

Smart City Smart Citizen

เมือง พลเมือง อัจฉริยะ



2 สิ่ง 1 เลี่ยง

สร้างสุขอนามัยที่ดี ลดโรคหน้าฝน



1. ล้างผัก ผลไม้และวัตถุดิบให้สะอาด ก่อนปรุงอาหาร ควรล้างผัก ผลไม้ วัตถุดิบและอุปกรณ์ทำครัวทุกชนิดให้สะอาด เพราะหน้าฝนอากาศชื้นเหมาะกับการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย การเก็บรักษาด้วยวิธีที่เหมาะสม เพื่อช่วยยืดอายุและรักษาคุณค่าทางโภชนาการไว้ได้นานยิ่งขึ้น

2. ล้างตัว มือ เท้า ให้สะอาด เมื่อเปียกฝนให้กลับบ้านอาบน้ำ ล้างตัว สระผมให้สะอาด หลังเดินลุยน้ำท่วมจึงควรรีบล้างเท้า เพื่อป้องกันเชื้อโรค หรือพยาธิต่าง ๆ อีกทั้งควรล้างมือก่อนกินอาหาร และหลังเข้าห้องน้ำด้วย



3. เลี่ยง อาหารที่ปรุงทิ้งไว้นาน การกินอาหารที่ปรุงสุกใหม่ จะช่วยลดการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ ที่ก่อให้เกิดโรคในระบบทางเดินอาหารและลำไส้ เช่น อาหารเป็นพิษได้

แนะนำ ปรุงอาหารเครื่องเทศสมุนไพรสร้อน เช่น หอมแดง กระเทียม พริกไทย พริก กระชาย จิง และดื่มเครื่องดื่มอุ่น ๆ จะช่วยขับไล่ไอเย็นและรักษาสมดุลร่างกาย เสริมด้วยผลไม้ที่เป็นแหล่งวิตามินซี เช่น ส้ม ฝรั่ง มะละกอ เสริมการทำงานภูมิคุ้มกัน ต้านการอักเสบ ป้องกันไม่ให้เป็นหวัดคัดจมูก และแก้เจ็บคอ



ภารกิจหลัง

ลุยฝน

ที่ควรทำเมื่อถึงบ้าน



“
วันที่ฝนตกลงมา
ฟ้าอาจไม่เป็นดังใจ
แต่การใส่ใจสุขภาพ
เป็นเรื่องสำคัญ
”



- เปลี่ยนเสื้อผ้า
อาบน้ำ และ
ทำความสะอาด
ร่างกายทันที



- ควรสระผม
และเช็ดให้แห้ง
ก่อนนอน



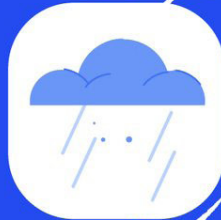
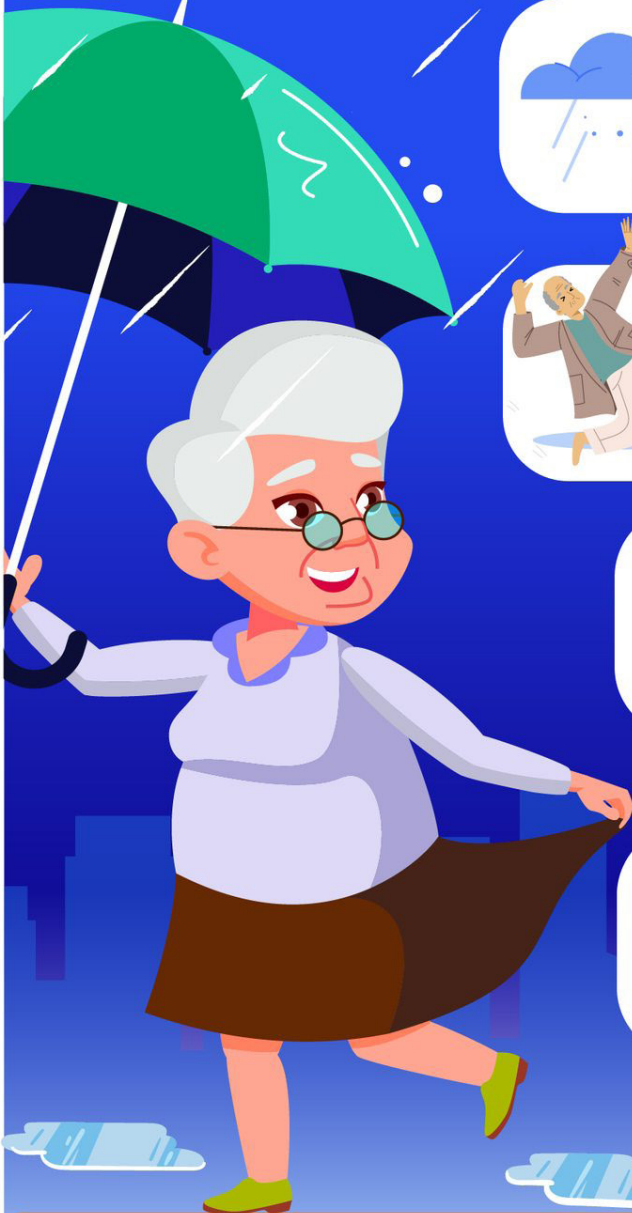
- กินอาหารร้อน
หรือดื่มน้ำอุ่น
สร้างความอบอุ่น



- นอนหลับพักผ่อน
ให้เพียงพอ ห่มผ้า
เพิ่มความอบอุ่น



ผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงที่ต้องใส่ใจ ในช่วงหน้าฝน



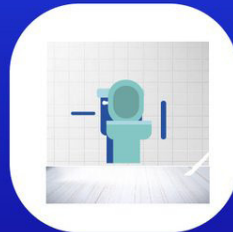
• หลีกเลี่ยง การโดนละอองฝน หรือเปียกฝน

: เมื่อเปียกฝน ควรอาบน้ำ
เปลี่ยนเสื้อผ้าทันที เมื่อถึงบ้าน



• ระมัดระวังอุบัติเหตุการลื่นล้ม

: ควรเลือกเป็นรองเท้าที่มีดอกยางกันลื่น



• ควรปรับปรุงสภาพ สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน

: จัดบ้านให้เป็นระเบียบ ปรับจุดเสี่ยง
ลื่นล้ม ในบ้าน เช่น พื้นบ้านไม่ลื่น
ไม่ขัดมัน ห้องน้ำมีราวจับ
มีไฟส่องสว่างเพียงพอ โดยเฉพาะ
บริเวณประตู บันได ทางเดิน
และห้องน้ำ



• ดูแลสุขภาพอนามัยพื้นฐาน

: พักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกาย
สม่ำเสมอ กินอาหารปรุงสุกใหม่
ล้างมือก่อนปรุง ก่อนกินและหลัง
เข้าส้วม สวมหน้ากากอนามัย
เมื่อต้องไปพื้นที่แออัด

กรณีมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย สามารถดูแลตนเองได้
หากอาการไม่ดีขึ้นควรไปพบแพทย์

"ไม่เจ็บ ไม่ป่วย ไม่เจออุบัติเหตุ"



สุขภาพ สุขใจ รัชวิทยเกษียณ

การเกษียณอายุเปรียบเสมือนกับการก้าวไปสู่อีกขั้นหนึ่งของชีวิต และถือเป็นเหตุการณ์สำคัญในชีวิตที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้หลังจากนี้ผู้เกษียณจะมีเวลาว่างมากขึ้น หลายคนอาจจะยังปรับตัวไม่ทัน เพราะช่วงชีวิตการทำงานที่ผ่านมาต้องพบปะเพื่อนร่วมงานทุกวัน และมีงานหรือกิจกรรมที่ต้องทำทุกวัน อาจเกิดผลกระทบต่อสุขภาพจิตใจได้ ผู้เกษียณจึงต้องมีการเตรียมตัวหรือการวางแผน เพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพพร้อมทั้ง 4 ด้าน คือ



1) **ด้านสุขภาพอนามัย** ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาอย่างสม่ำเสมอ กินอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ วันละ 6-8 ชั่วโมง หากิจกรรมที่สร้างรายได้ กิจกรรมการกุศล ที่เสริมคุณค่าให้ตนเอง กิจกรรมการออกกำลังกายหรือการบริหารทุกวัน อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน ครั้งละ 30 นาที ไม่ควรออกกำลังกายที่หนักเกินไป โดยเฉพาะข้อเข่าเพราะจะทำให้เข่ารับน้ำหนักมากขึ้นจนเป็นสาเหตุของข้อเข่าเสื่อม ทำกิจกรรมที่ต้องใช้สมองเพื่อลดการเสื่อมต่าง ๆ ของร่างกาย ตรวจสอบสุขภาพร่างกายอย่างน้อยปีละครั้ง และฝึกจิตและสมาธิ เพื่อให้รู้จักปล่อยวาง มองโลกในแง่ดี เป็นการพัฒนาทางอารมณ์เพื่อไม่ให้แปรปรวนง่าย ซึ่งจะส่งผลดีต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย

2) **ด้านการปรับตัวทางสังคมและจิตใจ** ควรศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ เพื่อให้ทันสมัย พูดคุยกับผู้อื่นรู้เรื่อง และอาจให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อลูกหลานได้ โดยเฉพาะลูกหลานและญาติควรให้ความสำคัญกับผู้เกษียณอายุ เพราะถือเป็นผู้สูงอายุประจำบ้าน ควรหาเวลาเพื่อพบปะหรือโทรศัพท์พูดคุย ก็จะช่วยให้ผู้เกษียณไม่เหงาและเกิดภาวะซึมเศร้า

3) **ด้านพฤติกรรมกรอม** ต้องออมทรัพย์สำรองไว้ใช้จ่ายหลังเกษียณให้เพียงพอในแต่ละเดือน จะช่วยลดปัญหาและภาวะเครียดจากค่าใช้จ่ายที่ไม่พอใช้ได้

4) **ด้านที่อยู่อาศัย** ต้องวางแผนว่าจะพักอาศัยอยู่กับใคร หรืออยู่ตามลำพัง โดยควรจัดบ้านและสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม คำนึงถึงความปลอดภัยเพื่อลดอุบัติเหตุและอันตรายต่าง ๆ เช่น ใช้อิฐค้ำกันลื่นในห้องน้ำ มีราวจับ ใช้ไม้ส้วมแบบนั่งราบ จัดบ้านให้โล่งและอากาศถ่ายเทได้สะดวก

ดังนั้น ในช่วงวัยก่อนเกษียณจึงควรมีการเตรียมตัวหากกลุ่มเพื่อน กลุ่มเครือข่ายต่าง ๆ ไว้ หรืออาจหากกลุ่มสมาชิกผู้สูงอายุใกล้ ๆ เพื่อจะได้ร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เสริมคุณค่าให้กับชีวิต และเป็นการส่งเสริมสุขภาพกาย จิตใจ และลดความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า เหงา และเครียดได้

(นายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย)

อธิบดีกรมอนามัย

กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

หลัก 3 ใช้นิ

รักโลก ลดพลาสติก



Reduce

ใช้น้อย ลดการใช้เท่าที่จำเป็น

เช่น ลดการใช้ถุงพลาสติกเปลี่ยนมาใช้ถุงผ้าแทน

Reuse

ใช้ซ้ำ และใช้ประโยชน์ให้มากขึ้น

เช่น การมีขวด หรือแก้วน้ำ ประจำตัว แทนการซื้อน้ำดื่มขวดใหม่



Recycle

คือ การนำวัสดุที่เป็นขยะมาแปรสภาพเพื่อให้สามารถกลับมาใช้ได้อีก

นำขวดพลาสติกมาตัดครึ่ง แล้วตัดเป็นแฉกบริเวณปาก ทำเป็นแฉกในใส่ดอกไม้สวยๆ อาจตั้งโต๊ะหรือเจาะรูร้อยเชือกแขวนริมระเบียงก็ได้



"ขยะพลาสติก" ใช้เวลาย่อยสลายนานถึง 450 ปี

ถุงพลาสติกแบบใช้ครั้งเดียว 1 กิโลกรัม

จะปล่อยก๊าซเรือนกระจกถึง 8.3 กิโลกรัม

คาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า หรือเทียบได้กับขนาด

ลูกบอล 1 ลูกเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 2 เมตร



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 2566

ที่ปรึกษา	นายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย นายแพทย์อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์ นายแพทย์สราวุฒิ บุญสุข นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา นายแพทย์มณฑิธร คณาสวัสดิ์	อธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย
บรรณาธิการ	นายแพทย์สมพงษ์ ชัยโอภาวนนท์	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	นายคัมภีร์ งานดี นายธรรมาธิ มณสวัสดิ์	กองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
กองบรรณาธิการวิชาการ	นายแพทย์กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง ดร.อัมพร จันทวิบูลย์ นางวิมล โรมา แพทย์หญิงนันทา อ่วมกุล นายสุคนธ์ เจียสกุล ดร.ทวิสุข พันธุ์เพ็ง แพทย์หญิงนิพรพรรณ วรมงคล ทันตแพทย์หญิงจันทนา อึ้งชูศักดิ์ ดร.วิระวรรณ ถิ่นยืนยง ดร.พวงเพ็ญ ชื่นประเสริฐ รศ.ดร.มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์ รศ.ดร.กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์ รศ.ดร.สลีธร เทพตระการพร แพทย์หญิงสายพิน ไซติวิเชียร นายแพทย์บุญฤทธิ์ สุขรัตน์ นายแพทย์มนัส งามเกียรติศักดิ์ ทันตแพทย์ ดร.แมนสรวง วงศ์อภัย แพทย์หญิงชมพูนุท โตโพธิ์ไทย ดร.สุพิชชา วงศ์จันทร์ ดร.เบญจวรรณ ธวัชสุภา	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 ทริปปี้ล 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 เนื้อหาที่บททวน 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) แจ้งให้ทราบว่ามี การช่วยเหลือหรือมีผู้สนับสนุนที่สำคัญจากที่ใดบ้าง มีย่อหน้าเดียว

เอกสารอ้างอิง 1) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสาร การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver

2) การอ้างอิงเอกสารใดให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข 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 และใช้ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็มที่ปรากฏที่หน้าปก

ในกรณีที่ผู้แต่งมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) 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 ภวภูตานนท์ 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 อิศรานุกัษ์ 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. ชื่อผู้เขียน. 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 หรืออาจใช้ภาพสีขนาดโปสเตอร์ทดแทนก็ได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในภาพ ควรกำกับหมายเลขของภาพประกอบ เพื่อการจัดเรียงพิมพ์ได้อย่างถูกต้อง

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

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ 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 ขนาดนิติ (ส่งจ่าย ปณฝ.กระทรวงสาธารณสุข) ตัวแลกเงินไปรษณีย์

ที่อยู่ (เพื่อจัดส่งวารสาร)

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

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

โทรศัพท์.....

ส่งจ่าย 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

เข้าสู่ช่วงกลางปี ซึ่งเป็นช่วงฤดูฝนของประเทศไทย สถานการณ์โรคไข้เลือดออก และไวรัสทางเดินหายใจทยอยเพิ่มมากขึ้น ขณะที่โรคโควิด 19 เริ่มลดลง แม้ว่าจะมีสายพันธุ์ใหม่เข้ามาก็ตาม ขอให้ทุกท่านดูแลสุขภาพให้แข็งแรง

วารสารฉบับนี้ยังคงนำเสนอเนื้อหาสาระด้านสุขภาพในหลากหลายกลุ่มวัย และมีสาระน่าสนใจโดยผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร ดร.ชัชชาติ สิทธิพันธุ์ ที่ได้ให้เกียรติมาบรรยายในงานประชุมวิชาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ครั้งที่ 16/2566 ซึ่งจัดขึ้นในเดือนมิถุนายน 2566 นี้ ในหัวข้อเรื่อง

Smart City, Smart Citizen, Smart Bangkok และบทความพิเศษ แนวทางและวิธีการในการทำวิจัยเพื่อแก้ปัญหา โดย รศ.นพ.สมชาติ โตรักษา เชิญชวนทุกท่านได้ติดตามในวารสารต่อไป

ท้ายฉบับนี้ ขอให้ผู้อ่านทุกท่าน โชคดี มีความสุข ร่วมส่งกำลังใจให้ประเทศไทยได้รัฐบาลใหม่ที่จะมาช่วยขับเคลื่อนสังคม เศรษฐกิจ ให้ประชาชนอยู่ดีกินดี ยั่งยืนสืบต่อไป



นายแพทย์สมพงษ์ ชัยโอภาณนท์

บรรณาธิการ

มิถุนายน 2566

บทความพิเศษ

Smart City: Smart Citizen: Smart Bangkok

■ ดร.ชัชชาติ สิทธิพันธุ์ ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร	11
แนวทางและวิธีการในการทำวิจัยเพื่อแก้ปัญหา Guidelines and Methods in Conducting Problems Solving Research	

■ รศ.นพ.สมชาติ โตรักษา.....	17
-----------------------------	----

บทความปริทัศน์

ผลการดำเนินงานการจัดทำข้อเสนอแผนงานหรือโครงการภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลัง
 กู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระทรวงสาธารณสุข

■ พรรณนิภา ศรีชนะ ว่าที่ร้อยเอก สายชล สู้สุข	33
--	----

มุมเล่าเรื่อง

เรียนรู้จากความเป็นเลิศ

■ สุรีพันธุ์ เสนานุช	48
----------------------------	----

บทวิชาการ

การพัฒนารูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กก่อนวัยเรียนไทย : บริบทครัวเรือนและสถานพัฒนา
 เด็กปฐมวัย

■ วชิรินทร์ แสงสัมฤทธิ์ผล ทับทิม ศรีวิไล ปทุมรัตน์ สามารท ธวัชชัย ทองบ่อ เศวต เขียงลี กัณนิกา เพิ่มพูนพัฒนา	53
--	----

การประเมินผลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของภาคีเครือข่าย
 จังหวัดสมุทรปราการ

■ เฉลิมลักษณ์ วิจิตรานนท์ สุวรรีย์ ดำเนินวุฒิ.....	69
--	----

ความสัมพันธ์ระหว่างการตระหนักรู้ส่วนบุคคลเรื่องโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ
 จังหวัดชลบุรี

■ เสรีนา สิริรัตน์ สุกุณะมรรคา สรสันท์ รังสิยานนท์	85
--	----

การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิด
 ชราวิวาส จังหวัดนราธิวาส

■ สุนันทา กาญจนพงศ์ ชัยวัฒน์ พัฒนาพิศาลศักดิ์	98
---	----

การพัฒนาแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต สำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging)
 ในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

■ เกษม เวชสุธานนท์	111
--------------------------	-----

Smart City: Smart Citizen: Smart Bangkok

โดย **ดร.ชัชชาติ สิทธิพันธุ์**
ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร
ถอดความและเรียบเรียง กองบรรณาธิการ

การประชุมวิชาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ครั้งที่ 16 พ.ศ. 2566 ภายใต้หัวข้อ เมืองพลเมือง อัจฉริยะ: Smart City Smart Citizen จัดขึ้นโดย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แนวคิด องค์ความรู้ เทคโนโลยี และความสำเร็จด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมทั้งในประเทศและต่างประเทศ จัดขึ้นระหว่างวันที่ 21-23 มิถุนายน 2566 ณ โรงแรมอควิน แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร ซึ่งในการประชุมประกอบด้วย การบรรยายวิชาการจากผู้ทรงคุณวุฒิ การนำเสนอผลงานวิชาการด้วยวาจา (Oral Presentation) ด้วยโปสเตอร์ (Poster Presentation) การประกวด LIKE Talk Award ในการประชุมครั้งนี้ ได้รับเกียรติจากท่านผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร นายชัชชาติ สิทธิพันธุ์ บรรยายเรื่อง Smart City : Smart Citizen: Smart Bangkok ซึ่งคณะผู้จัดทำพิจารณาเห็นว่า เป็นเรื่องที่น่าสนใจ จึงได้ถอดความและเรียบเรียงจัดทำเป็นบทความพิเศษเพื่อเผยแพร่ให้เกิดประโยชน์ต่อไป

■ Smart City

คำว่าเมืองคืออะไร มีคำนิยามว่า เมืองคือตลาดแรงงาน (Cities are primarily labor markets) ในเมืองมีงาน มีความหนาแน่น เพราะถ้าไม่มีงาน ก็ไม่จำเป็นต้องอยู่ในเมือง หน้าที่ของเมือง มี 4 หน้าที่ คือ

1. เพิ่มประสิทธิภาพของการทำงาน (Productivity) การที่เรามาอยู่รวมกัน ทำให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพราะฉะนั้น Smart city ต้องทำหน้าที่เพิ่มคนทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ไม่ใช่เมืองเป็นภาระในการทำงานของคนในเมือง

2. พัฒนาคุณภาพชีวิตของคน (Quality of life) เมืองต้องทำหน้าที่เพิ่มคุณภาพชีวิต กรมอนามัยต้องเป็นหลักในการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้เมืองในเรื่องสาธารณสุข และคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ Smart city





3. สร้างโอกาสสำหรับทุกคน (Inclusive) ต้องทำให้ทุกคนในเมืองมีความเป็นอยู่อย่างเท่าเทียมกัน ไม่เหลื่อมล้ำ ในทุกๆ กลุ่ม เช่น คนพิการ คนที่มีความแตกต่างทางเพศ คนมีรายได้น้อย หน้าที่เมืองต้องโอบกอดทุกคนไว้และเดินไปด้วยกัน

4. สร้างความไว้วางใจ (Trust) ระหว่างคนกับเมืองกับหน่วยราชการ จะทำให้เมืองเดินหน้าได้เร็วขึ้น เพราะฉะนั้น Smart city ก็คือการเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการทำหน้าที่ของเมือง

สำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy Promotion Agency : Depa) ร่วมกับรัฐบาลอังกฤษ จัดทำคู่มือเมืองอัจฉริยะ Smart City Handbook ขึ้น โดยมีหลักการสู่ความสำเร็จของเมืองอัจฉริยะ 4 ประการ คือ 1) โครงสร้างพื้นฐานอัจฉริยะ (Smart Infrastructure) 2) Open data & Security เป็นหัวข้อที่สำคัญมาก เป็นหัวใจของ Smart city ต้องมี

data รองรับ 3. การบริหารจัดการเมือง (Urban Governance) ต้องมีความโปร่งใสในการจัดการ มีธรรมาภิบาล และ 4. ประชาชนอัจฉริยะ (Smart Citizen) ต้องมีความฉลาด คนฉลาด เมืองฉลาด เพื่อก้าวเดินไปด้วยกัน คือ Smart City และเพื่อยกระดับการดำเนินชีวิตของประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยมีกรอบแนวคิดในการพัฒนาเมืองอัจฉริยะระดับสากลของประเทศไทย ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ คือ Smart Mobility (การสัญจรอัจฉริยะ) Smart People (ชุมชนอัจฉริยะ) Smart Economy (เศรษฐกิจอัจฉริยะ) Smart Environment (สิ่งแวดล้อมอัจฉริยะ) Smart Governance (การปกครองอัจฉริยะ) Smart Living (อาคารอัจฉริยะ) Smart Energy (พลังงานอัจฉริยะ)

ในหนังสือ Smart City ของ Anthony M. Townsend กล่าวว่า Smart ไม่เท่ากับ Good (อัจฉริยะ ไม่เท่ากับ ดี) ฉลาดเกินไปแต่ไม่มีคุณภาพก็ไม่ดี เมืองที่เน้นการพัฒนาเชิงวิศวกรรม

อย่างเดียวยังไม่ใช่เมืองที่น่าอยู่ คือ เน้นเรื่อง Smart เกินไป แต่คนอยู่ไม่ได้ ตัวอย่างเช่น สะพานลอย เห็นวิศวกรรม แต่ในแง่คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุขึ้นไม่ไหว Smart City ในมิติของเมือง ควรจะเน้นประชาชนเดินข้ามถนนมากกว่า แต่ไม่ได้เน้นโครงสร้าง Smart City ในมิติคนเมือง อาจไม่ใช่เทคโนโลยีที่หรูหรา แต่เป็นเรื่องการปรับแนวคิดที่เน้นคนเป็นหลัก มีตัวอย่างในหลายประเทศ

ที่ New York ไม่ได้ลงทุนกับเทคโนโลยี แต่ลงทุนกับสี เป็นการแยกส่วน เปลี่ยนเมือง ให้ฉลาดขึ้น หัวใจของ Smart City คือไม่ได้เอาเทคโนโลยีที่แพง แต่เอาแนวคิดที่เหมาะสม กรุงเทพฯ เริ่มทำแล้วหลายจุดเหมือนกัน ดีเส้น ทาสีให้ดี การจราจรก็ดีขึ้น

กรุงโซล ประเทศเกาหลีใต้ เปลี่ยนทางด่วนให้เป็นคลอง ทำให้เป็นพื้นที่สาธารณะ ประชาชนใช้พักผ่อน Smart City อาจไม่ใช่ การก่อสร้าง แต่เป็นการทุบทิ้งก็ได้ และทำเป็น สถานที่ท่องเที่ยว ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น และนำเทคโนโลยีมาปรับให้คุณภาพชีวิตของเมืองดีขึ้น

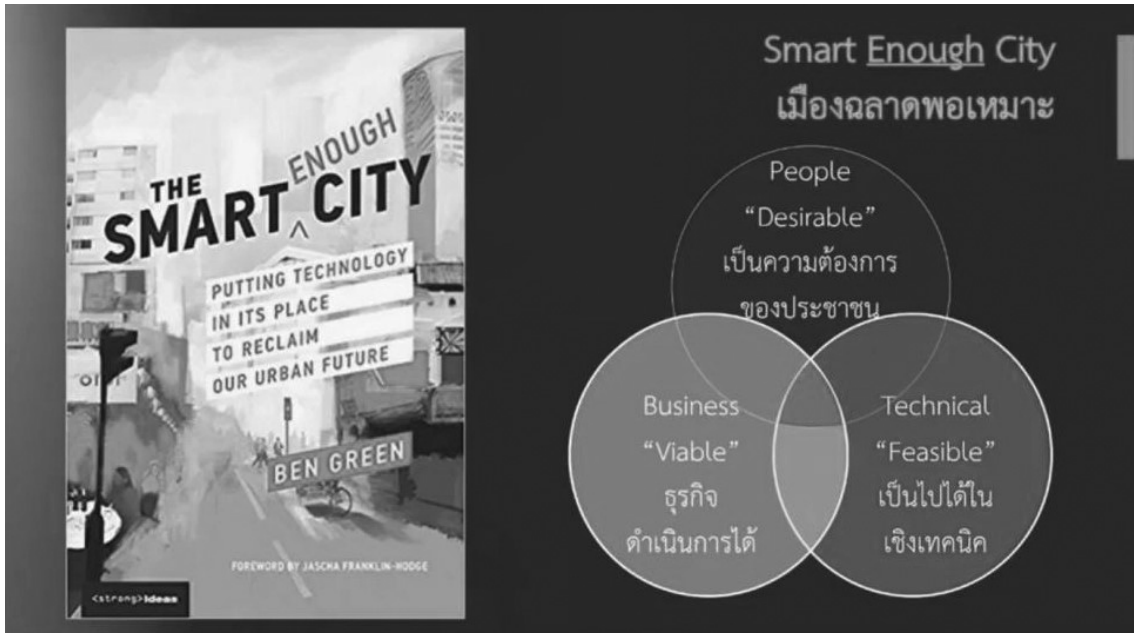
เมืองโบโคต้า ประเทศโคลัมเบีย เป็นเมืองที่รถติดมาก และมีอุบัติเหตุสูงมาก เขาใช้วิธีเอาคนเป็นส่วนร่วม เอาอารมณ์ขันเป็นตัวแก้ปัญหาเมือง ให้เมืองฉลาดขึ้น โดยให้พนักงานที่คอยกำกับจราจรออก ประมาณ 3,000 คน และเปลี่ยนเอาตัวตลกมาแทน ให้ยืนตามทางข้ามม้าลาย เพื่อให้คนตระหนักว่าตรงนี้คือทางม้าลาย ให้ทุกคนต้องระวัง เป็นการเปลี่ยนวิธีคิด เปลี่ยนมุมมอง กระตุ้นให้เห็นปัญหาของอันตราย คนตายเริ่มลดลง อาจใช้วิธีให้เมืองฉลาดขึ้นได้โดยไม่ต้องลงทุนมาก เปลี่ยนถนนให้เป็นจักรยานทั้งเมือง เป็นเมืองแห่งจักรยาน เพิ่มสุขภาวะ คุณภาพชีวิตดีขึ้น และเมืองก็ฉลาดขึ้น

กทม.มีการทำ application หลายร้อย

ล้านบาท แต่ละหน่วยมี app เป็นของตัวเอง ทุกคนไปเห่อเทคโนโลยี แต่สุดท้ายไม่ตอบโจทย์ ประชาชนอย่างแท้จริง การทำเมืองให้ Smart ไม่จำเป็นต้องทำตึกรามบ้านช่องให้ใหญ่โต เพราะคนคือเมือง กรมอนามัยมาถูกทางแล้ว เพราะ Smart City ต้องตอบโจทย์คนมากกว่า ตอบโจทย์เมือง ทำอย่างไรให้คนมีสุขภาวะที่ดี มีความฉลาดขึ้น ต้องเอาคนเป็นศูนย์กลาง (People Centric) ไม่ใช่เอาเทคโนโลยีเป็นศูนย์กลาง ที่ผ่านมามีหลายเมืองลงทุนเน้นเทคโนโลยี ซึ่ง Smart People ก็เป็นหนึ่งในสาขาของ Smart City

หนังสือเรื่อง Smart Enough City ของ Ben Green เมืองฉลาดพอเหมาะ จะมี 3 วง มาตัดกัน 1. ประชาชนต้องการ 2. ธุรกิจต้องเป็นไปได้ 3. เทคโนโลยีต้องเป็นไปได้ในเชิงเทคนิค เอาเทคโนโลยีนำคนก็ไม่ได้ถ้าเทคโนโลยีไม่ตอบโจทย์คน เอาธุรกิจนำอย่างเดียวก็ไม่ได้ ถ้าเทคโนโลยีเป็นไปได้ การทำ Smart Enough City Solution ของกรมอนามัย ของท้องถิ่น ต้องเป็นการซ้อนกันของ 3 วงนี้ แล้วหาจุดตรงกลางก็คือ Smart Enough City

กรมอนามัยก็ต้องตั้งโจทย์ว่า Smart City ในความหมายของกรมอนามัยคืออะไร ต้องการให้คนดีขึ้นในมิติไหน เริ่มจากคนก่อน แล้วค่อยหาเทคโนโลยีที่เหมาะสมมาตอบโจทย์ กรมอนามัยอาจมอง Smart City ในเชิงสาธารณสุข แต่คำตอบของโจทย์ Smart City มาจาก multi color เราใส่เลนส์เป็นสีไหน ก็เห็นคำตอบเป็นสีนั้น ตัวอย่างเช่น ความปลอดภัยในอาชญากรรม กรุงเทพมหานครมาก ถ้าเรามองในเลนส์ของวิศวกร ก็ต้องติด CCTV ทั้งเมือง อันนี้คือใส่แว่นวิศวะมอง กรมอนามัยก็อย่าใส่แว่นสาธารณสุขอย่างเดียว อาชญากรรมเป็นเรื่อง multi color มีทั้งปัญหาสังคม การศึกษา การมีส่วนร่วม การสร้างเศรษฐกิจ ไฟส่องสว่าง



“เทคโนโลยีไม่สามารถตอบคำถามหรือตั้งคำถามได้ด้วยตัวมันเอง (Technology cannot provide answers – or even questions – on its own)”

Ben Green
The Smart Enough City

การสร้างบ้านพักอาศัยที่มีคุณภาพ ความปลอดภัย CCTY เป็นแค่หนึ่งในหลายๆ สี ของการแก้ปัญหา Smart City ต้องมีการบูรณาการกันของหลายภาคส่วนเข้าด้วยกัน ใส่แว่นหลากหลายสี เพื่อตอบโจทย์เมืองให้ครบถ้วน

■ Smart Citizen

ในอนาคตเทคโนโลยีจะกระทบพนักงาน Office จะถูกแทนที่ด้วย AI มากกว่าพวกใช้แรงงาน แต่มีวิธีแก้ปัญหา เพราะเทคโนโลยีไม่มีความรู้สึก เทคโนโลยีอย่างเดียวไม่สามารถทำให้คนมีความสุขได้ ต้องมีส่วนละเอียดอ่อนอยู่ด้วย

คน สัมพันธภาพ อารมณ์ ยังเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอยู่ และจะเป็นจุดแข็งในอนาคต ถ้าเราสร้างจุดแข็งนี้ขึ้นมาได้

Technical skills มีโอกาสถูกแทนที่ด้วย AI สูงมาก และ Interpersonal skills คือความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับคน การสื่อสารกับคน ต้องเก่งทั้ง 2 อย่าง ก็ยากที่จะตงงานต้อง develop ทั้ง hi-tech และ hi-touch ในตัวเรา เราต้องเปลี่ยน AI มาเป็น IA (Intelligent Assistance) มาเป็นผู้ช่วยที่ชาญฉลาด อย่างมองเป็นคู่แข่ง ให้มองเป็นผู้ช่วยที่ชาญฉลาด หัวใจของ Smart Citizen ต้องเป็น T-model เราอยู่กรมอนามัย เรารู้เรื่องสาธารณสุข แต่เราไม่รู้เรื่องปรัชญา ความเหลื่อมล้ำ สังคม วิทยาศาสตร์ Smart Citizen คือคนที่มีความรู้เป็นตัวเอง คือรู้สึก และรู้กว้าง วิธีการง่ายๆ คือ การอ่านหนังสือ การฟัง ลงคอร์สออนไลน์ หัวใจของ Smart Citizen ในอนาคต คือ LifeLong Learning คือ เรียนรู้ตลอดชีวิต และเรียนรู้ทุกมิติ เพื่อพัฒนา Smart City ได้



■ Smart Bangkok

ตลอด 1 ปี 2 อาทิตย์ ในการเป็นผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร หัวใจของ Smart City คือ Data การรวบรวมข้อมูล การส่งถ่ายข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อมาตัดสินใจ นี่คือการเปลี่ยน Smart City จริงๆ อย่างอื่นเราทำเหมือนเดิม แต่การที่เรามี computer พลังสูงขึ้น มีหน่วยความจำมากขึ้น เร็วขึ้น การเชื่อมโยงผ่านอินเทอร์เน็ต ผ่าน wifi ทำให้การเชื่อมโยง Data การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลดีขึ้น ตัวอย่างที่ชัดเจนในการปฏิรูปการทำงาน คือ

1. Traffy Fondue แพลตฟอร์มร้องเรียนปัญหาเมือง เป็น application ในโทรศัพท์มือถือเจอปัญหา ถ่ายรูป ใส่ข้อความ ข้อมูลจะถูกส่งด้วยระบบ GPS ไปที่เขตที่รับผิดชอบ ซึ่งการทำงานสมัยก่อนเป็นระบบท่อ Data จะไหลเข้ามาเพราะ

ต้องผ่านหลายลำดับ ใช้เวลานาน เป็นรูปแบบเก่า แต่เอกชนใช้แพลตฟอร์ม (Platform Revolution) คือ คนส่งโยนคำสั่งไป ไม่มีท้อแล้ว เป็นแนวราบ คนรับผิดชอบเห็นคำสั่งนำไปปฏิบัติได้เลย เอาประชาชนเป็นที่ตั้ง Traffy Fondue ที่กทม.นำมาใช้ วันแรก (1 มิ.ย. 2565) มีคนร้องเรียนวันเดียว 20,000 กว่าเรื่อง ผอ.เขตต้องปรับวิธีการทำงานทั้งหมด เพื่อรับคำสั่งจากประชาชนโดยไม่ต้องผ่านผู้ว่าฯ แล้ว ใครรับผิดชอบ เอาไปใช้งานเลย และสามารถมองเห็นว่า เรื่องค้างมากี่วัน ไม่เหมือนเอกสารที่หายไป และประชาชนสามารถให้เรตติ้งได้ นี่คือ Smart City การทำงานของ data และสามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้ละเอียดว่าเป็นเรื่องอะไรบ้าง และไม่ได้ใช้เงินเพิ่มขึ้นเลย แต่เวลาแก้ปัญหาให้ประชาชนเร็วขึ้น และประชาชนสามารถแจ้งเรื่องเวลาใดก็ได้ เรามีเจ้าหน้าที่รับเรื่องตลอดเวลา และส่งต่อทันที ไม่เสียเวลา

เมืองฉลาดขึ้นถ้ามีข้อมูล แล้วเราสามารถเอาข้อมูลมาตอบโจทย์ประชาชนมากขึ้น นี่คือพลังของ Smart City

2. ฝ่ายสาธารณสุขทำเรื่อง หมอทางไกล ตรวจสอบภาพเคลื่อนที่ และส่งข้อมูลแบบไร้รอยต่อ พาหมอไปหาประชาชนด้วยรถตรวจสอบภาพเคลื่อนที่ ลงไปถึงพื้นที่ เป็นการส่งข้อมูลผ่านระบบ Wifi ทุกคนเข้าถึงระบบสาธารณสุขได้ เป็นการแก้ปัญหาการเข้าถึงชุมชน มีแอปพลิเคชัน หมอ กทม.เชื่อมต่อกับโรงพยาบาล มีการทำข้อมูลปฐมภูมิ เพื่อทราบได้ว่ามีผู้ป่วยติดเตียงอยู่ที่ไหนบ้าง และถ้ามีเหตุจะไปช่วยผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างไร ข้อมูลจึงมีความสำคัญ ถ้าไม่มีข้อมูลจะทำให้เมืองฉลาดไม่ได้ ทำอย่างไรให้ข้อมูลพร้อม และเมืองฉลาดขึ้นให้ได้

3. ทำ IoT (Internet of thing) มีการเปลี่ยนไฟส่องทางเป็น LED และเป็นไฟที่ทำหน้าที่เป็นเครือข่าย IoT รับสัญญาณข้อมูลและส่งออกไปข้างนอกได้ ที่เชื่อมได้หมดทั้งกรุงเทพฯ เปลี่ยนโครงสร้างของเมือง โดยใช้เสาไฟฟ้า LED IoT ให้เป็นตัวกลางในการเชื่อมสัญญาณ Smart Device เป็น Digital Platform กลางของเมือง ถ้าเราเปลี่ยนหลอดไฟทั้งหมด กทม.ก็จะมีเครือข่ายที่เชื่อมโยงได้หมด ราคาถูกมาก ไฟสว่างด้วยเปลี่ยนโครงสร้างพื้นฐานของเมืองให้ฉลาดขึ้นด้วยการบริหารจัดการ

4. ใช้ AI ตรวจสอบรถบนทางเท้า และจอดในพื้นที่ห้ามจอด โดยใช้กล้อง CCTV จับโดยใช้ AI ระบบจะประมวลผลข้อมูลเจ้าของทะเบียนรถ เทศกิจส่งหนังสือแจ้งค่าปรับ ไม่ต้องใช้คนดู

เป็นการนำ data มาทำให้เมืองฉลาดขึ้น และสุดท้ายทำให้พฤติกรรมของคนดีขึ้นด้วย ไม่ได้ใช้เงินเพิ่ม กล้องมีอยู่แล้ว เพียงแต่ใช้ software มาอ่าน

ทั้งนี้ กรุงเทพมหานครเป็นเมืองนำร่อง เมืองอัจฉริยะของประเทศและได้ระดมสมองของหน่วยงานต่างๆ รวมถึงภาคีเครือข่ายในการจัดทำแผน Smart City โดยการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดระดับสากลมาสอบถามความต้องการของประชาชนในพื้นที่เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เป็นรูปธรรม โดยอาศัยเทคโนโลยีในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลบนพื้นฐานตามบริบทของกรุงเทพมหานคร

สำหรับการจัดการปัญหาสุขภาพตามบทบาทภารกิจของกรมอนามัยสามารถนำแนวคิด Smart City ที่ใช้คนเป็นศูนย์กลาง (People centric) ในการดูแลสุขภาพประชาชน โดยอาศัยเทคโนโลยี (AI) มาใช้ในการพัฒนาระบบจัดการสุขภาพของประชาชน เพื่อให้เป็น Smart People in Smart City

ในยุค Thailand 4.0 เป็นยุคที่ประเทศไทยกำลังเดินหน้าพัฒนาก้าวสู่การเป็นเมืองอัจฉริยะ หรือ Smart City การสร้าง Smart City เริ่มด้วยคน ไม่ใช่เทคโนโลยี (Building smart city starts with people, not technology) เลือกใช้เทคโนโลยีที่ราคาไม่แพง แต่ต้องเข้าใจปัญหาที่แท้จริงคืออะไร แล้วเลือกเทคโนโลยีที่เหมาะสม เชื่อว่าจะทำให้เมืองฉลาดขึ้นได้ และทำให้กรุงเทพมหานครเป็นเมืองน่าอยู่สำหรับทุกคนได้

HEALTH

แนวทางและวิธีการในการทำวิจัยเพื่อแก้ปัญหา Guidelines and Methods in Conducting Problems Solving Research

โดย รศ.นพ.สมชาติ โตรักษา*

บทคัดย่อ

การทำวิจัยเพื่อแก้ปัญหา มี 7 ระดับ ตามลำดับ คือ การทำวิจัยเพื่อหาปัญหา, เพื่อวิเคราะห์ปัญหา, เพื่อหาทางแก้ปัญหา, เพื่อทดลองแก้ปัญหา, เพื่อพัฒนาการแก้ปัญหาให้ดีและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อย่างยั่งยืน, เพื่อเป็นต้นแบบของประเทศในการแก้ปัญหาที่ได้ผลจริง, และเพื่อการแก้ปัญหาที่นำมาสู่ประโยชน์สุขของมนุษยชาติ หรือรับการเปลี่ยนแปลงอย่างมั่นคงตลอดเวลา ผู้บริหารอยากได้การทำวิจัยระดับ 4 ขึ้นไป แต่ที่ทำกัน เป็นระดับ 1 เท่านั้น ซึ่งมักเป็นการสอบถามความคิดเห็น จึงเป็นเพียงความคิดเห็นของผู้ตอบ ว่า เป็นปัญหา หรือ เป็นความคิดเห็นในการแก้ปัญหาของผู้ตอบและทีมผู้วิจัย ซึ่งมักจะยังไม่เคยทำจริง ผู้บริหารเห็นว่าไม่คุ้ม จึงมักจะยังไม่สนับสนุน/ส่งเสริม ได้เสนอแนวทางและวิธีการในการทำวิจัยเพื่อแก้ปัญหาเชิงบูรณาการภายใต้สถานการณ์ บริบท และข้อจำกัดที่มีอยู่ ที่มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล ด้วย R2R2E พร้อมตัวอย่างแบบฟอร์มการเขียนโครงการวิจัยและผลการวิจัย

คำสำคัญ : วิจัย แก้ปัญหา บูรณาการ การพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย โครงการวิจัย

■ ความเป็นมา ความสำคัญ ปัญหา และแนวทางการแก้ไข

การวิจัย เป็นการศึกษาค้นคว้า วิเคราะห์ หรือทดลอง อย่างเป็นระบบ อันจะทำให้ได้มาซึ่งผลการวิจัย คือ ข้อเท็จจริง ความรู้ใหม่ หรือหลักการ ที่สามารถนำไปใช้ได้ทั่วไป ในการตั้งกฎ ทฤษฎี และแนวทางปฏิบัติ ในการดำเนินงาน เพื่อเป็นพื้นฐานของการพัฒนาต่างๆ ทั้งด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี สังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ และศิลปะวิทยาการ แขนงต่างๆ

รวมทั้งเพื่อสร้างนวัตกรรม (Innovation) อันจะสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้⁽¹⁻⁶⁾ จึงเป็นสิ่งที่ทุกหน่วยงาน/องค์กร/สถาบัน “ต้อง/สมควรทำ” เพื่อนำมาซึ่งความเจริญก้าวหน้าของตนเองอย่างมั่นคงและยั่งยืน ยิ่งๆ ขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง “ผู้บริหาร” ซึ่งเป็นผู้ได้รับการแต่งตั้งให้บริหารพัฒนา และแก้ปัญหา ของงานและหน่วยงาน นั้น⁽⁷⁾ ผู้ที่เกี่ยวข้อง “คาดหวัง (Expected = E)” ว่า ผู้บริหารสามารถบริหาร พัฒนา และแก้ปัญหา ของงานและหน่วยงาน ที่ตนดูแล

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

รับผิดชอบ ได้ดี มีประสิทธิผล และมีประสิทธิภาพ สูงที่สุด ณ ขณะหนึ่งขณะใด และสูงกว่าเดิม ยิ่งๆ ขึ้น ตลอดเวลา ด้วยฝีมือของผู้บริหารนั่นเอง กับทีมงานที่ผู้บริหารนั้นพัฒนาขึ้น (ไม่ใช่โชคช่วย) โดยมีข้อมูลยืนยันชัดเจนที่เชื่อถือได้ (ถ้าเป็นวิจัย จะดี/เชื่อถือได้ มากกว่าไม่เป็นวิจัย)

แต่ “ความเป็นจริง (Actual = A)” คือ ผู้บริหารจำนวนมากสามารถบริหาร พัฒนา และ แก้ปัญหา ของงานและหน่วยงาน ที่ตนดูแล รับผิดชอบ ได้ยังไม่ดีนัก ยังมีประสิทธิผลและ ประสิทธิภาพต่ำ ไม่สมกับความคาดหวังของ ผู้เกี่ยวข้อง (ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ-ผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหารทุกระดับ-ทุกคน ประชาชนและบุคคล ในสังคมแต่ละคน) ในขณะหนึ่งขณะใด และไม่สูง กว่าเดิมในช่วงเวลา ต่อๆ มา บ่งบอกว่าผลงาน ที่ทำได้ อาจไม่ใช่ฝีมือจริงของผู้บริหารนั้น (เป็นโชคช่วยหรือเกิดจากอย่างอื่นซึ่งต้องหา ข้อมูลที่เชื่อถือได้มายืนยัน)

เมื่อนำมาเข้าสู่สูตร $P = (E-A) \times C$
(ซึ่งอาจเรียกว่า Gap Analysis)

โดย $P =$ ปัญหา (Problem) ของการบริหาร การพัฒนา และการแก้ปัญหา ของงานและ หน่วยงาน ที่ผู้บริหารแต่ละคนดูแลรับผิดชอบ

$E =$ สิ่งที่คาดหวังของผู้เกี่ยวข้องต่อ การบริหาร การพัฒนา และการแก้ปัญหา ของงาน และหน่วยงาน ที่ผู้บริหารแต่ละคนดูแลรับผิดชอบ ในช่วงที่ผ่านมา

$A =$ สิ่งที่เป็นจริง (ผลงานที่เกิดจริงแล้ว) จากการดำเนินงานบริหาร พัฒนา และแก้ปัญหา ของงานและหน่วยงาน ที่ผู้บริหารแต่ละคนดูแล รับผิดชอบที่ได้ทำไปแล้ว

