมีผลต่อการ
ทำงานตามปกติอย่างไร ซึ่งดัชนีแต่ละชนิด มีความ
แตกต่างกัน ตามกรอบแนวคิด จำนวนข้อคำถาม อีกทั้ง
มีข้อดีข้อด้อย ซึ่งปัจจุบันดัชนีสำหรับประเมินใน
ผู้ใหญ่มีมากกว่า 10 ชนิด⁽⁸⁾ ในการวิจัยครั้งนี้เลือก
ใช้ดัชนีที่เรียกว่า The Oral Impacts on Daily
Performances Index (OIDP) เพราะเป็นดัชนีที่ใช้
วัดคุณภาพชีวิตที่เกิดจากสุขภาพช่องปากโดยตรง
ผ่านการทดสอบความถูกต้องของการแปลเป็นภาษา

ไทยแล้ว และสามารถใช้วัดผลกระทบแบบสภาวะ
เจาะจงได้^(8,9) โดยประเมินใน 8 กิจกรรมหลัก มี 3
กิจกรรมสะท้อนทางกายภาพ ได้แก่ การกินอาหาร
การพูด การทำความสะอาดช่องปากหรือฟันปลอม
3 กิจกรรมสะท้อนทางจิตใจ ได้แก่ การพักผ่อน รวม
ทั้งการนอนหลับ การรักษาอารมณ์จิตใจให้เป็นปกติ
ไม่หงุดหงิด รำคาญง่าย การยิ้ม หัวเราะอดฟันโดยไม่
อายใคร และอีก 2 กิจกรรมสะท้อนมิติด้านสังคม
ได้แก่ การทำงาน การออกไปพบปะผู้คน ญาติสนิท
มิตรสหาย และการประกอบกิจกรรมเบาๆ ทั่วไป
เช่น การทำงานบ้าน ทำความสะอาดบ้าน ทำอาหาร
เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการวางแผนการดำเนินการ
ระยะยาวในการจัดรูปแบบการให้บริการใส่ฟันเทียม
การวิจัยครั้งนี้จึงตั้งวัตถุประสงค์ 3 ประเด็นเพื่อ
1) ประเมินคุณภาพฟันเทียมและการดูแลรักษาฟันเทียม
2) ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการฟันเทียม
3) ประเมินสภาวะช่องปากที่ได้รับผลกระทบจาก
การใส่ฟันเทียม และ 4) ประเมินคุณภาพชีวิต
ในมิติสุขภาพช่องปากของผู้รับบริการภายหลังการ
ใส่ฟันเทียม

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง
(Cross-Sectional Survey Research) เก็บรวบรวม
ข้อมูลโดย

ประชากรในการสำรวจครั้งนี้คือ ผู้ที่มารับ
บริการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล จำนวน 4 แห่งได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลแวงน่าง ลาดพัฒนา หัวนาคำ และหนอง
โน ในเขตอำเภอเมือง มหาสารคาม

กลุ่มตัวอย่างได้รับการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) เป็นผู้รับบริการใส่ฟันเทียมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 4 แห่ง ระหว่าง พ.ศ. 2556–2558 2) ใส่ฟันเทียมไปแล้วมากกว่า 6 เดือน 3) สามารถสื่อสารภาษาเข้าใจกันและตอบแบบสัมภาษณ์ได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา โดยมีผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 137 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้จากแบบประเมินคุณภาพบริการและความพึงพอใจผู้สูงอายุที่รับบริการใส่ฟันเทียม ออกแบบโดยสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและความครอบคลุมวัตถุประสงค์ โดยทันตแพทย์ผู้มีความชำนาญงานจำนวน 1 ท่าน และทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาหลังปริญญาสาขาทันตกรรมประดิษฐ์ จำนวน 2 ท่าน และ 2) แบบประเมินผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ด้วย The Oral Impacts on Daily Performances Index (OIDP) โดยแต่ละกิจกรรมจะมีค่า 0-25 คะแนน คิดค่าคะแนนรวม (OIDP score) ของ 8 กิจกรรม เท่ากับ 200 คะแนน จากนั้นนำมาหาร 2 จะได้คะแนนอยู่ระหว่าง 0-100 แสดงผลการประเมินเป็น 3 ระดับ (10) โดย OIDP score คะแนน 0 แปลผลว่าไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก คะแนน 0-10 แปลผลว่ามี

ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากน้อย และ คะแนนมากกว่า 10 แปลผลว่ามีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากมาก โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติงานประจำใน รพ.สต. ทั้ง 4 แห่งเป็นผู้สัมภาษณ์ที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลที่เก็บรวบรวม เมื่อตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลที่ผ่านการสัมภาษณ์แล้ว จะนำไปบันทึกลงโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการศึกษา

1.ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสัมภาษณ์มีจำนวน 137 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57 มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 67.2 จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.1 และประกอบอาชีพเกษตรกรหรือแม่บ้าน เป็นหลัก คิดเป็นร้อยละ 62.0 หากพิจารณา โรคประจำตัวในกลุ่มตัวอย่างพบว่า โรคความดันโลหิตสูงพบมาก รองลงมา ได้แก่ โรคกระดูก และโรคเบาหวาน ตามลำดับ (จำนวน 59, 53 และ 48 คน) และพบว่าผู้ไม่มีโรคประจำตัวมีอยู่ร้อยละ 42.3 (58 คนใน 137 คน) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกโรคประจำตัว (อาจมากกว่า 1 โรค)

ลักษณะประชากร	จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มี โรค	โรคประจำตัว (อาจมากกว่า 1 โรค)						
			หัวใจ	ความดัน โลหิตสูง	เบาหวาน	ไต	กระดูก ตับ	อื่นๆ	
เพศ									
ชาย	59 (43.0)	28	1	28	15	-	20	1	8
หญิง	78 (57.0)	30	3	31	23	1	33	-	9
รวม	137 (100)	58	4	59	48	1	53	1	17
กลุ่มอายุ									
< 60 ปี	45 (32.8)	39	-	6	2	-	6	-	2
> 60 ปี	92 (67.2)	19	4	53	46	1	47	1	15
รวม	137 (100)	58	4	59	48	1	53	1	17
ระดับการศึกษา									
ไม่ได้เรียน	3 (2.2)	-	1	1	-	-	1	-	1
ประถมศึกษา	107(78.1)	47	3	54	44	1	47	1	9
มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	24 (17.5)	9	-	3	3	-	5	-	7
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3 (2.2)	2	-	1	1	-	-	-	-
รวม	137 (100)	58	4	59	48	1	53	1	17
การประกอบอาชีพ									
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12 (8.8)	3	1	5	2	1	1	-	6
เกษตรกร/แม่บ้าน	85 (62.0)	33	2	45	38	-	43	-	7
ข้าราชการบำนาญ	3 (2.2)	2	-	1	1	-	-	-	-
อื่นๆ	37 (27.0)	20	1	8	7	-	9	1	4
รวม	137 (100)	58	4	59	48	1	53	1	17

