



THAILAND JOURNAL OF HEALTH PROMOTION AND ENVIRONMENTAL

HEALTH

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม • กระทรวงสาธารณสุข
ปีที่ 46 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2566 • Vol. 46 No.1 January - March 2023
ISSN : 0859-5453



กรมอนามัย

12 มีนาคม 2566

วันคล้ายวันสถาปนา

“71 ปี กรมอนามัย ส่งเสริมสุขภาพสูงวัยไทย”



ต้นไม้ 5 ชนิด ช่วยฟอกอากาศภายในบ้าน



กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

จัดทำโดย : กองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ

สแกนคิวอาร์โค้ด
เพื่อรับความรู้สุขภาพ

เผยแพร่ : มกราคม 66








ดูแลป้องกันตนเอง



เช็คค่าฝุ่น ก่อนออกจากบ้าน ลดเสี่ยง PM_{2.5}

แอปพลิเคชัน
แนะนำเช็คค่าฝุ่น



PM _{2.5} ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร (มคก./ลบ.ม.)		ความหมาย
0-25		คุณภาพอากาศดีมาก
26-37		คุณภาพอากาศดี
38-50		คุณภาพอากาศปานกลาง
51-90		เริ่มมีผลกระทบต่อสุขภาพ
91 ขึ้นไป		มีผลกระทบต่อสุขภาพ

- **PM_{2.5} อยู่ในระดับสีส้มและแดง** ประชาชนทั่วไป ลดหรืองดทำกิจกรรมกลางแจ้ง และสวมหน้ากากป้องกันฝุ่น
- **PM_{2.5} อยู่ในระดับสีเหลืองขึ้นไป** กลุ่มเสี่ยง เช่น เด็กเล็ก หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ และผู้มีโรคประจำตัว เลี่ยงหรืองดทำกิจกรรมกลางแจ้ง สวมหน้ากากป้องกันฝุ่น และไม่อยู่กลางแจ้งเป็นเวลานาน





กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

กลุ่มเสี่ยง

เสี่ยงฝุ่น PM_{2.5}



• หญิงตั้งครรภ์

อวัยวะต่าง ๆ ของทารกในครรภ์กำลังพัฒนา อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษที่แม่ได้รับผ่านสายรก



• เด็กเล็ก

ปอดกำลังพัฒนา อัตราการหายใจถี่ ทำให้ได้รับมลพิษมากกว่าผู้ใหญ่ในช่วงเวลาที่เท่ากัน



• ผู้สูงอายุ

ระบบหายใจเสื่อมตามวัย มีโอกาสเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง



• ผู้ที่มีโรคประจำตัว

มีอาการกำเริบ เช่น ผู้ป่วยภูมิแพ้มีอาการงู้อักเสบ ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดจังหวะ



• ผู้ทำงานกลางแจ้ง

ตำรวจจราจร พนักงานกวาดถนน พ่อค้าแม่ค้าริมถนน วินมอเตอร์ไซด์รับจ้าง คนทำงานนอกอาคาร ได้รับสัมผัสฝุ่นเป็นเวลานาน มีโอกาสเกิดผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว

ข้อมูลความรู้โดย : กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ
ออกแบบผลิตสื่อโดย : กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ
จัดทำเมื่อ : กุมภาพันธ์ 2566

สายด่วนกรมอนามัย

1 4 7 8

กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

ติดตามสาระความรู้สุขภาพได้ที่

AnamaiMedia

สื่อมวลชนมีเดียกรมอนามัย



ดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง ปลอดภัย ในช่วงที่อากาศเปลี่ยนแปลง

ประเทศไทยประสบปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศอย่างรวดเร็ว ทั้งอากาศร้อนจัด บางพื้นที่อุณหภูมิลดลงจนร่างกายไม่สามารถปรับตัวได้ทัน ส่งผลทำให้เกิดการเจ็บป่วย ไม่สบาย เกิดภาวะโรคระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น ผู้สูงอายุ เด็กเล็ก และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง



อีกทั้ง ในช่วงนี้อาจเกิดสถานการณ์พายุฤดูร้อน เกิดฝนตกหนัก ฟ้าคะนอง ลมกระโชกแรง และลูกเห็บตกบางพื้นที่ รวมถึงอาจมีฟ้าผ่าเกิดขึ้นได้บางแห่ง ขอให้ประชาชนระมัดระวังตนเอง หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่โล่งแจ้ง หรือ ใต้ต้นไม้ใหญ่ เพื่อป้องกันการเกิดฟ้าผ่าและอุบัติเหตุจากสิ่งของหรือสิ่งปลูกสร้างร่วงหล่นใส่ จนได้รับอันตราย รวมทั้งให้ติดตามข่าวสาร สถานการณ์ และให้รับฟังการแจ้งเตือนภัยจากหน่วยงานในพื้นที่ คอยสังเกตอาการป่วยของกลุ่มเสี่ยง และจัดเตรียมยาสามัญประจำบ้าน ยาที่ต้องใช้เป็นประจำสำหรับผู้ป่วย ที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และอุปกรณ์ช่วยพยุงตัวอื่น ๆ ให้พร้อมอยู่เสมอ ทั้งนี้ ประชาชนต้องมีความเข้าใจและรู้จักการดูแลสุขภาพป้องกันตนเองจากภาวะเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากสภาพอากาศที่แปรปรวน เพื่อให้มีร่างกายที่แข็งแรง มีสุขภาพดีพร้อมรับมือต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา

สำหรับวิธีการสร้างสุขภาพดีให้เหมาะกับทุกกลุ่มวัยในช่วงอากาศเปลี่ยนแปลง ป้องกันไข้หวัดทำได้ด้วยการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เน้นประเภทผักและผลไม้สดที่มีวิตามินซีสูง ซึ่งจะมีส่วนช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค หมั่นออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ด้วยการเดินเร็ว ๆ การวิ่งเหยาะ การขี่จักรยาน หรือเล่นกีฬาที่มีการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน ควรหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่ กินอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ นอนดึก และควรพักผ่อนให้เพียงพอด้วย

(นายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย)

อธิบดีกรมอนามัย

กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH



เทคนิค **7+1** ป้องกัน โรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

1

กินดี

ผู้สูงอายุควรกินข้าว แป้งวันละ 7-9 ถ้วย
ผักวันละ 4 ถ้วย ผลไม้วันละ 1-3 ส่วน
เนื้อสัตว์วันละ 6-8 ช้อนกินข้าว
นมวันละ 1-2 แก้ว
หลีกเลี่ยงอาหารหวาน มัน เค็ม

2

ฟันดี

เลือกใช้แปรงสีฟันที่ขนอ่อนนุ่ม
ปลายขนแปรงมน เน้นการแปรง
บริเวณขอบเหงือก คอฟัน เป็นพิเศษ
แปรงให้ทั่วถึงทุกซี่ แปรงฟันด้วยยาสีฟัน
ผสมฟลูออไรด์อย่างน้อย
วันละ 2 ครั้งๆ ละ 2 นาที

3

ตาดี

ผู้สูงอายุมักมีปัญหาสายตาวาว
ซึ่งมองระยะใกล้ ไม่ชัดเจน
ควรพบจักษุแพทย์เป็นประจำ
เพื่อรับคำแนะนำ ในการดูแลดวงตาที่ถูกต้อง
ชะลออาการเสื่อมของสายตา

4

เคลื่อนไหวดี

ควรออกกำลังกาย เพื่อชะลอการเสื่อม
ของกระดูก และกล้ามเนื้อต่างๆ

- เดินอย่างน้อยวันละ 5,000 ก้าว เพื่อป้องกันการหกล้ม เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ
- เดิน 6,000 ก้าว/วัน ป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
- เดิน 7,000 - 10,000 ก้าว/วัน จะช่วยป้องกันโรคไม่ติดต่อ และเพิ่มสมรรถภาพทางกายให้ดีขึ้น ช่วยให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวที่ดี ป้องกันการหกล้มได้

5

สภาพแวดล้อมดี

ควรจัดบ้านให้เป็นระเบียบ สะอาด
ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดิน ปูพื้นห้องน้ำ
ด้วยพื้นหยาบและมีราวจับ เพื่อป้องกันการ
การหกล้ม

6

อารมณ์ดี

ควรให้ผู้สูงอายุได้พบปะร่วมกิจกรรม
ในชมรมผู้สูงอายุ ทำกิจกรรมร่วมกัน
เช่น ออกกำลังกาย เข้าวัด ทำบุญ
เพื่อให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยว
หรือถูกทอดทิ้ง

7

สมองดี

หากผู้สูงอายุได้บริโภคอาหารที่ดี
มีสภาพจิตใจดี สภาพแวดล้อมดี
ก็จะช่วยให้สมองนั้นดีตามไปด้วย

+1

การนอนหลับที่ดี

หากผู้สูงอายุได้บริโภคอาหารที่ดี
มีสภาพจิตใจดี สภาพแวดล้อมดี
ก็จะช่วยให้สมองนั้นดีตามไปด้วย



กรมอนามัย ส่งเสริมให้คนไทย สุขภาพดี

THAILAND JOURNAL OF HEALTH PROMOTION AND ENVIRONMENTAL HEALTH

HEALTH

วารสารการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
เป็นวารสารทางวิชาการ จัดพิมพ์เผยแพร่โดย
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ และวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานค้นคว้า และวิจัยของนักวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนทัศนคติ ข้อคิดเห็น และข่าวสาร และเป็นสื่อสัมพันธ์ในวงการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ได้รับคัดเลือกให้อยู่ในฐานข้อมูลศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย
(Thai Journal Citation Index Centre:TCI)

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

คณะผู้จัดทำวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ปี 2565

ที่ปรึกษา	นายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย นายแพทย์อรอดพล แก้วสัมฤทธิ์ นายแพทย์สราวุฒิ บุญสุข นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา นายแพทย์มณฑิธร คณาสวัสดิ์	อธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย
บรรณาธิการ	นายแพทย์สมพงษ์ ชัยโอภาณนัท	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	นายคัมภีร์ งานดี นายธรรมรัฐ มณสวัสดิ์	กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
กองบรรณาธิการวิชาการ	นายแพทย์กิตติพงษ์ แซ่เจ็ง ดร.อัมพร จันทวิบูลย์ นางวิมล โรมา ทันตแพทย์หญิงสุรัตน์ มงคลชัยอริญญา แพทย์หญิงนันทา อ่วมกุล นายสุคนธ์ เจียสกุล ดร.ทวิสุข พันธุ์เพ็ง แพทย์หญิงนิพรพรรณ วรมงคล ทันตแพทย์หญิงจันทนา อึ้งชูศักดิ์ ดร.วิระวรรณ ถิ่นยืนยง ดร.พวงเพ็ญ ชื่นประเสริฐ รศ.ดร.มณีรัตน์ อีระวิวัฒน์ รศ.ดร.กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์ รศ.ดร.สลิธร เทพตระการพร แพทย์หญิงสายพิณ โชติวิเชียร นายแพทย์บุญฤทธิ สุขรัตน์ นายแพทย์มนัส รามเกียรติศักดิ์ ทันตแพทย์ ดร.แมนสรวง วงศ์อภัย แพทย์หญิงชมพูนุท โตโพธิ์ไทย ดร.สุพิชชา วงศ์จันทร์ ดร.เบญจวรรณ ธวัชสุภา	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ปรึกษากรมอนามัย (สำนักส่งเสริมสุขภาพ) สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ปรึกษากรมอนามัย (ด้านทันตสาธารณสุข) นักวิชาการอิสระ ที่ปรึกษากรมอนามัย (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ) มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สำนักโภชนาการ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ
เจ้าของ	กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	
ฝ่ายจัดการ	นางสาวพิมพ์ภาวดี ศรีจันทร์ นางอรชชา ตะกรุดเงิน	กองคลัง สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
สำนักงาน	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทร 0-2590-4153, 4157 โทรสาร 0-2591-8147 http://advisor.anamai.moph.go.th/main.php?filename=jhealth	
กำหนดออก	ปีละ 4 เล่ม (มกราคม-มีนาคม, เมษายน-มิถุนายน, กรกฎาคม-กันยายน, ตุลาคม-ธันวาคม)	
อัตราค่าสมาชิก	ปีละ 360 บาท ต่างประเทศเพิ่มค่าส่งตามอัตราไปรษณีย์	
ออกแบบและจัดพิมพ์	บริษัท ทริปเปิ้ล เอ คอนซัลแทนท์ จำกัด โทร 0-2272-1169-72 โทรสาร 0-2272-1173	

คำแนะนำ

ในการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ยินดีรับบทความวิชาการทางด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน โดยกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง มีหลักเกณฑ์และข้อแนะนำ ดังนี้

1. บทความที่ส่งตีพิมพ์

บทความวิชาการ (original article) เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ของผู้เขียน ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น ควรประกอบด้วยหัวข้อเรื่องตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อ เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์การศึกษา วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล สรุป ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง อาจมีกิตติกรรมประกาศระหว่างสรุปและเอกสารอ้างอิงก็ได้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

บทความปริทัศน์ (review article) เป็นบทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง จากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 8 หน้าพิมพ์

บทความพิเศษ (special article) เป็นบทความประเภทที่บทความปริทัศน์กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษจากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้นๆ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

2. การเตรียมต้นฉบับ

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัดให้เข้าใจความที่ครอบคลุม ตรงวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่ใช้คำย่อ ความยาวไม่ควรเกิน 100 ตัวอักษร

ชื่อผู้เขียน (เจ้าของบทความ) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอภิไธยต่อท้ายชื่อ และสถาบันที่ทำงานอยู่ หากมีมากกว่าหนึ่งสังกัด ให้ระบุเพียงสังกัดเดียว

บทคัดย่อ คือการย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขสถิติเฉพาะที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ไม่ควรมีคำย่อ ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด (300 ตัวอักษร) โดยให้ครอบคลุมถึงวัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการ ผลและวิจารณ์ หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ โดยมีคำสำคัญ (keywords) วางไว้ท้ายบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทนำ อธิบายความเป็นมา และความสำคัญของปัญหาที่นำไปสู่ความจำเป็นในการทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า ของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัด แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน ใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

วิธีการดำเนินงาน อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง การใช้เครื่องมือในการวิจัย และวิธีวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์ การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ โดยระบุคณะกรรมการฯ ชุดใด และเมื่อไร

ผล/ผลการดำเนินงาน อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัยตามลำดับหัวข้อตามวัตถุประสงค์ โดยเสนอหลักฐานข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้ หากมีตัวเลขมาก ตัวแปรมาก ควรใช้ตารางหรือแผนภูมิ โดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขซ้ำ หรือทุกข้อมูลที่ปรากฏในตารางลงในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญ บทความหนึ่งเรื่องควรมีตารางไม่เกิน 3-5 ตาราง ถ้าเป็นภาพหรือแผนภูมิต้องมีความคมชัดขนาดไม่ต่ำกว่า 600x800 pixels อาจเป็นภาพขาวดำหรือสี

วิจารณ์ ควรเขียนอภิปรายผลเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ว่าตรงหรือแตกต่างไปหรือไม่ เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

สรุป (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้นๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น)

ข้อเสนอแนะ ข้อเสนอที่อาจนำผลการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือหรือมีผู้สนับสนุนที่สำคัญจากที่ใดบ้าง มีย่อหน้าเดียว

เอกสารอ้างอิง 1) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสาร การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver

2) การอ้างอิงเอกสารใดที่ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ โดยใช้ตัวเลขไว้ในวงเล็บ วางไว้หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำๆ ให้ใช้หมายเลขเดิม สำหรับการเรียงลำดับรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ให้เรียงลำดับตามการอ้างอิงก่อน-หลังในเนื้อหา

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

3.1 การอ้างอิงวารสาร

รูปแบบมีดังนี้

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์;ปีที่(ฉบับที่):หน้าแรก—หน้าสุดท้าย

วารสารภาษาอังกฤษ

ใช้ชื่อสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อ ใช้ชื่อวารสารเป็นชื่อย่อตามระบบ Index Medicus

วารสารภาษาไทย

ชื่อผู้แต่งให้ใช้ชื่อเต็ม ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็มที่น่าปาก

ในกรณีที่ผู้แต่งมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก ค้นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แล้วตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือ และคณะ (วารสารภาษาไทย)

ตัวเลขหน้า ใช้ตัวเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับหน้าสุดท้าย เช่น 131-156 ใช้เป็น 131-56 และไม่เว้นวรรคระหว่างเครื่องหมาย : และ ; ในการระบุปีที่พิมพ์ ปีที่(ฉบับที่) เลขหน้า โดยใส่เฉพาะ ปี (year) และเล่มที่ (volume) เท่านั้น ไม่ต้องใส่เดือน วันที่และฉบับที่

1. Muangsapaya W, Winichagoon P, Fucharoen S, Pootrakul P, Wasi P. Improved Technique for detecting intraerythrocytic inclusion bodies in thalassemic trait. J. Med Assoc Thai 1985;68: 43-5.

2. กติกา ภาวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม, วิษย์ศักดิ์ สุขสะอาด, กนกวรรณ แสนไชยสุริยา และคณะ.

การตรวจกรองฮีโมโกลบินอี โดยวิธีการตกตะกอนด้วยดีซีไอพีในกลุ่มประชากรที่ไม่มีภาวะซีด. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2536;51:39-43.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

รูปแบบมีดังนี้

รูปแบบอ้างอิงหนังสือหรือตำราผู้แต่งเขียนทั้งเล่ม

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. จำนวนหน้า (ครั้งที่พิมพ์ใส่เฉพาะการจัดพิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป).

1. Richard EB, Victon CV. Nelson Textbook of Pediatrics. 12th ed. Philadelphia : W.B. Saunders; 1987.

2. ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่องพัฒนาการของเด็ก การส่งเสริมพัฒนาของเด็ก โดยครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2534.

รูปแบบอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

1. Wood WG. Hemoglobin analysis. in: Weatheral DJ, ed. The thalassemias. New York: Churchill Livingstone; 1983. p. 31-53.

2. สุจิตต์ เผ่าสวัสดิ์. ระบาดวิทยาของเด็กตายคลอด. ใน: สุจิตต์ เผ่าสวัสดิ์, บรรณาธิการ. เด็กตายคลอด. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาสูติศาสตร์—นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2531. หน้า 1-32.

3.3 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book)

รูปแบบมีดังนี้

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ [ประเภทของสื่อ/วัสดุ]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/ Available from: URL address.

บทความวารสารที่เผยแพร่บนอินเทอร์เน็ต

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสารหรือชนิดของสื่อ [อินเทอร์เน็ต]. ปีพิมพ์ [วัน เดือน ปี ที่ค้นข้อมูล];ปีที่(เล่มที่(ถ้ามี)):จำนวนหน้าหรือจำนวนภาพ. เข้าถึงได้จาก/ Available from: URL address.

1. Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

2. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

บทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิทัล (DOI number)

1. Degenhardt L, Bohnert KM, Anthony C. Assessment of cocaine and other drug use in the general population: 'gated' vs. 'ungated' approaches. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2008 Mar [cited 2010 Apr 15];93(3):227-232. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2756072/> doi: 10.1016/j.drugalcdep.2007.09.024

3.4 การอ้างอิงอื่นๆ

รายงานการประชุม สัมมนา

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

1. Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

วิทยานิพนธ์

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

1. อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

บทความในหนังสือพิมพ์

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์. ปี เดือน วันที่; ส่วนที่: เลขหน้า (เลขคอลัมน์).

1. วฤตดา ทาระภูมิ. ดึงคุณภาพยา(จีน) ช่วยผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. มติชน. 3 มี.ค. 2554: น. 10.

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 ให้พิมพ์หน้าเดียวลงบนกระดาษ ขนาด A4 (21.6X27.9 ซม.) ตัวอักษรขนาด 16 และส่งเอกสารมาพร้อมกับแผ่น CD ซึ่งพิมพ์ต้นฉบับเอกสาร

4.2 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพลายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษขาว ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นไฟล์ภาพที่บันทึกในแผ่นซีดี ความคมชัดไม่ต่ำกว่า 600x800 pixels หรืออาจใช้ภาพสีขนาดโปสเตอร์แทนก็ได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในภาพ ควรกำกับหมายเลขของภาพประกอบ เพื่อการจัดเรียงพิมพ์ได้อย่างถูกต้อง

4.3 การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 3 ชุด ระบุสถานที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ อีเมล พร้อมหนังสือนำส่งถึงบรรณาธิการวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับการพิจารณาถึงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับการพิจารณาถึงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียน เรื่องละ 3 เล่ม

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ถือเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน คณะบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนต้องรับผิดชอบบทความของตนเอง คณะบรรณาธิการมีสิทธิ์จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสมได้

ผลงานทุกเรื่องได้รับการพิจารณาแบบ Double-blind peer review

โดยกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 2 ท่าน ก่อนลงตีพิมพ์ในวารสาร

ได้รับคัดเลือกให้อยู่ในฐานข้อมูลศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai Journal Citation Index : TCI)

INSTRUCTION FOR AUTHORS

Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health welcomes all kinds of articles related to health promotion and environmental health, i.e. editorials, review articles, letter to editor, or short communications. Each article must not be published elsewhere before, and length of the article should not exceed 8 pages.

Manuscripts should be typed in double space on one side of white A4 papers.

On the first page should appear the author's name, affiliation and a running title. The abstract should be on the second page. The body of the article will begin from the third page. The structure of original article should be in the following order : introduction, objective materials and methods, results, discussion, conclusion, acknowledgment and references.

Each table or figure should be prepared on the separate sheet. Photographic prints must be in black and white, sharp with high contrast, and the size should not be smaller than the postcard size.

Reference should be in order according to the Vancouver System (see the following examples):

1. Muangsapaya W, Winichagoon P, Fucharoen S, Pootrakul P, Wasi P. *Improved Technique for detecting intraerythrocytic inclusion bodies in thalassemic trait*. J. Med Assoc Thai 1985 ; 68 : 43-45.
2. Richard EB, Victon CV. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 12th ed. Philadelphia : W.B.Saunders ; 1987.
3. Wood WG. *Hemoglobin analysis*. in : Weatherall DJ, ed. *The thalassemias*. New York : Churchill Livingstone ; 1983.p. 31-53.

If a reference has more than one author, all authors' names should be listed. However, if there are more than 7 authors, only three names are required, and the rest of them are to be represented by 'et al'.

Abbreviations should be based on the U.S. National Library of Medicine in Index Medicus.

One copy and a word-processing disk of the manuscript should be sent to the Editor at the following address : **Office of Senior Advisors Committee, Department of Health, Ministry of Public Health, Tiwanond Rd, Nonthaburi, 11000. Thailand.**

All submissions will be acknowledged by the Editorial Board. Those unaccepted will also be notified. The editors reserve right to edit all manuscripts for proper publication according to the format of the Journal.

Three copies of the Journal will be supplied to principal author after the publication.

HEALTH

ใบสมัครสมาชิก/สมาชิกอุปถัมภ์

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม THAILAND JOURNAL OF HEALTH PROMOTION AND ENVIRONMENTAL HEALTH

หมายเลขสมาชิก.....

วัน เดือน ปี.....

ชื่อ-สกุลผู้สมัคร.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

โทรศัพท์.....

มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกในนาม

สมาชิกใหม่

ต่ออายุสมาชิก

สมาชิกอุปถัมภ์ จำนวน..... ราย (กรุณาแนบรายชื่อหน่วยงาน พร้อมทั้งอยู่ เพื่อจัดส่งวารสาร)

สมัครเป็นสมาชิกเวลา.....ปี (อัตราปีละ 4 ฉบับ ราคา 360 บาท)

เริ่มตั้งแต่ฉบับที่.....ปี.....ถึงฉบับที่.....ปี.....

รวมเป็นเงิน.....บาท (.....)

โดยได้แนบ ธนาคัตติ (สั่งจ่าย ปณฝ.กระทรวงสาธารณสุข) ตัวแลกเงินไปรษณีย์

ที่อยู่ (เพื่อจัดส่งวารสาร)

เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....

สั่งจ่าย ในนาม บรรณาธิการวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ไปรษณีย์กระทรวงสาธารณสุข 11000

ที่อยู่ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์

อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทร. 0-2590-4153, 0-2590-4157 โทรสาร 0-2591-8147



Editor's Desk

๕
๓

ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2566 ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงด้าน
ภูมิอากาศ, PM2.5, อากาศร้อนมากตามฤดูกาลปีนี้ มีคำเรียกขานว่า
Monster Heat, ส่วน PM2.5 ประเทศไทยได้รับการจัดอันดับต้นๆ ของโลก
ที่มีมลภาวะทางอากาศ ก่อผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจ นักท่องเที่ยวที่จะมา
ท่องเที่ยวทางภาคเหนือลดลง ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องควรร่วมมืออย่างจริงจัง
ช่วยกันจัดการปัญหาสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพของประชาชนทั้งหมด
อย่างเร่งด่วน ตามมาด้วยอีกหลายปัญหา เช่น โควิด 19 ที่กำลังเพิ่มอัตรา
การติดเชื้อ และมีรายงานสายพันธุ์ใหม่เข้ามาอีกระลอก ขอให้ทุกคนดูแลสุขภาพ
ให้ดี



ขอเชิญผู้สนใจติดตามบทความและเนื้อหาวิชาการในวารสารฉบับนี้ ขอให้ทุกท่านโชคดี มีความสุข
ปลอดภัยทั้งหลาย สวัสดีปีใหม่ไทย

นายแพทย์สมพงษ์ ชัยโอภาณนท์

บรรณาธิการ

มีนาคม 2566

กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

บทความพิเศษ

กิจกรรมหลักของการทำวิจัย main activities of research

- สมชาติ โตรักษา 11

มุมเล่าเรื่อง

เขียนอย่างไรให้มีพลัง

- สุรีพันธ์ เสนานุช 27

บทวิชาการ

ความชุกของปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และความพึงพอใจของการให้บริการตอบปัญหาทางสื่อสังคมออนไลน์ ในศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

- นายเยาว์ ลาวิन्ह์ ถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์ สุมิตรา สิทธิฤทธิ พิมพ์พิศา ธนากรกลโกล์
สุมนทนา มิ่งมี อัสสร ชานวิทิตกุล 31

การศึกษาศาสนาการณพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปี 2564

- ประภาภรณ์ จังพานิช วสุรัตน์ พลอยล้วน 41

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย — กัมพูชาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาอำเภอทาบเชิง จังหวัดสุรินทร์

- ธาณี นามม่วง 54

การจัดลำดับชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพดี

- นฤกร บูรณนัติ สุนิษา มะลิวัลย์ ทิพย์กมล ภูมิพันธ์ เบญจวรรณ รัชชสุภา 68

การวิจัยประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว จังหวัดยะลา

- ดวงกมล ศิริลักษณ์ 80

ความรอบรู้สุขภาพ กิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร การนอนหลับ การจัดการความเครียด และภาวะโภชนาการของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

- เกษม เวชสุทธานนท์ สุพิชชา วงศ์จันทร์ ณัฐนันท์ แซ่มเพชร 92

ความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็ก เขตสุขภาพที่ 7

- วิโสภิญ ทองไทย สุพัตรา บุญเจียม ปิยะ ปุริโส นิตยา ศรีมานนท์ ลัดดา ตีอังกอง 105

การศึกษาศาสนาการณพัฒนาการเด็กปฐมวัยของพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็ก ในสถานประกอบการ 3 แห่ง

- วิชชุพร เกตุไหม ทิวาวรรณ ชี้อัสถ์ 116

กิจกรรมหลักของการทำวิจัย main activities of research

รศ.นพ.สมชาติ โตรักษา*

บทคัดย่อ

การทำวิจัย ช่วยให้ได้รับความรู้ใหม่ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อมนุษยชาติได้ทั่วไป มี 6 กิจกรรมหลัก คือ การขออนุมัติผู้บังคับบัญชา ในการ “ทำวิจัย” เรื่องนี้, การขออนุมัติ IRB ในการทำวิจัยก่อนเก็บข้อมูลการวิจัย, การขอความเห็นชอบโครงร่างการวิจัย จากคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญที่องค์การ/สถาบัน ผู้ดูแลพื้นที่วิจัย แต่งตั้งให้การรับรองในการทำวิจัยอย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาการ, การดำเนินงานให้ได้ผลงานวิจัยที่ดีและน่าเชื่อถือ ทั้ง ก่อน ขณะ และหลัง การทำวิจัย, การตีพิมพ์ผลงานวิจัยเป็นนิพนธ์ต้นฉบับในวารสารวิชาการ, และการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์อย่างคุ่มค่ายิ่งๆ ขึ้น นำไปสู่ความเจริญก้าวหน้าและความเป็นอยู่ที่ดียิ่งขึ้นของมนุษยชาติทั้งมวล เสนอให้ ทุกหน่วยงาน ดูแล ส่งเสริม สนับสนุน และช่วยเหลือ ให้บุคลากรของตนทำวิจัยอย่างมีความสุขตลอดเวลา นำไปสู่ความเจริญก้าวหน้าของทั้งบุคลากร หน่วยงาน องค์การ สถาบัน และประเทศชาติ อย่างมั่นคงและยั่งยืนยิ่งๆ ขึ้น ด้วย R2R2E

คำสำคัญ: วิจัย, การพัฒนาอย่างยั่งยืน, วิจัยและพัฒนา, ต้นแบบ, การพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย.

■ ความเป็นมา ความสำคัญ ปัญหา และแนวทางการแก้ไข

วิจัย (Research) คือ กระบวนการค้นคว้าหาความรู้ใหม่ อย่างเป็นระบบที่ได้ความจริง มีจุดมุ่งหมายที่แน่นอน มีระเบียบวิธีการศึกษาค้นคว้าที่เชื่อถือได้ สามารถนำผลไปใช้ประโยชน์ต่อมนุษยชาติ เป็นสิ่งที่มีการดำเนินงานและพัฒนาอย่างต่อเนื่องมาตลอดเวลา⁽¹⁻⁴⁾

“การวิจัย” หมายความว่า การศึกษาค้นคว้า วิเคราะห์ หรือทดลองอย่างเป็นระบบ อันจะทำให้ได้มาซึ่งข้อเท็จจริง ความรู้ใหม่ หรือหลักการไปใช้ในการตั้งกฎ ทฤษฎี แนวทางในการปฏิบัติ เพื่อเป็นพื้นฐานของการพัฒนาด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี สังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ และศิลปวิทยาการ แขนงต่าง ๆ

รวมทั้งเพื่อสร้างนวัตกรรม อันจะสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้⁽⁵⁾

วิจัย ช่วยให้เกิดการพัฒนา ทั้งคน งาน กระบวนการ ความรู้ วิธีการ เครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่งของ สิ่งอำนวยความสะดวกสบาย การสื่อสาร การเดินทาง การคมนาคม การขนส่ง ฯลฯ ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อมนุษยชาติ อย่างมากมาย มหาศาลตลอดมา และยังคงมีคุณประโยชน์เช่นนี้อีกตลอดไปในอนาคต^(1-4,6-7) แบบการวิจัย (Design) ที่ช่วยให้เกิดการพัฒนาอย่างชัดเจน คือ Research and Development: R&D^(1,8-11)

ปัญหาของวิจัย (Problems of Research) คือ ผลการดำเนินงานของ “การทำวิจัย” ยังไม่ได้ตามที่ผู้เกี่ยวข้อง คาดหวัง/ต้องการ ทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านปริมาณที่ทำได้น้อย

*ผู้ทรงคุณวุฒิ ในการติดตามและประเมินวิทยากรหลักสูตรการพัฒนานักวิจัย
โครงการฝึกอบรม “สร้างนักวิจัยรุ่นใหม่” (ลูกไก่) สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

ปัญหาการทำวิจัย

(Problems of Research)

แนวคิด หลักการ และ วิธีการ ในการวิเคราะห์และแก้ปัญหา

1. ปัญหาเกิดจากหลายสาเหตุ

2. ทุกปัญหาแก้ไขได้

3. แก้ปัญหาที่สาเหตุ วัตถุประสงค์แก้ปัญหาที่ตัวปัญหา



ภาพที่ 1 แนวคิด หลักการ และ วิธีการ ในการวิเคราะห์และแก้ปัญหาการทำวิจัย

ด้านคุณภาพของการทำวิจัยและผลงานวิจัยที่ต่ำ ด้านแรงงานและเวลาที่ใช้ “มาก” ด้านความไม่พึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง และด้านเศรษฐศาสตร์ของการดำเนินงานวิจัยที่ไม่คุ้มกับทรัพยากรและเวลาที่ใช้/ลงทุน ไป ที่เกิดขึ้นและหรือได้รับอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด จากอดีตถึงปัจจุบัน^(1,8) และมีแนวโน้มที่จะยังคงเป็นเช่นนี้ต่อไปในอนาคต

สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหา (Causes of The Problems) ขอนำหลัก Epidemiology Triage (Triangle) ที่ใช้ในงานระบาดวิทยา มาประยุกต์ในการทำวิจัย คือ

1. ตัววิจัย (=Host=The Research) ที่มีความยุ่งและยาก ต้องใช้บุคคลที่มีความรู้ความสามารถสูงหลายด้าน มาร่วมกันดำเนินงาน ซึ่งมีน้อย หายาก การพัฒนามาเพิ่ม/หามาทดแทนทำได้ยากมาก ใช้เวลานาน, ต้องใช้วิธีการที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน ทั้งการออกแบบ (Design) การเขียนและเสนอโครงการวิจัย (Proposal) การขอจริยธรรมการวิจัย (Ethical Certificate: EC) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย การเตรียมการและดำเนินงานวิจัย การเก็บข้อมูล

การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การแปลผลข้อมูล การนำเสนอข้อมูล รวมทั้งการเขียนผลงานวิจัย (Original Article: OA) ลงตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ

2. สิ่งที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย (=Agents=The Resources-used) คือ 5Ms ได้แก่ Man, Money, Material, Management, Minute (Time) ที่มีน้อย มีความจำกัดและข้อจำกัดมาก มีความยุ่งยากและไม่สะดวกในการใช้ ต้องมีเงื่อนไข มีขั้นตอนมาก ต้องใช้เวลานาน ไม่เอื้ออำนวยกับการดำเนินงานวิจัย ซึ่งต้องการความรวดเร็วและความสุขของผู้ทำวิจัย สิ่งที่เหมาะสมควรพิจารณาเป็นพิเศษ คือ Man (โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ทำวิจัย) และ Management (การจัดการงานวิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การจัดระบบและกลไกในการทำวิจัยจากระดับพื้นที่/หน่วยงานจนถึงระดับชาติ)

3. สิ่งแวดล้อมในขณะที่ดำเนินการวิจัย (=Env=The Environments during Researching) ทั้ง 4 ด้าน คือ กายภาพ (อุณหภูมิ แสง เสียง ฝุ่น ลม ฝน น้ำท่วม), เคมี (สารเคมี สาร

พิษ), ชีวภาพ (พืช สัตว์ เชื้อโรค) ที่มารบกวน, และสิ่งแวดล้อมทางสังคม (กฎหมาย กฎ-ระเบียบ ขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อ) ที่ขัดขวาง/ไม่เอื้อต่อการดำเนินงานวิจัย

ผลของปัญหา ทำให้เกิดผลเสียต่อบุคคล หน่วยงาน องค์กร ชุมชน สังคม ประเทศชาติ และต่อโลก คือ ไม่เกิดการพัฒนา และ/หรือ พัฒนาช้า ทั้งคน งาน กระบวนการ ความรู้ วิธีการ เครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่งของ สิ่งอำนวยความสะดวกสบาย ฯลฯ ดังที่กล่าวมา ก่อให้เกิดการเสียประโยชน์อย่างมากมายมหาศาล ตลอดเวลา

แนวทางการแก้ไข ต้องแก้ที่ “สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหา” ดังที่ได้กล่าวมา โดยสิ่งที่สมควรพิจารณาเป็นพิเศษ คือ

1. Man (ผู้ทำวิจัย) ด้วยการพัฒนาให้เป็นนักวิจัยที่ดี เก่ง และสามารถพัฒนาตนเองให้เป็นนักวิจัยที่ดี และเก่ง ยิ่งๆ ขึ้น อย่างต่อเนื่องตลอดเวลา

2. Management (การจัดการงานวิจัย) ด้วยการพัฒนาให้มีระบบและกลไกในงานวิจัยที่ดี กระทัดรัด มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูง สามารถพัฒนางานวิจัยทั้งของตน ของเพื่อนร่วมงาน ของผู้ได้บังคับบัญชา/ผู้ที่ตนดูแล และผู้มาใช้บริการ รวมทั้งประชาชน ให้ดียิ่งๆ ขึ้น อย่างต่อเนื่องและผู้เกี่ยวข้องมีความสุขตลอดเวลา

แนวคิด หลักการ และ วิธีการ ในการวิเคราะห์และแก้ปัญหาการทำวิจัย สรุปได้ ดังภาพที่ 1^(1,8,11)

บทความฉบับนี้ ขอเน้นเฉพาะ “กิจกรรมหลักของการทำวิจัย” มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวคิด หลักการ แนวทาง และ วิธีการ ในการดำเนินงานทำวิจัย มุ่งการแก้ปัญหาและพัฒนางานวิจัยอย่างเป็นระบบ ในเบื้องต้น ให้ผู้เกี่ยวข้องกับ “การทำวิจัย” ในแต่ละเรื่อง ได้นำไปใช้เป็นแนวคิด และแนวทางเริ่มต้นในการดำเนินงาน “ทำวิจัย” ที่ไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน ในหน่วยงานตน ตาม Concepts ที่ว่า “เริ่มต้นดีมีชัยไปกว่าครึ่ง (Good Start is Half Done)”

■ กิจกรรมของการทำวิจัย

มี 5 ช่วงเวลา ของการดำเนินงาน ตามแนวคิด หลักการ และ วิธีการ ในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องสู่ความยั่งยืน (How to do for SD?)^(1,8,11) อย่างเป็นระบบครบวงจร ที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ใช้ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 5 ปี นับตั้งแต่ตั้งใจที่จะทำวิจัย ใน 5 How to do? คือ How to Start? How to Achieve? How to Maintain? How to Expand? และ How to be Sustainable Improvement Forever? ดังนี้

1. How to Start? คือ จะ “เริ่มต้น” ทำวิจัย อย่างไร?^(1,8)

ใช้ระยะเวลา ประมาณ 6-12 เดือน นับตั้งแต่ตั้งใจที่จะทำวิจัย กิจกรรมที่ทำ มีดังนี้

1.1 การเตรียมพร้อมที่จะทำวิจัย

1.2 การขออนุมัติผู้บังคับบัญชา ในการ “ทำวิจัย” เรื่องนี้

1.3 การขออนุมัติ Institutional Review Board: IRB ผู้ดูแลพื้นที่วิจัย ในการ “ทำวิจัยอย่างถูกต้องตามมาตรฐานจริยธรรมสากล” ให้ได้รับใบรับรองจริยธรรมการวิจัย (Ethical Certificate: EC) ก่อนเก็บข้อมูลการวิจัย⁽¹²⁻¹³⁾.

1.4 การขออนุมัติ/ความเห็นชอบ โครงร่างการวิจัย (Research Proposal) จาก Expert Committee ที่ผู้บังคับบัญชาสูงสุดขององค์กร/สถาบัน ผู้ดูแลพื้นที่วิจัย แต่งตั้งให้ทำการรับรองการ “ทำวิจัยอย่างถูกต้องตามมาตรฐานสากล” ในเรื่องนี้

2. How to Achieve? คือ จะทำให้ “บรรลุเป้าหมาย” การทำวิจัยเรื่องนี้ อย่างไร? [ผลงานวิจัย ได้ตีพิมพ์เป็นนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article: OA) ในวารสารวิชาการ (Academic Journal) ระดับชาติขึ้นไป] ใช้ระยะเวลาประมาณ 1-3 ปี นับตั้งแต่เริ่มลงมือดำเนินงานทำวิจัย (เก็บข้อมูล) กิจกรรมที่ทำ มีดังนี้

2.1 การดำเนินการ “ทำวิจัยเรื่องนี้” อย่างถูกต้องตามมาตรฐานสากล” ตาม Research Proposal ที่ได้รับการอนุมัติ/ความเห็นชอบ แล้ว

ให้ได้ “ผลงานวิจัย” ที่ดีและน่าเชื่อถือ ทั้ง ก่อน ขณะ และ หลัง “การทำวิจัย” ตาม Research Proposal นั้น^(1,11) ได้แก่

- การเก็บข้อมูลการวิจัย
- การตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วนของข้อมูลการวิจัยก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล

- การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย
- การแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

- การสรุปผลการวิจัยเบื้องต้น
- การศึกษาค้นคว้าข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมแล้วนำมาสรุปผลการวิจัยให้สมบูรณ์มากขึ้น อย่างต่อเนื่อง ตลอดเวลา

- การเก็บข้อมูลการวิจัยเพิ่มเติม แล้วนำมาวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น (ต้องอยู่ในช่วงเวลาที่ยังได้รับ EC)

- การปรับปรุงแก้ไขผลการวิจัยอย่างต่อเนื่อง ให้ดี และสมบูรณ์ ยิ่งๆ ขึ้น แล้วสรุปผลการวิจัย

- การประชุมทีมวิจัยเพื่อการระดมสมองและให้ฉันทามติ ในการสรุปผลการวิจัย การเขียนนิพนธ์ต้นฉบับ การเผยแพร่ผลการวิจัย และการนำสิ่งที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ประโยชน์ ทั้งที่ได้ดำเนินการไปแล้ว และที่จะดำเนินการต่อไป รวมทั้งการขยายผลและการต่อยอดการทำวิจัย

2.2 การจัดทำเล่มผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์ (Full Paper) และจัดส่งให้ผู้บังคับบัญชาที่อนุมัติให้ “ทำวิจัย” เรื่องนี้ และผู้บังคับบัญชาสูงสุดขององค์กร/สถาบัน ผู้ดูแลพื้นที่วิจัย ที่ให้การรับรอง อนุมัติ เห็นชอบ Research Proposal.

2.3 การจัดทำผลการวิจัยฉบับตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ จนได้รับการลงตีพิมพ์ เป็น Original Article: OA อย่างสมบูรณ์ และจัดส่งให้ผู้บังคับบัญชาด้วย

2.4 การเผยแพร่ผลการวิจัยในช่องทาง/วิธีการ ต่างๆ อย่างกว้างขวางมากที่สุด และจัดส่งผลงาน/รายงาน ให้ผู้บังคับบัญชาทราบด้วย

2.5 การดำเนินงาน “นำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ (Utilizing)” อย่างคุ้มค่าที่สุด และ ยิ่งๆ ขึ้น ต่อ ทั้ง Customers, People, Providers, Organization, Institute, Country, International, Academics, Social, Economics และจัดส่งผลงาน/รายงาน ให้ผู้บังคับบัญชาด้วย

2.6 การปิดโครงการวิจัย อย่างสมบูรณ์ ทุกด้าน/ทุกประเด็น

3. How to Maintain? คือ จะ “ทำนุบำรุงรักษา” สิ่งดี ๆ ที่ได้ทำและได้รับจากการทำวิจัยครั้งนี้ อย่างไร? (การทำวิจัย ผลงานวิจัย ระบบ กลไก และ วิธีการ ในการดำเนินงานทำวิจัย) ใช้ระยะเวลา ~ 1/2 - 2 ปี นับตั้งแต่ผลการวิจัยได้รับการลงตีพิมพ์ในวารสารวิชาการอย่างสมบูรณ์ กิจกรรมที่ทำ มีดังนี้

3.1 การถอดบทเรียน “การทำวิจัย” เรื่องนี้ อย่างครบถ้วน ถูกต้อง ทุกด้าน/ประเด็น ให้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่อ้างอิงได้

3.2 การนำผลการถอดบทเรียนมาใช้ประโยชน์ (Utilizing) อย่างคุ้มค่าที่สุด และ ยิ่งๆ ขึ้น ในการดำเนินงานวิจัยของหน่วยงาน องค์กร และสถาบัน ให้เป็นระบบและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.3 การต่อยอด-ขยายผล “การทำวิจัย” อย่างครบถ้วน ถูกต้อง ครอบคลุมทุกด้าน/ทุกประเด็น

3.4 การจัดทำและพัฒนาระบบและกลไก ในการดำเนินงานวิจัยของหน่วยงาน/องค์กร/สถาบัน

4. How to Expand? คือ จะ “ขยายผล” ในการทำวิจัยครั้งนี้ อย่างไร? (ทั้งในเชิงกว้าง คือ มีความครอบคลุมมากขึ้น และในเชิงลึก คือ มีความละเอียดลึกซึ้งด้านวิชาการมากขึ้น) ใช้เวลาไม่น้อยกว่า 2 ปี นับตั้งแต่การประชุมทีมวิจัยเพื่อ

การระดมสมองและให้ฉันทามติฯ แต่สามารถทำก่อนหน้านี้ได้ มีกิจกรรม ดังนี้

4.1 การจัดทำและพัฒนาเครือข่ายการดำเนินงานวิจัย ทั้งของตนเอง หน่วยงาน/องค์กร/สถาบัน ให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตลอดเวลาให้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น ทั้งเชิงกว้าง และเชิงลึก

4.2 การจัดทำและพัฒนาเครือข่ายการใช้ประโยชน์จากการดำเนินงานวิจัยทั้งของตนเอง หน่วยงาน/องค์กร/สถาบัน ให้ดี มีประสิทธิภาพ และกว้างขวางยิ่งขึ้น

4.3 การขยายผล ต่อยอด การทำวิจัยเรื่องนี้ ให้ครอบคลุม ครอบคลุม และถูกต้อง มากขึ้น

4.4 การจัดทำวิจัยเรื่องใหม่ ทั้งในเรื่อง/ประเด็น นี้, เรื่อง/ประเด็น อื่น หรือ พื้นที่อื่น.

4.5 การพัฒนาเป็น “ต้นแบบ (Prototype)” ของเรื่องนี้ ในระดับวิชาการ (Lab-scale) หรือระดับพื้นที่ สู่การเป็น “ต้นแบบของประเทศ” (Nationwide-scale) ไทย และ “ต้นแบบของนานาชาติ” (International-scale) ตามลำดับ ขอใช้คำว่า “รูปแบบการดำเนินงาน (Working Model) ของเรื่องนี้” โดยใช้งานที่ทำเป็นหลัก^(1,8,11)

5. How to be Sustainable Improvement Forever? คือ จะ “ทำให้การทำวิจัยเรื่องนี้ เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน” ได้อย่างไร? (มีผลงานวิจัยเรื่องนี้ เผยแพร่ และนำไปสู่/ก่อให้เกิด ประโยชน์สุข ของมนุษยชาติ อย่างต่อเนื่อง เป็นปกติธรรมดา/ธรรมชาติ โดยไม่ต้องมีการกระตุ้น) ใช้ระยะเวลา ไม่น้อยกว่า 3 ปี นับตั้งแต่การประชุมที่วิจัยเพื่อการระดมสมองและให้ฉันทามติฯ กิจกรรมที่ “ทำ” มีดังนี้

5.1 พัฒนาเครือข่ายการดำเนินงานวิจัย จากข้อ 4.1 อย่างต่อเนื่อง ให้ดี มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถเป็นฐานรากและแกนกลาง (Core/Backbone) ของการพัฒนาการทำวิจัยเรื่องนี้และให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนได้

5.2 การดำเนินงาน “นำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ (Utilizing)” อย่างคุ้มค่ายิ่งขึ้น^(1,8,11) ต่อ ทั้ง Customers, People, Providers, Organization, Institute, Country, International, Academics, Social, Economics ให้ผู้เกี่ยวข้องกับ “การทำวิจัย” ในเรื่องนี้ และเรื่องที่เกี่ยวข้อง/เกี่ยวเนื่อง ได้เห็น รับรู้ ในข้อมูลเชิงประจักษ์ ว่า การดำเนินงาน “ทำวิจัย” ที่ไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน ในงานของหน่วยงานตนนั้น “ทำ” อย่างไร? ตามแนวคิดที่ว่า “สิบปากว่า ไม่เท่าตาเห็น สิบตาเห็น ไม่เท่า มือคลำ สิบมือคลำ ไม่เท่า ลงมือทำด้วยมือตนเอง” เพราะจะเกิด “ความรู้จริง (Real/True Knowledge)” ไม่ใช่ “ความรู้จำ (Remembering Knowledge)” ที่บรรดานักวิชาการหลายท่านที่มีมักจะอ่านมาก แล้ว “จำ” ได้สามารถนำไป “อธิบาย/บอก/เล่า” ให้คนทั้งหลายฟังได้ดี แต่เขาผู้นั้น ทำไม่ได้หรือทำไม่ได้ดี ซึ่งมีอยู่มากมาย ในวงการวิชาการปัจจุบัน

5.3 พัฒนาให้ได้ “ต้นแบบ (Prototype)” หรือ “รูปแบบการดำเนินงาน (Working Model)”^(1,8,11) ของเรื่องนี้ ในระดับประเทศ (Nationwide-scale) ของไทย ไม่น้อยกว่า ภาคละ 2 พื้นที่ (จังหวัด) คือ ภาคเหนือ อีสาน กลาง และ ภาคใต้ อย่างชัดเจน.

5.4 การพัฒนา “ต้นแบบ (Prototype)” หรือ “รูปแบบการดำเนินงาน (Working Model)” ของเรื่องนี้ ในทุกจังหวัด ไม่น้อยกว่า จังหวัดละ 2 พื้นที่ (อำเภอ) อำเภอละไม่น้อยกว่า 2 พื้นที่ (ตำบล) ตามลำดับ ด้วย พชอ. (ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561)⁽¹⁴⁾ ซึ่งรวมในพื้นที่ กทม. ด้วย (ไม่น้อยกว่า 2 เขต เขตละไม่น้อยกว่า 2 แขวง)

5.5 การจัดทำและพัฒนาระบบและกลไก ในการดำเนินงาน ตาม Working Model ของเรื่องนี้ในทุกพื้นที่ (ตำบล หรือ แขวงใน กทม.) ของหน่วยงาน/องค์กร/สถาบัน ที่เป็นผู้ดูแลรับ

Principle of MANAGING



MANAGING

is
The working process to achieve the most efficiency outcomes and the better.
It composes of 8 main activities.

ภาพที่ 2 หลักการจัดการ (Principle of MANAGING) ในการพัฒนาการทำวิจัยอย่างต่อเนื่องสู่ความยั่งยืน

ผิดชอบหลัก ของเรื่องที่ทำวิจัย ให้ชัดเจน เอื้อต่อการดำเนินงาน ทั้งของตนเอง และของหน่วยงาน/องค์กร/สถาบัน ให้ได้ผลการดำเนินงานที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ยิงๆ ขึ้น ทั้ง 5 ด้าน (ปริมาณ คุณภาพ แรงงานและเวลาที่ใช้ ความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง และ ด้านเศรษฐศาสตร์) ของการดำเนินงานวิจัย

5.6 การจัดทำและพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน (Working Model)^(1,8,11) ของเรื่องนี้ โดยบูรณาการลงในพื้นที่เป็นองค์กรรวมของ HOMES.FA^(1,11) ให้ได้ไม่น้อยกว่า 1 ใน 3 ของทั้งตำบล และเขตใน กทม.

กิจกรรมการดำเนินงาน 25 กิจกรรม ใน 5 ช่วงเวลาที่กล่าวมานี้ แต่ละกิจกรรมยังสามารถจำแนกเป็นกิจกรรมย่อยได้อีกมากมาย การดำเนินงานของแต่ละกิจกรรม/กิจกรรมย่อย ที่ทำนั้น ใช้หลักการจัดการ (Principle of MANAGING)^(1,8,11,15) ดังภาพที่ 2 อย่างต่อเนื่อง ไร้รอยต่อของกิจกรรมเหล่านั้น ทั้งกิจกรรมที่ทำภายในงาน/หน่วยงาน/องค์กร/สถาบัน และกิจกรรม

ที่ทำภายนอกงาน/หน่วยงาน/องค์กร/สถาบัน อย่างกลมกลืนเป็นเนื้อเดียวกัน

■ กิจกรรมหลักของการทำวิจัย

จาก 25 กิจกรรม ที่กล่าวมานั้น ขอเสนอว่า มี 6 กิจกรรมหลัก ที่คณะผู้วิจัย ต้องดำเนินการอย่างสุดความสามารถตามมาตรฐานสากลและตามบริบท (Context) ของแต่ละเรื่อง/พื้นที่ คือ

1. การขออนุมัติผู้บังคับบัญชา ในการ “ทำวิจัย” เรื่องที่ต้องการทำนี้
2. การขออนุมัติ Institutional Review Board: IRB ผู้ดูแลพื้นที่วิจัย ในการ “ทำวิจัยอย่างถูกต้องตามมาตรฐานจริยธรรมสากล” ในเรื่องนี้ โดยได้รับใบรับรองจริยธรรมการวิจัย (EC) ก่อนเก็บข้อมูลการวิจัย
3. การขออนุมัติ/ความเห็นชอบ โครงร่างการวิจัย (Research Proposal) จาก Expert Committee ที่ผู้บังคับบัญชาสูงสุดขององค์กร/สถาบัน ผู้ดูแลพื้นที่วิจัย แต่งตั้งเพื่อให้การรับรองในการ “ทำวิจัยอย่างถูกต้องตามมาตรฐานสากล”

ในเรื่อง/หัวข้อนี้

4. การดำเนินการ “ทำวิจัยอย่างถูกต้องตามมาตรฐานสากล” ตาม Research Proposal ที่ได้รับการอนุมัติ/ความเห็นชอบแล้ว ให้ได้ “ผลงานวิจัย” ที่ดีและน่าเชื่อถือ ทั้ง ก่อน ขณะ และ หลัง “การทำวิจัย”

5. การดำเนินงาน “ตีพิมพ์ผลงานวิจัย” เป็นนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article: OA) ในวารสารวิชาการ (Academic Journal) ระดับชาติขึ้นไป

6. การดำเนินงาน “นำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ (Utilizing)” อย่างคุ้มค่ายิ่งๆ ขึ้นต่อทั้ง Customers, People, Providers, Organization, Institute, Country, International, Academics, Social, และ Economics

1. การขออนุมัติผู้บังคับบัญชาในการ “ทำวิจัย” เรื่องนี้

เนื่องจากคณะผู้วิจัยแต่ละคน เป็นบุคลากรที่ทรงคุณค่า มีบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ ที่กำหนดไว้จากผู้บังคับบัญชา หรือผู้ปกครอง/ผู้ดูแล (ผู้ให้เงินเดือน/ค่าตอบแทน) ดังนั้น เมื่อจะ “ทำ” อะไร ต้องขออนุมัติผู้บังคับบัญชา ทุกเรื่อง และผู้บังคับบัญชา มีสิทธิและอำนาจ ในการอนุมัติ หรือ ไม่อนุมัติ ได้ ตามอำนาจหน้าที่ของผู้บังคับบัญชาผู้นั้น ที่กำหนดไว้ การ “ทำ” งาน/กิจกรรม ใดๆ นั้น ต้องใช้ทรัพยากร คือ 5Ms ได้แก่ Man, Money, Material, Management, Minute (Time) ที่มีน้อย มีความจำกัดของปริมาณและมีข้อจำกัด มาก ดังนั้น เมื่อจะ “ทำ” ต้องขออนุมัติผู้บังคับบัญชา เสมอ

ผู้บังคับบัญชาแต่ละคน มีอำนาจในการอนุมัติ หรือ ไม่อนุมัติ ในการ “ทำ” งาน/กิจกรรม ใดๆ โดยใช้ทรัพยากร 5Ms ที่ผู้บังคับบัญชามีอำนาจในการอนุมัติได้ตามที่เห็นควร ส่วนการขออนุมัติ “ทำเป็นวิจัย” นั้น คณะผู้วิจัยเป็นผู้ขอ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้ ตามมาตรฐานสากลของการวิจัย ซึ่งผู้บังคับบัญชาก็ยังคงมีสิทธิ

และอำนาจ ในการอนุมัติหรือไม่อนุมัติ ตามอำนาจหน้าที่ของตนที่ได้กำหนดไว้

ถ้าผู้บังคับบัญชาไม่อนุมัติ แต่คณะผู้วิจัย ต้องการ “ทำ” เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ คณะผู้วิจัยสามารถดำเนินการได้ ด้วยการขออนุมัติผู้มีอำนาจให้ “ทำวิจัย” เรื่องนี้ โดยใช้ทรัพยากร 5Ms ที่คณะผู้วิจัยต้องจัดหาเอง ถ้ามีความขัดแย้งกัน ต้องดำเนินการแก้ไข โดยใช้ผลประโยชน์ของสถาบันและหรือของประเทศ เป็นศูนย์กลาง/เป้าหมาย ในการพิจารณาและตัดสินใจ

ถ้าได้รับอนุมัติให้ “ทำเป็นวิจัย” จึงจะสามารถดำเนินการในกิจกรรมหลักต่อ ๆ มา ได้ แต่ถ้าไม่ได้รับอนุมัติให้ทำเป็นวิจัย ก็ยังสามารถดำเนินการได้ ในรูปแบบของโครงการ (Project) ซึ่งเป็นสิ่งที่มีกำหนดงานกันทั่วไป เพราะผู้เกี่ยวข้อง (ผู้บังคับบัญชา เจ้าหน้าที่/บุคลากร) “กลัว” การทำวิจัย จากการคิดถึงความน่ากลัว/ยาก/ลำบาก ของวิทยานิพนธ์^(1,8,11) ที่ได้เรียนรู้และเห็น หรือประสบมา

2. การขออนุมัติ Institutional Review Board: IRB ผู้ดูแลพื้นที่วิจัย ในการ “ทำวิจัยอย่างถูกต้องตามมาตรฐานจริยธรรมสากล”

เป็นกิจกรรมที่จำเป็นอย่างยิ่งของ “การทำวิจัย” ที่ต้องได้รับการอนุมัติจาก Institutional Review Board: IRB ผู้ดูแลพื้นที่วิจัย ในการ “ทำวิจัยอย่างถูกต้องตามมาตรฐานจริยธรรมสากล” โดยได้รับใบรับรองจริยธรรมการวิจัย (EC) ก่อนเก็บข้อมูลการวิจัย เนื่องจากการทำวิจัยที่มีบุคคล/มนุษย์ หรือ สัตว์ มาเกี่ยวข้อง จำเป็นต้องดูแลคุ้มครองมิให้มี/เกิด การกระทำที่ละเมิดจริยธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ใน “กลุ่มตัวอย่างการวิจัย (Samples คือ อาสาสมัครและครอบครัว)” ดังนั้น ถ้าไม่มี EC มาแสดง จะมีโอกาสมากที่จะไม่ได้รับการลงตีพิมพ์ ในวารสารวิชาการ (Reject).