$C =$ ระดับความคาดหวัง (Concern) ของผู้เกี่ยวข้อง (ผู้รับบริการ, ผู้ให้บริการ-ผู้ปฏิบัติ

งาน ในงานและหน่วยงาน, ผู้บริหารทุกระดับ-ทุกคน ขององค์กร, ประชาชน และบุคคลในสังคม แต่ละคนในพื้นที่ ที่ผู้บริหารผู้นั้นดูแลรับผิดชอบ) ต่อการบริหาร การพัฒนา และการแก้ปัญหา ของงานและหน่วยงานนั้น ในขณะหนึ่งขณะใด หรือในช่วงเวลาหนึ่งช่วงเวลาใด ทั้งในแต่ละด้าน/ ประเด็น/กิจกรรม และในภาพรวม

ดังนั้น สิ่งที่ได้จาก สูตร $P = (E-A) \times C$ ที่กล่าวมา คือ “ปัญหา (Problem) ของการบริหาร การพัฒนา และการแก้ปัญหา ของงานและ หน่วยงาน ที่ผู้บริหารแต่ละคนดูแลรับผิดชอบ” จำแนกตามตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Working Indicators)⁽⁷⁾ ที่มี 5 ด้าน คือ ด้านปริมาณที่ได้ทำ และที่ได้จากการทำงาน, ด้านคุณภาพของปริมาณ ดังกล่าว, ด้านเวลา และแรงงานที่ใช้ในการ ดำเนินงาน, ด้านความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง, และด้านเศรษฐศาสตร์ของการดำเนินงาน (ต้นทุน ผลได้/กำไร ทั้ง In-cash และ In-kind ทั้งในทันที ระยะสั้น ระยะยาว ทั้งทางตรง-ทางอ้อม) ที่สำคัญ มาก คือ ความคุ้มค่า ที่วัดจากประสิทธิภาพ, จุดคุ้มทุน-Breakeven point, จุดคืนทุน-Return point และผลกำไร (Profits) ของการดำเนินงาน (ผลได้-ต้นทุน) สรุปได้ ดังภาพที่ 1

การวิจัยที่ผู้บริหารอยากได้ คือ การวิจัย ด้านการบริหาร การพัฒนา และการแก้ปัญหา ของงาน และหน่วยงานที่ผู้บริหารดูแลรับผิดชอบ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การวิจัยด้านการแก้ปัญหา ที่สามารถนำมาใช้ได้ทันทีตั้งแต่เริ่มลงมือทำวิจัย อย่างมีประสิทธิภาพสูง และยังใช้ได้ผลดีในช่วง เวลาต่อๆ มา อย่างต่อเนื่อง

การทำวิจัยเพื่อแก้ปัญหา ของการทำงาน มี 7 ระดับ จากระดับเริ่มต้น⁽¹⁾ ตามลำดับ คือ

1. การทำวิจัยเพื่อการหา/ให้ทราบปัญหา ว่า มีปัญหาอะไรบ้าง? = ระดับ 1.
2. การทำวิจัยเพื่อการวิเคราะห์ปัญหา

ให้ทราบรายละเอียดของปัญหา (ตัวปัญหา, สาเหตุ, ผล, ทั้งทันที-ระยะสั้น-ระยะยาว ทางตรง-ทางอ้อม, และแนวทาง-วิธีการ ในการแก้ปัญหา)

3. การทำวิจัยเพื่อหาทางแก้ปัญหาให้ทราบข้อดี-ข้อเด่น ข้อเสีย-ข้อด้อย ของการแก้ปัญหาแต่ละวิธี

4. การทำวิจัยเพื่อการทดลองแก้ปัญหาให้ทราบรายละเอียดของการดำเนินงาน ในสถานการณ์จริง เพื่อนำมาดำเนินการให้ดีและ

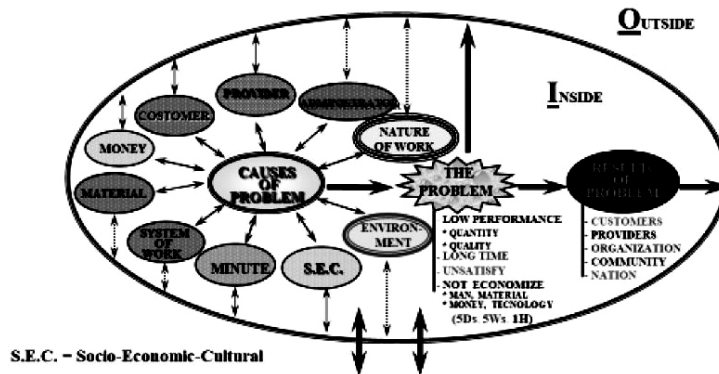
มีประสิทธิภาพสูง (ต้องเสร็จเร็ว สามารถนำมาใช้ได้ทันทีและทันใจ)

5. การทำวิจัยเพื่อการแก้ปัญหา ให้ดีและมีประสิทธิภาพยิ่งๆ ขึ้น อย่างยั่งยืน

6. การทำวิจัยเพื่อการเป็นต้นแบบ (Prototype) ในการแก้ปัญหาของประเทศ ที่ใช้ได้จริงทั่วประเทศ

7. การทำวิจัยเพื่อการแก้ปัญหาสู่ประโยชน์สุขของมนุษยชาติ (Mankind) ที่พร้อม

PRINCIPLE OF PROBLEM ANALYSIS



INFORMATION SYSTEM & COMMUNICATION SYSTEM
 THERE ARE MULTIPLE CAUSES IN ONE PROBLEM.
 EVERY PROBLEM CAN BE SOLVED. WE ATTACK ON CAUSES AND MEASURE AT THE PROBLEM.
 (สมชาติ โสภณ, 2548: 79)

องค์ประกอบของปัญหาการทำงาน (Composition of Working Problems)

- 1. ตัวปัญหา [P=(E-A) x C]**
 (The Problems) ทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านปริมาณงานที่ทำ และ ที่ได้รับจากการทำงาน, ด้านคุณภาพงานที่ได้รับจากการทำงาน, ด้านเวลาและ แรงงาน ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน, ด้านความไม่พึงพอใจต่อผลการดำเนินงานของผู้เกี่ยวข้อง และ ด้านเศรษฐกิจของการดำเนินงาน
- 2. ผลของตัวปัญหา**
 (Results of The Problems)
 ในแต่ละตัวปัญหา ทั้ง 5 ด้าน ของข้อ 1
 ต่อบุคคล หน่วยงาน/องค์กร ชุมชน ประเทศชาติ และ โลก
 ทั้งเชิงบวก และ เชิงลบ
- 3. สาเหตุของตัวปัญหา**
 (Causes of The Problems)
 ทั้งด้านตัวงาน, ด้านทรัพยากรที่ใช้ในการทำงาน ด้านสิ่งแวดล้อมในขณะที่ปฏิบัติงาน และ ด้าน SEC ของผู้เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน
- 4. แนวทาง/วิธีการ ในการแก้ปัญหา**
 (Solving The Problems)
 ที่ได้ทำมาแล้ว พร้อมผลการแก้ปัญหา รวมทั้งข้อเสนอแนะ
 (จากอดีต ถึง ปัจจุบัน และ แนวโน้มในอนาคต)

โดยแต่ละประเด็น เริ่มจากระดับโลก ระดับภูมิภาค
 ระดับประเทศ ระดับภาค/กลุ่ม และ ระดับพื้นที่ที่ทำงาน

ตัวปัญหาของการทำงาน...ที่ต้องการพัฒนา (แก้ไข) (The Problems, wanted to solve)

คือ ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ของการทำงาน..... ที่ต้องการพัฒนา (แก้ไข) ที่ยังไม่ดี เมื่อเทียบกับความคาดหวังของผู้ที่เกี่ยวข้อง ทุก ๆ ฝ่าย [P=(E-A)C]

- ประกอบด้วย
- 1. ส่วนปัญหาด้านปริมาณงานที่ทำ และ ที่ได้รับจากการทำงาน ได้แก่**
 - 1.1.....
 - 1.2.....
 - 1.3.....
 - 1.4.....
 - 2. ส่วนปัญหาด้านคุณภาพงานที่ได้รับจากการทำงาน... ได้แก่**
 - 2.1.....
 - 2.2.....
 - 2.3.....
 - 2.4.....
 - 3. ส่วนปัญหาด้านเวลาและแรงงาน ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ได้แก่**
 - 3.1.....
 - 3.2.....
 - 3.3.....
 - 3.4.....
 - 4. ส่วนปัญหาด้านความไม่พึงพอใจต่อผลการดำเนินงาน... ของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่**
 - 4.1.....
 - 4.2.....
 - 4.3.....
 - 4.4.....
 - 5. ส่วนปัญหาด้านเศรษฐกิจของการดำเนินงาน... ได้แก่**
 - 5.1.....
 - 5.2.....
 - 5.3.....
 - 5.4.....
- (เอกสารอ้างอิง.....)

ภาพที่ 1 Principles of Problem Analysis องค์ประกอบของปัญหา และตัวปัญหาของการทำงานที่ต้องการแก้ไข

รับการเปลี่ยนแปลงในยุคโลกาภิวัตน์ อย่างมั่นคง
ตลอดเวลา = ระดับ 7

ผู้บริหารงาน/หน่วยงาน อยากรู้ว่าการทำ
วิจัยที่สามารถแก้ปัญหาที่เป็นอยู่ได้จริง อย่างเป็น
รูปธรรม ได้แก่ ระดับ 4 ขึ้นไป ที่ใช้งบประมาณ
น้อย แต่ที่ทำๆ กันนั้น ส่วนใหญ่เป็นเพียงระดับ 1
เท่านั้น ซึ่งมักเป็นการสอบถามความคิดเห็น
จึงเป็นเพียง “ความคิดเห็นของผู้ตอบ” ว่า
เป็นปัญหา หรือ เป็นความคิดเห็นในการแก้ปัญหา
ของผู้วิจัยที่สรุปจากความคิดเห็นของผู้ตอบ
ซึ่งมักจะสรุปจากหลักวิชาการโดยที่ยังไม่เคยลงมือ
ทำจริงเช่นนั้น จึงเป็นเพียงข้อคิดเห็นว่าสมควรทำ
เท่านั้น (ตามหลักวิชาการ) ซึ่งมีโอกาสสำเร็จ
ไม่มากนัก เพราะในความเป็นจริง มีปัจจัยที่
เกี่ยวข้องมากมาย (Multi-factors) ที่เปลี่ยนแปลง
ตลอดเวลา ยากที่จะควบคุมได้ตามผลวิจัยที่สรุป
และเสนอนั้น สิ่งเหล่านี้ ผู้บริหารอาจเคยพบเห็น
หรือไม่เห็นด้วย จึงมักจะ **ไม่สนับสนุน/ส่งเสริม**
ให้ทำ เพราะต้องใช้ทรัพยากร (5Ms) ที่มีอยู่
อย่างจำกัดของหน่วยงาน และหรือ ขององค์กรการ
ของตน (หรืออาจต้องการให้นำไปใช้ในเรื่องอื่น
ที่ได้ประโยชน์มากกว่า) จึงทำให้เกิดปัญหา คือ
ผลงานวิจัยของหน่วยงาน/องค์กรมีน้อย คุณภาพ
ไม่สูง ไม่คุ้มกับการทำ ฯลฯ ยกเว้นในหน่วยงาน
ที่มีภารกิจด้านการทำวิจัย หรือ ที่ผู้บริหารให้การ
สนับสนุน/ส่งเสริม จึงขอสรุปสาเหตุที่ทำให้เกิด
ปัญหา เป็น 4 ประการ คือ

1. บุคลากรของหน่วยงาน/องค์กร
ไม่ต้องการ/ไม่อยาก ทำวิจัย เนื่องจากได้รับการ
ปลูกฝังให้ “รู้สึก” ว่า การทำวิจัย เป็นงาน
ที่ยุ่งและยากมาก ต้องใช้เงินและเวลา
มาก ถูกตรวจสอบตลอดเวลา ไม่มีความเป็นอิสระ
ในการทำงาน ต้องใช้บุคคลที่มีทั้งความรู้และความ
สามารถสูงหลายด้าน/หลายคน มาร่วมกันดำเนินงาน
ซึ่งทำได้ยาก ผู้ที่สำคัญมาก คือ ผู้บริหารงาน/

หน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้บริหารสูงสุดของ
องค์กรการ

2. การขาด “ตัวอย่างจริงที่จับต้องได้
ชัดเจน” ในหน่วยงาน/องค์กร ของการทำวิจัย
ที่เกิด/มีประโยชน์มาก ผู้ทำมีความสุข ผู้วิจัย
ชอบทำ เกิดความภาคภูมิใจในผลงานวิจัยของตน
ในบริบทของแต่ละงาน/หน่วยงาน ของบุคลากร
แต่ละคน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในช่วงเวลา/จังหวะ
เวลา ที่ผู้หนึ่ง กำลังเกิดความอยาก/ต้องการ/สนใจ
ที่จะทำวิจัย ให้นำไปสู่การชอบและลงมือทำงาน
วิจัย แล้วเกิดความภาคภูมิใจในผลงานวิจัยนั้น
ซึ่งเป็นช่วงเวลา/จังหวะเวลา สั้นๆ ที่ยากจะนำมา
ทำให้เกิดผลในการพัฒนางานวิจัยของแต่ละ
บุคคล/งาน/หน่วยงาน ได้ เนื่องจากขาดความ
พร้อม มีเงื่อนไขและข้อจำกัดมาก จึงทำให้เกิดผล
ที่ดีที่สุดยากมาก

3. การขาด “ระบบและกลไก” ในการ
ทำงานวิจัยของแต่ละบุคคล/งาน/หน่วยงาน/
องค์กรการ ที่ดี กระตือรือร้น มีประสิทธิภาพและมี
ประสิทธิภาพสูง สามารถพัฒนางานวิจัยทั้งหลาย
ของแต่ละบุคคล/งาน/หน่วยงาน ในองค์กรการ
ทั้งของตน ของเพื่อนร่วมงาน ของผู้บังคับบัญชา
ของผู้ที่บุคลากรผู้หนึ่งดูแล และของผู้มาใช้บริการ
รวมทั้งของประชาชน ให้ดียิ่งๆ ขึ้นอย่างต่อเนื่อง
และผู้เกี่ยวข้องมีความสุข ตลอดเวลา

4. การขาดกลยุทธ์ Techniques และ
วิธีการ ที่ครบวงจร มีประสิทธิภาพสูงในการ
พัฒนาให้บุคลากรของงาน/หน่วยงาน/องค์กรการ
ทำวิจัยอย่างมีความสุข → การชอบทำงานวิจัย
เกิดความภาคภูมิใจในผลงานวิจัยของตน ไม่รู้สึก
ว่า “เป็นภาระ” ที่มีความพร้อมเสมอ ตลอด
24 ชั่วโมง ทุกวัน

**แนวทางและวิธีการในการแก้ปัญหา
และการพัฒนา**

ต้องแก้ที่ “สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหา”

ที่ได้กล่าวมาแล้ว ในการนี้ ขอเสนอแนวทาง และวิธีการในการทำวิจัยเพื่อแก้ปัญหาที่สามารถ แสดงผลงานเชิงประจักษ์ว่าสามารถแก้ปัญหา ได้จริงด้วยทรัพยากร (5Ms = Man, Money, Material, Management, Minute) เท่าที่มีอยู่ ภายใต้สถานการณ์ บริบท ข้อจำกัดที่เป็นอยู่ของ แต่ละบุคคล/งาน/หน่วยงาน/องค์กร การ ได้อย่างมี ประสิทธิภาพและมีประสิทธิภาพสูง ด้วยฝีมือของ ผู้วิจัยและทีมที่ไม่ยุ่ง-ยาก สามารถนำมาประยุกต์ ขยายผล ต่อยอด ในการดำเนินงานต่อไปได้ (เป็น ระดับ 4) ดังนี้

1. นำหลักการทำงานแบบบูรณาการ (Principles of Working Integrated Management: PWIM)⁽⁷⁾ มาเป็นแนวทางหลัก ในการดำเนินงาน

2. นำหลักการจัดการงาน (Principles of Managing: PoM)⁽⁷⁾ มาเป็นหลักของวิธีการ ในการดำเนินงานวิจัยเพื่อแก้ปัญหา อย่างครบ วงจรต่อเนื่อง ตลอดเวลา ไร้รอยต่อ

3. นำหลักการพัฒนางานที่ทำอย่าง ต่อเนื่องสู่ความยั่งยืน (Principles of R&D for CSWI or R2R2E)⁽⁸⁾ มาเป็นวิธีการหลัก ในการดำเนินงานที่ทำให้เป็นวิจัย

4. นำหลักการพัฒนางาน/คน แบบดาว กระจาย ของกระทรวงสาธารณสุข ที่ใช้ในการ ฝึกอบรม อสม. คือ จาก ครู ก. → ครู ข. → ครู ค. อย่างต่อเนื่องจนครอบคลุม ทั้งงานตามภารกิจหลัก งานตามภารกิจรอง และงานตามภารกิจอื่นๆ มาใช้ในการขยายงาน รวมทั้งการขยายให้ ครอบคลุมพื้นที่ทุกตำบลทั่วประเทศ

5. นำหลักการนำสิ่งที่ได้จากการดำเนิน งานไปใช้ประโยชน์ (Principles of Utilizing)⁽⁷⁾ อย่างคุ้มค่ายิ่งขึ้น ต่อทั้ง Customers, People, Providers, Organization, Institute, Country, International, Academics, Social, และ

Economics ตลอดเวลา.

วิธีการในการทำวิจัยเพื่อแก้ปัญหา

ใช้ Principles of Managing: PoM⁽⁷⁻⁹⁾

โดยเริ่มต้นจาก การช่วยให้ผู้บริหารหน่วยงาน ที่เป็นคนดี มุ่งทำงานเพื่อประชาชน สนใจในการ ทำวิจัย (ถ้าเป็นผู้บริหารหน่วยงานของเราจะ เยี่ยมมาก) ให้ได้ “ตัวอย่างผลงานวิจัยที่จับต้อง ได้” นำขึ้นชมยกย่อง ภายในเวลาไม่เกิน 6 เดือน แล้วขยายผลด้วยหลักการพัฒนางาน/คน แบบดาวกระจาย จาก ครู ก → ครู ข → ครู ค อย่างต่อเนื่อง ให้ได้ “ตัวอย่างผลงานวิจัยที่จับต้อง ได้” จากทีมงาน (3-5 คน) ที่ช่วยกันทำตัวอย่างฯ นั้น ภายในเวลาอีกไม่เกิน 6 เดือน **เพิ่มอีก** ไม่น้อย กว่า 2 ตัวอย่าง โดยรายงานผลการดำเนินงาน และผลงาน ให้ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรเรา และสาธารณะ (ประชาชน สื่อมวลชน และสังคม) ได้รับรู้และชื่นชม อย่างต่อเนื่อง เน้นงานตาม ภารกิจหลักขององค์กรของพวกเขา

วิธีการในการทำวิจัยเพื่อแก้ปัญหา จะใช้ ทรัพยากร (5Ms) เท่าที่มีอยู่ ภายใต้สถานการณ์ บริบท ข้อจำกัด ที่เป็นอยู่ของแต่ละบุคคล/งาน/ หน่วยงาน/องค์กร อย่างมีประสิทธิภาพและมี ประสิทธิภาพ ด้วยฝีมือของผู้วิจัยและทีมที่ไม่ยุ่ง และไม่ยาก สามารถนำไปประยุกต์ ขยายผล ต่อยอด ในการดำเนินงานต่อไปได้ มีดังนี้

I. นำ Principles of Working Integrated Management: PWIM) มาเป็นหลัก และแนวทางในการดำเนินงาน 6 กิจกรรมหลัก ของการทำวิจัยตามมาตรฐานสากลและตามบริบท (Context) ของแต่ละเรื่อง/พื้นที่⁽⁹⁾ คือ

1.1 การขออนุมัติผู้ปกครองบังคับบัญชา ในการ “ทำวิจัย” ในเรื่องที่ต้องการทำนั้น

1.2 การขออนุมัติ Institutional Review Board: IRB ผู้ดูแลพื้นที่วิจัย ในการ “ทำวิจัย อย่างถูกต้องตามมาตรฐานจริยธรรมสากล” ให้ได้

รับใบรับรองจริยธรรมการวิจัย (EC) ก่อนเก็บข้อมูลการวิจัย

1.3 การขออนุมัติ/ความเห็นชอบโครงร่างการวิจัย (Research Proposal) จาก Expert Committee ที่ผู้บังคับบัญชาสูงสุดขององค์การ/สถาบัน ผู้ดูแลงานและพื้นที่วิจัย ให้การรับรองว่าการทำวิจัยนี้ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาการ ด้านงานและการวิจัย

1.4 การดำเนินงานวิจัย อย่างถูกต้องตามหลักสากลและ Research Proposal ที่ได้รับการอนุมัติ/ความเห็นชอบแล้ว ให้ได้ผลงานวิจัยที่ดีและน่าเชื่อถือ ทั้ง ก่อน ขณะ และหลัง “การทำวิจัย”

1.5 การดำเนินงาน “ตีพิมพ์ผลงานวิจัย” เป็น Original Article ในวารสารวิชาการระดับชาติขึ้นไป

1.6 การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์อย่างคุ้มค่ายิ่งๆ ขึ้น ต่อทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องตลอดเวลา

II. การใช้ Principles of Managing: PoM ในการดำเนินงาน ของการทำวิจัยเพื่อแก้ปัญหา ตาม Context ของแต่ละเรื่อง/พื้นที่ ซึ่งมี 8 กิจกรรม⁽⁷⁻⁹⁾ คือ

2.1 การวิเคราะห์สภาวะการณ์ (Situation Analysis) ที่เกี่ยวข้องกับ “งาน” ที่จะทำนั้น

2.2 การวางแผนงาน (Planning) ของงานนั้น

2.3 การดำเนินงานตามแผน (Implementing) ที่ได้วาง/กำหนด แผน ไว้

2.4 การประเมินผลการดำเนินงาน (Evaluating) ของการดำเนินงาน นั้น

2.5 การนำสิ่งที่ได้จากการดำเนินงานทั้งหลายไปใช้ประโยชน์ (Utilizing) อย่างคุ้มค่า

2.6 การติดตามประสานและควบคุม (Monitoring, Coordinating, and Controlling)

ในงานนั้น

2.7 การจัดระบบข้อมูลข่าวสาร และระบบการติดต่อสื่อสาร (Setting of Information System & Communication System) ในงานนั้น ให้ชัดเจน แน่นอน กะทัดรัด เอื้ออำนวย ทั้งภายในงาน/หน่วยงาน และ กับ ภายนอกๆ อย่างถูกต้องครบถ้วน รวดเร็ว ทันเวลา และทันใจ

2.8 การทำให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง (Continuing) ของงานนั้น ในช่วงเวลาต่อไป

III. จัดทำ “ตัวอย่าง” ของการดำเนินงานวิจัยของหน่วยงาน ที่พวกเราสามารถทำได้แล้วอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิภาพสูง ด้วยฝีมือของพวกเรา ที่ไม่ยุ่งและไม่ยาก รวดเร็ว สะดวก และ ผู้ทำมีความสุข ใน 3 หัวข้อ (3.1-3.3) ดังต่อไปนี้

3.1 นำผลงานของหน่วยงานที่พวกเราได้ร่วมกันทำเองกับมือ ในช่วง 3-5 ปี ที่ผ่านมา ที่พวกเราชอบ ภาคภูมิใจ และ ประทับใจ มากที่สุด มาร่วมกันพัฒนา ด้วยการเรียบเรียง (เขียน) ให้เป็นผลงานเชิงวิจัย ตามแนวทางของการสรุปประเด็นเนื้อหาสำคัญ ของผลงานดังกล่าว (ขอใช้ปัจจุบัน คือ ปีงบประมาณ 2566) ดังนี้

ชื่องานวิจัย: การพัฒนางาน... (ระบุ) หน่วยงาน... (ของพวกเรา)...ปี 2562- 2564 ด้วย... (วิธีการที่ใช้)

ชื่อผู้วิจัย,,,,, และคณะ

ความเป็นมา ความสำคัญ ของงาน และ ปัญหา ในการวิจัย

งาน คือ ...เป็นงานที่สำคัญของ...ปัญหาที่พบ [P=(E-A) C] ในโลก คือ... ปัญหาที่พบในประเทศไทย คือ... ปัญหาที่พบในภาค/เขต... คือ ปัญหาที่พบในจังหวัด... คือ... ปัญหาที่พบ

ในหน่วยงาน... คือ...

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน (Working Model: WM.) ของงาน ด้วยทรัพยากรที่มีอยู่

2. เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน ระหว่าง ก่อน กับ หลัง การนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาดำเนินการ จำแนกเป็นรายปี

วิธีการวิจัย

Research Design: เป็นวิจัยและพัฒนาเชิงทดลอง (Experimental Development Research) แบบ one group Pre-test and Post-test, Time series Design.

ประชากร (Population) คือ การดำเนินงาน ... อย่างครบวงจร ตั้งแต่วันที่ ถึง จำนวนรวมทั้งสิ้น ครั้ง ใช้ประชากรทั้งหมด เป็นกลุ่มตัวอย่าง (Sample)

การดำเนินงานวิจัย มี 3 ระยะ คือ ก่อนการทดลอง ขณะทดลอง และ หลังการทดลอง

Intervention ที่ใช้ในการทดลอง คือ Working Model ที่พัฒนาขึ้น โดยมีการปรับปรุงเป็นระยะๆ ขณะดำเนินการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลการวิจัย มี ... ชิ้น คือ
.....
.....

และกล้องถ่ายรูป

คณะผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลการวิจัยเองทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ Descriptive Statistics และ Content Analysis

ผลการวิจัย

พบว่า หลังการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาดำเนินการ ปริมาณงานที่ทำเพิ่มขึ้น/ลดลง จาก ... เป็น ..., คุณภาพงาน เพิ่มขึ้น/ลดลง

จาก ... เป็น ..., เวลาที่ใช้ในการทำงาน เพิ่มขึ้น/ลดลง จาก ... เป็น ..., แรงงานที่ใช้ในการทำงาน เพิ่มขึ้น/ลดลง จาก ... เป็น ..., ข้อร้องเรียนในการทำงาน เพิ่มขึ้น/ลดลง จาก ... เป็น ..., ต้นทุนเพิ่มขึ้น/ลดลง จาก ... เป็น ..., กำไร เพิ่มขึ้น/ลดลง จาก ... เป็น ..., ประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น/ลดลง จาก ... เป็น ..., ผลที่ได้จากการลงทุน ... บาท คือ , รูปแบบที่พัฒนาขึ้นและได้ผ่านการทดลองใช้จริงแล้ว ... ปี ประกอบด้วย ... หลักการ/หลักวิชาการ, มีโครงสร้างและวิธีการ ของการทำงานที่แน่นอน, มี Documents ของระบบงานชัดเจนถึงวิธีปฏิบัติ, มีคู่มือและ ... Work Instructions ที่ใช้ Customers เป็นศูนย์กลาง

อภิปรายผลการวิจัย (มี References

ที่น่าเชื่อถือ อ้างอิง ทุกรายการที่อภิปราย)

พบว่า ปริมาณงานที่ทำ เพิ่มขึ้น/ลดลงนั้น เนื่องจาก สอดคล้องกับ ... ที่กล่าว/พบ ว่า ... แต่ไม่สอดคล้องกับ ที่กล่าว/พบ ว่า ... ที่เป็นดังนี้ เนื่องจาก คุณภาพงานเพิ่มขึ้น/ลดลง เนื่องจาก ... สอดคล้องกับ ... ที่กล่าว/พบ ว่า ... แต่ไม่สอดคล้องกับ ... ที่กล่าว/พบ ว่า ..., เวลาที่ใช้ในการทำงาน เพิ่มขึ้น/ลดลง เนื่องจาก ... สอดคล้องกับ ... ที่กล่าว/พบ ว่า ... แต่ไม่สอดคล้องกับ ... ที่กล่าว/พบ ว่า ..., แรงงานที่ใช้ในการทำงาน เพิ่มขึ้น/ลดลง เนื่องจาก ... สอดคล้องกับ ... ที่กล่าว/พบ ว่า ... แต่ไม่สอดคล้องกับ ... ที่กล่าว/พบ ว่า ..., ข้อร้องเรียนในการทำงาน เพิ่มขึ้น/ลดลง เนื่องจาก ... สอดคล้องกับ ... ที่กล่าว/พบ ว่า ... แต่ไม่สอดคล้องกับ ... ที่กล่าว/พบ ว่า ..., ต้นทุนเพิ่มขึ้น/ลดลง เนื่องจาก ... สอดคล้องกับ ... ที่กล่าว/พบ ว่า ... แต่ไม่สอดคล้องกับ ... ที่กล่าว/พบ ว่า ... เนื่องจาก ..., รูปแบบที่พัฒนาขึ้น เป็นรูปแบบที่ดีและมีประสิทธิภาพสูงกว่ารูปแบบเดิม เนื่องจากได้พัฒนาขึ้นจากความร่วมมือร่วมใจ ของผู้ที่เกี่ยวข้อง

มีการทำงานเป็นที่อย่างจริงจัง เป็นที่ยอมรับจากผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน สามารถพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยไม่เป็นภาระมากนัก กับผู้ปฏิบัติงาน/ผู้ให้บริการ โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ สอดคล้องกับแนวคิดของ R&D for CSWI ที่เน้นการมีส่วนร่วมในการสร้างและพัฒนา จากผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ตั้งแต่เริ่มต้น โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่.

การนำสิ่งที่ได้จากการวิจัย ไปใช้ประโยชน์

สำหรับพื้นที่วิจัยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำแนวคิด แนวทาง และวิธีการ ที่ได้ดำเนินการในการวิจัยครั้งนี้ ไปเป็นบทเรียนตัวอย่างของการพัฒนาที่ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำไปใช้ในการวางแผนและการดำเนินงานพัฒนาบุคลากร/งาน/หน่วยงาน/องค์กรต่างๆ ได้อย่างน่าภาคภูมิใจ นำไปสู่ความเจริญก้าวหน้า ของหน่วยงาน/องค์กร อย่างมั่นคง และยั่งยืน ยิ่งๆ ขึ้น

ในการทำวิจัยต่อไป ในเรื่องเดิม ควรพัฒนาให้ครอบคลุม “ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน” ทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านปริมาณงาน ด้านคุณภาพของงานและผลการดำเนินงาน ด้านระยะเวลาและแรงงานที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ด้านความพึงพอใจของผู้ที่เกี่ยวข้อง และ ด้านเศรษฐศาสตร์ของการดำเนินงาน สำหรับการวิจัยต่อไปในเรื่องใหม่ควรนำหลักการและวิธีการของการวิจัยพัฒนาเชิงทดลองนี้ ไปใช้ในการเพิ่มคุณค่าจากสิ่งที่ได้จากการดำเนินงานในทุกๆ กิจกรรม โดยใช้แนวคิด หลักการ และวิธีการ ของ Knowledge Management: KM, การพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน, และการพัฒนาด้วย Public-Private-Partnership: PPP เน้นการใช้หลักเศรษฐกิจพอเพียง ด้วยการบูรณาการจากทุกภาคส่วนอย่างกลมกลืน

3.2 ช่วยกันจัดทำเป็น “ผลงานเพื่อการ

เผยแพร่” ตามช่องทางและสื่อต่างๆ ของหน่วยงานที่พวกเรามี แต่เนื่องจากพวกเรายังไม่ได้ขอทำเป็นงานวิจัย ยังไม่มี EC รองรับ จึงยังไม่สามารถนับเป็นผลงานวิจัยได้

3.3 ช่วยกันจัดทำให้เป็น “งานวิจัยของหน่วยงาน” โดยดำเนินการให้ครบถ้วนตาม 6 กิจกรรมหลักของการทำวิจัยตามมาตรฐานสากลและตามบริบท (Context) ของแต่ละเรื่อง/พื้นที่ ที่ได้กล่าวมาแล้ว ในกรณีนี้ ขอเสนอแนวทางการเขียนโครงการวิจัย (Research Proposal/Project) เพื่อแก้ปัญหาของหน่วยงาน ด้วยทรัพยากร (5Ms) เท่าที่มีอยู่ ภายใต้สถานการณ์บริบท ข้อจำกัด ของหน่วยงาน^(8-9,12-13) ดังนี้

ชื่อโครงการวิจัย การพัฒนางาน ... หน่วยงาน ... ปี 2568-2570 (การวิจัยเพื่อแก้ปัญหา)

หลักการและเหตุผล (ความหมายความเป็นมา ความสำคัญ ปัญหา การแก้ไข จากอดีต-ปัจจุบัน-อนาคต)

งาน ...¹ เป็นงานที่สำคัญของทุก ... เนื่องจาก ...² ปัญหาที่พบ คือ ...³ ...⁴ ...⁵ ...⁶ ...⁷ ... ผลการดำเนินงาน ... ของหน่วยงาน ... ที่ผ่านมา ยังไม่ดีเท่าที่ผู้ที่เกี่ยวข้องคาดหวัง กล่าวคือ ...⁸ ...⁹ ...¹⁰ ...¹¹ ...¹² คณะผู้วิจัยจึงตั้งใจที่จะพัฒนางานนี้ให้ดียิ่งๆ ขึ้น ด้วยแนวคิด หลักการ และวิธีการของ R2R (Routine to Research)¹³ และ R&D for CSWI (Research and Development for Continuous and Sustainable Working Improvement)¹⁴ ที่มีการพิสูจน์แล้วว่า สามารถนำมาประยุกต์ในการพัฒนางานต่างๆ ของสถานบริการสุขภาพ และองค์กรต่างๆ โดยใช้วิธีการที่ไม่ยุ่งยาก สามารถปฏิบัติได้จริง ในบริบทที่มีข้อจำกัดมาก ด้านเวลาและทรัพยากร⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ (เป็นการวิจัยเพื่อแก้ปัญหาด้วยการพัฒนาต่อเนื่อง)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานใหม่ ของงาน.....หน่วยงาน.....ด้วยทรัพยากรเท่าที่มีอยู่
2. เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน ระหว่าง ก่อน กับ หลัง การนำรูปแบบใหม่ที่พัฒนา ขึ้น มาดำเนินการ จำแนกเป็นรายปี

วัสดุและวิธีการ

เป็นวิจัยและพัฒนา (Research and Development)⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ เชิงทดลอง แบบกลุ่มเดี่ยว วัดผลก่อน-หลัง การทดลอง หลายครั้ง (One group, pre-test post-test, time series design) สิ่งที่ใช้ในการทดลอง (Experimental Intervention) คือ รูปแบบการดำเนินงาน (Working Model : WM) ที่พัฒนาขึ้น นำไปทดลองที่หน่วยงาน.....ในช่วง 1 ตุลาคม 2567 ถึง 30 กันยายน 2570 โดยมีการปรับปรุงเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนในการทำวิจัย

มี 3 ระยะ (Phases) คือ

1. ระยะก่อนการทดลอง (Pre-Experimental Phase) โดยการวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงาน.....เดิม ของพื้นที่ทดลอง วิธีการดำเนินงาน และ ผลการดำเนินงาน ที่ผ่านมา ร่วมกับ ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อหาจุดหรือประเด็น ที่ต้องปรับปรุง แก้ไข พร้อมทั้งศึกษาวรรณกรรม ทั้งทฤษฎี หลักการ นโยบาย แผนงาน แนวทางการดำเนินงาน และผลงานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง นำมา ประยุกต์เป็นรูปแบบการดำเนินงานเบื้องต้น (Initial WM) ในพื้นที่ทดลอง

2. ระยะขณะทดลอง (Experimental Phase) โดยการนำรูปแบบการดำเนินงาน (WM) ที่พัฒนาขึ้น ไปดำเนินการ มีการทบทวน ติดตาม ประเมิน การดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน และปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น เป็นระยะๆ แล้ว นำสิ่งที่ได้ มาปรับปรุงระบบงาน/วิธีการ กระบวนการ และวิธีปฏิบัติ ในการดำเนินงาน...หน่วยงาน

..... ให้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ ยิ่งๆ ขึ้น ในช่วงเวลาต่อๆ มา

3. ระยะหลังการทดลอง (Post-Experimental Phase) โดยนำข้อมูลทั้งหลาย ที่ได้จากการดำเนินงาน มารวบรวม วิเคราะห์ และสรุป ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ขั้นตอน และวิธีการในการสร้างและ พัฒนา รูปแบบการดำเนินงานใหม่ (New WM)

การสร้างและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานใหม่ ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ครบวงจร (Complete cycle) โดยดำเนินการเป็น 4 ขั้นตอน ในแต่ละปี คือ

ขั้นตอนที่ 1.

วิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานเดิม ของงาน.....ของพื้นที่ทดลอง ในปีที่ผ่านมา ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อหาจุดหรือประเด็นที่ต้อง ปรับปรุงแก้ไข ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน ของพื้นที่ทดลอง ในปีนั้น

ขั้นตอนที่ 2.

กำหนดรูปแบบ/ระบบ/วิธีการใหม่ “เบื้องต้น” ในปีนั้น โดยการนำทฤษฎีและ หลักวิชาการที่เกี่ยวข้อง ที่ Up to date ร่วมกับ ข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1. มาประยุกต์ ในการปรับปรุงกระบวนการดำเนินงาน ให้ทันสมัย สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ทดลอง ด้วย ทรัพยากรที่มีอยู่ เน้นที่ความเหมาะสม Practical และควมมีประสิทธิภาพของการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 3.

นำรูปแบบ/ระบบงาน/วิธีการ ใหม่ เบื้องต้น ที่พัฒนาขึ้น ไปดำเนินการทดลอง โดยการติดตาม ทบทวน ประเมิน ผลการดำเนินงาน และปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น เป็นระยะๆ แล้ว นำผลที่ได้ มาปรับปรุงระบบงาน/วิธีการ/กระบวนการ และวิธีปฏิบัติ ในการดำเนินงาน ให้เหมาะสม

และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ในช่วงเวลาต่อๆ มา

ขั้นตอนที่ 4.

สรุปผลการดำเนินงาน ด้วยการนำข้อมูลทั้งหลาย จากขั้นตอนที่ 1 – 3 มารวบรวม วิเคราะห์ และสรุป เป็นรูปแบบใหม่ของการดำเนินงาน ที่ได้ผ่านการใช้จริงในพื้นที่ทดลองแล้ว รวม 1 ปี ที่เป็นผลของการวิจัย ตามวัตถุประสงค์การวิจัย “ในปีนั้น” ซึ่งจะดำเนินการต่อเนื่องไปยังขั้นตอนที่ 1 ของปีต่อไป จนครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ และแผนการดำเนินงานที่กำหนดไว้ใน Proposal

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ “การดำเนินงานบริการ” กลุ่มเป้าหมาย ของงาน ในช่วง 1 ตุลาคม 2567 ถึง 30 กันยายน 2570 ตั้งแต่พบกลุ่มเป้าหมาย จนกลุ่มเป้าหมาย ได้รับบริการอย่างถูกต้องเหมาะสม และครบถ้วนตามมาตรฐาน รวม ครั้ง ใช้ประชากรทั้งหมด เป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลการวิจัยและผลการวิจัย

มี 9 ชั้น คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลลักษณะพื้นฐานของพื้นที่วิจัย ตั้งแต่ระยะก่อนการทดลอง จนเสร็จสิ้น
2. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของงาน และการดำเนินงาน หน่วยงาน
3. แบบบันทึกการปฏิบัติงานและผลการปฏิบัติงาน หน่วยงาน
4. แบบสังเกตการปฏิบัติงาน หน่วยงาน และสิ่งที่มีผลต่อการดำเนินงานของงาน หน่วยงาน
5. แบบสอบถามความพึงพอใจและข้อเสนอแนะ ของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน หน่วยงาน
6. แบบบันทึกการประชุมกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน หน่วยงาน และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง

7. แบบบันทึกเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน หน่วยงาน

8. แบบสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน หน่วยงาน

9. กล้องถ่ายรูป

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลการวิจัยแต่ละชั้น ส่วนใหญ่เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานของหน่วยงาน อยู่ก่อนแล้ว ถ้าเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นใหม่ จะผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการวิชาการ และคณะกรรมการบริหารของหน่วยงาน ในการนำไปใช้ และต้องมีการติดตามผลการนำไปใช้ทุกเดือน ในช่วงแรก อีกไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง ติดต่อกัน เพื่อการปรับปรุงพัฒนาให้ดีขึ้น ไม่เกิดผลเสียทั้งทางวิชาการ จริยธรรม และการปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

สิ่งที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ได้รูปแบบ/ระบบงาน/วิธีการใหม่ของการดำเนินงาน หน่วยงาน ที่ได้ผ่านการนำไปใช้จริงในพื้นที่แล้ว รวมไม่น้อยกว่า 3 ปี (>=)
2. ได้ประสบการณ์ในการดำเนินงานพัฒนางาน หน่วยงาน อย่างต่อเนื่อง รวม >=3 ปี
3. ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานและผลการดำเนินงาน ในการพัฒนางาน หน่วยงาน อย่างต่อเนื่อง รวม >=3 ปี
4. ได้ความรู้จากการปฏิบัติจริง ที่เกี่ยวข้องกับงาน หน่วยงาน ทั้งในด้านการวิเคราะห์ การกำหนดตัวชี้วัด การสร้างเครื่องมือวัด และการวัดผลการดำเนินงาน ประเมินผล การดำเนินงาน และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

5. ได้รับความคิดที่สร้างสรรค์ และ ประสบการณ์จริง ในการพัฒนางานด้วยทรัพยากร ที่มีอยู่

6. ได้ประสบการณ์ การทำวิจัยเพื่อ การแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง ในพื้นที่จริง ที่ได้ทำ และเห็นผลจริง

สิ่งเหล่านี้ สามารถนำไปใช้เป็นบทเรียน/ ตัวอย่าง ของการพัฒนา ที่ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำไปใช้ในการ วางแผนและการดำเนินงาน ในการพัฒนาบุคลากร และงานทั้งหลายของ หน่วยงาน ได้อย่าง นำภาคภูมิใจ นำไปสู่ความเจริญก้าวหน้าของ หน่วยงาน/องค์กรการ ยิงๆ ขึ้น

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รวม > ฉบับ ใน 3 กลุ่ม คือ

1. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับงาน รวม > ฉบับ
2. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ของงาน รวม > ฉบับ
3. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับระเบียบวิธี วิจัยที่จะนำมาใช้ในการทำวิจัยและการพัฒนา รวม ฉบับ

ระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย

รวม 48 เดือน เริ่มตั้งแต่เดือนเมษายน 2566 ถึงเดือนมีนาคม 2570

แผนงานและกิจกรรมการดำเนินงาน

ที่	กิจกรรม	ปี 2566		ปี 2567				ปี 2568				ปี 2569				ปี 2570		ผู้รับผิดชอบ
		Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	
1																		
2																		
3																		
4																		

วิจัย

ตั้ง Gantt chart ดังนี้ (Q = Quarter ของปีงบประมาณ)

งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย

รวม ... บาท คือ

1. หมวดค่าตอบแทน ... บาท ได้แก่
2. หมวดค่าใช้สอย ... บาท ได้แก่
3. หมวดค่าสาธารณูปโภค ... บาท ได้แก่

4. หมวดค่าจ้างอื่น ... บาท ได้แก่

ในการนี้ **ขอเสนอ** ตัวอย่าง การเขียน **งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมการวิจัย** เชิงสร้างสรรค์ (ต่างจากการเขียนขอ งบ. ทั่วไป) เพื่อแก้ปัญหาและพัฒนางาน/หน่วยงาน เรื่อง การพัฒนางานปลูกผักปลอดสารพิษอินทรีย์ เชิงบูรณาการ เป็นการวิจัย R&D โดยขอเป็น ค่าธรรมเนียมการขอ EC, ค่าจัดประชุมที่มงาน ผู้วิจัย, ค่าบันทึกข้อมูล/จัดพิมพ์ ข้อมูลการวิจัย และผลการวิจัย, ค่าอาหาร/ของว่าง/สถานที่/ ในการจัดประชุมฯ, ค่าจัดทำ/จัดพิมพ์ ผลงานวิจัย ทั้งฉบับร่าง ฉบับปรับปรุง ฉบับเต็ม ฉบับส่ง ผู้ให้ทุน/หน่วยงาน ฉบับส่งตีพิมพ์ ฉบับเผยแพร่/ นำเสนอผลงาน, ค่าตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานตามสื่อ/ ช่องทางต่างๆ, ค่านำเสนอผลงานในการประชุม วิชาการ ตาม 4 หมวด ที่กล่าวมา ใน 1 ปี เป็นเงิน รวมทั้งสิ้น บาท ดังนี้

1. ค่าจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ ไม่เกิน

สัปดาห์ละ 2 ครั้ง สำหรับ ทีมวิจัย ที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิและ Key person ในการดำเนินงาน ปลุกผักปลอดสารพิษอินทรีย์ เชิงบูรณาการ ครั้งละ ไม่เกิน 20 คน รวม ไม่เกิน 100 ครั้ง ดังรายการต่อไปนี้

- 1) ค่าอาหารว่าง ไม่เกิน 25 บาท/คน
- 2) ค่าอาหารกล่อง ไม่เกิน 50 บาท/คน
- 3) ค่าบำรุงสถานที่ประชุม ไม่เกิน 200 บาท/ครั้ง

รวม ไม่เกิน 1,200 บาท/ครั้ง **รวมทั้งสิ้น** ไม่เกิน 120,000 บาท

2. ค่าจัดทำรายงานการวิจัย ไม่เกิน 10,000 บาท

3. ค่าจัดทำผลงานการวิจัย Original Article: OA ในวารสารวิชาการ ไม่เกิน 5,000 บาท

4. ค่าใบรับรองจริยธรรมการวิจัย (Ethical Certificate: EC) ตามที่จ่ายจริง ไม่เกิน 3,000 บาท

5. ค่าจัดการอบรมการปลูกผักปลอดสารพิษอินทรีย์ สำหรับ ผู้สนใจ ครั้งละ ~ 50 คน วิทยากร ไม่เกิน 5 คน (รวม 55 คน) ครั้งละ ไม่เกิน 14,750 บาท รวม 3 ครั้ง ไม่เกิน 44,250 บาท (ผู้เข้าอบรมสมควรจ่ายเอง)

6. ค่าถอดบทเรียนการจัดการอบรมการปลูกผักปลอดสารพิษอินทรีย์ เชิงบูรณาการ ไม่เกิน 20,000 บาท

7. ค่านำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการ ไม่เกิน 5,000 บาท

เป็นเงินจำนวนรวมทั้งสิ้น ไม่เกิน 158,000 บาท เป็นต้น

ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

1. หัวหน้าโครงการ
ตำแหน่งงานปัจจุบัน หน่วยงาน
ที่สังกัด สถานที่ติดต่อสะดวก โทรศัพท์ โทรสาร

และ email

ประวัติการศึกษาตั้งแต่วุฒิปริญญาตรี และสาขาที่เชี่ยวชาญพิเศษ

2.ผู้ร่วมโครงการ
ตำแหน่งงานปัจจุบัน หน่วยงาน
ที่สังกัด สถานที่ติดต่อสะดวก โทรศัพท์ โทรสาร
และ email

ประวัติการศึกษาตั้งแต่วุฒิปริญญาตรี และสาขาที่เชี่ยวชาญพิเศษ

3.ผู้ร่วมโครงการ
ตำแหน่งงานปัจจุบัน หน่วยงาน
ที่สังกัด สถานที่ติดต่อสะดวก โทรศัพท์ โทรสาร
และ e-mail

ประวัติการศึกษาตั้งแต่วุฒิปริญญาตรี และสาขาที่เชี่ยวชาญพิเศษ

4.ผู้ร่วมโครงการ
ตำแหน่งงานปัจจุบัน หน่วยงาน
ที่สังกัด สถานที่ติดต่อสะดวก โทรศัพท์ โทรสาร
และ email

ประวัติการศึกษาตั้งแต่วุฒิปริญญาตรี และสาขาที่เชี่ยวชาญพิเศษ

ข้อมูลอื่นๆ ตามข้อกำหนดของสถาบัน/องค์กร ที่รับพิจารณาข้อเสนอโครงการวิจัย

ภาคผนวก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล การวิจัยและผลการวิจัย

ปรับปรุง ทั้งฉบับ ให้ถูกต้อง ครบถ้วน ตามหลักวิชาการ และ สวยงาม นำอ่าน นำเรียนรู้

เอกสารอ้างอิง (ของโครงการวิจัย เป็นตัวเลขยก ที่ไม่มีวงเล็บ ต่างจากของบทความนี้ ที่เป็นตัวเลขยก มีวงเล็บ)

1. ตำรา เรื่อง งาน ปี พ.ศ. ที่
Up to date ที่สุด

2. ตำรา/แผนยุทธศาสตร์ชาติ เรื่อง งาน ปี พ.ศ. ที่ Up to date ที่สุด

3. แผนยุทธศาสตร์ชาติ เรื่อง งาน ปี พ.ศ. ที่ Up to date ที่สุด

4. รายงาน/สถิติ ระดับชาติ หรือ ระดับโลก ที่เกี่ยวข้องกับงาน ปี พ.ศ. ที่ Up to date ที่สุด

5. รายงาน/สถิติ ที่เกี่ยวข้องกับงาน หน่วยงาน ปี พ.ศ. ที่ Up to date ที่สุด

6-12. ปี พ.ศ. ...

