

## การพัฒนาอำเภอต้นแบบสุขภาพดี เขตสุขภาพที่ 4 แบบมีส่วนร่วม ปี 2563

กาญจนา คงศักดิ์ตระกูล

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี

เพชรรา ชวนะพันธ์

ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี

ศัทธลียา พลอยวงษ์

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี

ประจวบ แสงดาว

ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี

วันรับ 4 มีนาคม 2565, วันแก้ไข 1 มิถุนายน 2565, วันตอบรับ 1 กรกฎาคม 2565.

### บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาอำเภอในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ให้เป็นพื้นที่อำเภอต้นแบบสุขภาพดี ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในพื้นที่ 8 จังหวัด ๆ ละ 1 อำเภอ ด้วยวิธีการพัฒนาศักยภาพผู้นำด้านสุขภาพจากหน่วยงานและชุมชน ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงจำนวน 3 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้สนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบาย 2) กลุ่มผู้นำด้านสุขภาพ และ 3) ประชาชนในพื้นที่ กระบวนการวิจัยมี 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการ ขั้นลงมือปฏิบัติ และขั้นประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ สันทนาการกลุ่ม และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. กลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง ปี พ.ศ.2561 ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการพัฒนาอำเภอต้นแบบสุขภาพดีแบบมีส่วนร่วมโดย 1) พัฒนาศักยภาพกลุ่มผู้นำด้านสุขภาพด้วยวิธีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสื่อสาร และการฝึกทักษะการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1.ขั้นวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2.ขั้นทำความเข้าใจกับปัญหา/การตัดสินใจ/กำหนดข้อตกลงร่วมกัน 3.ขั้นวางแผน กำหนดกิจกรรมชุมชนแบบมีส่วนร่วม 4.ขั้นการดำเนินงานตามกิจกรรม และ 5.ขั้นติดตามผล 2) จากการประเมินผลพบกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้สุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. และมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ กลุ่มตัวอย่างที่มีค่าน้ำหนักเกินและมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เกิน มีค่าน้ำหนักตัวลดลงผ่านเกณฑ์ ซึ่งชี้ถึงแนวโน้มสุขภาพดีจากพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ข้อเสนอแนะจากการศึกษา กลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบควรเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและสร้างกลไกการทำงานผ่านผู้นำด้านสุขภาพขององค์กรในชุมชน สื่อสารกับประชากรกลุ่มเสี่ยงผ่านกระบวนการความรอบรู้ด้านสุขภาพ สร้างค่านิยมร่วมและกตึกาเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพจนเกิดเป็นวัฒนธรรมการจัดการลดเสี่ยง

**คำสำคัญ :** พัฒนารูปแบบ มีส่วนร่วม อำเภอต้นแบบสุขภาพดี

# Healthy District Participatory Development of Health area 4<sup>th</sup> , 2020

**Kanchana Kongsaktragool**

The Office of Disease Prevention and Control 4<sup>th</sup> Saraburi

**Petchara Chawanapun**

Health Promotion Center 4<sup>th</sup> Saraburi

**Cataliya Ploywongs**

The Office of Disease Prevention and Control 4<sup>th</sup> Saraburi

**Prajuab Sangdaw**

Health Promotion Center 4<sup>th</sup> Saraburi

Received 4 March 2022, Revised 1 June 2022, Accepted 1 July 2022.

## Abstract

This participatory action research (PAR) aimed to develop healthy district model by community-based approach through the District Health Board (DHB) mechanism in 8 districts from 8 provinces in Health area 4<sup>th</sup> by developing the potential of health leaders from public sectors and communities. The samples were purposively selected and consisted of 1) policy supporters 2) health leaders and 3) local residents. PAR processes were conducted in 3 steps (preparation, action and evaluation). Qualitative data was collected via in-depth interview, focus group and quantitative data was collected by questionnaire on health literacy and health behavior according to 3E2S (Eating, Exercise, Emotion, Stop smoking, and Stop drinking) people aged 15 years and over 2018 revised edition, Health Education Division, Department of Service Health Support, Ministry of Public Health and analyzed by descriptive statistics. It was showed that the healthy district model in health area 4<sup>th</sup> was 1) developing the potential of health leaders by knowledge sharing, communication and training on operating skill in 5 elements. There were NCDs problem identification, making decision and agreement, participatory planning, operating and evaluation. Results found that the health literacy of 3E2S health behaviors and decreasing in body weight of the samples were through the criteria, which indicated the trend of good health from their self-care. Recommendations : key strategy in the model area should emphasize the process of participation from all sectors and develop working mechanisms through community health leaders, communicate to risk populations by health literacy process, setting shared values and rules of health risk factors reduction and control until becoming culture.