2. คุณภาพพื้นที่เฝ้าระวังหลังการใช้งานและการดูแลรักษาพื้นที่เฝ้าระวัง

เมื่อพิจารณาแยกรายประเภทพื้นที่เฝ้าระวังพบว่าเป็นพื้นที่เฝ้าระวังมากกว่า 16 ซึ่งขึ้นไปอยู่มากที่สุด รองลงมาเป็นพื้นที่เฝ้าระวังจำนวน 1-16 ซึ่ง จำนวน 48 และ 38 หรือคิดเป็นร้อยละ 56.9 และ 27.7 ตามลำดับ โดยพื้นที่เฝ้าระวังทั้ง 4 ชนิด พบว่าส่วนใหญ่ใส่เพื่อใช้ทั้งเคี้ยวอาหารและความสวยงาม รองลงมาใส่เพื่อความสวยงามเท่านั้น คิดเป็นร้อยละ 78.9 และ 15.3 ตามลำดับ มีบางส่วนไม่ใส่พื้นที่เฝ้าระวัง คิดเป็นร้อยละ 2.9 (ตารางที่ 2)

ด้านความพึงพอใจต่อฟันเทียมที่ใส่ พบว่า ส่วนใหญ่พึงพอใจระดับ ปานกลาง (ร้อยละ 90.9) และ มาก (ร้อยละ 5.6) ตามลำดับ มีผู้ไม่พึงพอใจต่อฟันเทียมที่ใส่จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.7) (แผนภูมิที่ 1)

ด้านการใส่ฟันเทียมตามช่วงเวลา พบว่า มี ผู้ใส่เฉพาะกลางวัน อยู่ร้อยละ 91.0 หากพิจารณาใน การทำความสะอาดฟันเทียมใส่ฟันเทียม พบว่าส่วนใหญ่ทำความสะอาดวันละ 1 ครั้ง อยู่ร้อยละ 85.7 รองลงมาทำความสะอาดทุกครั้งหลังอาหาร ร้อยละ 8.3 (ตารางที่ 3)

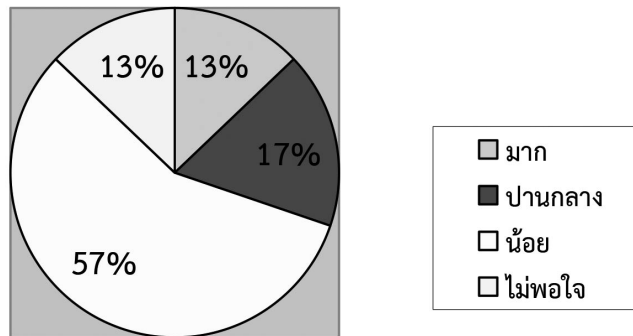
ด้านปัญหาของฟันเทียมที่สวมใส่พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา (ร้อยละ 69.2) รองลงมาได้แก่

หลวม กัดเนื้อเยื่อในช่องปากเป็นแผล ส่วนแตกหัก และเคี้ยวอาหารไม่ละเอียด อย่างละเท่ากัน เท่ากับ ร้อยละ 23.3, 3.1, 2.2 และ 2.2 ตามลำดับ ด้านการยึดอยู่ ความเสถียร และความบกพร่องชำรุด พบว่าการยึดอยู่โดยการอำปากกว้างแล้วไม่หลุดพบ ว่าฟันเทียมบน มากกว่าฟันเทียมล่าง คิดเป็นร้อยละ 87.2 และ 78.8 ความเสถียรโดยไม่ขยับหรือหลุด ของฟันเทียมพบว่า ฟันเทียมล่างมีความเสถียรมากกว่า ฟันเทียมล่าง คิดเป็นร้อยละ 81.9 และ 80.5 ในส่วน ความบกพร่องและการชำรุด พบว่าฟันเทียมและฟัน เทียมล่างไม่พบความบกพร่องและการชำรุด อยู่ร้อยละ 87.2 และ 81.9 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ใส่ฟันเทียมแยกตามประเภทฟันเทียมและการใช้งาน

ชนิดของฟันเทียม	การใช้งาน จำนวน (ร้อยละ)				รวม
	ใช้เคี้ยวอาหาร เท่านั้น	ใส่เพื่อ ความสวยงาม เท่านั้น	ใช้เคี้ยวอาหาร และเพื่อ ความสวยงาม	ไม่ได้ใส่	
ฟันเทียมทั้งปาก ทั้งบนและล่าง	1	1	5	1	8 (5.8)
ฟันเทียมทั้งปาก เฉพาะบนหรือล่าง	-	1	11	2	13 (9.6)
ฟันเทียมมากกว่า 16 ซี่ขึ้นไป	3	16	58	1	78 (56.9)
ฟันเทียมจำนวน 1-16 ซี่	-	3	35	-	38 (27.7)
รวม	4 (2.9)	21 (15.3)	109 (78.9)	4 (2.9)	137 (100)

แผนภูมิที่ 1 จำนวนและร้อยละของความพึงพอใจต่อฟันเทียมที่ใส่



ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ใส่ฟันเทียมแยกตามช่วงเวลาและจำนวนครั้งในการทำความสะอาดฟันเทียม

ช่วงเวลาในการ ใส่ฟันเทียม	จำนวนครั้งในการทำ ความสะอาดฟันเทียม				
	ทุกครั้งหลังอาหาร	วันละ 1 ครั้ง	ไม่ทำความสะอาดเลย	อื่นๆ	รวม
ใส่เฉพาะกลางวัน	11 (9.1)	108 (89.3)	1 (0.8)	1 (0.8)	121(91.0)
ใส่ทั้งวันทั้งคืน	-	6 (50.0)	3 (25.0)	3 (25.0)	12 (9.0)
รวม	11 (8.3)	114 (85.7)	4 (3.0)	4 (3.0)	133 (100)