13. Torugsa, S. Routine to research: the development of main tasks to research. Rajabhat Journal of Science, Humanities & Social Sciences, 16(2): 142-155; 2558.

14-19. ตามความจริง ที่เหมาะสม...

IV. จัดทำ “ตัวอย่าง” ของการ ดำเนินงานวิจัยเพื่อแก้ปัญหาของหน่วยงาน ที่พวกเราสามารถทำได้ อย่างมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิภาพสูง ที่ไม่ยุ่งและไม่ยาก รวดเร็ว สะดวก และผู้ทำมีความสุข เป็นผลงานวิจัยเพื่อแก้ปัญหา **ระดับ 4** คือ การทำวิจัยเพื่อการทดลองแก้ปัญหา ที่พวกเราได้ร่วมกันทำเองกับมือ

V. ช่วยกันขยายผลการทำวิจัยเพื่อการ แก้ปัญหา ไปยังระดับที่สูงขึ้น ด้วยการดำเนินงาน ในสถานการณ์จริง คือ **ระดับ 5** การทำวิจัย เพื่อการแก้ปัญหาให้ดีขึ้นและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อย่างยั่งยืน → **ระดับ 6** การทำวิจัยเพื่อเป็นต้นแบบ (Prototype) ในการแก้ปัญหา ที่ใช้ได้จริง ทั่วประเทศ และ → **ระดับ 7** การทำวิจัยเพื่อการ แก้ปัญหาสู่ประโยชน์สุขของมนุษยชาติที่พร้อมรับ Globalization ที่มีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว อย่างมั่นคง ตลอดเวลา **เน้น** ให้สามารถนำมา ดำเนินการในงาน/หน่วยงาน/องค์กรของเรา

อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ได้ทันที รวดเร็ว และทันใจ

■ อภิปราย และสรุป

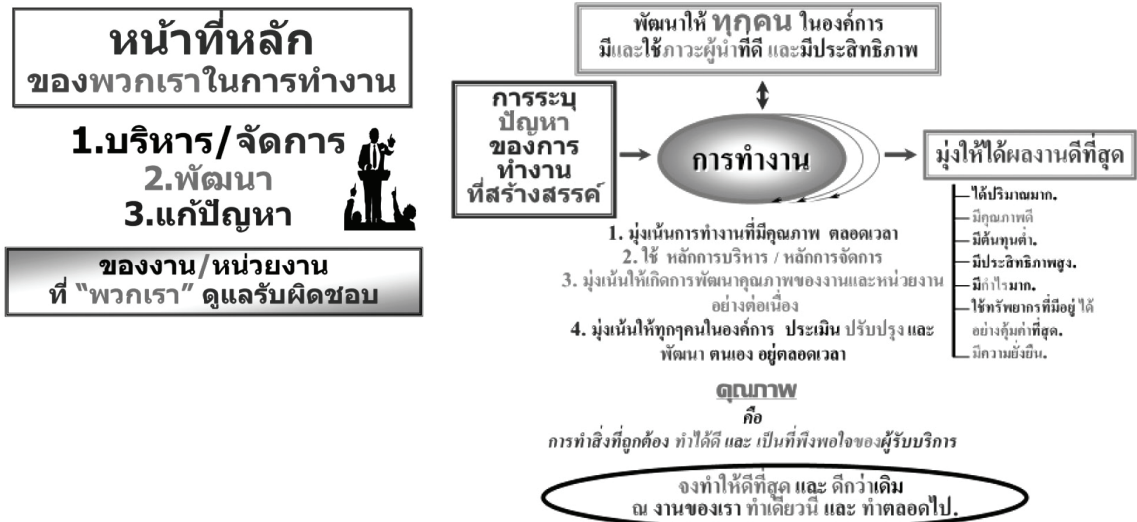
แนวทางและวิธีการในการทำวิจัยเพื่อ แก้ปัญหา ด้วยทรัพยากร (5Ms) เท่าที่มีอยู่ ภายใต้สถานการณ์ บริบท ข้อจำกัด ที่เป็นอยู่ของแต่ละบุคคล/งาน/หน่วยงาน/องค์กร ด้วยการ ดำเนินงาน 5 ประการ (I.-V.) ที่กล่าวมา เป็นการพัฒนาตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย (R2R)^(6,8-11) เชิงบูรณาการ ด้วย 5Ms คือ Man, Money, Material, Management, Minute ที่มีอยู่ เป็นกระบวนการในการทำให้การทำงาน ที่พวกเราทำอยู่ทุก ๆ วัน “เป็นผลงานวิจัย” ที่ก่อให้เกิดการพัฒนา/หน่วยงาน/องค์กร อย่างนำภาคภูมิใจ และ พวกเรามีความสุข ยิ่ง ๆ ขึ้น ตลอดเวลา เป็น 5 in 1 (ทำเพียง 1 แต่ได้ถึง 5 อย่าง) คือ ได้ทั้งการพัฒนาคน พัฒนาองค์กร พัฒนาวิชาการ และการพัฒนา ประเทศชาติ ไปพร้อม ๆ กัน ถ้าเป็น R2R แท้ และดี (R2R2E)⁽⁸⁻¹⁰⁾ จะเป็นกระบวนการทำงาน ของ “ทีมคนดี” ที่มุ่งมั่นทำงานเพื่องาน และเพื่อ ผู้รับบริการ (ประชาชน) อย่างเสียสละ นำชื่นชม เป็นระยะเวลาที่ยาวนานหลายปีติดต่อกัน จึงเป็น การทำวิจัยเพื่อแก้ปัญหอย่างต่อเนื่อง ที่พวกเรา ทุกคนสามารถทำได้ทันที ตลอดเวลา ก่อให้เกิด “บุคคล/หน่วยงาน/องค์กร คุณภาพ” อย่างยั่งยืน ทุกคนที่ปฏิบัติงาน สามารถสร้างสรรค์ผลงาน ทางวิชาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง “ผลงานวิจัย” ในทุก ๆ งานที่แต่ละคนทำ นำมาสู่ความเจริญ ก้าวหน้าของทั้งบุคลากร หน่วยงาน องค์กร และประเทศชาติ อย่างมั่นคงยิ่ง ๆ ขึ้น (ระดับ 5) ด้วยการวิจัยเชิงบูรณาการ ดังภาพที่ 2

การ “พัฒนา” งานอย่างต่อเนื่องนี้ เป็นการทำงาน ที่มีคุณภาพสูง อย่างครบวงจร

ตามแต่ละกิจกรรม ในแต่ละช่วงเวลา อย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การพัฒนา “งาน” ที่มีนัย และยั่งยืน (Continuous & Sustainable Working Improvement: CSWI) สมควรนำมาประยุกต์/ใช้ในการดำเนินชีวิตของเราทุกคน ปลูกฝังให้เป็น “คนดีของสังคม” ที่ใฝ่รู้ ร่วมด้วยช่วยกัน ในการเพิ่มพูนทักษะของการเรียนรู้ตลอดชีวิต อย่างมีจิตสาธารณะ สู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีถ้วนหน้า อย่างยั่งยืน ด้วยคติประจำใจว่า “จงทำให้ดีที่สุด และ ดีกว่าเดิม ที่งานของเรา ทำเดี๋ยวนี และ

ทำตลอดไป”^(6,8,10) นับเป็นการทำวิจัยเพื่อแก้ปัญหาอย่างยั่งยืน (= ระดับ 6)

ขอสรุปว่า การทำวิจัยเพื่อแก้ปัญหา มุ่งผลผลิต (Productivities) ที่พึงประสงค์ คือ การพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง เป็นการทำให้ “งาน” ที่มีคุณภาพสูง อย่างครบวงจรและต่อเนื่อง ตามแต่ละช่วงเวลา นำไปสู่การพัฒนา ที่มีนัย และยั่งยืน ของเราได้ทำวิจัยเพื่อแก้ปัญหาในงานของเรา มาตั้งแต่วันแรกที่มาทำงานและทำอย่างตั้งใจ ต่อเนื่องมาจนถึงทุกวันนี้ ของเราสามารถ



การ “พัฒนา” งานอย่างต่อเนื่อง



ภาพที่ 2 การบูรณาการ การบริหาร/จัดการ การพัฒนา&แก้ปัญหา อย่างยั่งยืน ในการทำงาน ด้วย R2R2E

เขียนผลงาน R2R แท้และดี (R2R2E)^(6,8,10) เหล่านี้ ได้ปีละ = จำนวนงานที่พวกเราทำ และสามารถทำต่อไปได้ตลอดเวลา ตลอดชีวิตของ “งาน” ของพวกเรา

■ ข้อสอบอเน:

ทุกหน่วยงาน/สถาบัน/องค์กร สามารถนำเนื้อหาที่นำเสนอนี้ ไปเป็นส่วนหนึ่งของแนวคิดหลักการ และวิธีการ ในการทำ พัฒนา และแก้ปัญหา เกี่ยวกับการทำงานและการทำวิจัย เพื่อแก้ปัญหาของตนได้อย่างเสรี จะสามารถช่วยส่งเสริม สนับสนุน และช่วยเหลือ ให้บุคลากรของตน มีความสุขในการทำงานมากขึ้น ได้ผลงานวิจัยที่สามารถนำไปสู่ความเจริญก้าวหน้าของทั้งตัวบุคลากรเอง หน่วยงาน องค์กร สถาบัน และประเทศชาติ อย่างรวดเร็ว มั่นคง และยั่งยืน ยิ่งๆ ขึ้น → ประโยชน์สุขของประชาชน และมวลหมู่มนุษยชาติ ในการทำวิจัยเพื่อแก้ปัญหาในระดับที่ 7

แนวทางและวิธีการ ในการดำเนินงานสามารถทำได้ 6 ทาง ตาม “ผู้ต้องการทำ” คือ

1. โดยบุคลากรแต่ละคน ต้องการตัวเอง
2. โดยผู้บริหารของแต่ละหน่วยงาน ต้องการทำ
3. โดยผู้บริหารของแต่ละ**องค์กร** (ภาครัฐ เอกชน NGOs และ ภาคประชาชน)
4. โดยผู้บริหารของแต่ละ**สถาบัน** (การศึกษา วิจัย การกุศล) ต้องการทำ
5. โดยผู้บริหารของแต่ละ**ประเทศ** (นายกรัฐมนตรี รัฐมนตรี)
6. โดยผู้บริหารของแต่ละ**กลุ่มบุคคล** ที่ต้องการพัฒนาและมีศักยภาพ ในสังคมต่างๆ (ใน/นอก ประเทศ ระหว่างประเทศ นานาชาติ ฯลฯ)

วิธีการ ในการดำเนินงาน **เสนอให้**

“ทำ” ดังนี้

1. **สร้างตัวอย่างจริง**ที่จับต้องได้ชัดเจน ในบริบทของแต่ละแนวทางการดำเนินงานทำวิจัย เพื่อแก้ปัญหาของตน เน้นงานตามภารกิจหลัก ที่ให้บริการ/ดูแล ประชาชน หรือ กลุ่มเป้าหมายหลัก มายาวนาน >3 ปี ติดต่อกันแล้ว ไม่น้อยกว่า 3 ตัวอย่าง ที่มีข้อมูลยืนยันชัดเจน เชื่อถือได้ ใช้เวลา ~ 6 เดือน จัดเป็นที่มงาน ครู ก.

2. **ขยายผล**ด้วยหลักการพัฒนางาน/คนแบบดาวกระจาย จาก ครู ก. → ครู ข. → ครู ค. อย่างต่อเนื่อง ให้ได้ “ตัวอย่างผลงานวิจัยที่จับต้องได้” จากที่มงาน ครู ก. ภายในเวลาอีกไม่เกิน 6 เดือน ไม่น้อยกว่า 2 ตัวอย่าง โดยรายงานผลการดำเนินงานและผลงาน ทั้ง 1. และ 2. ให้ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรเรา และสาธารณะ (ประชาชน สื่อมวลชน และสังคม) ได้รับรู้และชื่นชม อย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย ทุก 3 เดือน

3. **ถอดบทเรียน** ผลการดำเนินงานและผลงาน ทั้ง 1. และ 2. มาจัดทำระบบและกลไกในการทำงาน/ทำวิจัย ของแนวทางและวิธีการในการทำวิจัยเพื่อแก้ปัญหาเชิงบูรณาการ ภายใต้สถานการณ์ บริบท และข้อจำกัดที่มีอยู่ ที่มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลสูง ด้วย R2R2E พร้อมตัวอย่างการดำเนินงานและผลงาน ที่ได้ร่วมมือร่วมใจกันในหน่วยงานและกับเครือข่ายในการพัฒนา ด้วยกระบวนการ KM⁽⁶⁻⁸⁾ รวมระยะเวลา >4 ปี

4. **ดำเนินการและพัฒนา**แนวทางและวิธีการในการทำวิจัยเพื่อแก้ปัญหาเชิงบูรณาการแบบดาวกระจาย ของบุคลากร/งาน/หน่วยงาน/องค์กร ของเราให้ดี กระทัดรัด มีประสิทธิผล และมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถพัฒนางานทั้งหลายของแต่ละบุคคล/งาน/หน่วยงาน ในองค์กร (รวมงานวิจัยด้วย) ทั้งของบุคลากรแต่ละคน/แต่ละทีม ของผู้ที่บุคลากรผู้นั้นดูแล และของ

ผู้มาใช้บริการ รวมทั้งของประชาชนในชุมชน ที่ตั้งของหน่วยงาน ให้ดียิ่งๆ ขึ้น อย่างต่อเนื่อง และผู้เกี่ยวข้องมีความสุข ตลอดเวลา โดยยกย่องชื่นชมผู้บริหารของแต่ละหน่วยงาน ที่ให้การสนับสนุน/ส่งเสริม การดำเนินงานและการพัฒนา (= Empowerment)

5. **ขยายผล/ต่อยอด** การดำเนินงาน และการพัฒนาแนวทางและวิธีการในการทำวิจัย เพื่อแก้ปัญหาเชิงบูรณาการ แบบดาวกระจาย ให้ดี และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อย่างต่อเนื่อง ตลอดเวลาและตลอดไป จนกว่าจะเลิกทำงานนี้ พร้อมทั้งขยายผลไปยังการทำ “งานอื่น” อย่างไม่รู้จัก ตามแนวทางและวิธีการ ในการดำเนินงาน

ที่ได้กล่าวมา ด้วยความร่วมมือร่วมใจของพวกเรา และเครือข่าย ด้วยกระบวนการ KM, R2R2E, HRD, สู่ Continuous Improvement เป็น Learning Organization : LO ที่สร้างงาม นำภาคภูมิใจ ตลอดไป

สิ่งที่นำมาใช้ตลอดเวลา คือ การนำสิ่งที่ ได้จากการดำเนินงานไปใช้ประโยชน์ (Utilizing of Working Outcomes)⁽⁷⁻¹⁰⁾ อย่างคุ่มค้ายิ่งๆ ขึ้น ต่อทั้ง Customers, People, Providers, Organization, Institute, Country, International, Academics, Social, และ Economics สู่เป้าหมายการมีคุณภาพชีวิตที่ดีถ้วนหน้าอย่าง ยั่งยืนของประชาชน/มนุษยชาติ ตลอดไป

เอกสารอ้างอิง

1. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติ สภานโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ พ.ศ. 2562. หน้า 8-41 เล่ม 136 ตอนที่ 57 ก; 1 พฤษภาคม 2562.
2. ศูนย์ส่งเสริมจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดล. คู่มือ CITI PROGRAM สำหรับบุคลากร และนักศึกษา. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
3. สมชาติ โตรักษา. การทำวิจัยเพื่อพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาบริหารงาน สาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.
4. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. ตำราชุดฝึกอบรมหลักสูตร “นักวิจัย” กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุม สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2550.
5. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. คู่มือนักวิจัยมือใหม่. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วงศ์สว่างการพิมพ์; 2552.
6. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. ตำราชุดฝึกอบรมหลักสูตร “นักวิจัย”ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ; 2557.
7. สมชาติ โตรักษา. หลักการบริหารหน่วยงาน ภาคที่ 1 หลักการบริหารองค์การ และหน่วยงาน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: เอส.พี.เอ็น; 2548.
8. สมชาติ โตรักษา. การประยุกต์หลักการบริหารเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
9. สมชาติ โตรักษา. กิจกรรมหลักของการวิจัย. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2566;46(1):11-26.
10. สมชาติ โตรักษา. R2R: การพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย. Rajabhat Journal of Science, Humanities & Social Sciences 2558;16(2):142-55.
11. เชิดชัย นพพณีจรัสเลิศ, อัครินทร์ นิมมานนิตย์, บรรณารักษ์. เคล็ดไม่ลับคุณอำนวย ฟันเฟืองขับเคลื่อน R2R. กรุงเทพฯ: ยูเนียน ศรีเอชเอ็น; 2553.

ผลการดำเนินงานการจัดทำข้อเสนอแผนงาน หรือโครงการภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจ กระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาการระบาด ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระทรวงสาธารณสุข

โดย พรพรรณธิดา ศรีชนะ*
ว่าที่ร้อยเอก สายชล สู้สุข*

บทคัดย่อ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่ ปี 2563 เป็นต้นมา เริ่มมีการแพร่ระบาดจากต่างประเทศเข้าสู่ประเทศไทย ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรไทย และประเทศไทยมีการเตรียมรับมือเพื่อรองรับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทางด้านสาธารณสุข และสิ่งที่สำคัญคือความพร้อมด้านงบประมาณ เพื่อเตรียมรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รัฐบาลจึงได้ออกพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. 2563 และพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสังคมจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มเติม พ.ศ. 2564 โดยต้องมีกระบวนการจัดทำข้อเสนอแผนงานหรือโครงการต้องเป็นไปตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการดำเนินการตามแผนงานหรือโครงการภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงิน เพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. 2563 และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการดำเนินการตามแผนงานหรือโครงการภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงิน เพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสังคมจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มเติม พ.ศ. 2564 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก โดยให้หน่วยงานของรัฐทั้งภายในสังกัดและภายนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จัดทำข้อเสนอแผนงานหรือโครงการและต้องผ่านรัฐมนตรีเจ้าสังกัดเห็นชอบก่อนจัดส่งมายังกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงสาธารณสุขรวบรวม สรุปภาพรวมพร้อมทั้งจัดทำความเห็นเสนอรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ และส่งไปยังสภาพัฒนาการเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติในฐานะฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้ เพื่อเสนอคณะรัฐมนตรีและอนุมัติเป็นลำดับต่อไป ซึ่งกระบวนการจัดทำข้อเสนอแผนงานหรือโครงการมีหลายขั้นตอนส่งผลต่อการจัดทำข้อเสนอแผนงานหรือโครงการมีความล่าช้าและมีผลการใช้จ่ายเงินกู้ล่าช้า ไม่เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด และมีแนวทางแก้ไขปัญหาพร้อมทั้งข้อเสนอแนะแนวทางเพื่อพัฒนาและต่อยอดการทำงานในครั้งต่อไป ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพทันต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคอุบัติใหม่ได้ทันทางที่ สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน

คำสำคัญ : พระราชกำหนด ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี แผนงานหรือโครงการ คณะกรรมการ เงินกู้

* กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Performance of the preparation of a plan or project proposal Under the Royal Decree authorizing the Ministry of Finance to borrow money to solve the epidemic problem of the Coronavirus Disease 2019, Ministry of Public Health

Pantipa Srichana*

Acting Capt. Saichol Susukh*

Abstract

From the situation of the epidemic of the Coronavirus 2019 since 2020, it began to spread from abroad into Thailand. affecting the health of the Thai population and Thailand. There are preparations to deal with the spread of the Coronavirus Disease 2019 in public health. And what is important is budget readiness. to prepare for the situation of the epidemic of viral diseases Corona 2019 The government has therefore issued a royal decree authorizing the Ministry of Finance to borrow money to solve the problem. and revitalize the economy and society affected by the outbreak of the Coronavirus Disease 2019 B.E. 2563 and revitalize the economy and society affected by the outbreak of the Coronavirus Disease 2019 B.E. 2563 and the royal decree authorizing the Ministry of Finance to borrow money to solve economic and social problems caused by the outbreak Of Coronavirus Disease 2019 Addition B.E. 2564 The process for making proposals for plans or projects must be in accordance with the Regulations of the Office of the Prime Minister on Implementation of Plans or Projects under the Royal Decree on Loan Authorization by the Ministry of Finance. to solve problems, heal, and restore the economy and society affected by the outbreak of the Coronavirus Disease 2019, 2020. and regulations of the Office of the Prime Minister on the implementation of plans or projects under the Royal Decree on the power of the Ministry of Finance to borrow money To solve economic and social problems caused by the outbreak of the Coronavirus Disease 2019 Addition B.E. 2564 which the Ministry of Public Health is the main responsible agency by allowing government agencies, both within and outside the Ministry of Public Health Make proposals for plans or projects and must be approved by the Responsible Minister before submitting them to the Ministry of Public Health. and the Ministry of Public Health collected Summarize the overview and prepare opinions to submit to the Minister of Public Health for approval. and sent to the National Economic Development Council as the secretary of the loan expenditure screening committee to be presented to the Cabinet and subsequently approved. There are many steps in the preparation of plan or project proposals,

resulting in delays in the preparation of plan or project proposals and resulting in delayed loan payments. not according to the specified period And there are solutions to problems as well as suggestions for development and further work in the future. Effectively, effectively, and promptly with the situation of the epidemic of the Coronavirus Disease 2019 or emerging diseases. able to solve health problems and maximize the benefit of the people

Keywords : decree, Regulations of the Prime Minister’s Office, work plan or project, Board, loan

* Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health

■ บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่ ปี 2563 เป็นต้นมา เริ่มมีการแพร่ระบาดจากต่างประเทศเข้าสู่ประเทศไทย ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรไทย และประเทศไทยมีการเตรียมรับมือเพื่อรองรับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทางด้านสาธารณสุข และสิ่งที่สำคัญคือความพร้อมด้านงบประมาณ รัฐบาลจึงได้ออกพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. 2563⁽¹⁾ และพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เศรษฐกิจและสังคมจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มเติม พ.ศ. 2564⁽²⁾ โดยการจัดทำข้อเสนอโครงการต้องเป็นไปตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการดำเนินการตามแผนงานหรือโครงการภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงิน เพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. 2563⁽³⁾ และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วย

การดำเนินการตามแผนงานหรือโครงการภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสังคมจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มเติม พ.ศ. 2564⁽⁴⁾ โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบ แผนงานหรือโครงการที่มีวัตถุประสงค์ทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามบัญชีท้ายพระราชกำหนดฯ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรองรับค่าใช้จ่าย ค่าเยียวยา ค่าชดเชย และค่าเสี่ยงภัย สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อจัดซื้อจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข ยารักษาโรค วัคซีนป้องกันโรค ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ เพื่อรองรับค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต่อการบำบัดรักษา ป้องกัน ควบคุมโรค รวมทั้งการวิจัยพัฒนาทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อเตรียมความพร้อมด้านสถานพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการกักตัวผู้มีความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเพื่อเตรียมรับมือสถานการณ์ฉุกเฉิน อันเนื่องมาจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการเสนอโครงการเพื่อขอใช้จ่ายเงินกู้ โดยให้หน่วยงานของรัฐทั้งภายในและภายนอก

สังกัดกระทรวงสาธารณสุขต้องผ่านรัฐมนตรี
เจ้าสังกัดให้ความเห็นชอบการจัดทำรายละเอียด
โครงการก่อนจัดส่งมายังกระทรวงสาธารณสุข
เพื่อรวบรวมและจัดทำความเห็น ก่อนเสนอ
สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม
แห่งชาติ ในฐานะเลขานุการของคณะกรรมการ
กลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้พิจารณาและนำเสนอ
คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบต่อไป

การจัดทำข้อเสนอแผนงานหรือโครงการ
ภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลัง
กู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็น
กระบวนการที่มีความสำคัญเพื่อเตรียมความ
พร้อมด้านงบประมาณ และเตรียมรับมือกับ
สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 และเตรียมรับมือโรคอุบัติใหม่
อุบัติซ้ำ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งเป็นกระบวนการ
ที่สำคัญในการขับเคลื่อนงานด้านสาธารณสุข
และเพื่อแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของโรค
ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน ดังนั้น
กระบวนการจัดทำข้อเสนอแผนงานหรือโครงการ
ภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลัง
กู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019⁽⁵⁾ กระทรวงสาธารณสุข
จึงมีความสำคัญและการเสนอคำขอโครงการฯ
ต้องรวดเร็ว ถูกต้อง ทันต่อสถานการณ์การแพร่
ระบาดของโรค ลดอัตราการเจ็บป่วย การเสียชีวิต
ของประชาชนได้อย่างทันที่ และลดภาระ
ค่าใช้จ่ายของหน่วยงานภาครัฐ

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษากระบวนการจัดทำข้อเสนอ
แผนงานหรือโครงการภายใต้พระราชกำหนดให้

อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา
การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคในการเสนอ
แผนงานหรือโครงการภายใต้พระราชกำหนดให้
อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา
การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ทั้งหน่วยงานภายในและภายนอกสังกัดกระทรวง
สาธารณสุข

3. เพื่อเสนอแนะแนวทางในกระบวนการ
จัดทำคำขอโครงการอย่างมีประสิทธิภาพ
ประสิทธิผล ทันต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด
ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเกิดประโยชน์
สูงสุดกับประชาชน

■ วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาจาก
เอกสาร และวิเคราะห์ข้อมูลจากการปฏิบัติงานจริง
ของผู้เขียนโดยเป็นการศึกษา

1. กระบวนการจัดทำข้อเสนอแผนงาน
หรือโครงการภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจ
กระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาการ
ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้ง 2 ฉบับ
ประกอบด้วย ฉบับที่ 1 พระราชกำหนดให้อำนาจ
กระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา
และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม ที่ได้รับผลกระทบ
จากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
พ.ศ. 2563⁽¹⁾ และฉบับที่ 2 พระราชกำหนดให้
อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา
เศรษฐกิจและสังคมจากการระบาดของโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มเติม พ.ศ. 2564⁽²⁾
และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ทั้ง 2 ระเบียบ
ประกอบด้วย 1) ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี
ว่าด้วยการดำเนินการตามแผนงานหรือโครงการ

ภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงิน เพื่อแก้ไขปัญหา เยี่ยวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. 2563⁽³⁾ และ 2) ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการดำเนินการตามแผนงานหรือโครงการภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงิน เพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสังคมจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มเติม พ.ศ. 2564⁽⁴⁾ สนับสนุนข้อมูลเอกสารวิชาการจากสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงการคลัง และแสดงกระบวนการและขั้นตอนการเสนอแผนงานหรือโครงการภายใต้ พ.ร.ก. เงินกู้ COVID-19 จากกลุ่มแผนงบประมาณด้านสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2. ปัญหาอุปสรรคในการเสนอแผนงานหรือโครงการภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากการรวบรวมข้อเสนอแผนงานหรือโครงการภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งหน่วยงานภายในสังกัดและภายนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขของหน่วยงานภายในสังกัดและภายนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย หน่วยงานในกำกับสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม กระทรวงคมนาคม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงยุติธรรม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สภาวิชาชีพ และ UHosNet โดยทุกหน่วยงานที่เสนอคำขอ

ต้องผ่านรัฐมนตรีเจ้าสังกัดให้ความเห็นชอบก่อนจัดส่งมายังกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรวบรวมวิเคราะห์ สรุปภาพรวมและจัดทำความเห็นเสนอต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ก่อนจัดส่งไปยังสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในฐานะฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้ เพื่อเสนอคณะรัฐมนตรีเห็นชอบเป็นลำดับต่อไป

3. เสนอแนะแนวทางในกระบวนการจัดทำคำขอโครงการอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ทันต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน

■ ผลการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาจากเอกสาร และวิเคราะห์ข้อมูลจากการปฏิบัติงานจริงของผู้เขียน โดยขอเสนอผลการศึกษา ดังนี้

1. กระบวนการจัดทำข้อเสนอแผนงานหรือโครงการภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กระบวนการหรือขั้นตอนการเสนอแผนงานหรือโครงการฯ ต้องศึกษาข้อมูลนิยามศัพท์ กระบวนการ/ขั้นตอน และผลการศึกษา รายละเอียดดังนี้

นิยามศัพท์

1.1) การจัดทำข้อเสนอแผนงานหรือโครงการภายใต้แผนงานหรือโครงการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หมายความว่า การจัดรายละเอียดค่าของงบประมาณ โดยระบุแผนงาน โครงการ กิจกรรม วัตถุประสงค์ วงเงิน

งบประมาณ กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่ดำเนินงาน ความพร้อมของการดำเนินงาน แผนการดำเนินงาน แผนการใช้งบประมาณ ระยะเวลา ตัวชี้วัด ผลสำเร็จที่มีความชัดเจน ผลที่คาดว่าจะได้รับ ให้มีความสอดคล้องตามข้อเสนอโครงการ ภายใต้แผนงานหรือโครงการที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อแก้ปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ตามท้ายบัญชี พ.ร.ก. เงินกู้) ดังนี้

พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. 2563⁽¹⁾ (กรอบวงเงิน 45,000 ล้านบาท) มีวัตถุประสงค์ 5 แผนงาน ประกอบด้วย

แผนงานที่ 1 แผนงานหรือโครงการ เพื่อรองรับค่าใช้จ่าย ค่าเยียวยา ค่าชดเชย และค่าเสี่ยงภัยสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข รวมถึงผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการจัดหาผู้ชำนาญการทั้งในประเทศและต่างประเทศ

แผนงานที่ 2 แผนงานหรือโครงการ เพื่อจัดซื้อจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข ยารักษาโรค วัคซีนป้องกันโรค และห้องปฏิบัติการทางการแพทย์

แผนงานที่ 3 แผนงานหรือโครงการ เพื่อรองรับค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต่อการบำบัดรักษา ป้องกัน ควบคุมโรค รวมทั้งการวิจัยพัฒนาทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อการฟื้นฟูด้านสาธารณสุขของประเทศ

แผนงานที่ 4 แผนงานหรือโครงการ เพื่อการเตรียมความพร้อมด้านสถานพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการกักตัวผู้มีความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัส

โคโรนา 2019

แผนงานที่ 5 แผนงานหรือโครงการ ด้านสาธารณสุขเพื่อรับมือสถานการณ์ฉุกเฉิน อันเนื่องมาจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสังคมจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มเติม พ.ศ. 2564⁽²⁾ (กรอบวงเงิน 30,000 ล้านบาท) มีวัตถุประสงค์ 3 แผนงาน ประกอบด้วย

แผนงานที่ 1 แผนงานหรือโครงการ เพื่อรองรับค่าใช้จ่ายในการจัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยารักษาโรค วัคซีน และการวิจัย พัฒนาและผลิตวัคซีนภายในประเทศ

แผนงานที่ 2 แผนงานหรือโครงการ เพื่อปรับปรุงสถานพยาบาลสำหรับการบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

แผนงานที่ 3 แผนงานหรือโครงการ เพื่อรองรับค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

1.2) พระราชกำหนด หมายความว่า พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มเติม พ.ศ. 2564

1.3) โครงการ หมายความว่า แผนงานหรือโครงการที่มีวัตถุประสงค์ตามแผนงานหรือโครงการที่กำหนดไว้ในบัญชีท้ายพระราชกำหนด

1.4) แผนงานหรือโครงการ หมายความว่า แผนงานหรือโครงการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามที่กำหนดไว้ในบัญชีท้ายพระราชกำหนด

1.5) เงินกู้ หมายความว่า เงินที่กระทรวงการคลังโดยอนุมัติคณะรัฐมนตรี กู้ในนามรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยตามพระราชกำหนด

1.6) คณะกรรมการ หมายความว่า คณะกรรมการกั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้ตามพระราชกำหนด

1.7) หน่วยงานเจ้าของโครงการ หมายความว่า หน่วยงานของรัฐที่คณะรัฐมนตรีอนุมัติหรือมอบหมายให้ดำเนินโครงการ

1.8) การเสนอโครงการ เพื่อขอใช้จ่ายเงินกู้ภายใต้วงเงินในแผนงานหรือโครงการที่ 1 ให้หน่วยงานของรัฐโดยความเห็นชอบของรัฐมนตรีเจ้าสังกัดจัดทำรายละเอียดโครงการเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรวบรวมและจัดทำความเห็น ก่อนเสนอคณะกรรมการพิจารณา

1.9) การติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการ หมายความว่า การรายงานผลการใช้จ่ายเงินกู้ตามพระราชกำหนด ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังกำหนด โดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี

1.10) คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานติดตามเร่งรัดการดำเนินงาน และผลการใช้จ่ายเงินกู้ หมายความว่า คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานติดตามเร่งรัดการดำเนินงาน และผลการใช้จ่ายเงินกู้ ภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยี่ยวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจ และสังคมที่ได้รับจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. 2563 และภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสังคมจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มเติม พ.ศ. 2564

1.11) การควบคุม กำกับ ติดตามประเมินผลตามคณะทำงานติดตามเงินกู้ หมายความว่า ถึง

รวบรวม วิเคราะห์ และสรุปข้อเสนอหรือโครงการสรุปและเสนอความเห็นของแผนงานหรือโครงการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข กำกับ ติดตาม ผลการดำเนินงานทั้งวงเงินและวงงาน ของหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุขทุกสัปดาห์ และเสนอต่อผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขประจำเดือน ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข

กระบวนการและขั้นตอน

1) แจ้งเวียนแนวทางการจัดทำคำข้อเสนอแผนงานหรือโครงการมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปยังหน่วยงานภายในสังกัดและภายนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2) หน่วยงานของรัฐที่ประสงค์จะเสนอคำขอ จัดทำคำขอข้อเสนอโครงการภายใต้พระราชกำหนดฯ เงินกู้ COVID-19 ตามแบบฟอร์มที่สภาพัฒน์ฯ กำหนด ประกอบด้วยแบบฟอร์ม⁽⁵⁾ ดังนี้

2.1) แบบฟอร์ม 1 ข้อเสนอโครงการหลัก

2.2) แบบฟอร์ม 2 ข้อเสนอโครงการย่อย

2.3) แบบฟอร์มบริหารความเสี่ยง

2.4) แบบฟอร์ม ปร.4, 5, 6 (กรณีโครงการที่มีงบลงทุน ได้แก่ ครุภัณฑ์/ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง)

2.5) เอกสารแนบอื่นๆ เช่น ใบเสนอราคาคู่เทียบ 3 บริษัท ให้เป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลังกำหนด

3) หน่วยงานของรัฐเสนอแผนงานหรือโครงการฯ ต่อหัวหน้าส่วนราชการระดับกรมหรือเทียบเท่า ลงนามในข้อเสนอโครงการฯ

และเสนอต่อรัฐมนตรีเจ้าสังกัดให้ความเห็นชอบก่อนจัดส่งมายังกระทรวงสาธารณสุข

4) กระทรวงสาธารณสุข รวบรวมตรวจสอบ วิเคราะห์ สรุปภาพรวมและจัดทำความเห็น เสนอต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ให้ความเห็นชอบก่อนจัดส่งไปยังสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในฐานะฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้

5) ประชุมคณะอนุกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้

6) ประชุมคณะกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้

7) ฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้ สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อให้ความเห็นชอบและอนุมัติ

8) เมื่อคณะรัฐมนตรีเห็นชอบแล้ว สภาพัฒนฯ แจ้งเจ้าของแผนงานหรือโครงการเพื่อบันทึกในระบบ eMENSRC

9) สำนักงบประมาณ กระทรวงการคลัง แจ้งจัดสรรงบประมาณไปยังหน่วยงาน

10) สำนักงานบริหารหนี้สาธารณะ รับทราบผลการอนุมัติแผนงานหรือโครงการเพื่อเป็นฐานข้อมูลในการกำกับติดตามผลการดำเนินงานและผลการใช้จ่ายเงินกู้เป็นลำดับต่อไป

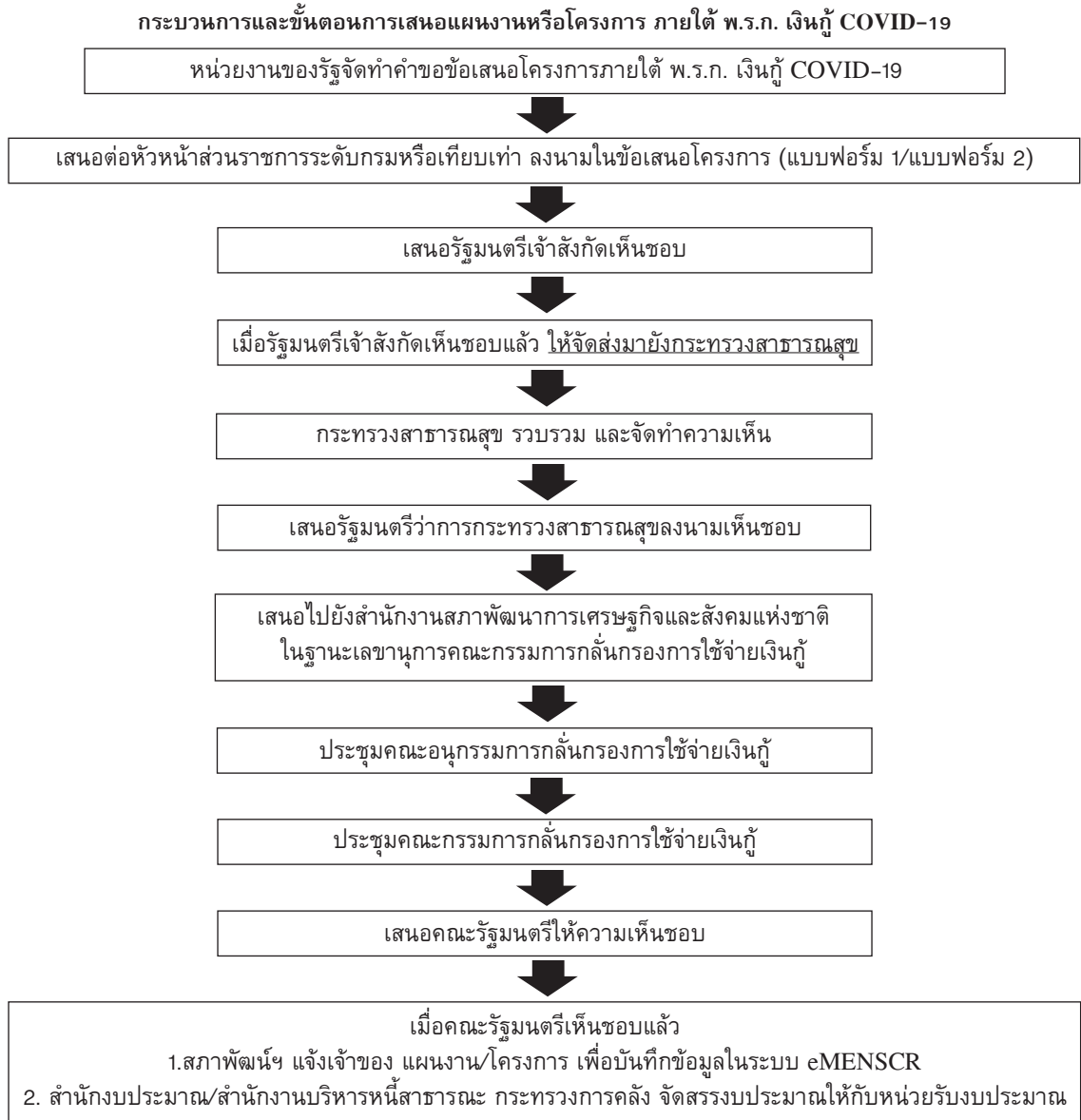
กระบวนการและขั้นตอนการเสนอคำขอแผนงานหรือโครงการ⁽⁵⁾ ภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. 2563 และภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจ

และสังคมจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มเติม พ.ศ. 2564 รายละเอียดดังแผนภาพที่ 1

จากกระบวนการและขั้นตอนการเสนอแผนงานหรือโครงการ ภายใต้ พ.ร.ก. เงินกู้ COVID-19 สรุปผลการดำเนินงานการจัดทำข้อเสนอแผนงานหรือโครงการภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระทรวงสาธารณสุข สรุปรายละเอียดเรียงตามหัวข้อ ดังนี้

1) ผลการดำเนินงานข้อเสนอแผนงานหรือโครงการภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงิน เพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. 2563⁽¹⁾ (กรอบวงเงิน 45,000 ล้านบาท) พบว่ามีหน่วยงานที่เสนอคำขอภายใต้ พ.ร.ก. เงินกู้ COVID-19 ทั้งหน่วยงานภายในและภายนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม กระทรวงคมนาคม กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สภากาชาดไทย และ UHosNet เสนอคำขอรวมทั้งสิ้น จำนวน 234 โครงการ วงเงินรวมทั้งสิ้น 51,818.59 ล้านบาท ซึ่งเกินกรอบวงเงิน เนื่องจากมีการแพร่ระบาดเป็นวงกว้าง จึงมีความจำเป็นต้องเสนอวงเงินเพิ่ม และเกินกรอบวงเงินที่กำหนด จำแนกเป็นหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 41 โครงการ วงเงิน 43,778.88 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 84.48 และหน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 193 โครงการ วงเงิน 8,040.07 ล้านบาท

แผนภาพที่ 1 แสดงกระบวนการและขั้นตอนการเสนอแผนงานหรือโครงการ ภายใต้ พ.ร.ก. เงินกู้ COVID-19⁽⁶⁾



ที่มา : กลุ่มแผนงบประมาณด้านสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

คิดเป็นร้อยละ 15.52 และได้รับการอนุมัติรวมทั้งสิ้น จำนวน 52 โครงการ วงเงินรวมทั้งสิ้น 63,431.98 ล้านบาท ประกอบด้วย หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 23 โครงการ วงเงิน 62,781.41 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 98.97 และหน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 29 โครงการ วงเงิน 650.57 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 1.03 ดังตารางที่ 1

2) ผลการดำเนินงานข้อเสนอแผนงานหรือโครงการภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสังคมจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มเติม พ.ศ. 2564⁽²⁾ (กรอบวงเงิน 30,000 ล้านบาท) พบว่า มีหน่วยงานที่เสนอคำขอภายใต้ พ.ร.ก. เงินกู้ COVID-19 ทั้งหน่วยงานภายในและหน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงยุติธรรม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และสภาอากาศไทย รวมทั้งสิ้น จำนวน 203 โครงการ วงเงินรวมทั้งสิ้น 49,266.57 ล้านบาท ประกอบด้วย หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 16 โครงการ วงเงิน 38,501.12 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 78.15 และหน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 187 โครงการ วงเงิน 10,765.45 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 21.85 และได้รับการอนุมัติ รวมทั้งสิ้นจำนวน 45 โครงการ วงเงินรวมทั้งสิ้น 221,542.74 ล้านบาท ประกอบด้วย หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 30 โครงการ วงเงิน 218,922.41 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 98.82 และหน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 15 โครงการ

วงเงิน 2,613.33 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 1.18 ดังตารางที่ 2

2. ปัญหาอุปสรรคในการเสนอแผนงานหรือโครงการภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวง การคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จากกระบวนการจัดทำคำขอข้อเสนอแผนงานหรือโครงการ ภายใต้ พ.ร.ก. เงินกู้ COVID-19 ทั้ง 2 ฉบับ พบว่า มีปัญหาอุปสรรคจากการดำเนินงาน ดังนี้

2.1) เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ ส่งผลให้การเตรียมความพร้อมในการรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาดยังไม่ทันทั่วถึง โดยเฉพาะขั้นตอนการเสนองบประมาณภายใต้ พ.ร.ก. เงินกู้ COVID-19 ตามแบบฟอร์มที่สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติกำหนด ยังไม่มีความสอดคล้องสถานการณ์ มีการปรับแก้ไขแบบฟอร์มและเนื้อหาโครงการ ส่งผลให้นำส่งและเสนอคำขอจึงมีความล่าช้า

2.2) ทุกหน่วยงานที่เสนอคำขอภายใต้ พ.ร.ก. เงินกู้ COVID-19 ต้องเสนอผ่านรัฐมนตรีเจ้าสังกัดให้ความเห็นก่อนจัดส่งมายังกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งการเสนอเพิ่มหรือเอกสารโครงการต่อผู้บริหารแต่ละกระทรวงหลายขั้นตอน และขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่ ไม่สามารถควบคุมได้

2.3) บางโครงการมีรายการครุภัณฑ์ราคาสูง ขนาดใหญ่ ส่วนมากนำเข้าจากต่างประเทศ ทำให้กระบวนการในการดำเนินงานต้องใช้เวลาานาน ทั้งการเตรียมพื้นที่ การติดตั้ง การเบิกจ่ายงบประมาณต้องเบิกหลังจากการส่งมอบและตรวจรับแล้วเสร็จ ทำให้การเบิกจ่าย

ตารางที่ 1 แสดงวงเงินคำขอและวงเงินอนุมัติ กรอบวงเงิน 45,000 ล้านบาท จำแนกเป็นรายแผนงาน (บัญชีท้าย พ.ร.ก. เงินกู้)⁽⁷⁾

แผนงาน	วงเงินคำขอ (หน่วย : ล้านบาท)	วงเงินอนุมัติ (หน่วย : ล้านบาท)
รวมทั้งสิ้น	51,818.95	63,431.98
แผนงานที่ 1 : แผนงานหรือโครงการเพื่อรองรับค่าใช้จ่าย ค่าเยียวยา ค่าชดเชย และค่าเสียหายสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการจัดหาผู้ชำนาญการทั้งในประเทศและต่างประเทศ	11,359.89	6,301.84
แผนงานที่ 2 : แผนงานหรือโครงการเพื่อจัดซื้อจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข ยารักษาโรค วัคซีนป้องกันโรค และห้องปฏิบัติการทางการแพทย์	7,398.71	15,328.06
แผนงานที่ 3 : แผนงานหรือโครงการเพื่อรองรับค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต่อการบำบัดรักษา ป้องกัน ควบคุมโรค รวมทั้งการวิจัยพัฒนาทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อการฟื้นฟูด้านสาธารณสุขของประเทศ	10,921.20	30,360.86
แผนงานที่ 4 : แผนงานหรือโครงการเพื่อการเตรียมความพร้อมด้านสถานพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการกักตัวผู้มีความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	18,477.52	9,815.36
แผนงานที่ 5 : แผนงานหรือโครงการด้านสาธารณสุขเพื่อรับมือสถานการณ์ฉุกเฉิน อันเนื่องมาจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	3,661.63	1,625.86

ตารางที่ 2 แสดงวงเงินคำขอและวงเงินการอนุมัติ กรอบวงเงิน 30,000 ล้านบาท จำแนกเป็นรายแผนงาน (บัญชีท้าย พ.ร.ก. เงินกู้)⁽⁷⁾

แผนงาน	วงเงินคำขอ (หน่วย : ล้านบาท)	วงเงินอนุมัติ (หน่วย : ล้านบาท)
รวมทั้งสิ้น	49,266.57	221,542.74
แผนงานที่ 1 : แผนงานหรือโครงการเพื่อรองรับค่าใช้จ่ายในการจัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยารักษาโรค วัคซีน และการวิจัย พัฒนาและผลิตวัคซีนภายในประเทศ	44,753.45	207,353.21
แผนงานที่ 2 : แผนงานหรือโครงการเพื่อปรับปรุงสถานพยาบาลสำหรับการบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	933.12	7.45
แผนงานที่ 3 : แผนงานหรือโครงการเพื่อรองรับค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	3,580.00	14,182.08

งบประมาณมีความล่าช้า

2.4) สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อการดำเนินโครงการ เนื่องจากรัฐบาลต้องออกมาตราการเคร่งครัดเพื่อควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 งดกิจกรรมต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงทั้งการก่อสร้างหรือปรับปรุงอาคารสถานที่ ต้องมีการควบคุมอย่างเคร่งครัด ส่งผลต่อการดำเนินการ อาจทำให้เกิดความล่าช้าในบางขั้นตอน

2.5) กระบวนการและขั้นตอนการเสนอคำขอภายใต้ พ.ร.ก.เงินกู้ COVID-19 หลายขั้นตอน ซึ่งแต่ละขั้นตอนใช้ระยะเวลาในการพิจารณา ส่งผลให้บางรายการส่งมอบไม่ทันกับการระบาดของโรค และมีผลกระทบต่อความปลอดภัย ป้องกัน รักษาโรค ทำให้ในบางพื้นที่ต้องเร่งพิจารณาดำเนินการโดยใช้งบจากแหล่งอื่นไปแล้ว ส่งผลให้ต้องคืนงบประมาณเงินกู้ในบางรายการ

3. เสนอแนะแนวทางในกระบวนการจัดทำคำขอโครงการอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ทันต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน

จากปัญหา/อุปสรรค มีข้อเสนอแนะแนวทางในกระบวนการจัดทำโครงการ การเตรียมการและรับมือกับภาวะฉุกเฉินในอนาคต กระทรวงสาธารณสุขควรเตรียมตัวในด้านการบริหารจัดการด้านทรัพยากรบุคคล งบประมาณ และสิ่งของ ให้มีความเพียงพอ พร้อมใช้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และมีความคุ้มค่า โดยมีแนวทาง ดังนี้

1) ลดกระบวนการและขั้นตอนการเสนอคำขอข้อเสนอแผนงานหรือโครงการ ภายใต้ พ.ร.ก.