ปัญหาที่เกิดขึ้น (Problems) คือ ผลการ

ดำเนินงานของ IRB ยังไม่ได้ตามที่ผู้เกี่ยวข้องคาดหวัง/ต้องการ ทั้ง 5 ด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความล่าช้าของการอนุมัติใบรับรองจริยธรรมการวิจัย (EC), การแก้แล้ว-แก้อีก จาก IRB ที่หวังดี แต่ขาดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่และการปฏิบัติตามภารกิจของ IRB ว่าสมควร ส่งเสริม สนับสนุน และช่วยเหลือ ให้ผู้มาขอ EC ได้รับความสะดวก และมีความสุขในการทำวิจัย.

สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหา (Causes of The Problems) เกิดจาก 3 กลุ่มปัจจัยที่ได้กล่าวมาแล้วใน Causes of The Problems ของวิจัย ได้แก่ 1) Host = วัฒนธรรมชาติและเนื้อหาของ IRB, 2) Agents = สิ่งที่ใช้ในการดำเนินงาน IRB (The Resources-used) คือ 5Ms, และ 3) Env. = สิ่งแวดล้อมในขณะที่ดำเนินงาน IRB ที่ขัดขวาง/ไม่เอื้อ ต่อการดำเนินงาน IRB/ทำวิจัย ทำให้เกิดผลเสียต่อการทำวิจัย มีจำนวนการวิจัยน้อย การบั่นทอนกำลังใจของนักวิจัย ฯลฯ ส่งผลให้ชุมชน สังคม ประเทศชาติ และโลก ไม่เกิดการพัฒนาหรือเกิดความล่าช้าในการพัฒนา ทำให้มนุษยชาติเสียประโยชน์ตลอดเวลา

แนวทางการแก้ไข ต้องแก้ที่ “สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหา” ดังที่ได้กล่าวมา สิ่งที่เหมาะสมพิจารณาเป็นพิเศษ คือ

1. Man (ประธาน IRB และ คณะกรรมการ IRB) ด้วยการพัฒนาให้เป็นคนดีและเป็นบุคคลที่พึงประสงค์ สามารถช่วยกันพัฒนา IRB ของตนเอง ให้ดีและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อย่างต่อเนื่อง ตลอดเวลา

2. Management (การจัดการงานวิจัยและงาน IRB) ด้วยการพัฒนาให้มีระบบและกลไกในงาน IRB/ทำวิจัย ที่ดี กระตือรือร้น มีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพสูง สามารถช่วยพัฒนางาน IRB/ทำวิจัย ทั้งของหน่วยงาน/องค์กร/สถาบันที่ตนดูแล และผู้มาใช้บริการจากหน่วยงาน/องค์กร/สถาบัน อื่น รวมทั้งประชาชนทั่วไป ให้ดียิ่งๆ ขึ้น อย่างต่อเนื่องและช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องมี

ความสุขตลอดเวลา

บทบาทหน้าที่ของ IRB ตามภารกิจนั้นขอเสนอว่า มี 5 ประการ ได้แก่

1) ส่งเสริม สนับสนุน และช่วยเหลือ ให้ผู้มาขอ “Ethical Certificate: EC” มีความสุขมาก ในการขอ EC และการทำวิจัย

2) ปกป้อง คัดกรอง สิทธิมนุษยชนของผู้ร่วมงานวิจัย ทั้งกลุ่มตัวอย่าง (อาสาสมัครและครอบครัว) ผู้วิจัย ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานหน่วยงาน/องค์กร/สถาบัน ผู้ดูแลงาน/พื้นที่ ที่ทำการวิจัย รวมทั้งประชาชนและสังคม ในพื้นที่ที่ทำการวิจัย มิให้ถูกละเมิดหรือได้รับความเดือดร้อน/เสียหาย จากการทำวิจัยครั้งนี้ ตลอดเวลาที่ทำวิจัย และ ตลอดไป

3) ป้องกัน “ความเสี่ยง” ในผู้เกี่ยวข้องกับการวิจัย ทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มตัวอย่างและครอบครัว กลุ่มนักวิจัย และกลุ่มผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของหน่วยงาน/องค์กร/สถาบัน ผู้ดูแลงาน/พื้นที่ ที่ทำการวิจัย เช่น การป้องกันไม่ให้เกิดการฟ้องร้อง เป็นต้น

4) ส่งเสริม สนับสนุน และช่วยเหลือ ให้กลุ่มตัวอย่าง (อาสาสมัครและครอบครัว) ได้ผลประโยชน์มากที่สุดตามที่ควรได้รับจากการมาร่วมในการวิจัย ครั้งนี้

5) ติดตามดูแลให้มีการปฏิบัติ อย่างถูกต้องและครบถ้วน ตามที่ IRB ให้การรับรองด้วยแนวทางเชิงบวก ของการประเมินแบบเสริมพลัง (Empowerment Evaluation)

จึงเสนอให้ดำเนินการพัฒนาให้ “บุคคล” ใน IRB เข้าใจบทบาทหน้าที่และวิธีปฏิบัติของกิจกรรมตามภารกิจของ IRB ทั้ง 5 นี้ สามารถปฏิบัติได้ดีและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และไม่ควรถูกพิจารณา Research Proposal เนื่องจาก จำเป็นต้องใช้ความรู้และประสบการณ์ตรง เฉพาะเรื่อง/ด้าน สูงมาก

3. การขออนุมัติ/ความเห็นชอบ โครงร่างการวิจัย (Research Proposal) จาก

Expert Committee

เป็นกิจกรรมที่ผู้บังคับบัญชาสูงสุดขององค์กร/สถาบัน ผู้ดูแลงาน/พื้นที่ ที่ทำการวิจัยสมควรต้องจัดให้มี Expert Committee เกี่ยวกับการวิจัยที่จะมีการ “ทำ” เพื่อพิจารณาความถูกต้อง เหมาะสม ครบถ้วน ตามมาตรฐานวิชาการ และการทำวิจัย^(1,11,16) และช่วยปรับปรุงให้ดียิ่งๆ ขึ้น ก่อนดำเนินการวิจัย รวมทั้งการติดตาม ดูแล สนับสนุน ช่วยเหลือ และ พัฒนา คณะผู้วิจัย ให้ทำวิจัยได้อย่างมีคุณภาพและมีคุณค่าสูง ได้รับความดีความชอบที่ ดี น่าเชื่อถือ สามารถนำผลงานวิจัยมาใช้ประโยชน์อย่างมีประสิทธิภาพสูง ทั้งงานวิจัยเรื่องนี้และงานวิจัยเรื่องต่อมา/เรื่องอื่น ๆ กิจกรรมนี้ **ไม่ควร**ให้ IRB เป็นผู้พิจารณา ตามที่มีการดำเนินงานกันในหลายองค์กร/สถาบัน เนื่องจาก งานอนุมัติ/ให้ความเห็นชอบ โครงร่างการวิจัย (Research Proposal) ต้องใช้ Expert Committee ด้านการวิจัยเฉพาะเรื่อง/ด้าน ที่ **ต้องมี**ทั้งความรู้และประสบการณ์ตรง ระดับเชี่ยวชาญ (ทำด้วยมือตนเอง ผลงานเป็นที่ยอมรับในวงการวิชาการของการวิจัยเรื่อง/แบบ (Design) นั้น **ไม่ต่ำกว่า 5 เรื่อง** ในช่วง 5 ปี ที่ผ่านมา) ประกอบกับการพิจารณานั้นต้องใช้ระยะเวลา ซึ่ง เป็นปัญหาใหญ่ของ IRB ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว และยังช่วยให้การดำเนินงานวิจัย ได้รับการดูแล สนับสนุน ช่วยเหลือ และ พัฒนา มากขึ้น ตามที่คณะผู้วิจัยตั้งใจจะทำได้เสนอไว้ในโครงร่างการวิจัยที่ได้รับการอนุมัติและเห็นชอบแล้ว

ปัญหาที่เกิดขึ้น สาเหตุที่ทำให้เกิด **ปัญหา** และ **แนวทางการแก้ไข** ของผลการดำเนินงานของการขออนุมัติ/ความเห็นชอบ Research Proposal จาก Expert Committee ที่ยังไม่ได้ตามที่ผู้เกี่ยวข้อง คาดหวัง/ต้องการ ทั้ง 5 ด้าน (ปริมาณ คุณภาพ แรงงานและเวลาที่ใช้ ความไม่พึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง และด้านเศรษฐศาสตร์) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความล่าช้า การแก้แล้ว-แก้อีก การบั่นทอนกำลังใจของผู้อยากทำวิจัย และ

การขาดการติดตาม ดูแล สนับสนุน ช่วยเหลือ และ พัฒนา คณะผู้วิจัย ในระหว่างที่ดำเนินงานวิจัย ซึ่งเกิดจาก 3 กลุ่มปัจจัยที่ได้กล่าวมาแล้ว คล้ายคลึงกับของ IRB ทำให้เกิดผลเสียต่อการทำวิจัย ต้องแก้ที่ “สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหา” ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว มี 3 ประเด็นที่ควรพิจารณาเป็นพิเศษ คือ Man (ประธานการพิจารณา และ คณะกรรมการพิจารณา) ด้วยการพัฒนาให้เป็นคนดีและเป็นบุคคลที่พึงประสงค์ สามารถช่วยกันพัฒนาการดำเนินงานพิจารณา ของตนเอง ให้ดี และมีประสิทธิภาพมาก ยิ่งๆ ขึ้น อย่างต่อเนื่อง ตลอดเวลา, Management (การจัดการงานพิจารณา) ด้วยการพัฒนาให้มีระบบและกลไก ในการดำเนินงานพิจารณา ที่ดี กระตือรือร้น มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูง สามารถช่วยพัฒนางานวิจัยทั้งของหน่วยงาน/องค์กร/สถาบัน ที่ตนดูแล และผู้มาใช้บริการจากหน่วยงาน/องค์กร/สถาบัน อื่น รวมทั้งประชาชนทั่วไป ให้ดียิ่งๆ ขึ้น อย่างต่อเนื่อง และช่วยให้ผู้เกี่ยวข้อง มีความสุขตลอดเวลา, และการช่วยให้ “บุคคล” ใน Expert Committee เข้าใจบทบาทหน้าที่และ วัฏปฏิบัติของกิจกรรมตามภารกิจของ Expert Committee ในการดำเนินงานพิจารณาอนุมัติ/ให้ความเห็นชอบโครงร่างการวิจัยที่ดี ซึ่งขอเสนอว่ามี 4 ประการ ได้แก่

- 1) ส่งเสริมสนับสนุนและช่วยเหลือ ให้ผู้ต้องการทำวิจัย มีความสุขมากในการทำวิจัย ตั้งแต่เริ่มต้น
- 2) การส่งเสริม สนับสนุน และ ช่วยเหลือ ให้นักวิจัยมือใหม่/ผู้ต้องการทำวิจัย สามารถเขียน โครงร่างการวิจัยที่ดี ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ครบถ้วน ตามมาตรฐานการทำวิจัย และช่วยปรับปรุงให้ดียิ่งๆ ขึ้น ทั้ง 3 บท คือ บทนำ การทบทวนวรรณกรรม และ ระเบียบวิธีวิจัย รวมทั้ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3) การส่งเสริม สนับสนุน และ ช่วยเหลือ ให้ผู้ต้องการทำวิจัย สามารถนำเสนอ Research

Proposal ได้อย่างครบถ้วนตามมาตรฐานการนำเสนอโครงการวิจัย และช่วยปรับปรุงให้ดียิ่งๆ ขึ้น ก่อนดำเนินการวิจัย รวมทั้งการติดตามดูแล สนับสนุน ช่วยเหลือ และ พัฒนา คณะผู้วิจัยให้สามารถทำวิจัยได้อย่างมีคุณภาพและคุณค่าสูง/ดี ยิ่งๆ ขึ้น

4) การติดตามดูแลให้มีการปฏิบัติอย่างถูกต้องและครบถ้วน ตามโครงการวิจัยที่ Expert Committee ให้การอนุมัติ/เห็นชอบแล้ว

4. การดำเนินการ “ทำวิจัย” อย่างถูกต้องตามมาตรฐานสากล

เป็นกิจกรรมหลักของ “การทำวิจัย” ที่ต้องดำเนินงานตาม Research Proposal ที่ได้รับการอนุมัติ/ความเห็นชอบ แล้ว ให้ได้ “ผลงานวิจัย” ที่ดีและน่าเชื่อถือ ทั้ง ก่อน ขณะ และหลัง “การทำวิจัย” เนื่องจาก เป็นกิจกรรมที่จะทำให้ “ผลการวิจัย” ตั้งแต่การเก็บข้อมูลการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล การสรุปผลการวิจัยเบื้องต้น การแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษาค้นคว้าข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม แล้วนำมาสรุปผลการวิจัยให้สมบูรณ์มากขึ้น อย่างต่อเนื่อง ตลอดเวลา การเก็บข้อมูลการวิจัยเพิ่มเติมแล้วนำมาวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น การปรับปรุงแก้ไขผลการวิจัย อย่างต่อเนื่อง ให้ดีและสมบูรณ์ ยิ่งๆ ขึ้น แล้วสรุปผลการวิจัย การประชุมทีมวิจัยเพื่อการระดมสมองและให้ฉันทามติ ในการสรุปผลการวิจัย การเขียนนิพนธ์ต้นฉบับ การเผยแพร่ผลการวิจัย และการนำสิ่งที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ประโยชน์ ทั้งที่ได้ดำเนินการไปแล้ว และที่จะดำเนินการต่อไป รวมทั้งการขยายผล และการต่อยอดการทำวิจัย การจัดทำเล่มผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์ การจัดทำผลการวิจัยฉบับตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ จนได้รับการลงตีพิมพ์อย่างสมบูรณ์ การเผยแพร่ผลการวิจัยในช่องทาง/วิธีการ ต่างๆ และการดำเนินงาน “นำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ (Utilizing)” ต่อทั้ง Customers,

People, Providers, Organization, Institute, Country, International, Academics, Social, และ Economics ในทุกด้าน/ทุกประเด็น

ปัญหาที่เกิดขึ้น สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหา และ แนวทางการแก้ไข เป็นในทำนองเดียวกันกับที่ได้กล่าวมาแล้ว สิ่งที่เหมาะสมควรพิจารณาเป็นพิเศษ คือ Man (หัวหน้าโครงการวิจัย และ ทีมวิจัย) และ Management (การจัดการงานวิจัย ของหน่วยงาน/องค์กร/สถาบัน ที่ดูแลการทำวิจัย) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในหน่วยงาน/องค์กร/สถาบัน ที่ดูแล/บริการ ประชาชน

5. การดำเนินงาน “ตีพิมพ์ผลงานวิจัย” เป็นนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article: OA) ในวารสารวิชาการ

เป็นกิจกรรม ที่เป็น “หลัก” ของ “การทำวิจัย” แต่ละเรื่อง บ่งบอก “ความสำเร็จ (The Success) ของการทำวิจัย” ดังนั้น การ “ทำ” งานที่อ้างว่า “เป็นการทำวิจัย” เสร็จแล้ว แต่ไม่มีการตีพิมพ์ผลงานเป็น OA ในวารสารวิชาการ นั้น ไม่สามารถนับเป็นวิจัยได้ เนื่องจาก ไม่สามารถอ้างอิง ว่า “เป็นผลงานวิจัย”^(1,11)

ปัญหาที่เกิดขึ้น สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหา และ แนวทางการแก้ไข เป็นในทำนองเดียวกันกับที่ได้กล่าวมาแล้ว สิ่งที่เหมาะสมควรพิจารณาเป็นพิเศษ คือ Man (หัวหน้าโครงการวิจัย และ ทีมวิจัย) และ Management (การจัดการงานวิจัย ของหน่วยงาน/องค์กร/สถาบัน ที่ดูแลการทำวิจัย) ให้มีระบบและกลไกในการ “ทำวิจัย” ที่ดี กระทัดรัด มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูง สามารถช่วยพัฒนางานวิจัยทั้งของหน่วยงาน/องค์กร/สถาบัน ที่ตนดูแล และ ผู้มาใช้บริการจากหน่วยงาน/องค์กร/สถาบันอื่น รวมทั้งประชาชนทั่วไป ให้ดียิ่งๆ ขึ้น ได้อย่างต่อเนื่องและช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องมีความสุขตลอดเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ใน “การตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารวิชาการนานาชาติ”

ที่วงการวิชาการนั้น ให้การรับรอง

6. การดำเนินงาน “นำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ (Utilizing)” อย่างคุ้มค่ายิ่ง ๆ ขึ้น

เป็นกิจกรรม ที่ช่วยให้ “การทำวิจัย” แต่ละเรื่อง มีประสิทธิภาพและความคุ้มค่าตามที่ได้ลงทุนไป โดยนำหลักการนำสิ่งที่ได้จากการดำเนินงานไปใช้ประโยชน์ (Principle of Utilizing)^(1,8,12) ดังภาพที่ 3 มาประยุกต์ ในกระบวนการดำเนินงานวิจัย อย่างเป็นระบบ ที่ครบวงจร ต่อเนื่องและไร้รอยต่อ ทุกครั้งที่ทำตลอดเวลา ก่อให้เกิดการพัฒนาแต่ละงาน/กิจกรรม ของการทำวิจัยนี้ ให้ดียิ่ง ๆ ขึ้น ด้วยกระบวนการ Research and Development: R&D ที่ก่อให้เกิดประโยชน์ นวัตกรรม และ Productivities มากมาย นำไปสู่การปรับปรุงพัฒนา (Improvement) ทั้งตนเอง (Self=การทำวิจัย) งาน (Work) คน (Personnel) หน่วยงาน/องค์กร/สถาบัน (Organization) และ อื่นๆ (Others) จากการเผยแพร่ผลการดำเนินงานต่อสาธารณะ/วงการวิชาการ อย่างกว้างขวาง

สิ่งที่ได้จากการดำเนินงาน หรือ การ “ทำ” งาน นั้น มี 5 ประการ คือ^(1,8,11)

1. สิ่งที่เป็นวัตถุ (Objects) คือ สิ่งที่ได้ทำ และ สิ่งที่ได้จากการทำ (ในที่นี้ คือ การทำวิจัย) ที่นับหรือจับต้องได้ เช่น นิพนธ์ต้นฉบับ คู่มือการปฏิบัติงาน ฯลฯ โดยอาจจะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นใหม่ หรือเป็นสิ่งปรับปรุงขึ้นจากของเดิมที่มีอยู่แล้วก็ได้ เป็นสิ่งที่เห็นหรือสัมผัส/จับต้อง ได้ชัดเจน

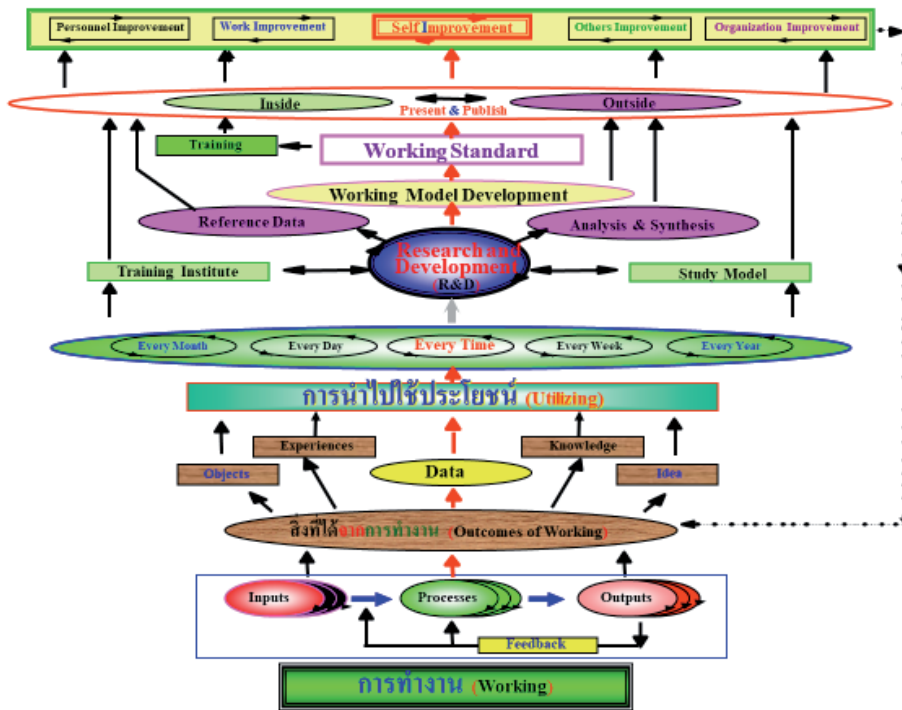
2. ประสบการณ์ (Experiences) คือ สิ่งที่เป็นความสามารถ ความชำนาญ จากการที่ได้กระทำ ทั้ง การคิด การพูด และการลงมือปฏิบัติ เป็นสิ่งที่ผู้กระทำเป็นผู้ได้รับ มองเห็นได้ยาก เพราะเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวของบุคคล (Intrinsic/Tacit Knowledge or Experiences)

3. ข้อมูล (Data) คือ สิ่งที่เป็นตัวบอกหรือยืนยันการกระทำ ว่า ใคร ทำอะไร กับใคร ที่ไหน เมื่อไร อย่างไร และได้ผลเป็นอย่างไร ข้อมูล

เหล่านี้ จะถูกบันทึกไว้ใน 2 ที่ คือ ในสมองหรือความทรงจำของบุคคลที่เกี่ยวข้องคือ ผู้ทำและผู้รับบริการกระทำ และในเอกสารรายงานต่างๆ ใน การนี้ ถ้าได้มีการบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร (Documents) ก็จะเป็นสิ่งที่ดีมาก เช่น ข้อมูลผู้มารับบริการ ข้อมูลการปฏิบัติงานและผลการปฏิบัติงาน ในแบบบันทึกและรายงานของหน่วยงาน เป็นต้น ตัวอย่างที่ดี คือ บันทึกและรายงานผู้ป่วย.

4. ความรู้ (Knowledge) โดยเป็น “ความรู้จริง” คือ ความรู้ที่เกิดขึ้นจากการลงมือ “ทำ” ด้วยตนเอง อาจเป็นความรู้ที่ยังไม่เคยรู้มาก่อนคือยังไม่เคยทำมาก่อน หรือ ความรู้ที่เพิ่มขึ้นจากการ “ทำ” เพิ่มขึ้น จากที่เคยทำมาแล้ว เป็นสิ่งที่ผู้กระทำ ผู้พบเห็น ผู้นิเทศงาน ผู้มาเยี่ยมเยียน หรือ ผู้อ่านเอกสาร/ข้อมูล ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน ได้รับ ความรู้จริงนี้ แตกต่างจากความรู้ของนักวิชาการบางส่วน ที่มักจะเป็น “ความรู้จำ” คือ เป็นความรู้ที่อยู่ในหนังสือ ตำรา เอกสารงานวิจัย เอกสารทางวิชาการต่างๆ โดยนักวิชาการเหล่านั้น ได้ไปอ่านมา หรือ ศึกษาค้นคว้าจากแหล่งข้อมูลที่กล่าวมา แล้วจำเขามาพูดหรือนำมาเรียบเรียงขึ้นมาใหม่ โดยที่ยังไม่เคยทำด้วยตนเอง เลย ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

5. ความรู้สึกและความคิด (Feeling & Idea) คือ สิ่งที่เป็นความรู้สึกและหรือความคิดที่เกิดขึ้นของแต่ละบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน ทั้งผู้กระทำหรือผู้ให้บริการ, ผู้รับการกระทำหรือผู้รับบริการ, ผู้พบเห็น ผู้ชม, และ ผู้อ่านข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานและผลการดำเนินงาน ความรู้สึกนี้ มีทั้งความรู้สึกชอบ-ไม่ชอบ ยินดี-ไม่ยินดี ดี-ไม่ดี เหมาะ-ไม่เหมาะ ฯลฯ รวมทั้ง “ความคิดใหม่ๆ (New Idea)” ที่เกิดขึ้น ณ ขณะหนึ่งขณะใดของการดำเนินงานด้วย **Idea ใหม่ ๆ** ที่เกิดขึ้นนี้ อาจจะเกี่ยวกับงานที่กำลังทำอยู่นั้น หรือ ไม่เกี่ยวข้องกันเลยก็ได้ Idea ใหม่ ๆ แปลกๆ เหล่านี้ จะแวบขึ้นมาอย่างกะทันหัน อาจไม่ทันรู้เนื้อรู้ตัว เสียด้วยซ้ำ แต่อาจจะเป็น Idea ใหม่ ๆ ที่นำไป



ภาพที่ 3 หลักการนำสิ่งที่ได้จากการดำเนินงานไปใช้ประโยชน์ (Principle of Utilizing)

สู่การเปลี่ยนแปลงที่ยิ่งใหญ่ เป็นสิ่งที่ผู้เกี่ยวข้องทุกคนได้รับ ตัวอย่างที่ Classic คือ Eureka ที่เป็นคำอุทานของ Archimedes ปรราชญ์ชาวกรีกที่แปลว่า “ฉันพบแล้ว” เป็นต้น

การนำสิ่งที่ได้จากการดำเนินงาน (Outcomes of Working) ในกรณีนี้ คือ “ผลการงานวิจัย” ไปใช้ประโยชน์ อย่างคุ้มค่ายิ่งๆ ขึ้น นั้น สามารถ “ทำ” ได้ ตั้งแต่เริ่ม “ทำ” งานวิจัย เนื่องจากการดำเนินงานพื้นฐานของทุกงาน/กิจกรรมอย่างเป็นระบบ (Inputs, Processes, Outputs, และ Feedback) ที่ครบวงจร ต่อเนื่องและไร้รอยต่อ ทุกครั้งที่ทำ ตลอดเวลา มีหลักสำคัญ 5 ประการ^(1,8,11) คือ

1. การนำผลที่ได้จากการดำเนินงานไปใช้ประโยชน์ มุ่งพิจารณาสิ่งที่เกิดขึ้น และได้รับการจากการดำเนินงานทั้งหลาย ทั้งทางตรงและทางอ้อม ทั้งที่เกิดขึ้นทันที และสิ่งที่เกิดขึ้นตามมา ทั้งสิ่งที่เป็น Objective คือ สิ่งที่เห็นได้ จับต้องได้

นับได้ เช่น การกระทำ วัตถุประสงค์ของที่ได้จากการกระทำ ฯลฯ และ สิ่งที่เป็น Subjective คือ สิ่งที่ยึดต้องไม่ได้ เช่น ความรู้สึก ประสบการณ์ ความสุข ความเครียด ฯลฯ

2. เป็นกระบวนการดำเนินงานที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตลอดเวลา จึงสามารถกระทำได้ทันที ทุกเวลา ทุกสถานที่ และทุกคนที่ปฏิบัติงานตั้งแต่เริ่ม “ทำ” โดยไม่ต้องรอให้ใครมาสั่ง หรือรอให้ใครมาอนุมัติ

3. มุ่งนำผลที่ได้จากการดำเนินงานทั้งหลาย ไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่ได้เป็นผลดี ได้ตามที่ต้องการ หรือ ผลที่ไม่ดี ไปก่อให้เกิดประโยชน์นอกวง ใน การช่วย หรือ อำนวยผล ให้เกิดสิ่งที่เป็นคุณ เป็นประโยชน์ ทั้งต่อบุคคล ต่อหน่วยงาน ต่อองค์กร ต่อชุมชนสังคม และต่อประเทศชาติ ทั้งในระยะสั้น และ ระยะยาว อย่างต่อเนื่องตลอดไป ไม่มีวันจบสิ้น

4. มุ่งก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด คือ ให้

เป็นสิ่งที่ดี มีประโยชน์ ทั้งต่อตนเอง หน่วยงาน องค์กรการ ประเทศชาติ ต่อบุคคล ให้มากที่สุด เร็ว ที่สุด ยั่งยืนที่สุด และ เกิดผลเสียน้อยที่สุด ทั้งระยะ สั้นและระยะยาว

5. ต้องมีผู้นำไปดำเนินการ ให้เกิด ประโยชน์ ทั้งการคิด การพูด และการกระทำ ใน รูปแบบ ลักษณะ และ วิธีการต่างๆ โดยไม่จำเป็นต้องมีอำนาจ ไม่จำเป็นต้องรอการอนุมัติ ยกเว้น ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ สิทธิของบุคคล ฯลฯ ที่มีการกำหนดไว้ว่า ต้องได้ รับการยินยอม หรือ อนุมัติ จากผู้มีอำนาจเสียก่อน จึงจะกระทำได้

ปัญหาที่เกิดขึ้น สาเหตุที่ทำให้เกิด ปัญหา และ แนวทางการแก้ไข เป็นในทำนอง เดียวกันกับที่ได้กล่าวมาแล้ว สิ่งที่สมควรพิจารณา เป็นพิเศษ คือ Man (ผู้นำ และ ทีมงาน ของการทำ วิจัยแต่ละเรื่อง) และ Management (การจัดการ งานวิจัย) ให้สามารถช่วยพัฒนาการดำเนินงาน ใช้ประโยชน์ทั้งของหน่วยงาน/องค์กร/สถาบัน ที่ตนดูแล และ ผู้มาใช้บริการจากหน่วยงาน/ องค์กร/สถาบัน อื่น รวมทั้งประชาชนทั่วไป ให้ ดียิ่งๆ ขึ้น อย่างต่อเนื่องและช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องมี ความสุขตลอดเวลา ในกรณี สิ่งที่สำคัญมาก คือ Man ของส่วนราชการ ต่างๆ ที่รัฐบาลไทยต้อง สนับสนุน “งบประมาณ” ให้มากกว่า 3 ล้านล้านบาท ต่อปี⁽⁷⁾

■ อภิปรายและสรุป

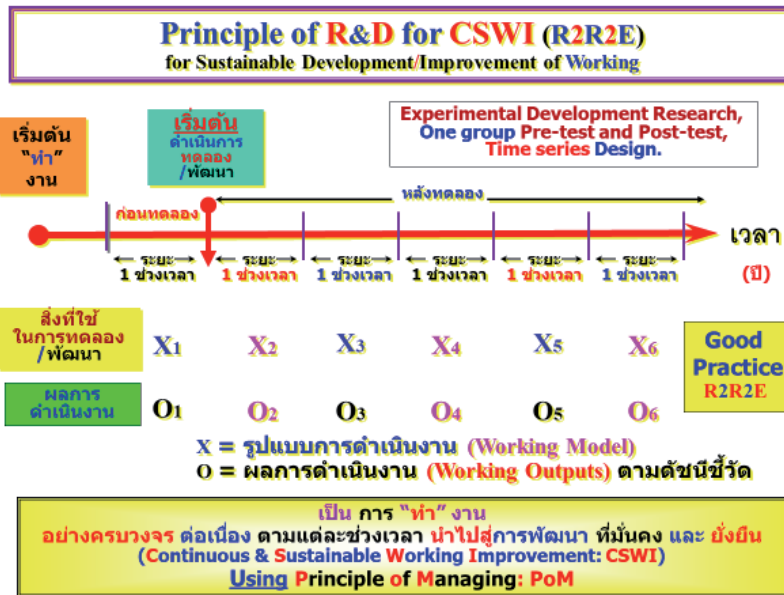
“การทำวิจัย” ช่วยให้เกิดการพัฒนา ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อมนุษยชาติ อย่างมากมาย มหาศาลตลอดมา สิ่งที่ผู้เกี่ยวข้อง คาดหวัง/ ต้องการ คือ ให้ “ทำวิจัย” กันมาก ๆ, มีคุณภาพ เยี่ยม, ใช้แรงงานและเวลาน้อย, ผู้เกี่ยวข้องโดยเฉพาะผู้ทำวิจัยและผู้บริหาร มีความพึงพอใจสูง, และมีความคุ้มค่าในการดำเนินงานทำวิจัย ที่ได้ ทำและได้รับ อย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด จาก อดีตถึงปัจจุบัน และมีแนวโน้มที่จะยังคงเป็นเช่นนี้

ต่อไปในอนาคต บทความนี้ได้นำเสนอ 6 กิจกรรม ของการทำวิจัยที่มีความสำคัญมาก เพื่อให้ผู้ เกี่ยวข้องกับ “การทำวิจัย” ในแต่ละเรื่อง (หัวข้อ) ได้นำไปใช้ในการดำเนินงาน “การทำวิจัย” ที่ ไม่ยุ่ง ไม่ยาก ไม่ซับซ้อน ในงานและหน่วย งานของตน ตั้งแต่เริ่มต้นที่ตั้งใจจะทำวิจัย ตาม แนวคิด “เริ่มต้นดีมีชัยไปกว่าครึ่ง” โดยไม่มอง ว่า “เงินน้อย/ไม่เพียงพอ” เป็นปัญหาของการทำ วิจัย จึงให้แนวคิด หลักการ และ วิธีการ ในการ “ทำ พัฒนา และ แก้ปัญหา” ของงานการทำวิจัย เชิงบวก ที่สร้างสรรค์ มากขึ้นกว่าเดิม^(1,8,11)

วิจัย ช่วยให้เกิดการพัฒนา ทั้งคน งาน กระบวนการ ความรู้ วิธีการ เครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่งของ สิ่งอำนวยความสะดวกสบาย การสื่อสาร การเดินทาง การคมนาคม การขนส่ง ฯลฯ ก่อ ให้เกิดประโยชน์ต่อมนุษยชาติ อย่างมากมาย มหาศาลตลอดมา จึงเป็นสิ่งที่เหมาะสมทำอย่าง จริงจังและเข้มข้นตลอดไป

ปัญหาของการทำวิจัย (Problems of Research) คือ ผลการดำเนินงานของ “การทำ วิจัย” ยังไม่ได้ตามที่ผู้เกี่ยวข้อง คาดหวัง/ต้องการ ทั้ง 5 ด้าน นั้น เป็นแนวคิดที่สร้างสรรค์ในการ มองปัญหา (Creative problem identification) ที่ช่วยให้การจัดการ (บริหาร)/การพัฒนา และ การแก้ปัญหา ของ “งานการทำวิจัย” ทั้งหลาย เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงขึ้น อย่าง ต่อเนื่อง ตลอดเวลา ด้วยแนวคิดของ “การปรับ เปลี่ยนปัญหาเป็นโอกาสในการพัฒนา (Change Problems into Opportunity for Improvement: OFI)” โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การพัฒนาตนเอง (Self-Improvement: SI) ซึ่งเป็นคุณลักษณะ สำคัญของบุคคล และ หน่วยงาน/องค์กร/สถาบัน ที่มีคุณภาพ^(1,8,11)

กิจกรรมหลักของการทำวิจัยทั้ง 6 ที่นำ เสนอนี้ จำเป็นอย่างยิ่ง ใน “การทำวิจัย” และ สามารถช่วยในการแก้ปัญหาและพัฒนางานวิจัย ได้จริงอย่างเป็นระบบ มั่นใจว่าผู้เกี่ยวข้องกับ



ภาพที่ 4 Principle of R&D for CSWI (R2R2E)

“การทำวิจัย” ในแต่ละเรื่อง สามารถนำไปช่วยให้การดำเนินงานวิจัยของแต่ละคน/งาน/หน่วยงาน เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนได้อย่างแน่นอน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์อย่างคุ้มค่ายิ่งขึ้น ส่งผลดีต่อการพัฒนางาน/หน่วยงาน ผู้การพัฒนาประเทศ อย่างยั่งยืน โดยได้แสดงปัญหา สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหา ผลของปัญหา และ แนวทางการแก้ไขของแต่ละกิจกรรมไว้อย่างชัดเจน เน้น 2 สิ่งเป็นพิเศษ คือ Man (หัวหน้าโครงการวิจัย และ ทีมวิจัย) ด้วยการพัฒนาให้เป็นคนดีและเป็นบุคคลที่พึงประสงค์สามารถช่วยกันพัฒนา การดำเนินการ “ทำวิจัย” ของตนเอง ให้ดีและมีประสิทธิภาพมาก ยิ่งๆ ขึ้นอย่างต่อเนื่อง ได้ตลอดเวลา และ Management (การจัดการงานวิจัย ของหน่วยงาน/องค์กร/สถาบัน ที่ดูแลการทำวิจัย) ด้วยการพัฒนาให้มีระบบและกลไกในการ “ทำวิจัย” ที่ดี กระทั่งระดับมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพสูง สามารถช่วยพัฒนางานวิจัยทั้งของตนเอง/หน่วยงาน/องค์กร/สถาบัน ที่ตนดูแล และ ผู้มาใช้บริการจากหน่วยงาน/องค์กร/สถาบัน อื่น รวมทั้งประชาชน

ทั่วไป ให้ดียิ่งๆ ขึ้น ได้อีกด้วย ให้ผู้เกี่ยวข้องมีความสุขได้ตลอดเวลา ซึ่งอยู่ในวิสัยที่สามารถ “ทำได้” แน่แน่นอน โดยยกตัวอย่างผลงานวิจัยในการบริหาร พัฒนา และ แก้ปัญหา ที่ได้ดำเนินการมาแล้ว พอสังเขป จากที่ได้ทำจริงแล้วมากกว่า 50 เรื่อง ^(1,8,11,17-21)

■ ข้อเสนอแนะ:

“ทุกหน่วยงาน” ไม่ว่าจะหน่วยงานภาครัฐ, ภาคเอกชน, NGOs, และ หน่วยงานภาคประชาชน สามารถนำเนื้อหาที่นำเสนอนี้ ไปเป็นส่วนหนึ่งของแนวคิด หลักการ และวิธีการ ในการทำ พัฒนา และ แก้ปัญหา เกี่ยวกับการทำวิจัยของหน่วยงานตน จะสามารถช่วยส่งเสริม สนับสนุน และช่วยเหลือให้บุคลากรทั้งหลายของหน่วยงาน “ทำวิจัย” อย่างมีความสุขมากขึ้น นำไปสู่ความเจริญก้าวหน้าของทั้งตัวบุคลากรเอง หน่วยงาน องค์กร สถาบัน และ ประเทศชาติ อย่างรวดเร็ว มั่นคงและยั่งยืน ยิ่งๆ ขึ้น ด้วย Principle of R&D for CSWI (Research & Development for Continuous and Sustainable Working

Improvement) หรือ R2R2E ดังภาพที่ 4^(1,8,11)

Principle of R&D for CSWI เป็นหลักการพัฒนา “งาน” อย่างต่อเนื่อง สู่การพัฒนาที่มั่นคงและยั่งยืน ช่วยให้การดำเนินงานมีคุณภาพสูงอย่างครบวงจร (Complete cycle) ต่อเนื่องตามแต่ละช่วงเวลาของแต่ละกิจกรรม นำไปสู่การพัฒนาที่มั่นคง และ ยั่งยืน ของงาน/หน่วยงานเป็นหลักในการทำวิจัยเชิงทดลอง เน้น R&D สู่ Innovation เพื่อการพัฒนาประเทศไทยของเรา

R2R2E = Routine to Research to Excellence ในที่นี้ ขอให้ความหมายตาม Concept ของ Routine to Research: R2R ที่สำนักงาน

คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ได้ริเริ่มเมื่อ พ.ศ. 2557^(1,11,22-23) ช่วงที่ ศ.นพ.สุทธีพร จิตต์มิตรภาพ เป็นเลขาธิการ ว่าเป็นการพัฒนาตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย แล้วขยายผลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน มุ่งให้เป็น Prototype ของแต่ละ “งานตามภารกิจหลัก” นี้ ในระดับประเทศ ด้วยกระบวนการวิจัย โดยใช้ Principle of Managing: PoM เป็นแนวทางในการดำเนินงานอย่างครบวงจร ต่อเนื่อง ของแต่ละงาน/กิจกรรม ตามแต่ละช่วงเวลา “ทำ” ซึ่งใช้ระยะเวลาในการทดลอง มากกว่า 5 ปี

เอกสารอ้างอิง

1. สมชาติ ไตรรักษา. การประยุกต์หลักการบริหารเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
2. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. ตำราชุดฝึกอบรมหลักสูตร “นักวิจัย” กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2550.
3. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. คู่มือนักวิจัยมือใหม่. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วงศ์สว่างการพิมพ์; 2552.
4. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. ตำราชุดฝึกอบรมหลักสูตร “นักวิจัย” ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ; 2557.
5. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติ สภานโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ พ.ศ. 2562. หน้า 8-41 เล่ม 136 ตอนที่ 57 ก; 1 พฤษภาคม 2562.
6. สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.), กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. ยุทธศาสตร์องค์กร พ.ศ. 2566 – 2570, แนวทางการบริหารจัดการผลงานวิจัยและนวัตกรรมที่มีหน่วยงานอื่นของรัฐหรือหน่วยงานหรือบุคคลในภาคเอกชน ร่วมกันให้ทุนสนับสนุนการวิจัยและนวัตกรรม พ.ศ.2565. กรุงเทพฯ: สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ; 2565.
7. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. ร่างแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 พ.ศ. 2566-2570 (ฉบับปรับปรุงตามผลการรับฟังความเห็นจากประชาชน). กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2565.
8. สมชาติ ไตรรักษา. หลักการบริหารโรงพยาบาล ภาคที่ 1 หลักการบริหารองค์กร และ หน่วยงาน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: เอส.พี.เอ็น; 2548.
9. คณิษฐา สิทธิบุศย์. การพัฒนางานจัดเก็บรายได้ สถาบันบาราศนราดรุณ ด้วยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติจากทุกหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2558 [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาการบริหารโรงพยาบาล]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
10. OECD. Frascati Manual 2015: Guidelines for Collecting and Reporting Data on Research and Experimental Development, The Measurement of Scientific, Technological and Innovation Activities, OECD Publishing Paris; 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239012-en>.
11. สมชาติ ไตรรักษา. R2R: การพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย. Rajabhat Journal of Science, Humanities & Social Sciences 2558;16(2):142-55.

12. มหาวิทยาลัยมหิดล, หน่วยจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. คู่มือปฏิบัติ สำหรับคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ฉบับที่ 7.1. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
13. The World Medical Association. The Declaration of Helsinki, adopted by the 18th WMA General Assembly, Helsinki, Finland, June 1964, and amended by the 59th WMA General Assembly, Seoul; 2551.
14. ราชกิจจานุเบกษา. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. หน้า 1-7 เล่ม 135 ตอนพิเศษ 54 ง; 9 มีนาคม 2561.
15. พุทธทาสภิกขุ. ชรามปฏิโมกข์ เล่มที่ 1. กรุงเทพมหานคร: การพิมพ์พระนคร; 2518.
16. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. คู่มือประกอบการเขียนแบบเสนอโครงการวิจัย (Research Project) (แบบ กอบข. 1ย/1ค) ประจำปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ; 2559.
17. Sritaikhum N, Torugsa S, Temtawesuk P, Serichetapong S. A Development of Health Tour Model in Small Community Hospital, Thailand, fiscal year 2004-2010 The conference PROCEEDING of the 1st International Conference on Health Science, Thai Traditional and Alternative Medicine: The Role of Traditional/Alternative Medicine and Global Care ISBN 978-974-19-5870-2; 2556 p. 7-21.
18. คณัชฌา สิทธิบุญ, สมชาติ ไตรักษา, กิตติพงศ์ สัตยชาติวิรุฬห์. การพัฒนางานจัดเก็บรายได้โรงพยาบาล ในสถาบัน บำราศนคราตุร ด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติ จากทุกหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2558. วารสารควบคุมโรค 2560;43(1):66-75.
19. ชูติมา ชัยมณี, สมชาติ ไตรักษา, วราภรณ์ บุญศิริ, ขจรศักดิ์ เกษมกิตติธนากุล. การติดตามดูแลสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองพบการอักเสบของปากมดลูก อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ.2551-2556. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2557;23(6):1032-43.
20. กนกวรรณ สิ้นลักษณ์ทิพย์, สมชาติ ไตรักษา, วัชระ ก้อนแก้ว, พีระ ศรีภักดิ์จิตร. การพัฒนารูปแบบงานบริการผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง หอผู้ป่วยอายุกรรมหญิง โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี ปี 2553. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2554;20(2):332-44.
21. ดวงรัตน์ ใจโพธิ์, สมชาติ ไตรักษา, พิเศษฐ์ วัฒนสมบูรณ์, ชุมชุม วิทยานันท์. การพัฒนางานจัดการมูลฝอยโรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์. การประชุมวิชาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ครั้งที่ 7 พ.ศ.2557; วันที่ 8-10 กรกฎาคม 2557; ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร; ด้านการบริหารจัดการระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม และอื่นๆ (งานวิจัย); 2557 หน้า 132-48.
22. เชิดชัย นพมณีจำรัสเลิศ, อัครินทร์ นิมมานันต์, บรรณารักษ์. เคล็ดไม่ลับคุณอำนวย ฟันเฟืองขับเคลื่อน R2R. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอช; 2553.
23. สมชาติ ไตรักษา. การพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ด้วย R2R. ในหนังสือประกอบการประชุมวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข ครั้งที่ 4: ประสิทธิภาพของการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ตามพระราชดำริ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี (Efficiency of Medical and Public Health Services); 9-10 พฤศจิกายน 2558; ณ แขวงหลวงพระบาง สปป.ลาว; 2558 หน้า 13-19 (ภาษาลาว) และหน้า 53-60 (ภาษาไทย).

เขียนอย่างไรให้มีพลัง

สุรียพันธ์ุ เสนานุช*

“เสียเจ้าร้าวร่วมฉิ่งรุ่ง” ท่านอังคาร กัลยาณพงศ์ กวีและจิตรกรแห่งรัตนโกสินทร์ ประพันธ์กลั่นคำแต่ละคำออกมาได้สั้นสะเทือนใจอย่างยิ่ง ทำให้ผู้อ่าน “รู้สึก” หรือ “เห็นภาพ” ตาม นั่นคือพลังของงานเขียนที่สร้างขึ้นมาได้ โดยมีแนวทางและเทคนิคที่สามารถนำไปฝึกฝนให้เชี่ยวชาญ อย่างไรก็ตามแนวทางและเทคนิคดังกล่าวเป็นเพียงความรู้ด้านวิธีการเขียน แต่งานเขียนคือทักษะซึ่งต้องฝึกฝนด้วยความพากเพียร จึงจะสร้างงานเขียนที่ทรงพลังได้ตั้งใจ

■ งานเขียนต้องออกแบบ

การมีแรงบันดาลใจในงานเขียน หรือความใฝ่ฝันที่จะเป็นนักเขียน เป็นต้นทุนที่ดี แต่ไม่ใช่จุดตั้งต้น เพราะงานเขียนหนึ่งชิ้นต้องมีการออกแบบไม่ต่างจากการสร้างบ้าน หรือสายการผลิตในโรงงานหรืองานบริการ ที่ต้องตอบโจทย์หรือเป้าหมายที่ต้องการให้ได้

จุดเริ่มต้นของงานเขียนทุกประเภท ไม่ว่าจะเป็นงานวิชาการ นวนิยาย เรื่องสั้น หรือนิทาน ก็ตาม ผู้เขียนต้องมีความชัดเจนในเหตุผลที่จะเขียนงานชิ้นนั้น ถามตนเองว่าเขียนไปเพื่ออะไร แม้ว่าจะถูกบังคับให้เขียนก็ตาม หากต้องลงมือ

เขียนแล้ว ก็ต้องมีเป้าหมายในการเขียน เหตุผล และเป้าหมายคือ คำตอบซึ่งกันและกัน ซึ่งจะนำไปสู่การออกแบบงานเขียนต่อไป เช่น เหตุผลในการเขียนคือการให้ข้อมูลที่ประชาชนควรรู้เรื่องการใส่หน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 เป้าหมายคือการรับรู้ว่าการป้องกันตนเองมีความสำคัญอย่างไร การออกแบบงานเขียนชิ้นนี้จึงมีทิศทางไปสู่การสร้างความตระหนักด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโอกาสของการติดเชื้อ COVID-19 ในสถานการณ์ต่างๆ ผลจากการติดเชื้อ ซึ่งสามารถป้องกันได้ไม่ยากด้วยการใส่หน้ากากอนามัย และวิธีการเลือกใช้หน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง รวมถึงวิธีการใช้

องค์ประกอบในงานเขียนชิ้นนี้ก็คือ ตัวข้อมูลที่นำเชื่อถือในแต่ละเรื่อง อาจเป็นตัวเลขสถิติ กรณีศึกษา สิ่งที่ต้องใส่ใจในการออกแบบงานเขียนชิ้นนี้ลำดับต่อไปคือ กลุ่มเป้าหมายที่ผู้เขียนกำหนดไว้ บางทีผู้เขียนอาจไม่ได้กำหนดด้วยตนเอง แต่การที่จะเขียนงานชิ้นใดก็ตาม ผู้เขียนต้องรู้ว่าผู้อ่านที่เป็นกลุ่มเป้าหมายคือใคร เพื่อนำไปเป็นส่วนหนึ่งของการออกแบบงานเขียนให้เหมาะสม ซึ่งหมายถึงการเลือกใช้ภาษา กลุ่มเป้าหมายที่เป็นนักวิชาการ ผู้บริหาร นักศึกษา

*วิทยากรอิสระด้านการถอดบทเรียนและการเขียน

...มุมเล่าเรื่อง เป็นคอลัมน์เพื่อให้ผู้ที่สนใจส่งบทความที่เกิดจากการเขียนประสบการณ์การทำงาน ทั้งเชิงความรู้ และการบริหารจัดการ ซึ่งเป็นความรู้อยู่ในตัวคน (Tacit Knowledge) เรียบเรียง กลั่นกรอง เขียนออกมา เป็นความรู้ในรูปแบบการเขียน บันทึก ออกมาเป็นตัวหนังสือ (Explicit Knowledge) ทั้งนี้ จะเป็นการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ และนำไปปฏิบัติ จนเกิดการหมุนเวียนความรู้ เพื่อยกระดับ จากความรู้ในบุคคล เป็นความรู้ขององค์กร วารสารฯ ได้รับเกียรติจากอาจารย์สุรียพันธ์ุ เสนานุช วิทยากรอิสระด้านการถอดบทเรียนและการเขียน ถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ วิธีการในการเขียนบทความการจัดการความรู้ มาแนะนำเสนอไว้ในฉบับนี้

นักเรียน ประชาชนทั่วไปย่อมมีการใช้ภาษาที่แตกต่างกันทั้งในการนำเสนอแนวคิด ข้อมูลต่างๆ

ปัจจัยสุดท้ายก็คือ พื้นที่ของงานเขียนเพื่อกำหนดปริมาณที่พอเหมาะในการวางโครงสร้างการเขียน ต้องใช้ข้อมูลประกอบอย่างไร เช่น บทความวิชาการที่ให้ปริมาณหน้ามามากพอ สามารถนำข้อมูลลงไปได้เต็มที่ แต่ในกรณีที่พื้นที่มีจำกัด ก็จำเป็นต้องสรุปข้อมูลอย่างกระชับเลือกที่มีความสำคัญจริงๆ เท่านั้น เป็นต้น

เมื่อมองเห็นพิมพ์เขียวของงานเขียนแล้ว ก็ลงมือหาวัตถุดิบที่จะนำไปใช้ในงานเขียนต่อไป ซึ่งวัตถุดิบนี้ก็คือ ข้อมูล สถิติ กรณีศึกษาที่จะทำให้อ่านมีความหนักแน่น น่าเชื่อถือ หรือน่าสนใจ เป็นตัวช่วยประเด็นหลัก และเป็นเนื้อหาเกือบทั้งหมดในข้อเขียนนั้น

■ มุ่งกันอย่างลมหก

อย่างไรก็ตามก่อนที่จะหาวัตถุดิบดังกล่าว ผู้เขียนต้องกำหนดประเด็นที่จะเขียนให้ชัดเจนเสียก่อน อาจมีคำถามว่าถ้ามีจุดมุ่งหมายในการเขียนและกำหนดเป้าหมายแล้ว นั่นคือประเด็นที่จะเขียนในหรือไม่ คำตอบก็คือ อาจจะใช่ และไม่ใช่ก็ได้ เช่น การให้ความรู้ในเรื่องการใช้หน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 สามารถกำหนดประเด็นหลักได้มากกว่าหนึ่งประเด็น ขึ้นอยู่กับการตอบสนองต่อกลุ่มเป้าหมาย สมมุติว่าเป็นกลุ่มประชาชนทั่วไป ประเด็นหลักควรเป็น “หน้ากากอนามัยช่วยป้องกันโควิด” เนื้อหามุ่งไปที่การสร้างเชื่อมั่นในการใช้หน้ากากอนามัย แต่ถ้ากลุ่มเป้าหมายเป็นผู้บริหารองค์กรเนื้อหาสาระไม่จำเป็นต้องให้เห็นความสำคัญของการใช้หน้ากากอนามัย เพราะผู้บริหารย่อมมีความรู้ในเรื่องนี้ดีอยู่แล้ว แต่ควรมุ่งไปที่บทบาทของการบริหารจัดการในองค์กรในเรื่องของการป้องกันการแพร่เชื้อโควิด-19 ด้วยการส่งเสริมและสนับสนุนให้ทุกคนในองค์กรหันมาใช้หน้ากากอนามัยในชีวิตประจำวันที่เป็น New normal เป็นต้น ข้อเขียนแต่ละชิ้นงานต้องมี

ประเด็นหลักเพียงประเด็นเดียว การออกแบบงานจึงช่วยถ่วงดุลองจนประเด็นหลักมีความคมชัด มิฉะนั้นผู้เขียนอาจไปหลงกับเนื้อหาที่ไม่ใช่แก่น แต่เป็นกิ้งกึ่งที่แตกขยายตัวออกไป

ดังนั้นจึงมักพบว่างานเขียนหลายชิ้นมีเนื้อหาที่แตกกระจายไปหลายเรื่อง จนในที่สุดหลุดออกจากเป้าหมายที่กำหนดโดยไม่รู้ตัว

■ 3 ส่วนประกอบของงานเขียน

งานเขียนไม่ว่าประเภทใดก็ตาม มีส่วนประกอบ 3 ส่วนตามที่เคยเรียนกันมาในวิชาเรียงความ นั่นคือ บทนำ เนื้อหา และบทสรุป แม้แต่การเขียนนวนิยาย เรื่องสั้น ก็ต้องมี 3 ส่วนประกอบนี้ เพียงแต่การนำเสนออาจจะมีกลวิธีแตกต่างไปจากบทความวิชาการ สารคดี

เริ่มจากบทนำนอกจากจะทำหน้าที่ในการบอกเล่าภาพรวมของงานเขียนให้พอเห็นวามเนื้อหาที่จะได้อ่านต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับเรื่องใดแล้ว บทนำจะต้องมีพลังมากพอที่จะทำให้ผู้อ่านเกิดความสนใจที่จะติดตามเนื้อหาต่อไป บทนำไม่ควรเขียนยาว ต้องกระชับ มุ่งสู่ประเด็น จึงไม่ควรใช้คำฟุ่มเฟือยที่ไร้ความหมาย เช่น “เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่า” เสียงของถ้อยคำฟังแล้วเลื่อนลอยถ้าจะเขียนถึงสิ่งที่รู้จักกันโดยทั่วไป ก็ระบุลงไปโดยไม่ต้องเกริ่นด้วยประโยคนั้น

ถ้าบทนำเขียนไม่ชัดเจน หรือไปคนละทิศทางกับชื่อเรื่อง หรือไม่สามารถสะท้อนชื่อเรื่องได้ชัดเจน ข้อเขียนนั้นคือล้มเหลวตั้งแต่ต้น ไม่มีทางเลือกอื่นนอกจากกลับไปเขียนมาใหม่เท่านั้น

ส่วนที่สองคือ เนื้อหาซึ่งเป็นแกนหลัก ปริมาณพื้นที่ต้องนำมาพิจารณาในส่วนนี้ จะถ่ายทอดอย่างไรให้พอดีตั้งแต่ต้นจนจบ ไม่ว่าจะจำนวนน้อยหรือมากก็ตาม เนื้อหาต้องมีการวางโครงสร้าง หรือการลำดับก่อนที่จะลงมือเขียน ด้วยแนวทางใดก็ตาม ผู้เขียนต้องมั่นใจว่าเนื้อหานั้นผู้อ่านจะทำความเข้าใจได้ง่ายที่สุด

ส่วนสุดท้ายคือ บทสรุป ที่ไม่ต้องยืดเยื้อ เพราะผู้อ่านเหนื่อยกับเนื้อหาแล้ว การสรุปอาจ

เป็นแค่การทิ้งท้ายไว้ให้คิด ที่สำคัญควรเชื่อมโยงกับบทนำให้เป็นเนื้อเดียวกัน มีหลายครั้งที่บทนำดี เนื้อหาใช้ได้ แต่มาตายตอนจบคือสรุปไม่มีพลังมากพอ ลองนึกถึงภาพวาดยากรวงกลมที่พิมพ์นี้ที่ตัววัดไม้บาดตองในโน้ตตัวสุดท้าย นั่นคือการสร้างความประทับใจที่ตราตรึง