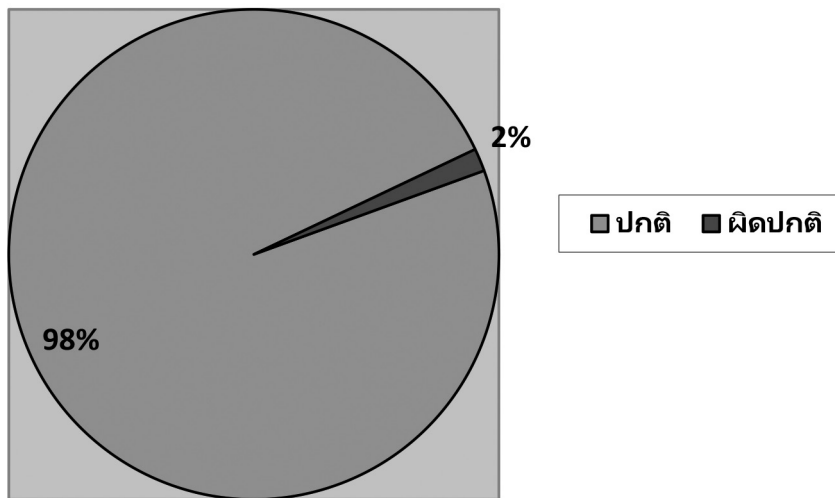
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละในด้านการยึดอยู่ ความเสถียร และความบกพร่องซ้ำรูดจากการตรวจฟันเทียม

คุณภาพฟันเทียม	ฟันเทียมบน		ฟันเทียมล่าง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการยึดอยู่				
ไม่ได้ใส่ฟันเทียม	12	9.0	19	14.3
ฟันเทียมไม่หลุดเมื่ออ้าปากกว้าง	116	87.2	105	78.8
ฟันเทียมหลุดเมื่ออ้าปาก	5	3.8	9	6.8
รวม	133	100	133	100
ด้านความเสถียร				
ไม่ได้ใส่ฟันเทียม	12	9.0	19	14.3
ฟันเทียมไม่ขยับหรือหลุด	107	80.5	109	81.9
ฟันเทียมขยับหรือหลุดออก	14	10.5	5	3.8
รวม	133	100	133	100
ความบกพร่องและการซ้ำรูด				
ไม่ได้ใส่ฟันเทียม	12	9.0	19	14.3
ไม่พบความบกพร่องและการซ้ำรูด	116	87.2	109	81.9
พบความบกพร่องและการซ้ำรูด	5	3.8	5	3.8
รวม	133	100	133	100

3. การตรวจสภาวะช่องปากภายหลังการใส่ฟันเทียม โดยการตรวจความผิดปกติภายในช่องปาก พบว่ามีสภาพเนื้อเยื่อในช่องปากปกติ ถึงร้อยละ 98.5 และพบว่ามีผู้ใส่ฟันเทียม จำนวน 2

ราย มีพบความผิดปกติของเนื้อเยื่อชนิดเนื้อเยื่อนุ่ม (Flabby tissue) และช่องปากอักเสบจากฟันเทียม (Denture stomatitis) อย่างละ 1 ราย (แผนภูมิที่ 2)

แผนภูมิที่ 2 จำนวนและร้อยละตามบันทึกตรวจสภาพเนื้อเยื่อในช่องปากที่เกิดจากการใส่ฟันเทียม



4. ด้านผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OIDP) ในผู้ใส่ฟันเทียมทุกประเภท พบว่า ร้อยละ 75.9 ของผู้สูงอายุไม่ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ร้อยละ 14.3 ของผู้สูงอายุได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตน้อย และร้อยละ 9.8 ของผู้สูงอายุได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมาก โดยมีค่าเฉลี่ย OIDP เท่ากับ 5.23 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของระหว่างฟันเทียมกับคุณภาพชีวิตในมิติ

สุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม มีสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) (ตารางที่ 5) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของระหว่างคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม กับประเภทของลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา และอาชีพ ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของระดับผลกระทบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OIDP) ในแต่ละประเภทฟันเทียม

ค่า OIDP score	Subjects with different denture type				รวม	p-value*
	Full denture	Single denture	Denture >16 teeth	Denture 1-16 teeth		
0 (ไม่มีผลกระทบ)	3 (37.5)	5 (38.6)	69 (88.5)	24 (63.1)	101(75.9)	< 0.001
0-10 (มีผลกระทบน้อย)	3 (37.5)	4 (30.7)	8 (10.2)	6 (15.9)	19 (14.3)	
มากกว่า 10 (มีผลกระทบมาก)	2 (25.0)	4 (30.7)	1(1.3)	8 (21.0)	13 (9.8)	
รวม	8 (100)	13 (100)	78 (100)	38 (100)	133(100)	-

หมายเหตุ ค่าเฉลี่ย OIDP score เท่ากับ 5.23 ± 4.39

*p-value เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มค่า OIDP score = 0 และค่า OIDP score > 0

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของระดับผลกระทบของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก(OIDP) ในแต่ละประเภทของลักษณะประชากร

ประเภท	ลักษณะประชากร	จำนวน	ค่า OIDP score			p-value*
			0	มากกว่า 0-10	มากกว่า 10	
เพศ	เพศชาย	59	45	9	5	0.143
	เพศหญิง	74	56	10	8	
อายุ	กลุ่มอายุ <60 ปี	45	30	11	4	0.098
	กลุ่มอายุ >60 ปี	88	75	8	9	
การศึกษา	ไม่ได้เรียน	3	2	1	-	0.067
	ประถมศึกษา	103	80	13	10	
	มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	24	16	5	3	
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3	3	-	-	
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12	9	2	1	0.462
	เกษตรกร/แม่บ้าน	81	63	11	7	
	ข้าราชการบำนาญ	3	2	1	-	
	อื่นๆ	37	27	5	5	

หมายเหตุ *p-value เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มค่า OIDP score = 0 และค่า OIDP score > 0