เงินกู้ COVID-19 ให้น้อยลง และใช้มาตรการประหยัดกระดาษ โดยใช้รูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

2) บริหารจัดการด้านทรัพยากรบุคคล ให้เพียงพอในการเตรียมรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉิน ทั้งส่วนกลางเพื่อจัดทำมาตรการต่างๆ และส่วนภูมิภาคสำหรับการบริการแบบเชิงรุกเพื่อประชาชน

3) บริหารจัดการด้านงบประมาณ ให้กระจายตัวลงพื้นที่อย่างเพียงพอเพื่อแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคอุบัติใหม่

4) บริหารจัดการด้านการจัดซื้อ/จัดหาวัคซีน ยารักษาโรค รวมทั้งวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุขให้เพียงพอ พร้อมใช้

5) แจ่งเวียนแนวทาง มาตรการสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ระเบียบของกรมบัญชีกลาง และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการดำเนินการตามแผนงานหรือโครงการภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. 2563 และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการดำเนินการตามแผนงานหรือโครงการภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงิน เพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสังคมจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มเติม พ.ศ. 2564 อย่างเคร่งครัด

6) กำกับ ติดตาม การดำเนินงานและการใช้จ่ายเงินกู้ เป็นรายสัปดาห์ และรายเดือน พร้อมทั้งสรุปผลการดำเนินงานและผลการใช้จ่ายเงินกู้เสนอผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้การใช้จ่ายมีความคุ้มค่า เกิดประสิทธิภาพ

และประสิทธิผล

■ อภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่อง ผลการดำเนินงานการจัดทำข้อเสนอแผนงานหรือโครงการภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระทรวงสาธารณสุข พบว่า

1. กระบวนการและขั้นตอนการจัดทำข้อเสนอแผนงานหรือโครงการภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระทรวงสาธารณสุข ต้องเป็นไปตามแนวทางขั้นตอนของสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในฐานะฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้กำหนด โดยกระบวนการและขั้นตอนต้องมีความถูกต้อง เป็นไปตามกฎระเบียบ ข้อบังคับทางกฎหมาย และหลักเกณฑ์ของกระทรวงการคลังมีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ และการดำเนินโครงการสามารถแก้ไขปัญหาของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้โดยตรง และเกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน ซึ่งกระบวนการเสนอแผนงานหรือโครงการมีหลายขั้นตอนส่งผลกระทบต่อการเสนอโครงการของหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ล่าช้าแล้วไปด้วย ประกอบกับกระบวนการและขั้นตอนการเสนอโครงการแต่ละหน่วยงานมีความแตกต่างกัน

2. ในส่วนของปัญหาและอุปสรรคการจัดทำข้อเสนอแผนงานหรือโครงการภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงิน

เพื่อแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งหน่วยงานภายในสังกัดและภายนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่เกิดจากขั้นตอนหรือลำดับการเสนอโครงการมีหลายขั้นตอนส่งผลให้เกิดความล่าช้าไม่เป็นไปตามเวลาที่กำหนด ซึ่งเป็นปัญหาที่ไม่สามารถควบคุมได้ ประกอบกับการเสนอโครงการต้องผ่านรัฐมนตรีเจ้าสังกัดให้ความเห็นชอบก่อนจัดส่งมายังกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรวบรวมและสรุปเป็นลำดับต่อไป

3. ควรมีแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหา โดยมีการปรับลดขั้นตอนการเสนอโครงการลงรวมทั้งช่องทางการเสนอโครงการควรเป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์เพื่อความรวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคอุบัติใหม่ได้ทันทั่วทั้งที่ ประกอบกับการได้เรียนรู้กระบวนการทำงานพร้อมทั้งกระบวนการแก้ไขปัญหาของหน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และมีการบูรณาการกันระหว่างกระทรวงซึ่งใช้กระบวนการทำงานเป็นทีม (Team Work) และนำไปสู่ความสำเร็จ สิ่งสำคัญคือสามารถนำผลการดำเนินงานการจัดทำข้อเสนอแผนงานหรือโครงการภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระทรวงสาธารณสุข ในครั้งนี้ เพื่อเป็นแนวทางพร้อมทั้งพัฒนาและต่อยอดการทำงานในครั้งต่อไป ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพทันต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคอุบัติใหม่ได้ทันทั่วทั้งที่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน

■ ข้อเสนอแนะ:

ในอนาคตข้างหน้าถ้ามีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคอุบัติใหม่กับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขควรตระหนักและให้ความสำคัญ พร้อมรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค โดยต้องมีความพร้อมทางด้านบุคลากรทางการแพทย์ ความพร้อมด้านวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข และสิ่งสำคัญคือ ความพร้อมด้านงบประมาณ มีเพียงพอหรือไม่ ดังนั้นควรให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานที่สำคัญครั้งต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1. ลดขั้นตอนการเสนอคำขอแผนงานหรือโครงการ เพื่อความรวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์ของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพร้อมรับมือต่อโรคอุบัติใหม่
2. นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วยในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น (ผ่าน

ระบบงบประมาณอิเล็กทรอนิกส์และระบบอื่นๆที่เกี่ยวข้อง) เพื่อพัฒนาทักษะบุคลากรผู้จัดทำคำของบประมาณ ให้มีศักยภาพมีความสามารถในการบริหารงานคุณภาพ ได้ตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผนงาน (Plan) นำไปปฏิบัติ (Do) ระหว่างการปฏิบัติก็ดำเนินการตรวจสอบ (Check) พบปัญหาทำการแก้ไขหรือปรับปรุง (Action) ตามวงจร PDCA เพื่อการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และเพื่อความรวดเร็วทันต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโรคอุบัติใหม่

3. จัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติในการจัดทำคำขอข้อเสนอแผนงานหรือโครงการ ภายใต้ พ.ร.ก. เงินกู้ COVID-19 สำหรับเจ้าหน้าที่ให้เป็นไปตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีอย่างเคร่งครัด มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และเกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน

เอกสารอ้างอิง

1. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยาและฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. 2563 สำนักนายกรัฐมนตรี; เล่มที่ 137 ตอนที่ 30 ก; 19 เมษายน 2563
2. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสังคมจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มเติม พ.ศ. 2564. สำนักนายกรัฐมนตรี; เล่มที่ 138 ตอนที่ 34 ก; 25 พฤษภาคม 2564
3. ราชกิจจานุเบกษา. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการดำเนินการตามแผนงานหรือโครงการภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงิน เพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. สำนักนายกรัฐมนตรี; เล่มที่ 137 ตอนพิเศษ 93 ง; 22 เมษายน 2563
4. ราชกิจจานุเบกษา. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการดำเนินการตามแผนงานหรือโครงการภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงิน เพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสังคมจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มเติม พ.ศ. 2564. สำนักนายกรัฐมนตรี; เล่มที่ 138 ตอนพิเศษ 171 ง; 29 กรกฎาคม 2564

5. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการตาม “พ.ร.ก. กู้เงินฯ 1 ล้านล้านบาท และ พ.ร.ก. กู้เงินฯ 5 แสนล้านบาท” [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 24 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://thaime.nesdc.go.th/loanact/>
6. กลุ่มแผนงบประมาณด้านสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนภาพที่ 1 แสดงกระบวนการและขั้นตอนการเสนอแผนงานหรือโครงการ ภายใต้ พ.ร.ก. เงินกู้ COVID-19. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563
7. กรมบัญชีกลาง. ผลการใช้จ่ายเงินกู้ COVID-19 กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 24 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.gfmis.go.th/>

HEALTH

เรียนรู้จากความเป็นเลิศ

โดย สุรพันธ์ เสนานุช*

“ความเป็นเลิศ” เป็นคำที่นำมาใช้หลากหลายบริบท เพื่อแสดงถึงระดับความรู้ ความเชี่ยวชาญ และการสร้างภาพลักษณ์ที่น่าเชื่อถือ การพิสูจน์ความเป็นเลิศไม่ใช่สิ่งที่ยากนัก เพราะผลสัมฤทธิ์คือหลักฐานหรือ Evidence ที่จับต้องได้อย่างเป็นรูปธรรม แต่สิ่งที่ยากยิ่งกว่าคือ การเรียนรู้จากความเป็นเลิศเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ การถอดบทเรียนความเป็นเลิศนั้นมีหลายมิติ และมีความซับซ้อนกว่าการถอดบทเรียนโดยทั่วไป ซึ่งสิ่งที่เป็นหัวใจสำคัญของความเป็นเลิศที่ควรสนใจคือ วัฏจักรปฏิบัติที่นำมาสู่ความเป็นเลิศ หรือ Best Practices นั้นเอง เพราะถ้ารู้เพียงว่าความเป็นเลิศนั้นคืออะไร ก็ยังไม่ถึงการเรียนรู้ อย่างแท้จริง

■ ถอดรอยความเป็นเลิศ

การเรียนรู้วัฏจักรปฏิบัติที่เป็นเลิศหรือ Best Practices เป็นการถอดองค์ความรู้โดยใช้วิธีการงานวิจัยเชิงคุณภาพ จึงมีความซับซ้อนและใช้เวลามากกว่าการถอดองค์ความรู้ทั่วไป แต่

ประโยชน์ที่ได้รับนับว่าคุ้มค่า จากประสบการณ์ของผู้เขียนในการทำงานวิจัย Best Practices ขององค์กรที่ได้รับรางวัลในโครงการรางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Thailand Quality Award) มาตลอดระยะเวลาเกือบ 15 ปีนับตั้งแต่ก่อตั้งรางวัลนี้ เป็นเรื่องจริงที่น่าประหลาดใจว่าไม่เคยมีองค์กรใดเลยที่สามารถตอบได้ว่าความสำเร็จที่เกิดขึ้นนั้น Best Practices ขององค์กรคืออะไร ทั้งนี้เพราะวัฏจักรปฏิบัติที่เป็นเลิศนั้นคือการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนเนียนเข้ากับเนื้องานประจำวันจากรุ่นสู่รุ่นบนเส้นทางการเติบโตขององค์กรจนทำให้หลงลืมไปว่าอะไรคือกุญแจสำคัญที่ไขไปสู่ประตูแห่งความสำเร็จ

คุณลักษณะที่สำคัญของ Best Practices ประกอบด้วย หนึ่ง ความเป็นระบบ (Systematic) สอง การบูรณาการ (Integrate) สาม มีความเชื่อมโยง (Linkage) และสี่ มีวงจรการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Improvement cycle) จึงเห็นได้ว่าเมื่อคุณลักษณะเหล่านี้เนียนเข้าไปในเนื้องานทุกส่วนขององค์กรแล้ว

* วิทยากรด้านการถอดบทเรียนและการเขียน

...มุมมองเรื่อง เป็นคอลัมน์เพื่อให้ผู้ที่สนใจสังเกตความที่เกิดจากการเขียนประสบการณ์การทำงาน ทั้งเชิงความรู้ และการบริหารจัดการ ซึ่งเป็นความรู้ฝังลึกในตัวคน (Tacit Knowledge) เรียบเรียง กลั่นกรอง เขียนออกมาเป็นความรู้ในรูปแบบการเขียน บันทึก ออกมาเป็นตัวหนังสือ (Explicit Knowledge) ทั้งนี้ จะเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และนำไปปฏิบัติ จนเกิดการหมุนเวียนความรู้ เพื่อยกระดับ จากความรู้ในบุคคล เป็นความรู้ขององค์กร วารสารฯ ได้รับเกียรติจากอาจารย์สุรพันธ์ เสนานุช วิทยากรอิสระด้านการถอดบทเรียนและการเขียน ถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ วิธีการในการเขียนบทความการจัดการความรู้ มาแนะนำไว้ในฉบับนี้

จึงยากที่จะมองเห็น

การแกะรอยความเป็นเลิศจึงจำเป็นต้องสืบค้นไปที่จุดตั้งต้นขององค์กรเพื่อลำดับเส้นทางคุณภาพ (Quality Roadmap) ช่วยให้วิเคราะห์ Best Practices ได้ง่ายขึ้น

การศึกษาวิจัย Best Practices นอกจากทักษะในการถอดองค์ความรู้แล้ว ยังต้องมีความรู้ความเข้าใจในเครื่องมือการบริหารจัดการในวิถีปฏิบัตินั้นๆ เพื่อใช้เป็นกรอบในการสัมภาษณ์ดึงข้อมูลเชิงลึกมาวิเคราะห์หาวิธีปฏิบัติด้วย

เพราะองค์ประกอบที่จะบ่งชี้ว่าวิธีปฏิบัติใดที่เป็น Best Practices ก็คือ หนึ่ง ต้องเชื่อมโยงกับผลสำเร็จขององค์กรอย่างเห็นได้ชัด นั่นคือการบรรลุถึงวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กรสอง ต้องมีความเป็นกระบวนการ นั่นคือมีที่มาที่ไป มีการปฏิบัติ วัตถุประสงค์ ประปรุงมาอย่างต่อเนื่องและสาม มีผลลัพธ์ความสำเร็จในทุกขั้นตอนของกระบวนการนั้น นอกจากองค์ความรู้ที่จะได้จาก Best Practices แล้ว การวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ (Key of Successes) ของวิธีปฏิบัตินั้นก็ เป็นอีกหนึ่งองค์ความรู้ที่สำคัญ เพราะนั่นคือกลไกที่ทำให้วิธีปฏิบัตินั้นประสบความสำเร็จ ดังคำที่ว่า “มีสิ่งนั้นจึงมีสิ่งนี้” นั่นเอง

■ มองอดีตเพื่อเข้าใจปัจจุบัน

คุณกรุณา บัวคำศรี นักข่าวสารคดี ผู้เดินทางรอบโลก อยู่ในแวดวงข่าวมา 20 ปี เจ้าของรายการ “รอบโลก by กรุณา บัวคำศรี” ให้สัมภาษณ์สำนักข่าวออนไลน์ readthecloud.co ว่า “นักข่าวควรมีความรู้ในสิ่งที่ตัวเองสนใจ แต่มันต้องไม่เฉพาะแค่วันนี้ แต่ต้องย้อนกลับไปในอดีตด้วย เพราะประวัติศาสตร์มีคุณค่ามากกว่าแค่บันทึก แต่มันเป็นบทเรียน”

การถอดบทเรียน Best Practices ก็เช่นกัน หากไม่ย้อนรอยกลับไปในเส้นทางที่เรียนรู้ และเติบโตขององค์กรนั้น ก็ไม่สามารถเข้าถึง

เหตุปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จได้เลย

จากการศึกษาวิจัย Best Practices ขององค์กรที่ได้รับรางวัลที่ผ่านมา พบว่าเส้นทางพัฒนาการขององค์กรนั้นเป็นคำตอบที่ชัดเจนว่าองค์กรก้าวมาสู่ความเป็นเลิศได้อย่างไร การย้อนรอยกลับไปจุดเริ่มต้นของการก่อตั้งองค์กร จึงเป็นหนึ่งในขั้นตอนสำคัญการถอดบทเรียน Best Practices

ผู้บริหารระดับสูงขององค์กรหนึ่งเคยบอกกับผู้เขียนว่าถ้าองค์กรหลงลืมไปว่า “องค์กรเกิดมาเพื่ออะไร” โศกนาฏกรรมขององค์กร หลงทิศยอมเกิดขึ้นอย่างแน่นอน นั่นก็คือการกำหนดวิสัยทัศน์ที่ชัดเจน และก้าวเดินไปสู่จุดหมายโดยไม่หวั่นไหวต่อกระแสมาลาใดๆ ที่ไม่ใช่ตัวตนขององค์กร

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลภาครัฐแห่งแรกที่ได้รับรางวัลการบริหารสู่ความเป็นเลิศในปี พ.ศ. 2550 เป็นตัวอย่างที่ชัดเจนในเรื่องนี้

ในปี พ.ศ. 2525 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เริ่มเปิดให้บริการ ไปพร้อมกับการก่อสร้างอาคารสถานที่ ผู้บริหารระดับสูงท่านแรกคือ ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช ซึ่งเล่าให้ผู้เขียนฟังว่าท่านมีความตั้งใจอย่างยิ่งที่จะทำให้โรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงในระดับตติยภูมิคือสามารถรักษาโรคยากและซับซ้อน เพื่อดูแลประชาชนใน 14 จังหวัดภาคใต้ เท่าเทียมกับโรงพยาบาลศิริราช ท่านจึงวางรากฐานด้วยการนำเอาเครื่องมือคุณภาพต่างๆ มาพัฒนาองค์กร ช่วงปีแรกการผลิตกันให้บุคลากรเข้าใจการพัฒนาองค์กรไปพร้อมกับงานประจำวันเป็นเรื่องที่ยากยิ่ง แต่ท่านก็ไม่เคยละความพยายามจนในที่สุดก็เห็นผลที่น่าชื่นใจ ในปี พ.ศ. 2544 ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ครั้งที่ 1 จากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ

โรงพยาบาล และได้รับรางวัลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการโรงพยาบาลจนถึงรางวัลการบริหารสู่ความเป็นเลิศดังที่กล่าวมา ซึ่งจะเห็นได้ว่าในระยะเวลาเพียง 25 ปีบนเส้นทางของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลก็ก้าวไปสู่จุดหมายที่วางไว้

องค์กรที่เป็นเลิศอื่นๆ ก็เช่นเดียวกัน ผู้นำระดับสูงนำองค์กรไปสู่ความสำเร็จด้วยการวางพื้นฐานไปที่ละขั้นตอน โดยเลือกเครื่องมือที่สำคัญและจำเป็นนำไปผสมผสานกับเนื้องานประจำวัน คนทำงานได้เห็นความสำเร็จไปที่ละน้อย จนถึงปลายทางที่อาจเคยคิดว่าเป็นไปไม่ได้ ได้กลายเป็นความจริงที่น่าภาคภูมิใจ

ทุกความสำเร็จจึงมีเบื้องหลัง มีความเป็นมาที่เป็นคำตอบ จึงจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการทบทวนอดีตเพื่อเรียนรู้ และนำไปต่อยอดสู่ออนาคตได้อีกด้วย

■ จากจุดเล็กสู่ใจยิ่งใหญ่

ความสำเร็จของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์มีข้อสังเกตที่คล้ายคลึงกับองค์กรที่เป็นเลิศเกือบทุกองค์กรนั่นคือ จุดเริ่มต้นเล็กๆ ที่นำไปสู่ความสำเร็จระดับองค์กร เริ่มต้นจากการใช้เครื่องมือพื้นฐาน เช่น 5ส, Productivity, PDCA เพื่อให้คนในองค์กรคุ้นเคยกับการทำงานอย่างมีคุณภาพแล้วค่อยๆ ขยับเคลื่อนไปสู่การใช้เครื่องมือที่ซับซ้อนมากขึ้นทีละก้าว

ความเป็นเลิศจึงไม่สามารถเกิดขึ้นได้ในช่วงเวลาสั้นๆ แม้ว่าวิธีปฏิบัตินั้นอาจเพิ่งเริ่มอยู่ตัวมาได้ 3-4 ปีก็ตาม แต่ถ้าทวนย้อนกลับไปจะได้พบรอยต่อไปถึงจุดเริ่มต้นที่เป็นจุดเล็กๆ พื้นฐานที่บ่มเพาะทัศนคติด้านคุณภาพเหมือนเมล็ดพันธุ์ที่เติบโตจนเป็นไม้ใหญ่ในเวลาต่อมา

ในช่วงแรกๆ ของการทำงานวิจัย Best Practices หลายองค์กรมักกังวลว่าองค์กรความรู้เฉพาะขององค์กรจะถูกองค์กรอื่นนำไปใช้

ประโยชน์ โดยเฉพาะคู่แข่ง แต่ในความเป็นจริงจะเห็นได้ว่าวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศนั้นไม่สามารถลอกเลียนแบบได้เลย การเรียนรู้เป็นเพียงแนวทางที่ต้องไปปรับใช้ด้วยตนเอง และต้องใช้ระยะเวลาในการลองผิดลองถูกจนกว่าจะพบผลลัพธ์ตามที่ต้องการ เห็นได้ง่ายๆ คือเครื่องมือพื้นฐานอย่าง 5 ส, Productivity, PDCA ถ้าศึกษาเชิงลึกจะเห็นได้ทันทีว่ามีวิธีปฏิบัติที่ต่างกัน

ผู้บริหารระดับสูงท่านหนึ่งขององค์กรที่ได้รับรางวัลคุณภาพแห่งชาติเล่าให้ผู้เขียนฟังว่าก่อนที่จะได้รับรางวัลใดๆ ท่านเคยนั่งมองผู้บริหารองค์กรอื่นขึ้นรับรางวัลปีแล้วปีเล่าแล้วคิดไม่ตกว่าทำไมองค์กรของท่านจึงไม่ได้รับรางวัล ทั้งๆ ที่ใช้เครื่องมือการบริหารจัดการไม่ต่างกัน

ในที่สุดท่านก็กลับมาบอกกับลูกน้องว่าอย่าไปสนใจว่าจะได้รางวัลหรือไม่ ให้ทำในสิ่งที่ควรทำ เขียนในสิ่งที่ทำ และทำอย่างที่คุณเขียน ในที่สุดองค์กรของท่านก็ได้รางวัลการบริหารจัดการหลายประเภทมาครอบครอง

การศึกษาองค์กรที่เป็นเลิศทุกองค์กรที่ผ่านมามีประสบการณ์เช่นนี้ไม่ต่างกัน นั่นคือการมองหาเครื่องมือต่างๆ มาพัฒนาองค์กรอยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะเมื่อเห็นความสำเร็จขององค์กรอื่น ก็มักพยายามเดินรอยตามโดยหวังว่าจะเป็นทางลัดไปสู่ความสำเร็จ

จากการเลียนแบบ แล้วพบว่าไม่สำเร็จตามที่คาดหวัง จึงหันกลับมามองตนเอง แล้วปรับใช้เครื่องมือ หรือวิธีปฏิบัติที่เรียนรู้มาให้เหมาะสม ลองผิด ลองถูก ผ่านความผิดพลาด ผ่านความกลัว จนก้าวพ้น พัฒนาไปสู่ความเป็นเลิศได้

■ ความเชื่อมโยงในทุกองคาพยพ

การมุ่งเน้นความสำเร็จของผู้บริหารด้วยการพยายามนำเครื่องมือการบริหารจัดการใหม่ๆ เข้ามาใช้ โดยไม่มีกรปรับให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง ความล้มเหลวที่เกิดขึ้นที่นับว่า

เป็นขนาดผลจรรรจคือ ความชัดเจนที่เรียนรู็ของคณในองคกร บทเรียนจากองคกรที่เป็นเลิศ การนำเครื่องมือการบริหารจัดการใด ๆ มาใช้ ไม่ใช่แต่เพียงการประยุกต์ใช้เข้ากับบริบท แต่สำคัญยิ่งไปกว่านั้นคือ ความเชื่อมโยง (Alignment) ในทุกองคคพขององคกร

องคกรหนึ่งที่ทำให้ผู้เขียนรู้สึกทึ่งและประทับใจมาก คือโรงพยาบาลประจำอำเภอเล็ก ๆ ซึ่งได้รับรางวัลการบริหารสู่ความเป็นเลิศปี พ.ศ. 2551 ในปีแรกที่ส่ง Application Report เพื่อขอรับรางวัล นั่นคือโรงพยาบาลตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ไม่ใช่เพราะการเข้าสู่โครงการรางวัลคุณภาพครั้งแรกแล้วได้รับรางวัลเท่านั้น แต่เส้นทางพัฒนาของโรงพยาบาลทำให้เห็นความสอดคล้อง (Alignment) ในการบริหารจัดการองคกรที่ชัดเจนมาก จากการเรียนรู้ วิเคราะห์ปัญหา นำมาสู่การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเมื่อได้รับฟังจากการสัมภาษณ์คณะผู้บริหารในขณะนั้น รู้สึกชื่นชมในแนวคิดการบริหารจัดการที่เรียกได้ว่า “ล้ำ” คือก้าวไปข้างหน้าหลายก้าวสำหรับโรงพยาบาลทุติยภูมิในชนบท

ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพแบบล้ำหน้าอันดับแรกคือ การนำเอาระบบมาตรฐานสากลด้านคุณภาพ (ISO 9002) มาใช้ในโรงพยาบาล และได้รับการรับรองในปี พ.ศ. 2541 เป็นโรงพยาบาลภาครัฐแห่งแรกที่ได้รับการรับรองนี้

หลังจากนั้นได้มีการนำเครื่องมือการบริหารจัดการใหม่ๆ เข้ามาใช้ในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การบริหารภายในโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น BSC, KPI, Competency รวมไปถึงระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลหรือ HA (Hospital Accreditation) ระบบมาตรฐานการจัดการสิ่งแวดล้อม ISO 14001

เครื่องมือการบริหารจัดการดังกล่าวอาจฟังดูเป็นเครื่องมือสามัญที่ใช้กันทั่วไป แต่ความน่าสนใจสำหรับโรงพยาบาลแห่งนี้ก็คือ การที่คณะผู้บริหารปรับแต่งเครื่องมือเหล่านี้ให้สอดคล้อง (Alignment) กับเครื่องมือที่มีอยู่เดิม ความสอดคล้องเป็นสิ่งที่ทีมผู้บริหารให้ความสำคัญมาก เพื่อไม่ให้คนในองคกรต้องเหน็ดเหนื่อยกับการเริ่มต้นเรียนรู้เครื่องมือใหม่ๆ แต่สามารถนำเครื่องมือใหม่ที่ต่อยอดในหน้าที่ทำอยู่ เพื่อให้ทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การส่งเข้ารับรางวัลคุณภาพแห่งชาติเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้โรงพยาบาลพัฒนาการบริหารจัดการให้มีความสอดคล้องไปในทุกส่วนงาน ซึ่งผู้บริหารระดับสูงได้กรุณาเล่าให้ฟังว่า

“คิดว่าส่งไปจะได้ Feedback Report ไม่ได้คาดหวังรางวัลเลย การประเมินที่ผ่านมาก็เป็นมุมมองเฉพาะของเรา แต่ถ้าส่งไปก็จะได้มุมมองของผู้ตรวจประเมิน ผมก็บอกว่าเหมือนเราซ้อมจะไปโอลิมปิก ซ้อมแล้วก็ต้องไปแข่ง แพ้หรือชนะก็อีกเรื่องหนึ่ง สำหรับ Gap ที่พบก็เรียงไว้แล้วพยายามไล่แก้ทั้งหมด ก็ตั้งไปว่าจะแก้ก็จะแก้เรื่อง แต่พอแก้ไปก็ได้เรียนรู้ว่ามันเชื่อมโยงกันหมด”

ความสอดคล้อง (Alignment) คือคุณลักษณะสำคัญของวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practices) เป็นจุดที่หลายองคกรมองข้ามไป โดยเฉพาะเมื่อนำเอาเครื่องมือการบริหารจัดการใหม่ๆ เข้ามาใช้ในองคกร โรงพยาบาลตะพานหินเป็นกรณีศึกษาที่ดีในเรื่องนี้ ตั้งแต่แนวคิดของทีมผู้บริหาร วิธีการดำเนินการที่ไม่ใช่การสั่งการ แต่ทำหน้าที่คัดกรอง ผสมผสานเชื่อมโยงจนเป็นเนื้อเดียวกัน

“วิธีการของเราก็คือไม่ว่าจะเป็นเครื่องมืออะไรจะอบรมให้เจ้าหน้าที่รู้จักเครื่องมือตัวนั้นก่อน แล้วก็เอามา Apply ให้เข้ากับเรา”

■ ระบบบ่งชี้ความเป็นเลิศ

ผลลัพธ์การดำเนินการอาจเป็นเสมือนสปอร์ตไลท์ในการมองหาความเป็นเลิศขององค์กร แต่ก็ไม่อาจมั่นใจได้ว่านั่นคือวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ หากปราศจากการดำเนินการที่เป็นระบบ (Systematic approach) ซึ่งมีความสอดคล้องในทุกส่วนขององค์กร

การวิเคราะห์หาวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practices) จากขั้นตอนดูความเชื่อมโยงกับความสำเร็จขององค์กร อาจจะพบได้มากกว่าหนึ่งเรื่อง ดังนั้นในแต่ละเรื่องที่คุณพบต้องนำมาสืบค้นต่อไปว่ามีที่มาที่ไปอย่างไร มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับส่วนใดบ้าง มีขั้นตอนการดำเนินการอย่างไร ในแต่ละขั้นตอนมีผลลัพธ์อย่างไร มีการเคลื่อนไหวของวงจรการปรับปรุงอย่างไร ทั้งหมดคือการพิสูจน์ถึงความเป็นระบบ ที่ต้องมืออย่างครบถ้วน

ยกตัวอย่างเช่น เมื่อพบว่าความสำเร็จขององค์กรมาจากการนำองค์กร (Leadership) ไม่ได้หมายความว่าความเก่งของผู้บริหารระดับสูงแต่อย่างใด แต่หมายถึงระบบการบริหารจัดการองค์กรที่มีวิธีการขับเคลื่อนองค์กรอย่างไรให้ไปสู่ความสำเร็จ คำว่าผู้นำจึงไม่ได้จำกัดอยู่ที่ผู้บริหารระดับสูงเท่านั้น แต่หมายถึงผู้บริหารทุกระดับต้องมีวิธีปฏิบัติที่มีความเป็นระบบเหมือนกันในการขับเคลื่อนที่ทีมงานที่ตนรับผิดชอบ

ธนาคารอาคารสงเคราะห์ (ธอส.) ที่ได้รับรางวัลคุณภาพแห่งชาติในปี 2562 เป็นตัวอย่างที่ดีในเรื่องของการนำองค์กรที่ได้มีการปรับเครื่องมือนานๆ จนมีระบบการนำองค์กรที่แข็งแกร่ง มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศคือ “ระบบการนำองค์กรที่ไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมาย” ในรูปแบบที่เรียกว่า GHB SMART Leadership System (LDS) ซึ่งผู้บริหารกล่าวว่ามีการปรับเปลี่ยนรูปแบบมาหลายครั้ง จากการเริ่มต้นดูคนอื่นแล้วนำ

กลับมาใช้ เมื่อพบว่ายังไม่ตอบโจทย์ความสำเร็จก็เรียนรู้ต่อไป แล้วหันกลับมาดูตัวเอง จนในที่สุดก็ได้ค้นพบวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม นำไปสู่ความสำเร็จที่วัดผลได้

ระบบการนำองค์กรของ ธอส. เป็นกระบวนการที่มีวิธีปฏิบัติชัดเจนใน 4 ขั้นตอนคือ หนึ่ง การสร้างความเข้าใจตรงกันในทิศทางขององค์กร สอง การสร้างสภาพแวดล้อมในการขับเคลื่อนองค์กร สาม การกำกับติดตามการดำเนินการเพื่อความสำเร็จตามเป้าหมาย และสี่ การสร้างความท้าทายเพื่อการเติบโตอย่างยั่งยืน

จะเห็นได้ว่าในระบบการนำดังกล่าวจะไม่ได้มีเฉพาะบทบาทของผู้นำ แต่จะมีความเชื่อมโยงในทุกกระบวนการขององค์กร ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ผู้บริหารของธอส. กล่าวว่า GHB SMART Leadership System (LDS) พัฒนาเพื่อสร้างการเติบโตที่ยั่งยืน โดยการบริหารงานไม่ได้ขึ้นอยู่กับบุคคลไม่ว่าใครก็ตามมาทำหน้าที่บริหารก็ต้องเดินตามระบบที่วางไว้ เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์อย่างที่คาดหวัง

การเรียนรู้ความเป็นเลิศนอกจากจะทำให้ได้แนวทางการพัฒนามาประยุกต์ใช้แล้ว ยังทำให้ผู้ศึกษามีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในการบริหารจัดการองค์กรที่เป็นด้านของทักษะ ประสบการณ์ เพราะจะได้เห็นเส้นทางการลงมือ ลงมือในทุกขั้นตอนขององค์กร การรับมือกับปัญหา การแก้ปัญหา สิ่งเหล่านี้ล้วนมีคุณค่าสูงยิ่ง ไม่ใช่เพียงการไปดูงานอย่างฉาบฉวย เห็นความสำเร็จที่ปรากฏ แต่ไม่สามารถนำกลับมาใช้ ความเป็นเลิศนั้นจึงไม่อาจขยายเมล็ดพันธุ์ได้อีกต่อไป ซึ่งมีผลอย่างยิ่งต่อภาพรวมในระดับประเทศ วัตถุประสงค์ที่สำคัญของรางวัลคุณภาพแห่งชาติ คือ การค้นหาองค์กรที่เป็นเลิศเพื่อให้องค์กรอื่นเรียนรู้ ไม่ใช่เพียงเชิดชูด้วยรางวัล

การพัฒนารูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ ของเด็กก่อนวัยเรียนไทย : บริบทครัวเรือน และสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

วัชรินทร์ แสงสัมฤทธิ์ผล

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ทับทิม ศรีวิไล

ปทุมรัตน์ สามารถ

ธวัชชัย ทองบ่อ

เสวต เชียงลี

กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย

กัณนิกา เพิ่มพูนพัฒนา

สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

วันรับ 7 กุมภาพันธ์ 2566, วันแก้ไข 23 มิถุนายน 2566, วันตอบรับ 28 มิถุนายน 2566.

บทคัดย่อ

การวิจัยเพื่อพัฒนา (Research and development) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กไทย ช่วงอายุ 2-6 ปี ในบริบทครัวเรือนและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดตราขบุรี จังหวัดขอนแก่น และจังหวัดนครศรีธรรมราช แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์สภาพปัญหาสถานการณ์ในปัจจุบัน ทฤษฎีพัฒนาการ แนวคิดกระตุ้นพัฒนาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กไทย ช่วงอายุ 2-6 ปี ในบริบทครัวเรือนและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ระยะที่ 3 ศึกษาผลของรูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กไทย ผ่านการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดมีกลุ่มเปรียบเทียบวัดผลก่อนและหลังการทดสอบผลการศึกษาระยะที่ 1 พบว่าการกระตุ้นพัฒนาการเด็กควรคำนึงถึงพัฒนาการทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา การเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา และด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ดูแลเด็กภายใต้บริบทและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ซึ่งใช้พัฒนารูปแบบใน ระยะที่ 2 พบว่ารูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กไทย ช่วงอายุ 2-6 ปี ประกอบด้วย การเล่นด้วยกิจกรรมทางกาย 9 กิจกรรม และมุมการเล่นอิสระ 9 มุม โดยมีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ทั้งฉบับ (IOC) เท่ากับ 0.85 โดยส่วนของกิจกรรมทางกาย มีค่า IOC เท่ากับ 0.74 (0.67-1) และค่า IOC ของมุมเล่นอิสระ มีค่าเท่ากับ 0.96 (0.67-1) และเมื่อทดสอบใช้ในระยะเวลาที่ 3 ผ่านการอบรมพ่อแม่ ผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จำนวน 3 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งๆ ละ 60 นาที เป็นเวลา 2 เดือนกับกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) กลุ่มทดลองบริบทครัวเรือน 2) กลุ่มทดลองบริบทสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย 3) กลุ่มทดลองบริบทครัวเรือนและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และ 4) กลุ่มเปรียบเทียบ ทำการเยียมติดตามการใช้รูปแบบการเล่นในพื้นที่ศึกษา และเปรียบเทียบความแตกต่างของพัฒนาการ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและระหว่าง

กลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Paired sample t-test และ สถิติ One-way ANOVA การทดลองนำรูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กไทยไปใช้ พบว่า หลังได้รับรูปแบบการเล่น เด็กในกลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่ม มีพัฒนาการสมวัยเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนหัวข้อพัฒนาการที่เด็กผ่านเพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่ม มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001, 0.01$ และ 0.001 ตามลำดับ) โดยในกลุ่มทดลองที่เป็นบริบทครัวเรือนและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีค่าเฉลี่ยพัฒนาการที่เด็กผ่านสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองที่เป็นบริบทครัวเรือนหรือสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างใดอย่างหนึ่ง แสดงให้เห็นว่า พ่อแม่ ผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการเล่นอย่างเหมาะสม ที่จะส่งผลต่อพัฒนาการของเด็ก ข้อเสนอแนะจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ควรนำรูปแบบการเล่นนี้ไปขยายผลทั้งในครัวเรือนและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กไทย

คำสำคัญ : พัฒนาการ การเล่นอิสระ กิจกรรมทางกาย ปฐมวัย

Development of a play-promoting model to promote development among Thai preschool children: In the contexts of households and early childhood development centers

Watcharin Sangsomritphon

Health Education Division, Department Of Health Service Support

Thapthim Sriwilai

Pathumrat Samart

Tawadchai Thongbo

Sawed Seunglee

Division Of Physical Activity and Health, Department Of Health

Kannika Permpoonputtana

National Institute for Child and Family Development, Mahidol University

Received 7 February 2023, Revised 23 June 2023, Accepted 28 June 2023.

Abstract

The objective of this Research and Development is to develop a play-promoting model to promote the development of Thai children aged 2-6 years in the context of family and early childhood development centers in four provinces including Chiang Mai, Ratchaburi, Khon Kaen, and Nakhon Si Thammarat. The research consists of three phases; Phase 1: Literature review, analysis of the current situation, developmental theories, stimulating concepts, and related research both in Thailand and internationally; Phase 2: Development of play-based activities to promote the development of Thai children aged 2-6 years in the context of family and early childhood

development centers; and Phase 3: Study the effects of the play-based activities on the development of Thai children through a quasi-experimental research design with pre-and post-test comparison groups. Results of Phase 1 showed that promoting the development of children should consider all five aspects, including gross motor, fine motor, receptive language, expressive language, and personal and social skills. This development should be facilitated through the active involvement of families and caregivers within appropriate contexts and environments. In Phase 2, the developed play-promoting model to promote the development of Thai children aged 2-6 years in the context of family and early childhood development centers consisted of 9 physical activity tasks and 9 free play corners. The content validity index (IOC) was calculated to be 0.85 overall. The IOC value for physical activity tasks was 0.74 (0.67-1), and the IOC value for areas of independent play was 0.96 (0.67-1). In Phase 3, the play-promoting model was implemented through a training program for parents, caregivers, and early childhood educators, conducted three times a week for 60 minutes each session, for 2 months with the sample group. The participants consisted of four subgroups: 1) the experimental group in the family context, 2) the experimental group in the early childhood development center, 3) the experimental group in combined the family context and early childhood development center, and 4) the comparison group. The implementation of the play-promoting model was monitored in the study area, and a comparison of developmental differences was made between the experimental and comparison groups before and after the intervention, both within the experimental groups and between the experimental and comparison groups. Statistical analysis was conducted using the paired sample t-test and one-way ANOVA. The experimental implementation of the play-promoting model to promote the development of Thai children showed significant improvement in age-appropriate development for children in all three experimental groups ($p < 0.05$). When comparing the experimental groups with the comparison group, it was found that the average number of developmental milestones achieved by children in the experimental groups significantly increased ($p < 0.001$, 0.01, and 0.001, respectively). Among the experimental groups, the family context and early childhood development center group had the highest average developmental progress compared to the family context or early childhood development center-only. This indicates the significant role of parents, caregivers, and early childhood educators in facilitating appropriate play that influences children's development. Based on the findings of this study, it is recommended to expand the implementation of this play-promoting model in both family contexts and early childhood development centers to promote the development of Thai children. This can be achieved by involving parents, caregivers, and early childhood educators in creating appropriate play environments that positively impact children's development.