■ โครงสร้างร่างให้ชัด

เมื่อมั่นใจว่ากำหนดประเด็นในเนื้อหาชัดเจนแล้ว เพื่อให้ทิศทางในการเขียนเดินไปสู่จุดหมายที่ตั้งใจไว้โดยไม่หลงทาง การจัดทำโครงสร้างงานเขียนเป็นตัวช่วยที่ดี โครงสร้างคือการลำดับในการถ่ายทอดเนื้อหาซึ่งมีวิธีการลำดับหลายวิธี ได้แก่ การลำดับจากผลที่เกิดขึ้นไปสู่สาเหตุ หรือลำดับจากสาเหตุไปสู่ผล ลำดับตามสถานการณ์ หรือเวลา ลำดับตามพื้นที่ จะเห็นได้ว่าการวางลำดับในการถ่ายทอดนั้นช่วยให้ผู้เขียนทำงานได้ง่ายขึ้น และทำให้รู้ว่าต้องหาวัตถุดิบอะไรบ้างในแต่ละส่วนย่อยของเนื้อหาที่ได้กำหนดไว้ ประสบการณ์จากการเป็นบรรณาธิการและได้ชงานเขียนให้กับนักวิชาการมา 20 ปี นี่คือวิธีการที่ได้ค้นพบหลังจากเห็นตเห็น้อยกับการปรับแก้งานมานานหลายปี เมื่อให้ผู้เขียนร่างโครงสร้างงานเขียนขึ้นมาก่อน ทำให้ลดเวลาการปรับแก้กันไปได้มาก ผู้เขียนก็มีกำลังใจในการเขียนมากขึ้น เพราะมีทิศทางในการเขียน ทำให้การเขียนเป็นเรื่องง่ายไม่ใช่ว่าขมอึกต่อไป

ถ้าสังเกตโครงสร้างในการเขียนบทความขึ้นนี้ จะเห็นได้ว่าผู้เขียนลำดับตามขั้นตอนในการเขียน จากจุดเริ่มต้นว่าควรทำความเข้าใจในเรื่องใดก่อนสำหรับการเขียน นั่นก็คือการออกแบบงานเขียนที่ต้องเข้าใจเหตุผลที่จะเขียน มีเป้าหมายว่าต้องการให้เกิดผลอย่างไร ใครคือกลุ่มเป้าหมาย และมีเนื้อหาสำหรับงานเขียนเท่าไร ซึ่งบทความนี้ท่านบรรณาธิการกำหนดจำนวน 5 หน้า ผู้เขียนก็ต้องมาวางโครงสร้างเนื้อหา และกำหนดว่าในแต่ละหัวข้อควรมีปริมาณเท่าใดเพื่อให้พอดีกับจำนวนหน้าดังกล่าว

■ ร้อยรัดให้เป็นหนึ่งเดียว

การร่างโครงสร้างเนื้อหาที่คือแบ่งเนื้อหาเป็นส่วนย่อย ซึ่งในกรณีที่มีจำนวนหน้ามากกว่าหนึ่งหน้าก็ควรใช้มีช้อยย่อย (Sub title) ในแต่ละส่วนเพื่อช่วยให้ผู้อ่านทำความเข้าใจง่ายขึ้นว่าผู้เขียนกำลังจะกล่าวถึงอะไร แต่ในกรณีของการเขียนคอลัมน์ในหนังสือพิมพ์ ไม่จำเป็นต้องมีหัวข้อย่อย แม้ว่าจะมีพื้นที่ 2 หน้า A4 เพราะการวาง Lay out ในพื้นที่หนังสือพิมพ์แตกต่างไปจากหน้าวารสารทั่วไป อย่างไรก็ตามสิ่งที่สำคัญก็คือในแต่ละส่วนย่อยนั้นต้องมีความเชื่อมโยงกัน งานเขียนแต่ละประเภท ล้วนต้องมีความเชื่อมโยงในเนื้อหาแต่ละส่วนทั้งสิ้น

แม้ว่าการแบ่งหัวข้อย่อยดูเหมือนจะเป็นเนื้อหาที่แตกต่างออกไป แต่อย่าลืมว่าทุกหัวข้อย่อยนั้นมาจากประเด็นเดียวกัน ดังนั้นในการเขียนจะต้องยึดโยงอยู่ที่ประเด็นหลักนั้นด้วยการร้อยรัดให้เป็นหนึ่งเดียวเปรียบเสมือนการร้อยสร้อยที่แยกส่วนออกจากกันไม่ได้เลย ไม่ว่าจะใช้การลำดับด้วยวิธีการใด ก็ต้องเขียนให้มีความเชื่อมโยงกัน เช่น ในกรณีของการวางลำดับตามพื้นที่ ก่อนจะเริ่มในพื้นที่ใหม่ก็ต้องมีคำบางคำในประโยคแรกที่ทำให้ผู้อ่านรู้สึกว่าเป็นใหม่ที่เริ่มขึ้นนั้น ก็ยังเป็นเรื่องเดียวกันอยู่กับฉากที่ผ่านมา การใช้คำ ภาษาการเขียนเข้ามาจับบทบาทในส่วนนั้น การอ่านจะช่วยให้ผู้เขียนมีคลังคำหยิบมาใช้มากพอ รวมทั้งเป็นคำที่ลื่นไหล สละสลวย การฝึกฝนด้วยการเขียนบ่อยๆ ควบคู่ไปกับการอ่านจึงมีความจำเป็น วิธีการฝึกฝนง่ายๆ ก็คือ ฝึกการสรุปเป็นข้อเขียนสั้นๆ เมื่อดูภาพยนตร์ที่ให้ข้อคิดดีๆ อ่านหนังสือที่ประทับใจ หรือไปฟังวิทยากรเก่งๆ การรับข้อมูลใดๆ แล้วฝึกการถ่ายทอดออกมาช่วยเพิ่มพูนทักษะการจับประเด็นได้อีกด้วย นอกเหนือไปจากทักษะในการเขียน

■ คำเชื่อมให้จับคม

การใช้เลือกใช้คำและภาษานอกจากจะทำให้งานเขียนลื่นไหล สละสลวยดังที่กล่าวมา

แล้ว ยังเป็นเครื่องปรุงแต่งงานเขียนให้เข้มข้น มีพลังอีกด้วย ความสำคัญในลำดับแรกคือควบคุมโครงสร้างการเขียนให้อยู่ในประเด็นหลัก (Key theme) ลำดับที่สองคือการร้อยเรียงให้สอดคล้องเป็นหนึ่งเดียวกัน หลังจากนั้นจึงทบทวนปรับแก้ ตัดคำที่ฟุ่มเฟือย ไร่ประโยชน์ออกไป โดยเฉพาะคำซ้ำ เช่น โดย และ ซึ่ง ฯลฯ คำเชื่อมเหล่านี้มักใช้กันบ่อย ข้อเขียนที่ดี ในแต่ละวรรค คำเหล่านี้ควรนำมาใช้เพียงครั้งเดียว ผู้เขียนเองก็ใช้วิธีนี้เช่นกัน คือเมื่องานเขียนเสร็จแล้ว จะมาตรวจทาน จัดการกับคำส่วนเกินเหล่านี้ภายหลัง คำบางคำอาจเป็นคำที่ดูเผิน ๆ เป็นคำที่จำเป็นต้องใช้ หากคำอื่นมาแทนไม่ได้ เช่น คุณภาพ ความสำคัญ ฯลฯ การอ่านบทความดีๆ ของนักเขียนเก่งๆ จะพบว่า มีคำที่ใช้ทดแทนได้ อาจเป็นคำใหม่ที่มีความหมายเหมือนกันอย่างคาดไม่ถึง รูปประโยคที่ใช้จะเป็นตัวช่วยให้ปรับคำได้ โดยต้องใช้คำซ้ำ

นอกจากนั้นคำสรรพนามต่างๆ ไม่ควรนำมาใช้โดยไม่จำเป็น เช่น เรา เขา ท่าน เป็นต้น เพราะมีแนวโน้มปนเปกันจนไม่รู้ว่หมายถึงใคร

นักเขียนมือใหม่ เมื่อนึกไม่ออกว่าจะเขียนอย่างไรก็มักจะเขียนแบบเรื่อยเปื่อย เพื่อให้พื้นที่เต็ม ซึ่งทำให้งานเขียนอ่อนแรงไร้พลัง หรือแม้แต่การเขียนนอกประเด็นก็ทำให้งานเขียนชิ้นนั้นเลือนลางเช่นกัน การเลือกใช้คำเป็นเสน่ห์หลักสำหรับงานเขียน ไม่จำเป็นต้องเป็นคำที่ไพเราะสวยงามแบบคำกวี แต่เป็นคำที่ทำให้ผู้อ่านเห็นภาพตามไปได้ด้วยคำสั้นๆ ดังที่ท่านมกุฎ อร์ดี นักเขียนและบรรณาธิการอาวุโสกล่าวไว้ว่า “นักเขียนเขียนภาพให้เป็นคำ เพื่อให้คนอ่านอ่านคำให้เป็นภาพ”

พลังของการใช้คำอีกประการหนึ่งก็คือความจริงใจของผู้เขียน และความถูกต้องตามทำนองคลองธรรมในงานเขียนนั้น ซึ่งเป็นคำกล่าวของนักเขียนชั้นครูอีกท่านหนึ่งคือท่านกุหลาบ สายประดิษฐ์หรือศรีบูรพา เพราะฉะนั้น ความเชื่อเต็มหัวใจของผู้เขียนว่าข้อเขียนนั้นเป็นความ

จริงที่จะสร้างความรู้ที่ถูกต้องให้ผู้อ่าน นำไปใช้ให้เกิดสิ่งดีงาม เปรียบเสมือนกำลังภายในที่ผลักดันงานเขียนเข้าสู่หัวใจของผู้อ่านได้เช่นกัน

■ มุมมองต่างสร้างงานใหม่

ครั้งหนึ่งผู้เขียนเคยเรียนถามท่านอาจารย์ ว.วินิจฉัยกุล นักประพันธ์ผู้มีชื่อเสียงว่า ท่านสร้างพล็อตเรื่องที่น่าสนใจได้อย่างไร ท่านตอบว่าวิธีการหนึ่งคือแนวคิด As if ซึ่งหมายถึงการสมมุติตนเอง จึงเห็นนวนิยาย นิทานที่มีการดัดแปลงจากเรื่องเก่าในมุมมองใหม่ด้วยการสมมุติหลายเรื่องโดยใช้จินตนาการว่าถ้าไม่เป็นอย่างนี้จะเป็นอย่างนั้นได้หรือไม่

การเขียนบทความวิชาการก็เช่นเดียวกัน อาจไม่ใช่การใช้จินตนาการสร้างพล็อตเรื่องให้โลดโผนเหมือนนวนิยาย หรือนิทาน แต่การรู้จักพลิกมุมมองในเนื้อหาวิชาการจะทำให้งานชิ้นนั้นสามารถผลิตซ้ำเป็นงานเขียนได้มากกว่าหนึ่งหรือสองบทความหรือมากกว่านั้น เพราะในเนื้อหาของงานวิชาการ โดยเฉพาะงานวิจัยมีประเด็นหลายประเด็น ขณะทำงานเขียนต้องเลือกเขียนประเด็นเดียวในการนำเสนอ จึงมีโอกาสดังที่หยิบงานฉบับเต็มมานำเสนอได้อีกในมุมมองต่างกันไป

แนวทางการเลือกมูมนำมาเขียนให้น่าสนใจนั้น ควรเชื่อมโยงกับสถานการณ์ปัจจุบัน หรือสามารถเชื่อมโยงกับความสนใจของกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นผู้อ่าน ด้วยวิธีการนี้ยังช่วยให้การเขียนบทง่ายขึ้นและเป็นบทน่าที่มีชีวิตชีวา น่าสนใจ

การสร้างงานเขียนให้มีพลังนั้น จึงมีแนวทางและวิธีการที่นำไปฝึกฝนได้ ขึ้นอยู่กับมีแรงปรารถนา หรือ Passion เพียงพอหรือไม่ มีผู้กล่าวถึงคุณสมบัตินักเขียนไว้หลายข้อ แต่ข้อที่สอดคล้องกับการเป็นนักจัดการความรู้ก็คือ การเป็นนักแบ่งปัน ถ้าการเริ่มต้นงานเขียนเป็นความตั้งใจแบ่งปันสิ่งดีๆ ให้กับผู้อื่น นั่นคือการจุดประกายไฟของงานเขียนขึ้นมาแล้วนั่นเอง

ความชุกของปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความพึงพอใจของการให้บริการตอบปัญหา ทางสื่อสังคมออนไลน์ ในศูนย์การแพทย์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

นางเยาว์ ลาวิณห์

ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์

สุมิตรา สิทธิฤทธิ

พิมพ์พิศา ธนากรกลโกษฐ์

สุมณฑา มั่งมี

อัปสร ชานวิฑิตกุล

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติ เซนต์เทเรซา

วันรับ 1 ธันวาคม 2565, วันแก้ไข 22 กุมภาพันธ์ 2566, วันตอบรับ 27 กุมภาพันธ์ 2566

บทคัดย่อ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นสิ่งสำคัญสำหรับทารก มีหลายปัจจัยที่ทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ประสบความสำเร็จ วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และประเมินความพึงพอใจของการให้บริการตอบปัญหาทางสื่อสังคมออนไลน์ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เลือกกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดที่ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 150 คน มีมารดาที่มีปัญหาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร้อยละ 78.0 ปัญหาเรื่องความรู้ของมารดาร้อยละ 66.0 ปัญหาเรื่องภาระงานของมารดาร้อยละ 40.7 ปัญหาด้านจิตใจของมารดาร้อยละ 30.7 ปัญหาเรื่องเต้านมหรือหัวนมร้อยละ 28.7 ปัญหาเรื่องความเชื่อของมารดาร้อยละ 28.7 ปัญหาของทารกในการกินนมแม่ร้อยละ 28.7 ปัญหาเรื่องความเชื่อของครอบครัวร้อยละ 24.7 ปัญหาเรื่องสุขภาพทารกร้อยละ 13.3 ปัญหาเรื่องสุขภาพมารดาร้อยละ 7.3 ส่วนผลการประเมินความพึงพอใจโดยรวมพึงพอใจมากที่สุดร้อยละ 95.3 สรุปผล พบความชุกของปัญหาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร้อยละ 78.0 และปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาเรื่องความรู้ของมารดา และพบว่ามารดาส่วนมากพอใจกับการให้คำปรึกษาทางสื่อสังคมออนไลน์ในระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด

คำสำคัญ: ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความพึงพอใจ สื่อสังคมออนไลน์

The prevalence of breastfeeding problem and the satisfaction of social media counseling at HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center

Nongyao Lawin

HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center, Faculty of Medicine
Srinakharinwirot University

Thanomrat Prasith-thimet

Sumitra Sittirit

Pimpisa Thanagonkhonlago

Sumonta Mangmee

Upsorn Chanvithitkul

Faculty of Nursing Saint Theresa International College

Received 1 December 2022, Revised 22 February 2023, Accepted 27 February 2023.

Abstract

Breastfeeding is essential for infant wellbeing, and numerous factors contribute to breastfeeding success. This study aims to determine the prevalence of breastfeeding problems and evaluate the service's satisfaction with social media counseling. This study is survey research. A random sample of postpartum mothers was obtained at the HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center. There were 150 subjects recruited. 78 percent of mothers reported breastfeeding difficulties, 66 percent reported breastfeeding knowledge problems, 40.7 percent reported mother's workload, 30.7 percent reported psychiatric problems, 28.7 percent reported breast or nipple problems, 28.7 percent reported mother's breastfeeding belief problems, 28.7 percent reported infant's breastfeeding problem, 24.7 percent reported family's breastfeeding belief problems. 13.3 percent reported infant health problems, and 7.3 percent reported maternal health problems. Satisfaction with online counseling services was 95.3 percent, which was the highest level of satisfaction. In conclusion, The prevalence of breastfeeding problem 78.0 percent, with the most frequent problem becoming a lack of maternal breastfeeding knowledge. Found that most of mothers are satisfied with social media counseling in a high to very high level.

Keywords: breastfeeding problem, satisfaction, online counseling service

■ บทนำ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นเป็นสิ่งสำคัญเป็นอย่างมากซึ่งมีประโยชน์สำหรับมารดาและทารกทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ช่วยเพิ่มความสามารถในตัวเองของแม่ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และช่วยป้องกันอาการซึมเศร้าหลังคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อาจปกป้องแม่และลูกจากโรคเรื้อรังต่างๆ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างแม่กับลูกและช่วยลดความเหนื่อยล้าของแม่ด้วยการส่งเสริมวงจรการหลับและการตื่นที่เหมาะสมของแม่⁽¹⁾ และยังช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าหลังคลอดได้⁽²⁾ ลดการเกิดมะเร็งเต้านม⁽³⁾ และเป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการคุมกำเนิดได้⁽⁴⁾ นอกจากนี้นมแม่ยังรักษา long COVID-19 ได้⁽⁵⁾ และสำหรับทารก เช่น ลดการอักเสบของทางเดินอาหารและลำไส้ใหญ่ชนิดเนื้อตายในทารกและทารกคลอดก่อนกำหนด⁽⁶⁾ ป้องกันการเกิดโรคอ้วน⁽⁷⁻⁸⁾ ป้องกันการเกิดกลุ่มอาการเมตาบอลิก⁽⁹⁾ ลดการเกิดกลุ่มอาการอหิวาตกโรค⁽¹⁰⁾ และจากการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติร่วมกับองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (Unicef) ปี พ.ศ. 2562 พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุคเดือนแรกของประเทศไทยได้เท่ากับร้อยละ 14.0 ซึ่งเป็นตัวเลขที่ต่ำเมื่อเทียบกับเป้าหมายที่ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 ที่กำหนดเป้าหมายของอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุคร้อยละ 50

ปัจจัยที่ทำให้แม่ไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุคได้นาน 6 เดือนนั้นมีหลายสาเหตุ เช่น ในมารดาอายุน้อยจะหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่ามารดาที่อายุมากขึ้น⁽¹¹⁾ การใช้หัวนมจุกหลอกและครรภ์แรกมีผลทำให้มารดาหยุดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนเวลาอันควรมากกว่า⁽¹²⁾ สตรีที่มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์สูงมีผลลบต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁽¹³⁾ การคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ

และการผ่าตัดคลอดมีผลในทางลบต่อการเริ่มการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁽¹⁴⁾ และอาการเจ็บหัวนมจะทำให้แม่ไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว⁽¹⁵⁾

ปัจจุบันช่องทางในการให้การช่วยเหลือปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีหลายช่องทาง เช่น การใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการสนับสนุนมารดาหลังคลอดทันทีที่ทำให้พัฒนาการเพิ่มวินัยของมารดาต่อการให้นมลูก และมารดาสามารถเรียนรู้วิธีการให้นม ประโยชน์ของนมแม่ตอนไหนก็ได้ที่สะดวก⁽¹⁶⁾ การทำกลุ่มปิด Facebook เพื่อให้คำแนะนำและการสนับสนุนทางด้านอารมณ์โดยผู้ที่ได้รับการอบรมในการดูแลเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นหลักสำคัญที่ช่วยการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาได้⁽¹⁷⁾ การใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการรณรงค์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำให้สร้างความตระหนัก แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เป็นสถานที่ที่ให้ข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำให้มารดามีความคิดเห็น และความรู้มากขึ้น⁽¹⁸⁾ การใช้สื่อสังคมออนไลน์ช่วยให้มารดาสามารถสอบถามเกี่ยวกับการให้นมลูกได้ตลอดเวลา เป็นการสร้างบรรยากาศที่ดีและการสนับสนุนทางจิตใจกันเป็นกลุ่ม และทำให้ระยะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาวนานขึ้นด้วย⁽¹⁹⁾ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สามารถใช้ข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ได้⁽²⁰⁾ และมีการใช้ประโยชน์จากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการส่งเสริม สนับสนุน และแก้ไขปัญหาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาด้วย⁽²¹⁻²²⁾ ซึ่งการใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นช่องทางหนึ่งที่ลดปัญหาในเรื่องการเดินทางของมารดาและช่วยให้การเข้าถึงการให้คำปรึกษามากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความชุกของปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความพึงพอใจของการให้บริการตอบปัญหาทางสื่อสังคมออนไลน์

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาความชุกของปัญหาการเลี้ยง

ลูกด้วยนมแม่ และเพื่อประเมินความพึงพอใจของการให้บริการตอบปัญหาทางสื่อสังคมออนไลน์

■ วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) ในมารดาหลังคลอดที่ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกมารดาเข้าร่วมการศึกษา (inclusion criteria) ได้แก่ อายุ 18 ปีขึ้นไป ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และขณะคลอด สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ และมีโปรแกรมไลน์ส่วนตัว เกณฑ์การคัดเลือกมารดาออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือไม่สามารถอ่านออก เขียนภาษาไทยได้ มีข้อห้ามในการให้นมแม่

ขนาดตัวอย่าง กำหนด α error เท่ากับ 0.05 power เท่ากับ 0.95 และ effect size เท่ากับ 0.3 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการเท่ากับ 147 คน ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 150 คน เพื่อป้องกันข้อมูลไม่สมบูรณ์โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน โดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่จากรายชื่อมารดาหลังคลอดที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้นำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องและขอบเขตเนื้อหา ความรัดกุมในการใช้ภาษา การตีความหมายของข้อความ รวมทั้งข้อแนะนำและข้อเสนอแนะ และนำไปหาความเที่ยงโดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอด ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำแบบวัดมาหาความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .95

หลังจากได้กลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะนำผู้เข้าร่วมวิจัยมาเข้าร่วมกลุ่มนมแม่ออนไลน์ทางสื่อสังคมออนไลน์ แล้วให้ทำแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของมารดา ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัญหาที่พบในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจของการให้บริการตอบปัญหาทางสื่อสังคมออนไลน์

● **การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลนามมาตรา (nominal) และอันดับมาตรา (ordinal) นำเสนอเป็นจำนวนและร้อยละ ส่วนข้อมูลช่วงมาตรา (interval) ทดสอบการกระจายด้วย Kolmogorov-Smirnov test เป็นการกระจายแบบปกติ นำเสนอเป็น ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean±SD) ความชุกของปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่รายงานผลเป็นร้อยละ และการประเมินความพึงพอใจของการให้บริการตอบปัญหาทางสื่อสังคมออนไลน์รายงานผลเป็นร้อยละ

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่ SWUEC-199/58E วันที่ 22 ตุลาคม 2558

■ ผลการศึกษา

มารดาหลังคลอดอายุเฉลี่ย 28.8 ± 6.5 ปี ส่วนใหญ่ลำดับครรภ์เป็นครรภ์หลัง (ร้อยละ 76.0) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 97.3) ระดับการศึกษา จบปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 40.7) มีอาชีพรับจ้างหรือพนักงาน (ร้อยละ 84.7) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 87.3) ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เท่ากับ 23.5 ± 4.4 (kg/m^2) สิทธิการรักษาครึ่งหนึ่งชำระเอง (ร้อยละ 50.7) ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในครรภ์ก่อน 4.1 ± 7.5 เดือน ค่าเฉลี่ยความตั้งใจจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในครรภ์นี้ 9.8 ± 7.1 เดือน และบุคคลที่ช่วยเหลือในการ

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของมารดา (N=150)

ข้อมูลพื้นฐาน	ร้อยละ(จำนวน)
อายุเฉลี่ย ปี	28.8±6.5
ลำดับครรภ์	
ครรภ์แรก	24.0 (36)
ครรภ์หลัง	76.0 (114)
สถานภาพสมรส	
หย่า/แยกกันอยู่	2.7 (4)
สมรส	97.3 (146)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	3.3 (5)
มัธยมต้น	20.7 (31)
มัธยมปลาย	35.3 (53)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	40.7 (61)
อาชีพ	
รับจ้างหรือพนักงาน	84.7 (127)
แม่บ้านหรือทำงานส่วนตัว	15.3 (23)
ศาสนา	
พุทธ	87.3 (131)
อิสลาม	12.7 (19)
รายได้ บาทต่อเดือน	26652.7±28485.0
สิทธิการรักษาพยาบาล	
ชำระเอง	50.7 (76)
สวัสดิการข้าราชการ	13.3 (20)
ประกันสังคม	24.7 (37)
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	11.3 (17)
ดัชนีมวลกาย kg/m ²	23.5±4.4
ระยะเวลาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในครรภ์ก่อน เดือน	4.1±7.5
ความตั้งใจจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในครรภ์นี้ เดือน	9.8±7.1
บุคคลที่ช่วยเหลือในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังคลอด	
คู่สมรส	30.7 (46)
คู่สมรสและบิดามารดา	49.3 (74)
คู่สมรส บิดามารดา และญาติพี่น้อง	20.0 (30)

เลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังคลอดส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสและบิดามารดา (ร้อยละ 49.3) ดังตารางที่ 1

ความชุกของปัญหาที่พบในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

จากการศึกษาพบความชุกมารดาที่มี

ปัญหาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร้อยละ 78.0 ไม่มีปัญหาร้อยละ 22.0 ปัญหาที่พบในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องความรู้ของมารดาร้อยละ 66.0 เกี่ยวกับเรื่องการบีบเก็บและการเก็บรักษาน้ำนม (ร้อยละ 38.0) การจัดทำใน

ตารางที่ 2 แสดงปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (N=150)

ตัวแปร	ร้อยละ(จำนวน)
ความชุกมารดาที่มีปัญหาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	78.0 (117)
ปัญหาเรื่องหัวนม/เต้านม	28.7 (43)
เจ็บหัวนมและหัวนมแตก	10.7 (16)
เต้านมคัดตึง	3.3 (5)
น้ำนมมามาก	8.0 (12)
หัวนมสั้นหรือหัวนมบอด	6.7 (10)
ปัญหาเรื่องสุขภาพของมารดา	7.3 (11)
มารดารู้สึกอ่อนเพลีย	4.7 (7)
มารดาป่วยหรือมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด	2.6 (4)
ปัญหาเรื่องจิตใจของมารดา	30.7 (46)
กังวลเรื่องน้ำนมไม่เพียงพอ	26.0 (39)
เครียด/ซึมเศร้า	4.7 (7)
ปัญหาเรื่องความรู้ของมารดา	66.0 (99)
การบีบเก็บและการเก็บรักษาน้ำนม	38.0 (57)
การจัดทำในการให้นมลูก	18.7 (28)
การกินนมแม่กับการถ่ายอุจจาระของทารก	8.7 (13)
ประโยชน์ของนมแม่	0.6 (1)
ปัญหาเรื่องภาระงานของมารดา	40.7 (61)
มารดาต้องทำงานนอกบ้าน	39.4 (59)
มารดาต้องกลับไปเรียนต่อ	1.3 (2)
ปัญหาเรื่องความเชื่อของมารดา	28.7 (43)
ให้ลูกกินนมผสม เนื่องจากคิดว่าน้ำนมไม่เพียงพอ	20.0 (30)
ให้ลูกกินน้ำ เนื่องจากกลัวลูกตัวเหลือง	4.7 (7)
กินยาขับน้ำคาวปลา ช่วยให้มดลูกเข้าอู่เร็วขึ้น	4.0 (6)
ปัญหาเรื่องสุขภาพทารก	13.3 (20)
ทารกป่วย	9.3 (14)
ทารกตัวเหลือง	4.0 (6)
ปัญหาของทารกในการกินนมแม่	28.7 (43)
ทารกติดการกินนมจากขวดนม	15.3 (23)
ทารกปฏิเสธการกินนมจากเต้า	6.7 (10)
ทารกสำรอก/แหวะนม	4.7 (7)
ทารกง่วงหลับขณะกินนม	2.0 (3)
ปัญหาเรื่องความเชื่อของครอบครัว	24.7 (37)
ให้ทารกกินน้ำ เมื่อกังวลเรื่องตัวเหลืองหรือเมื่อทารกสะอึก	17.3 (26)
ให้ทารกกินกล้วย/ข้าว จะได้อึดและอยู่ท้อง	6.0 (9)
ให้ทารกกินนมผสม จะได้ฉลาด	1.3 (2)

การให้นมลูก (ร้อยละ 18.7) รองลงมาคือปัญหาเรื่องภาระงานของมารดาร้อยละ 40.7 มารดาต้องทำงานนอกบ้าน (ร้อยละ 39.4) ที่เหลือต้องกลับ

ไปเรียนต่อ ปัญหาเรื่องจิตใจของมารดาร้อยละ 30.7 มีกังวลเรื่องน้ำนมไม่เพียงพอ (ร้อยละ 26.0) เครียดและซึมเศร้า (4.7) ปัญหาเรื่องเต้านมหัวนม

ร้อยละ 28.7 เกิดจากเจ็บหัวนมและหัวนมแตก (ร้อยละ 10.7) นำนมมามาก หัวนมสั้นหรือหัวนมบอดเต้านมคัดตึง ปัญหาเรื่องความเชื่อของมารดา ร้อยละ 28.7 ให้ลูกกินนมผสมเนื่องจากคิดว่า นำนมแม่ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 20.0) ปัญหาของทารกในการกินนมแม่ร้อยละ 28.7 ทารกติดการกินนมจากขวดนม (ร้อยละ 15.3) ปัญหาเรื่องความเชื่อของครอบครัวร้อยละ 24.7 ให้ทารกกินน้ำเมื่อกังวลเรื่องตัวเหลืองหรือเมื่อทารกสะอึก (ร้อยละ 17.3) ให้ทารกกินกล้วย/ข้าว จะได้อิ่มและอยู่ท้อง ให้ทารกกินนมผสม จะได้ฉลาด ปัญหาเรื่องสุขภาพทารกร้อยละ 13.3 ทารกป่วย (ร้อยละ 9.3) ทารกตัวเหลือง ปัญหาเรื่องสุขภาพของมารดาร้อยละ 7.3 เนื่องจากรู้สึกอ่อนเพลีย (ร้อยละ 4.7) ป่วยหรือมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ดังตารางที่ 2

ความพึงพอใจของการให้บริการตอบปัญหาทางสื่อสังคมออนไลน์

ความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดที่มีปัญหาและไม่มีปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีมารดาหลังคลอดส่วนหนึ่งที่ไม่มีปัญหา ได้มีการประเมินความพึงพอใจจากการใช้บริการเรื่องอื่นๆ เพิ่มเติม ได้แก่ การดูแลตนเองหลังคลอด ดูแลทารก วิธีอุ้มทารกให้เรอ และการอาบน้ำทารก โดยตอบปัญหาทางสื่อสังคมออนไลน์ ส่วนใหญ่พึง

พอใจมากที่สุด เรื่องการได้รับความรู้และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงร้อยละ 49.3 และความสะดวกในการถามคำถามร้อยละ 48.0 ระดับพึงพอใจมาก มีความพึงพอใจต่อเนื้อหาการตอบปัญหาร้อยละ 54.7 การรับฟังความคิดเห็นของผู้ถามร้อยละ 50.7 เรื่องความรวดเร็วในการตอบปัญหาร้อยละ 48.7 เรื่องสัมพันธภาพระหว่างผู้ถาม – ตอบ ร้อยละ 46.0 และเรื่องลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ร้อยละ 44.0 ความพึงพอใจของการให้บริการตอบปัญหาทางสื่อสังคมออนไลน์โดยรวมระดับความพึงพอใจมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 54.0 และเมื่อรวมผลการประเมินความพึงพอใจระดับมากและความพึงพอใจมากที่สุดในส่วนของผลประเมินระดับความพึงพอใจโดยรวมคิดเป็นร้อยละ 95.3 ดังตารางที่ 3

■ อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่ามารดาส่วนใหญ่ทำงานนอกบ้านอาชีพส่วนใหญ่รับจ้างหรือพนักงานคิดเป็นร้อยละ 84.7 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับมารดาที่มีอาชีพเป็นลูกจ้างมีความเสี่ยงในการหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ามารดาที่เป็นแม่บ้านหรือมีธุรกิจส่วนตัว⁽²³⁾ และพบว่ามารดาส่วนใหญ่เจ็บหัวนมและหัวนมแตกซึ่ง

ตารางที่ 3 ร้อยละความพึงพอใจของการให้บริการตอบปัญหาทางสื่อสังคมออนไลน์ (N=150)

ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด ร้อยละ	มาก ร้อยละ	ปานกลาง ร้อยละ	น้อย ร้อยละ	ควรปรับปรุง ร้อยละ
ความพึงพอใจต่อเนื้อหาการตอบปัญหา	38.0	54.7	7.3	0	0
การได้รับความรู้และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	49.3	47.3	3.3	0	0
ความรวดเร็วในการตอบปัญหา	44.7	48.7	6.7	0	0
ความสะดวกในการถามคำถาม	48.0	46.0	6.0	0	0
สัมพันธภาพระหว่างผู้ถาม – ตอบ	45.3	46.0	8.7	0	0
การรับฟังความคิดเห็นของผู้ถาม	44.0	50.7	5.3	0	0
ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง	40.7	44.0	15.3	0	0
ความพึงพอใจโดยรวม	54.0	41.3	4.7	0	0

สอดคล้องกับงานวิจัยการไม่มีอาการเจ็บหัวนมจะสัมพันธ์กับความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว⁽¹⁵⁾ ขณะที่การเจ็บหัวนมจะมีผลต่อการสร้างน้ำนมที่ลดลง⁽²⁴⁾ ส่วนปัญหาเรื่องสุขภาพของมารดา ส่วนใหญ่มารดาารู้สึกอ่อนเพลียซึ่งหากมารดาป่วยจะเป็นสาเหตุการหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในช่วงหกเดือนแรก⁽²⁵⁾ ปัญหาเรื่องจิตใจของมารดาส่วนใหญ่มารดากังวลเรื่องน้ำนมไม่เพียงพอซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยน้ำนมไม่พอเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว⁽¹⁵⁾ ปัญหาเรื่องความรู้ของมารดา ส่วนใหญ่เป็นเรื่องการบีบเก็บและการเก็บรักษาหน้านม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยหากมารดาที่มีการศึกษาสูง มีแนวโน้มที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้นานกว่า ส่วนมารดาที่มีการศึกษาน้อยจะมีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะสั้นกว่า⁽¹²⁾ ปัญหาเรื่องภาระงานของมารดาส่วนใหญ่มารดาต้องทำงานนอกบ้านเนื่องจากต้องการหารายได้ ทำให้ต้องกลับไปทำงานเร็ว ซึ่งจะมีผลลบต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แต่ในมารดาที่มีฐานะยากจน หากเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ จะมีอัตราการคงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ถึงสองปีมากกว่า⁽¹¹⁾ ปัญหาเรื่องความเชื่อของมารดาส่วนใหญ่ให้ลูกกินนมผสมเนื่องจากคิดว่าน้ำนมไม่เพียงพอซึ่งการให้ทารกกินนมผงดัดแปลงสำหรับทารกจะสัมพันธ์กับการหยุดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนเวลาอันควร⁽²⁵⁻²⁶⁾ ปัญหาเรื่องสุขภาพทารกส่วนใหญ่ทารกป่วยซึ่งทารกป่วยจะเป็นสาเหตุการหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในช่วงหกเดือนแรก ปัญหาของทารกในการกินนมแม่ส่วนใหญ่ทารกติดการกินนมจากขวดนมหากมีการดูกระตุ้นจากเด็กลูกน้อยจะส่งผลให้มารดาน้ำนมน้อยลง การใช้ลูกนมหลอกในช่วงแรกหลังคลอดจะสัมพันธ์กับการหยุดนมแม่ก่อนเวลาอันควร⁽¹²⁾ ปัญหาเรื่องความเชื่อของครอบครัว ส่วนใหญ่ให้ทารกกินน้ำ เมื่อกังวลเรื่องตัวเหลืองหรือเมื่อทารกสะอึกซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยทารกที่ได้รับน้ำหรือชาสมุนไพรจะมีโอกาสที่ทารกจะได้รับนมชนิดอื่น

เพิ่มขึ้นสามเท่า ซึ่งส่งผลต่ออัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว⁽¹⁵⁾

จากการศึกษาพบว่าความพึงพอใจต่อเนื้อหาการตอบปัญหาทางสื่อสังคมออนไลน์การได้รับความรู้และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ความรวดเร็วในการตอบปัญหา ความสะดวกในการถามคำถาม สัมพันธภาพระหว่างผู้ถาม - ตอบ การรับฟังความคิดเห็นของผู้ถาม ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง โดยรวมพึงพอใจมาก ถึงมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการรณรงค์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำให้สร้างความตระหนัก แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเป็นสถานที่ที่ให้ข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นมีผลทำให้มารดาที่มีความคิดเห็นความรู้มากขึ้น⁽¹⁸⁾ การใช้สื่อสังคมออนไลน์ช่วยให้มารดาสามารถสอบถามเกี่ยวกับการให้นมลูกได้ตลอดเวลา เป็นการสร้างบรรยากาศที่ดีและการสนับสนุนทางจิตใจกันเป็นกลุ่ม และทำให้ระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาวนานขึ้นด้วย⁽¹⁹⁾ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สามารถใช้ข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ได้⁽²⁰⁾ และมีการใช้ประโยชน์จากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการส่งเสริม สนับสนุน และแก้ไขปัญหาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาด้วย⁽²¹⁻²²⁾

ข้อจำกัดของการศึกษา คือ เป็นการศึกษาศึกษาที่สถาบันแห่งเดียว (single center study) ผลการศึกษาอาจมีความแตกต่างตามลักษณะประชากร ดังนั้นการศึกษาต่อไปหากเป็นการศึกษาหลายสถาบัน (multicenter study) จะนำไปใช้ประโยชน์ได้มากยิ่งขึ้น

■ สรุป

พบความชุกของมารดาที่มีปัญหาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร้อยละ 78.0 และปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาเรื่องความรู้ของมารดา และพบว่ามารดาส่วนมากพอใจกับการให้คำปรึกษาทางสื่อสังคมออนไลน์ในระดับมากถึงมาก

ที่สุด

■ กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดีโดยได้รับความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอด ผู้วิจัยขอขอบขอบคุณบุคลากรศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและความเที่ยงตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ขอบขอบคุณการแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ที่เห็นความสำคัญของงานวิจัย และให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Tucker Z, O' Malley C. Mental Health Benefits of Breastfeeding: A Literature Review [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 17]. Available from: https://assets.cureus.com/uploads/review_article/pdf/114239/20220915-26697-1pckbzn.pdf.
2. Mlimi R, Azmoude E, Moraidi M. The Association of Breastfeeding with a Reduced Risk of Postpartum Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 17]. Available from: <https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/bfm.2021.0183>.
3. Unar-Munguia M, Torres-Mejia G, Colchero MA, Gonzalez de Cosio T. Breastfeeding Mode and Risk of Breast Cancer: A Dose-Response Meta-Analysis. *J Hum Lact* 2017;33(2):422-34.
4. Ozsoy S, Aksu H, Akdolun Balkaya N, Demirsoy Horta G. Knowledge and Opinions of Postpartum Mothers About the Lactational Amenorrhea Method: The Turkish Experience. *Breastfeed Med* 2018;13(1):70-4.
5. Sabino JS, Amorim MR, de Souza WM, Marega LF, Mofatto LS, Toledo-Teixeira DA, et al. Clearance of Persistent SARS-CoV-2 RNA Detection in a NFKB-Deficient Patient in Association with the Ingestion of Human Breast Milk: A Case Report. *Viruses* 2022;14(5):1-10. doi: 10.3390/v14051042.
6. Geddes D, Perrella S. Breastfeeding and Human Lactation. *Nutrients* 2019;11.
7. Rito AI, Buoncristiano M, Spinelli A, Salanave B, Kunešová M, Hejgaard T, et al. Association between Characteristics at Birth, Breastfeeding and Obesity in 22 Countries: The WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative - COSI 2015/2017. *Obes Facts* 2019;12(2):226-43.
8. Lee JW, Lee M, Lee J, Kim YJ, Ha E, Kim HS. The Protective Effect of Exclusive Breastfeeding on Overweight/Obesity in Children with High Birth Weight. *J Korean Med Sci* 2019;34(10):e85.
9. Vandyousefi S, Goran MI, Gunderson EP, Khazaei E, Landry MJ, Ghaddar R, et al. Association of breastfeeding and gestational diabetes mellitus with the prevalence of prediabetes and the metabolic syndrome in offspring of Hispanic mothers. *Pediatr Obes* 2019;14(7):e12515.
10. Soke GN, Maenner M, Windham G, Moody E, Kaczaniuk J, DiGuseppi C, et al. Association Between Breastfeeding Initiation and Duration and Autism Spectrum Disorder in Preschool Children Enrolled in the Study to Explore Early Development. *Autism Res* 2019;12(5):816-29.
11. Islam GMR, Igarashi I, Kawabuchi K. Inequality and Mother's Age as Determinants of Breastfeeding Continuation in Bangladesh. *Tohoku J Exp Med* 2018;246(1):15-25.
12. Chang PC, Li SF, Yang HY, Wang LC, Weng CY, Chen KF, et al. Factors associated with cessation of exclusive breastfeeding at 1 and 2 months postpartum in Taiwan. *Int Breastfeed J* 2019;14(18):1-7.

13. Pruszkowska-Przybylska P, Sitek A, Rosset I, Żądzińska E, Sobalska-Kwapis M, Słomka M, et al. The association between socioeconomic status, duration of breastfeeding, parental age and birth parameters with BMI, body fat and muscle mass among prepubertal children in Poland. *Anthropol Anz* 2019;76(5):409-19.
14. Wu X, Gao X, Sha T, Zeng G, Liu S, Li L, et al. Modifiable Individual Factors Associated with Breastfeeding: A Cohort Study in China. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16(5):1-11.
15. Hegazi MA, Allebdi M, Almohammadi M, Alnafie A, Al-Hazmi L, Alyoubi S. Factors associated with exclusive breastfeeding in relation to knowledge, attitude and practice of breastfeeding mothers in Rabigh community, Western Saudi Arabia. *World J Pediatr* 2019;15(6):601-9.
16. Uzuncakmak T, Gökşin İ, Ayaz-Alkaya S. The effect of social media-based support on breastfeeding self-efficacy: A randomised controlled trial *The European journal of contraception & reproductive health care : the official journal of the European Society of Contraception*. U.S. National Library of Medicine [Internet]. 2021 [cited 2022 Oct 17];27(2):159-65. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34251949/>
17. Bridges N, Howell G, Schmied V. Exploring breastfeeding support on social media. *International breastfeeding journal*. U.S. National Library of Medicine [Internet]. 2018 [cited 2022 Oct 17];13:22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29983727/>
18. Skelton KR, Evans R, LaChenaye J, Amsbary J, Wingate M, Talbott L. Exploring social media group use among breastfeeding mothers: Qualitative analysis. *JMIR pediatrics and parenting*. U.S. National Library of Medicine [Internet]. 2018 [cited 2022 Oct 17];1(2):e11344. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31518305/>
19. Mahurin-Smith J. Mothers' perspectives on effective assistance with breastfeeding problems. *Clinical Lactation*. Springer [Internet]. 2016 [cited 2022 Oct 17];7(4):142-7. Available from: <https://connect.springerpub.com/content/sgrcl/7/4/142>
20. Alianmoghaddam N, Phibbs S, Benn C. "I did a lot of Googling": A qualitative study of exclusive breastfeeding support through social media. *Women Birth* 2019;32(2):147-56.
21. Bridges N, Howell G, Schmied V. Exploring breastfeeding support on social media. *Int Breastfeed J* 2018;13(22):1-9.
22. Pellechia K, Soto V, Haake M, Schneider J. Development and Implementation of a Loving Support Makes Breastfeeding Work Social Media Toolkit for WIC Staff. *J Nutr Educ Behav* 2017;49(7 Suppl 2):S212-S3.e1.
23. Skafida V. Juggling work and motherhood: the impact of employment and maternity leave on breastfeeding duration: a survival analysis on Growing Up in Scotland data. *Matern Child Health J* 2012;16(2):519-27.
24. McClellan HL, Hepworth AR, Kent JC, Garbin CP, Williams TM, Hartmann PE, et al. Breastfeeding frequency, milk volume, and duration in mother-infant dyads with persistent nipple pain. *Breastfeed Med* 2012;7(4):275-81.
25. Mendes SC, Lobo IKV, Sousa SQ, Vianna RPT. Factors associated with a shorter duration of breastfeeding. *Cien Saude Colet* 2019;24(5):1821-9.
26. Schliep KC, Denhalter D, Gren LH, Panushka KA, Singh TP, Varner MW. Factors in the Hospital Experience Associated with Postpartum Breastfeeding Success. *Breastfeed Med* 2019;14(5):334-41.

การศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปี 2564

ประภาภรณ์ จังพานิช

วสุรัตน์ พลอยล้วน

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

วันรับ 17 ตุลาคม 2565, วันแก้ไข 2 มีนาคม 2566, วันตอบรับ 7 มีนาคม 2566.

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี 2564 เปรียบเทียบพัฒนาการเด็กปฐมวัย กับปี 2560 ในระดับเขตและระดับประเทศ พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของผู้เลี้ยงดูหลัก พฤติกรรมการใช้คู่มือ DSPM ของผู้เลี้ยงดูหลัก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มตัวอย่างเป็นพ่อหรือแม่หรือบุคคลในครอบครัวที่ใช้เวลาในแต่ละวันในช่วงกลางวันกับเด็กมากที่สุดและดูแลเด็กอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไปและเด็กปฐมวัยที่มีอายุตั้งแต่ 9 เดือนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน จำนวน 5,113 คน โดยสุ่มแบบ Multi-stage stratified sampling จาก 12 เขตสุขภาพทั่วประเทศ ไม่รวมกรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามประเมินภาวะการเจริญเติบโต ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและประเมินพัฒนาการเด็กด้วย DENVER II ผลการศึกษาพบว่า เด็กปฐมวัยไทยมีพัฒนาการสมวัยรวมทุกด้าน ร้อยละ 70.3 เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบเด็ก อายุ 0-2 ปี และ 3-5 ปีมีพัฒนาการสมวัยรวมทุกด้าน ร้อยละ 77.2 และ 63.2 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจ พ.ศ. 2560 พบว่าสถานการณ์พัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัยไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ยังคงต่ำกว่าเป้าหมายประเทศ คือ ร้อยละ 85 ผู้เลี้ยงดูหลักร้อยละ 61.3 ได้รับความรู้คู่มือ DSPM ได้อ่านและใช้คู่มือ DSPM ร้อยละ 37.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาชีพของพ่อ อายุแม่ของเด็กขณะตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ การติดเชื้อของแม่ในระหว่างตั้งครรภ์ อายุของเด็ก เพศของเด็ก เด็กยังกินนมแม่ การเล่นนิทานให้เด็กฟัง การมีครบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็ก และพฤติกรรมการใช้คู่มือ DSPM ของผู้เลี้ยงดูหลัก ข้อเสนอแนะ : รมณรงค์ประชาสัมพันธ์ สร้างกระแสให้ครอบครัว ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีความรู้และเกิดความตระหนักต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กและการฝากท้องก่อน 12 สัปดาห์ พัฒนาระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน หน่วยบริการในระดับพื้นที่ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาศักยภาพครูผู้ดูแลเด็ก หน่วยบริการทุกระดับมีระบบการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพื่อใช้ติดตามวางแผนการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถคืนข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้

คำสำคัญ : เด็กปฐมวัย พัฒนาการสมวัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย

The Study of Situation of Early Childhood Development in Thailand 2021

Prapaporn Jungpanich

Wasurut Ployluan

Bureau of Health Promotion, Department of Health

Received 17 October 2022, Revised 2 March 2023, Accepted 7 March 2023.

Abstract

The aims of this study was to study the situation of early childhood development in 2021. Moreover, there was compared early childhood development in 2017 by the regional and national levels. There were include child care behavior of the primary caretaker, behavior of using the DSPM manual of the primary caretakers and finding out the factors related to early childhood development. The sample were 5,113 parents or family members should spend most of the day daily with the child and take care of the child for at least 6 months and early childhood at aged 9 months to 5 years 11 months 29 days. The multi-stage stratified sampling was randomized from 12 health regional across the country and excluding Bangkok. Data were collected by questionnaire, there include the growth assessments, oral health examinations and child development assessments with DENVER II. The results showed that Thai early childhood had 70.3% that appropriate development of all developmental aspects. While, classified by age group, there was found that Children aged 0-2 and 3-5 years had 77.2% and 63.2% was appropriate development of all aspects, in respectively. For the result, there was compared to the 2017, it was founded that the developmental situation of early childhood in Thailand tends to increase but is still lower than the national target of 85%. Furthermore, 61.3% of the primary caretakers received the DSPM manual, 37.6% of them had read and used the DSPM. According to the factors related to early childhood development, there was statistically significant by occupation of father, age at gestational of mother, first antenatal care before 12 weeks, mother's infection during pregnancy, age and sex of child, breastfeeding, telling stories to children, plaque in oral cavity of child and the behavior of using the DSPM manual of the primary caretakers. For recommendation, the public campaigns need to implementation for families, community and related agencies to create their knowledge and awareness on child development and convince the target to receive antenatal care before 12 weeks that useful to develop a healthy child clinic service system to be of standard quality. The units sectors in the area level should cooperate with relevant agencies to develop the potential of teachers and caregivers. In addition, all levels of units sectors was establish a system for collecting and analyzing early childhood development data come to effective monitoring and planning. Moreover, the information can be returned to the relevant agencies.

Keywords: early childhood, appropriate development, factors related to early childhood development.

■ บทนำ

เด็กเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่ายิ่งต่อการพัฒนาประเทศในอนาคต การที่เด็กจะเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพนั้น เด็กจะต้องมีพัฒนาการที่สมบูรณ์พร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสติปัญญา โดยเฉพาะเด็กปฐมวัยซึ่งเป็นช่วงโอกาสทองของชีวิตที่สมองพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว หากมีปัจจัยใดกระทบกระเทือนในช่วงนี้ จะทำให้เด็กมีโอกาสเกิดความบกพร่องทางพัฒนาการได้ ในส่วนของยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561- 2580)⁽¹⁾ และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564)⁽²⁾ มีเป้าหมายที่สำคัญร่วมกัน คือ การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิตและด้วยนโยบายการขับเคลื่อนประเทศของรัฐบาลที่ต้องการเปลี่ยนแปลงประเทศไทยให้เป็น Thailand 4.0 อันหมายถึง การขับเคลื่อนเศรษฐกิจด้วยนวัตกรรมเพื่อพัฒนาประเทศไปสู่การเป็นประเทศรายได้สูง สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็น และความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพคนไทยให้เติบโตเป็นคนที่มีความคิดสร้างสรรค์ มีความรู้ ความสามารถ มุ่งสร้างการทำงานให้เกิดผลสัมฤทธิ์ มีจิตสาธารณะรับผิดชอบต่อสังคมและมีสุขภาพดี ซึ่งการจะพัฒนาคนให้เติบโตอย่างมีคุณภาพนั้นเป็นที่ทราบกันดีว่า ต้องเริ่มตั้งแต่ช่วงปฐมวัย เป็นช่วงวัยที่สำคัญที่สุดของการเจริญเติบโต โดยเฉพาะด้านสมองซึ่งเติบโตถึงร้อยละ 80 ของผู้ใหญ่ วัยนี้จึงสำคัญและเหมาะสมในการปูพื้นฐานเพื่อยกระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิต

กรมอนามัยมีการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยมาอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ.2542, 2547, 2550, 2553, 2557 และ 2560 พบว่า สถานการณ์พัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัยยังคงที่และมีแนวโน้มลดลงที่ ร้อยละ 71.7, 72.0, 67.7, 73.4, 72.0 และ 67.5 ตามลำดับ⁽³⁾ พัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัยไทยมีอัตราต่ำกว่าสถิติองค์การอนามัยโลก ที่พบ

ร้อยละ 80-85 ของเด็กปฐมวัยทั่วโลก⁽⁴⁾ และไม่บรรลุค่าเป้าหมายตามแผนงานพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิตที่กำหนดไว้ร้อยละ 85 กรมอนามัยเป็นหน่วยงานหลักในด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในทุกช่วงวัยตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาเด็กได้มีนโยบาย แนวทาง แผนงานโครงการต่างๆ ในการขับเคลื่อนการพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ชัดเจนและต่อเนื่องมาตลอด ไม่ว่าจะเป็นบันทึกข้อตกลงความร่วมมือการบูรณาการความร่วมมือ การพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต (กลุ่มเด็กปฐมวัย) นโยบายมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต นโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก การขับเคลื่อนการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ นโยบาย แผนงานโครงการดังกล่าวล้วนมุ่งเน้นการพัฒนาหน่วยบริการให้มีคุณภาพ เด็กปฐมวัยได้รับบริการที่ครบถ้วนมีมาตรฐาน บูรณาการความร่วมมือกับทุกภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการสร้างความรู้ให้กับพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็กในการดูแลอบรมเลี้ยงดูบุตรหลานที่ถูกต้องและเหมาะสม ผ่านโปรแกรม 9 อย่างเพื่อสร้างลูก และการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปี 2564 เพื่อให้ได้ข้อมูลสถานการณ์จริงนำมาใช้ประกอบการพัฒนา การกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนงานต่างๆ ในการพัฒนาเด็กปฐมวัยไทยอย่างรอบด้านต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. ศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี 2564
2. เปรียบเทียบพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี 2564 กับปี 2560 ในระดับเขตและระดับประเทศ
3. ศึกษาพฤติกรรมการเล่นของเด็กของผู้เลี้ยงดูหลัก
4. ศึกษาพฤติกรรมการใช้คู่มือ DSPM

ของผู้เลี้ยงดูหลัก

5. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย

■ วิธีการศึกษา

● **รูปแบบการศึกษา** วิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ณ จุดเวลา ภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Studies)

● **กลุ่มตัวอย่าง** พ่อหรือแม่หรือบุคคลในครอบครัวที่ใช้เวลาในแต่ละวันในช่วงกลางวันกับเด็กมากที่สุดและดูแลเด็กอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไปและเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 9 เดือนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่มีสัญชาติไทย ไม่มีปัญหาทางด้านร่างกายหรือสติปัญญา ไม่มีความพิการแต่กำเนิดที่มีผลต่อพัฒนาการ เช่น ความพิการทางสมอง ภาวะตาบอดหรือหูหนวก ออทิสติก เป็นต้น ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิหลายขั้นตอน (Multi-stage stratified sampling) คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร (Levy & Lemshow, 2013)⁽⁵⁾ ด้วยความเชื่อมั่น 95% เพื่อเป็นตัวแทนระดับเขตและจังหวัด จำนวนข้อมูลในแต่ละเขตสุขภาพ การจัดสรรจำนวนตัวอย่างใช้แบบ Proportional allocation แบ่งให้เป็นไปตามสัดส่วนของจำนวนเด็กแรกเกิด-5 ปี ในแต่ละเขตสุขภาพ ถ้าเขตสุขภาพใดมีจำนวนเด็กแรกเกิด-5 ปีมาก ต้องเก็บข้อมูลมาก จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละเขตสุขภาพสามารถใช้เป็นตัวแทนเขตสุขภาพแต่ละเขตได้จาก 12 เขตสุขภาพ (ชั้นภูมิ) ได้แบ่งจังหวัดในแต่ละเขตสุขภาพเป็น 2 กลุ่มจังหวัดที่มีเด็กเกิดมาก และจังหวัดที่มีเด็กเกิดน้อย ทำการสุ่มมา 1 จังหวัดจากแต่ละกลุ่มโดย Simple Random Sampling (SRS) ได้ 2 จังหวัดต่อเขตสุขภาพ ในแต่ละจังหวัดได้สุ่มตัวอย่างอำเภอ 2 อำเภอโดย SRS ในแต่ละอำเภอที่สุ่มได้จะสุ่มตำบลตัวอย่าง โดย SRS อำเภอละ 4 ตำบล แบ่งเป็นเด็ก 2 กลุ่มอายุ (เด็ก 9 เดือน - 2 ปี 11 เดือน 29 วัน และ เด็ก 3 ปี -

5 ปี 11 เดือน 29 วัน)

● **เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา**

1. แบบสอบถาม Denver II เพื่อใช้สัมภาษณ์ พ่อหรือแม่หรือบุคคลในครอบครัวที่ใช้เวลาในแต่ละวันในช่วงกลางวันกับเด็กมากที่สุดและดูแลเด็กอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูหลักที่บ้าน ข้อมูลแม่ ข้อมูลเด็ก พฤติกรรมการใช้คู่มือ DSPM ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ในด้านความเหมาะสม ความถูกต้อง ความครบถ้วนของเนื้อหาแบบสอบถามจากที่ปรึกษาโครงการวิจัย จำนวน 5 ท่าน

2. การประเมินภาวะการเจริญเติบโต

- เครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิตอลที่มีสเกลบอกค่าน้ำหนักได้ละเอียด 100 กรัม (0.1 กิโลกรัม)
- เครื่องวัดความยาว/ที่วัดส่วนสูง
- กราฟการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 0-5 ปี

3. การตรวจสุขภาพช่องปาก

- ถูงมียาง
- หลอดพลาสติกสำหรับเช็ดดูตรวจจุลินทรีย์

4. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

- 1) ข้อมูลแม่ ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติสุขภาพขณะตั้งครรภ์ ประวัติการคลอด
- 2) ข้อมูลเด็ก ข้อมูลการคลอด เช่น วันเดือนปีเกิด น้ำหนักแรกเกิด ภาวะ Birth Asphyxia ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด โรคประจำตัวของเด็ก

5. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) เป็นคู่มือที่กระทรวงสาธารณสุขจัดทำขึ้นและแจกจ่ายให้กับเด็กเกิดใหม่ทุกคนตามโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพื่อใช้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัย เก็บข้อมูล ดังนี้

- 1) การได้รับคู่มือ DSPM

2) การอ่านคู่มือ DSPM

3) การนำวิธีส่งเสริมพัฒนาการมาฝึกหรือเล่นกับเด็ก

6. แบบประเมินพัฒนาการเด็ก Denver II ประเมินพัฒนาการ 4 ด้าน ด้านสังคมและการช่วยตนเอง ด้านกล้ามเนื้อเล็กและปรับตัว ด้านภาษาและด้านกล้ามเนื้อใหญ่

● **การวิเคราะห์ข้อมูล** ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ mean median Standard deviation และ Quartile deviation และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-Square test Multiple Logistic Regression เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปัจจัยด้านคุณลักษณะบุคคลและสุขภาพแม่ขณะตั้งครรภ์ ปัจจัยด้านเด็ก ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดู

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย รหัสโครงการวิจัย 437/2564 วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2564

■ ผลการศึกษา

1. สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี 2564 และเปรียบเทียบกับปี 2560