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คล้ายกับการศึกษาของเบญจมาศ สือพัฒน์ธิดา⁽¹¹⁾ และนิตยา เจริญกุล⁽¹²⁾ ที่พบว่าผู้รับบริการใส่ฟันเทียมเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้เชื่อว่าการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและการให้ความสำคัญต่อสุขภาพในเพศหญิง ต่างกับการศึกษาของบุญเกียรติ วัฒนเรืองรอง⁽³⁾ ที่พบว่าเพศชายและเพศหญิงเข้ารับบริการใส่ฟันเทียมใกล้เคียงกันและไม่มีผลต่อการเข้าถึงบริการโครงการฟันเทียมพระราชทาน ขณะที่การศึกษาของบังอร กล้าสุวรรณ และปิยะนุช เอกก้านตรง⁽¹³⁾ พบว่าการเข้ารับบริการใส่ฟันเทียมเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะเป็นข้อมูลครอบคลุมประชากรกลุ่มตัวอย่างมากถึง 7 จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จึงเป็นข้อพิจารณาในการจัดบริการครั้งต่อไปให้ประชาสัมพันธ์ส่งเสริมให้ผู้รับบริการเพศชายเข้าร่วมให้มากขึ้นกว่านี้ หากพิจารณา โรคประจำตัวพบว่าเรียงลำดับจากมากไปน้อยได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคกระดูก และโรคเบาหวาน ตามลำดับ ใกล้เคียงกับศึกษาของบุญเอื้อ ยงวานิชกร สุณี ผลดีเยี่ยม และ สุพรรณิ สุคันธวานิช⁽¹⁴⁾ พบว่าผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมตามจำนวนโรคที่พบ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคตา โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคในช่องปากและกระดู ตามลำดับ ซึ่งพบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดเช่นกัน เป็นข้อคิดพิจารณาถึงการ จัดบริการทันตกรรมร่วมบริการทางการแพทย์ หากมี ผู้รับบริการทันตกรรมมีความชุกของโรคบางโรคมาก เพื่อประโยชน์ต่อผู้รับบริการไม่เสียเวลาขณะรอรับ บริการทันตกรรม

ถ้าพิจารณาวัตถุประสงค์ในการใส่ฟันเทียมของกลุ่มตัวอย่างพบว่าร้อยละ 78.9 เป็นการใส่เพื่อบดเคี้ยวอาหารและความสวยงาม คล้ายกับการศึกษาของเบญจมาศ สือพัฒน์ธิดา⁽¹¹⁾ และการศึกษาของสุชาดา ธิมาพันธุ์ และ พีรวิทย์ พาดิ⁽¹⁵⁾ จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบการใส่ฟันเทียมเพื่อความสวยงาม ร้อยละ 15.3 และใส่ฟันเทียมเพื่อบดเคี้ยวอาหารอย่างเดียว ร้อยละ 2.9 ในผู้ใส่ฟันเทียมทั้งปาก บนและล่าง และผู้ใส่ฟันเทียมมากกว่า 16 ซี่ขึ้นไป เท่านั้น ในกลุ่มดังกล่าวจำเป็นต้องพิจารณาค้นหา แก้ไขปัญหาและส่งเสริมความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการใส่ฟันเทียม ที่ถูกต้องในโอกาสต่อไป ในส่วนของความพึงพอใจต่อฟันเทียมที่ใส่ พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 90.9 พึงพอใจระดับปานกลาง รองลงมาพึงพอใจระดับมาก ร้อยละ 5.6 ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาอื่นๆ(11,13,15) ที่พบว่า ผู้ใส่ฟันเทียมพึงพอใจระดับมาก ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการศึกษาดังกล่าวเป็นการให้บริการใส่ฟันเทียมทั้งปากในโครงการฟันเทียมพระราชทาน ผู้รับบริการมีความสำคัญมากต่อใส่ฟันเทียม และวิธีการเก็บข้อมูลถึงความพึงพอใจอาจแตกต่างกัน เนื่องจากการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ใส่ฟันเทียมมากกว่า 16 ซี่

หากพิจารณาถึงการช่วงเวลาการใส่และการดูแลรักษาฟันเทียม พบว่า ผู้ใส่ฟันเทียมเฉพาะกลางวันร้อยละ 91.0 และเป็นการทำความสะอาดล้างวันละครั้ง อยู่ ร้อยละ 85.7 สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ สือพัฒน์ธิดา⁽¹¹⁾ พบว่ามีผู้สูงอายุถอดฟันเทียมขณะนอนตอนกลางคืนร้อยละ 75.4 และถอดฟันเทียมแช่น้ำ ร้อยละ 70.3 แสดง

ถึงผู้รับบริการยังมีความเข้าใจที่ถูกต้องต่อช่วงเวลาการถอดใส่และการดูแลรักษาฟันเทียม ในส่วนการตรวจคุณภาพฟันเทียมด้านการยึดอยู่ของฟันเทียมพบว่าร้อยละของการยึดอยู่และความเสถียรภาพของฟันเทียมบนและล่างมากกว่าการศึกษาของพิมพิวิภา เศรษฐวรพันธุ์ ทรงชัย จิตโสเมกุล และ ไพฑูรย์ ดาวสดใส⁽¹⁶⁾ ทั้งนี้การศึกษาค้างนี้เกิดจากกลุ่มตัวอย่างใส่ฟันเทียมถอดได้ตั้งแต่ 1-16 ปี จนถึง ฟันเทียมทั้งปาก ขณะที่การศึกษาค้างก่อนเป็นผู้ใส่ฟันเทียมทั้งปากเท่านั้น ดังนั้นในการศึกษาค้างต่อไปควรจะต้องมีการจัดกลุ่มฟันเทียมตามจำนวนฟันที่ใส่เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการยึดอยู่และเสถียรภาพของฟันเทียมในส่วนความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับประเมินผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากต่อชีวิตประจำวัน ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ต่างจากการศึกษาของดวงพร ศิริเทพมนตรี⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากต่อชีวิตประจำวัน อาจเกิดจากการศึกษาในกลุ่มอายุและประเภทฟันเทียมที่แตกต่างกัน และหากเปรียบเทียบผู้ใส่ฟันเทียมทุกประเภทพบว่า ร้อยละ 75.9 ไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่อง สอดคล้องกับการศึกษาของปรารธนา อุฬผลเอิบ และคณะ² ที่พบว่าผู้ใส่ฟันเทียมมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ในการประเมินผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากต่อชีวิตประจำวัน (OIDP) ในผู้ใส่ฟันเทียมแต่ละประเภท พบว่า ผู้ที่ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต หมายถึงค่า OIDP score > 0 ขึ้นไป เรียงจากมากไปน้อยดังนี้ ฟันเทียมทั้งปากทั้งบนและล่าง (ร้อยละ 62.5) ฟันเทียมทั้งปาก