**Keywords :** model development, participation, District Health model

## ■ บทนำ

จากการเปลี่ยนแปลงของกระแสโลกาภิวัตน์ ระบบทุนนิยมและเทคโนโลยีการสื่อสารไร้พรมแดน ส่งผลทำให้วิถีชีวิตของคนไทย

เป็นบริบทนิยมเกิดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ รวมถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและทำลายสุขภาพ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อหรือโรคจาก

วิถีชีวิตที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น พบสาเหตุการตายส่วนใหญ่ของคนไทยเกิดจากโรคไม่ติดต่อมากถึงร้อยละ 60 โดยสาเหตุหลักร้อยละ 90 เกิดจากพฤติกรรม<sup>(1)</sup>

โรคไม่ติดต่อหรือโรคจากวิถีชีวิตในประเทศไทยที่สำคัญ มี 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง มีผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวปีละ 97,900 คนหรือประมาณ 1 ใน 3 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด การลดเสี่ยงลดโรคดังกล่าวทำได้ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้ห่างไกลจากปัจจัยเสี่ยง 3อ.2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สุรา สูบบุหรี่)<sup>(1)</sup>

องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดค่าเป้าหมายในแผนปฏิบัติการสุขภาพให้แต่ละประเทศดำเนินการให้บรรลุ 9 ค่าเป้าหมายภายในปี 2568 โดยลดการป่วยและการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง คือ อัตราตายก่อนวัยอันควรลดลงร้อยละ 25.0 ความชุกของโรคเบาหวานไม่เพิ่มขึ้น และความชุกของโรคความดันโลหิตสูงลดลงร้อยละ 25.0<sup>(2)</sup>

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ข้อมูล ณ วันที่ 16 ตุลาคม 2562 จากข้อมูล Health Data Centre : HDC ของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2562 แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 มีอัตราการเพิ่มขึ้นแบบต่อเนื่อง ดังเช่น โรคความดันโลหิตในปีงบประมาณพ.ศ. 2561 เพิ่มจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 จำนวน 1.8 เท่า และโรคเบาหวานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 เพิ่มจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 จำนวน 1.7 เท่า แสดงถึงความรุนแรงของโรคยังสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง หากปล่อยให้สถานการณ์ดำเนินไปโดยมิได้ดำเนินการสกัดกั้นปัญหาอย่างจริงจังจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่

องค์การอนามัยโลกได้เสนอว่าในการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำเป็นต้องใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกำหนดที่เหมาะสม โดยเน้นการดำเนินการประชากรที่ยังไม่ป่วย ดังนี้ 1) การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้ประชากรห่างไกลโรคไม่ติดต่อ 2) การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรม 3) การเพิ่มความตระหนักในความเสี่ยงของประชากรโดยอาศัยการปฏิบัติการของชุมชน และองค์กร และ 4) การป้องกันและควบคุมโรค เพื่อลดระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรค บรรเทาความรุนแรงของโรค ชะลอเวลาเริ่มต้นของความพิการจากภาวะแทรกซ้อน เพิ่มอายุขัยของผู้ป่วย และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลในระยะยาว<sup>(3)</sup>

กระบวนการมีส่วนร่วมเป็นกลวิธีหนึ่งในการแก้ไขปัญหาสำคัญของชุมชน ถือว่าเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ทำให้เกิดความยั่งยืน โดยที่ประชาชนในชุมชนเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาของชุมชน เป็นผู้กำหนดปัญหา วิเคราะห์ปัญหา ตลอดจนจนแนวทางแก้ไขปัญหาโดยชุมชนเองทั้งที่เป็นความรู้ดั้งเดิมหรือเป็นภูมิความรู้ใหม่ๆ ที่ชุมชนได้เรียนรู้เพิ่มเติมว่าเหมาะสมกับชุมชนในการแก้ไขปัญหา<sup>(4)</sup> กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ปรับแนวคิดด้านสุขภาพเน้นการ “สร้างสุขภาพ” มากกว่า “ซ่อมสุขภาพ” ด้วยการส่งเสริมสุขภาพประชาชนที่ยังไม่ป่วยและป้องกันโรคไม่ให้เกิดขึ้น เพื่อลดภาระทางด้านการรักษาพยาบาลและยังทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีด้วยการจัดกิจกรรมในชุมชนเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น การสนับสนุนให้ประชาชนมีพฤติกรรมออกกำลังกาย การเพิ่มการรับประทานผักและลดไขมัน<sup>(5)</sup> ดังนั้นเป้าหมายของการพัฒนาสุขภาพจึงถือว่าเป็นรากฐานสำคัญ

นโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ เป็นกลไกสำคัญสู่การบรรลุในการเสริมสร้าง

ให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วย การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 มุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกัน ในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป<sup>(6)</sup>

ด้วยเหตุนี้ คณะผู้ศึกษาจึงได้นำแนวคิดกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ทั้งภาครัฐ ภาคท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน ร่วมกันขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพไปพร้อมๆ กันด้วยกระบวนการร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและความต้องการแก้ไข ร่วมวางแผนกำหนดกิจกรรมในพื้นที่ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการสนับสนุนและผลักดันนโยบายร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายในพื้นที่และเกิดอำเภอต้นแบบสุขภาพดีของพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนาอำเภอต้นแบบสุขภาพดี ตามหลัก 3อ.2ส. ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การลดภาวะเครียดทางอารมณ์ การลดละการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และงดการสูบบุหรี่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

■ วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) จากแนวคิดการใช้ชุมชนเป็น