Keywords: Development, Free Play, Physical Activity, preschool children

■ บทนำ

เด็กเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญของประเทศไทย เป็นพลังสำคัญในการพัฒนาชาติ บ้านเมืองให้เจริญก้าวหน้าและมั่นคง ในปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรในวัยเด็กลดน้อยลงแต่มีประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีจำนวนเด็กเกิดใหม่ประมาณ

6 แสนคน ปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนเด็กเกิดใหม่ 5.8 แสนคน และปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนเด็กเกิดใหม่เหลือเพียง 5.4 แสนคนเท่านั้น ส่งผลให้โครงสร้างประชากรไทยได้เปลี่ยนเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ โดยในปี พ.ศ. 2565 นี้ประเทศไทยมีประชากรเด็กเพียงร้อยละ 16-17 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ นอกจากนี้การสำรวจ

พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย พบว่าร้อยละของเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2563 เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 16.39 ร้อยละ 21.21 ร้อยละ 25.57 และร้อยละ 26.58 ตามลำดับ ด้านของพัฒนาการที่พบว่าเด็กไทยล่าช้ามากที่สุดคือ พัฒนาการทางด้านภาษา และรองลงมาคือ พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ส่วนในปี พ.ศ. 2564 ที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 26.56 และถัดมาในปี พ.ศ. 2565 เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 24.55 จะเห็นได้ว่า ปี พ.ศ. 2564-2565 แนวโน้มของเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเริ่มลดลง แต่เนื่องจากที่มีสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 จำนวนเด็กที่ทำการศึกษาได้น้อยกว่าในปี พ.ศ. 2560-2563 จึงยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าสถานการณ์ของเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามีแนวโน้มลดลงจากเดิม⁽²⁾

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด ถึง 5 ปี โดยให้โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการคัดกรองพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ซึ่งผลการตรวจคัดกรองต้องผ่านครบ 5 ด้าน คือ ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการใช้ภาษา ด้านความเข้าใจภาษา และด้านการช่วยเหลือตัวเอง หากพบความผิดปกติให้มีการกระตุ้นพัฒนาการด้วย DSPM เป็นเวลา 30 วัน หากยังมีพัฒนาการล่าช้าอยู่ให้ส่งต่อโรงพยาบาล⁽³⁾ เพื่อกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention:

TEDA4I) เป็นเวลา 3 เดือน และหากยังพบว่าพัฒนาการล่าช้าอยู่ เด็กจะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลตติยภูมิที่มีกุมารแพทย์พัฒนาการเด็กหรือจิตแพทย์เด็กเพื่อการดูแลรักษาต่อไป⁽⁴⁾ แม้ว่าจะมีกระบวนการคัดกรองพัฒนาการและส่งเสริมจากที่กล่าวมาข้างต้น ยังคงมีเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้าประมาณร้อยละ 20 ของเด็กในประเทศ ซึ่งถือว่ามีจำนวนมาก

ช่วงปฐมวัย คือ ช่วงเวลาตั้งแต่เด็กยังอยู่ในครรภ์จนถึงอายุ 6 ปี จะมีพัฒนาการการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ดังนั้นเด็กที่เกิดมาจะต้องเป็นเด็กที่มีความพร้อมทั้งทางด้านสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์ การที่เด็กจะเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพนั้น เด็กจะต้องมีพัฒนาการที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา จึงมีความจำเป็นที่เด็กจะต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องไปจนถึงวัยรุ่น⁽⁵⁾ ประเทศไทยมียุทธศาสตร์ในการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต ในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) ที่กำหนดทิศทางของประเทศในระยะยาว ซึ่งได้ให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะวัยเด็กปฐมวัย กำหนดเป็น “ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์”⁽⁶⁾ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ออกข้อแนะนำกิจกรรมทางกายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยแนะนำเด็กวัยนี้ ควรมีกิจกรรมทางกายหรือการเล่นที่มีความหลากหลายเป็นเวลาอย่างน้อย 180 นาที⁽⁷⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า การส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปฐมวัยมีหลากหลายวิธี แต่ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการที่มีประสิทธิภาพ ควรมีผลต่อความรู้และการปฏิบัติของมารดา ผู้เลี้ยงดูเด็ก ครอบครัว และครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก⁽⁸⁻¹³⁾ ซึ่งที่ผ่านมารวมอนามัย

โดยกองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ ขับเคลื่อนกิจกรรมทางกายเด็กปฐมวัยตามแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-พ.ศ. 2573 ผ่านคณะกรรมการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ที่ได้รับการแต่งตั้งจากหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยมีคณะกรรมการบริหารแผนเป็นผู้ติดตามประเมินผลให้เป็นไปตามแผนดังกล่าว ในยุทธศาสตร์ที่ 1 การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ประชาชนทุกกลุ่มวัย ตัวชี้วัดเป้าหมาย ประชาชนแรกเกิด-5 ปี มีเกณฑ์พัฒนากล้ามเนื้อมัดใหญ่เป็นปกติ ร้อยละ 95⁽¹⁴⁾ ได้ร่วมมือกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย และมหาวิทยาลัยมหิดล พัฒนาองค์ความรู้การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเด็กปฐมวัย เผยแพร่สื่อ คู่มือข้อแนะนำการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การเล่น และการจัดสภาพแวดล้อมสำหรับเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (สพด.) และในครอบครัว ผ่านหน่วยงานเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคเอกชนผ่านสื่อทุกช่องทาง แต่ถึงอย่างไรปัญหาพัฒนาการของเด็กไทยยังคงล่าช้าในสัดส่วนใกล้เคียงกับปีก่อนๆ สาเหตุอาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น กิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการและกิจกรรมการกระตุ้นพัฒนาการโดย พ่อ แม่ ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก ยังได้สนับสนุนเครื่องมือในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยไม่ครอบคลุมกิจกรรมการติดตามและส่งต่อยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลในระดับบุคคลและหน่วยงาน การไม่เข้ารับบริการของกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้ยังพบว่าการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องยังไม่ต่อเนื่อง⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้งานวิจัยที่ผ่านมา ยังเป็นการศึกษาเพียงบริบทบ้านหรือบริบทสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เพียงบริบทใดบริบทหนึ่งเท่านั้น⁽¹¹⁻¹³⁾ งานวิจัยชิ้นนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบ

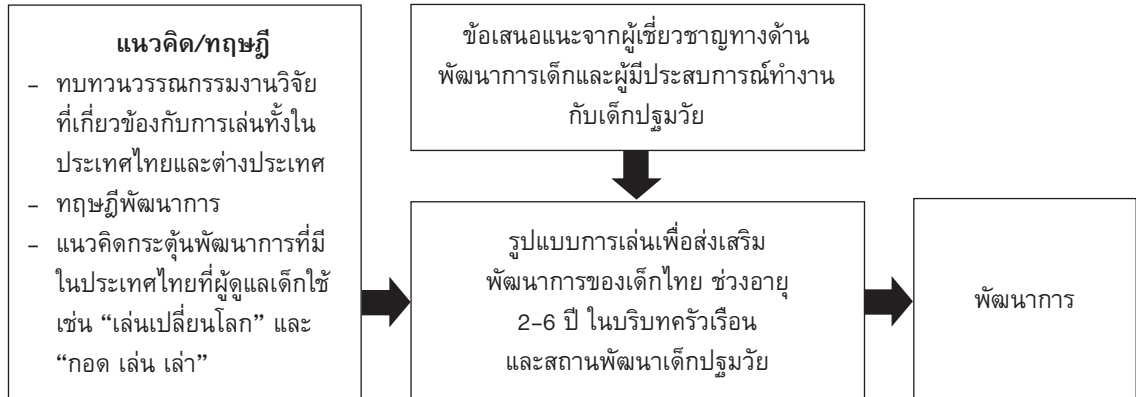
การเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กไทย อายุ 2-6 ปี ในบริบทครัวเรือนและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์สภาพปัญหาสถานการณ์ในปัจจุบัน ทฤษฎีพัฒนาการแนวคิดกระตุ้นพัฒนาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กไทย ช่วงอายุ 2-6 ปี ในบริบทครัวเรือนและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ผ่านการระดมสมองให้ข้อเสนอแนะจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ ระยะที่ 3 ศึกษาผลของรูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กไทย โดยใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยให้ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับเด็ก ผู้ดูแลเด็ก และครอบครัว ได้มีส่วนร่วมเรียนรู้การจัดการกับปัญหา พัฒนาศักยภาพสามารถเข้าใจปัญหา เพื่อให้ได้รูปแบบการเล่นที่เหมาะสมกับบริบทครัวเรือนและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ที่มีประสิทธิภาพและใช้ได้จริง ส่งผลต่อเนื่องไปยังเด็กได้มีพัฒนาการที่เหมาะสมในอนาคต

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กไทย ช่วงอายุ 2-6 ปี ในบริบทครัวเรือนและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพัฒนาการเด็กก่อนและหลังการทดลอง ใช้รูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของไทยอายุ 2-6 ปี ภายในกลุ่มทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพัฒนาการเด็กก่อนและหลังการทดลอง ใช้รูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของไทยอายุ 2-6 ปี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

■ กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของไทยอายุ 2-6 ปี ในบริบทครัวเรือนและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยแสดงกรอบแนวคิด (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

■ วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนา (Research and development design) รูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการในเด็กไทยช่วงอายุ 2-6 ปี ในบริบทครัวเรือนและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย การศึกษาแบ่งตามระยะของการศึกษา แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ

ระยะที่ 1 ทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์สภาพปัญหาสถานการณ์ในปัจจุบัน ทฤษฎีพัฒนาการ แนวคิดกระตุ้นพัฒนาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ

1. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ในปัจจุบันด้านปัญหาพัฒนาการของเด็กไทย สิ่งที่คุณดูแลเด็กใช้ในการกระตุ้นพัฒนาการในปัจจุบัน งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ

2. ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมสำหรับเด็ก เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย และหลักการสำคัญของรูปแบบการเล่น

3. ขึ้นสังเคราะห์ผลศึกษาวิจัยในอดีตและปัจจุบันเกี่ยวกับวิธีการในการส่งเสริมพัฒนาการในวิธีการต่างๆ โดยเฉพาะการเล่น และจัดทำ

เป็นข้อมูลพื้นฐานของการพัฒนารูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กไทย

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กไทย ช่วงอายุ 2-6 ปี ในบริบทครัวเรือนและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยใช้การวิจัยแบบวิจัยและพัฒนา มีกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ผู้วิจัยจัดประชุมชี้แจงที่มา วัตถุประสงค์ และข้อมูลพื้นฐานของการพัฒนา

2. อภิปรายตามประเด็นขององค์ประกอบของรูปแบบการเล่น โดยระดมสมองโดยทีมวิจัยและผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็ก ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ นักวิทยาศาสตร์การกีฬาจากกองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ และผู้เชี่ยวชาญด้านกิจกรรมบำบัดจากสถาบันอุดมศึกษาที่มีประสบการณ์ด้านการส่งเสริมพัฒนาการมากกว่า 15 ปี รวมจำนวน

5 คน เพื่อวิเคราะห์จัดทำ (ร่าง) รูปแบบการเล่น เพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กไทย

3. หลังจากนั้นระดมความคิดและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่เกี่ยวข้องด้านเด็ก จำนวน 16 คน ประกอบด้วย นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านส่งเสริมสุขภาพ) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ นายแพทย์ชำนาญการ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นักจิตวิทยาชำนาญการ อาจารย์ด้านสมองและพัฒนาการ อาจารย์ด้านกิจกรรมบำบัด ครูชำนาญการ ผู้จัดการมูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก ผู้ประสานงานเครือข่ายเล่นเปลี่ยนโลก ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนสุขภาวะเด็ก ผู้ดูแลเด็ก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ และนักวิทยาศาสตร์การกีฬา ได้รูปแบบการเล่น เพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กไทย (ฉบับยกร่าง)

4. หลังจากนั้นตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC : Index of item objective congruence) ของรูปแบบการเล่น โดยผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านพัฒนาการเด็ก และนักพัฒนาการมนุษย์ที่มีประสบการณ์การทำงานในการบำบัดเด็กมาไม่ต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 3 คน

5. แก้ไข เพิ่มเติม ปรับปรุงเนื้อหาจากข้อคิดเห็นที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญ ได้รูปแบบการเล่น เพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กไทย (ฉบับจริง)

ระยะที่ 3 ศึกษาผลของรูปแบบการเล่น เพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กไทย ผ่านการวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง

คัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์คุณสมบัติ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย ผู้ปกครอง-ผู้ดูแลเด็กช่วงอายุ 3-6 ปี และเด็กอายุ 3-6 ปี ที่อาศัยในพื้นที่ 4 ภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ (เชียงใหม่) ภาคกลาง (ราชบุรี) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ขอนแก่น) และภาคใต้

(นครศรีธรรมราช) ภูมิภาคละ 1 จังหวัด มีความเข้าใจข้อกำหนดที่ใช้ในการประเมิน และเด็กไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึ่งส่งผลกระทบต่อความจำที่นำมาใช้งาน ได้แก่ Intellectual disability, Down syndrome, Autistic spectrum disorder, ADHD เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างเด็กอายุ 2 – 6 ปี จำนวน 289 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 125 คน และกลุ่มทดลอง ทั้ง 3 บริบท (บริบทครัวเรือน บริบทสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยและบริบทครัวเรือนและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย) จำนวน 164 คน มีขั้นตอนดังนี้

1. ประสานงานและทำหนังสือขอความร่วมมือดำเนินการประสานงานและร่วมมือดำเนินการศึกษาวิจัยแก่ศูนย์อนามัย 4 แห่ง และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดราชบุรี จังหวัดขอนแก่น และจังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโครงการวิจัย

2. ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินการวิจัย รายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการแก่ผู้เลี้ยงดูเด็กกลุ่มทดลอง-กลุ่มเปรียบเทียบ และศูนย์อนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 4 จังหวัด เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย วัดจุดประสงค์วิจัย กระบวนการวิจัย ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดราชบุรี จังหวัดขอนแก่น และจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยกลุ่มตัวอย่างเป้าหมายเชินต์ยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ

3. บริหารจัดการทีมลงพื้นที่ศึกษาวิจัยในพื้นที่กลุ่มตัวอย่างเป้าหมาย ให้การอบรมรูปแบบการเล่นส่งเสริมพัฒนาการ และทักษะของเด็กไทย ช่วงอายุ 2-6 ปี แก่ผู้ดูแลเด็กและครูสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

4. ประชุมชี้แจงผู้ดูแลเด็ก ครูและ

ผู้ปกครองเด็ก รวมทั้งฝึกรวมเชิงปฏิบัติการ ผ่านการสาธิตและฝึกปฏิบัติตามรูปแบบการเล่น เพื่อส่งเสริมพัฒนาการในเด็กไทย

5. นักวิชาการสาธารณสุขและทีมวิจัย ทำการประเมินพัฒนาการ โดยใช้คู่มือ DSPM ก่อนเริ่มรูปแบบการเล่นฯ

6. ผู้ดูแลเด็ก ครูและผู้ปกครองเด็ก ทำการส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยใช้รูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการในเด็กไทย เป็นจำนวน 3 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งๆ ละ 60 นาที เป็นเวลา 2 เดือน โดยที่

- กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการเล่นที่ส่งเสริมพัฒนาการและทักษะของเด็กปฐมวัย บริบทครัวเรือน : ผู้ปกครองเป็นผู้ใช้รูปแบบการเล่นกับเด็ก

- กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการเล่นที่ส่งเสริมพัฒนาการและทักษะของเด็กปฐมวัยบริบทสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย : ครูเป็นผู้ใช้รูปแบบการเล่นกับเด็ก

- กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการเล่นที่ส่งเสริมพัฒนาการและทักษะของเด็กปฐมวัยบริบทครัวเรือนและบริบทสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย : ทั้งผู้ปกครองและครูเป็นผู้ใช้รูปแบบการเล่นกับเด็ก

- กลุ่มควบคุมดำเนินชีวิตตามปกติ

● เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพัฒนาการเด็ก โดยใช้ข้อคำถามจากคู่มือ DSPM ของกรมอนามัย⁽³⁾ ประเมินเด็ก ตามช่วงอายุของเด็ก แบ่งเป็น 5 ด้านและแปลผล ดังนี้

- จำนวนหัวข้อทดสอบพัฒนาการที่เด็กทำได้มากขึ้น แสดงว่า เด็กมีพัฒนาการเคลื่อนไหว (Gross motor: GM) ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (Fine motor : FM)

ด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language : RL) ด้านการใช้ภาษา (Expressive Language : EL) และด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (Personal and Social : PS) มากขึ้น

- ประเมินผลพัฒนาโดยรวม โดยที่

การประเมิน	แปลผล
-------------------	--------------

ประเมินผ่านทุกข้อ	สมวัย
-------------------	-------

ประเมินไม่ผ่านอย่างน้อย 1 ข้อ	สงสัยล่าช้า
-------------------------------	-------------

ส่วนที่ 3 รูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการในเด็กไทย ประกอบด้วย การเล่นด้วยกิจกรรมทางกาย 9 กิจกรรม และการเล่นอิสระ 9 มุม ที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเป็นคู่มือรูปแบบการเล่นฯ ให้เด็กกลุ่มทดลองเล่นด้วยความถี่ครั้งละ 60 นาที 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นเวลา 2 เดือน

● การวิเคราะห์และแปลผล การ

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามและประเมินมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ เพื่อนำมาแปลผลดังนี้

1) ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงข้อมูลทั่วไปของเด็กไทยอายุ 2-6 ปี

2) การเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติ Chi-Square test และ One-way ANOVA

3) การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพัฒนาการโดยรวม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired sample t-test

4) การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพัฒนาการโดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ One-way ANOVA

● การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย เลขที่ 454/2564 วันที่ 6

พฤษภาคม 2564

■ วิธีการศึกษา

ระยะที่ 1 ทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์สภาพปัญหาสถานการณ์ในปัจจุบัน ทฤษฎีพัฒนาการ แนวคิดกระตุ้นพัฒนาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเล่นทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า การเล่นเป็นธรรมชาติของเด็ก เป็นการตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจของเด็ก ให้ความสนุกสนานแก่เด็ก มีหลายรูปแบบทั้งที่เล่นเป็นรายบุคคล เล่นเป็นกลุ่ม เล่นแข่งขัน ด้วยกิจกรรมและการเล่นอิสระล้วนมีประโยชน์ต่อเด็ก ช่วยส่งเสริมพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจ สังคมและสติปัญญา โดยหลักการจัดประสบการณ์การเล่นคำนึงถึงความสนใจ ความสามารถและพัฒนาการของเด็กแต่ละคน⁽⁶⁾ การเล่นที่ส่งเสริมพัฒนาการทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว (Gross motor : GM) ด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา (Fine motor : FM) ด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language : RL) คือ ความสามารถในการรับรู้ เข้าใจและจำความหมายของคำได้ ด้านการใช้ภาษา (Expressive Language: EL) ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (Personal and Social : PS) ทั้งนี้ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้ดูแลเด็ก โดยคำนึงถึงบริบทและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในแต่ละท้องถิ่น

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กไทย ช่วงอายุ 2-6 ปี ในบริบทครัวเรือนและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยใช้การวิจัยแบบวิจัยและพัฒนา

ทีมวิจัยได้จัดทำ (ร่าง) รูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กไทย ประกอบด้วย

การเล่นด้วยกิจกรรมทางกาย 9 กิจกรรม ได้แก่

1. เคลื่อนไหวมหาสนุก
2. จับคู่มหาสนุก
3. กล้องปริศนา
4. เต็มให้เต็ม
5. กระโดดวิ่งคว่ำผืน
6. กบกระโดด
7. วิ่ง กระโดดสู่ผืน
8. เคลื่อนไหวหรรษา และ
9. รูปทรงมหาสนุก

และการเล่นอิสระ 9 มุมการเล่นอิสระ ได้แก่

1. มุมทราย
2. มุมแฟนซี
3. มุมโยแมงมุม
4. มุมธรรมชาติ
5. มุมศิลปะ
6. มุมน้ำ
7. มุมกล่อง
8. มุมวิทยาศาสตร์ แบ่งมายากล และ
9. เกมผ้าม้วนซูชิพ โดยการเล่นด้วยกิจกรรมทางกาย

9 กิจกรรม พ่อแม่ ผู้ปกครอง ครูพี่เลี้ยงจัดกิจกรรมให้เด็ก 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. ขั้นเตรียม
2. ขั้นนำ
3. ขั้นสอน และ
4. ขั้นสรุป เล่นครั้งละ 60 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ นาน 8 สัปดาห์

หลังจากระดมสมองโดยทีมวิจัยและผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็ก พบว่า (ร่าง) รูปแบบการเล่น มีความเหมาะสม มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยมีข้อเสนอให้เพิ่มเนื้อหาขั้นตอนการเล่นในส่วนการเล่นด้วยกิจกรรมทางกาย 9 กิจกรรม ในฉบับร่าง (ตามตารางที่ 1) ให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการครบทั้ง 5 ด้าน (ตามตารางที่ 2) ได้รูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กไทย (ฉบับปรับปรุง)

เพื่อตรวจสอบว่ารูปแบบการเล่น มีความสอดคล้องและเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการทั้ง 5 ด้านของเด็กวัย 2-6 ปี การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่ารูปแบบการเล่น ที่ประกอบด้วย 9 กิจกรรมทางกายและ 9 มุมเล่นอิสระ ส่งเสริมพัฒนาการทุกด้านในทุกกิจกรรม มีค่าความตรงเชิงเนื้อหารูปแบบการเล่น ทั้งฉบับ IOC เท่ากับ 0.85 โดยส่วนของกิจกรรมทางกาย มีค่า IOC เท่ากับ 0.74 (0.67-1) และค่า IOC ของมุมเล่นอิสระ มีค่าเท่ากับ 0.96 (0.67-1) (ตามตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบขั้นตอนรูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการในเด็กไทยระหว่าง ฉบับร่าง และฉบับยกร่าง

รูปแบบการเล่นฯ (ฉบับร่าง)		รูปแบบการเล่นฯ (ฉบับปรับปรุง)
กิจกรรม	ขั้นตอนการเล่น	ขั้นตอนการเล่น
กิจกรรมที่ 1 เคลื่อนไหวมหาสนุก	ขั้นสอน : 1. สอนวิธีการเล่นให้เด็กดู 2. ชวนเด็กเล่น	ขั้นสอน : 1. แนะนำกิจกรรม วิธีการเล่นพร้อมสาธิตวิธีการเล่น 2. ให้เด็กพูดทบทวนขั้นตอนการเล่นและชวนเด็กเล่น
กิจกรรมที่ 2 จับคู่มหาสนุก	ขั้นสอน : 1. สอนวิธีการเล่นให้เด็กดู 2. ชวนเด็กเล่น	ขั้นสอน : 1. แนะนำกิจกรรม วิธีการเล่น พร้อมถามชื่อและหน้าที่ของอุปกรณ์การเล่นให้เด็กตอบ 2. สาธิตวิธีการเล่น 3. ให้เด็กพูดทบทวนขั้นตอนการเล่น และชวนเด็กเล่น
กิจกรรมที่ 3 กลองปริศนา	ขั้นสอน : 1. สอนวิธีการเล่นให้เด็กดู 2. ให้เด็กเรียกชื่อของเล่นที่หยิบขึ้นมาในกลองปริศนา 3. ชวนเด็กเล่น	ขั้นสอน : 1. แนะนำกิจกรรม วิธีการเล่นพร้อมสาธิตวิธีการเล่น 2. ให้เด็กเรียกชื่อของเล่นที่หยิบขึ้นมาในกลองปริศนา 3. ให้เด็กพูดทบทวนขั้นตอนการเล่นและชวนเด็กเล่น
กิจกรรมที่ 4 เติมให้เต็ม	ขั้นสอน : 1. สอนวิธีการเล่นให้เด็กดู 2. ชวนเด็กเล่น	ขั้นสอน : 1. แนะนำกิจกรรม วิธีการเล่น พร้อมถามชื่อและหน้าที่ของอุปกรณ์การเล่นให้เด็กตอบ 2. สาธิตวิธีการเล่น 3. ให้เด็กพูดทบทวนขั้นตอนการเล่นและชวนเด็กเล่น
กิจกรรมที่ 5 กระโดด วิ่งคว่ำผืน	ขั้นสอน : 1. สอนวิธีการเล่นให้เด็กดู 2. ชวนเด็กเล่น	ขั้นสอน : 1. แนะนำกิจกรรม วิธีการเล่นพร้อมสาธิตวิธีการเล่น 2. ให้เด็กพูดทบทวนขั้นตอนการเล่นและชวนเด็กเล่น
กิจกรรมที่ 6 กบกระโดด	ขั้นสอน : 1. สอนวิธีการเล่นให้เด็กดู 2. ให้เด็กเรียกชื่อและส่งเสียงเสียงร้องของสัตว์ 3. ชวนเด็กเล่น	ขั้นสอน : 1. แนะนำกิจกรรม วิธีการเล่นพร้อมสาธิตวิธีการเล่น 2. ให้เด็กเรียกชื่อและส่งเสียงเสียงร้องของสัตว์ 3. ให้เด็กพูดทบทวนขั้นตอนการเล่นและชวนเด็กเล่น
กิจกรรมที่ 7 วิ่ง กระโดดสูผืน	ขั้นสอน : 1. สอนวิธีการเล่นพร้อมสาธิตวิธีการเล่นให้เด็กดู 2. ชวนเด็กเล่น	ขั้นสอน : 1. แนะนำกิจกรรม วิธีการเล่นพร้อมสาธิตวิธีการเล่น 2. ให้เด็กพูดทบทวนขั้นตอนการเล่นและชวนเด็กเล่น
กิจกรรมที่ 8 เคลื่อนไหวมหาหรรษา	ขั้นสอน : 1. สอนวิธีการเล่นพร้อมสาธิตวิธีการเล่นให้เด็กดู 2. ชวนเด็กเล่น	ขั้นสอน : 1. แนะนำกิจกรรม วิธีการเล่นพร้อมสาธิตวิธีการเล่น 2. ให้เด็กพูดทบทวนขั้นตอนการเล่นและชวนเด็กเล่น
กิจกรรมที่ 9 รูปทรงมหาสนุก	ขั้นสอน : 1. สอนวิธีการเล่นพร้อมสาธิตวิธีการเล่นให้เด็กดู 2. ชวนเด็กเล่น	ขั้นสอน : 1. แนะนำกิจกรรม วิธีการเล่นพร้อมสาธิตวิธีการเล่น 2. ให้เด็กพูดทบทวนขั้นตอนการเล่นและชวนเด็กเล่น

และได้ทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้ ได้รูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กไทย (ฉบับจริง)

ระยะที่ 3 ศึกษาผลของรูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กไทย โดยใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเด็กอายุ 2-6 ปี

กลุ่มตัวอย่างเด็กช่วงอายุ 2-6 ปี จำนวน 289 คน อายุเฉลี่ยเท่ากับ 3.94 ปี มีสัดส่วนเป็นเพศหญิงและเพศชายจำนวนใกล้เคียงกัน ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีเพศหญิง จำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 51.2 และเพศชาย จำนวน 141 คน คิดเป็นร้อยละ 48.8 เมื่อแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลอง 3 กลุ่ม จำนวน 164 คน มีอายุเฉลี่ย 3.93 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 17.69 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 103.92 เซนติเมตร และกลุ่มเปรียบเทียบ มีจำนวน 125 คน มีอายุเฉลี่ย 3.95 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 17.56 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 102.45 เซนติเมตร โดยค่าเฉลี่ยอายุ น้ำหนัก และส่วนสูงไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองทุกกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญที่ p-value เท่ากับ 0.769, 0.950 และ 0.379 ตามลำดับ (ตามตารางที่ 3)

2.2 การศึกษาผลของรูปแบบการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กไทยอายุ 2-6 ปี ในบริบทครัวเรือนและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

1. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าความถี่และร้อยละของพัฒนาการโดยรวมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการได้รับรูปแบบการเล่น (ตามตารางที่ 4) พบว่า

1.1 กลุ่มทดลองบริบทครัวเรือน มีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับรูปแบบ

การเล่น จำนวน 20 คน ไปเป็นจำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 35.0

1.2 กลุ่มทดลองบริบทสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย มีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับรูปแบบการเล่น จำนวน 21 คน ไปเป็นจำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 38.09

1.3 กลุ่มทดลองบริบทครัวเรือนและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย มีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับรูปแบบการเล่น จำนวน 16 คน ไปเป็นจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 87.50

1.4 กลุ่มเปรียบเทียบ มีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับรูปแบบการเล่น จำนวน 25 คน ไปเป็นจำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 64.0

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพัฒนาการโดยรวมระหว่างก่อนและหลังได้รับรูปแบบการเล่นในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วย Paired-t-test พบว่าหลังได้รับรูปแบบการเล่น เด็กกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยจำนวนข้อทดสอบพัฒนาการที่เด็กผ่านเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับรูปแบบการเล่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยเด็กกลุ่มทดลอง (บริบทครัวเรือนและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย) มีค่าเฉลี่ยจำนวนข้อทดสอบพัฒนาการที่เด็กผ่านเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มทดลองบริบทอื่น (ตามตารางที่ 5)

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพัฒนาการโดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลัง ได้รับรูปแบบการเล่น ด้วยด้วยสถิติ One-way ANOVA และ Post-hoc Bonferroni พบว่าหลังได้รับรูปแบบการเล่น เด็กกลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่ม คือ บริบทครัวเรือน บริบทสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และ บริบทครัวเรือนและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย มีผลต่างค่าเฉลี่ยจำนวนหัวข้อ

ตารางที่ 2 ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) จากการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของคู่มือรูปแบบการเล่น

กิจกรรม	GM	FM	RL	EL	PS	IOC
กิจกรรมทางกาย						0.74
1. เคลื่อนไหวมหาสนุก	✓	✓	✓	✓	✓	0.67
2. จับคู่มหาสนุก	✓	✓	✓	✓	✓	0.67
3. กล้องปริศนา	✓	✓	✓	✓	✓	0.67
4. เต็มให้เต็ม	✓	✓	✓	✓	✓	0.67
5. กระโดด วิ่งคว่าฝัน	✓	✓	✓	✓	✓	1
6. กบกระโดด	✓	✓	✓	✓	✓	1
7. วิ่ง กระโดดสู่ฝัน	✓	✓	✓	✓	✓	0.67
8. เคลื่อนไหวหรรษา	✓	✓	✓	✓	✓	0.67
9. รูปทรงมหาสนุก	✓	✓	✓	✓	✓	0.67
มุมนเล่นอิสระ						0.96
1. มุมทราย	✓	✓	✓	✓	✓	1
2. มุมแฟนซี	✓	✓	✓	✓	✓	1
3. มุมโยแมงมุม	✓	✓	✓	✓	✓	0.67
4. มุมศิลปะ	✓	✓	✓	✓	✓	1
5. มุมธรรมชาติ	✓	✓	✓	✓	✓	1
6. มุมน้ำ	✓	✓	✓	✓	✓	1
7. มุมผ้าร่มชูชีพ	✓	✓	✓	✓	✓	1
8. มุมวิทยาศาสตร์ แบ่งมายากล	✓	✓	✓	✓	✓	1
9. มุมกล่อง	✓	✓	✓	✓	✓	1
รวม						0.85

หมายเหตุ : GM= Gross motor, FM = Fine motor, RL = Receptive Language, EL = Expressive Language, PS = Personal Social, IOC = Index of item objective congruence

พัฒนาการที่เด็กผ่านเพิ่มขึ้น (จำนวนหัวข้อทั้งหมดที่ผ่านหลังได้รับรูปแบบการเล่น-จำนวนหัวข้อที่ผ่านก่อนได้รับรูปแบบการเล่น) มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$, $p < 0.01$ และ $p < 0.001$ ตามลำดับ

(ตามตารางที่ 6) โดยเด็กกลุ่มทดลองบริบทครัวเรือนและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย มีผลต่างค่าเฉลี่ยจำนวนหัวข้อพัฒนาการที่เด็กผ่านเพิ่มขึ้นมากกว่าเด็กกลุ่มทดลองบริบทอื่น แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเด็กช่วงอายุ 2 - 6 ปี (n = 289)

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่าง (n = 289)				F, χ^2 (df)	p-value
	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 125)	บริบทครัวเรือน (n = 53)	บริบทสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (n = 54)	บริบทครัวเรือนและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (n = 57)		
เพศ						
ชาย (n=141)	61 (48.8%)	25 (47.2%)	27 (50.0%)	28 (49.1%)	0.84 (3) ^a	0.83
หญิง (n=148)	64 (51.2%)	28 (52.8%)	27 (50.0%)	29 (50.9%)		
อายุ (Mean±SD)	3.95 (1.03)	3.79 (1.04)	4.12 (1.01)	3.87 (1.00)	0.378 (3) ^b	0.769
น้ำหนัก (Mean±SD)	17.56 (4.52)	17.88 (5.51)	17.48 (4.06)	17.71 (4.85)	0.118 (3) ^b	0.950
ส่วนสูง (Mean±SD)	102.45 (8.50)	103.89 (9.71)	103.67 (8.37)	104.19 (9.02)	1.031 (3) ^b	0.379

หมายเหตุ : a วิเคราะห์โดยใช้ Chi-square, b วิเคราะห์โดยใช้ F-test

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของพัฒนาการก่อนและหลังการได้รับรูปแบบการเล่นในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง	ผลการประเมินพัฒนาการ	จำนวน (ร้อยละ)		ความแตกต่างของพัฒนาการจำนวน (ร้อยละ)
		ก่อน	หลัง	
ทดลอง (บริบทครัวเรือน) (n = 53)	สมวัย	20 (37.7)	27 (50.9)	7 (35.0)
	สงสัยล่าช้า	33 (62.3)	26 (49.1)	
ทดลอง (บริบทสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย) (n = 54)	สมวัย	21 (38.9)	29 (53.7)	8 (38.09)
	สงสัยล่าช้า	33 (61.1)	25 (46.3)	
ทดลอง (บริบทครัวเรือนและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย) (n = 57)	สมวัย	16 (28.1)	30 (52.6)	14 (87.50)
	สงสัยล่าช้า	41 (71.9)	27 (47.4)	
เปรียบเทียบ (n = 125)	สมวัย	25 (20.0)	41 (32.8)	16 (64.0)
	สงสัยล่าช้า	100 (80.0)	84 (67.2)	

■ อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า พัฒนาการของเด็กกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง แต่อย่างไรก็ตามหากเปรียบเทียบหัวข้อแบบทดสอบพัฒนาการที่เด็กทำได้มากขึ้น พบว่า กลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่ม มีหัวข้อการประเมินพัฒนาการที่เด็กทำได้ผ่านมากขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ และมี

พัฒนาการในภาพรวมดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ กรแก้ว ทัทพมาลัย⁽¹⁶⁾ ศึกษาพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ครูพี่เลี้ยงเด็กเกิดความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย มีพฤติกรรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยดีขึ้น และทำให้เด็กมีพัฒนาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษา

ตารางที่ 5 การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยจำนวนข้อทดสอบพัฒนาการที่เด็กผ่านก่อนและหลังได้รับรูปแบบการเล่น ในกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองด้วย Paired-t-test

กลุ่มตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ยจำนวนข้อทดสอบพัฒนาการที่เด็กผ่าน		t (df)	p-value
	ก่อน (Mean±SD)	หลัง (Mean±SD)		
ทดลอง (บริบทครัวเรือน)	103.91±17.48	107.53±17.35	6.24(52)	<0.001
ทดลอง (บริบทสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย)	111.15±18.52	113.85±17.87	4.83(53)	<0.001
ทดลอง (บริบทครัวเรือนและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย)	106.44±19.51	110.16±18.80	5.65 (56)	<0.001
เปรียบเทียบ	107.22± 18.94	108.90±18.46	7.38 (124)	<0.001

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance: ANOVA) และ Post-hoc Bonferroni ของจำนวนหัวข้อพัฒนาการที่เด็กผ่านเพิ่มขึ้นหลังได้รับรูปแบบการเล่นระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง

กลุ่มเปรียบเทียบ	กลุ่มทดลอง	ค่าเฉลี่ยของจำนวนหัวข้อพัฒนาการที่เด็กผ่านเพิ่มขึ้นหลังได้รับรูปแบบการเล่น (Mean±SD)	ผลต่างค่าเฉลี่ยจำนวนหัวข้อพัฒนาการที่เด็กผ่านเพิ่มขึ้น (Mean Difference)	Std. Error	p-value
(1.64±2.20)	ทดลอง (ครัวเรือน)	3.74±4.12	2.09	.58	<0.001
	ทดลอง (สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย)	3.19±3.74	1.54	.57	<0.01
	ทดลอง (ครัวเรือนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย)	3.79±4.91	2.15	.56	<0.001

ของ แก้วตา นพมณีจรัสเลิศ และคณะ⁽¹⁷⁾ ได้ศึกษานำร่องโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กล่าช้า โดยใช้แนวทาง “DIR/Floortime Model” ของ Dr.Stanley Greenspan DIR/Floortime ซึ่งเน้นกระบวนการฝึกสอนผู้ปกครองเล่นกับลูกพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเด็กพัฒนาการล่าช้า มีคะแนนพัฒนาการด้านอารมณ์สังคมเพิ่มขึ้น ในกรณีผลการศึกษา กลุ่มเปรียบเทียบมีพัฒนาการสมวัยและคะแนนเฉลี่ยพัฒนาโดยรวม

เพิ่มขึ้นหลังจากได้รับรูปแบบการเล่น เนื่องจากเด็กในกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการตรวจประเมินและติดตามตามขั้นตอนปกติ ซึ่งในโรงเรียนของเด็กกลุ่มเปรียบเทียบก็จะได้รับการฝึกทักษะโดยคุณครูประจำชั้น จึงทำให้หลังการทดลองมีความเป็นไปได้สูงที่เด็กจะมีผลพัฒนาการในภาพรวมที่ดีขึ้น การศึกษาวิจัยนี้ สรุปได้ว่ากลุ่มทดลองที่เป็นบริบทครัวเรือนและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีค่าเฉลี่ยพัฒนาการที่เด็กผ่านสูงที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองที่เป็นบริบท ครัวเรือนหรือสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างใด อย่างหนึ่ง แสดงให้เห็นว่า พ่อแม่ ผู้ปกครอง และครูที่เลี้ยงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม การเล่นอย่างเหมาะสม ที่จะส่งผลต่อพัฒนาการ ของเด็ก ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ ควรนำ รูปแบบการเล่นนี้ไปขยายผลทั้งในครัวเรือนและ สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เพื่อส่งเสริมพัฒนาการ ของเด็กไทย

■ ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำรูปแบบการเล่น ไปปรับ ใช้กับพื้นที่ตามความเหมาะสมในแต่ละบริบท เช่น การใช้อุปกรณ์ที่มีลักษณะใกล้เคียงหรือคล้ายคลึง กันที่สามารถหาได้ในท้องถิ่น เป็นต้น

2. ควรส่งเสริมให้สถานพัฒนาเด็ก ปฐมวัยและสถาบันครอบครัว นำรูปแบบการเล่น ไปใช้ เพื่อให้ครู พ่อแม่และผู้ปกครองได้มีทักษะ และแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่าง ทัวถึง โดยการจัดทำสื่อคลิปวิดีโอสาธิตวิธีการ เล่นแจกจ่ายไปยังสถานปฐมวัย เพื่อให้พ่อแม่

ผู้ปกครองได้นำไปใช้กระตุ้นการเล่นของเด็ก

3. ควรส่งเสริมภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการนำรูปแบบการเล่นไปขยายผล เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นต้น โดยการ จัดการอบรมเชิงปฏิบัติให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ เด็กได้เข้าใจ เห็นคุณค่า และสามารถปฏิบัติ จริ่งได้ เพื่อเป็นส่วนช่วยเหลือในการส่งเสริม พัฒนาการเด็ก

■ กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสำนักงาน คณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและ นวัตกรรม (สกสว.) ประจำปีงบประมาณ 2564 และขอขอบคุณเครือข่ายที่วิจัยในพื้นที่ศึกษา ได้แก่ ศูนย์อนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทั้ง 4 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ ขอนแก่น ราชบุรี และนครศรีธรรมราช ที่ได้ให้ความร่วมมือ อำนวยความสะดวก และให้ ความอนุเคราะห์สถานที่ในการเก็บข้อมูลเป็น อย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. สถิติประชากรทางการทะเบียนราษฎร [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 27 กุมภาพันธ์ 2566] เข้าถึงได้จาก: <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMenu/newStat/home.php>
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. บทวิเคราะห์สถานการณ์ของตัวชี้วัด (Assessment) ตัวชี้วัดที่ 1.7 ร้อยละ ของเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 27 กุมภาพันธ์ 2566] เข้าถึงได้จาก: https://dopah.anamai.moph.go.th/web-upload/8x6b2a6a0c1f8e85a9c274e6419fdd6071/m_document/37727/30928/file_download/29aca48272c5e933dcf4cc328bee60cd.pdf
3. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual :DSPM). นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2562.
4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention : TEDA4I). นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุม สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.

5. ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์. วิฤตการณ์พัฒนาการเด็กไทย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2549 หน้า 1.
6. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ร่างยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี 2560-2579 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 24 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dga.or.th/wp-content/uploads/2018/08/file_32600e26a233b3fc9c88e48300c10334.pdf
7. World Health Organization. Guidelines on Physical Activity, Sedentary Behaviour and Sleep for Children under 5 Years of Age. Geneva: World Health Organization; 2019.
8. Anderson LM, Shinn C, Fullilove MT, Scrimshaw SC, Fielding JE, Normand J, et al. The effectiveness of early childhood development programs: A systematic review. American Journal of preventive medicine 2003;24(3):32-46.
9. Phattarasatjatum P. Development of an Integrated Coaching System for Health Promotion in Early Childhood at Child Development Centers. Journal of Research and Curriculum Development 2022;12(1):13-22.
10. Vahidi E, Aminyazdi A, Kareshki H. The effectiveness of a parent-training program for promoting cognitive performance in preschool children. Europe's Journal of Psychology 2017;13(3):519.
11. พัชรินทร์ ยอดสิน, สมศักดิ์ บุญปู และพระมหาญาณวัฒน์ จิตวฑูตโน. แนวทางการส่งเสริมจัดการศึกษาของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลคลองเจ็ด อำเภอกลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. วารสารครุศาสตร์ปริทรรศน์ 2562;6(1):145-60.
12. ปาริชาติ อาษาขง และทองมี ผลผล. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย 2565;15(2):266-82.
13. จุฑามาศ ผลมาก, ปรัชญาพร ธิสาระ, ดาว เวียงคำ และอมรรัตน์ ดวงปัญญา. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กรณีศึกษาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านสันป่าม่วง อำเภอมือง จังหวัดพะเยา. วารสารพยาบาลทหารบก 2562;20(2):241-50.
14. คณะกรรมการพัฒนาแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (พ.ศ. 2561-2573). แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573. นนทบุรี: กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2561
15. อัจฉรา ผาดโผน, วรพจน์ พรหมสัตยพรต และรัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตำบลเขิน อำเภอน้ำเกลี้ยง จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2562;5(1):123-38.
16. กรแก้ว ทัทมาลัย. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2561;12(29):005-29.
17. แก้วตา นพมณีจำรัสเลิศ, ประพา หมายสุข และพามรา สุมาลัยโรจน์. การศึกษานำร่องโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กล่าช้าโดยใช้แนวทาง DIR/Floortime. วารสารการพยาบาล 2562;21(2):1-11.

การประเมินผลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของภาคีเครือข่าย จังหวัดสมุทรปราการ

เฉลิมลักษณ์ วิจิตรานนท์

สุวรรีย์ ดำเนินวุฒิ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

วันรับ 8 กันยายน 2565, วันแก้ไข 2 มิถุนายน 2566, วันตอบรับ 12 มิถุนายน 2566.

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินผลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของภาคีเครือข่าย จังหวัดสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลจากผู้รับผิดชอบ 2 กลุ่ม 1. ผู้แทน 5 กระทรวงจากคณะอนุกรรมการฯ ภาคเอกชนและประชาสังคม จำนวน 12 คน 2. คณะทำงาน/ผู้รับผิดชอบงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจาก 5 หน่วยงานๆ ละ 8 คนรวม 40 คน รวม 52 คน รวบรวมข้อมูลโดยการศึกษาข้อมูลทฤษฎีภูมิและเก็บข้อมูลปฐมภูมิโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูล เชิงปริมาณใช้สถิติร้อยละและอัตรา เชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ดำเนินการเดือนมกราคม-กันยายน 2565 ผลการวิจัย พบว่า บริบท การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีแนวโน้มลดลง การตั้งครรภ์ซ้ำ การคุมกำเนิดในวัยรุ่นยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงสูงขึ้น ขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องเพศวิถี ขาดการมีส่วนร่วม เข้าไม่ถึงความรู้บริการและสวัสดิการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ภาคีเครือข่ายส่วนใหญ่ไม่มีการบูรณาการแผนการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมของพ่อแม่ ผู้ปกครอง ชุมชนค่อนข้างน้อย ไม่ครอบคลุม ไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาความต้องการของวัยรุ่น ในภาพรวมไม่มีผู้รับผิดชอบหลัก กลวิธีที่สำคัญ เร่งรัดและปรับวิธีการดำเนินงานให้สอดคล้องครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย บัณฑิตนำเข้า ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อให้เกิดการสนับสนุนการดำเนินงานแบบบูรณาการทั้งกำลังคนงบประมาณและอุปกรณ์เครื่องมือ แต่ยังไม่มีการบูรณาการประสานแผนการดำเนินงาน แผนงบประมาณ อุปกรณ์ เครื่องมือ กระบวนการ การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การนิเทศงาน ติดตามกำกับ การพัฒนาศักยภาพทีมงาน ส่วนใหญ่ดำเนินงานภายใต้ภารกิจของหน่วยงานไม่มีการบูรณาการ ผลลัพธ์ ความสำเร็จผ่านค่าเป้าหมายร้อยละ 54.8 จุดเด่น การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีแนวโน้มลดลง วัยรุ่นในสถานศึกษาได้เรียนรู้ ได้รับการดูแลช่วยเหลือปรึกษา ปัญหาการตั้งครรภ์ ส่งต่ออย่างเป็นระบบ อปท.บรรจุเข้าแผนพัฒนาท้องถิ่น การดำเนินงานในพื้นที่เป็นรูปธรรมชัดเจนมากขึ้น ตัวชี้วัดที่มีหน่วยงานรับผิดชอบโดยตรง มีระบบการจัดเก็บชัดเจน สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานได้อย่างเป็นรูปธรรม ข้อขัดข้องตัวชี้วัดบางตัวกว้างเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน หรือไม่มีเจ้าภาพโดยตรง ระบบการจัดเก็บไม่ชัดเจน ทำให้ไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลตอบค่าเป้าหมายตัวชี้วัดได้ครบถ้วน ผลผลิตไม่สอดคล้องกับผลการดำเนินงาน หรือไม่มีการดำเนินงาน จากผลการศึกษา ควรกำหนดโครงสร้างการขับเคลื่อนให้สอดคล้องเชื่อมโยงกันระหว่างเป้าหมายตัวชี้วัดรายยุทธศาสตร์กับตัวชี้วัดสูงสุดของยุทธศาสตร์

จัดทำข้อตกลง กำหนดบทบาทหน้าที่ให้สนับสนุน ส่งเสริม ซึ่งกันและกันทั้งแนวราบแนวตั้ง สร้างความเข้าใจในการดำเนินงานแบบบูรณาการ รวมทั้งสร้างกระบวนการเรียนรู้ ปรับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ยุทธศาสตร์ฯ พ.ร.บ.ฯ สร้างความตระหนัก ความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาาร่วมกัน เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันแบบบูรณาการ สร้างและสนับสนุนบทบาทสภาเด็กฯ ให้ชัดเจนครอบคลุมทุกพื้นที่ และสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน โดยใช้พื้นที่เป็นฐานผ่านกระบวนการจัดการของ อปท. ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และเพิ่มประสิทธิภาพการขับเคลื่อนแต่ละยุทธศาสตร์ให้ครอบคลุมเพียงพอ เข้าถึงวัยรุ่นทุกกลุ่ม ทุกสถานที่
คำสำคัญ : การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ภาคีเครือข่าย

Evaluation of Implementation on Driving Strategies for Preventing and Addressing Adolescent Pregnancy Issues among the Network Partners in Samutprakan Province

Chaloemlak Vichitranon

Suwaree Damnernvut

Samutprakan Provincial Public Health Office

Received 8 September 2022, Revised 2 June 2023, Accepted 12 June 2023.

Abstract

This research evaluates strategies aimed at preventing and addressing adolescent pregnancy issues in Samutprakan province. The study includes two groups of informants: 12 representatives from 5 ministries, private sector sub-committees, and civil society, and 40 individuals responsible for tackling adolescent pregnancy problems in five hospitals. Data collection involved in-depth interviews, focus group discussions, and secondary data analysis from January to September 2022. Findings indicate a declining trend in adolescent pregnancies. However, challenges remain, including repeated pregnancies, inadequate birth control, high-risk behaviors, limited understanding of sexuality, insufficient participation, and limited access to reproductive health services. Most network partners lack an integrated action plan, and involvement of parents, guardians, and communities is inconsistent. Strategies should be revised to ensure comprehensive coverage of target groups. Input factors, such as strategy mapping, should encourage partner participation and resource allocation. Integration among agencies is essential for effective implementation. Results: The study show a 54.8% achievement toward the goal of reducing adolescent pregnancies. Adolescents in schools receive care, consultation, and systematic referrals for pregnancy-related issues. The local plan incorporates adolescent pregnancy problems, leading to clearer implementation. Indicators tied to responsible agencies and performance systems are effective. However, some indicators lack designated agencies and performance information, causing inconsistencies. Suggestions : To improve

strategies, establish a clear driving structure aligned with strategic indicators. Define roles and responsibilities to foster horizontal and vertical support. Enhance understanding of integrated operations and reproductive health knowledge. Promote shared ownership and awareness to encourage collaboration. Strengthen the Children's Council's role for comprehensive coverage. Increase involvement of families and communities through local government organizations. Enhance the efficiency of strategies to reach all teenager groups effectively.