เฉพาะบนหรือล่าง (ร้อยละ 61.4) ฟันเทียมจำนวน 1-16 ปี (ร้อยละ 36.9) และฟันเทียมมากกว่า 16 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 11.5) ตามลำดับ ชัดแจ้งกับการศึกษาของพัชรารวรรณ ศรีศิลป์นันท์ และคณะ⁽¹⁸⁾ พบว่า ผู้ที่ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ โดยในกลุ่มฟันเทียมบางส่วนถอดได้ (ร้อยละ 31.7) มากกว่าฟันเทียมทั้งปากทั้งบนและล่าง (ร้อยละ 28.3) ทั้งนี้อาจเกิดจากการศึกษาค้างนี้ มีความแตกต่างของอายุมาก (45-82 ปี) ทำให้ความรู้สึก ความคาดหวังของผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตจึงแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. กลุ่มตัวอย่างมีการใช้งานฟันเทียมเพื่อความสวยงามเท่านั้น จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 15.3 และไม่ใส่ฟันเทียม จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.9 (ตารางที่ 2) ทันตแพทย์ผู้ให้บริการจะต้องดำเนินการหาสาเหตุของปัญหาและแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างนี้อย่างจริงจัง และดำเนินการแก้ไขปัญหเพื่อให้การบริการฟันเทียมในครั้งนี้ได้บรรลุเป้าหมายตามที่ได้วางไว้

2. จากข้อมูลการดูแลและการรักษาความสะอาดฟันเทียม พบว่าไม่เคยทำความสะอาดฟันเทียมเลยหลังรับประทานอาหาร จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3.0 (ตารางที่ 3) ทันตแพทย์ต้องดำเนินการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลและการรักษาความสะอาดฟันเทียมแก่ผู้มารับบริการทันที และควรแนะนำญาติในครอบครัวเพื่อช่วยร่วมดูแลด้วย

3. จากข้อมูลสถานภาพการใส่ฟันเทียมของกลุ่มตัวอย่างที่พบปัญหาในการใส่ฟันเทียม จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 30.8 (แผนภูมิที่ 2) ซึ่งปัญหา

ที่พบได้แก่ ฟันเทียมหลวม แดงหัก กัดเนื้อเยื่อในช่องปากจนเป็นแผล และเคี้ยวอาหารไม่ละเอียด ทันตแพทย์ต้องรับดำเนินการหาสาเหตุของปัญหา และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นโดยด่วน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ที่มารับบริการจะได้มีทัศนคติที่ดีต่อการบริการใส่ฟันเทียม และสามารถใช้งานฟันเทียมได้

4. ในครั้งนี้ศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก โดยใช้แบบสำรวจสุขภาพ ODP ซึ่งเป็นแบบสำรวจคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ต้องอาศัยการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนั้นผู้สัมภาษณ์จะต้องได้รับการชี้แจง หรืออบรมการใช้แบบสำรวจอย่างเข้มข้น ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริงให้มากที่สุด ในการศึกษาต่อไป ควรใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตตามสุขภาพช่องปากเฉพาะสำหรับการบริการฟันเทียมชนิดอื่น ๆ เช่น GOHAI หรือ OHIP จะได้นำมาเปรียบเทียบกันได้ต่อไป

5. การศึกษานี้ศึกษาเฉพาะการให้บริการฟันเทียมเท่านั้น ดังนั้นในการศึกษาในครั้งต่อไป น่าจะศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้รับบริการฟันเทียมด้วย เช่น ภาวะโรคที่เป็นร่วม แบบแผนการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ หรือกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคเรื้อรัง ทั้งนี้เนื่องจากโรคเรื้อรังเองจะส่งผลต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุด้วย

6. ตัวแปรบางตัวไม่สามารถควบคุมได้ และอาจส่งผลต่อข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ เช่น อิทธิพลระหว่างบุคคล ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางการแพทย์ หรือทางครอบครัว และการเก็บข้อมูลด้วยวิธีสัมภาษณ์ ไม่สามารถสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่แท้จริงได้ เนื่องจากข้อจำกัดในด้านเวลา และงบประมาณ ก็เป็นส่วนหนึ่งในการพิจารณาวางแผนการวิจัยในครั้งต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แวงนาง ลาดพัฒนา ห้วยน้ำคำ และหนองโน อำเภอเมืองมหาสารคาม ที่มีส่วนร่วมในการจัดบริการทันตกรรมตลอดจนรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณ ทันตแพทย์ ดร.เพ็ญแข ลาภยิ่ง สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ที่กรุณาให้คำปรึกษาและแนะนำการเขียนบทความวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. นวลนิตย์ บุตรดีสุวรรณ. ผลสำรวจสภาวะทันตสุขภาพปี 2558. เอกสารเสนอต่อที่ประชุมประจำเดือน หัวหน้างานทันตสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม; ธันวาคม 2558.
2. ประรณนา ฮัผลเอิบ, อาทิตยา เจริญสุขเกษม, ปุณทริกา การกลสิวิธิ. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมและไม่ใส่ฟันเทียม ในจังหวัดอ่างทอง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2551;38(3):416-26.
3. บุญเกียรติ วัฒนเรืองรอง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงโครงการฟันเทียมพระราชทาน สำหรับผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2551;38(3):396-406.
4. Sinavarat P, Ruchuwarak P. A follow-up study in complete denture wearer : 3-5 years after treatment. Mahidol Dent J 1997;17 :61-8.
5. วิษณุจันต์ วัฒนธนิ. ตำราวิชาหลักฟันปลอมถอดได้ ตอน ๑ [เข้าถึงเมื่อ 17 กค. 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.dent.chula.ac.th/files/Invent/RemProsthReview1.pdf>
6. ตระกลเมฆณารัชนานนท์. วิชา Rem Part Dent IV [เข้าถึงเมื่อ 17 กค. 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.pioneer.netserv.chula.ac.th/~mtrakol/download/followup>
7. สุดาตวง กฤษณาพงษ์. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
8. สุดาตวง เกร็นพงษ์. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก: ตอนที่ 2 ดัชนีสำหรับผู้ใหญ่. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2550;16(1):306-317.
9. เศรษฐพล เจริญธัญรักษ์, จิราพร เขียวอยู่, วิลาวัลย์ วีระอาชากุล. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน: กรณีศึกษาในเขตอำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู. ศรีนครินทร์เวชสาร 2559;29(4):339-44.
10. รัตนา จันทร. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในคลินิกทันตกรรม. วารสารวิชาการเขต 12 2559;27(1):41-7.
11. เบญจมาศ สือพัฒน์. ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตภายหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปากในโครงการฟันเทียมพระราชทานที่โรงพยาบาลโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2556;18(1):36-48.
12. นิตยา เจริญกุล. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ใช้บริการทันตกรรม: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2557;7(3):17-30.
13. บังอร กล้าสุวรรณ, ปิยะนุช เอกก้านตรง. ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อโครงการฟันเทียมพระราชทาน เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 10 และ 12 [เข้าถึงเมื่อ 17 กค. 2559]. เข้าถึงได้จาก: http://dental.anamai.moph.go.th/elderly/paper/paper.php?id_a_1=140
14. บุญเอื้อ ยงวานิชกร, สุนิ ผลดีเยี่ยม, สุพรรณิ สุกันวารานิล. การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและการส่งเสริมสุขภาพทันตสุขภาพโดยทีมสุขภาพชุมชนใน 3 อำเภอ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2554;34(1):58-69.