ฐาน (Community-Based Approach) ในการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชนด้วยการเพิ่มศักยภาพของชุมชนแบบมีส่วนร่วมระหว่างทีมวิจัยและชุมชนประสานการทำงานในพื้นที่โดยใช้การมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนในการเสริมศักยภาพแก่กลุ่มผู้นำด้านสุขภาพด้วยวิธีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสื่อสาร และการฝึกทักษะการดำเนินงาน เพื่อมุ่งหวังให้เป็นผู้นำด้านสุขภาพในพื้นที่และเป็นพื้นที่ต้นแบบด้านสุขภาพ

● ระยะเวลาการศึกษา และพื้นที่ศึกษา

ระยะเวลาการศึกษา ดำเนินการศึกษา ระหว่าง เดือนธันวาคม พ.ศ.2562 - สิงหาคม พ.ศ. 2563 รวมทั้งสิ้น 9 เดือน

พื้นที่ศึกษา คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ดังนี้

ระดับจังหวัด ดำเนินการศึกษาทุกจังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วย จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา อ่างทอง ลพบุรี สิงห์บุรี สระบุรี และนครนายก รวม 8 จังหวัด แต่ละจังหวัดคัดเลือก 1 อำเภอ รวม 8 อำเภอ เป็นอำเภอที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ได้คัดเลือกปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นประเด็นในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาของพื้นที่ในปีงบประมาณ พ.ศ.2562 ประชาชนและเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ยินดีและสมัครใจที่จะสนับสนุนให้เกิดประเด็นการพัฒนา และแก้ไข ปัญหา ของ พื้นที่เพิ่มเติมจากปีงบประมาณ พ.ศ.2562

ระดับอำเภอ เลือกตำบล 1 ตำบล ตามมติของประธานและเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ได้ร่วมกันพิจารณาเห็นชอบว่าเป็นตำบลที่มีความพร้อมและสมัครใจที่จะร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวม 8 ตำบล

ระดับตำบล เลือก 1 หมู่บ้าน โดยคัดเลือกหน่วยงานในพื้นที่ที่มีความพร้อมและผู้บริหารสมัครใจที่จะร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลละ 2 หมู่บ้าน รวม 16 หมู่บ้าน

● **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย

ประชากร คือ ประชาชนทุกกลุ่มอายุ 18 ปีขึ้นไป มีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จาก 8 จังหวัด ๆ ละ 1 อำเภอ ๆ ละ 1 ตำบล รวมจำนวน 8 ตำบล จำนวนประชากร 49,732 คน

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น

1) กลุ่มผู้สนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบายในพื้นที่ ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ประกอบด้วยประธานและเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จาก 8 จังหวัด ๆ ละ 1 อำเภอ ๆ ละ 2 คน รวม 16 คน

2) กลุ่มผู้นำด้านสุขภาพ เป็นบุคคลที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นผู้คัดเลือกให้เป็นผู้นำด้านสุขภาพ โดยสมัครใจจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ศาสนสถาน โรงเรียน และชุมชนจากอำเภอ ๆ ละ 15 คน รวม 120 คน

3) กลุ่มประชาชนในพื้นที่ ได้แก่ ประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลที่เป็นพื้นที่ตัวอย่าง จำนวน 8 ตำบล ที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ คือ ประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างตามสูตรจากตารางสำเร็จรูปของ Taro Yamane (เพ็ญแข แสงแก้ว)<sup>(7)</sup> เป็นตารางที่ใช้หาขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากรขนาดตัวอย่างที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เมื่อความคลาดเคลื่อน (e) เป็น 3% จะได้ขนาดตัวอย่าง 1,087 คน จากประชากรทั้งสิ้น จำนวน 49,732 คน

การสุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) คณะผู้ศึกษาได้ชี้แจงผู้นำด้านสุขภาพถึงวิธีการสอบถามกลุ่มตัวอย่างผ่านแบบสอบถามด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างทุกคน เนื่องจากข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลหลังจากอธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย และการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่างตามเอกสาร ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม อธิบายเกี่ยวกับแบบสอบถามแต่ละส่วนให้กับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล รวบรวมแบบสอบถามคืน และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม เนื่องจากจำกัดด้วยเวลาและสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) จึงให้เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต.ในพื้นที่ศึกษาเป็นผู้เก็บแบบสอบถามให้

### ● เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In depth - interviews) แบบมีโครงสร้างของข้อคำถามทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ในประเด็นการกำหนดนโยบายโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ การสร้างเครือข่ายสนับสนุนงานในพื้นที่ และปัญหาอุปสรรคจากการดำเนินงาน

2. แบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. กลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง ปี พ.ศ.2561 ของกองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข<sup>(8)</sup> โดยมุ่งพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. คือ อ1: อาหาร อ2: การออกกำลังกาย อ3: อารมณ์ ส1: สูบบุหรี่ และ ส2: สุรา จำนวน 5 ตอน 32 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป (7 ข้อ) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. (6 ข้อ) การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และรู้เท่าทันสื่อตามหลัก 3อ.2ส.