เด็กปฐมวัย (0 – 5 ปี) มีพัฒนาการสมวัยรวมทุกด้าน ร้อยละ 70.3 เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านสังคมและการช่วยตนเอง ร้อยละ 94.1 ด้านกล้ามเนื้อเล็กและปรับตัว ร้อยละ 93.1 ด้านภาษา ร้อยละ 81.4 ด้านกล้ามเนื้อใหญ่ ร้อยละ 96.9 พัฒนาการสมวัยรวมทุกด้านจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า เด็กอายุ 0 – 2 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 77.2 เด็กอายุ 3 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 63.2 ตามตารางที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย 7 ครั้ง ปี พ.ศ. 2542, 2547, 2550, 2553, 2557, 2560 และ 2564 พบว่า สถานการณ์พัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัยยังคงที่ ที่ร้อยละ 71.7,

72.0, 67.7, 73.4, 72.0, 67.5 และ 70.3 ตามลำดับ พัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย รายเขตสุขภาพ 12 เขต พบว่า เขตสุขภาพที่ 6 ชลบุรี เพียงเขตเดียวที่บรรลุเป้าหมายตามแผนพัฒนาศักยภาพคนตามช่วงวัย ร้อยละ 85.1 (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 85) และพัฒนาการที่พบสงสัยล่าช้ามากที่สุดในทุกเขตสุขภาพ คือ พัฒนาการด้านภาษาและเมื่อเปรียบเทียบแนวโน้มพัฒนาการสมวัย การสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี พ.ศ.2560 กับ ปี พ.ศ. 2564 พบว่า เขตสุขภาพที่มีพัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้นมี 7 เขต คือ เขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่ เขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์ เขตสุขภาพที่ 4 สระบุรี เขตสุขภาพที่ 8 อุตรดิตถ์ เขตสุขภาพที่ 9 นครราชสีมา เขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี และเขตสุขภาพที่ 12 ยะลา ตามตารางที่ 2

2. ปัจจัยด้านคุณลักษณะบุคคลและสุขภาพแม่ขณะตั้งครรภ์

ผู้เลี้ยงดูหลักส่วนใหญ่เป็นแม่ ร้อยละ 55.9 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.4 อายุเฉลี่ย 40.3 ปี อายุน้อยสุด 12 ปี มากที่สุด 83 ปี การศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 41.5 รายได้ครอบครัวเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 42.4 ครอบครัวได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ร้อยละ 83.6 พ่ออายุระหว่าง 30 – 39 ปี ร้อยละ 41.4 อายุน้อยที่สุด 15 ปี อายุมากที่สุด 66 ปี การศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 51.8 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 58.7 แม่อายุระหว่าง 20 – 35 ปี ร้อยละ 72.8 อายุน้อยที่สุด 15 ปี อายุมากที่สุด 53 ปี การศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 53.5 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 41.1 อายุของแม่ขณะตั้งครรภ์อยู่ในช่วงอายุ 20 – 35 ปี ร้อยละ 74.6 ตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 14.1 มากกว่า 35 ปี ร้อยละ 11.2 แม่ไม่ได้ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 42.2 ส่วนใหญ่แม่คลอดเมื่อครบกำหนด ร้อยละ 91.0 คลอดปกติ ร้อยละ 59.2 ภาวะสุขภาพ

ตารางที่ 1 ร้อยละของเด็กจำแนกตามสถานะพัฒนาการภาพรวม รายด้านและอายุ

พัฒนาการ	รวม	อายุ 0 - 2 ปี	อายุ 3 - 5 ปี
พัฒนาโดยรวมเด็กปฐมวัย			
สมวัย	70.3	77.2	63.2
สงสัยล่าช้า	29.7	22.8	36.8
พัฒนาการรายด้าน			
พัฒนาการสมวัย			
ด้านสังคมและการช่วยตนเอง	94.1	95.9	92.3
ด้านกล้ามเนื้อเล็กและปรับตัว	93.1	95.7	90.4
ด้านภาษา	81.4	87.2	75.4
ด้านกล้ามเนื้อใหญ่	96.9	97.3	96.4
พัฒนาการสงสัยล่าช้า			
ด้านสังคมและการช่วยตนเอง	5.9	4.1	7.7
ด้านกล้ามเนื้อเล็กและปรับตัว	6.9	4.3	9.6
ด้านภาษา	18.6	12.8	24.6
ด้านกล้ามเนื้อใหญ่	3.1	2.7	3.6

ตารางที่ 2 ร้อยละของเด็ก 0 - 5 ปี จำแนกตามสถานะพัฒนาการภาพรวมเขตสุขภาพ เปรียบเทียบกับการศึกษา ปี 2560 และ ปี 2564

เขตสุขภาพที่	ปี 2560		ปี 2564	
	พัฒนาการ		พัฒนาการ	
	สมวัย	สงสัยล่าช้า	สมวัย	สงสัยล่าช้า
1	59.0	41.0	66.4	33.6
2	79.5	20.5	62.6	37.4
3	59.6	40.4	77.0	23.0
4	74.5	25.5	76.4	23.6
5	74.4	25.6	73.6	26.4
6	85.8	14.2	85.1	14.9
7	56.4	43.6	52.7	47.3
8	56.2	43.8	58.1	41.9
9	64.1	35.9	81.4	18.6
10	74.0	26.0	75.5	24.5
11	60.1	39.9	58.6	41.4
12	62.2	37.8	69.4	30.6
รวม	67.5	32.5	70.3	29.7

ขณะตั้งครรภ์พบว่าแม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 11.4 โรคที่พบมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคโลหิตจางและโรคความดันโลหิตสูง แม่มีสภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 6.2 อาการที่พบมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ เลือดออก

จากช่องคลอด เจ็บที่หลังปวดร้าวถึงด้านหน้า บริเวณหัวหน้าและท้องน้อย ปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว แม่ได้รับยาบำรุงขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 97.2 แม่ติดเชื้อในระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ 0.6 พบมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ ติดเชื้อในระบบ

ทางเดินปัสสาวะ ตับอักเสบบและเริ่ม

3. ปัจจัยด้านเด็ก

พบว่า เป็นเด็กเพศหญิง ร้อยละ 51.6 เพศชาย ร้อยละ 48.4 น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 3,043.8 กรัม น้ำหนักน้อยสุด 575 กรัม น้ำหนักมากที่สุด 4,968 กรัม น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 7.9 เด็กเกือบทั้งหมดไม่มีภาวะขาดออกซิเจนเมื่อแรกเกิดที่ 1 นาทีและ 5 นาที เด็กมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดจนต้องนอนโรงพยาบาลร้อยละ 18.1 ภาวะแทรกซ้อน 3 อันดับแรก ได้แก่ ตัวเหลืองส่องไฟ, ได้รับออกซิเจน, ตัวเหลืองส่องไฟได้รับออกซิเจน มีโรคประจำตัว ร้อยละ 4.4 โรคประจำตัว 3 อันดับแรก ได้แก่ หอบหืด, G6PD, ภูมิแพ้ มีประวัติการเจ็บป่วยต้องนอนโรงพยาบาลในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา ร้อยละ 17.5 การเจ็บป่วย 3 อันดับแรก ได้แก่ ไข้สูงชักเกร็ง โรคหอบหืด ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เด็กส่วนใหญ่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 70.4 ภาวะการเจริญเติบโตพบว่า เด็กส่วนใหญ่มีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ร้อยละ 74.9 ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ ร้อยละ 80.4 สมส่วน ร้อยละ 74.7 ผอม ร้อยละ 3.4 เริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 11.7 เตี้ย ร้อยละ 5.1 ผลการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กไม่มีฟันผุ ร้อยละ 52.5 ฟันมีคราบจุลินทรีย์ ร้อยละ 51.4

4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดู

เด็กเกือบทั้งหมดเคยกินนมแม่ ร้อยละ 92.2 และมีเด็กบางคนที่ยังคงกินนมแม่อยู่ในปัจจุบัน ร้อยละ 12.8 เด็กมีหนังสือนิทานหรือหนังสือภาพ ร้อยละ 56.7 มีสมาชิกในครอบครัวอ่านหนังสือหรือดูสมุดภาพกับเด็ก ร้อยละ 53.6 เล่นนิทาน/เล่าเรื่องต่างๆ ให้เด็กฟัง ร้อยละ 51.3 เล่นกับเด็ก ร้อยละ 94.3 สิ่งที่เด็กส่วนใหญ่เล่นเมื่อเด็กอยู่ที่บ้าน ได้แก่ ของเล่นจากร้านค้าหรือผลิตจากโรงงานและเครื่องใช้ภายในครัวเรือน ร้อยละ 34.2 ครอบครัวมีการร้องเพลงให้เด็กฟังหรือร้อง

เพลงกล่อมเด็ก ร้อยละ 74.8 ให้เด็กดูโทรทัศน์ ร้อยละ 68.0 จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยเด็กดูโทรทัศน์ในช่วงวันจันทร์-ศุกร์ 1.3 ชั่วโมง ช่วงวันเสาร์-อาทิตย์ 1.4 ชั่วโมง เด็กดูโทรทัศน์นานที่สุด 10 ชั่วโมง น้อยที่สุด 0.1 ชั่วโมง เด็กส่วนใหญ่เล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ ร้อยละ 76.1 จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยต่อวันที่เด็กเล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ 1.5 ชั่วโมง ผู้เลี้ยงดูหลักได้รับคู่มือ DSPM ร้อยละ 61.3 ในกลุ่มที่ได้รับคู่มือ DSPM ได้อ่านคู่มือแล้ว ร้อยละ 68.6 อ่านเป็นเดือนๆ ตามอายุลูก ร้อยละ 56.5 ได้นำวิธีส่งเสริมพัฒนาการในคู่มือ DSPM มาใช้กับเด็กนานๆ ครั้ง ร้อยละ 69.3 และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูหลักที่ได้จากตัวแปร 3 ตัวร่วมกัน ได้แก่ การได้รับคู่มือ DSPM การอ่านคู่มือ DSPM และการใช้คู่มือ DSPM จะพบว่า กลุ่มที่ได้รับคู่มือ ได้อ่านคู่มือ และใช้คู่มือ ร้อยละ 37.6 กลุ่มที่ได้รับคู่มือและอ่านคู่มือแต่ไม่ใช้คู่มือ ร้อยละ 4.4 กลุ่มที่ได้รับคู่มือแต่ไม่อ่านคู่มือ ร้อยละ 19.3

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple logistic Regression) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุของเด็ก เพศของเด็ก เด็กยังคงกินนมในปัจจุบัน พฤติกรรมการใช้คู่มือ DSPM ของผู้เลี้ยงดูหลัก ขั้นตอนต่อไปใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุคูณแบบ Backward Wald เพื่อเลือกปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติไว้ในตัวแบบโลจิสติกพหุคูณ หลังจากปรับด้วยอิทธิพลจากปัจจัยอื่นๆ ปัจจัยที่ยังคงมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาชีพของพ่อ อายุแม่ของเด็กขณะตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ การติดเชื้อของแม่ในระหว่างตั้งครรภ์ อายุของเด็ก เพศของ

เด็ก เด็กยังคงกินนมแม่ในปัจจุบัน การเล่านิทาน/ เล่าเรื่องต่างๆ ให้เด็กฟัง การมีครอบครัวในวัยใน ช่องปากของเด็ก พฤติกรรมการใช้คู่มือ DSPM ของผู้เลี้ยงดูเด็ก เด็กที่พ่อแม่ไม่ได้ทำงาน/ พ่อบ้านมี ความเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเป็น 1.41 เท่าของพ่อแม่ที่รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/บริษัท เอกชน/เจ้าของกิจการ เด็กที่แม่มีอายุขณะ ตั้งครรภ์น้อยกว่า 20 ปี และอายุมากกว่า 35 ปี ขณะตั้งครรภ์ มีความเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการ สงสัยล่าช้า 1.12 เท่า และ 1.38 เท่าตามลำดับของ เด็กที่แม่มีอายุขณะตั้งครรภ์ 20 – 35 ปี เด็กที่แม่ ไม่ได้ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ มีความเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 1.18 เท่าของ เด็กที่แม่ได้ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ เด็กที่แม่มีการติดเชื้อในระหว่างตั้งครรภ์มีความเสี่ยงพัฒนาการสงสัยล่าช้า 2.67 เท่าของแม่ที่ไม่มีการติดเชื้อในระหว่างตั้งครรภ์ เด็กที่อายุ 3 – 5 ปี มีความเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 1.94 เท่าของเด็กอายุ 0 – 2 ปี เด็กชายมีความเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 1.71 เท่าของ เด็กหญิง เด็กที่ไม่ได้กินนมแม่อยู่ในปัจจุบันมีความเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 1.36 เท่าของเด็กที่ยังคงกินนมแม่ในปัจจุบัน เด็กที่ไม่มีคนในครอบครัวเล่านิทาน/เล่าเรื่องต่างๆ ให้ฟังมีความเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 1.28 เท่าของเด็กที่มีคนในครอบครัวเล่านิทาน/เล่าเรื่อง ต่างๆ ให้ฟัง เด็กที่มีครอบครัว (ซีฟัน) มีความเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 1.24 เท่าของ เด็กที่ไม่มีครอบครัว เด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักได้รับคู่มือ DSPM และได้อ่านคู่มือแต่ไม่ได้ใช้คู่มือเพื่อนำวิธีส่งเสริมพัฒนาการมาฝึกหรือเล่นกับเด็ก มีความเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 1.15 เท่าของเด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักได้รับคู่มือ DSPM ได้อ่าน และใช้คู่มือ ส่วนเด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักไม่ได้รับคู่มือ DSPM มีความเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 1.27 เท่าของเด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักได้รับคู่มือ DSPM ได้อ่านและได้ใช้คู่มือ DSPM

■ อภิปรายผล

สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปี 2564 พบว่าเด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 70.3 เมื่อเปรียบเทียบกับ การสำรวจสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย 6 ครั้งที่ผ่านมา ปี 2542, 2547, 2550, 2553, 2557, 2560 พบว่า พัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัยไม่มีความแตกต่าง⁽³⁾ ยังคงที่ แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก ปี 2560 กับปี 2564 ที่ ร้อยละ 71.7, 72.0, 67.7, 73.4, 72.0, 67.50 และ 70.3 ตามลำดับ นั้นหมายความว่าพัฒนาการสมวัย เด็กปฐมวัยไทยมีอัตราต่ำกว่าสถิติองค์การอนามัยโลกที่พบว่า ร้อยละ 80-85 ของเด็กปฐมวัยทั่วโลกมีพัฒนาการสมวัย⁽⁴⁾ และไม่บรรลุค่าเป้าหมาย แผนงานพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิตที่กำหนดพัฒนาการสมวัยไว้ที่ ร้อยละ 85

พัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัยรายเขตสุขภาพ 12 เขต พบว่า เขตสุขภาพที่ 6 ชลบุรีเพียงเขตเดียวที่บรรลุค่าเป้าหมายตามแผนงานพัฒนา ศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิตที่ร้อยละ 85.1 (ค่าเป้าหมายร้อยละ 85) เมื่อเปรียบเทียบแนวโน้มพัฒนาการสมวัยการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี พ.ศ. 2560 กับปี พ.ศ. 2564 พบว่า เขตสุขภาพที่มีพัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้นมี 7 เขตสุขภาพ ตามตารางที่ 2 สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปี 2564 พบว่า ในภาพรวมเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 29.7 เมื่อพิจารณา รายด้านพบเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษา มากที่สุด ร้อยละ 18.6 รองลงมาเป็นพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านกล้ามเนื้อเล็กและปรับตัวด้าน สังคมและการช่วยตนเองและด้านกล้ามเนื้อใหญ่ ร้อยละ 6.9, 5.9 และ 3.1 ตามลำดับและพบสัดส่วน ของเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าสูงขึ้นในกลุ่มเด็กที่มีอายุมากขึ้น ทั้งภาพรวมและรายด้าน ตาม ตารางที่ 1 สอดคล้องกับการศึกษาเมื่อปี 2560 จาก สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยที่ยังคงที่ไม่บรรลุค่าเป้าหมาย แม้ว่าในปี 2564 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นก็ยังถือเป็นสิ่งที่ท้าทายที่ต้องหาทางแก้ไขและ

ส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยไทยมีพัฒนาการที่สมวัยเพิ่มขึ้น ทั้งในเรื่องของการมีนโยบายที่ต่อเนื่อง การกำหนดแนวทางการดำเนินงาน มาตรการที่เกี่ยวข้องกับเด็ก สอดคล้องกับการพัฒนาเด็กปฐมวัยของประเทศไทยเป็นสิ่งที่รัฐบาลให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่อง มีการดำเนินงานเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันหลายภาคส่วน ซึ่งในส่วนของภาครัฐ มีกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลัก นอกจากนี้ยังมีกฎหมายนโยบายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องด้านเด็กปฐมวัยตั้งแต่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 – 2580) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564) และพระราชบัญญัติการพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2562 สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นเครื่องกำกับให้การดำเนินงานด้านเด็กปฐมวัยของประเทศเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และในปี 2564 คณะกรรมการนโยบายการพัฒนาเด็กปฐมวัยได้จัดทำแผนพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2564 – 2570 กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ในการพัฒนาเด็กปฐมวัยของประเทศให้เป็นเอกภาพและมีความเชื่อมโยงกับทุกกระทรวงและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนในลักษณะของการบูรณาการเป็นแนวทางการดำเนินงานสำหรับหน่วยงานทุกระดับ ทั้งในระดับนโยบายจนถึงระดับปฏิบัติ ลดความซ้ำซ้อนเพื่อให้เด็กปฐมวัยทุกคนได้รับการพัฒนาอย่างรอบด้านเต็มตามศักยภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ วินัย อารมณ์ สังคมและสติปัญญาให้สมกับวัยอย่างมีคุณภาพและเท่าเทียม⁽⁶⁾ ซึ่งถ้าสามารถทำได้ตามแผนพัฒนาเด็กปฐมวัยและเกิดการบูรณาการการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานอย่างเป็นระบบทั้งในระบบชาติ ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่นในอนาคตเด็กปฐมวัยไทยก็จะมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้น

พัฒนาการสงสัยล่าช้า โดยเฉพาะด้าน

ภาษาเป็นปัญหาเรื้อรังของประเทศไทยที่พบมากที่สุดในทุกเขตสุขภาพและทุกการสำรวจสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยทั้ง 7 ครั้ง มีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่า เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการสงสัยล่าช้า มีความเชื่อมโยงกับการไม่ได้รับการเลี้ยงดูและการกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม ปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก คือ การอ่านหนังสือร่วมกับเด็กจะส่งผลบวกด้านสติปัญญามากกว่า 6 จุด⁽⁷⁾ สอดคล้องกับนโยบายของกรมอนามัยที่ส่งเสริมพัฒนาการเด็กไทยโดยสนับสนุนให้พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็กจัดกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า ร่วมกับเด็ก ส่วนพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูเด็กในการศึกษาครั้งนี้พบว่า เด็กที่เคยกินนมแม่และปัจจุบันยังกินนมแม่อยู่ ร้อยละ 12.8 เด็กมีหนังสือนิทานหรือหนังสือภาพ ร้อยละ 56.7 ให้เด็กดูโทรทัศน์ ร้อยละ 68.0 ในช่วงวันจันทร์ – ศุกร์ เฉลี่ย 1.3 ชั่วโมง ช่วงเสาร์ – อาทิตย์ เฉลี่ย 1.4 ชั่วโมง เล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ร้อยละ 76.1 เฉลี่ย 1.5 ชั่วโมงต่อวัน แสดงให้เห็นว่าสังคมไทยยังคงใช้โทรทัศน์และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการเลี้ยงดูเด็ก ทำให้เด็กเสียโอกาสที่จะพัฒนาทักษะต่างๆ เช่น การเคลื่อนไหว ทักษะทางสังคม การแก้ปัญหา ความคิดสร้างสรรค์ และพบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดูเด็กที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัยคือ เด็กที่ไม่ได้กินนมแม่อยู่ในปัจจุบันมีความเสี่ยงต่อการพัฒนาการสงสัยล่าช้า 1.36 เท่าของเด็กที่กินนมแม่ในปัจจุบัน ซึ่งประโยชน์ของนมแม่ก็เป็นที่น่าทึ่งว่า เป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับเด็ก มีสารอาหารที่ครบถ้วนและเหมาะสมกับทารก ช่วยส่งเสริมการสร้างสมองและระบบประสาทช่วยในการส่งเสริมพัฒนาการ⁽⁸⁾ พบว่าเด็กที่ไม่มีคนในครอบครัวเล่านิทาน/เล่าเรื่องต่างๆ ให้ฟังมีความเสี่ยงต่อการพัฒนาการสงสัยล่าช้าเป็น 1.28 เท่าของเด็กที่มีคนในครอบครัวเล่านิทาน/เล่าเรื่องต่างๆ ให้ฟัง อาจเป็นเพราะว่า การเล่านิทาน/เล่าเรื่องต่างๆ ให้เด็กฟังช่วยจุดประกายความสนใจที่มีต่อหนังสือให้เกิด

ขึ้นในใจเด็ก เป็นสื่อกลางสร้างความผูกพันระหว่างพ่อแม่ลูก ความสุขและความอบอุ่นในครอบครัว เด็กได้ฟังเรื่องราวต่างๆ เป็นประจำ ช่วยให้เด็กเป็นคนช่างคิด ช่างถามและพร้อมที่จะเรียนรู้ในทุกๆ เรื่อง ช่วยพัฒนาทักษะการฟังและการพูด ทั้งยังฝึกสมาธิให้เด็กรู้จักสำรวมใจให้จดจ่ออยู่กับเรื่องที่ฟัง ซึ่งเป็นพื้นฐานการเตรียมความพร้อมด้านการอ่านหนังสือและปลูกฝังนิสัยรักการอ่านให้แก่เด็กไปพร้อมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา บุญเจียม⁽⁹⁾ ที่พบว่า การเล่านิทานมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในส่วนของพฤติกรรมการใช้คู่มือ DSPM ของผู้เลี้ยงดูหลัก พบว่า ได้รับคู่มือ ร้อยละ 61.8 ในกลุ่มที่ได้รับคู่มือ DSPM มีเพียงร้อยละ 37.6 ได้อ่านคู่มือและใช้คู่มือ และพบว่าพฤติกรรมการใช้คู่มือ DSPM ของผู้เลี้ยงดูหลักเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย เด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักได้รับคู่มือ DSPM และได้อ่านคู่มือ แต่ไม่ได้ใช้คู่มือเพื่อนำวิธีส่งเสริมพัฒนาการมาฝึกหรือเล่นกับเด็กมีความเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 1.15 เท่าของเด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักได้รับคู่มือ DSPM ได้อ่านและใช้คู่มือ ส่วนเด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักไม่ได้รับคู่มือ DSPM มีความเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 1.27 เท่าของเด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักได้รับคู่มือ DSPM ได้อ่านและได้ใช้คู่มือ DSPM สอดคล้องกับผลการประเมินโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าพฤติกรรมการใช้คู่มือ DSPM ของผู้เลี้ยงดูหลักมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย การได้รับคู่มือ DSPM ถือเป็นประเด็นที่น่าสนใจ ด้วยเป็นเครื่องมือที่ครอบครัวเด็กเกิดใหม่ทุกครอบครัวต้องได้รับและเป็นสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็กใช้เป็นแนวทางการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่าง

ต่อเนื่อง ในการศึกษาครั้งนี้ ได้รับเพียงร้อยละ 61.8 หน่วยบริการทุกระดับต้องเร่งรัดการจ่ายคู่มือ DSPM ให้ครอบคลุมมากขึ้น

ปัจจัยด้านเด็ก พบว่า เด็กมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 7.9 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาปัจจัยมีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560 พบร้อยละ 9.1 และการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562 พบร้อยละ 11.1 มีแนวโน้มที่ดีขึ้น แต่ก็ไม่บรรลุค่าเป้าหมายทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม \leq ร้อยละ 7 น้ำหนักแรกเกิดของทารกเป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงสุขภาพและภาวะโภชนาการของผู้เป็นแม่ และเป็นตัวชี้วัดของโอกาสการมีชีวิตรอด การเจริญเติบโตสุขภาพในระยะยาว การมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม โดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์ ทำให้เกิดความเสี่ยงด้านสุขภาพและพัฒนาการของเด็ก ส่งผลเสียต่อสุขภาพที่หลากหลายซึ่งรวมไปถึงการเจริญเติบโตเชิงเส้นแบบเตี้ยแคระแกร็น (Stunted linear growth) ในวัยเด็กและส่งผลกระทบต่อระยะยาวสู่วัยผู้ใหญ่ เช่น มีความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง ไม่ว่าจะเป็นโรคอ้วน โรคเบาหวาน ปัญหาหัวใจและหลอดเลือด⁽¹¹⁾ ในกระบวนการฝากครรภ์ หน่วยบริการควรมีระบบการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ อย่างจริงจังและแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบตามแนวทางฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565⁽¹²⁾ ในส่วนของภาวะการเจริญเติบโตพบเด็กปฐมวัยเตี้ย ร้อยละ 5.1 เป้าหมาย \leq ร้อยละ 10.0 ผอมร้อยละ 3.4 เป้าหมาย \leq ร้อยละ 5.0 เริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 11.7 เป้าหมาย \leq ร้อยละ 9.0 จะมีเพียงร้อยละเด็กปฐมวัยเริ่มอ้วนและอ้วนสูงเกินค่าเป้าหมาย แต่ถ้าเปรียบเทียบกับการศึกษาสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562 จะพบว่า ภาวะทพโภชนาการทั้ง 3 ดัชนีมีค่าสูงเกินค่าเป้าหมายที่กำหนด ดังนี้ เตี้ยร้อยละ 13.3 ผอมร้อยละ 7.7 เริ่มอ้วนและอ้วน

ร้อยละ 9.2 ภาวะทุพโภชนาการของเด็กต่ำกว่า 5 ปี เป็นสิ่งสะท้อนถึงสุขภาพโดยรวมของเด็กและเป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ เด็กที่ขาดสารอาหารมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตด้วยโรคระบบทางเดินหายใจและทางเดินอาหาร ส่วนเด็กที่มีชีวิตรอดจะเจ็บป่วยบ่อยและจะทำให้การเจริญเติบโตชะงัก ดังนั้น การส่งเสริมภาวะโภชนาการและการเจริญเติบโตในเด็กปฐมวัยเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาทุนมนุษย์⁽¹³⁾ ปัจจัยด้านเด็กที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อายุของเด็ก การมีคราบจุลินทรีย์ (ซีฟัน) พบว่า เด็กอายุ 3-5 ปี มีความเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 1.94 เท่าของเด็กอายุ 0-2 ปี และเด็กที่มีคราบจุลินทรีย์ในช่องปากมีความเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 1.24 เท่าของเด็กที่ไม่มีคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเด็กปฐมวัยไทยมีพัฒนาการล่าช้ามากที่สุดคือ เด็กอายุ 3-5 ปี และเป็นช่วงอายุตามทฤษฎีพัฒนาการของ Erikson ที่พบว่าวัยนี้สามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ด้วยตนเองมากขึ้น มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ทำสิ่งใหม่ๆ พบปัญหาใหม่ๆ มากขึ้น เด็กจะพยายามลองผิดลองถูกและคิดแก้ปัญหาด้วยตนเอง หากเด็กไม่มีโอกาสได้ทำหรือไม่ได้รับการแนะนำที่ถูกต้อง หรือถูกทำโทษ เด็กก็จะไม่กล้าคิดกล้าทำ เด็กช่วงอายุ 3-5 ปี จึงมีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มเด็ก 0-2 ปี ส่วนเรื่องคราบจุลินทรีย์อาจเป็นเพราะถ้ามีการสะสมของแผ่นคราบจุลินทรีย์ พฤติกรรมการกินอาหารที่ไม่เหมาะสมและการดูแลสุขภาพช่องปากไม่ดีพอจะทำให้เกิดฟันผุ เด็กอาจไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ตามปกติ บ่มเพาะนิสัยการกินแต่อาหารนิ่ม ส่งผลให้ไม่ชอบกินผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ซึ่งต้องใช้แรงบดเคี้ยวเกิดภาวะขาดอาหาร ตัวเล็กโตช้ากว่าเกณฑ์ส่งผลต่อสุขภาพเด็ก⁽¹⁴⁾ ทั้ง 2 ประเด็นสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา บุญเยี่ยม⁽⁹⁾ ที่พบว่า อายุของเด็กและฟันผุมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย อีกปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับ

พัฒนาการของเด็กปฐมวัยคือ เพศของเด็ก พบว่า เด็กชายมีความเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 1.71 เท่าของเด็กหญิง อาจเป็นเพราะพัฒนาการในการเจริญเติบโตทุกอย่างของเด็กหญิงจะเป็นไปอย่างรวดเร็วกว่าในเด็กชายในช่วงวัยเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิถ และบุษบา อรรถาวีร์⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า เด็กหญิงมีโอกาสที่พัฒนาการล่าช้าลดลงเมื่อเทียบกับเด็กชาย ร้อยละ 30

การศึกษานี้ยังพบว่า อาชีพของพ่อ อายุแม่ของเด็กขณะตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ และการติดเชื้อมาแม่ในระหว่างตั้งครรภ์เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ดังนี้ เด็กที่พ่อไม่ได้ทำงาน/พ่อบ้านมีความเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเป็น 1.41 เท่าของพ่อที่รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/บริษัทเอกชน/เจ้าของกิจการ สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา พัฒนพงศ์ธร และวันวิสาห์ แก้วเชิงชัน⁽³⁾ ที่พบว่า เด็กปฐมวัยที่พ่อมืออาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ เด็กจะมีโอกาสมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็กที่พ่อไม่ได้ทำงานหรือเป็นพ่อบ้าน 1.61 เท่า นอกจากนั้น การศึกษาต่างๆ ที่ผ่านมามีพบว่าอาชีพของพ่อมีความเกี่ยวข้องกับการศึกษา การมีความรู้ของพ่อและความสามารถในการหารายได้มาจุนเจือครอบครัว ทำให้เด็กได้รับการอบรมเลี้ยงดูที่ดี ครอบครัวไม่ต้องเผชิญกับภาวะเครียด ดังนั้น แม้ว่าอาชีพของพ่อในบางครอบครัวอาจไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ แต่อาจใช้เป็นข้อมูลสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนให้ความช่วยเหลือ การให้บริการให้คำแนะนำต่างๆ เพื่อให้เด็กได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมทำให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้น ส่วนเด็กที่แม่อายุมากกว่า 20 ปี ขณะตั้งครรภ์และเด็กที่แม่อายุมากกว่า 35 ปี ขณะตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 1.12 เท่า และ 1.38 เท่า ตามลำดับของเด็กที่แม่ที่อายุ 20 - 35 ปี ขณะ

ตั้งครรภ์ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ช่วงวัย 20 – 35 ปี เป็นช่วงวัยที่เหมาะสมกับการตั้งครรภ์ สามารถเลี้ยงดูบุตรให้มีพัฒนาการสมวัย เนื่องจากมีความพร้อมในการเลี้ยงดู รวมทั้งสภาพร่างกายที่เหมาะสมและสามารถสืบค้นข้อมูลมาใช้ประกอบการเลี้ยงเด็กได้ดีกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของพนิต โล่เสถียรกิจ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า แม่ที่มีอายุ 36 ปีขึ้นไป ขณะตั้งครรภ์มีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการล่าช้ามากกว่าแม่ที่อายุเมื่อตั้งครรภ์อยู่ระหว่าง 20 – 35 ปี 1.2 เท่า ส่วนการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ พบว่า แม่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 57.8 ซึ่งไม่บรรลุลค่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ร้อยละ 75 และพบว่า เด็กที่แม่ไม่ได้ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์มีความเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 1.18 เท่าของเด็กที่แม่ได้ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560 พบว่า การฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ ลดลงจากร้อยละ 64.4 เป็นร้อยละ 57.8 ทั้งนี้บางส่วนอาจเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่กล้าเดินทางออกจากบ้าน เนื่องจากกลัวว่าจะเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อในระหว่างการเดินทาง หรือในขณะที่รับบริการฝากครรภ์ที่สถานพยาบาล และจะก่อให้เกิดอันตรายต่อทารกในครรภ์⁽¹⁷⁾ นอกจากนี้ยังพบการติดเชื้อของแม่ในระหว่างตั้งครรภ์ในการศึกษานี้แม่จะพบเพียงร้อยละ 0.6 แต่เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย เด็กที่แม่มีการติดเชื้อในระหว่างตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 2.67 เท่าของเด็กที่แม่ไม่มีการติดเชื้อในระหว่างตั้งครรภ์ ดังนั้น ควรมีการเร่งรัดประชาสัมพันธ์ให้แม่มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ รวมไปถึงการให้

ความรู้ช่วงวัยที่เหมาะสมกับการตั้งครรภ์และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ประสานความร่วมมือ อสม. ในการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการการตรวจคัดกรองที่จำเป็นและการประเมินความเสี่ยงตามช่วงอายุครรภ์ ได้รับคำแนะนำให้รู้จักเฝ้าระวังความเสี่ยงด้วยตนเอง ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองและสุขภาพของเด็กในครรภ์⁽¹²⁾ ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยเต็มตามศักยภาพ

■ ข้อเสนอแนะ:

1. รณรงค์ประชาสัมพันธ์ สร้างกระแสให้ครอบครัว ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความรู้และเกิดความตระหนักต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กและการฝากท้องเร็วก่อน 12 สัปดาห์
2. พัฒนาระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีให้มีคุณภาพได้มาตรฐานเน้นการคัดกรองพัฒนาการ การสอนและฝึกทักษะให้พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็กใช้คู่มือ DSPM ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กและการอบรมเลี้ยงดูเด็กที่ถูกต้องเหมาะสม
3. หน่วยบริการในระดับพื้นที่ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาศักยภาพ ครูผู้ดูแลเด็กให้มีความรู้ ทักษะในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาภาวะการเจริญเติบโต การดูแลสุขภาพช่องปากและการใช้หนังสือในเด็กนำไปสู่การจัดกิจกรรมให้กับเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เพื่อให้เด็กมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย
4. หน่วยบริการทุกระดับมีระบบการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพื่อใช้ติดตามวางแผนการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถคืนข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579) ด้านสาธารณสุขฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 (พ.ศ.2561). กรุงเทพฯ: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561.
2. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ.2560 – 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2560.
3. จินตนา พัฒนพงศ์ธร, วันวิสาห์ แก้วแข็งขัน. รายงานการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2561.
4. นิชชา เรื่องดารกานนท์. พัฒนาการและชาวปัญญาของเด็กไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย; 2551.
5. Levy PS and Lemshow S. Sampling of Populations : Methods and Applications. New York: John Wiley & Sons; 2013.
6. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. แผนพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ.2564 – 2570. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา; 2564.
7. Kobayakov S, Fotolia. Diet, parental behavior and preschool can boost children's IQ. Association for Psychological Science; 2013.
8. อรพร คำรงวงศ์ศิริ. โภชนาการในเด็กปฐมวัย. ใน: จำรูญ ตั้งกิริติชัย และธีรเดช คุปตานนท์, บรรณาธิการ. คู่มือเด็กปฐมวัย. กรุงเทพมหานคร: อาชนพริ้นติ้ง; 2553. หน้า 75.
9. สุพัตรา บุญเจียม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2565;14(1):40–60.
10. ประภาภรณ์ จังพานิช, วสุรัตน์ พลอยล้วน. รายงานผลการประเมินโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2564.
11. Watkins WJ, Kotecha SJ, Kotecha S. ALL-Cause Mortality of Low Birthweight Infants in Infancy, Childhood, and Adolescence : Population Study of England and Wales. PLOS Medicine [Internet]. 2016 [cited 2022 May 20]. Available from: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article/authors?id=10.1371/journal.pmed.1002018>
12. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. คู่มือการฝากครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2565.
13. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานผลการสำรวจสถานการณเด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ.2562. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ ; 2563.
14. นันทนา ศรีอุดมพร, ศันสนีย์ ติระลักนานนท์, ชุตติมา ธีระเรืองไชยศรี. การดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัย. ใน: จำรูญ ตั้งกิริติชัย, ธีรเดช คุปตานนท์. บรรณาธิการ. คู่มือเด็กปฐมวัย. กรุงเทพมหานคร: อาชน พริ้นติ้ง; 2553. หน้า 34-6.
15. บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิถ, บุษบา อรรถาวีร์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย : ศูนย์อนามัยที่ 5. วารสารเกื้อการุณย์ 2563;27(1):59–70.
16. พนิด ไล่เสถียรกิจ. สถานการณพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย. ชลบุรี: ศูนย์อนามัยที่ 3 กรมอนามัย; 2558.
17. สุปิยา วิริไฟ, พิมลดา ลัดดางาม. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) และการตั้งครรภ์ : ความท้าทายของพยาบาลผดุงครรภ์. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม 2564;22(43):89–102.

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ตามแนวชายแดนไทย – กัมพูชา ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาอำเภอทาบเซียง จังหวัดสุรินทร์

ธานี นามม่วง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

วันรับ 26 มกราคม 2566, วันแก้ไข 2 มีนาคม 2566, วันตอบรับ 7 มีนาคม 2566

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ และปัจจัยที่ส่งผลต่อรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย – กัมพูชาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาอำเภอทาบเซียง จังหวัดสุรินทร์ 2) พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย-กัมพูชาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาอำเภอทาบเซียง จังหวัดสุรินทร์ และ 3) ประเมินรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย – กัมพูชาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาอำเภอทาบเซียง จังหวัดสุรินทร์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมวิจัย เป็นการศึกษาจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิ และทุติยภูมิ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 148 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้เกณฑ์ ร้อยละ 15 เป็นการสุ่มอย่างง่าย บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 22 คน และผู้นำชุมชน/ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล/กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 24 คนเป็นการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก แบบสนทนากลุ่มและแผนการพัฒนาการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจง ความถี่ ค่าร้อยละ การทดสอบค่าทีและการวิเคราะห์เชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า สภาพปัจจุบันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.17 มีทัศนคติในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง มีการปฏิบัติในการดำเนินงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.41 มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากทุกด้าน ปัจจัยที่สนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ผลการพัฒนาูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย – กัมพูชาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีข้อสรุปถึงรูปแบบที่เหมาะสม ประกอบด้วย 1) ด้านการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความมั่นใจ และความตระหนักในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย – กัมพูชา 2) ด้านการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย-กัมพูชาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่องร่วมกับการมี อสม.พี่เลี้ยง หรือ อสม.บัดดี้ 3) ด้านการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย 4) ด้านการสื่อสารและนิเทศติดตามกำกับและคืนข้อมูลสู่ชุมชน จากผลการประเมินการพัฒนาูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน ไทย – กัมพูชาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ย ความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติในการดำเนินงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคติดต่อในชุมชน ระหว่าง ก่อน และหลังการพัฒนา คะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนา สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

คำสำคัญ : รูปแบบ การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ชายแดนไทย – กัมพูชา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

The Development of Surveillance Prevention and control protocol of transmission diseases by village health volunteer in Kab Choeng district, Surin Province

Thanee Nammuang

Surin Provincial Public Health Office

Received 26 January 2023, Revised 2 March 2023, Accepted 7 March 2023.

Abstract

This research aimed to 1) study the situations and factors which can affect the surveillance prevention and control protocol of transmission diseases in Karp Cheong district, surin province 2) develop the surveillance prevention and control protocol of transmission diseases by village health volunteers in Kap Cheong district, Surin Province and 3) evaluate the surveillance prevention and control protocol of transmission diseases by village health volunteers in Karp Cheong district, Surin Province. The researcher collected and studied from primary data sources, quantity and quality secondary data sources. The sample consists of 148 village health volunteer in Karp Cheong district (15% simple randomization), 22 Public health personnel working in hospitals district health, and 24 community leaders/sub-district administrative organization representatives/kamnan/village headman which are purposive sampling. The data was conducted by an interview in-depth questionnaire, focus group discussion and development plan data, analyzed by frequency distribution, means, standard deviation, T-test and descriptive analysis. The results showed that he current state of the village health volunteers mostly had knowledge and understanding of surveillance, prevention and control protocol of transmission diseases in the community at a moderate level, 62.17%. The samples had an attitude of surveillance, prevention and control protocol of transmission diseases in the community at a moderate level and also a moderate level of practice in epidemiological surveillance operations which is 55.41%. The results of the development of a surveillance model for the prevention and control of communicable diseases consisted of 4 aspects; 1) Strategic plan preparation for enhancing knowledge, understanding, confidence and awareness of surveillance, prevention and control protocol of transmission diseases along the Thai-Cambodian border. 2) knowledge enhancement The understanding and awareness of the ongoing surveillance, prevention and control of communicable diseases along the Thai-Cambodian border among village health volunteers with having a mentor or buddy. 3) Participation with network partners 4) Communication and supervision and return information to the community. From the evaluation results of the development of a surveillance model for the prevention and control protocol of transmission diseases along the Thai-Cambodian border of village health volunteers by comparing mean scores of knowledge, attitudes, practices in epidemiological surveillance operations and participation in operational surveillance, control protocol of transmission diseases in the community of the village health volunteers between pre and post development, the mean score after development was significantly higher than before development at the .05 level.

Keywords : Form, Surveillance Prevention and control protocol of transmission diseases, village health volunteer

■ unku

ประเทศไทยมีชายแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านทั้งทางบกและทางน้ำ โดยมีพรมแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน ได้แก่ สาธารณรัฐแห่งสหภาพพม่า สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ราชอาณาจักรกัมพูชา และสหพันธรัฐมาเลเซีย จากการพัฒนาด้านเศรษฐกิจนโยบายการค้าเสรี ประกอบกับการคมนาคม การขนส่ง และการติดต่อสื่อสารที่มีความสะดวก รวดเร็ว ส่งผลให้มีการเคลื่อนย้ายของประชากรเพิ่มขึ้น กระทั่งปัญหาสุขภาพของประชาชนบริเวณชายแดน⁽¹⁾ ทั้งปัญหาโรคติดต่อ และโรคอุบัติใหม่ เช่น โรคมาลาเรีย วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวี โรคอุจจาระร่วง โรคซาร์ส ไข้หวัดนก โรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) มีผลโดยตรงกับความสามารถในการรองรับของระบบบริการสุขภาพ อัตราการครองเตียงของแรงงานข้ามชาติเพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลในพื้นที่ที่มีแรงงานข้ามชาติจำนวนมาก (ชายแดน เขตอุตสาหกรรม) ภาวะค่ารักษาพยาบาล และนอกจากนี้จำนวนผู้หนีภัยการสู้รบเพิ่มมากขึ้น มีการลักลอบออกนอกพื้นที่ศูนย์พักพิงชั่วคราวอยู่เสมอ และในพื้นที่ศูนย์พักพิงชั่วคราวยังเป็นแหล่งแพร่ระบาดของโรค⁽²⁾

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยมีชายแดนติดต่อกับราชอาณาจักรกัมพูชา (Kingdom of Cambodia) พบว่ามีสถานการณ์และสภาพปัญหาสุขภาพบริเวณชายแดนใกล้เคียงกับสาธารณสุขชายแดนของประเทศ ทำให้จังหวัดชายแดน ต้องมีการปรับยุทธศาสตร์ในการแก้ไขปัญหาเพื่อรองรับและให้สอดคล้องกับปัญหาตามบริบทของพื้นที่ การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชายแดน จึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือในการแก้ปัญหาสาธารณสุขจากทั้งประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้านที่มีชายแดนติดกับ

ประเทศไทย⁽³⁾ จังหวัดสุรินทร์มีจุดผ่านแดนถาวรเพียงจุดเดียว คือ ช่องจอม อยู่ในเขตตำบลด่านอำเภอทาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ เป็นแนวช่องเขาของเทือกเขาพนมดงรัก ซึ่งเป็นเส้นกันเขตแดนไทย - กัมพูชา ที่สามารถเดินทางข้ามแดนติดต่อกับบ้านโอรส์เสม็ด อำเภอสำโรง จังหวัดอุดรรัมย์ ประเทศกัมพูชาและเดินทางต่อไปยังเมืองเสียมราฐของกัมพูชาได้ ทำให้มีประชาชนชาวกัมพูชาไปมาหาสู่ข้ามแดนมายังประเทศไทยด้านจังหวัดสุรินทร์เป็นจำนวนมากเพื่อมารับการรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วย เพราะมีความเชื่อมั่นและความศรัทธา ต่อคุณภาพของบริการทางการแพทย์ในประเทศไทย นอกจากนี้ จากการศึกษาเกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพข้ามพรมแดนของผู้ป่วยชาวกัมพูชาในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทยของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย⁽⁴⁾ ยังพบว่า การขยายเส้นทางการคมนาคมระหว่างประเทศที่สะดวกสบายและรวดเร็ว ส่งผลให้การเข้า-ออกระหว่างประเทศของประชากรตามบริเวณชายแดนทั้งของประเทศไทยและราชอาณาจักรกัมพูชามีจำนวนเพิ่มขึ้น ทำให้หน่วยงานบริการสุขภาพของประเทศไทย คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งมีหน้าที่ในการตรวจจับโรคระบาดในชุมชนชายแดนจำเป็นต้องให้บริการเฝ้าระวังโรคระบาดในพื้นที่ชายแดนมากขึ้น

สำหรับสถานการณ์โรคติดต่อของอำเภอทาบเชิง ซึ่งเป็นอำเภอชายแดนไทย-กัมพูชา ข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง ระหว่างปี 2562-2564 พบว่าโรคอุจจาระร่วงและไข้ไม่ทราบสาเหตุเป็นโรคที่อยู่ในลำดับ 1 และ 2 มาโดยตลอดทั้ง 3 ปี ส่วนโรคอื่นๆ ที่ต้องเฝ้าระวัง พบว่า โรคไข้เลือดออก โรคมือเท้าปาก อาหารเป็นพิษ ตาแดงก็เป็นโรคที่พบเป็นประจำทุกปี⁽⁵⁾ นอกจากนี้ยังพบว่า ในเดือนมิถุนายนปี 2565 มีสถานการณ์การระบาด

ของโรคไข้ปวดข้อยุงลายที่ตำบลด่าน ซึ่งเป็นหมู่บ้านที่อยู่ใกล้ตลาดการค้าชายแดนช่องจอมจำนวน 69 ราย จากสภาพปัญหาที่พบมีความสำคัญและจำเป็นต้องหามาตรการหรือแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวให้มีประสิทธิภาพ จากการดำเนินงานด้านการควบคุมโรคติดต่อชายแดนที่ผ่านมาถึงแม้จะมีนโยบายและยุทธศาสตร์หรือแนวทางปฏิบัติในการจัดการเฝ้าระวังควบคุมโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ของโลกในปัจจุบันมากนักน้อยเพียงใด แต่หากขาดมาตรการและแนวทางการปฏิบัติในการจัดการโรคหรือขาดระบบในการดำเนินงาน การเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคที่เกิดจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาจากสภาพบริบทของพื้นที่ ร่วมกันกับหลากหลายภาคส่วน ถ้าทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว เครือข่ายระดับตำบลสามารถจับความผิดปกติได้เร็วเหตุการณ์หรือการระบาดยังอยู่ในระยะเริ่มต้น จะทำให้สามารถควบคุมโรคได้ง่าย ลดการสูญเสียต่างๆ ได้มากและได้มีการปรับปรุงกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ ซึ่งมีผลต่อการเฝ้าระวังโรคในประเทศไทย เพราะพระราชบัญญัติใหม่บังคับให้สถานพยาบาล และสถานที่ชั้นสูตรทุกแห่งต้องรายงานโรค ถ้าพบผู้ป่วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังและโรคระบาด⁽⁶⁻⁷⁾

รูปแบบการดำเนินงาน การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ในชุมชนของ อสม. ที่ผ่านมา เป็นการปฏิบัติงาน โดยมีกฎหมายบังคับผ่านกรมควบคุมโรคออกแนวทางปฏิบัติให้ อสม. ปฏิบัติตามแนวทางการดำเนินงานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดย อสม.มีการดำเนินงานตามข้อสั่งการผ่านระบบบริหารส่วนภูมิภาค จังหวัด อำเภอบ้าน และตำบล⁽⁶⁾ สภาพปัญหาของการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย-กัมพูชาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอกาบเชิง

จังหวัดสุรินทร์ที่พบ คือ การขาดระบบการเฝ้าระวังการป้องกันและควบคุมโรคที่เชื่อมโยงกันเป็นระบบทั้งในระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอและด้านควบคุมโรคด้านชายแดนช่องจอม รวมทั้งในพื้นที่ตลาดการค้าช่องจอมเป็นชุมชนที่ชาวต่างชาติอยู่อาศัยเป็นจำนวนมาก การดำเนินงานด้านการสาธารณสุขมูลฐานในพื้นที่ดังกล่าวจึงไม่สามารถขับเคลื่อนได้ด้วยเงื่อนไขและข้อจำกัดต่างๆ สถานการณ์ปัญหาโรคติดต่อชายแดนจึงเกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั้งสองประเทศและในด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม จากความสำคัญดังกล่าว จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนา รูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย – กัมพูชาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ นำไปสู่การพัฒนา รูปแบบแนวทางในการปฏิบัติงานสำหรับ อสม. ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. ศึกษาสถานการณ์ และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย – กัมพูชาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์
2. พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย-กัมพูชาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์
3. ประเมินรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย-กัมพูชาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์

■ วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research-PAR)⁽⁹⁾ มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

● **พื้นที่การศึกษา** อำเภอทาบอง จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 6 ตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 10 แห่ง

● **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ในระยะที่ 1 - ระยะที่ 3 เป็นการศึกษาจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิ ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประชากร คือ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ 6 ตำบล 887 คน 2) บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 10 แห่ง 63 คน และ 3) กลุ่มผู้นำชุมชนในพื้นที่ 6 ตำบล 92 คน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 148 คน อนาคตกลุ่มตัวอย่างใช้เกณฑ์ร้อยละ 15 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 20 คน และผู้นำชุมชน จำนวน 24 คน เป็นการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling)

● **ขั้นตอนการศึกษา** แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ประกอบด้วย การจัดตั้งคณะทำงาน และรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบันและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย - กัมพูชา

ระยะที่ 2 ระยะปฏิบัติการ ประกอบด้วย การจัดทำแผนการดำเนินการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย - กัมพูชาของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยมีกิจกรรม คือ (1) สร้างการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเวทีประชาคม (2) มีการจัด

กิจกรรมการเรียนรู้ การสร้างความรอบรู้ เช่น การสื่อสาร สร้างการรับรู้ ความตระหนัก (3) การพัฒนาบุคลากรตามมาตรฐานการดำเนินงาน (4) การติดตามเยี่ยมกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง (5) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกันและศึกษาดูงานเป็นการเพิ่มทักษะในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย-กัมพูชาของอาสาสมัครสาธารณสุข

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล ประกอบด้วยขั้นตอน คือ ประเมินการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย - กัมพูชาของอาสาสมัครสาธารณสุข ครอบคลุม 4 ด้าน คือ ด้านบริหารจัดการ ด้านกระบวนการดำเนินงาน ด้านผลผลิต และผลลัพธ์ และด้านผลกระทบ

● **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล**

1. ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถามการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย - กัมพูชาของอาสาสมัครสาธารณสุข มี 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม. มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุม

โรคติดต่อในชุมชน มีลักษณะเป็นแบบมาตรฐานประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติของ อสม. ในการดำเนินงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาตามแนวทางทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว เครือข่ายระดับตำบล มีลักษณะเป็นแบบจัดอันดับคุณภาพ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในชุมชนต่อการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน มีลักษณะเป็นแบบมาตรฐานประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ แบบสัมภาษณ์ แบบเจาะลึกเกี่ยวกับสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค เงื่อนไข และปัจจัยแห่งความสำเร็จของการเฝ้าระวังโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย – กัมพูชา ข้อมูลบริบทอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และเอกสารและรายงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป้าหมาย

2. ระยะที่ 2 ระยะปฏิบัติการ เป็นการจัดกิจกรรมตามแผนการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย – กัมพูชา ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย (1) สร้างการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเวทีประชาคม (2) มีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้การสร้างความรู้ เช่น การสื่อสาร สร้างการรับรู้ ความตระหนัก (3) การพัฒนาบุคลากรตามมาตรฐานการดำเนินงาน (4) การติดตามเยี่ยมกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง (5) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกันและศึกษาดูงานเป็นการเพิ่มทักษะในการเฝ้าระวังโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย – กัมพูชา

3. ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล มีรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ ดังนี้

1) การประเมินการบริหารจัดการโครงการ ใช้แบบบันทึกการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น เอกสารสรุปผลการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย – กัมพูชาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ คำสั่งคณะทำงาน แผนการพัฒนาฯ เป็นต้น

2) การประเมินกระบวนการ ใช้แบบบันทึกการสังเกตในการจัดกระบวนการ

3) การประเมินผลผลิตและผลลัพธ์ เก็บรวบรวมข้อมูล จากเครื่องมือ ดังนี้

(1) แบบสอบถามการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค ของอาสาสมัครสาธารณสุขชุดเดียวกันกับระยะที่ 1

(2) แบบสอบถามความพึงพอใจของ อสม, บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้นำชุมชนในการร่วมกิจกรรมตามแผนการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังโรคฯ ของอาสาสมัครสาธารณสุข

(3) แบบบันทึกการสนทนากลุ่มของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรม ประเด็นคำถามที่กำหนดไว้ 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน ส่วนที่ 2 แนวทางการดำเนินงานการเฝ้าระวังโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย – กัมพูชาของอาสาสมัครสาธารณสุข ให้เกิดความยั่งยืนควรทำอย่างไร

(4) การประเมินผลกระทบ เก็บรวบรวมข้อมูล จากแบบรายงานที่เกี่ยวข้อง และการวิเคราะห์ข้อมูลจากผลการศึกษาในระยะที่ 1 และ 2

● **การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ** ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of congruence:

IOC) และตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient)⁽¹⁰⁻¹¹⁾ ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยครั้งนี้ แบบสอบถามการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย – กัมพูชาของอาสาสมัครสาธารณสุข มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.85 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

- **การเก็บรวบรวมข้อมูล** โดยชี้แจงขออนุญาตและขอความยินยอมในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ทุกขั้นตอนรวมทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้

- **การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้** ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และสถิติ t-test 2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงพรรณนา

- **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่ COA No.38/2565 ลงวันที่ 15 ธันวาคม 2565

■ ผลการศึกษา

1. สถานการณ์การเฝ้าระวังโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย – กัมพูชา ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 148 คน ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 92.56 เพศชายร้อยละ 7.44 อายุระหว่าง 50 – 59 ปี ร้อยละ 51.35 ระดับ

การศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 45.27 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 74.33 สถานภาพสมรส สมรส ร้อยละ 79.73 ระยะเวลาปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 55.41 มีประวัติเคยรับการอบรมด้านการเฝ้าระวังการป้องกันควบคุมโรค ร้อยละ 95.27

1.2 สถานการณ์ความรู้ความเข้าใจทัศนคติ การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า 1) ความรู้ความเข้าใจในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.17 รองลงมา ระดับดี ร้อยละ 20.27 และระดับต่ำ ร้อยละ 17.56 ตามลำดับ เรื่องที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ โรคอุจจาระร่วง ไม่ใช่โรคติดต่อตอบถูก ร้อยละ 32.44 2) ทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนอยู่โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.25, S.D.=0.65$) 3) การปฏิบัติในการดำเนินงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา โดยรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.41 รองลงมา ในระดับมาก ร้อยละ 22.33 และระดับต่ำ ร้อยละ 22.29 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน การปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ คือ ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลเฝ้าระวังโรค ($\bar{X} = 2.19, S.D.=0.71$) 4) ด้านการดำเนินงานการเฝ้าระวังควบคุม ป้องกันโรคติดต่อในชุมชน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.38, S.D.=0.66$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านมีส่วนร่วมในระดับมาก 1 ด้าน คือ ด้านการดำเนินงานการเฝ้าระวังควบคุม ป้องกันโรคติดต่อในชุมชน ($\bar{X} = 4.15, S.D.=0.72$) และมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง 2 ด้าน คือ ด้านการวิเคราะห์ปัญหาและการวางแผนการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ($\bar{X} = 3.40, S.D.=0.68$) และด้านการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ($\bar{X} = 3.31, S.D.=0.58$)

2. ปัจจัยที่สนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.30$, S.D.=0.62) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน ค่าเฉลี่ยเรียงจากมากไปหาน้อย คือ 1) ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ($\bar{X} = 2.32$, S.D.=0.67) 2) ด้านการติดต่อสื่อสารและให้คำปรึกษา ($\bar{X} = 2.28$, S.D.=0.63) 3) ด้านทักษะการปฏิบัติงานการวางแผนงาน งบประมาณ และค่าตอบแทน ($\bar{X} = 2.25$, S.D.=0.58) 4) ด้านวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น ($\bar{X} = 2.24$, S.D.=0.54) และ 5) ด้านการนิเทศติดตามงาน ($\bar{X} = 2.21$, S.D.=0.51)

3. จากการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้นำชุมชน โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เกี่ยวกับสภาพปัจจุบันปัญหาอุปสรรค เงื่อนไขและปัจจัยแห่งความสำเร็จของการเฝ้าระวังโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย-กัมพูชามีข้อสรุปที่สอดคล้องกัน ดังนี้

3.1 สถานการณ์ปัจจุบันของโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย – กัมพูชา ยังพบว่ามีการระบาดของโรคติดต่อที่สำคัญ เช่น โรคโควิด 19 ไข้เลือดออก มือ เท้าปาก จำเป็นต้องหาแนวทางในการควบคุมและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ซึ่งแนวทาง หรือรูปแบบในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่ดำเนินการในบทบาทของ อสม. เป็นการดำเนินการตามที่ได้รับคำสั่งจากบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ หรือจากการมอบหมายให้ปฏิบัติในแต่ละครั้ง ยังไม่มีรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่ชัดเจน การดำเนินการส่วนใหญ่เป็นการรอกการสั่งการจากบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ในความ

คิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความคิดเห็นว่ามีบทบาทในการเฝ้าระวังเพียงบางโรค คือ ไข้เลือดออกด้วยการสำรวจลูกน้ำยุงลาย การรณรงค์กำจัดยุงพาหะตอนเกิดโรคระบาด ส่วนโรคโควิด-19 ดำเนินการตรวจคัดกรองด้วยการวัดไข้ แจกหน้ากาก เจลล้างมือ เนื่องจากมีกิจกรรมชัดเจน เป็นต้น ไม่สามารถคิดทั้งระบบได้ การวางแผนการทำงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนหรือตามแนวชายแดนไทย-กัมพูชาจึงทำไม่ได้ ควรมีภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นแกนนำดำเนินงาน ดังนั้น ถ้าต้องการให้ อสม. ในเขตพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชาสามารถดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคได้ ควรได้รับการสนับสนุนการปฏิบัติงานในประเด็นต่อไปนี้

1) ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ควรได้รับการอบรมให้ความรู้จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง หรือให้มี อสม. พี่เลี้ยง หรือ อสม. บัณฑิต เพื่อให้มีศักยภาพ มีความพร้อมและความมั่นใจในการปฏิบัติงาน

2) ด้านทักษะการปฏิบัติงาน ยังขาดทักษะในการสื่อสาร การวิเคราะห์ข้อมูล การใช้ข้อมูล จึงควรสร้างโอกาสให้ อสม. เข้าร่วมกิจกรรมเวที หรือการประชุมเพื่อวิเคราะห์ถึงปัญหาหรือสิ่งที่ต้องการพัฒนาของชุมชน เข้าร่วมประชุม / อบรมการจัดทำแผนงานพัฒนาปัญหาสุขภาพในชุมชน ได้ร่วมจัดทำแผนงานพัฒนาปัญหาสุขภาพในชุมชน น่าจะมีผลต่อ อสม. ให้กล้าคิด กล้าตัดสินใจในการแก้ปัญหา

3) ด้านการวางแผนงาน งบประมาณและค่าตอบแทน ในการวางแผนการทำงาน หรือการขอรับงบประมาณเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงาน อสม. คิดว่าเป็นบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขที่

ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และที่สำคัญ อสม.ไม่มีค่าตอบแทนในการดำเนินงาน มีเฉพาะค่าป่วยการเท่านั้น ดังนั้น จึงควรทำความเข้าใจ สร้างโอกาสให้ อสม.ได้ร่วมจัดทำแผนงาน/โครงการในการพัฒนาชุมชน เพื่อให้เข้าใจและมีศักยภาพในการบริหารจัดการในการปฏิบัติงาน

4) ด้านวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน โดยส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการปฏิบัติงานจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่น เจล ล้างมือ เครื่องวัดไข้ ATK หน้ากากอนามัย แผ่นพับ โปสเตอร์ องค์กรบริหารส่วนตำบลและชุมชนควรให้การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

5) ด้านการนิเทศติดตามงาน ได้รับการนิเทศติดตามงานจากบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อติดตามความก้าวหน้า ให้คำแนะนำในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีข้อเสนอให้มีการทำปฏิทินการนิเทศติดตามงานตลอดทั้งปี

6) ด้านการติดต่อสื่อสารและให้คำปรึกษา ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ติดต่อสื่อสารกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อปฏิบัติงานโดยมีช่องทางการสื่อสารหลายช่องทาง เช่น กลุ่มไลน์ การโทรศัพท์ การประชุมในหมู่บ้าน การประชุมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นไปอย่างต่อเนื่องเป็นการดำเนินงานที่เหมาะสมและควรทำต่อเนื่อง

3.2 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย – กัมพูชาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่พบ คือ การใช้ภาษาสื่อสารกับคนต่างชาติ ในกรณีเป็นชาวกัมพูชาทั้งในการสื่อสารตัวต่อตัวและการใช้สื่อรูปแบบต่างๆ

เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายควรรหาแนวทางเพื่อพัฒนาการสื่อสารให้เหมาะสมและยังไม่มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นชาวต่างชาติเพื่อช่วยในการปฏิบัติงานในพื้นที่ตลาดการค้าช่องจอม

3.3 ปัจจัยที่เป็นตัวขัดขวางให้การดำเนินงานการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย – กัมพูชาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่ประสบความสำเร็จ

1) ปัจจัยที่ขัดขวางให้การดำเนินงานไม่สำเร็จ (1) พื้นที่ชายแดนเป็นพื้นที่ที่มีการเคลื่อนย้ายของประชากรสูง (2) ยังไม่สามารถวางระบบการดำเนินงานการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนกับประเทศกัมพูชาที่ชัดเจนได้ เช่น การแจ้งข้อมูลสถานการณ์โรคในประเทศกัมพูชา การแจ้งข้อมูลการส่งต่อขาดอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ หรือผู้ประสานงานการดำเนินงานต่างๆ เพื่อการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อให้ครอบคลุมและต่อเนื่องได้

2) ปัจจัยที่ส่งเสริมให้การดำเนินงานสำเร็จ (1) หน่วยงานของภาครัฐทุกหน่วยงานถือเป็นนโยบายสำคัญมีคณะกรรมการเฝ้าระวังควบคุมโรคติดต่อชายแดน (2) มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน มีการปรับปรุงให้เหมาะสมอยู่เสมอและรับทราบทั่วกัน (3) มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การเฝ้าระวังโรค การควบคุมโรค และมีการติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ

3.4 ข้อเสนอแนะที่สำคัญ คือ บุคคลและหน่วยงานที่ต้องรับผิดชอบในการดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ทุกหน่วยงาน ทุกระดับต้องให้ความร่วมมือ ตั้งแต่หมู่บ้าน รพ.สต. อบต. อำเภอ จังหวัด และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ชายแดน โดย

ดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการร่วมทั้งในไทย และประเทศเพื่อนบ้าน ควรมีกิจกรรมสร้างความร่วมมือในการดำเนินงาน การฝึกอบรมสร้างความเข้าใจแก่ภาคีเครือข่ายในการปฏิบัติงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนารูปแบบการทำงาน การสร้างระบบเตือนภัย การนิเทศ ติดตาม ประเมินผล การคืนข้อมูล

4. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ จากการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 และการศึกษาและวิเคราะห์ ปัญหา ร่วมกับกลุ่มเป้าหมายได้มีการกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาที่พบและจัดทำแผนปฏิบัติงานตามแนวทางที่กำหนดแล้วดำเนินการแผนปฏิบัติงานและกิจกรรมที่กำหนด พร้อมทั้งสังเกตการณ์และประเมินผลจากการดำเนินงานตามแผน ซึ่งสรุปผลได้ คือ 1) มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อกำหนดกรอบและแนวทางการดำเนินการเพื่อการพัฒนารูปแบบและเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรค 2) ประชุมชี้แจงคณะกรรมการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเข้าใจขั้นตอนการดำเนินการ 3) ออกแบบแนวทางการพัฒนา และจัดทำแผนปฏิบัติงานและกิจกรรมในการดำเนินงาน 4) ดำเนินกิจกรรมตามแนวทางการพัฒนา พบว่า มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคติดต่อของโรงพยาบาลกาบเชิง และจาก รพ.สต.ทุกแห่งในอำเภอกาบเชิง คณะทำงานมีการประชุมจำนวน 2 ครั้ง เพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่การ

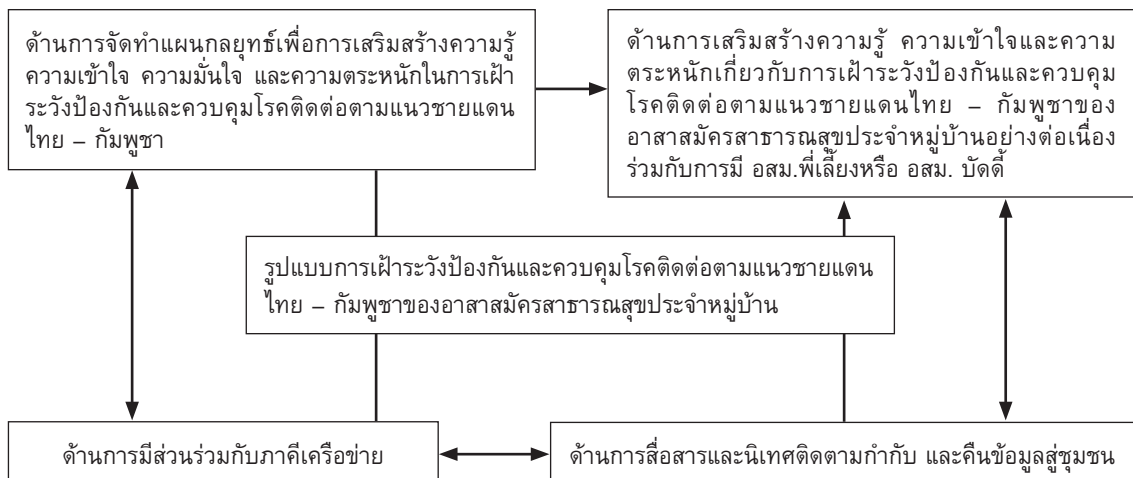
ทำงาน แนวทาง ขั้นตอน กระบวนการทำงาน และจัดทำแผนงาน/กิจกรรมในการพัฒนา ประกอบด้วย การจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความมั่นใจและความตระหนักในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ คือ 1) แผนงานพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการจัดหลักสูตรการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผ่านการอบรมจำนวน 86 คน 2) แผนพัฒนาความรู้ ความเข้าใจจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ โดยการบูรณาการหลักสูตรการจัดทำแผนพัฒนาชุมชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผ่านการอบรมจำนวน 86 คน 3) แผนงานพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายเพื่อให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคฯ กลุ่มเป้าหมาย คือ บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบล แกนนำชุมชน จำนวน 241 คน และ 4) แผนการสร้างโอกาสให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าร่วมกิจกรรมเวทีหรือการประชุมเพื่อวิเคราะห์ถึงปัญหาหรือสิ่งที่ต้องการพัฒนาของชุมชนด้านการสื่อสารและนิเทศติดตามกำกับ และคืนข้อมูลสู่ชุมชน เช่น การประชุม การอภิปราย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การถอดบทเรียน เป็นต้น

5. การประเมินผลการพัฒนาแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคฯ พบว่า 1) ความรู้ความเข้าใจในการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเปรียบเทียบกับก่อนและหลังดำเนินการพัฒนา มีระดับความรู้ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.000 2) ทักษะคติของ

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจ ทักษะคิด การปฏิบัติและการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังดำเนินการพัฒนา

การทดลอง	n	\bar{X}	S.D.	t	Sig
1. ระดับความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย – กัมพูชา					
ก่อนดำเนินการ	148	14.40	1.23	9.68*	0.000
หลังดำเนินการ	148	22.28	1.07		
2. ระดับทักษะคิดเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย – กัมพูชา					
ก่อนดำเนินการ	148	3.25	0.65	12.34*	0.000
หลังดำเนินการ	148	4.28	0.74		
3. การปฏิบัติเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย – กัมพูชา					
ก่อนดำเนินการ	148	1.78	0.73	14.58*	0.000
หลังดำเนินการ	148	2.85	0.37		
4. ระดับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย – กัมพูชา					
ก่อนดำเนินการ	148	3.38	0.66	11.48*	0.000
หลังดำเนินการ	148	4.62	0.78		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ภาพที่ 1 รูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย – กัมพูชาของ อสม.

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ก่อนการพัฒนา โดยรวม มีทัศนคติที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.000 และ 3) การปฏิบัติของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.000 ดังตารางที่ 1

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ สรุปได้

ว่ารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย – กัมพูชาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาอำเภอท่ง จังหวัดสุรินทร์ ตามภาพที่ 1 ดังนี้

■ อภิปรายผล

จากผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย – กัมพูชาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาอำเภอท่ง จังหวัดสุรินทร์ สามารถทำให้เกิดผลต่อความรู้ความเข้าใจทัศนคติ การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เห็นได้จากผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ความเข้าใจระดับทัศนคติ ระดับการปฏิบัติ และระดับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างก่อนและหลังดำเนินการพัฒนา พบว่าคะแนนเฉลี่ย หลังการพัฒนา สูงกว่า ก่อนการพัฒนาในทุกเรื่อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 กิจกรรมในการพัฒนาในรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีผลต่อศักยภาพในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งรูปแบบการพัฒนาดังกล่าวเกิดจากการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ ผู้นำชุมชน/ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล ได้ร่วมกันกำหนดแนวทางการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อการเสริมสร้างความรู้ ความ

เข้าใจ ความมั่นใจ และความตระหนักในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ 2) ด้านการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่องร่วมกับการมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เลี้ยง หรือ อสม. บัดดี 3) ด้านการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย 4) ด้านการสื่อสารและนิเทศติดตามกำกับและคืนข้อมูลสู่ชุมชน ซึ่งแต่ละองค์ประกอบจะมีกิจกรรมเป็นลำดับขั้นตอนของการดำเนินงาน ที่ล้วนแล้วแต่เกิดจากการมีส่วนร่วมของความคิดเห็น และความร่วมมือในการดำเนินงานของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งความร่วมมือดังกล่าวนับว่าเป็นหัวใจสำคัญของการดำเนินงาน ทั้งนี้เนื่องจากลำพังหน่วยบริการเองไม่สามารถจะดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาให้ประสบความสำเร็จได้ เนื่องจากยังมีส่วนขาดหลาย ๆ ประการ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับข้อมูลความคิดเห็น ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเรื่องปัจจัยที่สนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยปัจจัยที่สนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สำคัญ คือ 1) ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค 2) ด้านการติดต่อสื่อสาร และให้คำปรึกษา 3) ด้านทักษะการปฏิบัติงานการวางแผนงานงบประมาณและค่าตอบแทน 4) ด้านวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น และ 5) ด้านการนิเทศติดตามงาน ปัจจัยดังกล่าวหากได้รับการส่งเสริมสนับสนุนกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะมีผลต่อการมีศักยภาพ ความมั่นใจ ความเชื่อมั่นและความรู้สึกที่ดี ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อำพลสามสี⁽¹²⁾ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาตามแนวทางทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วเครือข่ายระดับ

ตำบล อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี ผลการศึกษา พบว่า ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาตามแนวทางทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว เครือข่ายระดับตำบล มีความสัมพันธ์กับปัจจัยสนับสนุน ทั้ง 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านวิธีการจัดการ ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ ครอบครัวและเพื่อนบ้าน และปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคมด้านสัมพันธภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับประชาชน ผู้นำท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ มีข้อสรุปที่สำคัญ คือ การเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาอำเภอท่งศรี นครินทร์ ต้องมีการบูรณาการ การทำงานร่วมกันในหลากหลายภาคส่วนจนเกิดเป็นภาคีเครือข่ายที่เป็นทางการขึ้นในพื้นที่ชุมชนชายแดน ได้แก่ เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นฝ่ายในการสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีบทบาทหน้าที่ในการวิเคราะห์สถานการณ์ ทั้งเรื่องของการประสานงาน การแจ้งข่าวสื่อสารสถานการณ์ของโรคให้กับทีม ได้รับทราบอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการเป็นพี่เลี้ยงให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำสุขภาพชุมชนในการสนับสนุน และส่งเสริมทักษะและองค์ความรู้ในเรื่องการเฝ้าระวังควบคุม ป้องกันโรคในพื้นที่ชุมชนส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นตัวหลักในการขับเคลื่อนกระบวนการจัดการควบคุมป้องกันโรคในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเฝ้าระวังและการแจ้งข่าวในกรณีที่มีประชากรแฝงจากต่างพื้นที่เข้ามาพักอาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชน เพื่อเป็นการเฝ้าระวังโรคในเบื้องต้นและเพื่อลดการแพร่กระจายของโรคและเพื่อการควบคุมโรคที่รวดเร็ว ส่วนของ

ประชาชนได้รับทราบบทบาทหน้าที่ของตนเองในการจัดการเฝ้าระวังโรคติดต่อที่เกิดขึ้น ได้แก่ ประชาชนต้องมีความรู้ มีทัศนคติและการปฏิบัติที่ดีต่อการจัดการโรคติดต่อในครัวเรือนของตนเอง และยังคงส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการโรคในทุกๆ ด้านเพิ่มมากขึ้น

■ ข้อเสนอแนะ:

1. ข้อเสนอแนะในระดับนโยบาย มีการประสานความร่วมมือในระดับเชิงนโยบายของส่วนกลางซึ่งชายแดนมีหน่วยงานที่ทำงานหลายหน่วยงาน ทั้งหน่วยงานความมั่นคง ปกครอง ตำรวจ ศุลกากร สาธารณสุข ฯลฯ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดน ดังนั้นควรมีกลไกการทำงานร่วมกันแบบบูรณาการ ทั้งในระดับชาติ ระดับกระทรวง กรม จังหวัด อำเภอ ตำบล จนมาถึงหมู่บ้านหรือชุมชนชายแดน
2. ข้อเสนอแนะในระดับบริหาร มีการวางระบบการบริหารจัดการช่องทางข้ามแดนตลอดแนวชายแดนให้มีประสิทธิภาพ โดยการพัฒนาทั้งโครงสร้างพื้นฐานเพื่อสนับสนุนการทำงาน การสนับสนุนทรัพยากรให้เหมาะสมและเพียงพอทั้งอัตรากำลัง งบประมาณและสิ่งอำนวยความสะดวกในการทำงานต่าง ๆ
3. ข้อเสนอแนะในระดับการปฏิบัติ มีการจัดทำระบบฐานข้อมูลคนข้ามแดนที่เป็นระบบและสามารถนำมาวางแผน บริหารจัดการที่หน่วยงานต่าง ๆ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้โดยมุ่งเน้นในบริเวณช่องทางเข้าออกบริเวณจุดผ่อนปรนและช่องทางธรรมชาติ
4. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไปในอนาคต ควรศึกษาระยะยาวโดยติดตามต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี เพื่อติดตามผลลัพธ์ที่ชัดเจนและครอบคลุมรายละเอียดตามองค์ประกอบของระบบและกระบวนการเพิ่มขึ้นและศึกษาวิจัยเชิง

ปฏิบัติการในการควบคุมโรคติดต่อเฉพาะโรคที่สำคัญ

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายสินชัย ดันดิรัตน์านนท์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ที่ส่งเสริมการจัดทำวิจัยในครั้งนี้ นายอภิสิทธิ์ บุญประดับ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ที่

กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งนี้ และบุคลากรในโรงพยาบาลกาบเชิง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกาบเชิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นพื้นที่เป้าหมายในการวิจัยทุกท่านที่ช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้เอ่ยนามและกลุ่มเป้าหมายทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนแม่บทการแก้ไขและพัฒนาสาธารณสุขชายแดน พ.ศ. 2560–2564. กรุงเทพมหานคร: ทริปเปิ้ลกราฟฟิกส์สตูดิโอ; 2562.
2. กองแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ทิศทางและกลไกการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ กรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ 2562. นนทบุรี: กองแผนงาน กรมควบคุมโรค; 2562.
3. WHO. Global epidemiological surveillance standards for influenza. Geneva: World Health Organization; 2013.
4. สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. การใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาวในประเทศไทย: กรณีศึกษาผลกระทบต่อโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย; 2558.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. รายงานประจำปี 2564. สุรินทร์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์; 2564.
6. สำนักระบาดวิทยา. รายงานสถานการณ์เกิดโรคอุบัติใหม่ในประเทศไทย ปี 2559. นนทบุรี: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค; 2559.
7. วันชัย อาจเขียน, นิภาพรณ สฤกษ์ดีอภิรักษ์, ทิพย์ยา เผื่อนพิภพ, อำนวย ทิพศรีราช, ศิริพร วัชรารกร, พิมพ์ผกา นิศาวพัฒนานนท์ และคณะ. คู่มือเฝ้าระวังเหตุการณ์และควบคุมโรคระบาดในชุมชน. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2559.
8. สุภเนตร ชัยนา, พิชัย เอี่ยมฐรพจน์ และสังคม สุภรัตน์กุล. แนวทางการพัฒนาบทบาทหน้าที่การปฏิบัติงานเพื่อเสริมความมั่นคงตามแนวชายแดนของคณะกรรมการหมู่บ้านอาสาพัฒนาและป้องกันตนเอง จังหวัดหนองคาย. วารสารมหาจุฬานาครธรรม 2562;6:146–52.
9. กมล สุดประเสริฐ. การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานประสานโครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์; 2537.
10. Cronbach LJ. Essentials of Psychological Test. 5th ed. New York: Harper Collins; 1970.
11. ยุทธ ไกยวรรณ. สถิติพื้นฐานเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2545.
12. อ่ำพล สามสี. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาตามแนวทางทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วเครือข่ายระดับตำบล อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตวิชาเอกบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2561.

การจัดลำดับชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพดี

นฤกร บุรณห์ดี
สุนิษา มะลิวัลย์
ทิพย์กมล ภูมิพันธ์

เบญจวรรณ ธวัชสุภา

กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย

วันรับ 10 มิถุนายน 2564, วันแก้ไข 23 กันยายน 2565, วันตอบรับ 27 กันยายน 2565

บทคัดย่อ

สถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนของไทย มีความแตกต่างกันและยังคงเป็นปัญหาในหลายพื้นที่ การศึกษาสถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมระดับชุมชนในต่างประเทศ ใช้วิธีการจัดทำตัวชี้วัดและจัดลำดับชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อประเมินสถานการณ์และวิเคราะห์ศักยภาพของชุมชนในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งประเทศไทยยังไม่มีข้อมูลการจัดลำดับชุมชนนี้ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดลำดับชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพดีของไทย รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยใช้แบบสอบถามรวบรวมข้อมูลตามตัวชี้วัดด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่พัฒนาขึ้นจากการหารือผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยกรอบแนวคิด DPSEEA เพื่อให้ได้ข้อมูลสถานการณ์ปี 2562 จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 53 แห่ง ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างชุมชนที่ผ่านการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงให้ครอบคลุมทั้งชุมชนชนบท ชุมชนเมือง และชุมชนเมืองขนาดใหญ่ ดำเนินการในช่วงพฤษภาคม-กรกฎาคม 2563 และนำมาวิเคราะห์ผลการจัดลำดับชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า ตัวชี้วัดเพื่อการจัดลำดับชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพดี ประกอบด้วยดัชนีย่อย 3 ด้านคือ ดัชนีสถานะเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน 4 ตัวชี้วัด ดัชนีสิ่งแวดล้อมชุมชน 39 ตัวชี้วัด และดัชนีสุขภาพชุมชน 12 ตัวชี้วัด ผลการรวบรวมข้อมูลและจัดลำดับชุมชน พบว่า ดัชนีสถานะเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน มีค่าคะแนนระหว่าง 0.12-1.00 มีคะแนนเฉลี่ยที่ 0.57 สำหรับดัชนีสิ่งแวดล้อมชุมชน มีค่าคะแนนระหว่าง 0.01-1.00 มีคะแนนเฉลี่ย 0.56 และดัชนีสุขภาพชุมชน มีค่าคะแนนระหว่าง 0.63-1.00 มีคะแนนเฉลี่ย 0.91 ทั้งนี้ คะแนนผลรวมของดัชนีทั้ง 3 ด้าน มีค่าคะแนนระหว่าง 0.13-2.84 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยที่ 1.91 และนำมาจัดลำดับชุมชนตามค่าคะแนนของตัวชี้วัด จนได้ชุมชนที่มีศักยภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในระดับดีมากที่สุด ดีมาก ปานกลางและน้อย รวมทั้งแสดงผลการจัดลำดับชุมชนทางเว็บไซต์ <http://enh-community.com> เพื่อให้ชุมชนเข้าถึงข้อมูลเพื่อการนำไปใช้ประโยชน์ได้ง่าย สรุปผลการศึกษาได้ผลการจัดลำดับชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประเทศไทย ซึ่งครอบคลุมมิติด้านเศรษฐกิจและสังคม ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและด้านสุขภาพ และจากผลการจัดลำดับชุมชนนี้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ให้ชุมชนเห็นศักยภาพของตนเองในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเมื่อเปรียบเทียบกับลำดับกับชุมชนอื่น และในอนาคตสามารถใช้ในการกำกับติดตามการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละปี และชี้ให้เห็นประเด็นที่ควรต้องให้ความสำคัญในการพัฒนาชุมชนเพื่อให้มีอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีต่อไป

คำสำคัญ : การจัดลำดับชุมชน สุขภาพ ตัวชี้วัดอนามัยสิ่งแวดล้อม

Environmental Health Community Ranking

Naruephon Boorananat

Sunisa Maliwan

Tipkamon Pumipan

Benjawan Tawatsupa

Health Impact Assessment Division, Department of Health

Received 10 June 2021, Revised 23 September 2022, Accepted 27 September 2022.

Abstract

The environmental health situation in Thai communities are difference and still have a problem in many areas. Several international studies on environmental health situations at community level use the environmental health indicators and community ranking methods to assess situation and analyze community's capacity in environmental health management. In Thailand, this kind of study and data are limited. Therefore, the aim of this study is to rank the environmental health communities in Thailand. The DPSEEA conceptual framework is used for developing environmental health indicators and focus group discussion with environmental health experts and community representatives. The study design is a cross-sectional study using a questionnaire collecting data based on environmental health indicators developed by consulting environmental health experts with the DPSEEA conceptual framework. This study obtains 2019 situational data from 53 local administrative organizations representative of community sample groups randomly selected to cover rural, urban and large urban communities in Thailand. The data collection was conducted during May-July 2020 and analyzed the results of the environmental health community ranking of Thailand. The results found that environmental health indicators for ranking communities including 3 indicators, consist of socio-economic dimension (4 indicators), environment dimension (39 indicators) and health dimension (12 indicators). For each sub-indexes, there are the socioeconomic dimension's score between 0.12-1.00 with an average at 0.57, the environment dimension's score between 0.01-1.00 with an average score at 0.56, the health dimension's score between 0.63-1.00 with an average score at 0.91. Overall, the total scores of the 3 dimensions are between 0.13-2.84 with an average score at 1.91. Then, the communities in this study are ranked according to the total scores of 3 dimensions and show the scores of communities with capacity in environmental health management ranking by excellence, good, medium, and fair level. The results of community rankings also present on the website <http://enh-community.com> allowing the communities to access this information for future use. In summary, the results of community ranking in Thailand covers socio-economic, environment, and health dimensions. This will be useful for Thai communities to evaluate their own capacity in environmental health management and comparison with other communities, and also to monitor these changes each year. These results are importance to the community development in order to have a healthy environment and healthy community.

Keywords : community ranking, health, environmental health indicators

■ unna

มลพิษสิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อนในดิน น้ำ อากาศ ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ โดย องค์การอนามัยโลก รายงานว่า มลพิษต่างๆ ทำให้ เกิดการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือดและโรค หลอดเลือดสมอง มีจำนวนผู้เสียชีวิต 56.9 ล้าน คนทั่วโลก กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ มีจำนวน ผู้เสียชีวิต 3.0 ล้านคนทั่วโลก และโรคอุจจาระร่วง มีจำนวนผู้เสียชีวิต 1.3 ล้านคน ตามลำดับ⁽¹⁾ ซึ่ง โรคจากสิ่งแวดล้อมเหล่านี้สามารถหลีกเลี่ยง ป้องกันได้ ถ้ามีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่ดี สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลของสำนัก ปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่รวบรวมข้อมูลการเจ็บ ป่วย ผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษาด้วยสาเหตุโรค ต่าง ๆ ทั่วประเทศไทย (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ในช่วงปี 2554 – 2561 พบว่า แต่ละปีมีอัตรา ผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษาสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคระบบไหลเวียนเลือด โรคเกี่ยวกับต่อม ไร้ท่อโภชนาการและเมตาบอลิซึม และโรคระบบ ทางเดินหายใจ ซึ่งโรคดังกล่าวส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับ ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นใน สถานการณ์ปัจจุบัน ที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของ ประชาชนในระยะสั้น และระยะยาว⁽²⁾

สำหรับประเทศไทย สถานการณ์ปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนยังเป็นปัญหาใน หลายพื้นที่ และมีความแตกต่างกันขึ้นกับบริบท ของชุมชน⁽³⁾ โดยแบ่งชุมชนออกเป็น 3 ประเภท ทั้งชุมชนเมืองขนาดใหญ่ ชุมชนเมืองขนาดเล็ก และชุมชนชนบท⁽⁴⁾ ปัญหาในชุมชนที่เป็นพื้นที่ เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ หากไม่มีการจัดการ ที่ดีพอ จะทำให้เกิดปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนได้ ได้แก่ การจัดการขยะ ความสะอาดและปลอดภัยของ อาหารและน้ำ มลพิษอากาศ และการปนเปื้อน สารเคมีอันตราย ซึ่งปัญหาเหล่านี้ ยังคงพบใน

หลายพื้นที่และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากการขยายตัว ของเมืองและชุมชน จึงจำเป็นต้องมีการรวบรวม ข้อมูลสถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของ ชุมชนในประเทศไทย เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการ วางแผนสำหรับการแก้ไขปัญหาดังกล่าวต่อไป

ทั้งนี้ ในต่างประเทศได้ศึกษางานวิจัย ใช้เครื่องมือการจัดลำดับชุมชนด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม องค์การอนามัยโลก ได้จัดทำตัวชี้วัด อนามัยสิ่งแวดล้อม แบ่งเป็น 12 กลุ่ม 47 ตัวชี้วัด ในปี 1999⁽⁵⁾ ในขณะที่องค์การอนามัยโลก สำนักงานภูมิภาคแห่งยุโรป ได้ศึกษาตัวชี้วัดหลัก สำหรับการประเมินและวิเคราะห์ประเทศในระดับ ภูมิภาคจำนวน 11 กลุ่ม 55 ตัวชี้วัด ในปี 2000⁽⁶⁾ และศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention, USA) ได้ศึกษาการจัดทำตัวชี้ วัดอนามัยสิ่งแวดล้อมและสาธารณสุข (Environmental public health indicators: EPHIs) แบ่ง ออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ตัวชี้วัดสิ่งคุกคามทาง สุขภาพ ตัวชี้วัดการรับสัมผัส ตัวชี้วัดผลกระทบต่อสุขภาพ และตัวชี้วัดการดำเนินการแก้ไข ครอบคลุมตัวชี้วัด 11 ประเด็น 68 ตัวชี้วัด⁽⁷⁾ จาก ตัวชี้วัดเหล่านี้บ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่าง สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ทำให้เข้าใจง่ายทั้งผู้ กำหนดนโยบายและประชาชน สามารถวัด เปรียบเทียบข้อมูลเป็นเชิงปริมาณได้ มีข้อมูลที่ ตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นจริงในชุมชน ซึ่งจากการ ศึกษาวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับทฤษฎีการ กำหนดให้มีตัวชี้วัดด้านอันตรายจากการรับสัมผัส ที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพซึ่งยึดตามแนวคิดจาก Briggs และคณะ (1998) ที่อธิบายอันตรายการ สัมผัสและการเฝ้าระวังผลลัพธ์ทางสุขภาพจาก สิ่งแวดล้อม ภายใต้กรอบแนวคิด DEPSESA model⁽⁸⁾ เป็นตัวช่วยในการกำหนดตัวชี้วัดด้าน

อนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดี นอกจากนี้ ตัวชี้วัดด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม สามารถชี้ให้เห็นศักยภาพของชุมชนในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และแสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีสุขภาพดี โดยนำค่าคะแนนจากตัวชี้วัดนั้นมาจัดลำดับชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ผลที่คาดว่าจะได้รับคือ ชุมชนรวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีข้อมูลสถานการณ์ และนำไปสู่การจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและเกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของในชุมชนอย่างยั่งยืน⁽⁹⁾

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อจัดทำตัวชี้วัดด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และเพื่อจัดลำดับชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ที่เป็นประโยชน์ต่อการติดตามปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชน เพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ โดยผลการจัดลำดับสามารถนำไปสู่การกำหนดแผนปฏิบัติการสร้างความตระหนัก สร้างแรงจูงใจชุมชน เพื่อให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงแก้ไขปัญหาให้ดีขึ้น และทำให้ทุกภาคส่วนที่รับผิดชอบหรือเกี่ยวข้องกับปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ร่วมมือกัน เพื่อพัฒนาชุมชนให้ประชาชนมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี

■ วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ของชุมชนตามเกณฑ์และตัวชี้วัดที่จัดทำโดยผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ และการมีส่วนร่วมจากชุมชนให้ข้อคิดเห็นต่อตัวชี้วัดและให้ข้อมูลสถานการณ์อนามัยสิ่งแวดล้อม และนำข้อมูลนั้นมาคำนวณเป็นคะแนนเพื่อจัดลำดับชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อ

ต่อสุขภาพดีปี 2562 ดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 ถึง กันยายน 2563

● **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลุ่มตัวแทนของชุมชน ที่คัดเลือกแบบเจาะจงจากชุมชนที่ร่วมในโครงการพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี กรมอนามัย โดยคัดเลือกชุมชนตามพื้นที่การปกครองคือ ชุมชนชนบท (พื้นที่การดูแลขององค์กรบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลตำบล) ชุมชนเมือง (พื้นที่การดูแลของเทศบาลเมืองหรือเทศบาลนคร) และชุมชนเขตการปกครองแบบพิเศษ (พื้นที่การดูแลของกรุงเทพมหานครหรือเมืองพัทยา) โดยคัดเลือกตัวแทนชุมชนจากทั้ง 12 เขตบริการสุขภาพ เขตละ 4 ชุมชน และชุมชนเขตการปกครองแบบพิเศษ 4 ชุมชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และ 1 เทศบาลเมืองพัทยา รวมจำนวนชุมชนในการศึกษานี้ 53 แห่ง

วิธีการศึกษา ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการจัดทำตัวชี้วัดและเกณฑ์เพื่อการจัดลำดับชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพดี ภายใต้กรอบแนวคิด DPSEEA (Driving force-Pressure-State-Exposure-Effect-Action) เพื่ออธิบายปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ โดยใช้การสนทนากลุ่ม (Focus group) รับฟังความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญทั้งในกระทรวงสาธารณสุขและนอกกระทรวงสาธารณสุข ต่อตัวชี้วัดและเกณฑ์การจัดลำดับชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และความเห็นจากตัวแทนชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนทั่วไป ร่วมให้ข้อคิดเห็นต่อแหล่งข้อมูลตามตัวชี้วัดที่มีในชุมชน สำหรับระยะที่ 2 คือการรวบรวมข้อมูลจากตัวแทนชุมชน 53 แห่งที่เป็น

กลุ่มตัวอย่าง โดยให้ตัวแทนชุมชนกรอกข้อมูลตามตัวชี้วัดการจัดลำดับชุมชนที่พัฒนาขึ้น เป็นข้อมูลปี 2562 ผ่านแบบสำรวจบนเว็บไซต์ <http://enh-commumity.com> แบ่งข้อมูลออกเป็น 4 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพื้นที่ศึกษา ส่วนที่ 2 ข้อมูลตัวชี้วัดด้านเศรษฐกิจและสังคม ส่วนที่ 3 ข้อมูลตัวชี้วัดด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน ส่วนที่ 4 ข้อมูลตัวชี้วัดด้านสุขภาพชุมชน จากนั้นนำมาประมวลผล โดยใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในรูปแบบ Dashboard ทั้งนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการจัดลำดับชุมชน ยึดตามแนวคิดจากการจัดลำดับความก้าวหน้าของคน ด้วยดัชนีความก้าวหน้าของคน หรือ (Human Achievement Index - HAI)⁽¹¹⁾ จะประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การคำนวณหาค่าคะแนนมาตรฐานของตัวชี้วัด 2) การคำนวณตัวชี้วัดย่อยแต่ละด้านของตัวชี้วัด และ 3) การคำนวณผลรวมของตัวชี้วัดออกมาเป็นสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

ขั้นตอนที่ 1 การคำนวณหาค่าคะแนนมาตรฐานของตัวชี้วัด ใช้สูตรการคำนวณ แบ่งเป็น 2 กรณี ดังนี้

กรณีที่ 1 การวิเคราะห์คะแนนมาตรฐานสำหรับตัวชี้วัดเชิงบวก

$$\text{คะแนนมาตรฐาน (z-score)} = \frac{\text{ค่าของตัวชี้วัด} - \text{ค่าต่ำสุดของตัวชี้วัดในกลุ่มเดียวกัน}}{\text{ค่าสูงสุดของตัวชี้วัดในกลุ่มเดียวกัน} - \text{ค่าต่ำสุดของตัวชี้วัดในกลุ่มเดียวกัน}}$$

กรณีที่ 2 การวิเคราะห์คะแนนมาตรฐานสำหรับตัวชี้วัดเชิงลบ

$$\text{คะแนนมาตรฐาน (z-score)} = 1 - \frac{\text{ค่าของตัวชี้วัด} - \text{ค่าต่ำสุดของตัวชี้วัดในกลุ่มเดียวกัน}}{\text{ค่าสูงสุดของตัวชี้วัดในกลุ่มเดียวกัน} - \text{ค่าต่ำสุดของตัวชี้วัดในกลุ่มเดียวกัน}}$$

ขั้นตอนที่ 2 การคำนวณตัวชี้วัดย่อยแต่ละด้านของตัวชี้วัด ใช้สูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\text{ตัวชี้วัดย่อย } i = \frac{\sum_{i=1}^n |i|}{n}$$

เมื่อ $\sum_{i=1}^n |i|$ คือ ผลรวมของคะแนนทุกตัวชี้วัด
 n คือ จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด

จากการวิเคราะห์ผลค่าคะแนนมาตรฐาน (z-score) ของตัวชี้วัดแต่ละด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านสถานะเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน 2) ด้านสิ่งแวดล้อมชุมชน และ 3) ด้านสุขภาพชุมชน ซึ่งจะเรียงลำดับค่าคะแนนมาตรฐาน ตั้งแต่ 0-1 และดูการกระจายตัวของคะแนนที่ได้ตามเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่แบ่งระดับชุมชน ออกเป็น 5 กลุ่มตามลำดับ ได้แก่ (1) สีฟ้า คือ มีคะแนนในระดับดีมากที่สุด ตั้งแต่ 76-100% (2) สีเขียว คือ มีคะแนนในระดับดีมาก ตั้งแต่ 51-75% (3) สีเหลือง คือ มีคะแนนในระดับปานกลาง ตั้งแต่ 26-50% (4) สีแดง คือ มีคะแนนในระดับน้อย ตั้งแต่ 0-25% (5) สีเทา คือ ไม่มีข้อมูล จึงไม่สามารถคิดคะแนนได้ ดังตารางที่ 1

ขั้นตอนที่ 3 การคำนวณผลรวมของดัชนีอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี คือ การนำค่าคะแนนของตัวชี้วัดทั้ง 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านสถานะเศรษฐกิจและสังคม 2) ด้านสิ่งแวดล้อม และ 3) ด้านสุขภาพ มาบวกรวมกันจะได้ค่าคะแนนของดัชนีอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 0-3 คะแนน จากนั้นนำมาจัดเรียงเพื่อจัด

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนนมาตรฐานของเพื่อการจัดลำดับชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพดี

คะแนนมาตรฐาน		การแบ่งระดับชุมชน
คะแนนมาตรฐาน	ช่วงเปอร์เซ็นต์ไทล์	ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพดี
0.76 - 1.00	>75	สีฟ้า - ระดับดีมากที่สุด
0.51 - 0.75	51 - 75	สีเขียว - ระดับดีมาก
0.26 - 0.50	26 - 50	สีเหลือง - ระดับปานกลาง
<= 0.25	0 - 25	สีแดง - ระดับน้อย
ไม่มีคะแนน	N/A	สีเทา - ไม่มีข้อมูล

ลำดับชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพดีต่อไป

● การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ได้รับอนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 170 วันที่ 27 พฤศจิกายน 2560 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2564

■ ผลการศึกษา

1. ตัวชี้วัดเพื่อการจัดลำดับชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพดี

ผลการศึกษา พบว่า การจัดทำตัวชี้วัดสำหรับจัดลำดับชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ภายใต้กรอบแนวคิด DPSEEA (Driving force-Pressure-State-Exposure-Effect-Action) ประกอบด้วย ตัวชี้วัด 3 ด้าน (รวม 55 ตัวชี้วัดย่อย) ได้แก่ 1) ด้านสถานะเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน (มี 4 ตัวชี้วัดย่อย) 2) ด้านสิ่งแวดล้อมชุมชน (มี 12 ประเด็นรวม 39 ตัวชี้วัดย่อย) และ 3) ด้านสุขภาพชุมชน (มี 12 ตัวชี้วัดย่อย) แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตัวชี้วัดเพื่อการจัดลำดับชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพดี

ด้านเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน (4 ตัวชี้วัดย่อย)	ด้านสิ่งแวดล้อมชุมชน (มี 12 ประเด็น รวม 39 ตัวชี้วัดย่อย)	ด้านสุขภาพชุมชน (12 ตัวชี้วัดย่อย)
<ul style="list-style-type: none"> - ความหนาแน่นประชากร - การเพิ่มของจำนวนประชากร - อัตราพึ่งพิงรวม - การส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและภัยพิบัติ (4 ตัวชี้วัด) <ul style="list-style-type: none"> - การเกิดภัยพิบัติ - ภัยร้อน - การประสบภัยพิบัติ - มาตรการจัดการภัยพิบัติน้ำ 2. น้ำสะอาดเพื่อการอุปโภคบริโภค (5 ตัวชี้วัด) <ul style="list-style-type: none"> - แหล่งน้ำสำหรับการบริโภคที่มีคุณภาพ - การเข้าถึงน้ำประปาที่มีคุณภาพ - ความเพียงพอของน้ำสะอาดสำหรับการบริโภค - มาตรการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำสำหรับอุปโภคบริโภค 	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราทารกพิการแต่กำเนิด - อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วง - อัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษ - อัตราป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ - อัตราป่วยโรคหอบหืด - อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก - อัตราป่วยโรคมาลาเรีย - อัตราป่วยโรคพิษสุนัขบ้า - อัตราป่วยโรคฉี่หนู

ตารางที่ 2 ตัวชี้วัดเพื่อการจัดลำดับชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพดี (ต่อ)

ด้านเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน (4 ตัวชี้วัดย่อย)	ด้านสิ่งแวดล้อมชุมชน (มี 12 ประเด็น รวม 39 ตัวชี้วัดย่อย)	ด้านสุขภาพชุมชน (12 ตัวชี้วัดย่อย)
	<ol style="list-style-type: none"> 3. การสุขาภิบาลอาหาร (4 ตัวชี้วัด) <ul style="list-style-type: none"> - การจัดการสุขาภิบาลอาหารในสถานที่จำหน่ายและสะสมอาหารที่ได้มาตรฐาน - การจัดการสุขาภิบาลอาหารในตลาดที่ได้มาตรฐาน - อาหารสะอาดปลอดภัย - มาตรการเฝ้าระวังคุณภาพอาหาร 4. การจัดการสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย (6 ตัวชี้วัด) <ul style="list-style-type: none"> - ความสะอาดและปลอดภัยของที่อยู่อาศัย - ความครอบคลุมไฟฟ้าส่องสว่างในทางสาธารณะที่เป็นจุดเสี่ยง - พื้นที่สีเขียว - พื้นที่สีเขียวเพื่อบริการ - อารยสถาปัตย์ในพื้นที่สาธารณะ - มาตรการจัดการสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย 5. การคมนาคม (2 ตัวชี้วัด) <ul style="list-style-type: none"> - การขนส่งสาธารณะ - เส้นทางเดินเท้าและทางจักรยาน* 6. การจัดการมลพิษทางอากาศ (4 ตัวชี้วัด) <ul style="list-style-type: none"> - การก่อมลพิษทางอากาศในครัวเรือน - คุณภาพอากาศในบรรยากาศไม่ดี* - การรับสัมผัสควันบุหรี่ในครัวเรือน - มาตรการควบคุมมลพิษทางอากาศ 7. การจัดการมลพิษทางน้ำ (2 ตัวชี้วัด) <ul style="list-style-type: none"> - ร้านอาหารมีการบำบัดน้ำเสียเบื้องต้น - ระบบบำบัดน้ำเสียรวมของชุมชน 8. การจัดการสิ่งปฏิกูล (2 ตัวชี้วัด) <ul style="list-style-type: none"> - ส้วมสาธารณะถูกหลักสุขาภิบาล - มาตรการการจัดการสิ่งปฏิกูล 9. การจัดการมูลฝอยทั่วไป มูลฝอยติดเชื้อ และของเสียอันตราย (4 ตัวชี้วัด) <ul style="list-style-type: none"> - ชุมชนมีการจัดการขยะมูลฝอยที่ต้นทาง - มาตรการเก็บรวบรวมและกำจัดมูลฝอยทั่วไป - มาตรการเก็บรวบรวมและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ - มาตรการเก็บรวบรวมและกำจัดของเสียอันตราย 10. สารเคมีเป็นพิษและสารอันตราย (1 ตัวชี้วัด) <ul style="list-style-type: none"> - ชุมชนลดการใช้สารพิษและสารอันตราย 11. การควบคุมแมลงและสัตว์พาหะนำโรค (3 ตัวชี้วัด) <ul style="list-style-type: none"> - ความชุกกลุณน้ำยุงลาย - ความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า - มาตรการควบคุมแมลงและสัตว์พาหะนำโรค 12. การจัดการเหตุรำคาญ (3 ตัวชี้วัด) <ul style="list-style-type: none"> - เหตุรำคาญ - การคุ้มครองสุขภาพจากเหตุรำคาญ - มาตรการควบคุมเหตุรำคาญ 	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราความชุกโรคหอนอนพยาธิ - อัตราการป่วยโรคมาเร็ง - อัตราอุบัติเหตุการณั้บัติเหตุ

2. ผลการจัดลำดับชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

จากตัวชี้วัดการจัดลำดับชุมชนที่พัฒนาขึ้น และผลการรวบรวมข้อมูลตามตัวชี้วัด ซึ่งเป็นสถานการณ์ปี 2562 จากตัวแทนชุมชน 53 แห่ง โดยให้ตัวแทนชุมชนกรอกข้อมูลผ่านบนเว็บไซต์ <http://enh-community.com> จากนั้นนำมาประมวลผล โดยใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในรูปแบบ Dashboard แสดงผลค่าการจัดลำดับด้วยคะแนนมาตรฐาน (z-score) ตั้งแต่ 0 – 1 ผลการวิเคราะห์ค่าคะแนนจัดกลุ่มตามตัวชี้วัด พบว่า (1) ด้านสภาวะเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน มีค่าคะแนนระหว่าง 0.1229–1.0000 มีคะแนนเฉลี่ย 0.57 (2) ด้านสิ่งแวดล้อมชุมชน มีค่าคะแนนระหว่าง 0.0067 –1.0000 มีคะแนนเฉลี่ย 0.56 และ (3) ด้านสุขภาพชุมชน มีค่าคะแนนระหว่าง 0.6335 –1.0000 มีคะแนนเฉลี่ย 0.91 โดยค่าคะแนนของผลรวมตัวชี้วัดอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี จะใช้คะแนนผลรวมของทั้ง 3 ด้าน จะได้ค่าคะแนนระหว่าง 0–3 คะแนน จากนั้นนำมาจัดลำดับชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพดี ที่จัดลำดับเรียงลำดับจากมากไปน้อยที่สุด ผลการจัดลำดับชุมชนพบว่า คะแนนรวมของตัวชี้วัดอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชนที่เอื้อต่อสุขภาพดี มีค่าคะแนนระหว่าง 0.1296 – 2.8424 มีคะแนนเฉลี่ย 1.91 แสดงดังตารางที่ 3

จากข้อมูลค่าคะแนนมาตรฐานของดัชนีอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี นำมาจัดลำดับชุมชนตามตัวชี้วัดย่อยแต่ละด้านของดัชนี โดยแบ่งเป็น 4 ลำดับ ได้แก่ คะแนนในระดับดีมากที่สุด ดีมาก ปานกลาง และ น้อย ตามลำดับพบว่า ผลการจัดลำดับชุมชนของดัชนีสภาวะเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน ส่วนใหญ่เป็นชุมชนที่มีคะแนนในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 58.49 ผลการจัดลำดับชุมชนของดัชนีสิ่งแวดล้อมชุมชน ส่วนใหญ่มีคะแนนในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 30.19 สำหรับผลการจัดลำดับชุมชนของดัชนีสุขภาพชุมชน ส่วนใหญ่ได้คะแนนในระดับดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 84 ดังแผนภาพที่ 1

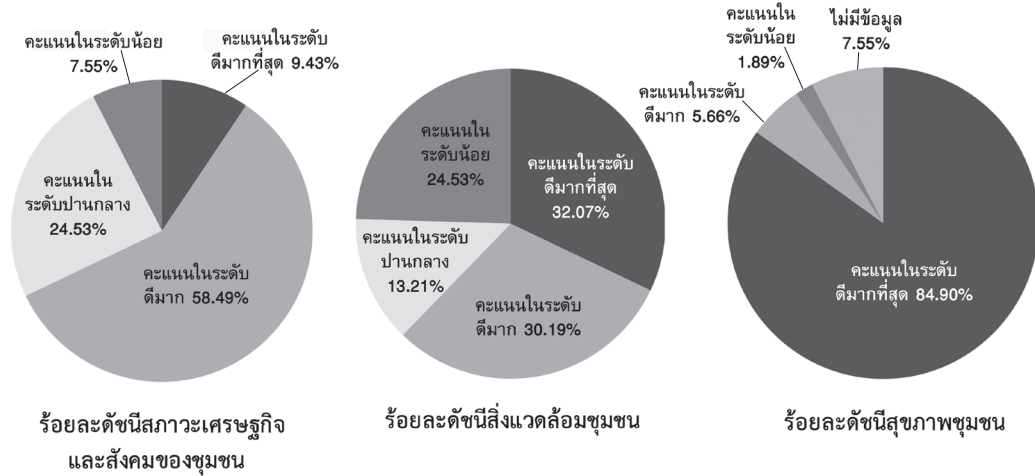
โดยสรุปในภาพรวม จากการรวมคะแนนตัวชี้วัดย่อยทั้งหมดของดัชนีทั้ง 3 ด้าน นำมาใช้ในการจัดลำดับชุมชน พบว่า มีจำนวน 17 ชุมชนที่ได้คะแนนภาพรวมในระดับดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.07 มีชุมชนจำนวน 26 ชุมชนที่มีคะแนนในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 49.05 มีชุมชนจำนวน 7 ชุมชนที่มีคะแนนในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 13.21 และมีชุมชนจำนวน 3 ชุมชนที่มีคะแนนในระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 5.66 แสดงผลตั้งแผนที่ของชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพดี ใน website: <http://enh-community.com> ดังแผนภาพที่ 2

ทั้งนี้ ผลการจัดลำดับ พบว่าชุมชนที่จัดว่าเป็นชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ

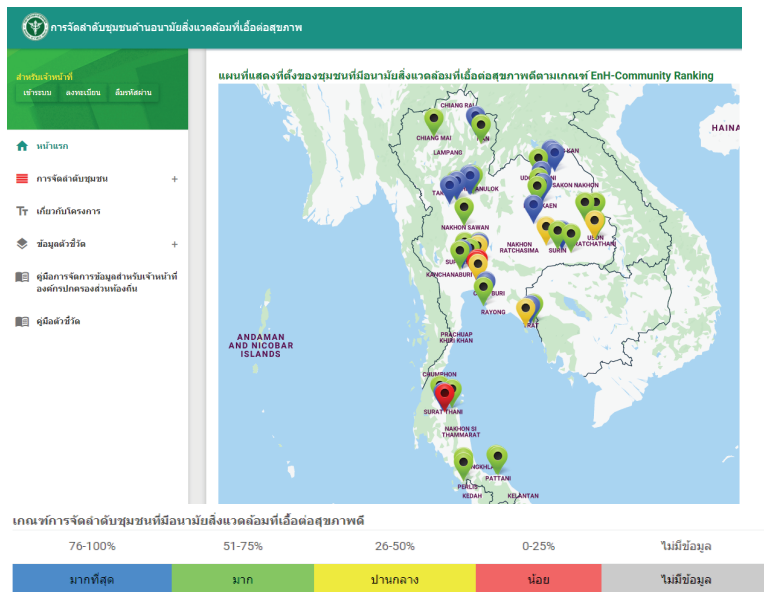
ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยของดัชนีด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ของชุมชนที่ศึกษา

ตัวชี้วัดด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	\bar{x}	SD	Min	Max
ตัวชี้วัดด้านสภาวะเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน	0.57	0.17	0.1229	1.0000
ตัวชี้วัดด้านสิ่งแวดล้อมชุมชน	0.56	0.31	0.0067	1.0000
ตัวชี้วัดด้านสุขภาพชุมชน	0.91	0.08	0.6335	1.0000
รวมตัวชี้วัดอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี	1.91	0.53	0.1296	2.8424

แผนภาพที่ 1 ร้อยละของชุมชนที่มีผลการจัดลำดับชุมชนในแต่ละระดับ จำแนกตามตัวชี้วัดแต่ละด้าน



แผนภาพที่ 2 แผนที่แสดงที่ตั้งของชุมชนที่มีอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพดี ปี 2562



สุขภาพดี ในระดับดีมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ เทศบาลนครพิษณุโลก เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี และองค์การบริหารส่วนตำบลสมอแข อ.เมืองพิษณุโลก ตามลำดับ และพบว่า มี 3 ชุมชนมีคะแนนในระดับน้อย คือ สำนักงานเขตบางซื่อ สำนักงานเขตบางเขน และองค์การบริหารส่วนตำบลมะขามเตี้ย ตามลำดับ

■ อภิปรายผล

1. ตัวชี้วัดเพื่อการจัดลำดับชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพดี จากตัวชี้วัดด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของชุมชน ประกอบด้วย ตัวชี้วัดย่อยของดัชนีทั้ง 3 ด้าน พบว่า ดัชนีเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน สามารถใช้ติดตามและประเมิน

ผลการเติบโตด้านเศรษฐกิจ สังคม ความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัย และคุณภาพชีวิตที่ดีของในชุมชน ส่วนดัชนีสิ่งแวดล้อมชุมชนสามารถสะท้อนสถานการณ์อนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนในปัจจุบันได้ และดัชนีสุขภาพชุมชน เป็นตัวบ่งชี้สถานการณ์ปัญหาสุขภาพอนามัยของชุมชน เช่น การเจ็บป่วย ความพิการ การตายและภาวะสุขภาพอนามัยอื่น ๆ ดังนั้น ตัวชี้วัดเพื่อการจัดลำดับชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพดี สามารถนำไปใช้เป็นเกณฑ์เพื่อประเมินศักยภาพของชุมชนให้เกิดการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดีขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Coussens & Goldman⁽¹²⁾ โดยตัวชี้วัดอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดี ควรต้องมีลักษณะที่สำคัญคือ เข้าใจง่ายทั้งผู้กำหนดนโยบายและประชาชนสามารถวัดได้ เปรียบเทียบได้เป็นเชิงปริมาณ บอกถึงความสัมพันธ์กันระหว่างปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ตอบสนองต่อความต้องการของท้องถิ่น และสะท้อนคุณค่าทางสังคมที่มีต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ และยังมีความใกล้เคียงกับตัวชี้วัดอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์การอนามัยโลก ที่จัดทำตัวชี้วัดอนามัยสิ่งแวดล้อมในปี ค.ศ.1999 ภายใต้แนวคิด DPSEEA แบ่งเป็น 12 กลุ่ม 47 ตัวชี้วัด (Briggs DJ)⁽⁵⁾ ในประเด็นบริบททางเศรษฐกิจและสังคม คุณภาพอากาศ การสุขาภิบาล ที่อยู่อาศัย การเข้าถึงน้ำดื่มสะอาด และกลุ่มโรคจากสัตว์และแมลงพาหะ

นอกจากนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของดวงกมล คนโทเงิน⁽¹³⁾ ศึกษาปัจจัยชี้วัดคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตควบคุมมลพิษ ของประเทศไทย พบว่าปัจจัยชี้วัดคุณภาพของประชาชนในเขตควบคุมมลพิษ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านที่อยู่อาศัย ด้านสภาพเศรษฐกิจ ด้านสภาพสังคม ด้านสภาพแวดล้อม และด้านสุขภาพอนามัย สอดคล้องกับการศึกษาของ Hood และ

คณะ⁽¹⁴⁾ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกำหนดสุขภาพ กับสภาวะสุขภาพ ได้พบว่าตัวชี้วัดด้านเศรษฐกิจ พฤติกรรมสุขภาพ การบริการสุขภาพ และสภาพแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพ

2. ผลการจัดลำดับชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

ผลการจัดลำดับชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพดีในภาพรวม ชุมชนใดมีค่าคะแนนสูงแสดงว่ามีอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพดี คือ มีคุณภาพสิ่งแวดล้อม สภาพเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งมีสถานะด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมที่ดี ส่วนชุมชนใดที่มีค่าตัวชี้วัดยิ่งเข้าใกล้ศูนย์ แสดงว่าชุมชนนั้นมีปัญหาด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ปัญหาสุขภาพ หรืออาจมีปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมที่ไม่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของคนในชุมชน

ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการศึกษาของ Heo และ Lee⁽¹⁵⁾ ได้ทำการศึกษาปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมในประเทศเกาหลีโดยกำหนดให้มีตัวชี้วัดประกอบด้วยตัวชี้วัดด้านสิ่งแวดล้อม และตัวชี้วัดด้านสุขภาพ และหาผลรวมของตัวชี้วัดด้วยการรวมผลค่า normalization และหารด้วยจำนวนตัวชี้วัด ซึ่งวิธีการนี้จะได้คะแนนอยู่ระหว่าง 0-1 ผลการศึกษานี้พบว่าตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้นระหว่างตัวชี้วัดทางด้านสิ่งแวดล้อม ตัวชี้วัดด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กันค่อนข้างสูง โดยชุมชนที่มีค่าคะแนนสูงแสดงว่ามีอนามัยสิ่งแวดล้อมดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ Remington และคณะ⁽¹⁶⁾ ได้ศึกษาการจัดอันดับสุขภาพของเขตในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยได้กำหนดกรอบจัดทำตัวชี้วัดสุขภาพประชากร ประกอบด้วย พฤติกรรมทางสุขภาพ ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ สำหรับการจัดอันดับจะใช้การคิดค่าน้ำหนักคะแนนด้วย

Z-score และนำค่า Z-score คูณด้วยค่าถ่วงน้ำหนัก และนำคะแนนทุกตัวชี้วัดมารวมกัน จากนั้นนำระดับคะแนนที่ได้ในแต่ละเขตไปจัดอันดับพบว่า การจัดอันดับสุขภาพ สามารถใช้เพื่อแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างด้านสุขภาพได้อย่างชัดเจน

■ สรุป

การศึกษานี้ได้ตัวชี้วัดด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพดีในบริบทของประเทศไทยที่ใช้เป็นเครื่องมือเพื่อรวบรวมข้อมูลของชุมชนด้านเศรษฐกิจและสังคม ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและด้านสุขภาพ ทำให้ทราบถึงสถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชนในปัจจุบัน และสามารถนำข้อมูลไปประกอบการวางแผน กำหนดมาตรการเพื่อการพัฒนาและปรับปรุงในด้านที่มีค่าดัชนีอยู่ในระดับน้อยได้ นอกจากนี้ผลการจัดลำดับชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ชี้ให้เห็นถึงชุมชนมีศักยภาพในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพดี และเปรียบเทียบกับลำดับกับชุมชนอื่นๆ ได้ หากชุมชนมีการเก็บข้อมูลครบทุกตัวชี้วัด และต่อเนื่องทุกปี โดยใช้เครื่องมือการจัดลำดับชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ในรูปแบบออนไลน์บนเว็บไซต์ <http://enh-community.com> จะทำให้มีฐานข้อมูลของชุมชนที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและสนับสนุนให้ชุมชนจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีขึ้นได้

■ ข้อเสนอแนะ

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรนำผลการศึกษานี้ไปใช้เพื่อผลักดันให้ชุมชนที่ได้คะแนนด้านสิ่งแวดล้อมต่ำให้มีการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมที่ดีขึ้น จะช่วยให้เป็นชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีได้

2. กรมอนามัย ควรนำตัวชี้วัดและเกณฑ์การจัดลำดับด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีไปขยายผลต่อยอด โดยใช้ประเมินติดตามสถานการณ์และการจัดการของชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อจะทำให้ได้ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีได้

3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผลักดันให้ชุมชนนำผลจากการศึกษานี้ไปใช้ประโยชน์ โดยเป็นตัวชี้วัดในการติดตามการพัฒนาชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ทำให้ชุมชนเห็นศักยภาพตนเอง เทียบระดับอำเภอ จังหวัด และประเทศ โดยภาคที่เกี่ยวข้องสามารถเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อให้มีข้อมูลที่เชื่อมโยงทุกมิติสามารถบูรณาการเป็นองค์รวมทั้งมิติสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีได้

■ กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผ่านการพิจารณาจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) และขอขอบพระคุณผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่สนับสนุนและคำแนะนำ จนสำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization Regional Office for South East Asia. Environmental health. WHO South-East Asia [Internet]. 2017 [cited 2020 Jul 5]. Available from: http://www.searo.who.int/topics/environmental_health/en/
2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการป่วย พ.ศ.2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 18 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://bps.moph.go.th>
3. ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: สำนักงานราชบัณฑิตยสถาน; 2554
4. สนธยา พลศรี. ทฤษฎีและหลักการพัฒนาชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์; 2547
5. Briggs DJ, World Health Organization. Environmental health indicators: framework and methodologies. World Health Organization; 1999.
6. World Health Organization. Regional Office for Europe. Environmental health indicators: development of a methodology for the WHO European Region [Internet]. 2000 [cited 2020 Nov 6]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108366/E71437.pdf>
7. Centers for Disease Control and Prevention. Environmental public health indicators project. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Environmental Health [Internet]. 2005 [cited 2020 Nov 6]. Available from: <http://www.cdc.gov/nceh/indicators>.
8. Briggs DJ, Stern RM. and Tinker T, eds. Environmental health for all. Risk assessment and risk communication in National Environmental Health Action Plans. Dordrecht: Kluwer; 1998.
9. Gispén WH. Assessing and evaluating the health impact of environmental exposures. Augustinus Ernst Maria de Hollander: Utrecht Universiteit; 2004
10. Erwin PC, Myers CR, Myers GM, Daugherty LM. State responses to America's Health Rankings: the search for meaning, utility, and value. *J Public Health Manag Pract* 2011;17(5):406-12
11. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ดัชนีความก้าวหน้าของคน ปี 2560. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2560
12. Coussens CM & Goldman L, eds. Environmental Health Indicators: Bridging the Chasm of Public Health and the Environment: Workshop Summary. National Academies Press; 2004.
13. ดวงกมล คณโฑเงิน. คุณภาพชีวิตของประชากรในเขตควบคุมมลพิษของประเทศไทย [วิทยานิพนธ์ปริญญาเอก]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์; 2556.
14. Hood CM, Gennuso KP, Swain GR & Catlin BB. County health rankings: relationships between determinant factors and health outcomes. *American journal of preventive medicine* 2016;50(2): 129-35.
15. Heo S & Lee JT. Study of environmental health problems in Korea using integrated environmental health indicators. *International journal of environmental research and public health* 2013;10(8):3140-56.
16. Remington PL, Catlin BB & Gennuso KP. The county health rankings: rationale and methods. *Population health metrics* 2015;13(1):1-12.