15. สุชาดา ธิมาวุฒ์พันธุ์, พีรวิทย์ พาดิ. ความพึงพอใจในการใส่ฟันเทียมในโครงการฟันเทียมพระราชทานของจังหวัดร้อยเอ็ด ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2549. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2551;13(1):88-95.
16. พิมพ์วิภา เศรษฐวรพันธุ์, ทรงชัย ฐิตโสมกุล, ไพฑูรย์ ดาวสดใส. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก และความสัมพันธ์กับคุณภาพฟันเทียมและประสิทธิภาพการบดเคี้ยว ที่ประเมินด้วยดัชนี OHIP-EDENT ในรูปแบบภาษาไทย. วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์ 2557;64(1):27-46.
17. ดวงพร ศิริเทพมนตรี. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุหลังการใส่ฟันเทียมพระราชทาน. วชิรเวชสาร 2551;52(1):39-47.
18. พิชรารวรรณ ศรีศิลป์นันท์, นฤมล คอวนิช, สุธาเจียมณิชาติชัย, สุปราณีดาโลดม, นนทลีวีรชัย, วรานา เวชวิธ. รายงานวิจัย เรื่อง ผลของการใส่ฟันเทียมต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต. เชียงใหม่: พงษ์สวัสดิ์การพิมพ์; 2553.

คำแนะนำในการส่งบทความลงตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9

วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นวารสารที่เผยแพร่ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และความรู้ด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และการสาธารณสุข รวมถึงข่าวสารการดำเนินงานของศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมาและภาคีเครือข่าย ดังนั้น จึงใคร่ขอเชิญชวนให้ท่านส่งบทความที่ยังไม่เคยเผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน ลงตีพิมพ์ในวารสาร โดยทุกบทความจะได้รับการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่ตรงกับบทความอย่างน้อย 2 ท่าน เพื่อให้การนำเสนอบทความวิชาการในวารสารเป็นไปในทิศทางเดียวกัน กองบรรณาธิการจึงได้กำหนดขั้นตอนและรูปแบบของการส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารดังนี้

ประเภทของบทความ

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) คือบทความที่เป็นรายงาน ผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัยของผู้เขียนที่เกี่ยวข้องกับวิชาการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ควรประกอบด้วยหัวข้อเรื่องตามลำดับดังนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปและอภิปรายผล ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง อาจมีกิตติกรรมประกาศได้ หากเป็นงานวิจัยที่มีการศึกษาในมนุษย์ ต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว บทความควรมีความยาวไม่เกิน 15 หน้า

บทความปริทัศน์ (Review Article) เป็นบทความจากการทบทวนองค์ความรู้ด้านการแพทย์และการสาธารณสุข โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในประเด็นที่มีความสำคัญ เป็นปัญหาหรือมีนวัตกรรมที่น่าสนใจ ควรประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง บทความควรมีความยาวไม่เกิน 12 หน้า

บทความพิเศษ (Special Article) เป็นบทความประเภทที่บทความปริทัศน์กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความจากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขาที่แสดงถึงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของสาธารณะ ควรประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง (ถ้ามี) บทความควรมีความยาวไม่เกิน 10 หน้า

บทความทั่วไป (General Article) เป็นบทความประเภทความรู้เฉพาะเรื่องที่หยิบยกมานำเสนอโดยเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ หรือนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ ที่ต้องศึกษาต่อหรือศึกษาเสร็จแล้วกำลังเตรียมต้นฉบับสมบูรณ์ รายงานความก้าวหน้าของโครงการ รายงานผลการศึกษาวิจัยโดยสังเขป หรือเป็นบทความที่มีประเด็นที่ได้รับความสนใจอยู่ในปัจจุบัน ควรประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง (ถ้ามี) บทความควรมีความยาวไม่เกิน 8 หน้า

ปกิณกะ (Miscellany) เป็นบทความเบ็ดเตล็ดที่มีความหลากหลาย อาทิเช่น บทความน่ารู้ ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะทั่วไป รวมทั้งเรื่องแปลจากบทความวิชาการที่น่าสนใจในภาษาต่างประเทศ โดยต้องมีการขอลิขสิทธิ์ก่อน บทความควรมีความยาวไม่เกิน 5 หน้า

บทวิจารณ์หนังสือ (Book Review) เป็นงานเขียนบทความที่วิพากษ์วิจารณ์เนื้อหาสาระ คุณค่า และคุณภาพของหนังสือ รายงาน หรือบทความ เพื่อนำไปสู่การเรียนรู้และต่อยอด บทความควรมีความยาวไม่เกิน 3 หน้า

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อรับการพิจารณาลงตีพิมพ์

1. ต้นฉบับที่ส่งมาลงตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นหรือกำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารอื่น