(10 ข้อ) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. (3 ข้อ) และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. (6 ข้อ)

**เกณฑ์การประเมินผล** ตามแนวทาง กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

**การศึกษา แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน** คือ ชั้นเตรียมการ ชั้นลงมือปฏิบัติ และชั้นประเมินผล

**ชั้นเตรียมการ**

1. ศึกษาข้อมูลปัญหาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 เพื่อกำหนดพื้นที่เป้าหมายและวางแผนการศึกษา

2. ประสานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 8 จังหวัด คัดเลือกจังหวัดละ 1 อำเภอ รวม 8 อำเภอ ซึ่งเป็นอำเภอที่ประชาชนและเลขาธิการกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

3. เสนอข้อมูลสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และแนวทางการศึกษาแบบมีส่วนร่วมต่อประชาชนและเลขาธิการกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

4. ประชาชนและเลขาธิการกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คัดเลือกตำบลแห่งละ 1 ตำบล รวม 8 ตำบล

5. สัมภาษณ์ประชาชนและเลขาธิการกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ประเด็นการนำนโยบายโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสู่การปฏิบัติ

**ชั้นลงมือปฏิบัติ** การพัฒนาศักยภาพผู้นำด้านสุขภาพ 5 ขั้นตอน โดยประยุกต์จาก คู่มือแนวทางการพัฒนาสถานที่ทำงาน สถานประกอบการและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ กรมอนามัย<sup>(9)</sup> ด้วยวิธีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสื่อสาร และการฝึกทักษะการดำเนินงาน ประกอบด้วย

1. ชั้นวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาโรคไม่ติดต่อ

เรื้อรัง 2. ชั้นทำความเข้าใจกับปัญหา/การตัดสินใจ/กำหนดข้อตกลงร่วมกัน 3. ชั้นวางแผนกำหนดกิจกรรมชุมชนแบบมีส่วนร่วม 4. ชั้นการดำเนินงานตามกิจกรรมชุมชน และ 5. ชั้นติดตามผล

**ชั้นประเมินผล** วัดความสำเร็จจากผลลัพธ์สุขภาพจากแบบสอบถามประชากรกลุ่มตัวอย่าง ใน 3 ประเด็น คือ 1) ระดับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพระดับดี - ดีมากไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 2) ระดับการมีพฤติกรรมสุขภาพระดับดี-ดีมากไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 และ 3) ค่าน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ในผู้ที่มีน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายเกิน ลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 30

● **การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล** เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสังเกต วิเคราะห์และสรุปเนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมกรมอนามัย เลขที่ 370 วันที่ 7 มกราคม 2563

**ผลการศึกษา**

**1. ชั้นเตรียมการ**

1. ผลการจัดทำสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเขตสุขภาพที่ 4 ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล 5 ปี (ปี พ.ศ.2559-2563) พบว่า สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง จากร้อยละ 11.38 เป็นร้อยละ 14.09 เพิ่มขึ้นร้อยละ 23.73 โรคเบาหวาน จากร้อยละ 5.14 เป็นร้อยละ 6.60 เพิ่มขึ้นร้อยละ 28.40 โรคหลอดเลือดสมอง จากร้อยละ 0.35 เป็นร้อยละ 0.69 เพิ่มขึ้นร้อยละ 97.14 และโรคหัวใจและ

ลดลงเหลือ จากร้อยละ 0.48 เป็นร้อยละ 0.75 เพิ่มขึ้นร้อยละ 100

2. ผลการคัดเลือกพื้นที่ต้นแบบสุขภาพดี ในพื้นที่ 8 จังหวัด 8 อำเภอ และ 8 ตำบล ได้แก่ 1) ตำบลบางกร่าง อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 2) ตำบลบึงสนั่น อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี 3) ตำบลอุทัย อำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 4) ตำบลมลงคลธรรมนิมิต อำเภอสามโก้ จังหวัดอ่างทอง 5) ตำบลช่องสาริกา อำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี 6) ตำบลพักทัน อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี 7) ตำบลไผ่ต่า อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี และ 8) ตำบลดงละคร อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก

3. ระดับค่าดัชนีมวลกายของประชากรกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อำเภอต้นแบบสุขภาพดี ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2563 พบว่าส่วนใหญ่น้ำหนักตัวอยู่เกณฑ์ปกติ (BMI 18.50 – 22.99) อยู่ระหว่างร้อยละ 43.34–66.48 รองลงมา น้ำหนักตัวอ้วนระดับ 1 หรืออ้วน (BMI 25.00 – 29.99) อยู่ระหว่าง ร้อยละ 7.57–25.74 น้ำหนักตัวเกินหรือท้วม (BMI 23.00 – 24.99) อยู่ระหว่างร้อยละ 10.31–25.05 อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าเกณฑ์ (BMI น้อยกว่า 18.50) อยู่ระหว่างร้อยละ 2.22–12.49 และน้ำหนักตัวอ้วนระดับ 2 หรืออ้วนมาก (BMI 30.00 ขึ้นไป) อยู่ระหว่างร้อยละ 3.08–10.18 แสดงถึงความไม่สมดุลของการบริโภคอาหาร

4. นโยบายการปฏิบัติในพื้นที่ การสัมภาษณ์ประชาชนและเลขาธิการกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) ในพื้นที่จำนวน 16 คน ผลการสัมภาษณ์การนำนโยบายโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสู่การปฏิบัติ ดังนี้

4.1 ขนาดและความรุนแรงของปัญหาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งนี้เกิดจากกระแสธุรกิจที่เปลี่ยนแปลงไป มีการใช้เทคโนโลยีอำนวยความสะดวก