Keywords : Driving strategies to prevent and solve the problem of adolescent pregnancy, network partners

■ บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หมายถึง การตั้งครรภ์ของหญิงที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี โดยถืออายุ ณ เวลาที่คลอดบุตร เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่เหมาะสมในการเป็นมารดา ข้อมูลจากทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2558-2564 พบว่า หญิงวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปี คลอดบุตรประมาณร้อยละ 15 ซึ่งในประชากรกลุ่มนี้มีประมาณร้อยละ 90 เกิดในประเทศที่กำลังพัฒนา สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย ข้อมูลของกรมอนามัยในปี พ.ศ. 2563 พบว่า อัตราการคลอดบุตรของหญิงวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี อยู่ที่ 28.7 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ซึ่งนำไปสู่ปัจจัยเสี่ยงหลายด้านที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพมารดาและทารก เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะโลหิตจาง ระหว่างการตั้งครรภ์ การตกเลือดหลังคลอด การติดเชื้อในมดลูกโดยเฉพาะหากไม่ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และพบอุบัติการณ์ว่า กลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์อายุ 15-19 ปี มีการทำแท้งประมาณร้อยละ 29 รวมทั้งส่งผลให้เกิดปัจจัยอื่นๆ ตามมา ทั้งนี้เพราะส่วนใหญ่จะมีระดับการศึกษาน้อย เข้าไม่ถึงบริการวางแผนครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ ไม่มีการคุมกำเนิด หรือใช้วิธีการคุมกำเนิดชนิดชั่วคราว เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด หรือถุงยางอนามัย ซึ่งมีโอกาสผิดพลาดได้สูงนำไปสู่

การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์⁽¹⁾ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไม่เพียงส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสุขภาพของมารดา ทารก บุคคลและความเป็นอยู่ในครอบครัวเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อด้านสังคม เศรษฐกิจ การสูญเสียโอกาสทางการศึกษา หน้าที่การงาน รายได้ในอนาคต ความพร้อมในการเลี้ยงดูบุตร ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรและความมั่นคงของประเทศในระยะยาว⁽²⁾ จากรายงานการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่นปี พ.ศ. 2563 พบว่า วัยรุ่นต้องหยุดเรียนหรือลาออกเพราะตั้งครรภ์ร้อยละ 45.8 หลังคลอดต้องหยุดเรียนอยู่บ้านเลี้ยงลูกร้อยละ 48.6 กลับมาเรียนในสถานศึกษาเดิมเพียงร้อยละ 29.3 สอดคล้องกับการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2556 พบว่าวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีต้องออกจากการศึกษาเพราะตั้งครรภ์ร้อยละ 32⁽³⁾

จากปัญหาดังกล่าวทุกประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญและพยายามหามาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาอย่างเร่งด่วน องค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี, 15-19 ปี เป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดในการบรรลุเป้าหมายที่ 3 การพัฒนาที่ยั่งยืนสร้างหลักประกันถ้วนหน้าในการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมถึงการวางแผนครอบครัว ข้อมูลข่าวสาร

และความรู้และการบูรณาการอนามัยการเจริญพันธุ์ ในยุทธศาสตร์และแผนงานระดับชาติ ภายในปี พ.ศ. 2573⁽⁴⁾ ประเทศไทยจึงได้กำหนดพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ให้เป็นกฎหมายที่มุ่งป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างบูรณาการ บนพื้นฐานสิทธิของวัยรุ่น โดยมีกลไกการขับเคลื่อน ตั้งแต่ระดับประเทศจนถึงระดับปฏิบัติ ระดับ จังหวัดผ่านคณะกรรมการป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีผู้ว่าราชการ จังหวัดเป็นประธาน โดย 5 กระทรวงหลัก ได้แก่ ศึกษาธิการ การพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์ มหาดไทย แรงงาน และสาธารณสุข ออกกฎหมายและระเบียบให้หน่วยงานในระดับ ต่างๆ นำไปปฏิบัติ⁽⁵⁾ ตามด้วยยุทธศาสตร์การ ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ระดับชาติ พ.ศ.2560-2569 โดยยึดวัยรุ่นเป็น ศูนย์กลาง (teenage centered) มีพ่อแม่ ผู้ปกครอง ชุมชนและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการดำเนินการภายใต้ 5 ยุทธศาสตร์ เพื่อส่งเสริม สนับสนุนและประสานให้เกิดการมี ส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ให้สามารถรองรับ กับบริบทเปลี่ยนแปลงทางสังคม โดย 5 กระทรวง ดังกล่าวเป็นหลักในการขับเคลื่อนฯ ให้วัยรุ่น มีความรู้ด้านเพศวิถีศึกษา มีทักษะชีวิตที่ดี สามารถเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็น มิตร เป็นส่วนตัว รักษาความลับและได้รับการ จัดสวัสดิการสังคมอย่างเสมอภาคไม่ถูกเลือก ปฏิบัติตามเป้าหมายมาตรา 5 พ.ร.บ. พ.ศ.2559⁽⁶⁾ หลังจากประเทศไทยประกาศใช้ พ.ร.บ.ดังกล่าว แนวโน้มการคลอดของแม่วัยรุ่นลดลงอย่างชัดเจน จากสถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นของจังหวัด

จากฐานทะเบียนเกิดของกระทรวงมหาดไทยปี พ.ศ.2556 พบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553-2563 อัตราการคลอดในวัยรุ่นลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยปีพ.ศ.2555 อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีอยู่ที่ 53.4 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คนลดลงเป็น 28.7 ใน พ.ศ. 2563 อัตรา การคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี ลดลงจาก 1.8 ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน ใน พ.ศ. 2555 เป็น 0.9 ใน พ.ศ. 2563⁽⁷⁾ สำหรับ จังหวัดสมุทรปราการ อัตราคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีและวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี มีแนวโน้มลดลง อย่างเป็นรูปธรรมเช่นกัน คือ อัตราคลอดในวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี ลดจาก 53.6 เหลือ 26.6 ต่อประชากร หญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน และอัตราคลอด ในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี ลดจาก 1.8 เหลือ 0.7 ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน แต่ใน ทางกลับกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปียังมีอัตราสูงกว่าค่าเป้าหมายประเทศมาตลอด ตั้งแต่ปี พ.ศ.2558-2562 คือ 20.83, 17.78, 21.90, 17.20 และ 14.90 ตามลำดับ (เกณฑ์ ปี พ.ศ.2564 ไม่เกินร้อยละ 14 ของแม่วัยรุ่น ทั้งหมดที่มาคลอดหรือแท้ง) และปีพ.ศ.2561- 2563 แม่วัยรุ่นรับบริการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือ แท้งก่อนออกจากโรงพยาบาลด้วยวิธีสมัยใหม่ ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย คือร้อยละ 53.3, 50.5, และ 62.4 ตามลำดับ (เกณฑ์ปีพ.ศ.2564 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่คลอด หรือแท้ง) วิธีกึ่งถาวรร้อยละ 39.2, 40.6, 49.9 ตามลำดับ (เกณฑ์ปี พ.ศ.2564 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปีที่ได้รับ การคุมกำเนิดแบบสมัยใหม่)⁽⁸⁾

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นแนวโน้ม ของปัญหาที่ยังไม่คลี่คลายและจำเป็นต้องได้รับ

การแก้ไขอย่างจริงจัง หน่วยงานภาคีเครือข่ายระดับจังหวัดได้ให้ความสำคัญอย่างเร่งด่วนต่อการจัดการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ฯ ตาม พ.ร.บ. พ.ศ.2559 ภายใต้คณะอนุกรรมการฯ จากผู้แทน 5 กระทรวงหลัก ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อให้วัยรุ่นได้รับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพตามสิทธิในมาตรา 5 ตาม พ.ร.บ. ดังกล่าว อันจะนำไปสู่การลดอัตราการตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น รวมทั้งเพิ่มวิธีการคุมกำเนิดทั้งวิธีสมัยใหม่และวิธีกึ่งถาวร ตลอดจนการขับเคลื่อนฯ ยังไม่มีการประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและครอบคลุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อนำผลไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยในฐานะผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีบทบาทเป็นเลขานุการคณะอนุกรรมการฯ จึงได้ประเมินผลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของภาคีเครือข่าย จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อประเมินผลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของภาคีเครือข่าย จังหวัดสมุทรปราการ

■ วิธีการศึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวคิดการประเมินผลแบบ CIPP Model ของสตรัฟเฟิลบีม (Strufflebeam's CIPP Model 1990)⁽⁹⁾ 4 ด้านคือ

1. การประเมินผลบริบท (Context

Evaluation) ประกอบด้วย 1) สถานการณ์ปัญหาและบริบทการทำงานร่วมกันของแต่ละหน่วยงาน 2) การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และกำหนดกลวิธีจัดการปัญหา 3) กำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน 4) ทบทวนตัวชี้วัดความสำเร็จในแต่ละยุทธศาสตร์และวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap analysis) 5) การกำหนดแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

2. การประเมินผลปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) ประกอบด้วย 1) กลไกการขับเคลื่อน พ.ร.บ.ฯ ของคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 2) กำลังคน 3) งบประมาณ 4) อุปกรณ์เครื่องมือ

3. การประเมินผลกระบวนการ (Process Evaluation) ประกอบด้วย 1) การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2) การนิเทศงาน ติดตามกำกับ 3) การพัฒนาศักยภาพทีมงาน

4. การประเมินผลผลลัพธ์ (Product Evaluation) ความสำเร็จตามเป้าหมายตัวชี้วัดในแต่ละยุทธศาสตร์ จุดเด่นข้อขัดข้อง

การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูล เลือกจาก ผู้รับผิดชอบยุทธศาสตร์ฯ แต่ละหน่วยงาน ประกอบด้วย 2 กลุ่ม 1. ผู้แทน 5 กระทรวงจากคณะอนุกรรมการฯ ภาคเอกชนและประชาสังคม จำนวน 12 คน 2. คณะทำงาน/ผู้รับผิดชอบงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจาก 5 หน่วยงานฯ ละ 8 คนรวม 40 คน รวมทั้งสิ้น 52 คน ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนมกราคม-เดือนกันยายน 2565

● การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) มีคุณลักษณะครบถ้วนตามคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด 2) ยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ไม่สมัครใจในการสัมภาษณ์และการ

สนทนากลุ่ม 2) ไม่สามารถติดต่อได้ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา
1) ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ 2) ขอลออกจาก
การวิจัย

● **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบการสนทนากลุ่ม ใช้แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และนำผลการพิจารณา คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุง แก้ไขให้กระชับ ความเข้าใจของภาษาที่ใช้ มีความชัดเจนของภาษา อ่านเข้าใจ และง่ายต่อการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย แนวคำถามเกี่ยวกับกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ฯ กำลังคน งบประมาณ อุปกรณ์เครื่องมือ กระบวนการดำเนินงาน การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การนิเทศงาน การติดตามกำกับ การพัฒนาศักยภาพทีมงาน จุดเด่น และข้อขัดข้องในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ฯ ของภาคีเครือข่ายแต่ละภาคส่วน จำนวน 5 ข้อ

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล
มี 2 ขั้นตอน ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลทุติยภูมิเกี่ยวกับนโยบาย แผนงานของ 5 กระทรวงหลัก ขั้นตอนการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฯ และรายงานการประชุมคณะอนุกรรมการฯ

ขั้นตอนที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้แทน 5 กระทรวงจากคณะอนุกรรมการฯ ภาคเอกชน และประชาสังคม จำนวน 12 คน และจัดเวทีสนทนากลุ่ม (Focus Group) คณะทำงานและผู้รับผิดชอบ 5 กระทรวงหลัก หน่วยงานละ 8 คน รวม 40 คน รวมทั้งสิ้น 52 คน

รายละเอียดของกรอบการประเมินผลแหล่งข้อมูลและวิธีการเก็บข้อมูลสรุปในตารางที่ 1

● **การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ผลลัพธ์ความสำเร็จตามเป้าหมายตัวชี้วัดในแต่ละยุทธศาสตร์จากระบบรายงานการขับเคลื่อนฯ 5 กระทรวงด้วยค่าร้อยละ และอัตรา ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยการตรวจสอบ ความถูกต้อง ครบถ้วน ข้อมูลจากการศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ และข้อมูลการสัมภาษณ์การสนทนากลุ่มภาคสนาม แยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นหลัก (Themes) ประเด็นย่อย (Sub-themes) จัดกลุ่มข้อมูลและตรวจสอบข้อมูลให้สอดคล้องกันระหว่างข้อมูลทุติยภูมิกับข้อมูลปฐมภูมิแบบสามเส้า (Triangulation) และสรุปความเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในแต่ละประเด็นเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** ได้รับความพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดสมุทรปราการ เลขที่ 01/2565 ลงวันที่ 11 เมษายน 2565

■ ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มประชากร

กลุ่มประชากรผู้ให้ข้อมูล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 71.2 เป็นผู้บริหารหน่วยงานร้อยละ 9.6 คณะทำงาน/ผู้รับผิดชอบงานของหน่วยงานร้อยละ 76.9 ผู้แทนเอกชน และผู้แทนจากสภาเด็กและเยาวชนร้อยละ 13.5 เรียงลำดับหน่วยงานที่สังกัดจากมากไปน้อย ดังนี้ สาธารณสุข ร้อยละ 38.5 ศึกษาธิการร้อยละ 23.1 มหาตมไทย ร้อยละ 11.5 พัฒนาสังคมฯ ร้อยละ 9.6 แรงงาน

ตารางที่ 1 กรอบการประเมินผล แหล่งข้อมูลและวิธีการเก็บข้อมูล

การประเมิน	รายการที่ต้องการประเมิน	แหล่งข้อมูล	วิธีเก็บข้อมูล
1. บริบท	1. สถานการณ์ปัญหาและบริบทการทำงานร่วมกันของแต่ละหน่วยงาน 2. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและกำหนดกลวิธีจัดการปัญหา 3. กำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน 4. ทบทวนตัวชี้วัดความสำเร็จในแต่ละยุทธศาสตร์และวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap analysis) 5. การกำหนดแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฯ และการวางแผนฯ	- นโยบาย แผนงานของ 5 กระทรวงหลัก - ขั้นตอนการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฯ - รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการฯ	ข้อมูลทุติยภูมิ
2. ปัจจัยนำเข้า	1. กลไกการขับเคลื่อน พ.ร.บ.ฯ ของคณะอนุกรรมการฯ 2. กำลังคน 3. งบประมาณ 4. อุปกรณ์เครื่องมือ	- แผนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ฯ ของคณะอนุกรรมการฯ - ผู้แทน 5 กระทรวงภาคเอกชน และประชาสังคมของคณะอนุกรรมการฯ - คณะทำงาน/ผู้รับผิดชอบงานฯ 5 กระทรวง	- ข้อมูลทุติยภูมิ - การสัมภาษณ์เชิงลึก - การสนทนากลุ่ม
3. กระบวนการ	1. การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2. การนิเทศงาน ติดตามกำกับ 3. การพัฒนาศักยภาพทีมงาน	- การขับเคลื่อนแต่ละยุทธศาสตร์ - ผู้แทน 5 กระทรวง ภาคเอกชน และประชาสังคม ของคณะอนุกรรมการฯ - คณะทำงาน/ผู้รับผิดชอบงานฯ 5 กระทรวง	- ข้อมูลทุติยภูมิ - การสัมภาษณ์เชิงลึก - การสนทนากลุ่ม
4. ผลลัพธ์	ความสำเร็จตามเป้าหมายตัวชี้วัดในแต่ละยุทธศาสตร์ จุดเด่น ข้อขัดข้อง	- รายงานผลการดำเนินงาน - ผู้แทน 5 กระทรวง ภาคเอกชน และประชาสังคม ของคณะอนุกรรมการฯ - คณะทำงาน/ผู้รับผิดชอบงานฯ 5 กระทรวง	- ข้อมูลทุติยภูมิ - การสัมภาษณ์เชิงลึก - การสนทนากลุ่ม

3.8 เอกชน (ผู้แทนจากสำนักงานนิคมอุตสาหกรรมบางปู) ร้อยละ 7.7 ภาคประชาสังคม (ประธานรองประธานสภาเด็กและเยาวชน ผู้นำชุมชน) ร้อยละ 5.8 (ตารางที่ 2)

ส่วนที่ 2 ผลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ใน

วัยรุ่นของภาคีเครือข่าย จังหวัดสมุทรปราการ

1. การประเมินผลบริบท (Context Evaluation) รายละเอียดในตารางที่ 3
2. การประเมินผลปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) รายละเอียดในตารางที่ 4
3. การประเมินผลกระบวนการ (Process

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (N=52 คน)

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	15	28.8
หญิง	37	71.2
ตำแหน่ง		
ผู้บริหารหน่วยงาน	5	9.6
คณะทำงาน/ผู้รับผิดชอบงานของหน่วยงาน	40	76.9
ผู้แทนเอกชน และผู้แทนจากสภาเด็กและเยาวชน	7	13.5
หน่วยงานที่สังกัด		
มหาดไทย	6	11.5
ศึกษานิเทศก์	12	23.1
แรงงาน	2	3.98
การพัฒนาสังคมฯ	5	9.6
สาธารณสุข	20	38.5
เอกชน (ผู้แทนจากสำนักงานนิคมอุตสาหกรรมบางปู)	4	7.7
ภาคประชาสังคม (ประธาน รองประธานสภาเด็กและเยาวชน ผู้นำชุมชน)	3	5.8

Evaluation) รายละเอียดในตารางที่ 5

4. การประเมินผลผลิตภัณฑ์ (Product Evaluation)

ความสำเร็จตามเป้าหมายตัวชี้วัดการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ปี 2564 มีจำนวน 31 ตัวชี้วัดผ่านค่าเป้าหมายร้อยละ 54.8 ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย 35.5 ไม่มีการรวบรวมข้อมูล ร้อยละ 9.7 ยุทธศาสตร์ที่ 1 ผ่านค่าเป้าหมาย ร้อยละ 100 ยุทธศาสตร์ที่ 2 ผ่านค่าเป้าหมาย ร้อยละ 50 ยุทธศาสตร์ที่ 3 ผ่านค่าเป้าหมาย ตัวชี้วัดร้อยละ 30 ตัวชี้วัดบางตัวไม่มีการรวบรวมข้อมูล ยุทธศาสตร์ที่ 4 ผ่านค่าเป้าหมาย ตัวชี้วัดร้อยละ 83.3 ยุทธศาสตร์ที่ 5 ไม่มีข้อมูล รายงานผลการดำเนินงาน

■ อภิปรายผล

1. บริบท สถานการณ์การตั้งครรภีในวิยรูนมีแนวโน้มลดลง แต่การตั้งครรภีซ้ำในเม

วิยรูนยังสูงกว่าค่าเป้าหมายและรับบริการคุมกำเนิดทั้งวิธีสมัยใหม่และกึ่งถาวรต่ำกว่าเป้าหมายประเทศ⁽¹⁰⁾ วิยรูนยังมีพฤติกรรมเสี่ยงสูงขึ้น ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศวิถี ขาดการมีส่วนร่วม เข้าไม่ถึงความรู้ บริการและสวัสดิการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะวิยรูนในสถานประกอบการ สอดคล้องกับการศึกษาของ เฉลิมลักษณ์ วิจิตรานนท์⁽¹¹⁾ ปัญหา ความสำเร็จและช่องว่าง (Gap analysis) การดำเนินงานในแต่ละยุทธศาสตร์ ส่วนใหญ่ไม่ครอบคลุม ไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหา ความต้องการของวิยรูนในแต่ละกลุ่ม ลักษณะกิจกรรมเป็นแบบเดิม ๆ ไม่เพียงพอ เข้าไม่ถึงวิยรูนทุกกลุ่ม ขาดการวิเคราะห์สภาพปัญหาและการบูรณาการ ไม่มีผู้รับผิดชอบหลักในภาพรวม ทำให้วิยรูนเข้าถึงบริการและสิทธิด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ได้น้อย กลวิธีจัดการปัญหาที่สำคัญคือ เร่งรัดและปรับวิธีการดำเนินงานให้สอดคล้อง

ตารางที่ 3 แสดงผลการประเมินผลบริบท

บริบท	ผลการประเมิน
1. สถานการณ์ปัญหาและบริบทการทำงานร่วมกันของแต่ละหน่วยงาน	การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยรวมมีแนวโน้มลดลงต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ปี 2564 การคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี และอายุ 15-19 ปี เท่ากับ 0.7, 26.6 ต่อประชากรหญิงอายุเดียวกัน 1,000 คน ตามลำดับ (เกณฑ์เป้าหมายไม่เกิน 1.1 และ 27) การตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่นสูงกว่าค่าเป้าหมายคือ ร้อยละ 14.25 (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 14) การคุมกำเนิดทั้งสมัยใหม่และกึ่งถาวรต่ำกว่าค่าเป้าหมายคือ ร้อยละ 61.6 และ 74.02 (วิธีสมัยใหม่เกณฑ์ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่คลอดหรือแท้งและในจำนวนการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวรเกณฑ์ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปีที่คุมกำเนิดสมัยใหม่) พบว่าวัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านอนามัยการเจริญพันธุ์สูงขึ้น ขาดความรู้ความเข้าใจ ความตระหนักในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ขาดการมีส่วนร่วม ขาดความรู้เรื่องเพศศึกษา และเข้าไม่ถึงบริการสวัสดิการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะวัยรุ่นในสถานประกอบการ มีครอบครัวต้องการมีบุตรตามความต้องการของสามีและครอบครัว อีกทั้งไม่เข้าใจวิธีการคุมกำเนิดเพื่อเว้นระยะการมีบุตร ส่วนใหญ่คุมกำเนิดชั่วคราวแบบฉุกเฉิน บริบทการทำงานของภาคีเครือข่าย การประสานและบูรณาการดำเนินงานสู่การปฏิบัติยังไม่เป็นรูปธรรม แยกส่วนตามแผนและบทบาทหน้าที่ตามภารกิจ และส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ร.บ.2559 และยุทธศาสตร์ค่อนข้างน้อย
2. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและกำหนดกลวิธีจัดการปัญหาแต่ละยุทธศาสตร์	ปัญหาส่วนใหญ่การดำเนินงานยังไม่ครอบคลุม ขาดความต่อเนื่อง วัยรุ่น ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วมน้อย เข้าไม่ถึงสิทธิและสวัสดิการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และไม่มีศูนย์ข้อมูลกลางที่สะท้อนปัญหาในภาพรวม กลวิธีจัดการปัญหาเน้นการเร่งรัดและปรับวิธีการดำเนินงานให้สอดคล้องครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ปรับกระบวนการเรียนรู้เพศวิถีศึกษา สร้างและพัฒนาสภาเด็กฯ สนับสนุนให้ อปท.บรรจุเข้าแผนพัฒนาท้องถิ่น บูรณาการและสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนผ่าน อปท.พัฒนาระบบบริการและสวัสดิการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เพิ่มช่องทางการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้เข้าถึงวัยรุ่นทุกกลุ่ม ส่งเสริมการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กำหนดคณะทำงานให้ชัดเจนในแต่ละยุทธศาสตร์
3. กำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน	ยึดวัยรุ่นเป็นศูนย์กลาง เน้นการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ ผู้ปกครอง ชุมชน บูรณาการเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน กำหนดเป้าหมาย แบ่งระดับการดำเนินงานที่ชัดเจน
4. ทบทวนตัวชี้วัดความสำเร็จและวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap analysis) แต่ละยุทธศาสตร์	แต่ละยุทธศาสตร์สามารถนำกลวิธีสู่การปฏิบัติได้ มีการพัฒนากระบวนการเรียนรู้เพศวิถีศึกษา มีกิจกรรมและระบบการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อนักเรียน อปท.บรรจุเข้าแผนพัฒนาท้องถิ่นและสนับสนุนงบประมาณ สภาเด็กฯ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ สถานประกอบการ วิชาการขนาดใหญ่ดำเนินงานตามหลักการเงื่อนไขของกฎกระทรวง โรงพยาบาลมีคลินิกได้มาตรฐานคุณภาพ หน่วยงานมีฐานข้อมูล มีการวิจัย การจัดการความรู้ ถอดบทเรียน แต่ส่วนใหญ่ยังไม่ครอบคลุม และไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของวัยรุ่นในแต่ละกลุ่ม ลักษณะกิจกรรมเป็นแบบเดิมๆ ขาดการวิเคราะห์สภาพปัญหาและการบูรณาการ ไม่มีผู้รับผิดชอบหลักเชื่อมโยงในภาพรวม วัยรุ่นเข้าถึงบริการและสิทธิต่างๆ น้อย
5. การกำหนดแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และการวางแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	คณะอนุกรรมการฯ ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เป็นกลไกในการสร้างการมีส่วนร่วมให้ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน กำหนดจุดหมายปลายทาง วางแผนการดำเนินงานร่วมกัน และถ่ายระดับสู่การปฏิบัติให้แก่คณะทำงาน/ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อปท. และสภาเด็กฯ ในพื้นที่

ตารางที่ 4 แสดงผลการประเมินผลปัจจัยนำเข้า

ปัจจัยนำเข้า	ผลการประเมิน
1. กลไกการขับเคลื่อน พ.ร.บ. ของคณะอนุกรรมการฯ	มีการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เป็นเครื่องมือสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ โดยใช้กลไกหลักในพื้นที่ แต่ส่วนใหญ่ขับเคลื่อนตามภารกิจขององค์กร ไม่มีการประสานแผนการดำเนินงาน ต่างคนต่างทำ ในระดับจังหวัด ถ่ายทอดนโยบายและยุทธศาสตร์ นิเทศ กำกับ ในระดับอำเภอ ดำเนินการภายใต้กลไกการขับเคลื่อนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สร้างแกนนำเครือข่ายเฝ้าระวังการตั้งครุฑในวัยรุ่นให้ครอบคลุมทุกสถานที่ ในระดับตำบล ส่งเสริมให้ อปท.บรรจุแผนพัฒนาท้องถิ่นเพื่อการสนับสนุนงบประมาณและกิจกรรม ส่งเสริมการสร้างเครือข่ายสภาเด็กฯ สนับสนุนบทบาทของสถานประกอบการในการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ความรู้ ข้อมูลข่าวสารด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ สร้างความเข้มแข็งระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนในสถานศึกษา
2. กำลังคน	หัวหน้าหน่วยงานทั้ง 5 กระทรวงเป็นคณะอนุกรรมการฯ และส่งผู้แทนเป็นคณะทำงานระดับจังหวัดรับผิดชอบประสานงาน แต่ไม่มีการกำหนดกลุ่มบุคคลที่รับผิดชอบเฉพาะอย่างเป็นทางการ
3. งบประมาณ	ทุกหน่วยงานมีงบประมาณสนับสนุนตามนโยบายเป้าประสงค์และภารกิจ เช่น สาธารณสุข สนับสนุนค่าบริการป้องกันและควบคุมการตั้งครุฑฯ ในวัยรุ่น (ห่วงอนามัยและยาฝังคุมกำเนิด) สถานประกอบการสนับสนุนงบประมาณส่งเสริมความรู้ อปท. สนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานในพื้นที่ แต่ในภาพรวมไม่มีการจัดสรรงบประมาณเฉพาะ ไม่มีการบูรณาการแผนงานและงบประมาณเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานยุทธศาสตร์ฯ ตาม พ.ร.บ.2559 ทำให้ผลการขับเคลื่อนไม่ตอบสนองสภาพปัญหาจริงในพื้นที่
4. อุปกรณ์เครื่องมือ	ไม่มีการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือเฉพาะเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานยุทธศาสตร์ฯ ตาม พ.ร.บ. 2559 ทำให้ผลการขับเคลื่อนไม่ตอบสนองสภาพปัญหาจริงในพื้นที่ อุปกรณ์เครื่องมือหลักเพื่อปกป้องคุ้มครองความเสี่ยงและส่งเสริมความเสมอภาคของกลุ่มเป้าหมาย คือ พ.ร.บ. กฎกระทรวงต่าง ๆ และคู่มือแนวทาง ขั้นตอนการดำเนินงานที่หน่วยงานกำหนดขึ้น ส่วนใหญ่การใช้แบบแยกส่วนเฉพาะเรื่องเฉพาะกลุ่ม ไม่มีการบูรณาการ เช่น การใช้ พ.ร.บ.เกี่ยวกับการคุ้มครองเด็กและครอบครัว การจัดสวัสดิการ พ.ร.บ.อปท. และ พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครุฑฯ ในวัยรุ่น พ.ศ.2559

ตารางที่ 5 ผลการประเมินผลกระบวนการ

กระบวนการ	ผลการประเมิน
การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้	ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานภายใต้ภารกิจของหน่วยงาน เน้นเฉพาะเรื่องเฉพาะกลุ่มไม่มีการบูรณาการร่วมกัน มีการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยสภาเด็กฯ ในระดับพื้นที่ แต่ไม่มีการขยายผลเพื่อการพัฒนา
การนิเทศงาน ติดตามกำกับ	หน่วยงานหลักมีระบบการนิเทศติดตามกำกับตามภารกิจ ไม่มีการประสานบูรณาการระหว่างหน่วยงาน และไม่มีการติดตามประเมินผลสัมฤทธิ์เชิงคุณภาพทั้งรายยุทธศาสตร์และภาพรวม
การพัฒนาศักยภาพทีมงาน	หน่วยงานหลักดำเนินตามนโยบาย ในลักษณะเฉพาะเรื่อง เฉพาะกลุ่มตามเป้าประสงค์ เป้าหมายยุทธศาสตร์

ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ปรับกระบวนการเรียนรู้ เพศวิถีศึกษา สร้างและพัฒนาสภาเด็กฯ สนับสนุนให้ อปท.บรรจุเข้าแผนพัฒนาท้องถิ่น บูรณาการและสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนผ่าน อปท.พัฒนาระบบบริการและสวัสดิการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เพิ่มช่องทางการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ให้เข้าถึงวัยรุ่นทุกกลุ่ม ส่งเสริมการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กำหนดคณะทำงานในแต่ละยุทธศาสตร์ โดยยึดวัยรุ่นเป็นศูนย์กลางและเน้นการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ ผู้ปกครอง ชุมชน ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เป็นกลไกสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อน กำหนดเป้าหมาย แบ่งระดับการดำเนินงานที่ชัดเจน บูรณาการเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ผลการขับเคลื่อนฯ พบว่า ภาคีเครือข่ายแต่ละภาคส่วนยังทำงานแบบแยกส่วน ไม่มีการบูรณาการแผนดำเนินงาน การมีส่วนร่วมของพ่อแม่ ผู้ปกครอง ชุมชน ค่อนข้างน้อยยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน ทั้งนี้เนื่องจากโครงสร้างการบริหารแต่ละหน่วยงานมีกรอบความรับผิดชอบบทบาทหน้าที่ต่างกัน จึงมีมุมมองของปัญหาและแนวทางแก้ไขแตกต่างกันไป ส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ร.บ. 2559 และยุทธศาสตร์ฯ ค่อนข้างน้อย ทำให้การประสานและบูรณาการการดำเนินงานสู่การปฏิบัติยังไม่เป็นรูปธรรม รวมทั้งเปิดช่องทางการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียน้อย ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ถูกกระทำหรือเป็นผู้รับการกระทำ ดังนั้นแม้ว่าผลการดำเนินงานแต่ละยุทธศาสตร์บรรลุตามเป้าหมาย แต่ไม่สามารถลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของยุทธศาสตร์ฯ สอดคล้องกับการทบทวนเชิงกลยุทธ์และข้อเสนอ

แนะต่อการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นภายใต้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 โดยการประยุกต์ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์และประสบการณ์จากประเทศอังกฤษ⁽¹²⁾

2. ปัจจัยนำเข้า การขับเคลื่อนฯ คณะอนุกรรมการฯ ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฯ เป็นกลไกสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนตามเจตนารมณ์ของ พ.ร.บ. 2559 ตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำและปลายน้ำ เพื่อให้เกิดการสนับสนุนดำเนินงานแบบบูรณาการ ทั้งด้านกำลังคน งบประมาณ และอุปกรณ์เครื่องมือ ตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล โดยหัวหน้าหน่วยงานทั้ง 5 กระทรวงร่วมเป็นคณะอนุกรรมการฯ และกำหนดคณะทำงานรับผิดชอบประสานงานบูรณาการดำเนินงานทั้งในและนอกหน่วยงานระดับอำเภอบูรณาการดำเนินงานกับงานอำเภอ อนามัยการเจริญพันธุ์ เพื่อส่งเสริมการเกิดที่มีคุณภาพ ลดการตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น และการเข้าถึงบริการ สวัสดิการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ระดับตำบล อปท. ส่วนใหญ่บรรจุแผนพัฒนาท้องถิ่น แต่รูปแบบการดำเนินงานยังไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของวัยรุ่น ไม่มีการบูรณาการประสานแผนการดำเนินงาน แผนงบประมาณ หรือจัดสรรงบประมาณเฉพาะเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ฯ ตาม พ.ร.บ. 2559 รวมถึงการใช้อุปกรณ์เครื่องมือ พ.ร.บ. กฎกระทรวงต่างๆ คู่มือแนวทางในการคุ้มครองสิทธิและสวัสดิการกลุ่มเป้าหมาย ส่วนใหญ่บังคับใช้แบบแยกส่วนเฉพาะเรื่อง เฉพาะกลุ่มต่างคนต่างทำ ไม่มีการบูรณาการ และไม่มี การกำหนดผู้รับผิดชอบหลักในภาพรวม ทำให้

ตารางที่ 6 จำนวนตัวชี้วัดแต่ละยุทธศาสตร์ที่ผ่าน ไม่ผ่าน ไม่มีข้อมูล

ยุทธศาสตร์	จำนวนตัวชี้วัด	ผ่าน (จำนวน/ร้อยละ)	ไม่ผ่าน (จำนวน/ร้อยละ)	ไม่มีข้อมูล (จำนวน/ร้อยละ)
ยุทธศาสตร์ 1	6	6/100	-	-
ยุทธศาสตร์ 2	6	3/50	3/50	-
ยุทธศาสตร์ 3	10	3/30	4/40	3/30
ยุทธศาสตร์ 4	6	5/83.3	1/16.7	-
ยุทธศาสตร์ 5	3	-	3/100	-
รวม	31	17/54.8	11/35.5	3/9.7

ตารางที่ 7 จุดเด่น ข้อขัดข้องการดำเนินงาน

ผลลัพธ์	ผลการประเมิน
จุดเด่น	สถานการณ์การตั้งครรภในวัยรุ่นมีแนวโน้มลดลง วัยรุ่นในสถานศึกษาได้เรียนรู้ ได้รับการดูแล ช่วยเหลือ ปรึกษาปัญหาการตั้งครรภ ส่งต่ออย่างเป็นระบบ อปท. บรรจุเข้าแผนพัฒนาท้องถิ่น การดำเนินงานในพื้นที่เป็นรูปธรรมชัดเจนมากขึ้น ตัวชี้วัดที่มีเจ้าภาพรับผิดชอบชัดเจน สามารถเก็บรวบรวมข้อมูล และประเมินผลได้อย่างเป็นรูปธรรม
ข้อขัดข้องการดำเนินงาน	การตั้งครรภซ้ำในวัยรุ่น และการคุมกำเนิดในวัยรุ่นยังไม่ผ่านเกณฑ์ วัยรุ่นบางกลุ่ม โดยเฉพาะในสถานประกอบการมีช่องเข้าถึงบริการและสวัสดิการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ได้น้อย ทำให้ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด การเว้นช่วงระยะการมีบุตรที่เหมาะสมกับตนเอง ส่วนใหญ่นิยมคุมกำเนิดแบบชั่วคราวที่เข้าถึงได้ง่าย ทำให้เกิดความผิดพลาดได้ง่าย อีกทั้งบางกลุ่มต้องการมีบุตรด้วยเหตุผลส่วนตัว ตัวชี้วัดบางตัวไม่มีหน่วยงานเจ้าภาพโดยตรง หรือตัวชี้วัดบางตัวไม่มีระบบการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลที่ชัดเจน

ผลการขับเคลื่อน ไม่ตอบสนองสภาพปัญหาจริงในพื้นที่ สอดคล้องกับการทบทวนเชิงกลยุทธ์ และข้อเสนอแนะต่อการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภในวัยรุ่น ภายใต้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 โดยการประยุกต์ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์และประสบการณ์จากประเทศอังกฤษ⁽¹²⁾

3. กระบวนการ กระบวนการสำคัญ คือ การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การนิเทศงาน ติดตามกำกับ การพัฒนาศักยภาพทีมงาน ทุกหน่วยงานมีทั้ง 3 กิจกรรม ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานภายใต้ภารกิจของหน่วยงานนั้นเฉพาะ

เรื่องเฉพาะกลุ่ม ไม่มีแผนบูรณาการร่วมกัน มีการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยสภาเด็กฯ ในระดับพื้นที่ แต่ไม่มีการขยายผลเพื่อการพัฒนา ระบบการนิเทศติดตามกำกับ ส่วนใหญ่เน้นตามภารกิจ ไม่มีการประสานบูรณาการระหว่างหน่วยงาน และไม่มีการติดตามประเมินผลสัมฤทธิ์เชิงคุณภาพทั้งรายยุทธศาสตร์และภาพรวม ทำให้ผลการขับเคลื่อน ๙ ขาดประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษา ของสมจิตร ยาใจ และคณะ⁽¹³⁾ เรื่องการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภในวัยรุ่น พ.ศ.2559 โดยการใช้มีส่วนร่วมของภาคีในระดับพื้นที่ จังหวัดจันทบุรี

4. ผลลัพธ์ ความสำเร็จผ่านค่าเป้าหมาย ร้อยละ 54.8 ไม่ผ่านร้อยละ 35.5 ไม่มีการรวบรวม ข้อมูลร้อยละ 9.7 จุดเด่นสถานการณ์การตั้งครรภ์ ในวัยรุ่นมีแนวโน้มลดลง ตัวชี้วัดที่มีหน่วยงาน รับผิดชอบโดยตรง มีระบบการจัดเก็บชัดเจน สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานได้ อย่างเป็นรูปธรรม ข้อขัดข้อง การตั้งครรภ์ซ้ำ ในวัยรุ่น และการคุมกำเนิดในวัยรุ่นยังไม่ผ่าน เกณฑ์เป้าหมาย ตัวชี้วัดบางตัวกว้างเกี่ยวข้องกับ หลายหน่วยงาน หรือไม่มีเจ้าภาพโดยตรง ระบบ การจัดเก็บไม่ชัดเจน ทำให้ไม่สามารถเก็บรวบรวม ข้อมูลตอบค่าเป้าหมายตัวชี้วัดได้ ผลผลิต ไม่สอดคล้องกับผลการดำเนินงาน หรือไม่มี การดำเนินงาน สอดคล้องกับ กิตติพงษ์ แซ่เจ็ง และคณะ⁽¹⁴⁾ เรื่องการประเมินผลการขับเคลื่อน นโยบายตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

จากผลการประเมินดังกล่าว ควรกำหนด โครงสร้างการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้สอดคล้อง เชื่อมโยงกันระหว่างเป้าหมายตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ กับเป้าหมายตัวชี้วัดสูงสุดของยุทธศาสตร์ให้ชัดเจน ทำข้อตกลง แบ่งบทบาทหน้าที่ สนับสนุน ส่งเสริม ซึ่งกันและกันระหว่างภาคีเครือข่ายทั้งแนวราบ แนวตั้ง สอดคล้องกับผลการศึกษารูปแบบการ บูรณาการเพื่อป้องกัน และแก้ไขปัญหาการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ของ ศิริพร จิรวัฒน์กุล⁽¹⁵⁾ สร้าง ความเข้าใจในการดำเนินงานแบบบูรณาการ รวมทั้งสร้างกระบวนการเรียนรู้ ปรับปรุงความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บ.ฯ และยุทธศาสตร์ฯ สร้างความตระหนัก ความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหา ร่วมกัน เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันแบบ บูรณาการ สร้างสภาพเด็กฯ และสนับสนุนบทบาท การขับเคลื่อนในฐานะแกนนำวัยรุ่นให้เป็น

รูปธรรมชัดเจน ครอบคลุมทุกพื้นที่ สร้างความ เข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน โดยใช้พื้นที่เป็นฐานผ่านกระบวนการจัดการ ของ อปท. ในรูปแบบของการสนับสนุนกิจกรรม งบประมาณ และสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการ มีสุขภาพทางเพศที่ดีของวัยรุ่น เพิ่มประสิทธิภาพ การขับเคลื่อนแต่ละยุทธศาสตร์ให้ครอบคลุมเพียงพอ เข้าถึงวัยรุ่นทุกกลุ่ม ทุกสถานที่⁽¹²⁾ ปรับค่า เป้าหมายตัวชี้วัดรายยุทธศาสตร์และวิธีการจัด เก็บให้ชัดเจนเชื่อมโยงสอดคล้องกับค่าเป้าหมาย สูงสุดของยุทธศาสตร์ และภารกิจของหน่วยงาน รวมทั้งกำหนดเจ้าภาพผู้รับผิดชอบหลักทุก ยุทธศาสตร์

■ สรุป

ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า การ ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญห การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของภาคีเครือข่าย จังหวัด สมุทรปราการ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ฯ ตาม พ.ร.บ. 2559 สามารถขับเคลื่อนบรรลุตามค่า เป้าหมายรายยุทธศาสตร์ร้อยละ 54.8 สถานการณ์ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีแนวโน้มลดลง แต่การ ตั้งครรภ์ซ้ำ และการคุมกำเนิดในวัยรุ่นยังไม่ ผ่านเกณฑ์ค่าเป้าหมาย บริบทการทำงานของ ภาคีเครือข่ายยังเป็นการทำงานแบบแยกส่วน ไม่มีการบูรณาการแผนดำเนินงาน จึงไม่สามารถ ลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้อย่างเป็นรูปธรรม ปัจจุบันสำคัญภาคีเครือข่ายส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ร.บ. 2559 และยุทธศาสตร์ฯ ค่อนข้างน้อย ไม่เห็น ความเชื่อมโยงของปัญหาและความสำเร็จตาม ตัวชี้วัดรายยุทธศาสตร์กับเป้าหมายสูงสุดของ ยุทธศาสตร์ฯ และกลุ่มเป้าหมายผู้มีส่วนได้

ส่วนเสียมีส่วนร่วมน้อย ดังนั้น ควรกำหนดโครงสร้างการขับเคลื่อนให้สอดคล้องเชื่อมโยงกันระหว่างเป้าหมายตัวชี้วัดรายยุทธศาสตร์กับเป้าหมายตัวชี้วัดสูงสุดของยุทธศาสตร์ จัดทำข้อตกลง แบ่งบทบาทหน้าที่การดำเนินงานให้สนับสนุน ส่งเสริม ซึ่งกันและกันทั้งแนวราบ แนวตั้ง สร้างความเข้าใจในการดำเนินงานแบบบูรณาการ รวมทั้งสร้างกระบวนการเรียนรู้ ปรับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ยุทธศาสตร์ฯ และ พ.ร.บ. สร้างความตระหนักความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาให้แก่ภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันแบบบูรณาการ สร้างสภาเด็กฯ และสนับสนุนบทบาทการขับเคลื่อนในฐานะแกนนำวัยรุ่นให้เป็นรูปธรรมชัดเจนครอบคลุมทุกพื้นที่ รวมทั้งสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน โดยใช้พื้นที่เป็นฐานผ่านกระบวนการจัดการของ อปท. ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และเพิ่มประสิทธิภาพการขับเคลื่อนแต่ละยุทธศาสตร์ ให้ครอบคลุมเพียงพอ เข้าถึงวัยรุ่นทุกกลุ่มทุกสถานที่

■ ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. ปรับกลไกการขับเคลื่อนของคณะกรรมการฯ ให้เชื่อมโยงเอื้อต่อการประสานและทำงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายอย่างมีเอกภาพ ให้เป็นรูปธรรมชัดเจน

2. สถาบันการศึกษาพัฒนาจัดกระบวนการเรียนการสอนให้ครอบคลุมเนื้อหาเพศวิถีศึกษาทั้ง 6 มิติ และครูผู้สอน ผู้ให้คำปรึกษาให้มีประสิทธิภาพครอบคลุมสถานศึกษาทุกระดับทุกสถานศึกษา

3. สถานบริการสุขภาพ พัฒนาช่องทาง

การเข้าถึงบริการโดยเฉพาะการคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับวัยรุ่นในแต่ละกลุ่มให้สอดคล้องกับบริบท ความต้องการของพื้นที่ วัยรุ่นสามารถเข้าถึงได้ทุกกลุ่ม

4. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นศูนย์กลางสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พัฒนาศูนย์การเรียนรู้และระบบฐานข้อมูลในระดับท้องถิ่น เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงและบูรณาการการขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรมครอบคลุมทั่วถึงวัยรุ่นและครอบครัวในแต่ละพื้นที่

5. สร้างและพัฒนาเครือข่ายแกนนำสภาเด็กฯ เครือข่ายแกนนำวัยรุ่นในสถานศึกษา สถานประกอบกิจการให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

■ ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. วิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนากลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของเครือข่ายแบบบูรณาการ

2. ศึกษากลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับตำบล

■ กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี โดยการสนับสนุนของนายแพทย์นเรศฤทธิ์ ชัดระสีมา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ และนายแพทย์นนท์ จินดาเวช ปฏิบัติหน้าที่นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ที่สนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินงาน และขอขอบคุณนายแพทย์กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ(ด้านส่งเสริม

สุขภาพ) กรมอนามัย นางวรรณดี จันทศิริ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านสาธารณสุข) ข้าราชการบำนาญกรมอนามัย ที่ให้การชี้แนะแนวทางตลอดการวิจัย รวมทั้งคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

จังหวัดฯ ภาคเอกชนและประชาสังคม คณะทำงาน ผู้รับผิดชอบงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จากหน่วยงาน 5 กระทรวงหลัก ที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. อุษมา ช้อนนาค, วีรวิทย์ ปิยะมงคล. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Teenage pregnancy) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 5 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://w.1.med.cmo.ac.th/obgyn/lecturestopics/49484>
2. รักษิณี บุตรชน, ทิพวรรณ เลียบสี่ตระกูล, ยศ ตีระวัฒนานนท์. การตั้งครรภ์วัยรุ่นในประเทศไทย: ความสัมพันธ์ระหว่างหลักฐานและนโยบาย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2561;27(6):1011-22.
3. สำนักงานนายการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. รายงานเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่น พ.ศ. 2563. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
4. World Health Organization. Adolescent development [Internet]. 2017 [cited 2022 Jan 10]. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/development/en/
5. สำนักงานนายการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
6. สำนักงานนายการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ.2560-2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
7. สำนักงานนายการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. รายงานประจำปี 2563. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
8. สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 6. สรุปตรวจราชการ ครั้งที่ 2 ปีงบประมาณ 2563. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
9. Stufflebeam DL. and Shinkfied AJ. Systematic Evaluation. Boston/Dordrecht/Lancaster : Kluwer – Nigh off Publishing; 1990.
10. กลุ่มพัฒนาระบบข้อมูล. ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม DASHBOARD กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 18 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/>
11. เฉลิมลักษณ์ วิจิตรานนท์. การเข้าถึงยาฝังคุมกำเนิดในแม่วัยรุ่นหลังคลอด จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2564;44(3):35-50.
12. โรเจอร์ อิงแฮม และกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA). รายงานการทบทวนเชิงกลยุทธ์และข้อเสนอแนะต่อการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นภายใต้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 โดยการประยุกต์ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์และประสบการณ์จากประเทศอังกฤษ. อังกฤษ: ศูนย์วิจัยด้านสุขภาวะทางเพศ มหาวิทยาลัยเซาท์แธมป์ตัน; 2560.