2. ต้นฉบับให้พิมพ์โดยใช้ชุดอักษร (Font) สไตล์ TH SarabunPSK ขนาดตัวอักษร 16 Point ตลอดทั้งบทความ จัดพิมพ์ในโปรแกรม Word แบบไม่เว้นบรรทัด ในกระดาษขนาด A-4 เว้นขอบขนาด 1 นิ้ว (2.54 ซม.) ทั้งสี่ด้าน ใส่หมายเลขหน้าที่มุมขวาด้านล่าง

3. องค์ประกอบของนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) ประกอบด้วย

3.1 ชื่อเรื่อง (Title) ควรสั้นกะทัดรัดให้ได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องควรมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 ชื่อผู้เขียน (Authors' Names) ชื่อและนามสกุลทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษของผู้เขียนทุกคน พร้อมตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) ชื่อย่อของปริญญาที่ได้รับ และระบุสถาบัน/หน่วยงานที่สังกัดอยู่ กรณีมีเจ้าของผลงานจากต่างสถาบัน/หน่วยงาน ให้ใส่หมายเลขและแสดงรายละเอียดด้านล่าง

3.3 บทคัดย่อ (Abstract) ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ รูปแบบการวิจัย สถานที่ทำวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย ช่วงเวลาที่ทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย และสรุปผลการวิจัย อาจเขียนเป็นหัวข้อ หรือเขียนต่อกันเป็นความเรียงเลยก็ได้ แต่ต้องให้กระชับ ไม่ต้องมีการอ้างอิง และไม่ควรเกิน 1 หน้ากระดาษ

3.4 บทนำ (Introduction) อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย อาจมีการศึกษา ค้นคว้างานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์การวิจัย และ/หรือ สมมติฐานการวิจัย และ/หรือ คำถามการวิจัย และขอบเขตการวิจัย หากบทความใช้คำย่อ ต้องเขียนคำเต็มไว้ในครั้งแรกก่อน

3.5 วิธีดำเนินการวิจัย หรือ ขั้นตอนการวิจัย (Research Methodology) อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยและรูปแบบการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล การปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และข้อความที่แสดงว่าการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว

3.6 ผลการวิจัย (Results) นำเสนอสิ่งที่ได้ค้นพบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมแปลความหมายของผลที่ค้นพบและวิเคราะห์ แล้วเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์การวิจัย / สมมติฐานการวิจัย / คำถามการวิจัยที่ระบุไว้ หากใช้ตารางหรือแผนภูมิ ควรอ้างอิงจากเนื้อหาในบทความ และมีหัวข้อของตารางหรือแผนภูมิกำกับ กรณีที่ใช้รูปภาพ ควรใช้รูปที่มีความชัดเจน ขนาดโปสเตอร์ 3X5 นิ้ว และใส่คำอธิบายไว้ใต้รูป หากรูปภาพและแผนภูมินำมาจากแหล่งอื่น ควรอ้างอิงที่มาด้วย

3.7 สรุปและอภิปรายผล (Conclusions and Recommendations) ควรเขียนสรุปโดยอ้างอิงถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย / สมมติฐานการวิจัย / คำถามการวิจัย และอภิปรายผลโดยอ้างอิงกับงานวิจัยและ/หรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

3.8 ข้อเสนอแนะ (Recommendations) เป็นการให้ข้อเสนอแนะจากการวิจัยเพื่อการนำไปใช้และการวิจัยในครั้งต่อไป

3.9 เอกสารอ้างอิง (References) การอ้างอิงต้องปรากฏทั้งในบทความและในส่วนของเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ โดยมีแนวทางดังนี้

หลักการอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Citation Style)¹

การอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์มี 2 แบบ คือ การอ้างอิงที่แทรกในเนื้อหา และการอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่ม การอ้างอิงที่แทรกในเนื้อหา

ระบบการอ้างอิงในทางด้านวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่นิยมใช้ในปัจจุบันจะการใช้การอ้างอิงระบบลำดับหมายเลข โดย

1. ระบุหมายเลขเรียงลำดับกันไปท้ายข้อความหรือชื่อบุคคลที่ใช้อ้างอิงเริ่มจากหมายเลข 1,2,3 ไปตามลำดับที่อ้างก่อนหลัง เป็นเลขอารบิกโดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร โดยให้อยู่ในวงเล็บและใช้ “ด้วยก” ตัวอย่างเช่น ⁽¹⁾

2. ทุกครั้งที่มีการอ้างซ้ำจะต้องใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิง และหมายเลขที่ใช้อ้างอิงจะต้องตรงกับหมายเลขของรายการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย

3. สำหรับการอ้างอิงในตารางหรือในคำอธิบายตารางให้ใช้เลขที่สอดคล้องกับที่ได้เคยอ้างอิงมาก่อนแล้วในเนื้อเรื่อง

4. การอ้างอิงจากเอกสารมากกว่า 1 ฉบับต่อเนื่องกันจะใช้เครื่องหมายติงศสงฆ์ (hyphen หรือ -) เชื่อมระหว่างฉบับแรกถึงฉบับสุดท้าย เช่น ⁽¹⁻³⁾ แต่ถ้าอ้างถึงเอกสารที่มีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน จะใช้เครื่องหมายจุลภาค (comma หรือ ,) โดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร เช่น ^(4,6,10)

¹ จาก สำนักหอสมุดกลาง. การอ้างอิงในทางวิทยาศาสตร์ตามระบบแวนคูเวอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. มิถุนายน 2557. เข้าถึงเมื่อ 5 พฤศจิกายน 2558. จาก URL: <http://lib.swu.ac.th/th/images/endnote/forweb%20vancouver0614.pdf>

การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่ม

การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่มหรือที่เรียกว่า “เอกสารอ้างอิง”

1. พิมพ์ตามลำดับการอ้างอิงตามหมายเลขที่ได้กำหนดไว้ภายในวงเล็บที่ได้อ้างถึงในเนื้อหาของ
ปริญญาณิพนธ์ โดยไม่ต้องแยกภาษาและประเภทของเอกสารอ้างอิง

2. พิมพ์หมายเลขลำดับการอ้างอิงไว้ชิดขอบกระดาษด้านซ้าย ถ้ารายการอ้างอิงมีความยาวมากกว่า
หนึ่งบรรทัด ให้พิมพ์บรรทัดถัดไปโดยไม่ต้องย่อหน้า ลักษณะการอ้างอิงจะแตกต่างกันตามชนิดของเอกสาร
ที่นำมาอ้างอิง ดังนี้

****หมายเหตุ:** เครื่องหมาย / ต่อไปนี้ แทนการเว้นวรรค 1 ระยะ

บทความวารสาร

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่ง./ชื่อบทความ./ชื่อย่อของวารสารต่างประเทศ(ถ้าเป็นวารสารภาษาไทย
ให้ใช้ชื่อเต็ม)/ปีที่ตีพิมพ์;เล่มที่พิมพ์(ฉบับที่พิมพ์):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. พิเชฐ สัมปทานกุล,/นิพนธ์ อุดมสันติสุข,/รสสุคนธ์ ศรีพัฒน์วัฒน์./วิธีการเพาะเชื้อแบบง่ายเพื่อ
วินิจฉัยโรคติดเชื้อไมโครแบคทีเรียของต่อมหน้าเหลืองในการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็กทางเซลล์วิทยา; การ
ประเมินคุณค่าและการใช้งาน./จุฬาลงกรณ์เวชสาร//2539;40(5):383-91.