สะดวกมากขึ้น ประชาชนใช้ชีวิตที่เร่งรีบ ผู้บริโภคต้องการความสะดวกสบายและขาดความตระหนักถึงการดูแลสุขภาพตนเองเป็นสาเหตุที่เอื้อต่อการเกิดปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

4.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่และหน่วยงานวิชาการที่สนับสนุนงานในพื้นที่ มีลักษณะการทำงานในพื้นที่เป็นครั้งๆ ไม่ต่อเนื่อง มักจัดทำเป็นโครงการรูปแบบรณรงค์เป็นช่วงๆ ขาดการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานและรูปแบบการทำงานมักเป็นแบบแยกส่วนเป็นเรื่องๆ ตามความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงาน ขาดการบูรณาการวิธีการทำงานเนื่องจากมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการจัดการด้านงบประมาณการบริหารจัดการ ปฏิบัติตามข้อสั่งการของหน่วยงานส่วนกลางและเน้นด้านบริการสุขภาพมากกว่าการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค

4.3 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ยังขาดกลไกการประสานการดำเนินงานระหว่างองค์กรภายในและนอกพื้นที่ที่ชัดเจน

4.4 พื้นที่ยังขาดการพัฒนาศักยภาพผู้นำด้านสุขภาพ (Health Leader) ในองค์กรและหน่วยงานในพื้นที่เพื่อเชื่อมการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ

4.5 การบังคับใช้กฎหมายในพื้นที่ เช่น สุรา และบุหรี่ ยังไม่ค่อยได้ผลเท่าที่ควร

## 2. ชั้นลงมือปฏิบัติ

การพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพ 5 ขั้นตอน

1. **ขั้นวิเคราะห์ปัญหา** ด้วยกระบวนการกลุ่มสนทนา เริ่มจากกลุ่มแกนนำสุขภาพวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของตนเอง ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และชุมชนในพื้นที่ พบว่า มีจำนวนกลุ่มผู้นำด้านสุขภาพ 114 คน ที่เข้าร่วมกลุ่มสนทนา คิดเป็นร้อยละ 95 ของผู้นำด้านสุขภาพทั้งหมด (120 คน) ผลการสนทนาดังนี้

1.1 สถานสุขภาพของผู้นำด้านสุขภาพ

- ร้อยละ 17.54 (20 คน) ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 3.51 (4 คน) และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 14.04 (16 คน)

- ร้อยละ 36.84 (42 คน) พบว่า มีครอบครัวสายตรงป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (กรรมพันธุ์) จำแนกเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 22 คน (ร้อยละ 19.30) และโรคเบาหวาน จำนวน 20 คน (ร้อยละ 17.54)

- ร้อยละ 35.09 (40 คน) ของผู้นำด้านสุขภาพ มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ รองลงมา ร้อยละ 29.82 (34 คน) อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกินหรืออ้วนระดับ 1 ร้อยละ 26.32 (30 คน) อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกินหรืออ้วน และร้อยละ 8.77 (10 คน) อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกินหรืออ้วนระดับ 2

1.2 ด้านสภาพแวดล้อม พบว่า ปัญหาสุขภาพในพื้นที่เกิดจากการดำรงชีวิตที่เร่งรีบ มีพฤติกรรมบริโภคหวาน มัน เค็ม อาหารที่มีไขมันสูง การซื้ออาหารถุง อาหารปรุงสำเร็จ มีตลาดนัดและร้านสะดวกซื้อมากมายในพื้นที่ขาดการออกกำลังกายในกลุ่มวัยทำงาน ขาดความเข้าใจในเรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมในกลุ่มเกษตรกร ปัญหาเศรษฐกิจ ความเครียด ขาดการตระหนักต่อภาวะโรคที่อาจเกิดขึ้น และการดื่มสุรา-สูบบุหรี่ ของประชาชนในชุมชน

1.3 ด้านการได้รับคำแนะนำและการสนับสนุนจากบุคคลในพื้นที่ พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.0 ได้รับการให้คำปรึกษาและแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 92.1 ส่วนใหญ่จากอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่

2. **ขั้นทำความเข้าใจกับปัญหา/การตัดสินใจ/กำหนดข้อตกลงร่วมกัน** พบว่า กลุ่มผู้นำด้านสุขภาพเห็นพ้องว่าปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาของพื้นที่และนับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น หากไม่ร่วมมือกันป้องกันอนาคต

ข้างหน้าประชาชนจะเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น เป็นภาวะกับคนในชุมชนและภาระทางสังคม ซึ่งปัจจุบันพบผู้ป่วยติดเตียงมากขึ้นและเห็นด้วยว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3อ.2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา) น่าจะส่งผลทำให้ประชาชนในพื้นที่มีสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งนี้ต้องอาศัยความร่วมมือกับทุกหน่วยงานในพื้นที่และนำไปสู่พื้นที่ต้นแบบสุขภาพที่ดี แต่ต้องใช้เวลา