การวิจัยประเมินผลการดำเนินงานพัฒนา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว จังหวัดยะลา

ดวงกมล ศิริลักษณ์านนท์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา

วันรับ 16 มีนาคม 2566, วันแก้ไข 7 เมษายน 2566, วันตอบรับ 18 เมษายน 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยเพื่อประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตการดำเนินงานพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ใช้ CIPP Model วิเคราะห์และการพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คณะกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนา และผู้รับบริการ รวม 48 คน คัดเลือกแบบเจาะจงและสมัครใจ เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ สทนากลุ่ม และข้อมูลทุติยภูมิจากผลการดำเนินงานปี 2561 – 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและสถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัย พบว่า 1) บริบท : กำหนดเป็นยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เพื่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของจังหวัด มีการมอบนโยบายและทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) กับผู้บริหารระดับอำเภอ 2) ปัจจัยนำเข้า : มีงบประมาณสนับสนุนโครงการระดับจังหวัด แต่งตั้งคณะกรรมการเป็นกลไกการขับเคลื่อน สนับสนุนคู่มือและวัสดุอุปกรณ์ และบุคลากรดำเนินงานอย่างเพียงพอ 3) กระบวนการ : มีการชี้แจงเกณฑ์ประเมินให้คณะกรรมการขับเคลื่อนฯ มีทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นพี่เลี้ยง ใช้ PDCA ในการวิเคราะห์และปรับกระบวนการดำเนินงาน 4) ผลผลิต : งบประมาณ 2565 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์ประเมินทุกแห่ง ผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น เปรียบเทียบจากปี 2564 – 2565 เช่น 1) ร้อยละประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวาน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 93.85 เป็น 94.49 2) ความครอบคลุมวัคซีนเด็กอายุครบ 1 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 64.37 เป็นร้อยละ 68.66 ปัจจัยความสำเร็จเกิดจากการมีส่วนร่วมของทีมงานทุกระดับ ผู้บริหารให้ความสำคัญมอบนโยบายสู่การปฏิบัติ วางแผนดำเนินงานและติดตามประเมินอย่างเป็นระบบ ข้อเสนอ ควรมีการพัฒนาและประเมินมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง และสื่อสารชี้เป้าแก่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อเป็นเครือข่ายการแก้ปัญหาาระดับพื้นที่ เพิ่มบริการเชิงรุกในชุมชน พร้อมนำเทคโนโลยีสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการเข้าถึง และใช้ข้อมูลในการปรับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนให้สามารถพึ่งตนเองเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีต่อไป

คำสำคัญ : การพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว, การวิจัยประเมินผล

Evaluation Research of the Performance of Development of Starred Tambon Health Promoting Hospitals, Yala Province

Duangkamon Sirilapyanon

Yala Provincial Public Health Office

Received 16 March 2023, Revised 7 April 2023, Accepted 18 April 2023

Abstract

This evaluation research aimed to assess context, inputs, processes and products of the performance of development the Starred Tambon Health Promoting Hospitals by CIPP model. In total, 48 Key informants consisted of executives, health workers in Tambon Health Promoting Hospitals, evaluation and development steering committee, and service recipients. The data were collected by using in-dept interviews, focus group and summary of secondary data of the performance by the 2018 – 2022. The data were analyzed using descriptive statistics and content analysis. The results found that 1) Context : the development of the Starred Tambon Health Promoting Hospitals was issued as the health system development strategies of the province; the policies and MOUs were given to district administrators. 2) Input : budget provincially were supported for program; an appointing a steering committee, manuals, materials, equipment were supported; and personnel were sufficient. 3) Process : the development of Starred Tambon Health Promoting Hospitals was performed by hospital network – multidisciplinary mentor team; using PDCA was applied to improve and develop continuously. 4) Product : all settings of Stared Tambon Health Promoting Hospitals were accredited in 2022; trend of health outcomes were improves. Comparison 2021-2022 such as, screening for Diabetes over the age of 35 increase form 93.85 percent to 94.49, coverage vaccine in children 1 year from 64.37 percent to 68.66 percent. Success factors were the participation of health professionals, given the importance of administrators in all levels, having developmental strategy and monitoring system. The research suggested that the primary care service quality should be performed continuously and proactive services in community. Using the strategy of District Health System to solve the local problems, apply technology to access the health services for people, to increase Health literacy and Health behaviors in order to have good health and well – being.

Keywords : Development of Starred Tambon Health Promoting Hospitals, Evaluation research

■ บทนำ

การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย มีความเจริญก้าวหน้ามาเป็นลำดับ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 เริ่มจากการนำแนวคิดและเกณฑ์คุณภาพ มาพัฒนามาตรฐานของหน่วยงานต่าง ๆ เช่น เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Thailand Quality Award : TQA) ทำให้เกิดมุมมองด้าน

คุณภาพครอบคลุมการบริหารจัดการจนถึง ผลลัพธ์เช่นเดียวกับการพัฒนาสถานบริการทุกระดับตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 ที่กำหนดว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิ เสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้ มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษา

พยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามกฎหมายที่กำหนด” และมาตรา 82 ได้บัญญัติว่า “รัฐต้องจัดการและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง”(1) จากบทบัญญัติ 2 มาตราดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุข จึงได้มีการขยายบริการเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ครอบคลุมและทั่วถึง

การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่นั้น เดิมอยู่ภายใต้การดูแลระบบสุขภาพของสถานีอนามัย และได้มีการยกระดับเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในปี 2551 ซึ่งเป็นหน่วยงานบริการทางสุขภาพในระดับพื้นที่มีพันธกิจหลักในการบริการ ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู รวมถึงการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ(2) ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด มุ่งเน้นการทำงานเชิงรุก ให้บริการอย่างต่อเนื่อง มีความเชื่อมโยงและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกับโรงพยาบาลแม่ข่ายประจำอำเภอ ประชาชน ชุมชน ตลอดจนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่(3) นอกจากนี้ ในปี 2560 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ (20 ปี) เพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และภาวะสุขภาพ รวมทั้งการปฏิรูประบบสุขภาพสู่ยุคประเทศไทย 4.0 ที่ได้กำหนดยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1) การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค (Promotion & Prevention excellence) 2) การบริการ (Service excellence) 3) การพัฒนาคน (People excellence) 4) การบริหารจัดการ (Governance excellence) ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงเป็น

นโยบายสำคัญภายใต้แผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน(4)

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตาม “เกณฑ์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว” เป็นเกณฑ์คุณภาพที่ผสมผสานร่วมกับเกณฑ์ Primary Care Award (PCA) และเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่มุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการ และการบริการสุขภาพครอบคลุม 5 หมวด 1) การบริหารดี 2) ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม 3) บุคลากรดี 4) บริการดี 5) ประชาชนสุขภาพดี(5) จากการทำดำเนินงานพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในช่วงปี 2560-2563 ส่วนใหญ่ยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน เนื่องจากมีข้อจำกัดและปัจจัยแห่งความสำเร็จเกี่ยวกับ กลยุทธ์ขององค์กร โครงสร้างการจัดกลุ่มงาน การมอบหมายหน้าที่ ระบบปฏิบัติงาน การประสานความร่วมมือกับเครือข่าย การจูงใจให้บุคลากรเห็นความสำคัญ การพัฒนาทักษะความรู้ความสามารถของบุคลากร และค่านิยมร่วม(6) และจากการวิเคราะห์จุดอ่อนของการดำเนินงานระยะแรก พบว่า การสื่อสารภายในองค์กรยังไม่ชัดเจน ไม่มีการศึกษามาตรฐานการประเมิน ขาดการวิเคราะห์ข้อมูลและการนำข้อมูลมาใช้ในบริบทพื้นที่(7)

ภายใต้การดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา เริ่มดำเนินการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดดาว ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 ซึ่งในปีแรกของการดำเนินงานไม่มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใดผ่านเกณฑ์ทั้ง 5 หมวด (จากเป้าหมายร้อยละ 10) และปี 2561 มีโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล ผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นเป็น 1 ใน 3 (ร้อยละ 35.80 จากเป้าหมายร้อยละ 25) ปี 2562 มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 ใน 3 ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 70.37 จากเป้าหมายร้อยละ 60) และปี 2563 ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 92.59 (เป้าหมายร้อยละ 75) ปี 2564 ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 96.30 (จากเป้าหมายร้อยละ 75) และปี 2565 ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด (ร้อยละ 100)^(๑) จากผลการดำเนินงานฯ ข้างต้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา ในฐานะหน่วยงานพี่เลี้ยงในระดับจังหวัด มีบทบาทในการส่งเสริม สนับสนุน กำกับติดตามและประเมินผลการพัฒนาบริการปฐมภูมิ เล็งเห็นความสำคัญกับการประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว นำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการวางแผนปรับกลยุทธ์ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ให้ดียิ่งขึ้น ตลอดจนเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายให้กับผู้บริหารในการสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว จังหวัดยะลา 4 ด้าน คือ ด้านบริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการดำเนินงาน (Process) และผลผลิต (Product)

■ วิธีการศึกษา

● **รูปแบบการวิจัย** เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation research) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2565 ถึงกุมภาพันธ์ 2566 โดยใช้รูปแบบ CIPP Model ตามกรอบแนวคิด

ของ Daniel L. Stufflebeam^(๑) ประกอบด้วย บริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการดำเนินงาน (Process) และผลผลิต (Product)

● **กลุ่มตัวอย่าง** คือ บุคลากรสาธารณสุขและประชาชนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว จำนวน 48 คน จำแนกเป็น 1) กลุ่มผู้บริหาร ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ หัวหน้ากลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 12 คน 2) กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน 14 คน 3) คณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาและประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา โรงพยาบาลแม่ข่าย และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 10 คน และ 4) ประชาชนผู้รับบริการ จำนวน 12 คน ทั้งนี้ ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีจำเพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยความสมัครใจ

● **เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย** การศึกษาครั้งนี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ สำหรับเครื่องมือเชิงคุณภาพเป็นแบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว และครอบคลุมเนื้อหาการประเมินด้านบริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการดำเนินงาน (Process) และผลผลิต (Product)

จำแนกเป็น 1) แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) สำหรับกลุ่มผู้บริหาร และกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม (Focus group) สำหรับคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาและประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ หรือทีมพี่เลี้ยงประจำโรงพยาบาลแม่ข่าย และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ 3) แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept interview) สำหรับประชาชนผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เครื่องมือเชิงปริมาณเป็นแบบประเมินตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว 5 หมวด ได้แก่ 1) การบริหาร 2) ประสานงานดี ภาครัฐมีส่วนร่วม 3) บุคลากรดี 4) บริการดี และ 5) ประชาชนสุขภาพดี ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁰⁾ และผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวจังหวัดยะลาจากระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ⁽¹¹⁾ เครื่องมือเชิงคุณภาพได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้แก่ ผู้บริหารระดับจังหวัด คณะกรรมการพัฒนาและประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวระดับเขต และระดับจังหวัด ซึ่งผลการตรวจสอบคุณภาพเชิงเนื้อหา รายข้ออยู่ระหว่าง 0.66-1.00 ได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ตรวจสอบความถูกต้อง และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 2 คน ทั้งหมด 8 คน

● **การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าร้อยละผลการดำเนินงานผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชน ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม นำมาวิเคราะห์ด้วยการรวบรวมจัดกลุ่ม สรุป และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และทำการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลด้วยวิธีการสอบทานแบบสามเส้า (Data triangulation)

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** การศึกษาครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา เลขที่ 12/2565 ลงวันที่ 19 กันยายน 2565

■ ผลการศึกษา

ผลการศึกษาตามบริบท พบว่า จังหวัดยะลากำหนดการพัฒนาคุณภาพสถานบริการเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์พัฒนาระบบสาธารณสุขของจังหวัดยะลา หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งให้ดำเนินการพัฒนาตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 เป็นต้นมา มีการมอบนโยบายการพัฒนาในการประชุมแผนยุทธศาสตร์จังหวัด การบันทึกข้อตกลงความร่วมมือการดำเนินงาน (MOU) ร่วมกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ ในการกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวง จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยกับนโยบายและเป้าประสงค์ของการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ที่มีเนื้อหาครอบคลุมการดำเนินงาน ทั้งด้านการบริหาร บริการและวิชาการ ส่งผลให้มีแนวทางการพัฒนาที่ชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกัน ที่ใช้ในการกำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังตัวอย่างจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ดังนี้

“เห็นด้วยนะ กับการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว มีทิศทางการพัฒนาที่ชัดเจน ครอบคลุมงานใน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เป็นยุทธศาสตร์หลักของการพัฒนามีการจัดทำแผนงาน โครงการ ทั้งระยะสั้นและระยะยาวมีการจัดสรรบุคลากรให้เอื้อต่อการทำงานและสามารถหมุนเวียนมาช่วยกันได้ ในภาพคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ” (สัมภาษณ์ผู้บริหาร : 2)

“เห็นด้วยมากต่อกับนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว คิดว่าเป็นแนวทางพัฒนาที่ชัดเจนเนื้อหาครบทุกเรื่องในการทำงานระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งการบริหารจัดการ การบริการและด้านวิชาการ” (สนทนากลุ่ม : คณะกรรมการขับเคลื่อน)

สำหรับปัจจัยนำเข้า กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ มีการจัดทำโครงการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิระดับจังหวัด ได้รับการสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2561 ถึงปัจจุบัน มีการถ่ายทอดนโยบาย จัดทำและสนับสนุนคู่มือการดำเนินงาน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนาและประเมินระดับจังหวัด ที่มาจากทุกกลุ่มงานและผู้แทนภายนอก จากปัจจัยนำเข้าด้านบุคลากร พบว่าจังหวัดยะลามีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยรวมเท่ากับ 1: 825 ต่อประชากร (เกณฑ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ 1: 1,250 ต่อประชากร) สำหรับด้านงบประมาณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ใช้เงินบำรุง ส่วนงบลงทุน งบค่าเสื่อมในการพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ ต้องดำเนินการจัดทำแผนไว้ล่วงหน้า สำหรับยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ได้รับสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ดังตัวอย่างจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ดังนี้

“เรามีการประชุมร่วมกันในเวทีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จัดทำแผนนิเทศร่วมกัน มีการจัดทำ CPG/

แนวทางดูแลรักษา คู่มือการใช้ยา แนวปฏิบัติของงาน IC ให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และมีการสำรวจความเพียงพอของวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเพื่อให้พร้อมใช้” (สัมภาษณ์ผู้บริหาร : 10)

“ทีมพี่เลี้ยงของอำเภอ มีท่านสาธารณสุขอำเภอ, ผู้ช่วย และพี่พยาบาลจากโรงพยาบาล มีการดูแล คอยให้คำแนะนำแนวทางการทำงาน และจัดทำคู่มือให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งๆ ละเล่ม และให้ไฟล์ถ้าเราจะไปทำเพิ่มให้กับทุกคนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล” (สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงาน : 2)

ด้านกระบวนการ พบว่าในระดับจังหวัด มีการชี้แจงเกณฑ์การประเมินให้กับคณะกรรมการขับเคลื่อน และดำเนินการถ่ายทอดแนวทางการประเมินให้กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในเครือข่ายอำเภอ ในการประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ หรือในการประชุมทำแผนยุทธศาสตร์ระดับอำเภอ นอกจากนี้ มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยทีมสหวิชาชีพในประเด็นต่างๆ เช่น การควบคุมป้องกันการติดเชื้อ (IC) การบริหารจัดการยา มาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ (LAB) ให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของแต่ละหมวด พร้อมทั้งมีการนิเทศติดตามโดยคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ปีละ 2 ครั้ง (หรือมากกว่า) และมีการนิเทศติดตามเฉพาะวิชาชีพของโรงพยาบาลแม่ข่าย เช่น เกษัชปฐุมภูมิพยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (ICN) เป็นต้น จังหวัดกำหนดให้มีรูปแบบการประเมินตนเองของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และมีการประเมินโดยคณะกรรมการขับเคลื่อนระดับอำเภอ และระดับจังหวัด ประเมินรับรองตามลำดับ นอกจากนี้ ได้มีการประชุมและสรุปผลการประเมิน

เพื่อถอดบทเรียนร่วมกันในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ วิเคราะห์ ประเมินปรับกระบวนการดำเนินงาน และกำหนดแผนพัฒนาในปีถัดไป โดยใช้กระบวนการ PDCA ดังตัวอย่างจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“เรามีการประชุมชี้แจงรายละเอียดเกณฑ์ติดตามทั้ง 5 หมวด โดยทีมพี่เลี้ยงอำเภอ มีผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอเป็นหลัก ท่าน สสอ. มอบให้ ผอ.รพ.สต. ไปถ่ายทอดต่อน้องๆ มีการทำแผนร่วมกันกำหนด เป้าว่า รพ.สต. ใดให้ผ่านก่อนประเมินตนเองทุกแห่งก่อน แล้วอำเภอประเมินจึงค่อยส่งชื่อให้จังหวัดลงประเมินรับรอง” (สัมภาษณ์ผู้บริหาร : 1)

“เครือข่ายมีการจัดการติดตามประเมินผลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม ปีละ 2 ครั้ง เป็นการนิเทศแบบบูรณาการร่วมกับงานอื่นๆ และมีการแยกการนิเทศประเมินผลรายหมวดที่เฉพาะประเด็น เช่น IC/Lab/RDU” (สนทนากลุ่ม : คณะกรรมการขับเคลื่อนฯ)

ด้านผลผลิต จากการพัฒนาตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม ต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2561 – 2565 มีความก้าวหน้าเป็นลำดับ ขณะนี้ผ่านเกณฑ์ทุกแห่ง (ร้อยละ 100) จากการสัมภาษณ์ส่วนใหญ่เห็นว่าการพัฒนาตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม มีประโยชน์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ทั้งด้านกายภาพ สิ่งแวดล้อม การพัฒนาความรู้ ทักษะของเจ้าหน้าที่ การให้บริการที่เป็นไปตามมาตรฐาน และเกิดการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมในภาพของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอที่เป็นระบบมากขึ้น เกิดสัมพันธภาพที่ดีและช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น สำหรับผลลัพธ์ด้านสุขภาพส่งผลให้ประชาชน มีการดูแลสุขภาพ มีความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองและ

ครอบครัวมากขึ้น เห็นได้จากการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเปรียบเทียบจากปี 2564 – 2565 เช่น ผลจากการคัดกรองเบาหวานในประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 93.85 เป็นร้อยละ 94.49 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ผ่านเกณฑ์ และความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในเด็กอายุครบ 1 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 64.37 เป็นร้อยละ 68.66 ดังตัวอย่างจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ผลจากการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม ที่ผ่านมา 2-3 ปีนี้ที่เห็นชัดๆคือ สิ่งแวดล้อมดูดีสะอาดเจ้าหน้าที่เอ็งก็ได้ฟื้นฟูความรู้ อะไรที่ยังไม่มีก็มีการจัดหาให้มี เช่น ห้องน้ำผู้พิการ ประชาชนก็เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพปลอดภัยมากขึ้น” (สัมภาษณ์ผู้บริหาร : 4)

“ประโยชน์จากการประเมินติดตาม ทำให้ทำงานเป็นระบบมากขึ้น บริการมีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐาน เราก็ได้ความรู้มากขึ้นด้วย เช่น เรื่อง IC ทำให้รู้เรื่องมากขึ้น ต้องระมัดระวังทั้งตัวเองและคนไข้ คนไข้ก็สนใจดูแลตัวเอง ค้นหาข้อมูลข่าวสารเองด้วย” (สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงาน : 6)

ปัจจัยความสำเร็จต่อการดำเนินงาน

จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูล พบว่า ปัจจัยความสำเร็จต่อการดำเนินงานพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามของจังหวัดยะลา มีหลายปัจจัย ดังนี้ 1) การร่วมมือของบุคลากรภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและการบูรณาการร่วมกันในรูปแบบเครือข่ายคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ 2) การสนับสนุนของโรงพยาบาลแม่ข่าย ด้านทรัพยากร เช่น วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ด้านวิชาการ 3) ทีมสห

วิชาชีพที่เป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงาน 4) การให้ความสำคัญของผู้บริหารทุกระดับ ทั้งระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5) การติดตาม ประเมินที่เป็นระบบ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจากคณะกรรมการ ประเมินและพัฒนา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลติดดาว ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ และ 6) การประชุมสรุปผลการดำเนินงาน การถอดบทเรียน การวิเคราะห์และปรับกระบวนการดำเนินงานในการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“หนูคิดว่าปัจจัยความสำเร็จที่ทำให้เราผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว มาจากความร่วมมือร่วมใจของทีมงานในองค์กร การบริหารจัดการของผู้บริหารตั้งแต่ สสอ./ ผอ.รพ.สต. และทีมพี่เลี้ยงจาก รพ.” (สัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน : 2)

“ผมคิดว่าเป็นเพราะทีมงานพวกเราทุกคนที่ทำหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมายและเพราะความร่วมมือกันภายใน คปสอ. ทั้ง สสจ. สสอ. และ รพ. ที่มีการวางแผนและติดตามประเมินบ่อยๆ ทำให้เราผ่านเกณฑ์ติดดาว” (สัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน : 3)

ปัญหา-อุปสรรคในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าปัญหาที่ไม่ผ่านเกณฑ์ คือ ข้อจำกัดเรื่องสถานที่ สิ่งแวดล้อม การปรับพื้นที่บริการให้เหมาะสมตามมาตรฐาน เช่น การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC) การปรับสภาพห้องคลีนยา การปรับภูมิทัศน์ ซึ่งต้องใช้งบประมาณในการดำเนินการ โดยพบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลายแห่งมีงบประมาณ ไม่เพียงพอ ต้องดำเนินการจัดทำแผนล่วงหน้าในการขอรับค่าเสื่อม หรืองบลงทุน

รองลงมา คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีภาระงานบริการประจำวันจำนวนมาก ทำให้การพัฒนาไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนด โดยเฉพาะในช่วงของสถานการณ์การระบาดโควิด-19 รวมทั้งปัญหาจากการไม่เข้าใจเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในช่วงปีแรกของการดำเนินงาน ซึ่งมีเนื้อหารายละเอียดค่อนข้างมาก

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งเห็นว่าควรมีการปรับรายละเอียดของคู่มือการประเมินตามเกณฑ์ ให้มีเนื้อหาที่กระชับ เข้าใจง่าย และสอดคล้องกับยุคสมัย ควรมีการสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนา และควรพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่อง โดยการบูรณาการทำงานร่วมกันทุกภาคส่วน

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept interview) ในกลุ่มประชาชนผู้รับบริการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างต่อเนื่อง ช่วงปี 2561 – 2565 รวมจำนวน 12 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุมากกว่า 41 ปี มากที่สุด รองลงมาคือ อายุ 31 – 40 ปี มีอาชีพทำสวน มารับบริการโดยเป็นผู้ป่วย (มารักษาโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูง) รองลงมา คือ พ่อา/แม่/บุตรและหลานมารับการรักษา รักษาต่อเนื่อง และมารับบริการวัคซีนตามเกณฑ์ สรุปรวมประเด็นของเกณฑ์การพัฒนาและประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ดังนี้

1. การนำองค์กรและการจัดการดี ผู้รับบริการส่วนใหญ่เห็นว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม ภูมิทัศน์ที่ดีขึ้น มีความสวยงาม สะอาด เป็นระเบียบ มีห้องบริการแยกเป็นสัดส่วน มีตารางการให้บริการประจำวัน ติดไว้ในที่ ๆ เห็นได้ชัด มีที่จอดรถ มีห้องน้ำสำหรับผู้รับบริการ รวมทั้ง

ห้องนำผู้พิการและผู้สูงอายุ

2. การประสานงานที่ดี ภาคีมีส่วนร่วมในการทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับชุมชนและภาคีเครือข่าย ได้แก่ อบต. ผู้นำศาสนา ส่วนใหญ่ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี มีการจัดเวทีประชาคมแก้ปัญหาพร้อมกันอย่างสม่ำเสมอ

3. บุคลากรที่ดี ส่วนใหญ่เห็นว่าเจ้าหน้าที่มีความสุภาพ พุดจาดี มีการแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้รับบริการ เนื่องจากเป็นคนในพื้นที่ที่มีความคุ้นเคยต่อกัน

4. บริการที่ดี ผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มารับยาโรคเรื้อรังต่อเนื่อง และอาศัยอยู่ใกล้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถรับยาและรับบริการได้ใกล้บ้าน ปัจจุบันมีเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ในการรักษาพยาบาลมากขึ้น ช่องทางการติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ นอกจากใช้โทรศัพท์สามารถใช้กลุ่มไลน์ เฟสบุ๊ค ซึ่งรวดเร็วและทันสมัย หรือผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ช่วยประสานงานกับเจ้าหน้าที่

5. ประชาชนมีสุขภาพดี การพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดีดดาว ผู้รับบริการมีความเห็นว่าช่วง 4-5 ปี ที่ผ่านมาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการจัดบริการที่ดีขึ้น สถานที่ สิ่งแวดล้อม ภูมิทัศน์มีความสวยงามเป็นระเบียบ การประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดีดดาว ทำให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจในการรับบริการมากขึ้น ส่วนผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่มีความรู้ มีความสนใจในสุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวได้ดีขึ้น จากการได้รับการคัดกรองโรคต่างๆ มากขึ้น

นอกจากนี้ จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้รับ

บริการบางส่วนได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงพัฒนา เช่น การปรับปรุง หรือแก้ไขปัญหาน้ำท่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแห่ง และการบริการทันตกรรมบางหัตถการที่ไม่สามารถดำเนินการได้ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่โรงพยาบาลทำให้ไม่สะดวก รวมทั้งต้องการให้มีแพทย์มาให้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อยขึ้น

■ อภิปรายผล

การวิจัยประเมินผลการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดีดดาวของจังหวัดยะลา ด้วย CIPP Model 4 ด้าน ซึ่งด้านบริบทได้มีการบรรจุการพัฒนาสถานบริการในยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพของจังหวัดตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 โดยมีนโยบายให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง พัฒนาตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดีดดาว ตามเป้าหมายที่กระทรวงกำหนด มีการทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ระหว่างผู้บริหารทุกระดับ แสดงถึงการให้ความสำคัญของผู้บริหารในการสนับสนุนการพัฒนา สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยความสำเร็จการขับเคลื่อนการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดีดดาว เขตอำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา ในการกำหนดกลยุทธ์ขององค์กรที่ชัดเจน ช่วยให้องค์กรมีแนวทางการพัฒนาไปในแนวทางเดียวกัน ปัจจัยด้านผู้บริหารที่ให้ความสำคัญและความใส่ใจในภารกิจเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน⁽⁷⁾ นอกจากนี้ การจัดโครงสร้างองค์กร การมอบหมายงานให้มีผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงาน ตลอดจนการประสานความร่วมมือพัฒนาในรูปของเครือข่าย ทำให้การพัฒนาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับปัจจัยนำเข้า ที่พบว่า มีงบ

ประมาณสนับสนุนโครงการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิระดับจังหวัดทุกปี การแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงาน มีทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นที่เลี้ยงให้คำปรึกษาด้านวิชาการ ตลอดจนสนับสนุนทรัพยากรให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้เกิดการพัฒนารูปแบบเครือข่าย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีอัตราการกำลังที่เพียงพอ ส่งผลให้การจัดการบริการมีคุณภาพตามมาตรฐาน สอดคล้องกับผลการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้เกณฑ์การประเมินแบบติดดาวจังหวัดอุดรธานี ที่พบว่าปัจจัยความสำเร็จ คือ ผู้ปฏิบัติงานมีสัมพันธภาพที่ดีกับพี่เลี้ยงที่เป็นสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลแม่ข่าย การพัฒนารูปแบบ Coaching การเสริมพลังและให้คุณค่าการทำงานในรูปแบบเครือข่าย⁽¹²⁾

ในส่วนด้านกระบวนการดำเนินงาน ได้มีการชี้แจงเกณฑ์ตามคู่มือการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ทำให้เกิดการรับรู้และความเข้าใจในทิศทางเดียวกัน เช่นเดียวกับการศึกษาแรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่พบว่า การทำความเข้าใจเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว จะช่วยให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินงานพัฒนา การประเมินเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงควรมีการประเมินอย่างต่อเนื่อง และควรมีการสรุปผลจากการประเมินเพื่อถอดบทเรียนร่วมกัน และหาโอกาสพัฒนาในปีถัดไป⁽¹³⁾

นอกจากนี้การใช้กระบวนการ Plan – Do – Check – Act (PDCA) ในการขับเคลื่อนงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 – 2565 ทำให้

การพัฒนาเป็นไปอย่างมีทิศทาง สามารถชี้เป้าให้การแก้ปัญหาได้ตรงประเด็น เกิดการปรับปรุงและพัฒนาอย่างเป็นระบบ ประกอบกับการบริหารจัดการแบ่งกลุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดยะลาเป็น 3 กลุ่มตามสถานะการประเมินรับรอง ช่วยให้การประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีเป้าหมายที่ต้องติดตามประเมินในแต่ละปีชัดเจน เกิดการเรียนรู้ร่วมกันของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละกลุ่ม ซึ่งรูปแบบการพัฒนาร่วมกันของคณะกรรมการพัฒนาและประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลแม่ข่าย และการจัดทำแผนพัฒนาที่มีการกำหนดเป้าหมายชัดเจนเป็นระบบ ทำให้กระบวนการพัฒนาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการวิจัยรูปแบบการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาตรฐาน 5 ดาว ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ที่พบว่ากระบวนการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว คือการมีส่วนร่วมในการพัฒนาของทีมสหวิชาชีพและการนิเทศติดตามของทีมที่มีประสิทธิภาพเป็นกระบวนการที่สำคัญ⁽¹⁴⁾

สำหรับด้านผลผลิต จากการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2561 – 2565 ของจังหวัดยะลา มีความก้าวหน้าผ่านเกณฑ์สะสมเพิ่มขึ้นทุกปีจนปัจจุบันผ่านเกณฑ์ครบทั้ง 81 แห่ง (ร้อยละ 100) โดยพบว่า ในปีแรกของการดำเนินงาน เมื่อปี 2560 จังหวัดยะลา ไม่มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใดผ่านเกณฑ์ เช่นเดียวกับจังหวัดสงขลา จากข้อมูลผลการประเมินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ของจังหวัดสงขลา

ในปี 2560 ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 7.43 ซึ่งไม่ได้ตามเป้าหมายที่กระทรวงกำหนด คือ ร้อยละ 10⁽¹⁵⁾ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากช่วงปีแรกยังไม่ได้ดำเนินการชี้แจงรายละเอียดของเกณฑ์การประเมิน ทำให้เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ขาดความเข้าใจประกอบกับเป็นนโยบายใหม่และยังไม่มีเตรียมความพร้อมเท่าที่ควร ขาดการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำให้การพัฒนาอย่างไม่บรรลุตามเป้าหมาย

จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นประโยชน์จากการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นทั้งด้านกายภาพ สิ่งแวดล้อม ด้านความรู้ ทักษะของเจ้าหน้าที่ทำให้สามารถจัดบริการได้ตามมาตรฐานที่กำหนด เกิดการทำงานแบบมีส่วนร่วมในรูปเครือข่าย ผู้รับบริการพึงพอใจ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพมีแนวโน้มดีขึ้น ประชาชนมีการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวมากขึ้น เช่นเดียวกับการวิจัยความสำเร็จในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าการพัฒนาตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการทางสุขภาพมากขึ้น จากทีมสหวิชาชีพเกิดการเรียนรู้ มีการดูแลตนเองอย่างมีคุณภาพและเป็นระบบ สามารถเผยแพร่องค์ความรู้ไปสู่ชุมชนได้⁽¹⁶⁾

■ ข้อเสนอแนะ

● ข้อเสนอแนะการนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์

ควรมีการชี้แจงแนวทางการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง รวมทั้ง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยการพัฒนาในรูปของเครือข่ายบริการสุขภาพ และสื่อสารชี้เป้าให้กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) พร้อมทั้งการสนับสนุนการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และควรเพิ่มการบริการเชิงรุก ในชุมชน เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพใช้ข้อมูลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนให้สามารถพึ่งตนเองเพื่อการมีสุขภาพที่ดี

● ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

ควรค้นหาแนวทางในการพัฒนาหรือการแก้ไขปัญหาในรายละเอียดของเกณฑ์การประเมินโดยใช้การพัฒนาวิชาการและนวัตกรรมทางสุขภาพ เช่น การใช้ Telemedicine ในการรักษาและการส่งต่อผู้ป่วย

● ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผู้บริหารควรให้การสนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่องและส่งเสริมการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้มีระบบการดูแลสุขภาพของประชาชนเป็นไปอย่างทั่วถึง

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยะลาที่สนับสนุนการดำเนินงาน ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ทุกท่านจากหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ และผู้รับบริการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดยะลา และรองศาสตราจารย์ ดร.ปญญาพัฒน์ ไชยเมล์ ตลอดจนอาจารย์ที่ปรึกษาทุกท่านในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล กรณีศึกษา โรงพยาบาลที่พัฒนาคุณภาพด้วยกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย (Hospital Network Quality Audit : HNQA) กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2552 หน้า 1.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2561.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2560.
4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 3 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://laplaehospital.moph.go.th/file/2022-MOIT2-7-15-08-2565-10-44-28.pdf>
5. สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ปี 2562 กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2562.
6. หทัยรัตน์ คงสืบ และวิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรี. ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2562; 5(1):72-84.
7. ภาณุพันธ์ ไพฑูรย์. ปัจจัยความสำเร็จการขับเคลื่อนการดำเนินงาน รพ.สต.ติดดาว เขตอำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2563;6(2):168-77.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา. สรุปผลการประเมิน รพ.สต.ติดดาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา. ยะลา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา; 2565.
9. สมทรง สุภาพ. รูปแบบเพื่อประเมินหลักสูตรในศตวรรษที่ 21 ซึ่งพัฒนาจากรูปแบบการประเมิน CIPP Model. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2565;33(1):1-14.
10. สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ปี 2564. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2564
11. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐม (GIS Health กระทรวงสาธารณสุข) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 28 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://gishealth.moph.go.th/pcu/>
12. กรรณิการ์ ฮวดหลี. ผลการพัฒนากระบวนการสุขภาพอำเภอ (คปสอ.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยใช้เกณฑ์การประเมินผลแบบติดดาว (คปสอ. ติดดาว และ รพ.สต.ติดดาว) จังหวัดอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2560;25(1):76-84.
13. อัมฤทัย ไชยมาตย์ และประจักษ์ บัวผัน. แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น 2564;21(3):172-85.
14. ยุทธชัย นพพิบูลย์. รูปแบบการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาตรฐาน 5 ดาว ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม 2564;1(2):33-48.
15. สุจิตรา คงจันทร์. การประเมินผลการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) จังหวัดสงขลา. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2563;4(8):148-66.
16. ธิติพันธ์ ภูริชัยวรรณท์, ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์, วรางคณา จันทร์คง. ความสำเร็จในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในจังหวัดกาญจนบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2562;5(4):63-72.

ความรอบรู้สุขภาพ กิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร การนอนหลับ การจัดการความเครียด และภาวะโภชนาการ ของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

เกษม เวชสุทธานนท์

สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง กรมอนามัย

สุพิชชา วงศ์จันทร์

ณัฐนันท์ แซมเพชร

กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย

วันรับ 9 กุมภาพันธ์ 2566, วันแก้ไข 4 เมษายน 2566, วันตอบรับ 12 เมษายน 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และความสัมพันธ์ของความรอบรู้สุขภาพ กิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร การนอนหลับ การจัดการความเครียด และภาวะโภชนาการของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ ในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มวัยก่อนสูงอายุ อายุระหว่าง 45 - 59 ปี โดยกำหนดเขตพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1 - 13 จำนวน 1,052 คน ระยะเวลาดำเนินการวิจัยระหว่างมกราคม 2565 - กุมภาพันธ์ 2566 เครื่องมือในการวิจัยในครั้งนี้ คือแบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพ กิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร การนอนหลับ การจัดการความเครียด และภาวะโภชนาการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเทคนิค Path Analysis ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้สุขภาพ กิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร การนอนหลับ การจัดการความเครียด มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาถึงค่าอิทธิพล พบว่า ความรอบรู้สุขภาพมีค่าอิทธิพลมากที่สุด ได้แก่ .47 รองลงมา ได้แก่ การจัดการความเครียดมีค่าอิทธิพลเท่ากับ .29 การบริโภคอาหารมีค่าอิทธิพลเท่ากับ .25 กิจกรรมทางกายมีค่าอิทธิพลเท่ากับ .24 และการนอนหลับมีค่าอิทธิพลเท่ากับ .22 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ข้อเสนอเชิงนโยบายของการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุเพื่อรองรับสังคมของผู้สูงอายุของประเทศไทย แบ่งออกเป็น 3 มิติในเชิงนโยบาย ประกอบด้วย ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านการเงินและทรัพย์สิน ด้านการทำงานหลังเกษียณ

คำสำคัญ : ความรอบรู้สุขภาพ กิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร การนอนหลับ การจัดการความเครียด ภาวะโภชนาการของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ

Health Literacy, Physical Activity, Food Consumption Behavior, Sleep Quality, Stress Management and Nutritional Status of Pre-Aging in Preparing for Entering an Aging Society

Kasem Wetsutthanon

Metropolitan Health and Wellness Institution, Department of Health.

Supitcha Wongchan

Nattanun Sampet

Division of physical activity and health.

Received 9 February 2023, Revised 4 April 2023, Accepted 12 April 2023

Abstract

This survey research set objective to study the situation and the relationship of health literacy, physical activity food intake, sleep, stress management and nutritional status of the pre-aging group in preparation for entering an aging society. The sample group was pre-elderly aged between 45-59 years, By designating the area of health zones 1-13 with a total of 1,052 people. The research period was between January 2022 - February 2023. The tools in this research were a health literacy assessment form physical activity food intake, sleep, stress management and nutritional status. Data were analyzed by using statistics, frequency, percentage, mean, standard deviation and path analysis techniques. The results of data analysis health literacy physical activity Food consumption, sleep, stress management had a statistically significant influence on nutritional status at the .05 level, and when considering the influence value, it was found that health literacy had the highest influence, i.e. .47, followed by stress management. There was an influence of .29, food consumption had an influence of .25, physical activity had an influence of .24, and sleep had an influence of .22, with statistical significance at the .05 level. The policy proposals for the preparation of the elderly to support the aging society of Thailand are divided into three dimensions in terms of policy, consisting of physical health. Finance and property work after retirement .

Keyword : Health Literacy, Physical Activity, Food Consumption Behavior, Sleep Quality, Stress Management ,Nutritional Status of Pre-Aging

■ บทนำ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบเรียบร้อยแล้ว ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยการสำรวจข้อมูลประชากรในสังคมไทยพบว่าในปี 2561 ผู้สูงวัยอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนร้อยละ 11.7 เรียกว่าเป็นการเข้าสู่ยุคสังคมผู้สูงอายุ (Aging

Society) อย่างเต็มตัว และอีกไม่กี่ปีข้างหน้า ในปี 2571 จะมีผู้สูงวัยอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนร้อยละ 17.3 เรียกว่าเป็นการเข้าสู่ยุคสังคมผู้สูงอายุ โดยสมบูรณ์ (Complete Aging Society) และเมื่อถึงปี 2581 ประเทศไทยจะมี

ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปในสัดส่วน ร้อยละ 24.1 และ ส่วนใหญ่กว่า ร้อยละ 86.2 ไม่มีบุตรหลาน ขณะที่คู่สมรสจะเป็นผู้ที่ดูแลใกล้ชิดมากที่สุด รายได้ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุพบว่า บุตรที่ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่มีการส่งเงินมากกว่าบุตรที่อยู่กับพ่อแม่ ในทางตรงข้ามบุตรที่อยู่กับพ่อแม่จะได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจากพ่อแม่มากกว่าบุตรที่อยู่นอกบ้าน ส่งผลให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านเพียงลำพังมี แนวโน้มมากขึ้นมี ปัญหาสุขภาพที่ไม่อาจ หลีกเลี่ยงได้⁽¹⁾ จึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งที่สังคม ไทยควรตระหนัก เพราะเป็นการป้องกันปัญหา ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุที่มีผลกระทบต่อ การพัฒนาประเทศและการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ของประเทศไทยในระยะยาวทั้งด้านงบประมาณ เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยรวม ซึ่งปัจจุบันภาครัฐใช้งบประมาณดูแลผู้สูงอายุเป็น จำนวนมาก ทั้งค่าเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และ งบประมาณด้านสุขภาพ โดยมีแนวโน้มที่จะเพิ่ม มากขึ้นทุกปีตามสัดส่วนของผู้สูงอายุ รัฐบาลได้ จัดสรรงบประมาณเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จำนวนกว่า 21,963,075,000 ล้านบาท ตั้งแต่ พ.ศ. 2552 จนถึงปัจจุบันใช้งบประมาณ 66,359,650,800 ล้านบาท คาดว่าจะทำให้ค่าใช้จ่ายสูงขึ้นไปถึง 2.2 ล้านล้านบาท⁽²⁾ กระทรวงสาธารณสุขตระหนักดี ในปัญหาดังกล่าวจึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี Phase 2 (2565-2569) โดยเน้นเป้าหมาย ประชาชนมีสุขภาพดี สร้างความเข้มแข็งของ ระบบสุขภาพ (PP Excellence Strategies) การ พัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพพฤติกรรมสุขภาพ ที่เหมาะสมของคนไทยกลุ่มวัยทำงาน (15-59 ปี)⁽³⁾ เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติ แห่งชาติ ปี 2561 พบว่าแนวโน้มจำนวนประชากร ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากข้อมูลการเปลี่ยนแปลงที่ เกิดขึ้นในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ เมื่อก้าวเข้าสู่วัย

สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์แล้ว จะมีการเปลี่ยนแปลงใน 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และ ด้านเศรษฐกิจ ซึ่งเกิดจากการไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้ลดลง มีความต้องการด้านร่างกาย ต้องการ บำรุงสุขภาพ การออกกำลังกาย ด้านการเงินมีเงิน เพียงพอต่อการใช้จ่าย เครื่องนุ่งห่มที่เพียงพอ ด้านสังคม ต้องการความมั่นคง ปลอดภัยและ ความเป็นอยู่แบบเพียงพอ มีอาชีพที่ดีต่อการดำรง ชีวิต มีแหล่งรายได้ที่มีความมั่นคงต่อเนื่อง⁽⁴⁾ ส่วน ด้านสภาพจิตใจผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมี สัดส่วนเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะเพศหญิงสูงกว่า เพศชาย โดยพบว่าปัญหาทางด้านอารมณ์ และ จิตใจ มีผลต่อความต้องการการช่วยเหลือด้าน เศรษฐกิจ และการเงิน ด้านสวัสดิการ การรักษา พยาบาลมีแนวโน้ม เพิ่มมากขึ้น ความต้องการ ด้านที่อยู่อาศัย ร้อยละ 86.93 พักอาศัยในบ้านที่ เป็นกรรมสิทธิ์ของบุตรหลาน⁽⁵⁾ และไม่มีหนี้สิน รายรับและรายจ่าย มีผลต่อการอยู่ดีมีสุข สิ่ง อำนวยความสะดวก โดยเฉพาะที่อยู่อาศัยรวมถึง ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน จะทำให้ คุณภาพชีวิตดีขึ้น มาตราฐานสิ่งอำนวยความสะดวก จึงมีความสำคัญเพราะผู้สูงอายุควรได้รับ สิทธิในการอำนวยความสะดวก และปลอดภัย โดยตรงในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ หรือการ บริการสาธารณะอื่นๆ ตามสิทธิ์ผู้สูงอายุใน พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2546⁽⁶⁾ การ เตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุด้าน เศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัย และการใช้เวลา และด้าน สุขภาพร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับ ต่ำมาก ส่วนด้านจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวกใน ระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ⁽⁷⁾ การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของ สังคมไทยที่ผ่านมา จะต้องคำนึงถึง 4 ประเด็น หลักคือ การเงิน ที่อยู่อาศัย ภาวะสุขภาพ สวัสดิการที่ผู้สูงอายุควรจะได้รับ และความ

คุ้มครองไม่ให้อายุสั้นลงละเมิดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของประชากรไทย ระหว่าง พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2554 มีการเปลี่ยนไปในทิศทางที่ดีขึ้น 4 ใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านที่อยู่อาศัย เพิ่มขึ้นร้อยละ 6.5 ด้านจิตใจ เพิ่มขึ้นร้อยละ 6.0 ด้านผู้ที่จะมาดูแลในอนาคต เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.0 ขณะที่ด้านสุขภาพนั้น เป็นเพียงด้านเดียวที่มีสัดส่วนของ ผู้ที่เตรียมตัวลดลง โดยลดลงร้อยละ 0.7 สามารถอธิบายโอกาสในการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของประชากรไทย ใน พ.ศ. 2554 ได้ร้อยละ 19.2 ด้านอื่นๆ⁽⁸⁾ สำหรับการจัดสวัสดิการสังคมด้านคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ สวัสดิการสังคม สุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัย การทำงานและรายได้ ความมั่นคงทางสังคม บริการทางสังคม และนันทนาการ อยู่ในระดับปานกลาง การศึกษาการเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย ทัศนสุขภาพ สังคม ส่วนปัจจัยอื่น ยังไม่พบว่ามีการศึกษาในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ เพื่อให้กลุ่มวัยก่อนสูงอายุมีความพร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมการเงิน ที่อยู่อาศัย รวมทั้งสวัสดิการต่างๆ เพื่อสามารถเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงควรมีการเตรียมพร้อมล่วงหน้า 5-10 ปี ทั้งกับตนเองและภาระกับลูกหลาน ถึงแม้ว่าในอีก 20 ปีข้างหน้าซึ่งจะเกิดปรากฏการณ์สูงวัยเต็มเมือง ก็เป็นสูงวัยเต็มเมืองที่มีความสุข⁽⁹⁾ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นว่าการเพิ่มขึ้นของจำนวนกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (45-59 ปี) นั้นบ่งชี้ว่าจะเป็นสังคมผู้สูงอายุในอนาคตดังนั้นเพื่อสนับสนุนการเตรียมความพร้อม เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จึงควรมีการศึกษาการเตรียมความพร้อมตั้งแต่วัยก่อนสูงอายุ ทั้งด้านพฤติกรรมสุขภาพ และการดำรงชีวิตด้านต่างๆ ในการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาสังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. ศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้สุขภาพ กิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร การนอนหลับ การจัดการความเครียด และภาวะโภชนาการของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

2. ศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้สุขภาพ กิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร การนอนหลับ การจัดการความเครียด และภาวะโภชนาการของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

■ นิยามศัพท์

ภาวะโภชนาการ หมายถึง ค่าที่ใช้ประเมินภาวะโภชนาการของบุคคล โดยคำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index หรือ BMI) ซึ่งสามารถคำนวณได้โดยนำน้ำหนักตัว (หน่วยเป็นกิโลกรัม) หารด้วยส่วนสูงกำลังสอง (หน่วยเป็นเมตร)

กิจกรรมทางกาย หมายถึง การทำกิจกรรมเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายซึ่งเกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อลาย และทำให้มีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากภาวะปกติขณะพัก การวัดการมีกิจกรรมทางกาย ด้วยแบบวัดการมีกิจกรรมทางกาย ระดับโลก (Global Physical Activity Questionnaire: GPAQ)

ความรอบรู้สุขภาพ หมายถึง ความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถของประชาชนในการเข้าถึงเข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อพิจารณาและตัดสินใจในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยให้ความสำคัญกับการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ

การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการบอกต่อและ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ

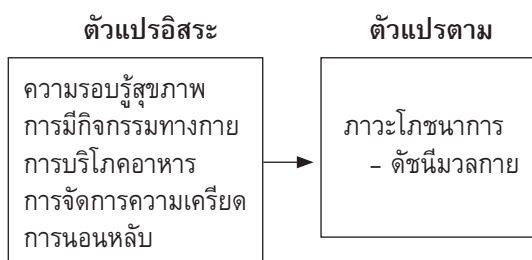
การบริโภคอาหาร หมายถึง การศึกษา ถึงพฤติกรรมในการบริโภคอาหารประเภท ผัก ผลไม้สด อาหารปิ้งย่าง ที่ไหม้เกรียม อาหารที่มี ไขมันสูง อาหารประเภทแป้งทอดที่ไขมันสูง อาหารรสเค็มจัด ผงชูรส หรือผงปรุงรสในการปรุง อาหาร อาหารหรือขนมหวานที่ปรุงด้วยกะทิ อาหารประเภทอาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง สุรา เบียร์ ไวน์หรือเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่มี รสหวาน

การจัดการความเครียด หมายถึง การ จัดการการแก้ปัญหาเกี่ยวกับความเครียดที่เกิดขึ้น จากกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน การประเมิน การจัดการความเครียดด้วยตนเอง คลายเครียด ด้วยการออกกำลังกาย การคลายเครียดด้วยการ พักผ่อน การคลายเครียดด้วยการนั่งสมาธิ การ คลายเครียดด้วยการนวดแผนไทย การคลาย เครียดด้วยการมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นในชุมชน หรือไม่

การนอนหลับ หมายถึง พฤติกรรมการ นอนหลับเกี่ยวกับการเข้านอน การใช้เวลาจึงจะ นอนหลับ การตื่นนอนตอนเช้า การนอนหลับได้ จริงต่อคืน รวมถึงปัญหาการนอนหลับ

วัยก่อนสูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ ระหว่าง 45 – 59 ปีบริบูรณ์

■ กรอบแนวคิดในการวิจัย



■ วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยศึกษา ความรอบรู้สุขภาพ กิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร การนอนหลับ การจัดการความเครียด และ ภาวะโภชนาการของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุในการ เตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

● ประชากร คือ กลุ่มวัยก่อนสูงอายุ อายุระหว่าง 45 – 59 ปี โดยกำหนดเขตพื้นที่เขต สุขภาพที่ 1 – 13

● กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนวัย ก่อนสูงอายุในเขตสุขภาพที่ 1 ถึง 13 ทั่วประเทศ สุ่มอย่างง่ายได้กลุ่มตัวอย่าง 1,052 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ประกอบด้วย

- เพศชาย และเพศหญิง อายุ 45 – 59 ปี
- สัญชาติไทย
- มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย
- สามารถสื่อสารโดยการ ใช้ภาษาไทย (ฟัง พูด อ่าน เขียน) ได้

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจาก โครงการ (Exclusion criteria)

- เก็บข้อมูลตัวแปรที่ศึกษาได้จาก แบบสอบถามน้อยกว่าร้อยละ 80

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

- หากมีความกังวลหรือรู้สึกไม่สบาย สามารถบอกเลิกได้ทันที
- ถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการ สถานที่และระยะเวลาดำเนินการ เขตสุขภาพที่ 1 – 13

ตัวแปรที่ศึกษา ความรอบรู้สุขภาพ กิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร การจัดการ ความเครียด การนอนหลับ และภาวะโภชนาการ (ดัชนีมวลกาย)

● **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**
แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เพื่อศึกษาลักษณะบางประการของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย น้าหนักเป็นกิโลกรัม ส่วนสูงเป็นเซนติเมตร และเส้นรอบเอว เป็นต้น

2. ความรอบรู้ทางสุขภาพ จำนวน 36 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพจากรายงานฉบับสมบูรณ์ เรื่องการสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย⁽¹⁰⁾ มีค่าความเชื่อมั่นโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.85

3. การบริโภคอาหาร จำนวน 10 ข้อ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร⁽¹¹⁾ มีค่าความเชื่อมั่นโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.85

4. การมีกิจกรรมทางกาย จำนวน 16 ข้อ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบสอบถามการมีกิจกรรมทางกาย (Global Physical Activity Questionnaire: GPAQ) (ฉบับสมบูรณ์) ขององค์การอนามัยโลก แปลโดยกองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย⁽¹²⁾ มีค่าความเชื่อมั่นโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.95