2. Liou GI,Wang M, Matragoon S./Precocious IRBP gene expression during mouse
development./Invest Ophthalmol Vis Sci//1994;35:1083-8.

หนังสือ

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่งหรือบรรณาธิการ./ชื่อหนังสือ./ครั้งที่พิมพ์./สถานที่พิมพ์:/
สำนักพิมพ์;ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

3. Norman IJ,/Redfern SJ,/editors./Mental health care for elderly people./New York:/
Churchill Livingstone;/1996.

วิทยานิพนธ์หรือปริญญาานิพนธ์หรือสารนิพนธ์

การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ต้องระบุคำว่า [dissertation] หรือ [วิทยานิพนธ์หรือปริญญาานิพนธ์หรือสารนิพนธ์ ชื่อย่อของปริญญา สาขาวิชา] ในวงเล็บใหญ่

ตัวอย่าง

4. พงษ์พัฒน์ เวชสิทธิ์.//การศึกษาโปรตีนจากพิษงูแมวเซาที่มีผลต่อการทำงานของไตในหนูขาว/[ปริญญาานิพนธ์วท.ม./สาขาเคมีชีวภาพ].//กรุงเทพฯ:บัณฑิตวิทยาลัย/มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ;/2542.

5. Kaplan SJ.//Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization/[Dissertation Ph.D.Medicine].//St. Louis (MO):Washington Univ.;/1995.

เอกสารอิเล็กทรอนิกส์

ต้องพิมพ์วัน เดือน ปี ที่เปิดดูข้อมูลดังกล่าวด้วย เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวอาจมีการปรับปรุง หรือลบออกจากแฟ้มข้อมูลได้ การเขียนอ้างอิงให้เขียนดังนี้

6. Morse SS.//Factors in the emergence of infectious diseases.//Emerg Infect Dis/[serial online]/1995 Jan-Mar//[cited 1996 Jun 5];1(1):[24 screens].//Retrieved December 25,1999,/from/URL:/http://www.cdc.gov /ncidod/EID/eid.htm

7. LaPorte RE,/Marler E,/Akazawa S,/Sauer F.//The death of biomedical journals. BMJ/[serial online] 1995;310:1387-90.//Retrieved September 26, 1996,/from/URL:/http://www.bmj.com/ bmj/archive/6991 ed2.html

การพิจารณาบทความเพื่อลงตีพิมพ์

เมื่อผู้เขียนบทความจัดทำบทความตามคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเรียบร้อยแล้ว จะมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1. ส่งต้นฉบับที่เป็นไฟล์ Word โดยแนบไฟล์ (Attachment) ส่งมาที่ RHPC9Journal@gmail.com โดยตั้งชื่อเรื่องอีเมลเป็นชื่อต้นฉบับ พร้อมระบุชื่อผู้เขียนคนแรก (First author) หรือผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อ (Corresponding Author) พร้อมสถานที่ทำงาน หมายเลขโทรศัพท์ หมายเลขมือถือ และอีเมลที่ใช้ในการติดต่อประสานงานในเนื้อหาบทความในอีเมล

2. กองบรรณาธิการจะพิจารณาความสอดคล้องของบทความที่ส่งมากับวัตถุประสงค์ของวารสารในเบื้องต้น รวมถึงความครบถ้วนของบทความ แล้วตอบกลับทางอีเมล หากเจ้าของบทความไม่ได้รับอีเมลติดต่อกลับหลังจากส่งมาเป็นเวลานานเกิน 1 สัปดาห์ กรุณาติดต่อกองบรรณาธิการตามหมายเลขโทรศัพท์/อีเมลตามรายละเอียดด้านล่าง

3. บทความทุกฉบับที่ผ่านการพิจารณาในเบื้องต้น จะได้รับการประเมินคุณภาพจากกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน ในระบบ Double-blinded system ในลำดับต่อไป

4. ผลการประเมินคุณภาพจากกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย ก) รับลงตีพิมพ์โดยไม่ต้องแก้ไข ข) รับลงตีพิมพ์โดยมีข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไข และ ค) ไม่รับลงตีพิมพ์ หากต้องมีการแก้ไข กองบรรณาธิการจะติดต่อเจ้าของบทความ เพื่อดำเนินการแก้ไขให้เรียบร้อยตามคำแนะนำของกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิก่อน จึงจะสามารถลงตีพิมพ์ได้

5. เมื่อผลงานได้รับการตีพิมพ์ ผู้เขียนคนแรก/ผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อ จะได้รับวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ฉบับที่บทความได้รับการลงตีพิมพ์ จำนวน 2 ฉบับ

6. บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ถือเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง กองบรรณาธิการมีสิทธิ์ที่จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสมได้ และผลการพิจารณาของกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิถือเป็นที่สุด

ติดต่อ
วารสารศูนย์อนามัยที่ 9

ส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์:
RHPC9Journal@gmail.com

บรรณาธิการ: ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี
DoctorSinsakchon@gmail.com

ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
โทรศัพท์ 0-4430-5131, 0-4430-5134 โทรสาร 0-4429-1506
เว็บไซต์ <http://hpc9.anamai.moph.go.th/>

ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

เลขที่ 177 หมู่ 6 ตำบลโคกกรวด

อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30280

โทรศัพท์ 0-4430-5131-4 โทรสาร 0-4430-5138

Email : anamai9@anamai.moph.go.th,

Journal_HPC9@hotmail.com

<http://hpc9.anamai.moph.go.th/index.php>