3. **ขั้นวางแผนและกำหนดกิจกรรมในพื้นที่** กลุ่มผู้นำด้านสุขภาพได้ร่วมกันกำหนดกิจกรรมตามรูปแบบขององค์กรและชุมชน โดยกิจกรรมการสร้างสุขภาพในพื้นที่ที่สำคัญ คือ มีประกาศนโยบายสร้างสุขภาพในพื้นที่ เน้นการตรวจคัดกรองประเมินสุขภาพกลุ่มเสี่ยง ให้ความรู้ในเรื่อง 3อ.2ส. แก่เจ้าหน้าที่ในองค์กร เด็กนักเรียน พระ ผู้ประกอบการร้านค้า และประชาชนผ่านเสียงตามสาย ส่งเสริมให้มีเมนูสุขภาพในชุมชน ปันโตสุขภาพ เสริมสร้างสุขภาพในเด็ก อ้วน บุคลากรในหน่วยงาน จัดพื้นที่ออกกำลังกาย และการให้คำปรึกษาเรื่องสุรา บุหรี่ และสุขภาพจิต เป็นต้น

4. **ขั้นการดำเนินงานตามกิจกรรมในพื้นที่** กลุ่มผู้นำด้านสุขภาพในพื้นที่นำเสนอกิจกรรมในพื้นที่ต่อประธานและเลขาธิการกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เทศบาลเป็นพี่เลี้ยงให้การสนับสนุนและเน้นการขับเคลื่อนมาตรการชุมชนตามหลัก 3อ.2ส. ในรูปแบบองค์กรภายใน

5. **ขั้นติดตามผล** โดยคณะผู้ศึกษาและผู้แทนจากคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพอำเภอ (พชอ.) เยี่ยมเสริมพลัง และสนับสนุนองค์ความรู้ เอกสารประกอบการดำเนินงานในพื้นที่

### 3. **ขั้นประเมินผล**

กำหนดการวัดผลสำเร็จและความ



ก้าวนำการดำเนินการอำเภอต้นแบบสุขภาพดี จากเป้าหมาย 3 ด้าน คือ 1) ประชาชนมีระดับ ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี - ดีมาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 2) ประชาชนมีระดับ พฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับดี - ดีมากไม่น้อย กว่าร้อยละ 60 และ 3) ค่าน้ำหนักและค่าดัชนีมวล กาย (BMI) ของประชาชนในพื้นที่ต้องลดลงไม่ น้อยกว่าร้อยละ 30 ในการประเมินผลครั้งนี้ใช้แบบ เก็บข้อมูลครั้งเดียวหลังการดำเนินงาน (Post-test Only Design) เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของ ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) จึงมี ข้อจำกัดในการลงพื้นที่ คณะผู้ศึกษาจึงปรับ รูปแบบการเก็บข้อมูลโดยชี้แจงแบบสอบถามและ แนวทางปฏิบัติให้แก่อาสาสุขภาพเป็นผู้ดำเนินการ ผ่านการตรวจสอบจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่

**ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ด้าน สุขภาพ มีดังนี้**

ประชากรกลุ่มตัวอย่างตอบ แบบสอบถามจำนวนทั้งสิ้น 985 คน คิดเป็น ร้อยละ 90.62 ของประชากรกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (1,087 คน) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่า เพศชาย (เพศหญิง ร้อยละ 62.54) อายุเฉลี่ย 46.46 ปี อายุต่ำสุด 15 ปี อายุสูงสุด 89 ปี ส่วนใหญ่ มีช่วงอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 24.57

รองลงมาช่วงอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 23.65 สถานะ สมรสคู่ ร้อยละ 55.23 จบการศึกษาระดับปริญญา ตรีขึ้นไป ร้อยละ 34.21 อาชีพใช้แรงงาน เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 33.50 รองลงมารับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 24.16 และร้อยละ 73.91 ไม่เจ็บป่วยด้วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง

**เป้าหมายที่ 1 ประชาชนมีระดับ ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ อยู่ในระดับดี - ดีมากไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60** พบว่า ระดับความ รอบรู้ทางด้านสุขภาพ (6 องค์ประกอบ) ตามหลัก 3อ.2ส. ของประชากรกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 67.61) เมื่อจำแนกรายองค์ประกอบ พบว่า องค์ประกอบที่อยู่ในระดับดี-ดีมาก 2 องค์ประกอบ คือ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. (ร้อยละ 64.77) และการตัดสินใจเลือก ปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. (ร้อยละ 80.91) ส่วนอีก 4 องค์ประกอบอยู่ในระดับพอใช้และไม่ดี ดังตารางที่ 1

**เป้าหมายที่ 2 ประชาชนมีระดับ พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีถึงดีมาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60** ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ พอใช้ รองลงมาคือ ระดับดี - ดีมาก และไม่ดี

**ตารางที่ 1 ระดับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง (n=985)**

ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ	ดี - ดีมาก	พอใช้	ไม่ดี
	ร้อยละ (จำนวน)		
ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.	64.8 (638)	31.47 (310)	3.76 (37)
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.	15.9 (157)	17.66(174)	66.40 (654)
การสื่อสารสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.	20.6 (203)	33.71 (332)	45.69 (450)
การจัดการตนเองตามหลัก 3อ.2ส.	10.6 (104)	24.37 (240)	65.08 (641)
การรู้เท่าทันสื่อตามหลัก 3อ.2ส.	18.1 (178)	16.24 (160)	65.69 (647)
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส.	80.9 (797)	15.84 (156)	3.25 (32)
<b>ภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ</b>	<b>10.3 (101)</b>	<b>22.13(218)</b>	<b>67.61(666)</b>