13. สมจิต ยาใจ, วสิมล สุวรรณรัตน์, วราภรณ์ นองเนื่อง, สดับพินท์ พสุหิรัณย์, จันจิรา ใจดี และสุวารี หลิมเจริญ. การขับเคลื่อนพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาคอร์รัปชันในวัยรุ่น พ.ศ.2559 โดยการมีส่วนร่วมของภาคีในระดับพื้นที่ จังหวัดจันทบุรี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2563;14(33):35-51
14. กิตติพงษ์ แซ่เจ็ง และคณะ. รายงานประเมินผลการขับเคลื่อนนโยบายตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาคอร์รัปชันในวัยรุ่น. นนทบุรี: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
15. ศิริพร จิรวัดณ์กุล. รูปแบบการบูรณาการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาคอร์รัปชันในวัยรุ่น. วารสารสภาการพยาบาล 2558;30(2):5-19

HEALTH

ความสัมพันธ์ระหว่างการตระหนักรู้ส่วนบุคคล เรื่องโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุจังหวัดชลบุรี

เสรีนา สิริรัตน์ สกุลณะมรรคา

ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็กและทันตกรรมป้องกัน
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สรสัณห์ รังสิยานนท์*

ภาควิชาศัลยศาสตร์และเวชศาสตร์ช่องปาก

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

วันรับ 12 เมษายน 2566, วันแก้ไข 30 มิถุนายน 2566, วันตอบรับ 24 กรกฎาคม 2566

บทคัดย่อ

ปัจจุบันประชากรทั่วโลกกำลังเผชิญเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุและโรคที่เกี่ยวข้องกับความชรา หนึ่งใน การดูแล สุขภาพของผู้สูงอายุได้แก่การส่งเสริมการตระหนักรู้เรื่องโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีของผู้สูงอายุ การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ ใช้ระยะเวลาทำการศึกษาค้นคว้า 6 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เดือนมิถุนายน 2566 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล การตระหนักรู้ส่วนบุคคลเรื่องโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี โดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.77-0.81 ประกอบด้วยสามส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล การตระหนักรู้ส่วนบุคคลเรื่องโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยการสุ่มเลือกผู้สูงอายุจำนวน 406 คนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจากจังหวัดชลบุรี และทำการวิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา independent t-test และความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) ร่วมกับ สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ด้วยระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 406 คน ช่วงอายุ ตั้งแต่ 60 ปี ถึง 81 ปี อายุเฉลี่ย 72.40 ปี โดยเป็นเพศชายร้อยละ 45.80 เพศหญิงร้อยละ 54.20 พบว่า ปัจจัย ส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา ($p=0.00$) รายได้ของครอบครัว ($p=0.00$) และการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ($p<0.05$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร รวมถึงการตระหนักรู้ส่วนบุคคลเรื่องโภชนาการ ทั้งสามหัวข้อ ได้แก่ การตระหนักรู้ทางอารมณ์ การประเมินตนเองอย่างแม่นยำ และความมั่นใจในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญ ($r=0.20, 0.44$ และ $0.70, p=0.00$) สรุปผล พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว และการตระหนักรู้ ส่วนบุคคลเรื่องโภชนาการ มีอิทธิพลในทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การตระหนักรู้เรื่องโภชนาการ ปัจจัยส่วนบุคคล

* ผู้นิพนธ์หลัก, E-mail: sorasun@g.swu.ac.th

Correlation between Personal Factors of Nutritional Awareness and Food Consumption of the Elderly in Chonburi Province, Thailand.

Serena S. Sakoolnamarka

Department of Pediatric and Preventive Dentistry,
Faculty of Dentistry, Srinakharinwirot University

Sorasun Rungsiyanont*

Department of Oral surgery and Oral medicine,
Faculty of Dentistry, Srinakharinwirot University

Received 12 April 2023, Revised 30 June 2023, Accepted 24 July 2023.

Abstract

Nowadays, populations worldwide are experiencing an increase in aging and age-related diseases. One way to address the health concerns of the elderly is by raising awareness about their nutrition and food consumption behavior. This approach is crucial in promoting the overall well-being of the elderly population. This cross-sectional descriptive study was conducted over a 6-month period from January to June 2023. The main objective of the study was to examine the relationship between personal information, personal awareness of nutrition, and food consumption behavior among the elderly in Chonburi Province. A questionnaire was used with a reliability range of 0.77-0.81 and consisted of three parts, including personal information, nutrition awareness, and food consumption behavior. The study included a total of 406 participants aged 60 years and above. Descriptive statistics, independent t-tests, one-way variance (One-Way ANOVA), and Pearson's correlation were used to analyze the collected data, with a level of confidence set at 95%. The study involved 406 elderly individuals aged between 60 and 81 years, with an average age of 72.40 years. Among them, 45.80% were males and 54.20% were females. The results indicated that education ($p=0.00$), family income ($p=0.00$) and living with family members ($p<0.05$) had positive correlation with food consumption behavior. Additionally, emotional awareness, accurate self-assessment, and self-confidence showed a significant positive correlation with food consumption behavior ($r = 0.20, 0.44, \text{ and } 0.70, p = 0.00$) among the elderly population. In conclusion, the personal factors; educational level, family income, and living status were positively correlated with food consumption behavior. The personal factors of nutritional awareness were significantly correlated with food consumption behavior in the elderly in Chonburi Province, Thailand.

Keywords : elderly, food consumption behavior, nutritional awareness, personal factor

* Corresponding author, E-mail: sorasun@g.swu.ac.th

■ บทนำ

ในปัจจุบันทั่วโลกมีสัดส่วนของประชากรสูงอายุมากที่สุดถึงร้อยละ 21 สัดส่วนประชากรวัยสูงอายุได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 ได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ (aging society) จากผลสำรวจประชากรไทยโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2564⁽¹⁾ พบว่ามีประชากรสูงอายุไทย คิดเป็นร้อยละ 19.6 ของประชากรทั้งสิ้น และจำนวนผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรีทั้งหมด 228,346 คน โดยมีผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย และมีแนวโน้มจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องด้วยผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเสื่อมถอยร่างกายเมื่อร่วมกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง มักส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการจากการศึกษาของ เบญจมาศ นาควิจิตร⁽²⁾ เชนงพรธนาแบบภาคตัดขวางในผู้สูงอายุจำนวน 362 คนจากชมรมผู้สูงอายุสังกัดกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบสอบถามเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ จากพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเอง ส่วน Wang X. และคณะ⁽³⁾ ได้ติดตามผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และเบาหวานมาตลอดเป็นเวลา 18 ปี ที่เสียชีวิตลง จำนวน 31,588 คนพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้มีปัจจัยเสี่ยงของภาวะอ้วนและโรคเรื้อรัง ซึ่งเกิดจากการขาดความรู้ ขาดความเข้าใจ และขาดการตระหนักรู้เรื่องโภชนาการจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ “การพัฒนาศักยภาพและเสริมทักษะด้านโภชนาการ เพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตลอดช่วงชีวิตและแลกเปลี่ยนเรียนรู้” สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวง

สาธารณสุข ร่วมกับภาคีเครือข่าย ในปี 2560⁽⁴⁾ เห็นความสำคัญของการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายของการดูแลด้านอาหารผู้สูงอายุ คือ เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะทุพโภชนาการ ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ป้องกันการมีกล้ามเนื้อพร่อง อายุยืน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีจึงได้ร่วมกันกำหนดโภชนบัญญัติ 9 ประการ เพื่อเป็นแนวทางการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดี (Food-based Dietary Guidelines)

การตระหนักรู้ (Awareness) หมายถึง การเข้าใจและมีความรู้สึกอารมณ์ของตนเองสามารถประเมินตนเองได้ตามจริง จากทฤษฎี Mixed Model of Emotional Intelligence ของ Daniel Goleman⁽⁵⁾ กล่าวถึง ความตระหนักรู้ส่วนบุคคลแบ่งได้เป็น 3 อย่าง ได้แก่ 1. การตระหนักรู้ทางด้านอารมณ์ (Emotional Awareness) หมายถึง ความสามารถในการตระหนักรู้และเข้าใจอารมณ์ของตนเองและของผู้อื่นอย่างถูกต้อง 2. การประเมินค่าตนเองอย่างแม่นยำ (Accurate Self-Assessment) หมายถึง การเข้าใจและประเมินค่าตนตามจริงโดยพิจารณาจากความสามารถและข้อจำกัดของตนเอง 3. ความมั่นใจในตนเอง (Self-Confidence) หมายถึงความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตน จากการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางของ Rungsianont S. และ Sakoolnamarka S.⁽⁶⁾ ในผู้สูงอายุจำนวน 400 คนที่จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น รายได้ ระดับการศึกษา และการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวมีอิทธิพลในทางบวกต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุและการศึกษาของ Ning H และคณะ⁽⁷⁾ ได้เก็บข้อมูลแบบตัดขวางโดยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ

ในประเทศจีน จำนวน 2,323 คน ได้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ถึงข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ปัจจัยทางจิตสังคม และการใช้ร่างกายในการทำงาน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางจิตสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ และพบภาวะทุพโภชนาการกลุ่มในผู้สูงอายุชาวจีนที่ทำงานโดยใช้ร่างกาย การศึกษาของ เสรีนา สิริรัตนสกุลณะมรรคา และคณะ⁽⁸⁾ ศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ในผู้สูงอายุจำนวน 263 คนที่จังหวัดนครนายก พบว่า ปัจจัยด้านการตระหนักรู้ส่วนบุคคลเรื่องโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกซึ่งกันและกันอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Rungsiyanont S. และ Sakoolnamarka S.⁽⁶⁾ ที่จังหวัดสมุทรปราการ

พื้นที่ในการเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ อ้างอิงจากการศึกษาของ Rungsiyanont S. และ Sakoolnamarka S.⁽⁶⁾ ที่มีข้อเสนอแนะให้ขยายกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม คณะผู้วิจัยเลือกศึกษากลุ่มตัวอย่างในจังหวัดชลบุรีซึ่งเป็นจังหวัดมีความหลากหลายของวัฒนธรรม ไทย จีน และตะวันตก และมีเอกลักษณ์ในการรับประทานอาหาร

■ **วัตถุประสงค์การศึกษา**

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การตระหนักรู้ส่วนบุคคลเรื่องโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี

■ **วิธีการศึกษา**

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง

(cross-sectional studies) ประชากรที่ศึกษาคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในอำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล การตระหนักรู้ส่วนบุคคล เรื่องโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ระยะเวลาการศึกษา 6 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เดือนมิถุนายน 2566

● **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** จากข้อมูลสถิติใน พ.ศ 2565⁽¹⁾ จำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่อาศัยอยู่กับครอบครัวหรือผู้ดูแลภายในจังหวัดชลบุรี มีทั้งหมด 228,346 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรของ Taro Yamane, $n = N/(1 + Ne^2)$ เมื่อแทนค่าสูตร เมื่อ n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง N คือ ขนาดของประชากร e คือความคลาดเคลื่อนของการสุ่ม สามารถคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้อย่างน้อย 400 คน โดยมีความคลาดเคลื่อน 0.05 จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยจาก 11 อำเภอทั้งหมดของจังหวัดชลบุรี เมื่อเลือกมาได้ 1 อำเภอ คือ อำเภอเกาะจันทร์แล้ว วางแผนเก็บข้อมูลจากทั้ง 2 ตำบลในอำเภอเกาะจันทร์ ได้แก่ ตำบลเกาะจันทร์ และตำบลท่าบุญมี โดยเมื่อเก็บข้อมูลในพื้นที่สามารถนัดหมาย ติดตามกลุ่มประชากรได้ทั้งสิ้น 406 คน ซึ่งครบตามจำนวนประชากรที่คำนวณได้ จึงไม่ต้องมีการสุ่มเลือกพื้นที่ในการเก็บข้อมูลอีก

● **เครื่องมือที่ใช้** แบบสอบถามที่ใช้สัมภาษณ์ในการศึกษานี้พัฒนามาจากหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการ⁽⁴⁾ และทฤษฎีของ Daniel Goleman⁽⁵⁾ และแบบสัมภาษณ์ในการศึกษาของ Rungsiyanont S. และ Sakoolnamarka S.⁽⁶⁾ โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า และเกณฑ์การคัดออก

ที่กำหนด แบบสอบถามที่ใช้สัมภาษณ์มี 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป โดยใช้คำถามปลายปิด ในข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้รวมครอบครัว และการอาศัยอยู่คนเดียวหรือร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ส่วนที่ 2 การตระหนักรู้ส่วนบุคคลเรื่องโภชนาการ 2.1 การตระหนักรู้ทางด้านอารมณ์ (Emotional Awareness) 10 ข้อ เป็นข้อแสดงพฤติกรรมเชิงบวก 3 ข้อ เป็นข้อแสดงพฤติกรรมเชิงลบ 7 ข้อ 2.2 การประเมินค่าตนเองอย่างแม่นยำ (Accurate Self-Assessment) 9 ข้อ เป็นข้อแสดงพฤติกรรมเชิงบวก 3 ข้อ เป็นแสดงพฤติกรรมเชิงลบ 6 ข้อ 2.3 ความมั่นใจในตนเอง (Self-Confidence) 7 ข้อ เป็นข้อแสดงพฤติกรรมเชิงบวกทั้ง 7 ข้อ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ 20 ข้อ โดยใช้คำถามวัดความถี่ในการรับประทาน เป็นข้อที่แสดงพฤติกรรมเชิงบวก 10 ข้อ

การศึกษานี้ใช้มาตราส่วนประมาณค่าในคำถามส่วนที่ 2, 3 และค่าเฉลี่ยคำตอบในคำถามส่วนที่ 2, 3 มีรายละเอียด ดังนี้ ส่วนที่ 2 เรื่องการตระหนักรู้ส่วนบุคคลเรื่องโภชนาการ มีมาตราส่วนประมาณค่าของข้อคำถามเชิงบวก 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด=5 มาก=4 ปานกลาง=3 น้อย=2 น้อยที่สุด=1 คะแนน ไม่เลย=0 และส่วนที่คำถามเชิงลบได้กลับค่าคะแนน (reverse score) และหัวข้อในส่วนที่ 3 เรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีมาตราส่วนประมาณค่าของข้อคำถามเชิงบวก 5 ระดับ ได้แก่ รับประทานทุกวัน รับประทานทุกวัน 7 วัน/สัปดาห์=5 รับประทานบ่อย 4-6 ครั้งต่อสัปดาห์=4 รับประทานปานกลาง 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์=3 รับประทานน้อย 1-3 ครั้งต่อเดือน=2 และรับประทานทำน้อยมาก(ไม่ทำ

ทุกสัปดาห์) น้อยกว่าครั้ง/เดือน=1 ไม่เคยทำเลย=0 และส่วนที่เป็นคำถามเชิงลบได้กลับค่าคะแนน และในส่วนค่าเฉลี่ยของคำตอบในส่วนที่ 2 และ 3 มีมาตราส่วนประมาณค่าของคะแนน 5 ระดับ ดังนี้ น้อยที่สุด= 0-1 น้อย=1.01-2 ปานกลาง=2.01-3 มาก=3.01-4 มากที่สุด= 4.01-5

ประเมินความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) ของแบบสอบถามโดย 1. ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content Validity) และความเหมาะสมของภาษาด้วยดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence : IOC) โดยมีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไปทุกข้อ 2. ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทำการทดสอบกับกลุ่มประชากรที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง (Pre-test) ในกลุ่มที่มีอายุ 50-59 ปีจำนวน 30 คน ในอำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี ด้วยความเชื่อมั่นจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.77-0.81 เมื่อเก็บข้อมูลจริงได้ทำ inter-examiner calibrate ก่อน และใช้เวลาสัมภาษณ์ ประมาณ 10 นาทีต่อคน ได้ทดสอบการแจกแจงปกติด้วยสถิติข้อมูลที่ได้เพื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติเชิงพรรณนา และใช้ทดสอบที่ independent t-test และความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) ร่วมกับสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95

● การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลอง มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่ SWU-EC 094/2566E วันที่ 1 มิถุนายน 2566

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุจังหวัดชลบุรี

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	186	45.80
หญิง	220	54.20
อายุ		
60-69	144	35.5
70-79	230	56.6
80 ปีขึ้นไป	32	7.9
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	136	33.50
ประถมศึกษา	226	55.70
มัธยมศึกษาตอนต้น	30	7.40
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือสูงกว่า	14	3.40
รายได้รวมของครอบครัว		
ต่ำกว่า 6,000 บาท	176	43.30
6,000-10,000 บาท	212	52.30
10,001-25,000 บาท	18	4.40
การอยู่ร่วมกันของครอบครัว		
อยู่คนเดียว	100	24.60
อยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว	306	75.40
รวม	406	100.00

■ ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้สูงอายุที่มีอายุช่วง 60-81 ปี มีอายุเฉลี่ย 72.40 ปี (+/- 3.7 ปี) จำนวน 406 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 45.80 เพศหญิง ร้อยละ 54.20 ส่วนมากเป็นการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.70 ส่วนมากมีรายได้ 6,000-10,000 บาท ร้อยละ 52.30 และอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 75.40 ดังตารางที่ 1

การตระหนักรู้ส่วนบุคคลรู้เรื่องโภชนาการ

การตระหนักรู้ด้านอารมณ์ พบว่ามีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.67 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ในข้อ คุณรู้สึกมีความสุขที่ได้รับประทานอาหารกับผู้อื่น (3.35 คะแนน) และมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดอยู่ระดับน้อย ในข้อ หากรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา คุณกังวลใจระดับใด (1.89 คะแนน) ดังตารางที่ 2

การประเมินค่าตนเองได้อย่างแม่นยำ มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.26 และมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ในระดับ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การตระหนักรู้ทางด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุจังหวัดชลบุรี

การตระหนักรู้ด้านอารมณ์	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
1. การรับประทานอาหารไม่หมด คุณรู้สึกผิดระดับใด	2.73	1.13	ปานกลาง
2. คุณรู้สึกดีที่ได้ดื่มเครื่องดื่มจนหมดแก้วเมื่อทานอาหารเสร็จออกจากร้านอาหาร	2.54	0.90	ปานกลาง
3. หากรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา คุณกังวลใจระดับใด	1.89	1.07	น้อย
4. คุณรู้สึกผิดเมื่อรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์	2.18	1.27	ปานกลาง
5. คุณรู้สึกไม่ดีที่นำอาหารที่เป็นอาหารแช่แข็งมาอุ่นรับประทาน	3.12	0.76	มาก
6. คุณรู้สึกดีที่รับประทานอาหารได้มากเท่าที่อยากกิน	2.87	1.00	ปานกลาง
7. คุณรู้สึกดีที่ได้ดื่มน้ำอัดลมเมื่อคุณต้องการหรือกระหาย	2.12	0.86	ปานกลาง
8. คุณรู้สึกมีความสุขที่ได้รับประทานอาหารกับผู้อื่น	3.35	1.07	มาก
9. คุณรู้สึกดีที่ได้รับประทานอาหารที่ตัวเองชอบแม้จะไม่มีประโยชน์	2.86	1.05	ปานกลาง
10. คุณไม่ชอบรับประทานอาหารจานด่วน	3.06	1.03	มาก
รวม	2.67	0.48	ปานกลาง

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การประเมินค่าตนเองอย่างแม่นยำของผู้สูงอายุจังหวัดชลบุรี

การประเมินค่าตนเองอย่างแม่นยำ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
1. เมื่อคุณทราบว่าท่านรับประทานอาหารมากแล้วแต่ท่านยังไม่อิ่ม คุณจะรับประทานอาหารต่อไป	3.50	1.03	มาก
2. หากฟันของคุณไม่สามารถเคี้ยวอาหารแข็งได้มากนัก คุณจะฝืนเคี้ยวต่อไป	3.62	0.80	มาก
3. เมื่อรู้ว่าน้ำตาลเป็นโทษต่อร่างกายแต่มีของหวานที่โปรด คุณจะรับประทาน	3.38	1.11	มาก
4. ถ้าคุณรู้ว่าผักชนิดหนึ่งมีประโยชน์ต่อร่างกาย แต่คุณไม่ชอบ ผักชนิดนั้น คุณเต็มใจที่จะรับประทาน	2.85	0.83	ปานกลาง
5. คุณสามารถประเมินความรู้สึกอึดอัดของตนเองขณะรับประทานอาหารได้	3.42	0.74	มาก
6. คุณสามารถประเมินความสามารถในการกินเผ็ดของตัวเองได้	3.37	0.70	มาก
7. คุณสามารถประเมินปริมาณการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายใน 1 วัน ได้	3.38	1.01	มาก
8. คุณสามารถประเมินปริมาณการรับประทานอาหารที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายใน 1 วัน ได้	2.92	0.92	ปานกลาง
9. คุณสามารถประเมินประมาทพลังงานที่ได้รับหลังจากการรับประทานอาหารได้	2.86	0.93	ปานกลาง
รวม	3.26	0.30	มาก

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การมีความมั่นใจในตนเองของผู้สูงอายุจังหวัดชลบุรี

การมีความมั่นใจในตนเอง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
1.คุณสามารถเลือกเมนูอาหารที่เหมาะสมให้ตนเองได้อย่างมั่นใจ	3.27	1.12	มาก
2.คุณมั่นใจว่าสามารถทำอาหารที่มีประโยชน์ให้สมาชิกในครอบครัวได้	3.08	1.00	มาก
3.คุณมั่นใจว่าคุณรับประทานที่มีประโยชน์ทุกวัน	3.27	0.87	มาก
4.คุณมั่นใจว่าควรรับประทานผักและผลไม้ที่มีปริมาณกากใยเพียงพอเพื่อสุขภาพทุกวัน	3.25	0.93	มาก
5.คุณสามารถเล่าความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และโทษของอาหารแก่ผู้อื่นได้อย่างมั่นใจ	2.74	0.96	ปานกลาง
6.คุณมั่นใจว่าสามารถควบคุมปริมาณอาหารให้เหมาะสมในแต่ละวันได้	3.00	0.94	ปานกลาง
7.คุณมั่นใจว่าคุณได้รับพลังงานจากอาหารที่รับประทานเหมาะสมในแต่ละวัน	2.26	1.23	ปานกลาง
รวม	2.98	0.37	ปานกลาง

มาก ในข้อ หากฟันของคุณไม่สามารถเคี้ยวอาหารแข็งได้มากนัก คุณจะผิมนเคี้ยวต่อไป (3.62 คะแนน) และคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ระดับปานกลาง ในข้อถ้าคุณรู้ว่าผักชนิดหนึ่งมีประโยชน์ต่อร่างกาย แต่คุณไม่ชอบผักชนิดนั้น คุณเต็มใจที่จะรับประทาน (2.85 คะแนน) ดังตารางที่ 3

การมีความมั่นใจในตนเอง มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางมีค่าคะแนน 2.98 มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ในระดับมาก ใน 2 ข้อ ได้แก่ คุณสามารถเลือกเมนูอาหารที่เหมาะสมให้ตนเองได้อย่างมั่นใจ และคุณมั่นใจว่าคุณรับประทานที่มีประโยชน์ทุกวัน (3.27 คะแนน) คะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ในระดับปานกลาง ในข้อคุณมั่นใจว่าคุณพลังงานจากอาหารที่รับประทานเหมาะสมในแต่ละวัน (2.26 คะแนน) ดังตารางที่ 4

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าคะแนน 3.08 คะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดระดับมาก ในข้อ รับประทานอาหารมากกว่า 3 มื้อต่อวัน (3.98 คะแนน) และคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ระดับน้อย คือ รับประทานอาหาร

น้อยกว่า 3 มื้อต่อวัน (1.45 คะแนน) ดังตารางที่ 5

จากตารางที่ 6 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า การตระหนักรู้ด้านอารมณ์ การประเมินค่าตนเองได้อย่างแม่นยำ การมีความมั่นใจของตนเอง มีความสัมพันธ์กันทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 โดยมี ค่า r เป็น 0.20, 0.44 และ 0.70 ตามลำดับ

จากตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุจังหวัดชลบุรี เพศชาย เท่ากับ 3.10 และ เพศหญิง เท่ากับ 3.07 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือสูงกว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาเป็น ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น และระดับน้อยกว่าประถมศึกษา (3.51, 3.15, 3.10 และ 2.94 ตามลำดับ) ในส่วนรายได้รวมของครอบครัวนั้น ผู้สูงอายุที่มีรายได้รวมของครอบครัว 10,001-25,000 บาท

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุจังหวัดชลบุรี

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
1.รับประทานขนมหวาน เช่น ลูกอม บัวลอย ฝอยทอง ขนมชั้น ขนมเบื้อง ขนมปังทานเนย	3.39	0.96	มาก
2.รับประทานอาหาร มากกว่า 3 มื้อต่อวัน	3.98	0.84	มาก
3.รับประทานอาหาร น้อยกว่า 3 มื้อต่อวัน	1.45	1.01	น้อย
4.ดื่มน้ำอัดลม ดื่มน้ำผลไม้ที่มีรสหวาน	2.79	0.99	ปานกลาง
5.ดื่มนม เช่น นมจืด นมรสช็อคโกแลต นมถั่วเหลือง นมอัลมอนต์	2.60	1.16	ปานกลาง
6.ดื่มน้ำแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ เครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์	3.68	0.95	มาก
7.รับประทานเครื่องดื่มผสมคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ ชามะลิ ชาต่าง ๆ ชาขวดในร้านค้า กาแฟกระป๋อง	2.67	1.04	ปานกลาง
8.รับประทานอาหารหมักดอง เช่น หน่อไม้ดอง แหนม มะม่วงดอง	3.11	1.10	มาก
9.รับประทานอาหารเสริม วิตามินเสริม	2.71	1.30	ปานกลาง
10.รับประทานขนมขบเคี้ยว เช่น มันฝรั่งทอดกรอบ ผลไม้อบแห้ง หรือขนมอบแห้ง	2.70	0.79	ปานกลาง
11.รับประทานอาหารที่หลากหลาย สัดส่วนเหมาะสมกับปริมาณ น้ำหนักร่างกาย	2.73	0.95	ปานกลาง
12.รับประทานข้าว ข้าวกล้อง ข้าวขัดสีน้อย	3.17	1.29	มาก
13.รับประทานพืชผักและผลไม้ตามฤดูกาลเป็นประจำ	3.39	1.07	มาก
14.รับประทาน ปลา ไข่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ถั่ว และผลิตภัณฑ์	2.81	1.26	ปานกลาง
15.ดื่มนมเปรี้ยว และผลิตภัณฑ์จำพวก โยเกิร์ต	2.69	1.04	ปานกลาง
16.รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เค็มจัด หวานจัด เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน อาหารที่ใช้เครื่องปรุงจำนวนมาก	3.69	0.94	มาก
17.ดื่มน้ำสะอาดจากแหล่งผลิตที่ได้คุณภาพ	3.92	0.97	มาก
18.รับประทานอาหารที่ล้างสะอาด ปรุงสุก	3.65	0.94	มาก
19.รับประทานอาหาร หรือ ขนมนอกมื้ออาหาร	2.80	1.16	ปานกลาง
20.รับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด	3.76	0.98	มาก
รวม	3.08	0.61	มาก

มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ผู้ที่มีรายได้รวม 6,000-10,000 บาท และน้อยกว่า 6,000 บาท (3.30, 3.19 และ 2.94 ตามลำดับ) และผู้สูงอายุที่อยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.16 ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.00

จากนั้นทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่ของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยการทดสอบที่สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent T Test) ใน ข้อมูล เพศ และการอยู่ร่วมกันของครอบครัว และทดสอบค่าความแปรปรวน (ค่า F) โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Sheffe's Method)

ตารางที่ 6 สหสัมพันธ์ระหว่างการตระหนักรู้ส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุจังหวัดชลบุรี

		การตระหนักรู้ ด้านอารมณ์	การประเมินค่าตนเอง ได้อย่างแม่นยำ	การมีความมั่นใจ ในตนเอง	พฤติกรรมทางด้าน การบริโภคอาหาร
การตระหนักรู้ ด้านอารมณ์	Pearson Correlation	1	0.21**	0.16*	0.20**
	Sig. (2-tailed)	.003	.025	.004	
	N	406	406	406	406
การประเมินค่า ตนเอง ได้อย่างแม่นยำ	Pearson Correlation	0.21**	1	0.33**	0.44**
	Sig. (2-tailed)	.003		.000	.000
	N	406	406	406	406
การมีความมั่นใจ ในตนเอง	Pearson Correlation	0.16*	0.33**	1	0.70**
	Sig. (2-tailed)	.025	.000		.000
	N	406	406	406	406
พฤติกรรม ทางด้าน การบริโภค อาหาร	Pearson Correlation	0.20**	0.44**	0.70**	1
	Sig. (2-tailed)	.004	.000	.000	
	N	406	406	406	406

** นัยสำคัญทางสถิติ <0.01 *นัยสำคัญทางสถิติ <0.05

ในระดับการศึกษาสูงสุดและรายได้รวมของครอบครัว

จากตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยรายคู่ ที่มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา มีค่าเฉลี่ยคะแนน น้อยกว่า ระดับประถมศึกษา และระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือสูงกว่า (0.20 และ 0.57) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.00) และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือสูงกว่า คะแนนค่าเฉลี่ยมากกว่าระดับต่ำกว่าประถมศึกษา

ระดับประถมศึกษาและระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (0.57, 0.36 และ 0.41 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.00) ผู้สูงอายุที่มีรายได้รวมของครอบครัวต่ำกว่า 6,000 บาท มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร น้อยกว่า ผู้ที่มีรายได้รวม 6,000-10,000 บาท และ 10,001-25,000 บาท (0.25 และ 0.36 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.00) ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว 0.16 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แยกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

ข้อมูลส่วนบุคคล		ค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรม การบริโภคอาหาร	ความคลาดเคลื่อน มาตรฐาน
เพศ	ชาย	3.10	0.03
	หญิง	3.07	0.03
ระดับการศึกษาสูงสุด	น้อยกว่าประถมศึกษา	2.94	0.03
	ประถมศึกษา	3.15	0.03
	มัธยมศึกษาตอนต้น	3.10	0.08
	มัธยมศึกษาตอนปลายหรือสูงกว่า	3.51	0.04
รายได้รวมของครอบครัว	น้อยกว่า 6,000 บาท	2.94	0.03
	6,000-10,000 บาท	3.19	0.03
	10,001-25,000 บาท	3.30	0.12
การอยู่ร่วมกันของครอบครัว	อยู่คนเดียว	3.00	0.03
	อยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว	3.16	0.02

ตารางที่ 8 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ที่มีนัยสำคัญแยกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

ข้อมูลส่วนบุคคล		ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ ของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ระดับการศึกษาสูงสุด ต่ำกว่าประถมศึกษา	ประถมศึกษา	-0.20**
	มัธยมศึกษาตอนปลายหรือสูงกว่า	-0.57**
	ต่ำกว่าประถมศึกษา	0.57**
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือสูงกว่า	มัธยมศึกษาตอนต้น	0.36*
		0.41*
รายได้รวมของครอบครัว ต่ำกว่า 6,000 บาท	6,000-10,000 บาท	-0.25**
	10,001-25,000 บาท	-0.36**
การอยู่ร่วมกันของครอบครัว อยู่คนเดียว	อยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว	-0.16*

** นัยสำคัญทางสถิติ =0.00 *นัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

■ อภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และการอยู่ร่วมกับสมาชิกครอบครัว มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยพบว่าทั้งสามปัจจัยข้างต้นมีผลบวกต่อพฤติกรรมที่ดีขึ้น ดังที่พบจากการศึกษานี้ซึ่งเห็นได้วาระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้อยกว่า ประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนปลายและการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารมากกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและระดับต่ำกว่าประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า รายได้ครอบครัวรวมที่ต่ำกว่า 6,000 บาทมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุน้อยที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและยังพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารน้อยกว่าจากผู้สูงอายุที่เราอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน นอกจากนี้พบว่า การตระหนักรู้ส่วนบุคคลเรื่องโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sugisawa H. และคณะ⁽⁹⁾ ที่ศึกษาแบบตัดขวางโดยใช้แบบสอบถาม ผู้สูงอายุจำนวน 558 คน ในประเทศญี่ปุ่น พบว่า ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ยของครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เช่นเดียวกับการศึกษาของ Shahar S. และคณะ⁽¹⁰⁾ ศึกษาระยะยาวถึงความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการบริโภคอาหารและอัตราการเป็นโรคเรื้อรัง ในผู้สูงอายุ 2,237 คนที่ประเทศ

มาเลเซีย พบว่า ผู้สูงอายุที่ยากจนส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาต่ำ อาศัยอยู่คนเดียว และมีโภชนาการที่ไม่ดี खाดโปรตีน खाดใยอาหาร และรับประทานอาหารโดยไม่คำนึงถึงพลังงาน จากอาหาร และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Rungsiyanont S. และ Sakoolnamarka S.⁽⁶⁾ ที่จังหวัดสมุทรปราการ และการศึกษาของ เสรีนา สิริรัตน์ สกุลณะมรรคา และคณะ⁽⁸⁾ ศึกษาในจังหวัดนครนายกพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการตระหนักรู้เรื่องโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกซึ่งกันอย่างมีนัยสำคัญ

■ สรุปผล

ปัจจัยส่วนบุคคล ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว และการตระหนักรู้ส่วนบุคคลเรื่องโภชนาการ มีอิทธิพลในทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับศึกษาของที่ผ่านมาในหลายพื้นที่ของประเทศไทย^(6,8)

■ การนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์

นำไปวางแผนให้สุขศึกษาในรูปแบบที่เหมาะสมหรือจัดเป็นแผนการสอนที่มีรูปแบบเพื่อให้สามารถปรับพฤติกรรมผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

■ ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

การขยายการศึกษาในประชากรที่กว้างขึ้น เช่น ในประชากรในภาคตะวันออก จนครอบคลุมในทุกภูมิภาคของประเทศ หรือในกลุ่มประชากรที่มีชาติพันธุ์ศาสนาและวัฒนธรรมเฉพาะ ซึ่งอาจ

พบความแตกต่างในการดำรงชีวิต ที่ส่งผลต่อการตระหนักรู้ส่วนบุคคลและรูปแบบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน

ในอนาคต

■ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เพื่อใช้ข้อมูลมากำหนดเป็นนโยบายและแผนการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุต่อไป

■ กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้ ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากทุนวิจัย เงินรายได้คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประจำปีงบประมาณ 2566

เอกสารอ้างอิง

1. National Statistical Office of Thailand. Statistic of Elderly in 2007 [Internet]. 2007 [cited 2021 Sep 20]. Available from: <http://webhost.nso.go.th/nso/home/images/68/old.doc>.
2. Nakwijit B. Psycho-social factors related to self-care behavior and happiness of the senior citizen club members in the hospitals under medical service department, Bangkok metropolis: Srinakharinwirot University; 2008.
3. Wang X, Ouyang Y, Liu J, Zhu M, Zhao G, Bao W, et al. Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *BMJ: British Medical Journal*. 2014;349:g4490.
4. Healthy Diet for Elderly. Potential development and enhancements in nutritional skills for lifelong care of the elderly and exchange knowledge with network partners; 14-15 December; 2017 (elderly cluster, Bureau of Nutrition, Department of Health [cited 2021 Sep 20]. Available from: <https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/elderly-doc/download>.
5. Goleman D. Emotional intelligence. New York: Bantam Books Publishing; 1995.
6. Rungsiyanont S, Sakoolnamarka S. Correlation between nutrition awareness and food consumption behaviors of elderly in Samutprakarn province. *Journal of public Health Epidermiology* 2023;15(2):55-63.
7. Ning H, Du Y, Ellis D, Deng HW, Hu H, Zhao Y, et al. Malnutrition and its associated factors among elderly Chinese with physical functional dependency. *Public Health Nutr* 2021;24(6):1404-14.
8. Sakoolnamarka S, Lawprasert K, Larpjitkusol S, et al. Correlation Between Nutritional Awareness and Food Consumption Behaviors of The Elderly in Nakhon Nayok Province. *SWU Dent J* 2021;14(1):64-79.
9. Sugisawa H, Nomura T, Tomonaga M. Psychosocial mediators between socioeconomic status and dietary habits among Japanese older adults. *J Nutr Health Aging*. 2015;19(2):130-6.
10. Shahar S, Vanoh D, Mat Ludin AF, Singh DKA, Hamid TA. Factors associated with poor socioeconomic status among Malaysian older adults: an analysis according to urban and rural settings. *BMC Public Health*. 2019;19(Suppl 4):549.

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ป้องกันไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราธิวาส จังหวัดนราธิวาส

สุนันทา กาญจนพงศ์

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ชัยวัฒน์ พัฒนาพิศาลศักดิ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

วันรับ 20 มีนาคม 2566, วันแก้ไข 19 กรกฎาคม 2566, วันตอบรับ 21 กรกฎาคม 2566

บทคัดย่อ

จากการเพิ่มสูงขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ ทำให้พบภาวะผิดปกติด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มอาการจำเพาะในผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes) ซึ่งเกิดจากภาวะถดถอยของการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ปัจจุบันการดูแลผู้สูงอายุ มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันหกล้ม ไม่หลงลืม ไม่ซึมเศร้า และให้รับประทานอาหารอร่อย บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จะต้องทราบและเข้าใจถึงผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ และต้องมีการจัดระบบบริการสุขภาพในผู้สูงอายุ ให้เหมาะสม และปลอดภัย เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและค้นคว้าหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการพัฒนารูปแบบฯ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบฯ ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Design) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pre-test Post-test design) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 382 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนราธิวาส เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มเป็นผู้สูงอายุที่สมัครใจ รวบรวมข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพ ก่อนและหลังทดลอง หลังจากนั้นนำกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่โปรแกรมพัฒนารูปแบบฯ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงาน กิจกรรมที่ 2 จัดอบรมพัฒนาศักยภาพแก่บุคลากรด้านการดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมสหสาขาวิชาชีพ กิจกรรมที่ 3 จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ 4 จัดมหกรรมส่งเสริมสุขภาพ ภายใต้แนวคิดชราธิวาส กิจกรรมที่ 5 สร้างชุมชนต้นแบบด้านการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราธิวาส และเสริมสร้างพลังอำนาจให้เกิดความยั่งยืนต่อไป ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราธิวาส จังหวัดนราธิวาส นำมาใช้ พบว่าผลการทดสอบทางสถิติของข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) การทดสอบการเดินการทรงตัว และการประเมินภาวะซึมเศร้า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < 0.05$

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ชราธิวาส

The Development of Elderly Health for Preventive Care Do not fall, do not forget, do not depress and good eats, based on the Concept : Charathiwas, Narathiwas.

Sunanta Kanjanapong

Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health.

Chaiwat Pattanapisalsak

Narathiwas Provincial Public Health Office

Received 20 March 2023, Revised 19 July 2023, Accepted 21 July 2023.