5. การจัดการความเครียด จำนวน 5 ข้อ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบสอบถามสุขภาพจิตและการจัดการความเครียดของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข⁽¹³⁾ มีค่าความเชื่อมั่นโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.85

6. คุณภาพการนอนหลับ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิตส์เบิร์กฉบับไทย⁽¹⁴⁾ มีค่าความเชื่อมั่นโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.81

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแล้วจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงของการศึกษา จำนวน 50 คน มาทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค⁽¹⁵⁾ พบว่าค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง .801 ถึง .957 และมีค่า r อยู่ในช่วงระหว่าง 0.20 ถึง 0.85

● **ขั้นตอนการดำเนินการ/ควบคุมการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้**

1. ดำเนินการศึกษาตำรา และทบทวนองค์ความรู้ เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้สุขภาพ กิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร การนอนหลับ การจัดการความเครียด ภาวะโภชนาการ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ จากฐานข้อมูลในประเทศไทยและต่างประเทศ

2. ดำเนินการทดลองใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงของการศึกษา เพื่อหาทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดย

3.1 ผู้วิจัยดำเนินการประชุมกับบุคลากรศูนย์อนามัยที่รวมเก็บข้อมูลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และแบบสอบถาม

3.2 ผู้วิจัยจัดทำหนังสือแนะนำตัว เพื่อติดต่อขอความร่วมมือในการขอความอนุเคราะห์ดำเนินการวิจัยกับพนักงานและเจ้าหน้าที่ในสถานประกอบการ

3.3 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยนำแบบสอบถามไปให้กลุ่มตัวอย่างตอบ

แบบสอบถามด้วยตนเอง

3.4 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) กับกลุ่มเป้าหมายตามที่ได้กำหนดไว้ แบบออนไลน์

3.5 รวบรวมแบบสอบถามและ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับ

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป และลักษณะพื้นฐานของตัวแปร วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน

4.2 วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ ความรอบรู้สุขภาพ กิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร การนอนหลับ การจัดการความเครียด และภาวะโภชนาการของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

4.3 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ การวิเคราะห์ Path analysis หาความสัมพันธ์ของ ความรอบรู้สุขภาพ กิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร พฤติกรรมการนอนหลับ การจัดการ ความเครียด และภาวะโภชนาการของกลุ่มวัยก่อน สูงอายุ

● การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย เลขที่ 580/2565 วันที่ 23 ธันวาคม 2565

■ ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ความรอบรู้สุขภาพ กิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร การนอนหลับ การจัดการความเครียด และภาวะ โภชนาการของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุในการ

เตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ พบว่า

1. ความรอบรู้สุขภาพในภาพรวม อยู่ใน ระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.63 เมื่อพิจารณา เป็นรายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลและ บริการสุขภาพ ด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการ สุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ด้านการติดต่อ ชักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพตนเอง อยู่ในระดับมากทั้งหมด มีค่าเฉลี่ย อยู่ระหว่าง 3.56 – 3.76 เมื่อเปรียบเทียบกับ เกณฑ์ที่กำหนดไว้พบว่า มีค่ามากกว่าเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สำหรับด้าน การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.32 เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้พบว่า มีค่าน้อยกว่าเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01

2. การมีกิจกรรมทางกาย พบว่า ส่วนใหญ่มีกิจกรรมทางกายในการทำงานระดับ หนัก จำนวน 536 คน คิดเป็นร้อยละ 50.95 คิดเป็นร้อยละ 49.05 มีกิจกรรมทางกายระดับ หนักสัปดาห์ 3 วันต่อสัปดาห์จำนวน 134 คน คิดเป็นร้อยละ 25.00 มีกิจกรรมทางกายระดับ หนักเป็นเวลาประมาณ 45 นาที ไม่ได้มีกิจกรรม ทางกายระดับหนัก จำนวน 516 คน มีกิจกรรมทาง กายระดับปานกลาง จำนวน 834 คน คิดเป็น ร้อยละ 79.30 มีกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง ในแต่ละสัปดาห์ 5 วัน จำนวน 213 คน คิดเป็น ร้อยละ 25.54 มีกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง เป็นเวลาประมาณ 93.58 นาที ไม่มีกิจกรรมทาง กายระดับปานกลาง จำนวน 218 คน คิดเป็นร้อย ละ 20.70 มีกิจกรรมทางกายในการเดินหรือถีบ จักรยานจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง ติดต่อกันเป็น ระยะเวลาอย่างน้อย 10 นาที จำนวน 804 คน คิดเป็นร้อยละ 76.40 ในแต่ละสัปดาห์ 5 วัน

จำนวน 215 คน คิดเป็นร้อยละ 26.74 ในแต่ละวัน เป็นเวลานาน 65.98 นาที ไม่ได้เดินหรือ ฝึกจักรยานจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งติดต่อกัน เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 10 นาที จำนวน 248 คน คิดเป็นร้อยละ 23.60 กิจกรรมทางกายที่ทำในเวลาว่างเพื่อพักผ่อนหย่อนใจ/นันทนาการ เล่นกีฬา ออกกำลังกายระดับหนัก จำนวน 684 คน คิดเป็นร้อยละ 65.00 ส่วนใหญ่เล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือทำกิจกรรม นันทนาการระดับหนักในแต่ละสัปดาห์เป็นเวลา 5 วัน จำนวน 170 คน คิดเป็นร้อยละ 24.85 เล่นกีฬา ออกกำลังกายหรือทำกิจกรรม นันทนาการระดับหนักนั้น ในแต่ละวัน เป็นเวลานาน 55.25 นาที ไม่ได้เล่นกีฬา ออกกำลังกายหรือทำกิจกรรม นันทนาการระดับหนัก จำนวน 368 คน คิดเป็นร้อยละ 35.00 เล่นกีฬา ออกกำลังกายหรือทำกิจกรรม นันทนาการระดับปานกลาง จำนวน 852 คน คิดเป็นร้อยละ 81.00 เล่นกีฬา ออกกำลังกายหรือทำกิจกรรม นันทนาการระดับปานกลาง ในแต่ละสัปดาห์เป็น เป็นเวลา 5 วัน จำนวน 234 คน คิดเป็นร้อยละ 27.46 เล่นกีฬา ออกกำลังกายหรือทำกิจกรรม นันทนาการระดับปานกลางนั้น ในแต่ละวันเป็นเวลานาน 62.02 นาที ไม่ได้เล่นกีฬา ออกกำลังกายหรือทำกิจกรรม นันทนาการระดับปานกลาง จำนวน 200 คน คิดเป็นร้อยละ 19.00 และพฤติกรรมอื่นๆ นอนๆ ในแต่ละวัน ใช้เวลานั่งเอนกายรวมแล้วเป็นระยะเวลา 14.20 ชั่วโมง

3. การบริโภคอาหาร พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมใน 1 วัน กินผัก ผลไม้สดอย่างน้อย ครั้งกิโลกรัม 3-5 วัน/สัปดาห์ จำนวน 468 คน คิดเป็นร้อยละ 44.50 กินอาหารบั้ง ย่าง ที่ใหม่ เกรียม เช่น หมูบั้ง เนื้อย่าง ไก่ย่าง นานๆ ครั้ง น้อยกว่า 1 ครั้ง/ สัปดาห์ จำนวน 440 คน คิดเป็นร้อยละ 41.80 กินอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ขาหมู

ติดมัน หมูสามชั้น หนังไก่ กุนเชียง ไส้กรอก หมูยอ 1-2 วัน/สัปดาห์ จำนวน 389 คน คิดเป็นร้อยละ 37.00 กินอาหารประเภทแป้งทอดที่ไขมันสูง เช่น ปาท่องโก๋ โดนัท นานๆ ครั้งน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 466 คน คิดเป็นร้อยละ 44.30 กินอาหารรสเค็มจัด เช่น ปลาเค็ม เนื้อเค็ม ไข่เค็ม น้ำบูดู ปลาร้า นานๆ ครั้ง น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 405 คน คิดเป็นร้อยละ 38.50 ใช้ผงชูรส หรือผงปรุงรสในการปรุงอาหาร 3-5 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 288 คน คิดเป็นร้อยละ 27.40 กินอาหารหรือขนมหวานที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น แกงเขียวหวาน มัสมัน กล้วยบวชชี บัวลอย ลอดช่อง 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 398 คน คิดเป็นร้อยละ 37.80 กินอาหารประเภทอาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง เช่น ข้าวต้ม ข้าวผัดกระเพรา โจ๊ก นานๆ ครั้งน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 495 คน คิดเป็นร้อยละ 47.10 ดื่ม สุรา เบียร์ ไวน์ หรือ เครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ ไม่เคยเลย จำนวน 354 คน คิดเป็นร้อยละ 33.70 ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม น้ำผลไม้สำเร็จรูป น้ำผลไม้กล่อง ชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง 3-5 ครั้ง/สัปดาห์ เลย จำนวน 320 คน คิดเป็นร้อยละ 30.40

4. การนอนหลับ พบว่า ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มักเข้านอนเวลา 22.00 น. ต้องใช้เวลานาน 30 นาที จึงจะนอนหลับ ตื่นนอนตอนเช้าเวลา 06.00 น. นอนหลับได้จริงเป็นเวลา 6 ชั่วโมงต่อคืน คุณภาพการนอนหลับโดยรวมค่อนข้างแย่ จำนวน 646 คน คิดเป็นร้อยละ 61.40 ส่วนใหญ่ไม่เคยใช้ยาเพื่อช่วยในการนอนหลับ จำนวน 934 คน คิดเป็นร้อยละ 88.80 ไม่เคยมีปัญหาหรือผลอหลับ ขณะขับขียานพาหนะ ขณะรับประทานอาหารหรือ ขณะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม 879 คน คิดเป็นร้อยละ 83.60 ไม่เคยมีปัญหาเกี่ยวกับความ

กระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จ จำนวน 341 คน คิดเป็นร้อยละ 33.30

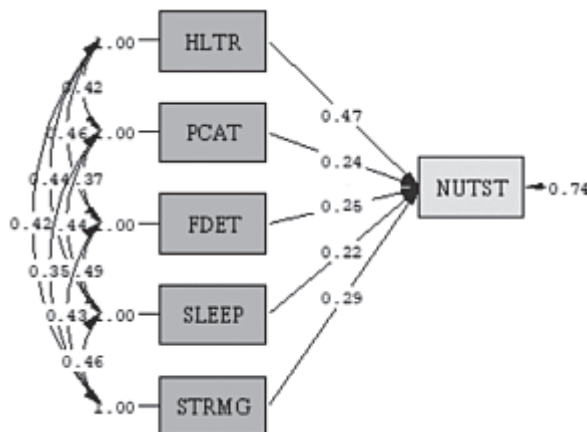
5. การจัดการความเครียดของประชาชน พบว่า ส่วนใหญ่เมื่อมีความเครียด กลุ่มตัวอย่าง คลายเครียดด้วยการออกกำลังกายจำนวน 575 คน คิดเป็นร้อยละ 54.70 มีการออกกำลังกาย ทุกครั้งจำนวน 295 คน คิดเป็นร้อยละ 51.30 เมื่อมีความเครียดกลุ่มตัวอย่างคลายเครียดด้วยการพักผ่อน เช่น ดูหนัง ฟังเพลง จำนวน 960 คน คิดเป็นร้อยละ 91.30 มีการพักผ่อนส่วนใหญ่ จำนวน 512 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 เมื่อมีความเครียดกลุ่มตัวอย่างการคลายเครียดด้วยการนั่งสมาธิ จำนวน 248 คน คิดเป็นร้อยละ 23.60 มีการนั่งสมาธิทุกครั้ง จำนวน 151 คน คิดเป็นร้อยละ 60.89 เมื่อมีความเครียดคลายเครียดด้วยการนวดแผนไทยจำนวน 253 คน คิดเป็นร้อยละ 24.00 มีการนวดไทยทุกครั้งจำนวน 172 คน คิดเป็นร้อยละ 67.98 เมื่อมีความเครียดกลุ่มตัวอย่างคลายเครียดด้วยการมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นในชุมชนจำนวน 391 คน คิดเป็นร้อยละ 37.20 มีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นทุกครั้ง

จำนวน 231 คน คิดเป็นร้อยละ 59.08

6. ภาวะโภชนาการ พบว่า ดัชนีมวลกาย ส่วนใหญ่มีค่าอยู่ในระดับ 18.5 – 22.9 ตารางเมตร ต่อกิโลกรัม (สมส่วน) จำนวน 540 คน คิดเป็นร้อยละ 51.33

2. ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ สุขภาพ กิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร การนอนหลับ การจัดการความเครียด และภาวะโภชนาการของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ ในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ พบว่า

ผู้วิจัยได้นำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในช่วงวัยก่อนสูงอายุ ซึ่งเป็นผู้ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 45 – 59 ปี รวมจำนวน 1,052 คน ในตัวแปรความรอบรู้สุขภาพ กิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร การนอนหลับ การจัดการความเครียด กับภาวะโภชนาการ (BMI) มาดำเนินการปรับเป็นคะแนนมาตรฐาน (Normal Score) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป LISREL (Student Version) แล้วดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิค Path Analysis รายละเอียดดังนี้



ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ของความรอบรู้สุขภาพ กิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร การนอนหลับ การจัดการความเครียด และภาวะโภชนาการของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

จากภาพที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความรอบรู้สุขภาพ (HLTR) กิจกรรมทางกาย (PCAT) การบริโภคอาหาร (FDET) การนอนหลับ (SLEEP) การจัดการความเครียด (STRMG) มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการ (NUTST) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และเมื่อทำการพิจารณาถึงค่าอิทธิพล พบว่า ความรอบรู้สุขภาพมีค่าอิทธิพลมากที่สุด ได้แก่ .47 รองลงมา ได้แก่ การจัดการความเครียดมีค่าอิทธิพลเท่ากับ .29 การบริโภคอาหารมีค่าอิทธิพลเท่ากับ .25 กิจกรรมทางกายมีค่าอิทธิพลเท่ากับ .24 และการนอนหลับมีค่าอิทธิพลเท่ากับ .22 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

■ อภิปรายผล

เมื่อทำการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ความรอบรู้สุขภาพ กลุ่มประชาชนที่อยู่ในช่วงวัยก่อนสูงอายุ พบว่า สถานการณ์ความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับมาก และมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน กลับพบว่า มีด้านการบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทั้งที่พบว่า ปัจจัยด้านความรอบรู้สุขภาพ ส่งผลต่อภาวะโภชนาการ (BMI) มากที่สุด ซึ่งผลการค้นพบดังกล่าว ชี้ให้เห็นได้ว่า ประชาชนทั่วไปโดยเฉพาะในกลุ่มประชาชนที่อยู่ในช่วงวัยก่อนสูงอายุ ยังไม่ได้ให้ความสำคัญในการบอกต่อ ถ่ายทอด และการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพระหว่างกัน แสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้เกี่ยวกับสุขภาพยังคงเป็นการรอบรู้เฉพาะตัวบุคคลเป็นสำคัญ คนที่มีความรอบรู้สูงก็ไม่ได้ถ่ายทอด บอกต่อ ให้กับคนรอบข้างได้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความรู้เช่นเดียวกับตนเอง ประเด็นดังกล่าว หน่วยงานภาครัฐจะต้องให้ความ

สำคัญ โดยเฉพาะกลุ่ม อสม.ที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนเป็นอย่างมาก อาจจะต้องเข้าใจบทบาทและหน้าที่ในการถ่ายทอด บอกต่อ และกระตุ้นบรรยากาศในการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสารสุขภาพ ระหว่างประชาชนด้วยกันเองให้มากขึ้น ตลอดจนกระบวนการในการประชาสัมพันธ์ ควรที่จะมีการกระตุ้นในเรื่องดังกล่าวอย่างเข้มข้นมากยิ่งขึ้นด้วย

การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การมีกิจกรรมทางกายในกลุ่มประชาชนที่อยู่ในช่วงวัยก่อนสูงอายุ มีข้อค้นพบที่สำคัญประการหนึ่งร่วมกันที่จะต้องให้ความสำคัญในการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย โดยมากกว่าร้อยละ 70 ล้วนแต่มีกิจกรรมทางกายในระดับปานกลาง ทั้งกิจกรรมทางกายในการทำงาน กิจกรรมทางกายที่ทำในเวลาว่างเพื่อพักผ่อนหย่อนใจ/นันทนาการ รวมถึงกิจกรรมทางกายในการเดินทางจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง ก็ไม่ได้มีในระดับที่หนักหน่วงเกินไป แนวทางในการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายนั้น จึงควรที่จะเน้นการส่งเสริมในระดับที่ประชาชนส่วนใหญ่ รับรู้ได้ และกำลังปฏิบัติอยู่ถึง จะทำให้การส่งเสริม การขับเคลื่อนในภาคประชาชน เกิดผลเป็นรูปธรรมได้ ก็คือ การส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจจะส่งเสริมในลักษณะของการประชาสัมพันธ์หรือรณรงค์ในระดับชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์บริโภคอาหารของกลุ่มประชาชนที่อยู่ในช่วงวัยก่อนสูงอายุ มีข้อค้นพบที่สำคัญประการหนึ่งร่วมกันที่จะต้องให้ความสำคัญในการส่งเสริม คือ ปัญหาการใช้ผงชูรสในการปรุงอาหาร และปัญหาในการรับประทานเครื่องดื่มรสหวาน เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม น้ำผลไม้สำเร็จรูป น้ำผลไม้กล่อง ชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง ซึ่งเป็นปัญหาอันดับต้นๆ เหมือนกัน ดังนั้นในการผลักดันปัญหา

ด้านการบริโภคอาหาร จึงควรที่จะเน้นความสำคัญ ของทั้ง 2 ปัญหาหลักเป็นสำคัญ โดยการให้ความรู้ ความตระหนัก และการมองเห็นถึงปัญหา ที่จะเกิดขึ้นจากการบริโภคที่มากเกินไป รวมถึง ทางเลือกทดแทน สำหรับการเลือกรับประทาน อาหารชนิดอื่นๆ แทนการเลือกรับประทานอาหาร ประเภทผงชูรส ปุรงรส และเครื่องดีมรสหวาน เพื่อเป็นทางเลือกให้กับประชาชน

สำหรับปัญหาในการนอนหลับนั้นก็พบ ปัญหาหลักไม่ได้แตกต่างกัน คือ ปัญหาด้านการ รู้สึกตัวตื่นขึ้นระหว่างนอนหลับกลางดึกหรือตื่น เข้ากว่าเวลาที่ตั้งใจไว้ และตื่นเพื่อไปเข้าห้องน้ำ ซึ่งนับได้ว่าเป็นสาเหตุหลักที่ส่งผลทำให้เกิด ปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพในการนอนหลับสำหรับ ประชาชน หน่วยงานทางด้านสาธารณสุข รวมถึง หน่วยงานทางด้านวิชาการที่มีองค์ความรู้เกี่ยวกับการ แก้ไขปัญหาดังกล่าว ควรที่จะหาแนวทาง ในการให้ความรู้ในประเด็นดังกล่าว ผ่านช่องทาง ต่างๆ ที่มีประสิทธิภาพ และสามารถเข้าถึงกลุ่ม ประชาชนที่มีปัญหาได้อย่างแท้จริง ผ่านการนำ เสนอทั้งแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง และการสร้างความตระหนัก มองเห็นความสำคัญ ของคุณภาพในด้านการนอน หากเกิดปัญหา ไม่ควรที่จะปล่อยไว้เรื่อยๆ ควรที่จะพบแพทย์เพื่อ แก้ไขปัญหาอย่างทันท่วงที และไม่ก่อให้เกิด ผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพ ปัญหาจิต ในด้าน อื่นๆ ตามมา

ผลการศึกษาข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการ เตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมของผู้สูงอายุ ของประเทศไทย ที่ค้นพบว่า จะต้องให้ความสำคัญ ทั้งระบบเท่าที่มีความจำเป็น คือ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านการเงินและทรัพย์สิน ด้านการทำงานหลังเกษียณ เพราะโดยโครงสร้าง พื้นฐานของสังคมผู้สูงอายุในประเทศไทย ส่วนใหญ่แล้ว ผู้สูงอายุไม่ได้อยู่ในระบบสวัสดิการ

ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้ที่เข้ามาสู่วัยผู้สูงอายุ ต่อไปที่มีอายุระหว่าง 45 – 59 ปี ก็มีลักษณะ ไม่แตกต่างกัน ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องให้ ความสำคัญกับโครงสร้างพื้นฐานทั้งหมด ที่ไม่ได้ มีแต่เฉพาะในมิติสุขภาพเท่านั้น ซึ่งจะต้องเตรียม ตัวรับมือในด้านการเงินและทรัพย์สิน และด้านการ ทำงานหลังเกษียณพร้อมด้วย เพราะว่าหากด้าน การเงินและทรัพย์สิน และด้านการทำงานหลัง เกษียณไม่มีประสิทธิภาพที่เพียงพอ ก็จะส่ง ผลสำคัญมายังปัญหาด้านสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยง ไม่ได้

■ ข้อเสนอแนะ:

1. การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้สูงวัย หน่วยงานภาครัฐจะต้องให้ความสำคัญในมิติทาง ด้านการเงิน และการมีอาชีพหลังเกษียณอายุจาก งาน ให้กับผู้สูงอายুর่วมด้วย เพราะการมองเพียง แต่มิติด้านสุขภาพแต่เพียงเท่านั้น ไม่สามารถที่จะ ทำให้เกิดการเตรียมความพร้อมในการรองรับการ เป็นสังคมผู้สูงวัยอย่างยั่งยืนได้ เพราะโครงสร้าง ด้านสวัสดิการของผู้สูงอายุในสังคมไทยนั้น ไม่ได้ มีความเข้มแข็ง ส่วนใหญ่แล้ว ไม่มีเงินหลังจาก เกษียณอายุงานไปแล้ว จึงมีความจำเป็นที่จะต้อง มีมาตรการในการดูแลทางด้านการเงินและอาชีพ เพิ่มเติมด้วย

2. ควรมีแนวทางในการสร้างบรรยากาศ ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ ระหว่างประชาชน ด้วยกัน ให้มากยิ่งขึ้น ด้วยกระบวนการต่างๆ ทั้ง ผ่านกระบวนการประชาสัมพันธ์ในระบบสื่อสาร มวลชน และสังคมออนไลน์ (Social Media) และ กระบวนการทางสังคมผ่านกลุ่ม อสม. เพื่อกระตุ้น ให้ประชาชนได้มองเห็นความสำคัญว่า ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพ เป็นเรื่องสำคัญที่ ประชาชนจะต้องแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน เพื่อให้ชุมชน สังคม ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงไป

พร้อมๆ กัน

3. ควรให้ความสำคัญกับการกระตุ้นการมีกิจกรรมทางกายในระดับปานกลาง ให้กับประชาชนอย่างเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น โดยเน้นการกระตุ้นผ่านกิจกรรมในชุมชน รวมถึงการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อชนิดต่างๆ ให้มากยิ่งขึ้น เพราะเป็นการกระตุ้นกิจกรรมทางกายที่ในปัจจุบัน ประชาชนส่วนใหญ่กำลังดำเนินการอยู่ ซึ่งจะทำให้ประชาชนได้เห็นภาพ เห็นบริบทของการประชาสัมพันธ์การมีกิจกรรมทางกายที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงที่กำลังเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน

4. ควรมีการสื่อสารไปยังประชาชนเกี่ยวกับทางเลือกในการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ชนิดอื่นๆ เพื่อทดแทนการรับประทานอาหารประเภทที่มีผงชูรส เครื่องปรุง และเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เพราะจากผลการศึกษาในครั้งนี้ปัญหาดังกล่าว นับได้ว่าเป็นปัญหาหลักของการบริโภคที่พบได้ทั้งกลุ่มประชาชนทั่วไปและกลุ่มที่อยู่ในช่วงวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) การให้

ข้อมูลอาหารทางเลือกจะเป็นข้อสารสนเทศให้กับประชาชนได้ลดการบริโภคอาหารประเภทดังกล่าวได้น้อยลงได้

8. ควรมีการนำเสนอ เผยแพร่ แนวทางในการแก้ไขปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการนอนใน 2 ปัญหาหลัก ได้แก่ ปัญหาด้านการรู้สึกตัวตื่นขึ้นระหว่างนอนหลับกลางดึกหรือตื่นเช้ากว่าเวลาที่ตั้งใจไว้ และตื่นเพื่อไปเข้าห้องน้ำ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรนำเสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้วยสื่อที่มีประสิทธิภาพ เข้าใจง่าย แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง และสร้างความตระหนักในปัญหาคุณภาพในการนอนที่จะส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านอื่นๆ

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหารกรมอนามัย บุคลากรกรมอนามัย ที่ให้การสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลที่สำคัญการสำรวจภาวะเศรษฐกิจ และสังคมของครัวเรือน. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2561.
2. Ministry of Social Development and Human Security. Measures to drive the National Agenda on Aging Society (Revised Edition). Bangkok: Amarin Printing and Publishing 2017. (in Thai).
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. บทบาทผู้สูงอายุต่อสังคม ครอบครัว ชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 25 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://hp.anamai.moph.go.th>.
4. วันทนีย์ นวลละออง. ความต้องการความรู้ทักษะ และบริการสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน:กรณีศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี [ปริญญาานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2553.
5. ชารวี บุตรบำรุง. รายได้และรูปแบบการออมเพื่อการเตรียมพร้อมผู้วัยสูงอายุ ของประชาชนอายุระหว่าง 30-40 ปี ในเขตดุสิต. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2555
6. ศาสน์ สุขประเสริฐ. มาตรฐานสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุในที่พักอาศัย และสถานที่สาธารณะ. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2558
7. วินัย กลิ่นหอม. การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในตำบลแคราย อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2558

8. รัชพล อ่ำสุข. ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของประชากรไทย [ปริญญานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ ฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556
9. วิรัชพัชร บางปลากด. การจัดสวัสดิการสังคมด้านคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก [ปริญญานิพนธ์มหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2554
10. อังศินันท์ อินทรกำแหง. รายงานฉบับสมบูรณ์ เรื่อง การสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย (Creating and Developing of Thailand Health Literacy Scales). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2560
11. ณัฐพงศ์ ใจบาล. ผลลัพธ์ของการควบคุมโรคเบาหวาน และพฤติกรรมเสี่ยงในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลห้วยแก้ว อำเภอแม่อน จังหวัดเชียงใหม่ [ปริญญานิพนธ์มหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2559.
12. กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย. แบบสอบถามการมีกิจกรรมทางกาย (Golbal Physical Activity Questionnaire: GPAQ) (ฉบับภาษาไทย). นนทบุรี: กรมอนามัย; 2552
13. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การจัดการความเครียดสำหรับกลุ่มวัยทำงาน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2555
14. Jirapramukpitak T, Tanchaiswad W. Sleep disturbances among nurses of Songklanagarind Hospital. J Psychiatr Assoc Thailand 1997;42(3):123-31.
15. พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักทดสอบการศึกษาและจิตวิทยา. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2540.

ความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ของผู้เลี้ยงดูเด็ก เขตสุขภาพที่ 7

ธิโสภิญ ทองไทย

สุภัตรา บุญเยี่ยม

ปิยะ ปุริโส

นิตยา ศรีมานนท์

ลัดดา ดีอันทอง

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

วันรับ 21 พฤศจิกายน 2565, วันแก้ไข 18 เมษายน 2566, วันตอบรับ 20 เมษายน 2566.

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็ก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เลี้ยงดูหลักเด็กอายุ 0-5 ปี จำนวน 339 คน ในจังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ ช่วงเดือนกรกฎาคม-กันยายน 2563 ได้จากการสุ่มแบบต่อเนื่อง (consecutive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่มีค่าความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ 0.97 ค่าความเชื่อมั่น 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษา พบว่า ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นผู้เลี้ยงดู ร้อยละ 56.7 มีความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยระดับพอใช้และต้องปรับปรุง ร้อยละ 49.6 โดยมีความรอบรู้สุขภาพระดับต่ำด้านความรู้ความเข้าใจในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ร้อยละ 94.4 และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ร้อยละ 49.6 จากผลวิจัยบ่งชี้ว่าเด็กปฐมวัยไม่ได้รับการดูแลจากบิดา มารดา โดยครั้งหนึ่งมีความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยระดับไม่เพียงพอ จึงควรสร้างงานในชุมชนและสนับสนุนเงินอุดหนุนในการเลี้ยงดูเพื่อให้เด็กได้อยู่กับบิดา มารดา เน้นสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ผู้เลี้ยงดูเด็กเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการเลี้ยงดูครอบคลุมทั้งประเด็นการกิน การกอด การเล่น การเล่านิทาน การนอน การดูแลฟัน การจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กที่เหมาะสม

คำสำคัญ : ความรอบรู้สุขภาพ การเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7

Health Literacy in Early Childhood Rearing of Parents in the Health Area 7

Thisophon Thongthai

Supattra Boonjeam

Piya puriso

Nittaya Srimanon

Ladda Deeunkong

Regional Health Promotion Centre 7 Khon Kaen

Received 21 November 2022, Revised 18 April 2023, Accepted 20 April 2023.

Abstract

This descriptive cross-sectional study aimed to explore the health literacy in early childhood rearing of parents. The participants were 339 of early childhood parents in Kalasin, Khon Kaen, Mahasarakham and Roiet provinces during July – September, 2021 chosen based on consecutive sampling according to the specified properties. Data were collected by self questionnaire that CVI 0.97 and reliability 0.86. The data were analyzed using frequency, percentage, mean and standard deviation. The result showed that 56.7% were grandparents, 49.6% of parents had a fair and improved level of health literacy in the early childhood rearing. The samples with low level of the health literacy had 94.4% of cognitive knowledge and 49.6% of correct discrimination decisions in the early childhood rearing. The research suggested that the early childhood were not raised by their parents. The parents had inadequate HL in early childhood rearing. Therefore, jobs should be created in the community and subsidies for raising children to live with their parents. Emphasis should be placed on establishing knowledge and understanding among the parents in order to correct discriminating decisions in the early childhood upbringing, covering issues of eating, hugging, playing, storytelling, sleeping, dental care, provision for a safety environment, including proper emotional and behavior control.

Keywords : Health literacy (HL), Early Childhood Rearing, Health Area 7

■ บทนำ

ช่วงเด็กปฐมวัยถือเป็นช่วงที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาของเซลล์สมอง⁽¹⁾ และพัฒนาการตลอดช่วงชีวิต ที่มีอิทธิพลสำคัญต่อภาวะสุขภาพและผลกระทบทางสังคม ปัญหาต่างๆ ในวัยผู้ใหญ่ไม่ว่าจะเป็นปัญหาทางสุขภาพจิต โรคอ้วน/เตี้ย แคระแกรน โรคหัวใจ อาชญากรรม สมรรถนะด้านความรู้และการคิดคำนวณ ล้วนมีรากฐานมาจากการอบรมเลี้ยงดูและสภาพสิ่งแวดล้อมในช่วงปฐมวัย ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาทางสมอง มุมมอง

ของชีวิต สุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม รวมถึงการเข้าถึงความรู้ต่างๆ อย่างมีวิจารณญาณได้ด้วยตัวเอง สิ่งจำเป็นพื้นฐานต่อการพัฒนาเด็กดังกล่าวจำเป็นที่พ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กจะต้องมีความรอบรู้ในการดูแล ไม่ว่าจะเป็นด้านโภชนาการและการเจริญเติบโต การให้เวลาดูแลอย่างใกล้ชิด การเปิดโอกาสให้เด็กได้เล่น ได้พัฒนาด้านภาษาจากการพูด การฟัง รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย⁽²⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา

ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า พ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็ก ร้อยละ 71.3 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานขึ้นไป และ ร้อยละ 28.7 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าระดับพื้นฐาน⁽³⁾ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำมีความสัมพันธ์สอดคล้องกับความสามารถในการตีความข้อมูลด้านสุขภาพ⁽⁴⁾ อันจะนำไปสู่การดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดีเป็นทรัพยากรที่มีคุณภาพ สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนซึ่งเป็นระดับสมรรถนะของบุคคล ในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน สามารถปรับใช้ข้อมูลความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาระบุว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญในการกำหนดสถานะสุขภาพของประชาชน⁽⁵⁻⁶⁾ แต่เน้นความรอบรู้ครอบคลุมเฉพาะหลักสุขบัญญัติ 10 ประการ 3อ.2ส. ในวัยเรียนและวัยทำงานเท่านั้น โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างในวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 32.63) และระดับไม่ดี (ร้อยละ 9.77) รวมกันร้อยละ 42.4 มีความรอบรู้ระดับดี (ร้อยละ 38.18) และดีมาก (ร้อยละ 19.43) รวมกันร้อยละ 57.6⁽⁷⁾ นอกจากนี้การศึกษาความรอบรู้ของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเป็นความรอบรู้เฉพาะด้านสุขภาพของเด็กปฐมวัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ผู้เลี้ยงดูเด็กมีความรอบรู้ด้านสุขภาพของเด็กปฐมวัยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.0 ระดับสูง ร้อยละ 26.4 และระดับต่ำ ร้อยละ 11.6⁽⁸⁾ แต่ในเขตสุขภาพที่ 7 ยังไม่เคยมีการศึกษาความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กที่ครอบคลุมประเด็นทั้งด้านการส่งเสริมพัฒนาการ การเจริญเติบโต สุขภาพช่องปาก การจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมมาก่อน ดังนั้นการศึกษาความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กนี้จะนำ

ไปสู่ข้อมูลในการพัฒนาพ่อแม่และผู้เลี้ยงดูเพื่อส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมีทักษะที่ต้องการและจำเป็นในศตวรรษที่ 21 สอดคล้องกับความต้องการของผู้เลี้ยงดู บริบท และสถานการณ์ในปัจจุบันของเขตสุขภาพที่ 7 ต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็ก

■ กรอบแนวคิดของการศึกษา

ความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กประยุกต์จาก 6 องค์ประกอบความรอบรู้สุขภาพของ Nutbeam D.⁽⁹⁾ และกรมอนามัย⁽¹⁰⁾ ประกอบด้วย

- 1) การเข้าถึงข้อมูลการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย คือ ความสามารถในการเลือกและเข้าถึงแหล่งข้อมูล ภูมิวิธีสืบค้น ใช้อุปกรณ์ค้นหา ตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยจากแหล่งต่างๆ ที่มีความน่าเชื่อถือ
- 2) ความรู้ความเข้าใจในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย คือ ความสามารถในการจดจำ แปลความหมาย ตีความหมายเนื้อหาเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย
- 3) การโต้ตอบซักถาม คือ ความสามารถในการตอบโต้ซักถามความเข้าใจ ตีความเข้าใจ เนื้อหา ประเมินค่าข้อมูล เข้าใจผลกระทบของสื่อและข้อมูล เพื่อใช้สื่อหรือนำความรู้นั้นมาเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยได้อย่างมั่นใจ
- 4) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง คือ ความสามารถในการกำหนดทางเลือก หลีกเลี่ยงปฏิเสธพฤติกรรมเสี่ยง มีความสามารถในการใช้เหตุผล วิเคราะห์ผลดีผลเสีย เลือกวิธีปฏิบัติในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่ถูกต้อง
- 5) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพัฒนา

เด็กปฐมวัย คือ ความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยพัฒนาการสมวัย สุขภาพดี มีความสุขตามวัย และมีวินัยเชิงบวก

6) การสื่อสารต่อข้อมูลในการเลี้ยงดูเด็ก คือ ความสามารถในการสื่อสารต่อเรื่องการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย วิธีปฏิบัติตนให้บุคคลอื่นเข้าใจ ด้วยการฟัง พูด อ่าน เขียน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับพฤติกรรม การเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

■ วิธีการศึกษา

● **รูปแบบการวิจัย** เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Descriptive cross-sectional study)

● **ประชากร** คือ พ่อ แม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก อายุ 0-5 ปี ในเขตสุขภาพที่ 7

● **กลุ่มตัวอย่าง** คือ พ่อ หรือแม่ หรือผู้เลี้ยงดูหลักเด็ก อายุ 0-5 ปี ใน 4 จังหวัด (ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์) ของเขตสุขภาพที่ 7 ช่วงเดือนกรกฎาคม-กันยายน 2563 จังหวัดละ 2 อำเภอๆ ละ 2 ตำบล แต่ละตำบลเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนเด็ก 5 ช่วงอายุ คือ อายุต่ำกว่า 9 เดือน 29 วัน, อายุ 18 เดือน-18 เดือน 29 วัน, อายุ 30 เดือน-30 เดือน 29 วัน, อายุ 42 เดือน-42 เดือน 29 วัน และ 60 เดือน-60 เดือน 29 วัน รวม 339 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นพ่อ หรือ แม่ หรือบุคคลในครอบครัว อายุ 20 ปีขึ้นไป
- 2) ใช้เวลาช่วงกลางวันกับเด็กมากที่สุด และได้ดูแลเด็กเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป
- 3) มีความสามารถในการตอบแบบสอบถามได้ด้วยตัวเอง

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion

Criteria) พ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กเป็นชาวต่างด้าว
เกณฑ์ให้เลิกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) พ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กประสงค์ออกจากโครงการด้วยตนเองหรือยุติการตอบคำถามขณะให้ข้อมูลโดยไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใด

● **การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง** ใช้สูตรการหาขนาดตัวอย่างในงานวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) โดยการประมาณสัดส่วนของ Cochran⁽¹¹⁾ สูตรมีดังนี้

$$n = \frac{NZ^2 P (1-P)}{Ne^2 + Z^2 P (1-P)}$$

เมื่อ n คือ ขนาดตัวอย่าง

N คือ จำนวนประชากรเด็กปฐมวัยทั้งหมดในเขตบริการสุขภาพที่ 7 จำนวน 140,117 คน (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข⁽¹²⁾)

Z คือ ค่าคะแนนปกติมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.96

P คือ ค่าสัดส่วนของตัวแปรหลัก คือ สัดส่วนพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีความรอบรู้สุขภาพ โดย Sorensen และคณะ⁽⁶⁾ พบว่ามีสัดส่วนความรอบรู้ต่ำกว่าระดับพื้นฐาน ร้อยละ 28.7

e คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นในการประมาณค่าสัดส่วน คือ 5%

Non-response เท่ากับ 8% (25.1 คน) แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{(140117) (3.8416) (0.287) (0.713)}{(140117 \times 0.0025) + [(3.8416) (0.287) (0.713)]}$$

$$= 313.74 + 25.09$$

$$= 339.64$$

ดังนั้น ในการศึกษารังนี้ มีขนาดตัวอย่าง 339 คน

● การสุ่มตัวอย่าง

1) การสุ่มเลือกพื้นที่ ใช้การสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified allocation) โดยการจับฉลากอย่างง่าย เลือกพื้นที่อำเภอจาก 4 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 7 คือ จังหวัดละ 2 อำเภอ ได้แก่ อำเภอพล และอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น อำเภอเมือง และอำเภอหนองสูงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ อำเภอขามศรีสุราช และอำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม อำเภอหนองพอก และอำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด จากนั้นแต่ละอำเภอจับฉลากเลือกพื้นที่ตำบลมา 1 ตำบล ได้พื้นที่ดำเนินการวิจัยจำนวน 8 ตำบล ได้แก่ ตำบลลอมคอม อำเภอพล ตำบลบัวเงิน อำเภอน้ำพอง ตำบลภู่อ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ ตำบลหนองสูงศรี อำเภอหนองสูงศรี ตำบลสร้างแข่ง อำเภอขามศรีสุราช ตำบลเชียงยืน อำเภอเชียงยืน ตำบลภูเขาทอง อำเภอหนองพอก ตำบลดินดำ อำเภอจังหาร จากนั้นในแต่ละตำบลจับฉลากเลือก รพ.สต. ที่รับผิดชอบพื้นที่ตำบลนั้นมาตำบลละ 1 แห่ง

2) การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มแบบต่อเนื่อง (consecutive sampling) ตามคุณสมบัติและกระจายไปยังแต่ละตำบลตามขนาดสัดส่วนของจำนวนเด็กใน 5 ช่วงอายุ คือ อายุ 9 เดือน - 9 เดือน 29 วัน, อายุ 18 เดือน - 18 เดือน 29 วัน, อายุ 30 เดือน - 30 เดือน 29 วัน, อายุ 42 เดือน - 42 เดือน 29 วัน และ 60 เดือน - 60 เดือน 29 วัน จนครบตามจำนวน

● เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถามความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็ก เป็นแบบสอบถามชนิดตอบเอง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดูเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับเด็ก การศึกษา

อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว เขตที่อยู่อาศัย และสัมพันธภาพของพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูกับเด็ก รูปแบบเป็นคำถามปลายเปิดให้ระบุข้อมูลและเลือกคำตอบที่ตรงกับผู้ตอบมากที่สุด

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็ก ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam D.⁽⁹⁾ กรมอนามัย⁽¹⁰⁾ และประเด็นสำคัญของการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่ได้จากการถอดบทเรียนความสำเร็จในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยจากผู้เลี้ยงดูเด็ก ปราชญ์ท้องถิ่น และอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนผู้เชี่ยวชาญด้านนมแม่และอนามัยแม่และเด็ก ในพื้นที่ 4 จังหวัด (กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด) เขตสุขภาพที่ 7 แบ่งเป็น 6 ด้าน คือ

1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย รูปแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิดจำนวน 4 ข้อ 5 ตัวเลือก ให้เลือกตอบ ตั้งแต่แทบไม่ได้ปฏิบัติ (1 คะแนน) ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน) จนถึงปฏิบัติทุกครั้ง (5 คะแนน)

2) ด้านความรู้ความเข้าใจในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ลักษณะเป็นข้อคำถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็ก ประโยชน์ของการกอด กิจกรรมการเล่น การเล่นิทาน การนอนหลับ การดูแลสุขภาพช่องปาก และอันตรายที่มักเกิดกับเด็ก รูปแบบเป็นคำตอบ 4 ตัวเลือกให้เลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเมื่อตอบถูกได้ข้อละ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 10 คะแนน

3) ด้านการโต้ตอบซักถามในการเลี้ยง

ดูเด็กปฐมวัย รูปแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิดจำนวน 4 ข้อ 5 ตัวเลือก ให้เลือกตอบ ตั้งแต่แทบไม่ได้ ปฏิบัติ (1 คะแนน) ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน) จนถึงปฏิบัติทุกครั้ง (5 คะแนน)

4) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย รูปแบบเป็นข้อคำถามให้เลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ในประเด็นเทคนิคการให้นมลูก การเริ่มต้นอาหารเสริม การจัดการพฤติกรรมและอารมณ์ กิจกรรมส่งเสริมการเล่น การเล่นนิทาน รูปแบบมีคำตอบ 4 ตัวเลือกให้เลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ แต่ละข้อกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเมื่อตอบถูกต้องข้อละ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 5 คะแนน

5) ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาเด็กปฐมวัย ในประเด็นการกิน การออกกำลังกาย การเล่น การอ่านนิทาน การนอน การดูแลฟัน และการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย รูปแบบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิดจำนวน 10 ข้อ 5 ตัวเลือก ให้เลือกตอบ ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์ (2 คะแนน) ปฏิบัติ 3-4 วัน/สัปดาห์ (3 คะแนน) ปฏิบัติ 5-6 วัน/สัปดาห์ (4 คะแนน) จนถึงปฏิบัติทุกวัน (5 คะแนน)

6) ด้านการสื่อสารต่อข้อมูลในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย รูปแบบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิดจำนวน 4 ข้อ 5 ตัวเลือก ให้เลือกตอบ ตั้งแต่แทบไม่ได้ปฏิบัติ (1 คะแนน) ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน) จนถึงปฏิบัติทุกครั้ง

(5 คะแนน)

การแปลความหมายค่าคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย รายด้าน ด้านการเข้าถึงข้อมูลการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ด้านการโต้ตอบซักถามในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาเด็กปฐมวัย และด้านการสื่อสารต่อข้อมูลในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย โดยพิจารณาจากค่าคะแนนเฉลี่ยตามการปฏิบัติจริง เนื่องจากหากแบ่งตามช่วงชั้นจะทำให้ค่าคะแนนการปฏิบัติโน้มเอียงไปในระดับสูง โดยแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับดังนี้

4.00-5.00 หมายถึง ค่าคะแนนความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับสูง

2.01-3.99 หมายถึง ค่าคะแนนความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

1.00-2.00 หมายถึง ค่าคะแนนความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

การแปลผลความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในภาพรวม โดยพิจารณาจากค่าคะแนนรวมทุกข้อทั้ง 6 ด้าน คิดเป็นคะแนนเต็ม 125 คะแนน และแบ่งเป็น 4 ระดับ โดยคิดจากค่าร้อยละของคะแนนที่ได้เมื่อคำนวณจากคะแนนเต็ม โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom⁽¹³⁾ คือ

ระดับดีมาก คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป (≥ 100 คะแนนขึ้นไป)

ระดับดี คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 70-79 ($\geq 87.50-99.99$ คะแนน)

ระดับพอใช้ คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 60-69 ($\geq 75-87.49$ คะแนน)

ระดับปรับปรุง คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 (< 75 คะแนน)

● การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) 0.97 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้เลี้ยงดูเด็กจำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) พบว่า ในภาพรวมทุกด้านมีค่าความเชื่อมั่นได้ผลเท่ากับ 0.86 ด้านการเข้าถึงข้อมูล การเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย การโต้ตอบซักถาม การสื่อสารต่อข้อมูลในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย จำนวนด้านละ 4 ข้อ ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาเด็กปฐมวัย จำนวน 10 ข้อ ด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ผลเท่ากับ 0.71, 0.87, 0.87 และ 0.81 ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้านความรู้ความเข้าใจในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย จำนวน 10 ข้อ และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง จำนวน 5 ข้อ วิเคราะห์ด้วยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson20: KR20) ได้ผลเท่ากับ 0.91 และ 0.87

● การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดูเด็ก วิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) ความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็ก วิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

● การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมอนามัย เลขที่ 416 ลงวันที่ 3 สิงหาคม 2563

■ ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.8 เป็นย่า/ยาย ร้อยละ 49.9 อายุเฉลี่ย 42.4 ปี อายุน้อยที่สุด 17 ปี อายุมากที่สุด 70 ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.1 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 48.1 มัธยฐานของรายได้ตนเองต่อเดือน 5,000 บาท รายได้น้อยที่สุด 0 บาท/เดือน รายได้มากที่สุด 40,000 บาท/เดือน รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 50.1 อาศัยอยู่ในเขตชนบท ร้อยละ 74.9 และมีสัมพันธภาพที่ดีกับเด็ก ร้อยละ 90.9

ความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูในภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 18.9 ระดับดี ร้อยละ 31.5 ระดับพอใช้ ร้อยละ 26.0 และระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 23.6 ด้านที่มีความรอบรู้สุขภาพระดับสูงคือ ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาเด็กปฐมวัย ร้อยละ 74.9 รองลงมาด้านการสื่อสารต่อข้อมูลในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ร้อยละ 45.1 ด้านที่มีความรอบรู้สุขภาพระดับต่ำ คือ ด้านความรู้ความเข้าใจในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ร้อยละ 94.4 โดยประเด็นที่มีความรู้ความเข้าใจน้อย 3 ลำดับแรก คือ การแปร่งฟันซี่ในเด็กปฐมวัย การสนับสนุนกิจกรรมทางกาย และการนอน รองลงมาด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ร้อยละ 49.6 โดยประเด็นที่มีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติไม่ถูกต้อง 3 ลำดับแรก คือ การเริ่มอาหารทารกตามวัยเมื่ออายุครบ 6 เดือน เทคนิคการให้นมลูก และการเล่นนิทานให้เด็ก 6-12 เดือนฟัง ค่าคะแนนความรอบรู้ทั้งภาพรวมและรายด้านดังแสดงในตารางที่ 1 - 7

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าคะแนนความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยรวม 6 ด้าน ตามค่าร้อยละของคะแนนเมื่อคำนวณจากคะแนนเต็ม และการแปลผล

ค่าคะแนนความรอบรู้รวม 6 ด้าน		จำนวน (n=339)	ร้อยละ	แปลผล
<75 คะแนน	(ร้อยละ 60)	80	23.6	ควรปรับปรุง
≥75-87.49 คะแนน	(ร้อยละ 60-69)	88	26.0	พอใช้
≥87.50-99.99 คะแนน	(ร้อยละ 70-79)	107	31.5	ดี
≥100 คะแนนขึ้นไป	(ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	64	18.9	ดีมาก

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ด้านการเข้าถึงข้อมูลการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

ค่าคะแนนเฉลี่ย	จำนวน (n=339)	ร้อยละ	แปลผล
1.00-2.00 คะแนน	83	24.5	ต่ำ
2.01-3.99 คะแนน	216	63.7	ปานกลาง
4.00-5.00 คะแนน	40	11.8	สูง

(Mean = 2.78, S.D. =0.97)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของค่าคะแนน และการแปลผลระดับความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ด้านความรู้ความเข้าใจในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

ค่าคะแนน	จำนวน (n=339)	ร้อยละ	แปลผล
0-6 คะแนน	320	94.4	ต่ำ
7 คะแนน	17	5.0	ปานกลาง
8-10 คะแนน	2	0.6	สูง

(Max=9, Min=0, Median=4, S.D.=1.59)

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ของค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ด้านการโต้ตอบซักถามในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

ค่าคะแนนเฉลี่ย	จำนวน (n=339)	ร้อยละ	แปลผล
1.00-2.00 คะแนน	85	25.1	ต่ำ
2.01-3.99 คะแนน	175	51.6	ปานกลาง
4.00-5.00 คะแนน	79	23.3	สูง

(Mean = 3.01, S.D. =1.02)

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละของค่าคะแนน และการแปลผลระดับความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ด้านการตัดสินใจในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

ค่าคะแนน	จำนวน (n=339)	ร้อยละ	แปลผล
0-2 คะแนน	168	49.6	ต่ำ
3 คะแนน	115	33.9	ปานกลาง
4-5 คะแนน	56	16.5	สูง

(Max=5, Min=0, Median=3, S.D.=1.09)

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ของค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาเด็กปฐมวัย

ค่าคะแนนเฉลี่ย	จำนวน (n=339)	ร้อยละ	แปลผล
2.01-3.99 คะแนน	85	25.1	ปานกลาง
4.00-5.00 คะแนน	254	74.9	สูง

(Mean=4.21, S.D.=0.50)

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ของค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ด้านการสื่อสารต่อข้อมูลในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

ค่าคะแนนเฉลี่ย	จำนวน (n=339)	ร้อยละ	แปลผล
1.00-2.00 คะแนน	56	16.5	ต่ำ
2.01-3.99 คะแนน	130	38.3	ปานกลาง
4.00-5.00 คะแนน	153	45.1	สูง

(Mean = 3.45, S.D. =1.16)

■ อภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่น่าสนใจ คือ เด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 7 ส่วนใหญ่ได้รับการเลี้ยงดูจากมารดา ร้อยละ 39.2 จากปู่ ตาย่า ยาย และบุคคลอื่น ๆ ร้อยละ 56.7 ซึ่งการเลี้ยงดูเด็กในช่วงปฐมวัยควรเป็นบิดามารดาจะดีที่สุด แต่เด็กได้อยู่กับบิดามารดาเพียง ร้อยละ 43.3 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัทธรา

บุญเจียม⁽⁸⁾ ที่พบว่าเด็กปฐมวัยในภาคอีสานส่วนใหญ่ถูกเลี้ยงดูจากยาย ย่า ตา ปู่และบุคคลอื่น ร้อยละ 51.4 อยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 48.6 อาจเนื่องจากลักษณะโครงสร้างของครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไปจากการอพยพย้ายถิ่นฐานของบิดามารดาซึ่งอยู่ในวัยแรงงานเข้ามาทำงานในเมืองใหญ่ และทิ้งลูกหลานไว้ให้ปู่ย่าตายายเป็นผู้เลี้ยงดู ซึ่งลักษณะครอบครัวเช่นนี้พบมากใน

ครอบครัวภาคตะวันออกเฉียงเหนือ หรือเรียกว่า “ครอบครัวแหงกลาง”⁽¹⁴⁾ ดังนั้นรัฐควรมีนโยบาย สนับสนุนการสร้างอาชีพแก่วัยแรงงานในพื้นที่ เพื่อเอื้อให้บิดามารดามีรายได้ที่มั่นคง สามารถอยู่ เลี้ยงดูบุตรโดยไม่ต้องอพยพไปทำงานต่างพื้นที่ และสนับสนุนเงินอุดหนุนสำหรับเลี้ยงดูบุตร ต่อเนื่องถึง 6 ปี รวมทั้งกำหนดมาตรการให้สถาน ประกอบการอนุญาตให้มารดาล้างดูบุตรได้ อย่างน้อย 3 เดือนโดยยังได้รับเงินทุกเดือน

ผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย 1 ใน 2 มีความรอบรู้ สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในระดับพอใช้ (ร้อยละ 26.0) และต้องปรับปรุง (ร้อยละ 23.6) ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูง แตกต่างจากการศึกษาของ สุพัตตรา บุญเจียม⁽⁶⁾ ที่พบว่า ผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับ ปานกลางและสูงถึง ร้อยละ 88.4 อยู่ในระดับต่ำ เพียง ร้อยละ 11.6 แต่สอดคล้องกับการศึกษาของ Yin และคณะ⁽³⁾ ในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่า พ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กร้อยละ 28.7 มีความรอบรู้ด้าน สุขภาพต่ำกว่าระดับพื้นฐาน ผลการวิจัยสะท้อน สาเหตุเกิดจากพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กขาดความรู้ความ เข้าใจในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ถึงร้อยละ 94.4 และขาดความรู้ในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ ถูกต้อง ร้อยละ 49.6 ดังนั้นจึงควรสร้างความรอบรู้ โดยเน้นสร้างความรู้ความเข้าใจและการตัดสินใจ เลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่ ครอบครัวประเด็นการกิน การกอด การเล่น การ เล่านิทาน การนอน การเฝ้าระวังพัฒนาการ การ ดูแลสุขภาพช่องปาก การควบคุมอารมณ์และ พฤติกรรมที่เหมาะสมแก่พ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็ก เพื่อ เสริมสร้างให้เด็กปฐมวัยมีทักษะที่จำเป็นใน ศตวรรษที่ 21 ต่อไป

■ ข้อเสนอแนะ:

เชิงนโยบาย รัฐควรมีนโยบายสนับสนุน การสร้างอาชีพให้บิดา มารดา มีรายได้ที่มั่นคง สามารถเลี้ยงดูบุตรที่บ้านได้โดยไม่ต้องทิ้งบุตรให้ ปู่ ย่า ตา ยาย ดูแลเพียงลำพังในช่วงปฐมวัย สนับสนุนงบประมาณดูแลเด็กปฐมวัยให้กับสถาน ประกอบการต่างๆ และเงินอุดหนุนผู้เลี้ยงดูเด็ก ต่อเนื่อง รวมทั้งกำหนดให้การสร้างความรอบรู้ สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยแก่ผู้เลี้ยงดูเด็ก เป็นวาระสำคัญทั้งระดับเขตและระดับประเทศ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างเป็น รูปธรรม

การวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาปัจจัยที่ส่ง ผลต่อความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

การนำผลการวิจัยไปใช้ โดยเป็นข้อมูล นำเข้าสำหรับกรมอนามัยและหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องในการสร้างสื่อและองค์ความรู้เพื่อสร้าง ความรอบรู้การเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยโดยมุ่งเน้นสร้าง ความรู้ความเข้าใจและการตัดสินใจที่ถูกต้องใน การเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

■ กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนเป็น อย่างดีจากนายแพทย์ชาติตรี เมฆาราชชิป ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น และความ อนุเคราะห์สนับสนุนการพัฒนาเครื่องมือวิจัยจาก ผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัยจากสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ปราชญ์ท้องถิ่น อาสาสมัคร สาธารณสุขชุมชน ผู้เชี่ยวชาญด้านนมแม่และ อนามัยแม่และเด็ก และตัวแทนผู้ปกครองเด็ก ปฐมวัยในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด และขอขอบคุณพ่อแม่ผู้ดู เด็กปฐมวัยทุกคนที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ และ ให้ความร่วมมือดำเนินการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. วีระพงษ์ ฉัตรานนท์. สมองดี เริ่มที่นมแม่. Siriraj E-Public Library [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 2 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/epl/article/detail.asp?id=685>
2. Irwin Lori G., Siddiqi A, Hertzman C. Early child development [Internet]. WHO; 2007 [cited 12 Mar 2019]. Available from: http://www.who.int/social_determinants/themes/earlychilddevelopment/en/
3. Yin HS, Johnson M, Mendelsohn AL, Abrams MA, Sanders LM, Dreyer BP. The Health Literacy of Parents in the United States: A Nationally Representative Study. *Pediatrics* 2009;124(Suppl 3): S289-98.
4. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Ann Intern Med* 2011;155(2):97.
5. วิมล โรมา, ชะนวนทอง ชนสุกาญจน์, มธุรส ทิพยมงคลกุล, ญัฐนารี เอมยงค์, นริมาลัย นิละไพจิตร, สายชล คล้อยเอี่ยม และคณะ. การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1) [อินเทอร์เน็ต]. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2018 [เข้าถึงเมื่อ 21 มีนาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4926>
6. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* [Internet]. 2012 [cited 29 Mar 2019];12(1):80. Available from: <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>
7. กองสุศึกษา. รายงานผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ พ.ศ.2561 (Health Literacy and Health Behavior) [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 28 มีนาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hed.go.th/linkHed/364>
8. สุพัตรา บุญเจียม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น* 2563;12(2):1-13
9. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine* 2008;67(12):2071-8.
10. วชิระ เฟ็งจันทร์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. ใน: เอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรกรมอนามัย เรื่อง ความรอบรู้สุขภาพมุ่งสู่ประเทศไทย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
11. Cochran WG. Sampling techniques. 2nd ed. New York: John Wiley and Sons Inc; 1963.
12. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. HDC - Report [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 30 มกราคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://ggg.ggg/ggnsf>
13. Bloom BS. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company; 1971.
14. National Statistical Organization. Thailand multiple Indicator cluster survey. In Bangkok: National Statistical Organization and UNICEF; 2012.

การศึกษาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพพนักงาน ในสถานประกอบการ 3 แห่ง

วิษุพร เกตุใหม่

สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง กรมอนามัย

ทิวาวรรณ ชี้อสัตย์

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

วันรับ 7 มีนาคม 2566, วันแก้ไข 12 พฤษภาคม 2566, วันตอบรับ 15 พฤษภาคม 2566.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการปฏิบัติที่ดีด้านการส่งเสริมสุขภาพพนักงานในสถานประกอบการและแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพพนักงานในสถานประกอบการ โดยศึกษาในสถานประกอบการขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่ จำนวน 3 แห่ง ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการศึกษาเฉพาะกรณี เลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ แบบเจาะจง โดยเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 36 คน ประกอบด้วย เจ้าของสถานประกอบการ แกนนำสุขภาพ และพนักงาน การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้เครื่องมือคือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า 1. สถานประกอบการทั้ง 3 ขนาด มีกระบวนการปฏิบัติที่ดีด้านการส่งเสริมสุขภาพพนักงานในสถานประกอบการในรูปแบบที่คล้ายกัน ดังนี้ การประเมินสถานการณ์สุขภาพ การกำหนดประเด็นปัญหา การวางแผนการดำเนินงาน การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผลการดำเนินงาน แกนนำสุขภาพเป็นหลักในการขับเคลื่อนกระบวนการ เจ้าของสถานประกอบการตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพพนักงานและการให้สนับสนุนในเชิงนโยบาย งบประมาณ เวลา และเป็นต้นแบบด้านสุขภาพ และพนักงานซึ่งเป็นเจ้าของสุขภาพมีส่วนร่วมในกระบวนการ 2. จากการศึกษาทำให้ได้แนวทางการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพพนักงานในสถานประกอบการ ได้แก่ 1) การสร้างการยอมรับจากผู้บริหาร 2) การพัฒนาศักยภาพของแกนนำสุขภาพ 3) การสร้างการมีส่วนร่วมของพนักงาน และ 4) การสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายสุขภาพ จากผลการศึกษาดังกล่าว หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรมีการกำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพพนักงานในสถานประกอบการเพื่อให้เจ้าของสถานประกอบการตระหนักถึงความสำคัญ ควบคู่ไปกับการสร้างแรงจูงใจเชิงบวกสำหรับสถานประกอบการที่มีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพพนักงาน การขยายผลการอบรมนักพัฒนาสุขภาพในสถานประกอบการไปยังสถานประกอบการอื่น ๆ เพื่อให้เป็นผู้นำในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน และพัฒนาทักษะการสร้างความรู้ด้านสุขภาพแก่พนักงาน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง โดยบุคลากรสาธารณสุขมีบทบาทเป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพพนักงานในสถานประกอบการ

คำสำคัญ : การส่งเสริมสุขภาพ เจ้าของสถานประกอบการ พนักงาน สถานประกอบการ

A study of employee health promotion in 3 the workplaces.

Witchupron Ketmai

Metropolitan Health and Wellness Institution

Tiawan Suesat

Regional Health Promotion Centre 1 Chiang Mai

Received 7 March 2023, Revised 12 May 2023, Accepted 15 May 2023.

Abstract

The purpose of this research were to study good practice process in term of employee health promotion in the workplace and guidelines to operate employee health promotion in the workplace. This research was conduct in 3 establishment consists of small, medium and large establishment. Qualitative research was used. Key informants used a purposive sampling technique to gather 36 key informants, namely, establishment owner, health promoter, and employee. In-depth interview was used to collect data, the instrument was semi-structured interview. Content analysis was used to analyze data. The results found that 1. All three sizes of establishments have a good process for employee health promotion that is similar direction, assessment of the health situation, problem determination, planning, implementation, and evaluation. Health leaders are the key person to operate the process. Business owners recognize the importance of employee health promotion and provides supportive in term of policy, financial, time, and being health model. And employees, who was own health, are involved in the process. 2. Guidelines for the development of health promotion operations for employees in the workplace has been developed from this study as follows: 1) creating business owner acceptance 2) developing potential skill of health leader 3) creating employee involve and 4) supporting from health network partners. Based on the results of the study, the relevant agencies should impose a policy in term of employee health promotion in the establishment to raise the business owner awareness and go together with creating incentives for the establishment that promote employee health. Expanding the training of health promoter in the workplace to other workplaces in order to produce the leaders of employee health promotion. Developing employee health literacy skills to achieve sustainability in their own health promotion. The public health personnel take a role as mentors.

Key words : Health Promotion, business owner, employee, establishments

■ บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรวัยแรงงาน 38.66 ล้านคน หรือร้อยละ 58.41 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ มีความสำคัญต่อการพัฒนาสังคมและการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศไทยในสัดส่วนที่สูงกว่าช่วงวัยอื่น เนื่องจากมีทุนความ

พร้อมทางด้านร่างกายอันเป็นปัจจัยส่วนบุคคลมากกว่ากลุ่มเด็กและผู้สูงอายุ แต่ก็มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพมากกว่าช่วงวัยอื่นจากความเสี่ยงในการทำงาน การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนความบีบคั้นทางเศรษฐกิจ

ในการเป็นเสาหลักของครอบครัว และแม้ว่าปัจจุบันสัดส่วนของคนวัยทำงานสูงกว่าวัยอื่น ๆ แต่ในอีกไม่กี่ปีข้างหน้าคนวัยทำงานจะค่อยๆ ลดลงจากอัตราการเกิดที่ลดลง ขณะที่ประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มประชากรวัยแรงงานจึงเป็นการสร้างความเข้มแข็งทางสุขภาพเพื่อเตรียมพร้อมเข้าสู่การเป็นผู้สูงวัยที่พึงตัวเองให้ได้มากที่สุด เป็นภาวะต่อสังคมน้อยที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งการส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศในอนาคตอีกด้วย

การส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการเป็นเรื่องที่นานาชาติให้ความสำคัญ มีการศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของพนักงานและนำเสนอในรูปแบบกรณีศึกษาซึ่งทำให้เห็นภาพการขับเคลื่อนทั้งระบบของสถานประกอบการ⁽²⁾ จากการศึกษาพบว่า สถานประกอบการที่มีผู้นำด้านสุขภาพ (Health Promoter) มีแนวโน้มประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพพนักงาน⁽³⁻⁴⁾ ปัจจัยเอื้ออีกประการคือการสนับสนุนของผู้บริหาร⁽⁵⁻⁷⁾ และสิ่งที่สำคัญที่สุดคือ พนักงานเห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพของตนเอง อันเป็นหลักการสาธารณสุขพื้นฐานที่ทุกคนต้องมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของในการดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อผสมผสานกันทั้ง 3 องค์ประกอบจะเป็นการสร้างเสริมสุขภาพจากภายใน (Strengthen Community Action) ซึ่งก่อให้เกิดความเข้มแข็งและยั่งยืนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในสถานประกอบการ กรมอนามัยได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพพนักงานในสถานประกอบการโดยใช้แนวทาง 10 แพจเกจ จากการประเมินสถานการณ์การดำเนินงานพบว่า สถานประกอบการมีการประกาศนโยบายส่งเสริมองค์กรสุขภาพในรูปแบบของการสื่อสารนโยบาย โดยเริ่มจากนโยบายของผู้บริหารลงสู่ปฏิบัติ เน้นในเรื่องของความปลอดภัยจากการ

ทำงานเป็นเรื่องสำคัญ มีการปรับเปลี่ยนกลไกกระบวนการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพของสถานประกอบการ โดยมีการกำหนดนโยบาย กำหนดปัญหาบนพื้นฐานของข้อมูล กำหนดรูปแบบการจัดกิจกรรมที่ตรงกับความต้องการและความสมัครใจของพนักงาน และการประเมินผลการพัฒนาสุขภาพ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากผู้บริหาร/เจ้าของสถานประกอบการ ผลการประเมินสถานการณ์พบว่า พนักงานเข้าร่วมการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพและมีความต้องการในการแก้ไขและป้องกันปัญหาทางด้านสุขภาพ⁽⁷⁾

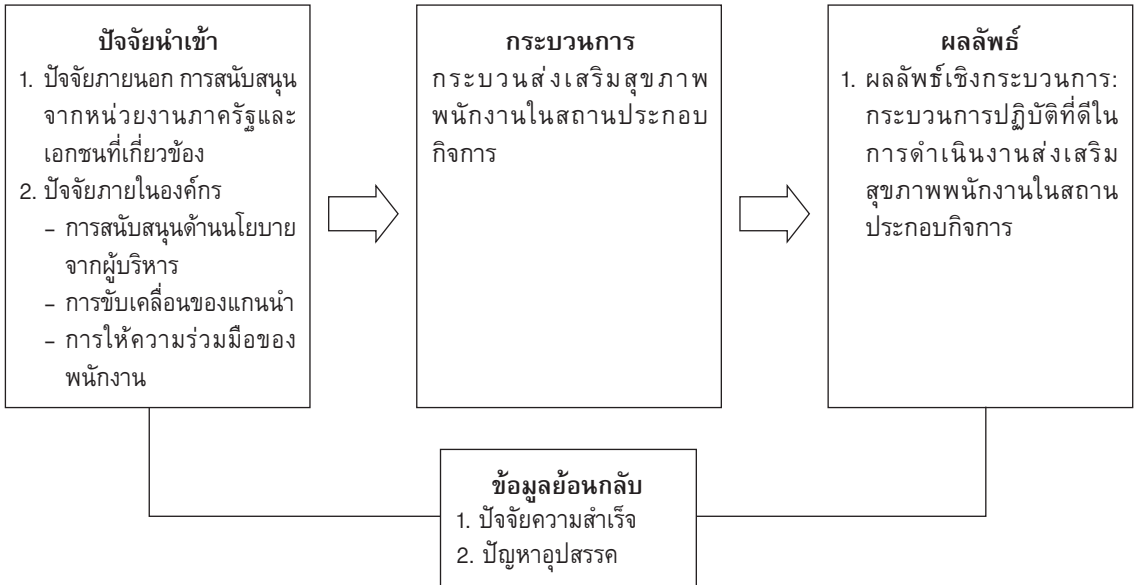
ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพพนักงานในสถานประกอบการ เพื่อทบทวนปัจจัยกระบวนการดำเนินงาน และแสวงหาวิธีการปฏิบัติที่ดี เพื่อให้เกิดวิธีคิดค่านิยมใหม่ ๆ นำไปสู่การพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพพนักงานในสถานประกอบการ อีกทั้งเพื่อให้สถานประกอบการอื่นได้เรียนรู้และนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานซึ่งจะช่วยให้บรรลุเป้าหมายเดิมและเป้าหมายใหม่ที่สูงกว่าเดิม⁽⁸⁾ ตลอดจนนำไปเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายต่อผู้บริหารเพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพพนักงานในสถานประกอบการต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษากระบวนการปฏิบัติที่ดีด้านการส่งเสริมสุขภาพพนักงานในสถานประกอบการ
2. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพพนักงานในสถานประกอบการ

■ กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยโดยใช้กระบวนการระบบ ดังนี้



■ วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยการศึกษาเฉพาะกรณี (Case study method)

● ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร (Population) แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ เจ้าของสถานประกอบกิจการ แกนนำสุขภาพ และพนักงาน จากสถานประกอบกิจการขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่
2. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) ใช้วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและเป็นประโยชน์ต่อการศึกษานโยบายปฏิบัติที่ดีด้านการส่งเสริมสุขภาพพนักงานในสถานประกอบกิจการ

วิธีการเลือกสถานประกอบกิจการ โดยใช้กลยุทธ์การเลือกตัวอย่างที่มีข้อมูลตรงตามประเด็นการวิจัยมากกว่าปกติ (Intensity Sampling) โดยเกณฑ์ในการคัดเลือกสถานประกอบกิจการทั้งขนาดเล็ก กลาง และใหญ่ คือ มีแกนนำสุขภาพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรนักพัฒนาสุขภาพในสถานประกอบกิจการ และมีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพพนักงานตามแนวทาง

ชุดความรู้สุขภาพ 10 เรื่อง (10 packages)

การเก็บข้อมูล เก็บจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 36 คน ได้แก่ เจ้าของสถานประกอบกิจการ แกนนำสุขภาพ และพนักงาน จากสถานประกอบกิจการที่มีแนวทางปฏิบัติที่ดีด้านการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการวิจัย และสามารถให้ข้อมูลเชิงลึกเพียงพอที่จะอธิบายแนวทางปฏิบัติที่ดีด้านการส่งเสริมสุขภาพพนักงานได้⁽⁹⁾ อีกทั้งข้อมูลที่ได้รับมีความอิ่มตัว (Data Saturation) ภายหลังจากวิเคราะห์ข้อมูลแล้วไม่พบแนวคิด รูปแบบ หรือข้อค้นพบอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากข้อมูลที่ได้รับ⁽¹⁰⁾

● การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยใช้เครื่องมือคือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) ตามแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพูดคุยหรือซักถามผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการศึกษา รวมทั้งประเด็นคำถามเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญแต่ละกลุ่มมีความเข้าใจตรงประเด็นดำเนินการสัมภาษณ์ตามเค้าโครงแบบสัมภาษณ์

และสรุปประเด็นข้อมูลที่ได้อีกให้กับผู้ให้ข้อมูลสำคัญรับฟัง เพื่อให้มั่นใจว่าการตีความและความเข้าใจของผู้วิจัยมีความถูกต้อง และตรงกับความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

- **การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

- **การสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล** เนื่องจากการวิจัยเชิงคุณภาพ ตัวผู้วิจัยถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูล ใช้หลักเกณฑ์ของลินคอล์นและกูบา ซึ่งกล่าวถึงวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (Trustworthiness) ของข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพไว้ 4 ประการ ดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ทั้งด้านวิธีการเก็บข้อมูล (Method triangulation) โดยการศึกษาจากเอกสารที่มีการบันทึกเอาไว้ การสัมภาษณ์ และการสังเกต ด้านผู้วิจัยหรือผู้เก็บข้อมูล (Multiple Investigator Triangulation) โดยการใช้นักวิจัยหลายคนในการเก็บข้อมูลแทนการใช้นักวิจัยเพียงคนเดียว ด้านข้อมูล (Data Triangulation) โดยการนำประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นย้อนกลับมาตรวจสอบความเข้าใจของการสรุปและตีความของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้มั่นใจว่าข้อสรุปที่ได้เป็นข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญจริง และด้านผู้วิเคราะห์ข้อมูล (Multiple Analyst Triangulation) โดยการใช้ผู้วิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บจากการสัมภาษณ์ 2 คนขึ้นไป ต่างคนต่างวิเคราะห์ข้อมูลให้ได้ข้อค้นพบแล้วนำมาเปรียบเทียบกัน

2. ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ผู้วิจัยออกแบบขอบเขตการวิจัย การเลือกผู้ให้ข้อมูล และวิธีดำเนินการวิจัยอย่างละเอียดมากที่สุด เพื่อให้ผู้อ่านสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ ในสถานประกอบการที่มีขนาดใกล้เคียง หรือบริบทคล้ายคลึงกัน

3. ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) ผู้วิจัยได้ใช้หลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การศึกษาจากเอกสาร การสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) และการสังเกต ตลอดจนเชื่อมโยงข้อมูลดังกล่าวเข้าด้วยกัน เพื่อให้เข้าใจรูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพพนักงานที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้นำผลที่ได้จากการวิเคราะห์อภิปรายร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อลดอคติจากการวิเคราะห์และตีความข้อมูล

4. ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นกรอบกระตุ้นแนวความคิดในการสร้างแนวคำถามเพื่อให้ครอบคลุมประเด็นที่ต้องการศึกษาและผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ และภายหลังสิ้นสุดการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยถอดเทปด้วยตนเองและนำข้อมูลที่ได้อ่านบันทึกให้เป็นระเบียบ เป็นหมวดหมู่ทุกครั้งภายหลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ในแต่ละสถานประกอบการ

- **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย เลขที่ 572/2565 วันที่ 31 ตุลาคม 2565

■ ผลการศึกษา

1. สถานประกอบการกิจการขนาดเล็ก

ดำเนินกิจการศูนย์บริการรถยนต์ครบวงจร มีพนักงานประจำทั้งหมด 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จุดเริ่มต้นของการส่งเสริมสุขภาพพนักงานเนื่องจากผู้บริหารให้ความสำคัญเรื่องความสุขของคนทำงานมากที่สุด เพราะถึงแม้จะมีเทคโนโลยี เครื่องมือต่าง ๆ ดีเพียงใด แต่ถ้าคนไม่มีคุณภาพก็ไม่สามารถส่งผลงานที่ดีให้กับลูกค้าได้ จึงให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ ทั้งด้านนโยบาย ทุนทรัพย์ และปัจจัยเอื้ออื่น ๆ ต่อการมีสุขภาพดี ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ธุรกิจเราต้องใช้แรงงานฝีมือ AI ไม่ได้ ต้องให้ความสำคัญกับคนซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพ ถ้าพัฒนาคนไม่ได้ งานก็ไม่พัฒนา แล้วสอนงานคนกว่าจะได้คุณภาพก็ 3 – 5 ปี เลยต้องให้ความสำคัญกับคนมาก ๆ มันก็เลยเป็นโจทย์ว่าเราจะทำอย่างไรให้เขาทำงานให้เราได้ ทำให้เขาอยู่กับเรานานที่สุด มีความสุข สุขทั้งกาย และมีเงินใช้จ่ายเพียงพอ”

กระบวนการส่งเสริมสุขภาพพนักงาน

หัวหน้าฝ่ายบุคคลซึ่งเป็นแกนนำสุขภาพ เป็นบุคคลสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพพนักงาน โดยมีกระบวนการ ดังนี้

1. รวบรวมข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงาน ความต้องการของพนักงานในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม โดยการสอบถามและการสังเกต จากนั้นประสานความร่วมมือภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ ขอคำแนะนำในการวางแผนการแก้ไขปัญหา โดยปัญหาที่พบ ได้แก่ พนักงานมีภาวะน้ำหนักเกิน มีกิจกรรมทางกายน้อย ดื่มสุรา และปัญหาทางการเงิน

2. นำเสนอปัญหาที่พบ ความต้องการ และแผนการดำเนินงานเพื่อขอความเห็นชอบจากผู้บริหาร

3. ประกาศนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ เป็นลายลักษณ์อักษร แจ้งพนักงานทุกคนทราบ

4. ขอความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายสุขภาพอีกครั้ง โดยครั้งที่สองเป็นการเข้าพื้นที่เพื่อประเมินสภาพแวดล้อมและบริบทการทำงาน เพื่อวางแผนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของสถานที่ทำงานและรูปแบบการทำงานของพนักงาน

5. จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพพนักงาน รูปแบบการจัดกิจกรรม แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ

5.1 กิจกรรมประจำวัน หรือ Morning talk เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการทำงาน

การเข้าแถวเคารพธงชาติ สวดมนต์ไหว้พระ ผู้บริหารพบพนักงาน แจงข้อมูลข่าวสาร การให้ความรู้ด้านสุขภาพ และปิดท้ายด้วยกิจกรรมการยืดเหยียดร่างกายโดยมีตัวแทนพนักงานเป็นผู้นำทำกิจกรรม สลับสับเปลี่ยนหมุนเวียนกันไป บางวันมีภาคีเครือข่ายในพื้นที่เข้ามาจัดกิจกรรมร่วมด้วย

5.2 กิจกรรมด้านอื่น ๆ

- (1) การส่งเสริมด้านการเงิน ส่งเสริมให้พนักงานรู้จักการออม โดยมีเจ้าหน้าที่จากธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร มาให้ความรู้เรื่องการบริหารจัดการการเงิน

- (2) การส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย การมีชมรมวิ่งในสถานประกอบกิจการ การแข่งกีฬาภายใน จัดพื้นที่ให้เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย เช่น จัดให้มีห้องฟิตเนส โต๊ะบึงปอง สนามตระกร้อ และสนามวอลเลย์บอล ทั้งนี้กิจกรรมการวิ่งหลังเลิกงานทำให้พนักงานลดการรวมกลุ่มกันดื่มสุราหลังเลิกงานได้เป็นอย่างดี

- (3) การพัฒนาศักยภาพพนักงาน ทั้งความรู้และทักษะทั้งที่เกี่ยวกับงานและทักษะชีวิตอื่น ๆ อย่างต่อเนื่อง

- (4) การส่งเสริมความสุขและสร้างความผูกพันต่อองค์กร เช่น กิจกรรมวันเกิด กิจกรรมการศึกษาดูงาน กิจกรรมสันทนาการในโอกาสต่าง ๆ

- (5) กิจกรรมเสริมสร้างความสุขทางใจ โดยการทำบุญตักบาตรเป็นประจำทุกเดือน

6. การประเมินผล แกนนำสุขภาพมีการประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงาน พบว่าพนักงานเกิดการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสู่การมีสุขภาพดี โดยเริ่มต้นจากกระบวนการหล่อหลอมทางสังคมของสถานประกอบกิจการ หลังจากให้เห็นผลลัพธ์ในทิศทางที่ดีต่อตัวเอง จึงเริ่มเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอันเกิดจากความต้องการ

ของตนเอง ถือเป็นจุดเริ่มต้นของความยั่งยืนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล นอกจากนี้ผลลัพธ์อีกประการคือ พนักงานมีความจงรักภักดีต่อองค์กร เห็นได้จากอัตราการลาออกลดลงในช่วงเวลา 5 ปีที่ผ่านมา

2. สถานประกอบการกิจการขนาดกลาง

ดำเนินธุรกิจด้านผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูปในรูปแบบธุรกิจเพื่อสังคม (Social Business) เพื่อสร้างตลาดรองรับผลิตผลทางการเกษตรและส่งเสริมเกษตรกรจากโครงการในพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระมหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราชบรมนาถบพิตร ควบคู่ไปกับการพัฒนาเกษตรกร ชุมชน และสังคมรอบด้าน เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งและมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน ปัจจุบันมีพนักงานประมาณ 180 คน

กระบวนการส่งเสริมสุขภาพพนักงาน

ฝ่ายบุคคลเป็นแกนนำสุขภาพ มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพพนักงาน โดยมีกระบวนการ ดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพพนักงาน โดยการตรวจสุขภาพประจำปีและใช้แบบประเมินการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในสถานประกอบการ (10 packages)

2. การวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีศูนย์อนามัย ซึ่งเป็นภาคีเครือข่ายสุขภาพสำคัญเป็นที่ปรึกษา

3. การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยเลือกใช้ชุดความรู้สุขภาพ ดังนี้

(1) ชุดความรู้สุขภาพที่ 1 หุ่นดีสุขภาพดี พนักงานมีภาวะน้ำหนักเกิน จึงจัดให้มีกิจกรรมทางกายโดยใช้ต้นทุนเดิมคือ ชมรมวิ่งเพื่อสุขภาพ ดังคำพูดของแกนนำสุขภาพ ดังนี้

“ก่อนหน้านี้นี้ 2 – 3 ปี พนักงานที่ชอบการวิ่งเหมือนกัน ประมาณ 5 – 6 คน มารวมตัวกันวิ่ง ช่วงหลังพนักงานเริ่มให้ความสนใจและเข้าร่วม

กิจกรรมมากขึ้น เราเลยคิดว่ากิจกรรมการวิ่งเพื่อสุขภาพน่าจะเป็นจุดเริ่มต้นที่เหมาะสมกับพนักงาน”

(2) ชุดความรู้สุขภาพที่ 4 สูดยอดคุณแม่ แจกยาเม็ดเฟอร์รัสซัลเฟต (Ferrous sulfate) แก่พนักงานหญิงวัยเจริญพันธุ์ และพนักงานที่มีปัญหาโลหิตจาง

(3) ชุดความรู้สุขภาพที่ 6 ออฟฟิศซินโดรม อยู่ระหว่างการรวบรวมข้อมูลและวางแผนการดำเนินงานในลำดับต่อไป

4. การประเมินผล โดยการตรวจสุขภาพประจำปี การซึ่งน้ำหนักเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม และประเมินความพึงพอใจของพนักงานเพื่อปรับรูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของพนักงานเป็นระยะ

3. สถานประกอบการกิจการขนาดใหญ่

ดำเนินกิจการผลิตรถยนต์ที่ทันสมัยและครบวงจร มีพนักงานประมาณ 5,000 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ผู้บริหารระดับสูงให้ความสำคัญกับคนทำงานไม่หยิ่งหย่อนไปกว่าคุณภาพของงาน เนื่องจากตระหนักว่าคุณภาพชีวิตส่งผลต่อการทำงาน ผู้จัดการฝ่ายบุคคลซึ่งเป็นหนึ่งในแกนนำสุขภาพ รับนโยบายผู้บริหารมาสู่การปฏิบัติ เกร็งถึงแนวคิดในการสร้างเสริมสุขภาพคนทำงานในองค์กร ดังนี้

“อุตสาหกรรมรถยนต์ก็เป็นเหมือนงานศิลปะ คนทำงานเราถ้ามีความสุข สุขภาพดีก็ส่งผลต่อผลลัพธ์ที่ดีในส่วนของการทำงานและเชื่อมโยงไปถึงผู้บริโภค เราอยากเห็นเส้นทางของความดีแบบนี้ ที่ส่งต่อไปเรื่อย ๆ จนถึงภาพรวมของเศรษฐกิจของประเทศ”

กระบวนการส่งเสริมสุขภาพพนักงาน เดิมมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตพนักงานตามแผนปฏิบัติการของบริษัท แต่

ยังไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือเกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควร เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่คิดจากผู้รับผิดชอบฝ่ายเดียวและขาดความต่อเนื่อง จึงปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินงานใหม่ ดังนี้

1. กระบวนการค้นหาและวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาที่พบคือ พนักงานขาดความไว้วางใจผู้บริหาร จึงต้องสร้างความไว้วางใจด้วยการฟังให้ลึกซึ้งแล้วหาทางออกร่วมกัน เป็นที่มาของกิจกรรมการรับฟังเสียงกันและกัน หลังจากวิเคราะห์และเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา สสส. เข้ามาช่วยในการออกแบบกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ ร่วมกับการเลือกดำเนินงานตามชุดความรู้สุขภาพ 10 เรื่อง (10 packages) ของกรมอนามัย เนื่องจากมีกระบวนการดำเนินเป็นระบบและมีขั้นตอนตั้งแต่ต้นจนจบกระบวนการ

2. กระบวนการปฏิบัติการสร้างสุขภาพลดทุกข์ มีรายละเอียดประเด็นหลัก 4 ประเด็น ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 โภชนาการ พนักงานส่วนใหญ่เป็นเพศชาย เน้นปริมาณข้าว (คาร์โบไฮเดรต) เมื่อไม่สามารถเผาผลาญได้หมด ร่วมกับการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ทำให้มีภาวะน้ำหนักเกินและเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีการให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่พนักงานและผู้ประกอบอาหาร การปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการโดยพนักงานดักเองเพื่อกะปริมาณที่พอดี

กิจกรรมที่ 2 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) และการออกกำลังกาย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ไม่มีความพร้อมออกกำลังกาย เน้นการปรับภาวะโภชนาการ และกลุ่มออกกำลังกาย มีชมรมที่หลากหลายให้พนักงานเข้าร่วมตามความสมัคร

ใจ ชมรมวิ่งเป็นอีกหนึ่งชมรมที่สมาชิกให้ความสนใจ และการมีต้นแบบสุขภาพ (Role model)

กิจกรรมที่ 3 ยาเสพติด (บุหรี่ยาสูบ แอลกอฮอล์ แอมเฟตามีน) ปัญหาหนี้สินทำให้พนักงานหาทางออกด้วยการดื่มสุราและสารเสพติด มีการแก้ไขปัญหาลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การใช้กฎหมายเข้าไปจัดการเด็ดขาด การให้คำปรึกษาและการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด ในส่วนของการลด ละ เลิกบุหรี่ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เน้นการเชิญชวนและรณรงค์ รวมถึงมีคลินิกให้คำปรึกษาและการเลิกบุหรี่

กิจกรรมที่ 4 สุขภาพจิตและการเตรียมเกษียณอายุอย่างมีคุณภาพ จัดให้มีการอบรมให้ความรู้การบริหารจัดการเงิน และการอบรมพัฒนาทักษะอาชีพเพื่อเตรียมพร้อมวัยเกษียณ

3. การประเมินผล พนักงานงานเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทิศทางที่ดีขึ้น แต่สิ่งที่ได้มากกว่าเรื่องสุขภาพคือ ช่องว่างระหว่างผู้บริหารแต่ละระดับและพนักงานลดลง มีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้นโดยมีกิจกรรมต่าง ๆ เป็นตัวเชื่อม

กล่าวโดยสรุป สถานประกอบกิจการขนาดเล็ก กลาง และใหญ่ มีกระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพพนักงานอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การประเมินสถานการณ์สุขภาพพนักงาน ครอบคลุมองค์รวม การกำหนดประเด็นปัญหา การวางแผนการดำเนินงาน การปฏิบัติการตามแผน และการประเมินผลการดำเนินงาน ทั้งการประเมินผลรายกิจกรรมและการดำเนินงานในภาพรวมทั้งระบบ โดยมีประเด็นสำคัญเปรียบเทียบผลการศึกษาของสถานประกอบกิจการทั้ง 3 ขนาดได้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปประเด็นสำคัญเปรียบเทียบผลการศึกษาของสถานประกอบการทั้ง 3 ขนาด

ประเด็นสำคัญที่พบ	สถานประกอบการขนาดเล็ก	สถานประกอบการขนาดกลาง	สถานประกอบการขนาดใหญ่
ปัจจัยนำเข้า การสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง ถือเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญ	1. หน่วยงานในพื้นที่ทั้งภาครัฐและเอกชนให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี	1. หน่วยงานในพื้นที่ทั้งภาครัฐและเอกชนให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี	1. หน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี 2. หน่วยงานภาครัฐและเอกชนนอกพื้นที่ร่วมให้การสนับสนุนเนื่องจากเป็นสถานประกอบการขนาดใหญ่ระดับประเทศจึงเป็นที่รู้จักของภาคีเครือข่ายภายนอก
ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ	1. พนักงานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทิศทางที่ดี โดยเกิดจากความสมัครใจและตระหนักถึงผลดีต่อสุขภาพตนเอง 2. การเป็นต้นแบบสุขภาพ (Health Model) ผู้บริหารเป็นต้นแบบสุขภาพ สร้างแรงจูงใจให้พนักงาน	1. พนักงานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทิศทางที่ดี และมีส่วนร่วมในกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2. การเป็นต้นแบบสุขภาพ (Health Model) พนักงานเป็นต้นแบบสุขภาพ สร้างแรงจูงใจให้พนักงานอื่นในองค์กร 3. สถานประกอบการขนาดกลางมีการวิเคราะห์ต้นทุนขององค์กร แก้ไขปัญหาโดยต่อยอดกิจกรรมจากสิ่งที่มีคือ ชมรมวิ่ง	1. พนักงานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น 2. การเป็นต้นแบบสุขภาพ (Health Model) ทั้งผู้บริหารและพนักงานเป็นต้นแบบสุขภาพ สร้างแรงจูงใจให้ผู้อื่นในองค์กร 3. เกิดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่วยลดช่องว่างระหว่างผู้บริหารแต่ละระดับและพนักงานในองค์กรมีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้น มีการรวมกลุ่มของคนที่ชอบทำกิจกรรมเหมือนกันมาทำกิจกรรมร่วมกัน เกิดความต่อเนื่อง และยังยืน เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่เลือกด้วยความชอบและความสมัครใจ
ปัจจัยสู่ความสำเร็จ	1. ผู้บริหารให้การสนับสนุนแก่นำสุขภาพมีความมุ่งมั่นตั้งใจ พนักงานให้ความร่วมมือดีมาก 2. หัวหน้าฝ่ายบุคคลเป็นแกนนำสำคัญในการขับเคลื่อน 3. ปัจจัยเอื้อสำคัญคือ จำนวนพนักงานไม่มาก ทำให้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เจ้าของสถานประกอบการดูแลพนักงานเหมือนคนในครอบครัว เกิดความรักความผูกพันต่อองค์กร ทำให้เกิดความร่วมมือที่ดี	1. สถานประกอบการก่อตั้งขึ้นจากแนวพระราชดำริทำให้ได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ผู้จัดการน้อมนำแนวพระราชดำริมาใช้ในการดูแลพนักงานในทุกมิติ ให้ความสำคัญของสุขภาพ การสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้คนที่เกี่ยวข้องในทุกระบบทั้งคน ชมชน และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นข้อได้เปรียบของธุรกิจเพื่อสังคม 2. ฝ่ายบุคคลนำนโยบายมาสู่การปฏิบัติด้วยความมุ่งมั่นตั้งใจ 3. มีงบประมาณสนับสนุนเนื่องจากมีผลกำไรจากการทำธุรกิจ	1. ผู้บริหารเห็นความสำคัญและตระหนักถึงคุณภาพชีวิตของพนักงาน พร้อมสนับสนุนในทุกด้าน 2. ฝ่ายบุคคลและพยาบาลในสถานประกอบการซึ่งเป็นแกนนำสุขภาพผนึกกำลังกันในการดูแลพนักงาน ทำให้เกิดความเข้มแข็งทั้งด้านการบริหารจัดการและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ 3. มีงบประมาณสนับสนุนเนื่องจากมีผลกำไรจากการทำธุรกิจ

ตารางที่ 1 ประเด็นสำคัญเปรียบเทียบผลการศึกษาของสถานประกอบกิจการทั้ง 3 ขนาด (ต่อ)

ประเด็นสำคัญที่พบ	สถานประกอบกิจการ ขนาดเล็ก	สถานประกอบกิจการ ขนาดกลาง	สถานประกอบกิจการ ขนาดใหญ่
ปัญหาอุปสรรค	แกนนำการขาดความรู้เชิงลึกด้านสุขภาพ ยังต้องอาศัยภาคีเครือข่ายสุขภาพเป็นที่เลี้ยง	แกนนำการขาดความรู้เชิงลึกด้านสุขภาพ ยังต้องอาศัยภาคีเครือข่ายสุขภาพเป็นที่เลี้ยง	จำนวนพนักงานมากทำให้มีช่องว่างระหว่างผู้บริหารแต่ละระดับและพนักงาน ความรักความผูกพันต่อองค์กรน้อย ค่าตอบแทนคือแรงจูงใจในการทำงาน ถือเป็นความท้าทายสำหรับสถานประกอบกิจการขนาดใหญ่ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ

■ อภิปรายผล

1. กระบวนการปฏิบัติที่ดีด้านการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพพนักงานในสถานประกอบกิจการ จากผลการศึกษาพบว่า สถานประกอบกิจการทั้ง 3 ขนาด มีกระบวนการปฏิบัติที่ดีด้านการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพพนักงานโดยมีภาคีเครือข่ายสุขภาพเป็นที่เลี้ยงที่สำคัญ

2. เมื่อพิจารณาตามขนาดของสถานประกอบกิจการพบว่า มีผลต่อการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพพนักงาน โดยในสถานประกอบการขนาดเล็ก มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างผู้บริหารและพนักงาน ทำให้เกิดความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เป็นอย่างดี ขณะที่สถานประกอบกิจการขนาดใหญ่ ความสัมพันธ์ค่อนข้างห่างเหิน ความรักความผูกพันต่อองค์กรน้อย ค่าตอบแทนคือแรงจูงใจในการทำงาน การจัดกิจกรรมในระยะแรกจึงต้องจัดในเวลาว่าง ไม่รบกวนเวลาส่วนตัว

3. การรวมกลุ่มในการจัดกิจกรรม สถานประกอบกิจการขนาดเล็กสามารถรวมกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาล้ายกัน ทำกิจกรรมพร้อมกันได้ แต่สถานประกอบกิจการขนาดกลางและขนาดใหญ่มีจำนวนพนักงานมาก ต้องแบ่งกลุ่มย่อยเพื่อให้ทุกคนมีส่วนร่วมในกิจกรรมและบรรลุวัตถุประสงค์การดำเนินงาน อย่างไรก็ตามข้อดีของการแบ่งกลุ่มย่อยในสถานประกอบกิจการขนาดกลางและขนาดใหญ่ นั้น เมื่อกลุ่มแรกประสบความสำเร็จ

เกิดบุคคลที่เป็นต้นแบบสุขภาพ ความสำเร็จเล็ก ๆ นี้เองจะสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มหลังคล้อยตามและเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้นได้เช่นกัน

4. จากการศึกษาส่งผลให้ได้แนวทางการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพพนักงานในสถานประกอบกิจการ ได้แก่

1) การสร้างการยอมรับจากผู้บริหาร ผู้บริหารมีวิสัยทัศน์กว้างไกล เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างพนักงาน สถานประกอบการ และครอบครัว ให้ความสำคัญกับการสร้างสุขภาพของคนทำงาน เมื่อพนักงานมีความสุข สุขภาพดี มีความมั่นคงทางการเงิน ย่อมส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพนักงานที่มีสุขภาพดีมีความสำคัญสูงสุดในที่ทำงาน เนื่องจากมีความสามารถในการทำงานเพื่อให้มีผลผลิตที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อกำไรทางธุรกิจโดยตรง ส่วนพนักงานที่ไม่แข็งแรงมีแนวโน้มที่จะลาป่วยหรือปฏิบัติหน้าที่ช้าเนื่องจากความเหนื่อยล้า ทำให้ธุรกิจต้องเสียค่าใช้จ่าย⁽⁶⁾ จากการศึกษาพบว่า ผู้บริหารของสถานประกอบกิจการทั้งสามขนาดต่างให้การสนับสนุนตั้งแต่ นโยบาย งบประมาณ เวลา ตลอดจนเป็นต้นแบบที่ดีทางสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การส่งเสริมสุขภาพพนักงานประสบความสำเร็จ แต่มีความแตกต่างกันตามขนาด

สถานประกอบการ พบว่าสถานประกอบการขนาดเล็ก ความสัมพันธ์ของผู้บริหารและพนักงานมีความใกล้ชิดแบบครอบครัว สื่อสารกันได้โดยตรง ผู้บริหารเป็นแบบอย่างที่ดีทางสุขภาพทำให้เกิดความศรัทธาเชื่อมั่นให้พนักงานปฏิบัติตาม ส่วนสถานประกอบการขนาดใหญ่ ความสัมพันธ์เป็นทางการ การสื่อสารเพื่อให้พนักงานเข้าร่วมกิจกรรมต้องมีกลยุทธ์จูงใจ เช่น ไม่รบกวนเวลาส่วนตัว หรือมีของรางวัลเป็นแรงจูงใจสอดคล้องกับเรื่องของงบประมาณ สถานประกอบการขนาดกลางและขนาดใหญ่สามารถให้การสนับสนุนได้มากกว่าเนื่องจากมีผลกำไรจากการทำธุรกิจมากกว่า ดังนั้นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพพนักงานในสถานประกอบการจึงควรมีการสื่อสารและโน้มน้าวเพื่อให้ผู้บริหารเห็นถึงความสำคัญและให้ความเห็นชอบในการดำเนินงาน

2) การพัฒนาศักยภาพของแกนนำสุขภาพ แกนนำเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการรับนโยบายมาสู่การปฏิบัติ และขับเคลื่อนให้ประสบความสำเร็จ เป็นตัวกลางที่ต้องเชื่อมระหว่างผู้บริหาร พนักงาน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องต้องใช้ทักษะหลายด้านเพื่อให้การสื่อสารกับบุคคลแต่ละกลุ่มบรรลุวัตถุประสงค์ ถือเป็นงานที่ทำหาย ดังนั้นความมุ่งมั่นตั้งใจมีส่วนช่วยผลักดันให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้นำด้านการส่งเสริมสุขภาพมีผลในเชิงบวกต่อสุขภาพของพนักงานและการมีส่วนร่วมของพนักงาน⁽³⁻⁴⁾ ในสถานประกอบการขนาดเล็กและขนาดกลาง แกนนำสุขภาพคือฝ่ายบุคคลซึ่งยังขาดความรู้ความเชี่ยวชาญเชิงลึกเรื่องสุขภาพ จึงขาดความมั่นใจในจัดกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ ต้องอาศัยภาคีเครือข่ายสุขภาพเข้ามาเป็นพี่เลี้ยง ส่วนสถานประกอบการขนาดใหญ่ แกนนำสุขภาพคือฝ่ายบุคคลและพยาบาลในสถานประกอบการประสานความร่วมมือกันในการทำงาน แกนนำจึงมีองค์

ความรู้และความมั่นใจการดำเนินงานมากกว่า

3) การสร้างการมีส่วนร่วมของพนักงาน พนักงานในสถานประกอบการขนาดเล็กให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีเนื่องจากจำนวนคนน้อยทำให้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด แต่สถานประกอบการขนาดใหญ่ รูปแบบการจัดกิจกรรมอาจเริ่มต้นด้วยการจัดในเวลาว่างซึ่งไม่กระทบเวลาส่วนตัวหลังเลิกงานหรือวันหยุดของพนักงาน ผลลัพธ์ในทางที่ดีจะทำให้พนักงานเริ่มตระหนักถึงความสำคัญและให้ความร่วมมือมากขึ้น เพราะทุกกิจกรรมล้วนส่งผลในด้านบวกต่อตนเอง

4) การสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายสุขภาพ เป็นอีกส่วนที่มีความสำคัญ โดยเฉพาะในสถานประกอบการขนาดเล็กและขนาดกลางซึ่งแกนนำสุขภาพเป็นฝ่ายบุคคล ยังต้องการความรู้และความมั่นใจในการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ภาคีเครือข่ายสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนโดยเฉพาะด้านองค์ความรู้เพื่อให้แกนนำสุขภาพมีความมั่นใจในการดำเนินงาน ในขณะที่สถานประกอบการขนาดใหญ่ มีพยาบาลประจำสถานประกอบการทำให้สามารถดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพได้ด้วยตนเอง ภาคีเครือข่ายสุขภาพมีบทบาทเป็นที่ปรึกษาเพื่อให้การดำเนินงานราบรื่น สิ่งที่สถานประกอบการทั้งสามขนาดเหมือนกันคือ การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างภาคีเครือข่ายและสถานประกอบการ ซึ่งส่งผลดีต่อการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพพนักงานร่วมกันทั้งในปัจจุบันและอนาคต

5) การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของพนักงานหรือสถานประกอบการ

1. การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ ควรมีความหลากหลาย สามารถเลือกปฏิบัติตามความถนัดและความสนใจ การเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่เกิดจากความต้องการของตนเองจะเกิดความยั่งยืน

2. การขับเคลื่อนการสร้างสุขภาพในองค์กร ต้องคำนึงถึงต้นทุนเดิมที่มีโดยเฉพาะ

ทรัพยากรบุคคล เป็นการแสดงถึงการให้ความสำคัญให้แรงเสริมทางบวก เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตัวเอง และเป็นต้นแบบทางสุขภาพให้ผู้อื่น การมีต้นแบบสุขภาพที่มีบริบทคล้ายกัน เมื่อเกิดการปรับเปลี่ยนสุขภาพไปในทิศทางที่ดี จะทำให้ผู้อื่นคล้อยตาม และเกิดแรงผลักดันว่าตนเองก็น่าจะเปลี่ยนแปลงได้เช่นเดียวกัน

3. การสร้างแรงบันดาลใจและทำให้คนได้ยอมรับที่จะเรียนรู้ ปฏิบัติจนเกิดความเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ ด้วยการใช้ต้นแบบสุขภาพ (role model) เป็นเครื่องมือสำคัญและทรงพลังในการสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ

4. การสร้างความสำเร็จเล็ก ๆ ให้เกิดขึ้นเป็นการสร้างแรงจูงใจ ก่อนค่อย ๆ ขยายออกไปสู่กลุ่มอื่นเพื่อสร้างความสำเร็จที่ยิ่งใหญ่ขององค์กร

5. ให้ความสำคัญต่อการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทั้งเครือข่ายภายในบริษัท ได้แก่ กลุ่ม ชมรม รวมถึงเครือข่ายพนักงานที่ต้องดำเนินการไปยังจุดมุ่งหมายเดียวกัน การมีส่วนร่วมของเครือข่ายภายนอก เป็นส่วนสำคัญในการเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการ สนับสนุนทรัพยากรที่มีความสำคัญต่อการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

■ ข้อเสนอแนะ

● เชิงนโยบาย

1. ต่อสถานประกอบกิจการ

1.1 สนับสนุนให้มีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพพนักงานในสถานประกอบกิจการทั้งด้านนโยบาย เวลา และงบประมาณ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างจริงจังและเป็นรูปธรรม

1.2 สนับสนุนให้แกนนำให้การพัฒนาศักยภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพพนักงานในสถานประกอบการเนื่องจากเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อน

1.3 ส่งเสริมให้พนักงานมีส่วนร่วมใน

การดูแลสุขภาพของตนเองตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา และออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของตนเอง ร่วมกับการฝึกทักษะความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง

2. ต่อหน่วยงานท้องถิ่น

2.1 ดำเนินงานเชิงรุกในการส่งเสริมสุขภาพพนักงานในสถานประกอบกิจการ เนื่องจากสถานประกอบกิจการหลายแห่งยังไม่รู้จักแหล่งสนับสนุน และการดำเนินงานเชิงรุกจะทำให้ขยายผลการส่งเสริมสุขภาพพนักงานได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

2.2 ดำเนินงานอย่างจริงจัง โดยมีบทบาทเป็นพี่เลี้ยงให้สถานประกอบกิจการเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนในระดับปฏิบัติและมีบทบาทเป็นตัวกลางในการประสานกับหน่วยงานส่วนกลางเพื่อเสนอแนะด้านนโยบายจากมุมมองของผู้ปฏิบัติ

3. ต่อหน่วยงานกรมอนามัย

3.1 ขยายผลการส่งเสริมสุขภาพพนักงานในสถานประกอบกิจการ และเน้นพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพในสถานประกอบกิจการไปยังสถานประกอบกิจการอื่น ๆ เพื่อให้แกนนำมีความรู้และทักษะด้านการจัดกระบวนการส่งเสริมสุขภาพพนักงานอย่างเป็นระบบ โดยบุคลากรสาธารณสุขมีบทบาทเป็นพี่เลี้ยง เพื่อสร้างความเข้มแข็งและยั่งยืนในการดำเนินงาน

3.2 ข้อเสนอเรื่องการกำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพพนักงานในสถานประกอบกิจการเพื่อให้เกิดการยึดถือปฏิบัติ ควบคู่ไปกับการสร้างแรงจูงใจเชิงบวกสำหรับสถานประกอบกิจการที่มีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพพนักงาน เช่น การลดหย่อนภาษี การลดเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมร่วมกับภาคีเครือข่าย เป็นต้น

● ข้อเสนอแนะต่อการศึกษาครั้ง

ต่อไป

นำผลจากการศึกษาทดลองไปขยาย
ผลในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพพนักงานใน

สถานประกอบกิจการอื่นและพื้นที่อื่นให้ครอบคลุม
พื้นที่ โดยคำนึงถึงความเหมาะสมกับบริบทของ
สถานประกอบกิจการนั้น ๆ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. จำนวนประชากรจำแนกตามสถานภาพแรงงานและเพศ เป็นรายจังหวัด พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 16 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/02.aspx>
2. พิสมัย จันทวิมล. การสร้างเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงาน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2543.
3. Liu L, Zhang C, Fang C-C. Effects of health-promoting leadership, employee health on employee engagement: employability as moderating variable. *International Journal of Workplace Health Management* [Internet]. 2022 [Cited 2022 Jun 6];15(1):1-18. Available from: <https://doi.org/10.1108/IJWHM-07-2020-0122>.
4. Eriksson A, Axelsson R, Bihari Axelsson S. Development of health promoting leadership – experiences of a training programme. *Health Education* [Internet]. 2010 [Cited 2022 Jun 6];110(2):109-24. Available from: <https://doi.org/10.1108/09654281011022441>
5. Nöhammer E, Schusterschitz C, Stummer H. Employee perceived effects of workplace health promotion. *International Journal of Workplace Health Management* [Internet]. 2013 [Cited 2022 Jun 6];6(1):38-53. Available from: <https://doi.org/10.1108/17538351311312312>.
6. Pescud M, Teal R, Shilton T, Slevin T, Ledger M, Waterworth, et al. Employers' views on the promotion of workplace health and wellbeing:a qualitative study. *BMC Public Health* [Internet]. 2015 [Cited 2022 Jun 6];15(642):1-10. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2029-2>.
7. อัญชลินทร์ ปานศิริ, วิชชุพร เกตุไหม. สถานการณ์และผลลัพธ์ของการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการโดยการมีส่วนร่วมของพนักงานและการสนับสนุนของเจ้าของสถานประกอบการ. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม* 2565;45(3):62-74.
8. ศุภวัลย์ พลายน้อย. นานาวิธีวิทยาการถอดบทเรียนและสังเคราะห์องค์ความรู้. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ. ลิฟวิ่ง; 2556.
9. จำเนียร จวงตระกูล. ปัญหาการกำหนดกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพ. *วารสารบริหารธุรกิจและสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง* [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2565];1(2):1-21. เข้าถึงได้จาก: <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/ibas/article/download/133909/104419>
10. ประไพพิมพ์ สุวีสินนนท์, ประสพชัย พสุนนท์. กลยุทธ์การเลือกตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ. *วารสารปาริชาติ มหาวิทยาลัยทักษิณ* [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2565];29(2):31-48. เข้าถึงได้จาก: <https://so05.tcithaijo.org/index.php/parichartjournal/article/download/69461/56396/163223>

HEALTH

ทรงไม่ **BADSAD** ไม่บ่อย

• อยากรู้ให้หนูแปรงฟันบ่อยๆ •

ขอเสียง
วัยรุ่นฟันดี
หน้อยครับบบ....



สูตรแปรงฟัน **222**

- 2** แปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ (อย่างน้อย) วันละ **2** ครั้ง ทุกเช้า และก่อนนอน
- 2** ควรแปรงฟันนานครั้งละ **2** นาทีขึ้นไป
- 2** ควรงดกินหลังแปรงฟัน (อย่างน้อย) **2** ชั่วโมง

สัญญาได้ไหม.. ถ้าดูคอนเสิร์ตจบแล้ว ก่อนนอน อย่าลืมแปรงฟันกันนะ



คุณประโยชน์ของแกง

"พะแนง"

แกงสตูที่ดีที่สุดในโลก



จัดอันดับโดย TasteAtlas เว็บไซต์ชื่อดัง
ที่แนะนำสถานที่ท่องเที่ยว อาหาร และเครื่องดื่มทั่วโลก

ให้พลังงาน 158 กิโลแคลอรี

โปรตีน	12.2	กรัม
ไขมัน	9.2	กรัม
คาร์โบไฮเดรต	6.7	กรัม

*พะแนงหมู 1 ถ้วย ขนาด 100 กรัม

* ข้อมูลจากระบบสืบค้นคุณค่าทางโภชนาการ
สำนักโภชนาการ กรมอนามัย



เนื้อหมู, ไก่ เนื้อสัตว์ เป็นแหล่งของโปรตีน ธาตุเหล็ก วิตามินบี 12 กรดไขมัน
กรดอะมิโนที่จำเป็นช่วยเสริมสร้างการเจริญเติบโตของร่างกาย เพิ่มประสิทธิภาพ
ในการทำงานและการเรียนรู้



มะเขือพวง เป็นแหล่งของใยอาหารสูง แคลเซียม ฟอสฟอรัส
ช่วยระบบการขับถ่าย ช่วยลดการดูดซึมคอเลสเตอรอล



กะทิ มีวิตามิน แร่ธาตุต่างๆ มีไขมันอิ่มตัวสูง เป็นแหล่งให้พลังงาน
และช่วยดูดซึมวิตามินที่ละลายในไขมัน

เครื่องแกงอื่นๆ เช่น ข่า ตะไคร้ หอมแดง ใบมะกรูด พริกขี้หนู ยังเป็นสมุนไพรไทย
มีสรรพคุณช่วยขับลม แก้อาการแน่น จุกเสียด ท้องอืด ท้องเฟ้อ ขับเสมหะ

เพิ่มความใส่ใจสุขภาพ

'พะแนง' มีกะทิเป็นหลัก จึงมีไขมันอิ่มตัวสูง ควรกินปริมาณที่พอเหมาะ
และเพิ่มผักในมื้อนั้น จะช่วยลดการดูดซึมไขมันได้



4 ตัวท็อปโพเลตสูง แหล่งอาหารสูง

ปริมาณโพเลต (ไมโครกรัม : μg) ต่ออาหาร 100 กรัม

ผัก



ผักโขม 160 μg



แขนงกะหล่ำ 97 μg



ผักกาดหางหงษ์ 94 μg



คะน้า 80 μg

ผักอื่นๆ เช่น บลอคโคลี ดอกกุยช่าย ดอกกะหล่ำ ผักกาดหอม แดงกวา หน่อไม้ฝรั่ง

ผลไม้



สับปะรด 300 μg



ส้ม 292 μg



มะละกอ 256 μg



ฝรั่ง 115 μg

ผลไม้อื่นๆ เช่น กล้วย มะม่วง สตรอเบอร์รี่

ข้าวและ ธัญพืช



ข้าวกล้อง 263 μg



ข้าวเหนียว 169 μg



ข้าวหอมมะลิ 158 μg



ถั่วแดง 144 μg

ที่มา : ระบบสืบค้นคุณค่าทางโภชนาการ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

เนื้อสัตว์



เนื้อหมูสันใน 156 μg



ปลาตุ๋น 96 μg



เนื้อวัวสะโพก 64 μg



เนื้ออกไก่ 61 μg

* เน้นกินผักผลไม้สด
เนื่องจากโพเลตสามารถถูกทำลายด้วยความร้อน



กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

เด็กไม่ควรดื่ม น้ำอัดลม

(ในปริมาณมาก) เพราะเหตุใด?

ปริมาณน้ำตาลในน้ำอัดลม

ปริมาณน้ำตาล

9.5
ช้อนชา

ปริมาณน้ำตาล

8.5
ช้อนชา

375 ซีซี

325 ซีซี

เทียบเท่า
น้ำตาลในลูกอม
จำนวนมากถึง
19 เม็ด
!!!!

เทียบเท่า
น้ำตาลในลูกอม
จำนวนมากถึง
17 เม็ด
!!!!

แนะนำควรกินน้ำตาลไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน
*รวมกันจากทุกเมนูอาหารตลอดทั้งวัน

อันตรายจากการดื่มน้ำอัดลม



1. โรคอ้วน เพราะน้ำอัดลมมีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบในปริมาณมาก หากดื่มเยอะต่อเนื่องเป็นเวลานาน จะส่งผลให้น้ำหนักตัวมากขึ้น ส่งผลต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิต



4. ฟันผุ เด็กที่ดื่มน้ำอัดลมจะทำให้ฟันผุ เพราะสารเคลือบฟันจะถูกทำลาย และน้ำตาลในน้ำอัดลมเป็นแหล่งอาหารของเชื้อแบคทีเรีย



2. เบื่ออาหาร เด็กที่ดื่มน้ำอัดลมมากๆ จะทำให้อิ่มเร็ว และกินอาหารมื้อหลักได้น้อย



5. สูญเสียแคลเซียม คาเฟอีนมีผลต่อการจับแคลเซียมออกทางปัสสาวะเพิ่มขึ้น ทำให้มีโอกาสสูญเสียแคลเซียมจากร่างกายโดยไม่จำเป็น ทำให้เกิดภาวะกระดูกพรุนได้



3. โรคกระเพาะ เพราะในน้ำอัดลมมีกรดคาร์บอนิกเยอะ หากดื่มสะสมเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อกระเพาะอาหาร เด็กจะมีอาการปวดท้อง ท้องอืด แน่นท้อง และกลายเป็นโรคกระเพาะ



6. นอนไม่หลับ เพราะคาเฟอีนในน้ำอัดลมมีผลต่อการกระตุ้นหัวใจ และระบบประสาท

กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

จัดทำโดย : กองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ

สแกนเพื่อรับความรู้สุขภาพ

เผยแพร่ : มกราคม 2566





ประชุมวิชาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ครั้งที่ 16/2566

ภายใต้หัวข้อ

Smart City Smart Citizen



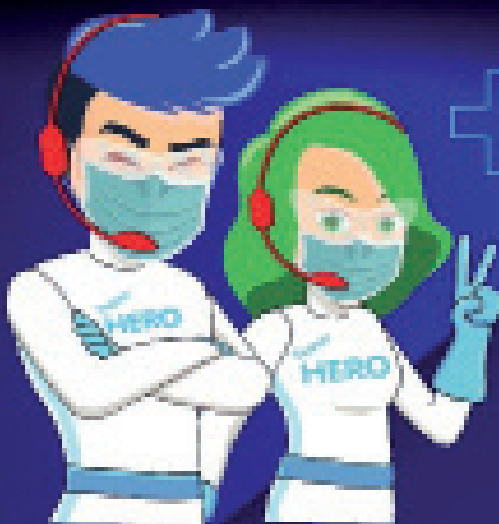
: เมือง พลเมือง : อัจฉริยะ

21-23 มิถุนายน 2566

ณ โรงแรมอัศวิน แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร



กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH



สายด่วน กรมอนามัย

1

4

7

8

ส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย
ใส่ใจอนามัยสิ่งแวดล้อม

ให้คำแนะนำ-ปรึกษา
COVID FREE SETTING
ปัญหาระบบ TSC/TST
มาตรการ
สถานประกอบการ



ข้อกฎหมาย
เกี่ยวกับกัญชา
กัญชาในอาหาร