**ตารางที่ 2 ระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มตัวอย่าง (n=985)**

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	ร้อยละ (จำนวน)			รวม
	ดี - ดีมาก	พอใช้	ไม่ดี	
ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	33.0 (325)	36.5 (360)	30.5 (300)	100.0 (985)

**ตารางที่ 3 ผลการประเมินค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง (n=985)**

ผลการประเมิน	ร้อยละ (จำนวน)			รวม
	ลดลง	คงที่	เพิ่มขึ้น	
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)	7.3 (72)	87.8 (865)	4.9 (48)	100.0 (985)
ค่าน้ำหนัก	30.1 (296)	50.2 (494)	19.8 (195)	100.0 (985)

คิดเป็นร้อยละ 36.5, 33.0 และ 30.5 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

**เป้าหมายที่ 3 ค่าน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของประชาชนในพื้นที่ต้องลดลง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30** พบว่า ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่น้ำหนักและค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เกิน มีค่าน้ำหนักลดลงร้อยละ 30.1 และค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ลดร้อยละ 7.3 ดังตารางที่ 3

**■ อภิปรายผล**

การพัฒนาอำเภอต้นแบบสุขภาพดี เขตสุขภาพที่ 4 แบบมีส่วนร่วม ปีงบประมาณ พ.ศ.2563 ในครั้งนี้ได้ใช้กระบวนการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบตามแนวคิดทฤษฎีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยชุมชนเป็นฐานในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามหลักการมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างพลังอำนาจในการขับเคลื่อนการทำงานของพื้นที่ จากการดำเนินงานพบแนวโน้มสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ต้นแบบดีขึ้น สังเกตจากค่าน้ำหนักตัวที่ลดลงร้อยละ 30.1 และค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลงร้อยละ 7.3 ซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดเบื้องต้นของการดูแลตนเองจากกระบวนการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบสุขภาพดี นอกจากนี้ยังรวมถึงปัจจัยสภาพแวดล้อมของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ด้วย

1. ระดับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ (6 องค์ประกอบ) ตามหลัก 3อ.2ส. ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า องค์ประกอบที่อยู่ในระดับดี-ดีมาก คือ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.(ร้อยละ 64.8) และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ตามหลัก 3อ.2ส.(ร้อยละ 80.9) น่าจะเป็นผลทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับพอใช้ถึงดีมาก ร้อยละ 69.5 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ขึ้นาก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง<sup>(10)</sup> และการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและการเกิดโรคในประชาชน เช่น การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(11)</sup> ส่วนอีก 4 องค์ประกอบส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการประเมินอยู่ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ทำให้ประชาชนให้ความสนใจกับทำอะไรไม่ให้เกิดเชื้อจากโรคดังกล่าว

ในแง่พฤติกรรมสุขภาพพบว่า ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 36.5) และระดับดี-ดีมาก (ร้อยละ 33.0) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ<sup>(12)</sup> ผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) ประเด็น 3อ.2ส. ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2557-2560 พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี รองลงมาในระดับพอใช้-ดี และปี พ.ศ. 2561 พฤติกรรมสุขภาพมีแนวโน้มอยู่ในระดับที่ดีขึ้นปี พ.ศ. 2560 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้-ดี และรองลงมาอยู่ในระดับไม่ดี

2. ปัญหาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่อำเภอต้นแบบ ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ พบว่ายังมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจและหลอดเลือดในทุกพื้นที่ จากข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุขซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทยนั้น กลุ่มโรคไม่ติดต่อยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับสถานการณ์ระดับโลก จากการรายงานข้อมูลของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค รายงานสถานการณ์โรค NCDs ระหว่างปี พ.ศ.2557-2561 พบอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประชากรไทย โดยในปี พ.ศ. 2561 สาเหตุการตาย 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็งรวมทุกประเภท รองลงมาคือ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 123.3,

47.1 และ 31.8 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ<sup>(13)</sup> การที่จะสามารถป้องกัน/ลดโรคเหล่านี้ได้จำเป็นที่จะต้องจัดการแก้ไขที่สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงหลักคือพฤติกรรมเสี่ยงของบุคคลด้วยการมุ่งเน้นกลยุทธ์การสร้างเสริมให้คนไทยทุกคนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเนื่องจากบุคคลที่ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่างๆ จะส่งผลต่อการใช้ข้อมูลข่าวสารและการเข้ารับบริการ อาทิ ในเรื่องการดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง การป้องกันโรค และหากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำย่อมจะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพโดยรวม กล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มมากขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น

3. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม เริ่มจากการวิเคราะห์ตนเอง ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน ชุมชน และเห็นว่าเป็นปัญหาและต้องการที่จะแก้ไขปัญหาร่วมกันซึ่งสอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการจัดการความรู้จังหวัดลำพูน<sup>(14)</sup> ที่พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบขึ้นอยู่กับ การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน ศักยภาพของผู้นำและทีม รวมถึงด้านนโยบายเป็นสิ่งจำเป็นในการเข้าถึงกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม : กระบวนการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมให้สามารถคิด วิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการและติดตามประเมินผลในการแก้ไขปัญหาของชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม รวมถึงแนวคิดการเป็นชุมชนเข้มแข็งต้องเป็นชุมชนเรียนรู้และพร้อมที่จะเรียนรู้ ไม่นั่งรอรับความช่วยเหลือจากภายนอก แต่ลุกขึ้นมาแสวงหา

ทางออกด้วยตนเองตัดสินใจได้อย่างเป็นอิสระและส่งผลให้การท่องเที่ยวเป็นเครื่องมือสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนด้วยการยึดหลักการพัฒนาเศรษฐกิจเพื่อมุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชน<sup>(15)</sup> พบว่าหลังการจัดกิจกรรมโครงการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในด้านกรบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และความเครียดเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีปัจจัยความสำเร็จคือการมีส่วนร่วมดำเนินการโดยภาคประชาชน การสื่อสารและกระบวนการดำเนินการที่เกิดจากแผนกิจกรรมที่คิดร่วมกัน และผลการศึกษาที่กล่าวว่า ความรู้และพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร การออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มเสี่ยงมีความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง แต่พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลาง ครอบครัวของกลุ่มเสี่ยงและชุมชนจึงควรมีส่วนร่วมในการรับทราบข้อมูลและแก้ปัญหาาร่วมกัน โดยการกำหนดมาตรการทางสังคมชุมชนให้เอื้อต่อการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้นทุกเพศสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นได้อย่างครอบคลุม<sup>(16)</sup> แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมความรู้เรื่องสุขภาพไม่ควรเผยแพร่แต่เพียงกลุ่มเสี่ยงเท่านั้น แต่ควรเผยแพร่แก่ครอบครัวและชุมชนด้วยเพื่อเป็นการส่งเสริมให้เกิดความตระหนักทางด้านการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืนต่อไป<sup>(17)</sup>

4. ควรมีการขับเคลื่อนการทำงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยเป็นผู้ประกาศนโยบายและสนับสนุนการดำเนินการจัดการลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในรูปแบบบูรณาการและต้นแบบองค์กร (settings) อย่างเป็นระบบและเกิดความชัดเจนการทำงานในพื้นที่มากขึ้น

## ■ ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. กลยุทธ์ที่สำคัญของการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ ควรเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และการสร้างกลไกการทำงานผ่านผู้นำด้านสุขภาพ (Health Leader) ขององค์กรหน่วยงานภาคีเครือข่ายในพื้นที่และชุมชน
2. ควรปรับวิธีการสื่อสารกับประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะคนกลุ่มวัยทำงาน และเยาวชน ในรูปแบบองค์กรผ่านกระบวนการที่เรียกว่า “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” (Health Literacy) เพื่อสร้างความเข้าใจในประเด็นสุขภาพที่เกี่ยวข้องในชีวิตและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลในการคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ และกำหนดเป้าประสงค์ในการดูแลสุขภาพตนเองได้
3. ควรสร้างค่านิยมร่วมและกติกา เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพภายในองค์กร หน่วยงานภาคีเครือข่ายในพื้นที่และชุมชน จนเกิดเป็นวัฒนธรรมการจัดการลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อในสถานประกอบการ สถานที่ทำงาน สถานศึกษา และชุมชน เพื่อการมีสุขภาพดี

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. หลักสูตรการปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2555.
2. สำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 นครสวรรค์ กรมควบคุมโรค. คู่มือบริหารจัดการงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง SI.M. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2558.

3. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. แนวทางการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2552.
4. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ปารณัฐ สุขสิทธิ์. อาสาสมัครสาธารณสุข:ศักยภาพและบทบาทในบริบทสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2550;1(1):268-79.
5. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชน. นนทบุรี: กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
6. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 135 หน้า 1 วันที่ 9 มีนาคม 2561; 2561.
7. เพ็ญแข แสงแก้ว. การวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2541.
8. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การเสริมสร้างและประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชน อายุ 7-14 ปี และกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://hed.go.th/linkHed/333>
9. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการพัฒนาสถานที่ทำงาน สถานประกอบการและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (สขรส.); 2561.
10. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social & Science Medicine* 2008;67(12):2072-8.
11. Chahardah-Chrek S, Gheibizaden M, Jahani S, Cheraghian B. The relationship between health literacy and health promoting behaviors in patients with type 2 diabetes. *Internal journal of community based nursing and midwifery* 2018;6(1):65-75.
12. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพประชาชนวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) ปีงบประมาณ 2559 [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 19 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hed.go.th/news>
13. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ.2562. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2563.
14. พวงผกา สุวีรรณ. รูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ด้วยกระบวนการจัดการความรู้ จังหวัดลำพูน. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2564;17(2):41-50.
15. วัฒนา สว่างศรี และศิริราณี อินทรหนองไผ่. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน รายใหม่ในชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก 2558;16(1):116-22.
16. ประพิณทิพย์ หมิ่นน้อย. ความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น. (รายงานผลการวิจัย) [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 19 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://203.157.71.148/hpc7data/Res/ResFile/2560004801.pdf>
17. รัถยานภิกษุ พลละติก, เบญจวรรณ ถนอมชยชัช และดลปภัฏ ทรงเลิศ. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม : กระบวนการพัฒนาการเสริมสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2561;5(1):211-20.