Abstract

The increasing elderly population has led to a rise in health abnormalities, especially geriatric syndromes. Geriatric syndromes arise from the deterioration of various bodily functions and cause significantly impact the quality of life for the elderly. Current elderly care is more complex than before including in preventing falls, memory loss, depression. and eating. Medical and public health eating personnel must be aware and understand the health impacts on the elderly, and there should be a well-organized and safe health care system to improve their quality of life. This is a research and development project. It comprises of three stages: Stage 1 involves studying the problem and seeking empirical evidence for model development; Stage 2 involves developing the model; Stage 3 involves evaluating the effectiveness of the model. It employs a quasi-experimental design, specifically the one-group pre-test post-test design. Study participants were selected with a purposive sampling of 382 individuals who are elderly residents of Narathiwas province. All participants join the program voluntarily. Data was collected before and after the experimental, following an initial health assessment. The sample group was incorporated into the model development, which includes five activities activity 1. Appointment of committees and working groups, activity 2. training to develop potential for elderly care covering multidisciplinary fields, activity 3. sharing activities in elderly care, activity 4. Organizing a health promotion fair Under the concept of Charathiwas, activity 5. Build a model community in caring for the elderly to prevent falling, forgetting, depression, and eating delicious food. under the concept of Charathiwas for sustainability. Finding shows that after developing a model for elderly health care to prevent falls, memory loss, depression, and ensure good nutrition, under the concept of 'Elderly-friendly Narathiwas Province, Before and after the model development that the body mass index (BMI), walking balance test, and assessment of depression There was a statistically significance at $p < 0.05$

Keywords : Elderly Health for Preventive Care , Do not fall, do not forget, do not depress and good eats, Charathiwas

■ บทนำ

สังคมโลกกำลังกลายเป็นสังคมสูงอายุ คือภาวะผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว⁽¹⁾ จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2593 สัดส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มเป็นสองเท่าจากร้อยละ 12 เป็นร้อยละ 22⁽²⁾ ในปี 2563 อาเซียนมีผู้สูงวัยอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 73 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11 และมีมากถึง 6 ประเทศในอาเซียนได้กลายเป็นสังคมสูงอายุแล้วรวมถึงประเทศไทย โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 18.1⁽³⁾ คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะมีประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 28 เป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super Aged Society)⁽⁴⁾ จังหวัดนราธิวาสก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 และประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2566 มีประชากรสูงอายุ จำนวน 82,715 คน คิดเป็นร้อยละ 12.77 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2563 ที่สัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 11.4⁽⁵⁾

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการดำรงชีวิตประจำวันลดลง เนื่องจากความเสื่อมของร่างกายตามอายุที่เพิ่มขึ้นและโรคประจำตัว ซึ่งส่งผลกระทบต่องบประมาณด้านการรักษาพยาบาล สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพคาดประมาณการงบประมาณในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเฉลี่ยประมาณ 15,000 ล้านบาทต่อปี⁽⁶⁾ จังหวัดนราธิวาสที่ผ่านมา การดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน การคัดกรองสุขภาพซ้ำซ้อนและการบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีปริมาณมาก ทำให้ปฏิบัติงานได้ไม่ครอบคลุม อีกทั้งปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ

ได้แก่ ภาวะหกล้ม ภาวะสมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้า ซึ่งจำเป็นต้องมีการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดภาวะพึ่งพิงที่จะส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพ⁽⁶⁾ การส่งเสริมสุขภาพ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นแนวคิดที่ประกอบด้วย การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การประเมินภาวะหกล้ม การออกกำลังกายป้องกันภาวะหกล้ม การคัดกรองสุขภาพสายตา การฝึกสมอง และการประเมินภาวะซึมเศร้า นโยบาย “ชราธิวาส” เป็นแนวคิดของนายแพทย์ชัยวัฒน์ พัฒนาพิศาลศักดิ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี ได้รับการบริการแบบไร้รอยต่อและเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้กิจกรรมการคัดกรองภาวะ Geriatric syndrome

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราธิวาส จังหวัดนราธิวาส เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราธิวาส จังหวัดนราธิวาส
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราธิวาส จังหวัดนราธิวาส
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ลืม

ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิด
ชราธิวาส จังหวัดนราธิวาส

จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส 3 คน
แพทย์ที่เป็นประธานโซน 2 คน พยาบาลผู้รับ
ผิดชอบงานผู้สูงอายุ ในคลินิก ชุมชน จาก
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 11 คน นักกายภาพ

■ กรอบแนวคิดในการวิจัย

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า
และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราธิวาส จังหวัดนราธิวาส

1. ด้านสังคม (ที่อยู่อาศัย) มองถึงมิติการป้องกันการหกล้ม
 - การปรับสภาพบ้าน สิ่งแวดล้อม การมีส่วนร่วมของครอบครัว
ชุมชน และภาคีเครือข่าย
2. ด้านพัฒนาเรียนรู้ มองถึงมิติการป้องกันภาวะสมองเสื่อม
 - การฝึกสมอง ฝึกความจำ การบริหารสมอง
3. ด้านประชากร (พฤติกรรม) มองถึงมิติการป้องกันภาวะซึมเศร้า
 - จัดกิจกรรมการรวมกลุ่มแก่ผู้สูงอายุ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์เรียนรู้
เทศบาลเมืองสุโขทัย-ลก สร้างคุณค่าให้กับผู้สูงอายุ
4. ด้านสุขภาพ มองมิติกินข้าวอร่อย
 - การคัดกรองภาวะ Geriatric syndrome การประเมินภาวะ
โภชนาการ



ผู้สูงอายุ

- ไม่ล้ม
- ไม่ลืม
- ไม่ซึมเศร้า
- กินข้าวอร่อย

■ วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา
(Research and Development) โดยแบ่ง
การศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ดำเนินการศึกษา
ระหว่างวันที่ 15 มกราคม-30 เมษายน 2566
รายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน
ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ลืม
ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิด
ชราธิวาส จังหวัดนราธิวาส โดยดำเนินการศึกษา
2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การสนทนากลุ่ม (Focus
group discussion) โดยกลุ่มตัวอย่างคัดเลือก
แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)
จำนวน 30 คน ประกอบด้วย ประธานโซนของ
จังหวัดนราธิวาส 1 คน ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ

1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน ทันตแพทย์ 1 คน
โภชนาการ 1 คน เกษตรกร 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 คน อสม. ดูแล
ผู้สูงอายุ/ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
จำนวน 3 คน และผู้สูงอายุ 2 คน โดยผู้เข้าร่วม
สนทนากลุ่มต้องเป็นผู้ที่ 1) ปฏิบัติงานโดยตรง
ด้านผู้สูงอายุ 2) มีประสบการณ์ ในการดูแล
ผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ปี และ 3) สัมผัสเข้าร่วม
การศึกษา การสนทนากลุ่มใช้แบบสัมภาษณ์
ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ เพื่อ
ระดมสมองร่วมกัน วิเคราะห์ สังเคราะห์ สภาพ
ปัญหาและความต้องการในการพัฒนารูปแบบ
เพื่อกำหนดแนวทางในการแก้ปัญหาที่สำคัญ
และนำเสนอรูปแบบฯ ที่คาดหวังและต้องการ
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูล
เชิงเนื้อหา (content analysis) และจัดเป็น

ประเด็น (theme)

ขั้นตอนที่ 2 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews) กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คน ประกอบด้วย ประธานโชนของจังหวัดนราธิวาส 1 คน ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส 3 คน แพทย์ที่เป็นประธานโชน 2 คน พยาบาลผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ในคลินิก ชุมชน จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 11 คน นักกายภาพ 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน ทันตแพทย์ 1 คน โภชนากร 1 คน เกษัชกร 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 คน อสม. ดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 3 คน ผู้สูงอายุ 2 คน โดยผู้สัมภาษณ์เชิงลึกต้องเป็นผู้ที่ 1) ปฏิบัติงานโดยตรงด้านผู้สูงอายุ 2) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ปี และ 3) สมัครใจเข้าร่วมการศึกษากการสัมภาษณ์ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) จำนวน 2 ข้อ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยใช้ Index of Item Objective Congruence : IOC เพื่อหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถามหรือค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ข้อความที่ได้จากการสัมภาษณ์นำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) และจัดเป็นประเด็น (theme) เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบฯ โดยสรุปเป็นกิจกรรมที่สามารถดำเนินการต่อไปได้

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ลื่น ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราธิวาส จังหวัดนราธิวาส โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะ

เจาะจงจำนวน 30 คน ประกอบด้วย ประธานโชนของจังหวัดนราธิวาส 1 คน ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส 3 คน แพทย์ที่เป็นประธานโชน 2 คน พยาบาลผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในคลินิกชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 11 คน นักกายภาพ 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน ทันตแพทย์ 1 คน โภชนากร 1 คน เกษัชกร 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 คน อสม. ดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 3 คน ผู้สูงอายุ 2 คน จัดประชุมคณะกรรมการและคณะทำงานในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ลื่น ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราธิวาส เพื่อกำหนดแนวทางพัฒนา การดูแลผู้สูงวัยด้วยสายใยหลากหลายมิติ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ (ร่าง) คู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ลื่น ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราธิวาส ที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำคู่มือฉบับร่างให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องของวัตถุประสงค์และเนื้อหาของคู่มือ และปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะผู้เชี่ยวชาญเพื่อนำรูปแบบไปใช้ในระยะที่ 3

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ลื่น ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราธิวาส จังหวัดนราธิวาส โดยมีการดำเนินการดังนี้

3.1 การพัฒนาศักยภาพแก่บุคลากรด้านการดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมสหสาขาวิชาชีพ โดยให้ความรู้เรื่องสถานการณ์ การดูแลผู้สูงอายุในยุค

สมัยใหม่ การคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ป้องกันไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อยๆ การดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทของแต่ละวิชาชีพ และประเมินความรู้ ก่อนและหลัง โดยใช้แบบทดสอบความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิด ชราธิวาส ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตรวจสอบคุณภาพ ของเครื่องมือโดยใช้ Index of Item Objective Congruence : IOC เพื่อหาค่าความเที่ยงตรง ของแบบสอบถามหรือค่าสอดคล้องระหว่าง ข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้อง ภายใน (Internal Consistency Reliability) กับ กลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยการคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (standard deviation)

3.2 การนำรูปแบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า และ กินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราธิวาส จังหวัด นราธิวาส ไปทดลองใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ โดย การศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental study) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pre-test Post-test design) กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 382 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ตาราง เครซี่มอร์แกน โดยดำเนินการใน 3 โซนและ จำนวนผู้สูงอายุแต่ละโซนแบ่งตามสัดส่วนของ ผู้สูงอายุแต่ละโซนและแต่ละอำเภอ ดังนี้

โซน 1 ผู้สูงอายุจำนวน 168 คน (อ.เมือง นราธิวาส 67 คน อ.ยี่งอ 26 คน อ.บาเจาะ 27 คน อ.เรือเสาะ 33 คน อ.ศรีสาคร 15 คน)

โซน 2 ผู้สูงอายุจำนวน 113 คน (อ.ตากใบ 36 คน อ.ระแงะ 44 คน อ.เจาะไอร้อง 17 คน อ.จะแนะ 16 คน)

โซน 3 ผู้สูงอายุจำนวน 101 คน (อ.สุไหโง-ลก 35 คน อ.สุไหโงปาดี 29 คน อ.สุคีริน 12 คน อ.แว้ง 25 คน)

การคัดเลือกผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง และผู้สูงอายุที่จะเข้าร่วม โครงการฯ คือ 1) ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปี 2) มีคะแนน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ที่มีคะแนน 12 คะแนนขึ้นไป และ 3) สมัครใจเข้าร่วมโครงการฯ สำหรับเกณฑ์ การคัดออกคือผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการสื่อสาร เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

- แบบประเมินการดูแลผู้สูงอายุ 4 ด้าน ของกรมอนามัยและกรมสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยได้นำมา พัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และตรวจสอบ คุณภาพของเครื่องมือโดยใช้ Index of Item Objective Congruence: IOC เพื่อหาค่า ความเที่ยงตรงของแบบสอบถามหรือค่าสอดคล้อง ระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน รายละเอียด ดังนี้

1) การประเมินด้านกินข้าวอร่อย ใช้ การประเมินค่าดัชนีมวลกาย⁽⁷⁾

2) แบบวัดภาวะซึมเศร้า ใช้แบบ ประเมิน (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS) ของกรมสุขภาพจิต⁽⁸⁾

3) การประเมินด้านภาวะสมองเสื่อม ใช้แบบประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002)⁽⁷⁾

4) การประเมินด้านการหกล้ม ใช้การทดสอบการเดินและการทรงตัว (TUGT) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁽⁷⁾

- แบบประเมินความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราวิวาส เป็นแบบทดสอบความรู้ชนิดเลือกตอบ 2 ระดับ คือ ถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง จำนวน 10 ข้อ นำแบบทดสอบความรู้ไปหาความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ (reliability) โดยนำไปทดสอบกับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient)

● สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล (Statistical analysis) ดังนี้

1. วิเคราะห์ลักษณะทางประชากร และสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุ 5 ด้าน ใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2. วิเคราะห์ความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราวิวาส ของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ก่อนและหลัง และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราวิวาสของผู้สูงอายุก่อนและหลัง ใช้สถิติ Paired samples t-test

3. วิเคราะห์ดัชนีมวลกาย ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม การเดินและการทรงตัว ก่อนและหลัง ใช้สถิติ McNemar's test

● การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การ

วิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติกับคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัสโครงการวิจัย 16/2565 ลงวันที่ 12 มกราคม 2566 ผู้วิจัยได้ทำเอกสารชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการแปลผล โดยอธิบายว่าข้อมูลที่ได้จากกระบวนการทั้งหมดเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม ดำเนินการขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย ตามความสมัครใจ ปราศจากการบังคับและผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ในการที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือออก

■ ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ผลการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราวิวาส จังหวัดนครราชสีมา พบว่า

ด้านสังคม มีความยากลำบากในการขนส่งและเดินทาง ไม่มีรถสาธารณะให้บริการ บ้านอยู่ห่างไกลจากสถานบริการ ผู้สูงอายุไม่สามารถเดินทางคนเดียวได้ เป็นภาระของลูกหลานและคนอื่น

ด้านสิ่งแวดล้อม บ้านไม่เอื้อต่อผู้สูงอายุ เช่น ห้องน้ำผู้สูงอายุ กำจัดขยะไม่ถูกต้องและไม่ถูกที่ ชุมชนแออัด พื้นที่ที่ไม่เหมาะสม ทั้งในบ้านและพื้นที่สาธารณะไม่ปลอดภัย

ด้านครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่คนเดียว บางคนมีญาติดูแลแต่รู้สึกว่าเป็นภาระแก่ผู้อื่น

ด้านชุมชน ไม่มีกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ต่างคนต่างอยู่ พื้นที่ห่างไกล ขาดระบบการดูแลเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ผู้สูงอายุไม่ค่อยอยากทำกิจกรรม ชอบความเป็น

ส่วนตัว

ด้านประชากร (พหุวัฒนธรรม) ผู้สูงอายุขาดการทำกิจกรรมในการรวมกลุ่ม เนื่องจากปัญหาสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ (รายได้ปากท้อง) เช่น ค่าใช้จ่าย เบี้ยผู้สูงอายุ เบี้ยยังชีพ รายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย เมื่อมีสมาชิกเจ็บป่วยทำให้มีรายจ่ายเพิ่มขึ้น บางครั้งต้องหยุดงานทำให้ขาดรายได้ ยังคงต้องทำงานเลี้ยงชีพ

ด้านพัฒนาการเรียนรู้ (การป้องกันภาวะโรคสมองเสื่อม) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังไม่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ชุมชนและครอบครัวไม่มีความรู้ขาดการประชาสัมพันธ์เชิงรุก ในการคัดกรองโรคสมองเสื่อม

ด้านสุขภาพ (เน้นมิติ กินข้าวอร่อย) เกี่ยวกับโภชนาการรวมถึงการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ผู้สูงอายุไม่มีความรู้ด้านการปฏิบัติตัวในเรื่องสุขภาพช่องปาก ความรอบรู้ด้านโภชนาการน้อย ทำให้มีปัญหาเรื่องสุขภาพช่องปาก ผู้ดูแลเตรียมอาหารไม่เหมาะสม ดิรรสชาติ หวาน มัน เค็ม มีปัญหาด้านการเข้าถึงอาหาร เนื่องจากรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย เบื่ออาหาร เคี้ยวไม่สะดวก เคี้ยวอาหารไม่ละเอียด ไม่ชอบใส่ฟันปลอม ท้องผูกบ่อย ไม่ค่อยดื่มนม

ระยะที่ 2 ผลการพัฒนา รูปแบบที่ได้จากการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ป้องกันไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราวิวาส ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ขับเคลื่อนโดยการแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานในการดำเนินงานพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้

แนวคิดชราวิวาส โดยแบ่งเป็น 3 โซน แต่ละโซน จะมีการประชุมติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานผู้สูงอายุเป็นประจำทุกเดือนและมีการรายงานผลในการประชุมคณะกรรมการประสานงานด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด

กิจกรรมที่ 2 จัดอบรมพัฒนาศักยภาพแก่บุคลากรด้านการดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมสหสาขาวิชาชีพ โดยให้ความรู้เรื่องสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในยุคสมัยใหม่ การคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย การดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทของแต่ละวิชาชีพ

กิจกรรมที่ 3 จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ ป้องกันไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราวิวาส เพื่อค้นหา Best Practice พบว่ามีผลงานที่เป็นเชิงประจักษ์ ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุตามหลักการอิสลาม ซึ่งเรียกว่า ชราสลาม

กิจกรรมที่ 4 จัดมหกรรมส่งเสริมสุขภาพ ภายใต้แนวคิดชราวิวาส โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ การสร้างนวัตกรรมด้านสุขภาพ การจัดการสิ่งแวดล้อม และจัดประกวดผลงานการดำเนินงานผู้สูงอายุดีเด่นระดับจังหวัด

กิจกรรมที่ 5 สร้างชุมชนต้นแบบด้านการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราวิวาส และเสริมสร้างพลังอำนาจให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราวิวาส จังหวัดนราธิวาส พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการฯ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.55

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการฯ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง (n = 382)	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	353	84.55
ชาย	59	15.45
อายุ (ปี)		
60-69	122	31.94
70-79	191	50.00
80 ปีขึ้นไป	69	18.06
การศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	319	83.51
ระดับประถมศึกษา	38	9.95
สูงกว่าประถมศึกษา	25	6.54

และเพศชาย ร้อยละ 15.45 มีอายุระหว่าง 70-79 ปี มากที่สุด ร้อยละ 50.00 รองลงมาคือ อายุ 60-69 ปี และอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 31.94 และ 18.06 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

หลังการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชาวราชวาส จังหวัด นครราชสีมา มาทดลองใช้ ผู้สูงอายุมีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติทั้งก่อนและหลัง ร้อยละ 57.85 และ 75.65 ตามลำดับ การเดินและการทรงตัว (TUGT) (5 นาที) พบว่าการเดินและการทรงตัว หลังจากใช้รูปแบบฯ มีผลการทดสอบการเดิน และการทรงตัว <12 วินาที (ปกติ) สูงกว่าก่อน การพัฒนารูปแบบ ร้อยละ 69.69 และ 57.85 ตามลำดับ การประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002) (20 นาที) ผู้สูงอายุที่มี คะแนน ≤ 14 (ผู้สูงอายุปกติ ไม่เรียนหนังสือ ก่อนมีการพัฒนารูปแบบร้อยละ 89.97 และหลัง

มีการพัฒนารูปแบบ ร้อยละ 98.75 ด้านการ ประเมินภาวะซึมเศร้า (TGDS) (15 นาที) พบว่า หลังมีการพัฒนารูปแบบที่พัฒนามาใช้แล้วพบว่า สัดส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น หลังจากนำรูปแบบมาใช้แต่ในด้านเริ่มมีอาการ ซึมเศร้ามีการดูแลสุขภาพที่ดีกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบดังกล่าว จากร้อยละ 25.13 เป็นร้อยละ 16.75 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ยังมีบางกลุ่มที่เป็นโรคซึมเศร้าอยู่ซึ่งต้องเข้าระบบการรักษา ในคลินิกผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ส่วนผลการ ทดสอบทางสถิติของข้อมูล ก่อนและหลังการ พัฒนารูปแบบ ฯ พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) การทดสอบการเดินและ การทรงตัว การประเมินภาวะซึมเศร้า (TGDS) (15 นาที) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ที่ 0.05 (ตารางที่ 2)

ผลการประเมินความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนและหลัง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ

ตารางที่ 2 แสดงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้นโยบายจิตเวช จัหวัดนราธิวาส

ข้อมูลทั่วไป	ก่อน (N = 382)		หลัง (N = 382)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index :BMI)					
ปกติ	220	57.59	289	75.65	.002
ผอม	58	15.18	32	8.38	
น้ำหนักเกิน	69	18.06	36	9.42	
อ้วน	35	9.16	25	6.54	
การทดสอบการเดินและการทรงตัว					
≤12 วินาที (ปกติ)	221	57.85	266	69.63	< .001
13 -20 วินาที (เสี่ยงปานกลาง)	110	28.50	86	22.51	
>20 วินาที (เสี่ยงสูง)	51	13.35	30	7.85	
การประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น (MMSE)					
≤ 14 (ผู้สูงอายุปกติ ไม่เรียนหนังสือ)	287	89.97	315	98.75	< .001
≤ 17 (ผู้สูงอายุปกติ เรียนระดับประถมศึกษา)	34	89.47	36	94.74	
≤ 22 (ผู้สูงอายุปกติ เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา)	22	88.00	24	96.00	
การประเมินภาวะซึมเศร้า (TGDS) (15 นาที)					
0-12 (ไม่มีภาวะซึมเศร้า)	244	63.87	283	74.08	.044
13-18 (ซึมเศร้าเล็กน้อย)	62	16.23	44	11.52	
19-24 (ซึมเศร้าปานกลาง)	44	11.52	32	8.38	
25-30 (ซึมเศร้ารุนแรง)	32	8.38	23	6.02	

p-value < 0.05

ผู้สูงอายุ พบว่าหลังการให้ความรู้ฯ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับสูงกว่าก่อนการให้ความรู้ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value < .001) (ตารางที่ 3)

■ อภิปรายผล

จากการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า

และกินข้าวอร่อย ภายใต้นโยบายจิตเวช จัหวัดนราธิวาสในครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ระยะ ระยะที่ 1 สถานการณ์ที่พบในการพัฒนาารูปแบบ ได้แก่ การขนส่งและเดินทางของผู้สูงอายุ มีความยากลำบากในเข้าถึงบริการ ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้สูงอายุ เช่น ห้องน้ำผู้สูงอายุ สภาพสิ่งแวดล้อมไม่เป็นระเบียบ กำจัดขยะไม่ถูกต้อง ไม่มีความปลอดภัย ผู้สูงอายุบางคนเป็นครอบครัวเดี่ยวอยู่คนเดียว บางคนมีญาติดูแล แต่รู้สึกว่

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราวิวาส ก่อนและหลังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้สูงอายุ

ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	ก่อน		หลัง		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	6.37	1.098	8.43	0.626	10.798	< 0.001
ผู้สูงอายุ	7.52	1.054	8.23	1.045	13.843	< 0.001

เป็นภาระแก่ผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ กายจนา ปัญญาธร และชลกร ทรงศรี⁽⁹⁾ ที่พบว่า ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การดูแลสุขภาพอนามัยไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย ได้รับอาหารไม่เหมาะสม พักผ่อนไม่เพียงพอ ปัญหาขาดผู้ดูแลและไม่มีเงิน ในการรักษา ซึ่งผู้สูงอายุต้องการการดูแลและความช่วยเหลือด้านต่างๆ จากบุคลากรสุขภาพ บุตรหลาน และเพื่อนบ้าน เช่น สิ่งอำนวยความสะดวก การจัดกิจกรรมที่เหมาะสม และการดูแลด้านความปลอดภัย จึงควรมีการจัดกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพและให้การดูแลความปลอดภัยของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ในระยะที่ 2 รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราวิวาส จังหวัดนครราชสีมา ที่ได้พัฒนานี้เป็นการบริการแบบไร้รอยต่อและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้กิจกรรมการคัดกรองโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา (Geriatric syndrome) รวมถึงการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพในทุกสถานบริการเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการอย่างไร้รอยต่อ ใกล้บ้าน ใกล้ใจ โดยสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงวัย เป้าหมายหลัก อายุยืนต้องมีสุขภาพดี เพื่ออายุยืนต้องมีระบบ มีสวัสดิการชุมชน ตลอดจนระบบกองทุน

รักษาและประกันดูแลระยะยาวที่เท่าเทียมได้ และเพื่ออายุยืนต้องปรับตัวได้ คือสามารถเรียนรู้และอยู่อย่างอิสระ โดยโปรแกรมต่างๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพัฒนาขึ้นด้วยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจพร สุธรรมชัย และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่ารูปแบบระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ได้แก่ การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่เน้นเรื่องการดูแลภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย หรือการให้บริการดูแลเมื่อผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพหรือบุคลากรทางสาธารณสุข และการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นรูปแบบการจัดกิจกรรมที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันปัญหาสุขภาพ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การส่งเสริมการถ่ายทอดภูมิปัญญา ศิลปวัฒนธรรม เพื่อสร้างคุณค่าให้ผู้สูงอายุ การจัดระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงประกอบด้วย นโยบาย คน ระบบ และชุมชน เป็นต้น

ระยะที่ 3 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราวิวาส จังหวัดนครราชสีมา พบว่าผลการทดสอบทางสถิติของข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ ฯ พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) การ

ทดสอบการเดินการทรงตัว และการประเมินภาวะซึมเศร้า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เนื่องจากมีกิจกรรมการให้ความรู้ ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย มาใช้ในการจัดกิจกรรม เช่น การสร้างชุมชนต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อป้องกันไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราชีวาาส ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวได้ผ่านความคิดเห็นและความร่วมมือของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีการทำงานเป็นทีม มีเป้าหมาย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีต่อไป อีกทั้งพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับสูงกว่าก่อนการให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุก็มีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับสูงขึ้นกว่าก่อนการให้ความรู้ฯ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตธา แก้วเมือง⁽¹¹⁾ พบว่า หลังการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง มีค่ามัธยฐานของความรู้เท่าทันด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สำหรับปัจจัยแห่งความสำเร็จประกอบด้วย การมีเป้าหมายเดียวกันของทีม การปฏิบัติตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย การประสานงานของทีมและการสื่อสารกับชุมชน การเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง และการมีส่วนร่วมของทีม

■ ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการวิเคราะห์และประเมินผลการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราชีวาาส จังหวัดนราธิวาส อย่างต่อเนื่องทุกปี เพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพชีวิต

ของผู้สูงอายุ ในมิติอื่น ๆ ที่ต้องบูรณาการร่วมกับหน่วยงานงานอื่น ๆ เช่น มิติด้านเศรษฐกิจและด้านสังคม

2. ควรนำผลการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราชีวาาส จังหวัดนราธิวาส เผยแพร่ไปยังจังหวัดต่างๆ ในประเทศและต่างประเทศ

3. ควรมีการติดตามประเมินผลการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราชีวาาส ระยะยาว ได้แก่ 1 ปี และ 2 ปี เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

■ กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจาก นายแพทย์ไพจิตร วราชาติ ที่ปรึกษารัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์เจษฎา ฉายคุณรัฐ อดีตผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 12 นายแพทย์สมชัย อิศวสุดสาคร อดีตสาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 12 นายแพทย์ดุษฎี คงตระกูลทรัพย์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพัทลุง นายแพทย์วิโรจน์ โยมเมือง รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลสตูล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุโขทัย-ลก จังหวัดนราธิวาส ที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย ชี้แนะข้อบกพร่อง ให้แนวคิดต่างๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งรูปแบบที่มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น เหมาะสมต่อการนำไปใช้ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุอย่างมาก ตลอดจนคอยสนับสนุนและให้กำลังใจ

ตลอดมา สามารถดำเนินงานวิจัยจนประสบความสำเร็จ ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง ประธานโชนและทีมงานชราชีवास ที่ดูแลผู้สูงอายุทั้ง 3 โชน คณะกรรมการวิจัยชราชีवास

ในเครือข่ายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส รวมถึงภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนในพื้นที่ที่สำคัญผู้สูงอายุที่ได้ให้ความร่วมมือในดำเนินการตามโปรแกรมฯ ดังกล่าว จนประสบความสำเร็จ ลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1610945020-322>
2. World Health Organization: WHO. Ageing and health [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 3]. Available from: <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
3. กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ; UNFPA. บทสรุปสำหรับผู้บริหาร สูงวัยในศตวรรษที่ 21: การเฉลิมฉลองและความท้าทาย [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub>.
4. กระทรวงสาธารณสุข. การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://eh.anamai.moph.go.th/th/kpi-65-1-20/download?id=89141&mid=36311&mkey=m_document&lang=th&did=26665.
5. กระทรวงสาธารณสุข. Health Data Center [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48
6. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaitgri.org/?p=39772>
7. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและป้องกันภาวะสมองเสื่อม... สำหรับประชาชน “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2561.
8. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. สารศิริราช 2537;46(1):1-9.
9. กาญจนา ปัญญาธร และชลการ ทรงศรี. การดูแลสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังตำบลบ้านตาด อำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท 2563;2(2): 41-52.
10. เบญจพร สุธรรมชัย, จิราพร เกศพิชญพัฒนา และนภัส แก้ววิเชียร. การสังเคราะห์รูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แบบบูรณาการ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2558;24(6):1017-29.
11. สุพัตรา แก้วเมือง. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลลุดรัง อำเภอกุตุรง จังหวัดมหาสารคาม [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://202.28.34.124/dspace/handle123456789/1219>.

การพัฒนารูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต สำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ในการเตรียมความพร้อม เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

เกษม เวชสุทธานนท์

สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง

วันรับ 7 กรกฎาคม 2566, วันแก้ไข 6 กันยายน 2566, วันตอบรับ 15 กันยายน 2566.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหาความต้องการบริการการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต สำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ 2) พัฒนารูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต สำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) 3) เพื่อทดลองใช้รูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) และประเมินผลการใช้รูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่าง ระยะที่ 1 ประกอบด้วยผู้รับบริการกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (45-59 ปี) ที่มารับบริการคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง จำนวน 15 คน บุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 8 คน ระยะที่ 2 ประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 8 คน ระยะที่ 3 ผู้รับบริการกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (45-59 ปี) จำนวน 60 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ 1) แนวทางสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต 2) แนวทางสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบบริการฯ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพวิถีชีวิต ค่าความเชื่อมั่นของอัลฟาคอนบารค เท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติพรรณนาและทดสอบสมมติฐานด้วย Paired t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย ระยะที่ 1 บริการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) แบบเดิมยังไม่ครอบคลุมมิติของการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ระยะที่ 2 รูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) พบแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต 3) การให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ, การออกกำลังกาย, การจัดการความเครียด, การนอนหลับ, การเลิกบุหรี่และแอลกอฮอล์, ความสัมพันธ์ 4) การสนับสนุนและให้คำแนะนำในการจัดการภาวะโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน 5) การสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม : การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงบันดาลใจ, การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระยะที่ 3 ภายหลังจากทดลองใช้รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการประเมินพฤติกรรมวิถีชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นควรใช้รูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต สำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ที่ได้พัฒนาขึ้นในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเพื่อเป็นต้นแบบในการจัดบริการสำหรับหน่วยงานอื่นๆ ต่อไป

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพ หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต กลุ่มวัยก่อนสูงอายุ

Development of a health promotion services model based on lifestyle medicine principles for the pre-aging group in preparation for entering aged society

Kasem Wetsutthanon

Metropolitan Health and Wellness Institution

Received 7 July 2023, Revised 6 September 2023, Accepted 15 September 2023.

Abstract

This research is action research. The objectives were to 1) study the situation, problems, and needs for health promotion of the pre-aging group according to the principles of lifestyle medicine. For the pre-aging group in preparation for entering the aged society. 2) Develop a health promotion services model based on the principles of lifestyle medicine in pre-aging group 3) To experiment health promotion services based on the principles of lifestyle medicine for the pre-aging group and evaluate the effectiveness of the model. The sample group in Phase 1 consisted of pre-elderly clients (45–59 years) who received lifestyle medicine services at Metropolitan Health and Wellness Institution 15 people medical personnel 8 people purposively selected. 8 medical personnel were participated in phase 2. Phase 3, 60 pre-elderly clients were selected. Research tools included 1) group discussion guidelines to study problems and needs for health promotion services according to lifestyle medicine principles, 2) group discussion guidelines to develop health promotion models, 3) lifestyle and health behavior questionnaires. The reliability value of alpha conbarc was equal to 0.98. Quantitative data analysis was performed. Descriptive statistics were used and hypotheses tested with Paired t-test to analyze qualitative data. By analyzing the content, the research results of Phase 1, traditional health promotion services for the pre-aging group still did not cover the dimensions of health promotion according to the principles of lifestyle medicine. Phase 2, the format of health promotion services included: 1) Health assessment 2) Having a consultation by lifestyle medicine doctor. 3) Nutrition counseling, exercise, stress management, sleep, smoking and alcohol cessation and connected, relationships. 4) support and advice for managing chronic conditions such as Diabetes, Hypertension and obesity. 5) Behavioral change support through Motivational interview and health literacy building. Phase 3, after the model trial, the sample group had the mean scores of assessing self lifestyle behavior higher than before participating in the research project. It was statistically significant at the 0.05 level. Therefore, a health promotion services model based on lifestyle medicine principles should be implemented for the pre-aging group (Pre-aging) in preparation for entering the aging society and should be scaled up and expanded to the other healthcare organization in the future.

Keywords : Health promotion service model developed, lifestyle medicine, pre-aging

■ บทนำ

ผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยครั้งที่ 7 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2564 พบว่ามีผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จำนวน 13,358,751 คน คิดเป็นร้อยละ 19.6 ของประชากรทั้งหมด เมื่อแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามช่วงวัย พบว่ามีผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) จำนวน 7,645,141 คน ร้อยละ 57.2 วัยกลาง (70-79 ปี) จำนวน 3,942,668 คน ร้อยละ 29.5 และวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) จำนวน 1,770,942 คน ร้อยละ 13.3 จากรายงานจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยเพิ่มจากร้อยละ 6.8 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 19.6 ในปี 2564⁽¹⁾ เมื่อบุคคลก้าวเข้าสู่ภาวะสูงวัย ร่างกายย่อมมีการเปลี่ยนแปลงและเสื่อมลงตามธรรมชาติ ประชากรสูงอายุจึงจัดเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ โดยมากเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ⁽²⁾ ไม่ว่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 19.30 โรคเบาหวาน ร้อยละ 14.12 และโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 49.53⁽³⁾ ซึ่งโรคเหล่านี้ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและการมีวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม จากการสำรวจสุขภาพประชากรสูงอายุในประเทศไทย⁽¹⁾ พบว่าผู้สูงอายุเพียงหนึ่งในสี่เท่านั้นที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์โดยผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการกินผัก/ผลไม้และดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่าเป็นประจำ รวมทั้งไม่ดื่มสุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และไม่สูบบุหรี่มีมากกว่าร้อยละ 80 แต่ยังมีการออกกำลังกายเป็นประจำเพียงร้อยละ 36.9 ในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จะต้องคำนึงถึง 4 ประเด็นหลักคือการเงิน ที่อยู่อาศัย ภาวะสุขภาพ สวัสดิการที่ผู้สูงอายุควรจะได้รับ และความคุ้มครองไม่ให้ถูกล่วงละเมิดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 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 แต่ขณะที่ด้านสุขภาพนั้นเป็นเพียงด้านเดียวที่มีสัดส่วนของผู้ที่เตรียมตัวลดลง โดยลดลงร้อยละ 0.7⁽⁴⁾ กระทรวงสาธารณสุข⁽⁵⁾ ตระหนักในปัญหาดังกล่าว จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี Phase 2 (2565-2569) โดยเน้นเป้าหมายประชาชนมีสุขภาพดี สร้างความเข้มแข็ง ของระบบสุขภาพ (PP Excellence Strategies) พัฒนา และสร้างเสริมศักยภาพพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของคนไทยกลุ่มวัยทำงาน (15-59 ปี) เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมืองเป็นสถาบันที่เน้นการให้บริการส่งเสริมสุขภาพทุกช่วงวัย โดยเฉพาะคลินิกพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมบริการสุขภาพะ มีการให้บริการตรวจโรคทั่วไป ตรวจสุขภาพและตรวจรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (45-59 ปี) ร้อยละ 41.305 ที่ผ่านมามีการบริการให้คำปรึกษา และจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพดีขึ้น แต่ผู้รับบริการไม่สามารถปฏิบัติตัวได้สม่ำเสมอ ขาดความต่อเนื่องจนเป็นวิถีชีวิต จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าแนวคิดหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมสุขภาพของตนเองเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตในเชิงบวก ส่งผลให้เกิดความเป็นอยู่ที่ดีโดยรวม และช่วยป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Well-being)⁽⁶⁾ เป็นรูปแบบเวชปฏิบัติที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย 6 เสาหลัก ได้แก่ อาหาร/โภชนาการ กิจกรรมทางกาย การเลิกบุหรี่ การลดอันตรายจากการใช้แอลกอฮอล์ การนอนหลับและความ

เครียด และการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม โดยมุ่งเน้นการป้องกันโรคทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ รวมถึงการทำให้สภาวะโรคกลับสู่ปกติ ซึ่งแพทย์เวชศาสตร์วิถีชีวิตจะร่วมทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพประสานงาน เชื่อมเสอหลักเพื่อให้เกิดการบริการสุขภาพแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เชื่อมโยง และปิดช่องว่างระหว่างการบริการปฐมภูมิและการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพแก่ประชาชนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคที่เกิดจากการมีวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม⁽⁷⁾ ดังนั้นเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และคาดการณ์การลดอัตราการเกิดของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และสภาวะของโรคที่ขึ้น ผู้วิจัยจึงได้จัดทำงานวิจัยชิ้นนี้ เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการในการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต สำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) พัฒนารูปแบบการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และทดลองใช้รูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging)

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการในการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต สำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต สำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

3. เพื่อทดลองใช้รูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) และประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

■ กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามหลักแนวคิดของ Kemmis and McTaggart⁽⁸⁾ มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ดังภาพที่ 1

■ วิธีการศึกษา

● **รูปแบบการวิจัย** ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยประยุกต์แนวคิดการดำเนินงานจัดระบบบริการดูแลผู้รับบริการกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) และใช้แนวคิดรูปแบบการดูแลตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต

● ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร มี 2 กลุ่ม ได้แก่

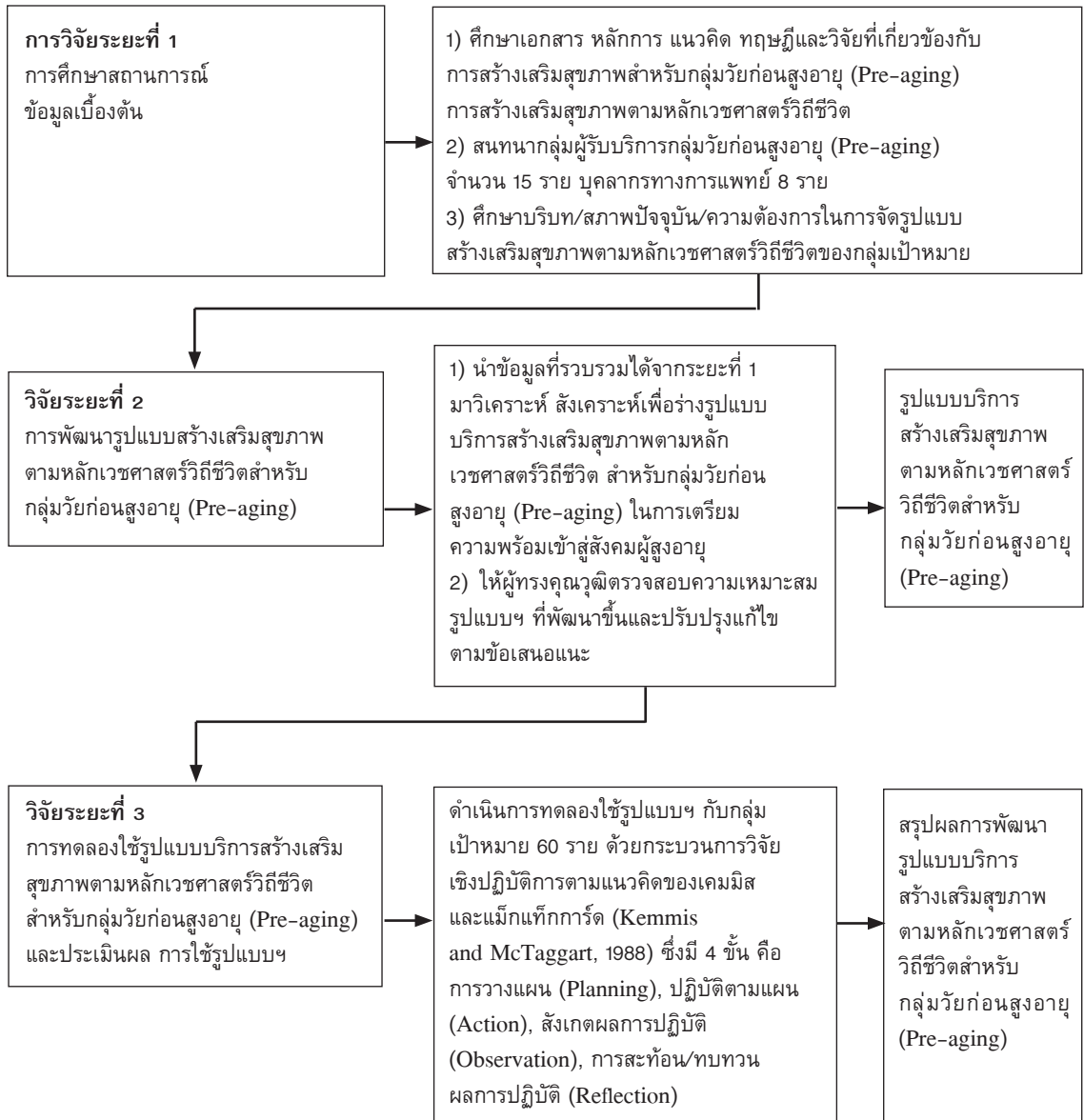
1. กลุ่มวัยก่อนสูงอายุที่มีอายุระหว่าง 45-59 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมบริการสุขภาพะ สถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง

2. บุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งปฏิบัติงานในคลินิกพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมบริการสุขภาพะ สถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามระยะการวิจัยได้ดังนี้

ระยะที่ 1 ประกอบด้วยผู้รับบริการกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (45-59 ปี) ที่มารับบริการคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต สถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง จำนวน 15 คน บุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 8 คน

ระยะที่ 2 ประกอบด้วย บุคลากรทาง



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การแพทย์ จำนวน 8 คน

ระยะที่ 3 ผู้รับบริการกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (45-59 ปี) จำนวน 60 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณลักษณะที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ที่มียอายุ 45-59 ปี เพศหญิงหรือเพศชาย
2. เป็นผู้มีสติสัมปชัญญะดี สามารถพูด อ่านและเขียนได้ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร การเคลื่อนไหว ฟังภาษาไทยเข้าใจ และสามารถโต้ตอบได้ดี
3. มีความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา

ตลอดระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria)

- 1) ขอดถอนตัวขณะเข้าร่วมวิจัย
- 2) มีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยด้วยโรค ร้ายแรงหรือเสียชีวิต

● เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดำเนินการรูปแบบบริการเดิม และศึกษาแนวคิดบริการสุขภาพโดยใช้หลักการของเวชศาสตร์วิถีชีวิต เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์ (Interview) แบบมีโครงสร้าง โดยการสนทนากลุ่ม

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) โดยใช้กิจกรรมสนทนากลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย

1) แนวทางการให้บริการตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle medicine)

2) เทคนิคการระดมสมอง (Brainstorm) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการระดมความคิดของผู้ร่วมวิจัย ในการร่วมกันวางแผนกิจกรรมในขั้นตอนของการสร้างและพัฒนารูปแบบ และขั้นตอนของการสังเคราะห์รูปแบบ

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน คือ รูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ที่พัฒนาขึ้น เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Assessment) โดยใช้แบบประเมินในหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (เวชศาสตร์วิถีชีวิต) สมาคมเวชศาสตร์ป้องกัน

แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2565⁽⁹⁾ แบบประเมินประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 มีจำนวน 7 ข้อ คำตอบใช่/ไม่ใช่ ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 10 ระดับ (น้อยกว่า 1 ถึง 10) และส่วนที่ 3 ให้เลือกตอบจำนวนชั่วโมงต่อสัปดาห์ในการออกกำลังกาย

2) เทคนิคการทบทวนหลังกิจกรรม (After action review หรือ AAR)

● การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Assessment) ไปทดลองใช้ Tryout กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มที่ศึกษา จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.978 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.7 ขึ้นไป แสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นสูงสามารถนำแบบสอบถามไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้

2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (อายุ 45-59 ปี) ตรวจสอบสามเส้าด้านแหล่งข้อมูล (Data triangulation) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลมากกว่า 1 แหล่ง โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้รับบริการกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (อายุ 45-59 ปี) และบุคลากรด้านสาธารณสุขผู้ให้บริการ ผลการสะท้อนความคิดหลังทำกิจกรรมและข้อมูลจากการบันทึกในแบบสังเกตของผู้วิจัย

● **ขั้นตอนดำเนินการวิจัย** ในการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ครั้งนี้ ดำเนินการแบ่งขั้นตอนการวิจัย ออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์

2) ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) 3) ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ซึ่งการปฏิบัติการ ประกอบด้วย ขั้นตอนวางแผน (Plan Stage) ขั้นตอนดำเนินการ และสังเกต (Act and Observe) ขั้นทบทวนและสะท้อนกลับ (Reflection) และประเมินผลการใช้รูปแบบฯ

1) ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ดำเนินการดังนี้

(1) ศึกษาเอกสาร หลักการ แนวคิด ทฤษฎี และวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging), การสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต

(2) สันทนาการกลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้รับบริการกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) จำนวน 15 ราย ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ปัญหา ด้านสุขภาพ ความต้องการในการสร้างเสริมสุขภาพ และบุคลากรทางการแพทย์ 8 ราย ด้านความต้องการในการจัดรูปแบบสร้างเสริมสุขภาพ และรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (pre-aging)

(3) ศึกษาบริบท/สภาพดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพที่ดำเนินการในปัจจุบัน

2) ระยะที่ 2 สร้างและพัฒนารูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต สำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging)

(1) ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์ สังเคราะห์

(2) ร่างรูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต สำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ในการเตรียมความ

พร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

(3) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

3) ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต สำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging)

- ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยนำรูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต สำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ที่พัฒนาขึ้นมาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 60 รายและดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดังนี้

(1) ขั้นตอนวางแผน (Planning) ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมกันวางแผนการกำหนดเป้าหมายของบริการและกิจกรรมที่กำหนด

(2) ขั้นตอนดำเนินการ (Action) ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

(3) ขั้นสังเกตและประเมินผลการปฏิบัติ (Observation) สังเกตกระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย

(4) ขั้นทบทวนและสะท้อนกลับ (Reflection) ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการสังเกต มาวิเคราะห์ สรุปประเด็นปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ และประชุมกลุ่มผู้ร่วมวิจัยร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา สรุปผลการดำเนินงาน

● การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้ในการหาข้อมูลในขั้นที่ 3 ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการประกอบด้วยเทคนิคต่างๆ ดังต่อไปนี้

1) การจดบันทึกสะสม (Anecdotal records) ผู้วิจัยใช้ในการบันทึกการบรรยายสถานการณ์เชิงรูปธรรม

2) การใช้บันทึกสนาม (Field notes) เป็นการจดบันทึกเหมือนกับการใช้ระเบียบสะสม จะจดบันทึกสภาพที่เห็นจริงโดยไม่ใช้ข้อคิดเห็น

ส่วนตัวซึ่งจะได้ข้อมูลที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง

3) การบันทึก/บรรยายถึงพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม (Ecological behavioral description)

4) การวิเคราะห์เอกสาร (Document analysis) ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องที่มีอยู่

● การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) และใช้ตารางแจกแจงความถี่แสดงผลเป็นค่าร้อยละ (Percentage) และสถิติค่า t (paired t-test)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ มีขั้นตอนดังนี้ 1) การใช้แนวคิดทฤษฎีโดยใช้กระบวนการสร้างกรอบแนวคิดสำหรับกรณีศึกษา โดยมีการกำหนดคำสำคัญให้ครอบคลุมประเด็นที่ทำการวิเคราะห์ 2) การตรวจสอบข้อมูลเพื่อให้มั่นใจได้ในความเชื่อถือได้ของข้อมูล 3) การจัดบันทึกและการทำดัชนีข้อมูล 4) การสร้างข้อสรุปชั่วคราว และกำจัดข้อมูล 5) การสร้างบทสรุป

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยได้นำข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพมาวิเคราะห์ร่วมกัน โดยจะพิจารณาว่าข้อมูลทั้ง 2 อย่าง สอดคล้องหรือขัดแย้งกันอย่างไร แล้วจึงสรุปว่าข้อค้นพบจากการวิจัยคืออะไร ซึ่งการใช้ข้อมูลทั้ง 2 อย่างร่วมกันจะทำให้ข้อสรุปมีความชัดเจนและถูกต้องมากยิ่งขึ้น

● การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ กรมอนามัย เลขที่

637/2566 วันที่ 14 มิถุนายน 2566 การวิจัยครั้งนี้คำนึงถึงจริยธรรมทางการวิจัย โดยให้ความละเอียดอ่อนต่อมิติดังต่อไปนี้ 1. ความเป็นส่วนตัว (privacy) การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลในการสัมภาษณ์ในพื้นที่ที่มีความเป็นส่วนตัว ปราศจากการรบกวนจากบุคคลอื่น 2. การรักษาความลับ (confidentiality) การวิจัยครั้งนี้ ให้ความสำคัญกับการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการดังต่อไปนี้ ไม่เปิดเผยชื่อ นามสกุลจริงของผู้ให้ข้อมูลในรายงานวิจัย การเก็บรักษาข้อมูลให้เป็นความลับ โดยไม่เปิดเผยให้กับผู้อื่นนอกจากผู้วิจัยเท่านั้น เช่น ข้อมูลจากการสัมภาษณ์จะเก็บรักษาไว้ในที่ปลอดภัยเป็นความลับ เมื่อมีการเผยแพร่งานวิจัยที่ต้องใช้ภาพถ่ายจะใช้ภาพที่เบลอหน้าหรือใช้ภาพด้านหลังของผู้เข้าร่วมวิจัย 3. การยินยอมพร้อมใจ (informed consent) ในการเก็บข้อมูลจะต้องได้รับความเห็นชอบจากกลุ่มตัวอย่าง การเข้าร่วมโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

■ วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต สำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

บริบทของคลินิก

คลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine Clinic) เป็นคลินิกในกลุ่มงานพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมบริการสุขภาพะ สถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง มีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการประเมินภาวะสุขภาพ ประเมินความ

พร้อมในการเปลี่ยนแปลงและสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต รวมทั้งให้คำปรึกษา แนะนำ ฝึกทักษะ ในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง ได้มาตรฐานวิชาชีพ โดยพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการและผู้รับบริการพึงพอใจ

กระบวนการและขั้นตอนการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพที่ดำเนินการในปัจจุบัน

1. ลงทะเบียนผู้มารับบริการ และซักประวัติทั่วๆ ไปพร้อมทั้งบันทึกสุขภาพผู้รับบริการ
2. ตรวจร่างกาย/ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงและภาวะสุขภาพ โดยใช้ประเมินภาวะสุขภาพตามแบบฟอร์มตรวจสุขภาพ การตรวจร่างกายทางคลินิก (Clinical Assessment) ประเมินภาวะสุขภาพด้วยการตรวจร่างกายโดยเจ้าหน้าที่วัดความดันโลหิต จับชีพจร ประเมินภาวะโภชนาการผู้รับบริการ โดยการวัดสัดส่วนของร่างกาย (Anthropometry Assessment) ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อหาค่าดัชนีมวลกาย (BMI = Body Mass Index)
3. ให้การดูแลตามสถานะสุขภาพ
 - 3.1 ในรายที่ผลการประเมินสถานะสุขภาพปกติ ไม่พบโรค ให้เข้าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ และให้คำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพโดยยึดหลัก 3 อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ โดยคัดกรองผู้มารับบริการจัดแยกเป็นกลุ่มและรายบุคคลตามลักษณะของปัญหาที่พบ
 - 3.2 ในรายที่ผลการประเมินสถานะสุขภาพผิดปกติ แพทย์ให้คำปรึกษาความผิดปกติของโรคที่พบและให้คำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพโดยยึดหลัก 3 อ. ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย และด้านอารมณ์ โดยคัดกรองผู้มารับบริการ จัดแยกเป็นกลุ่มและรายบุคคล

ตามลักษณะของปัญหาที่พบ

4. การให้คำปรึกษา
 5. นัดติดตามและประเมินผล ครั้งต่อไป
- สรุปภาพรวมการตีความจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้รับบริการวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) จำนวน 15 ราย ใน 6 ประเด็น**
1. ด้านพฤติกรรมกรกิน
 - กินอาหารนอกบ้านหรือซื้ออาหารกล่อง/ถุง
 - มีปัญหาดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำผลไม้ กาแฟหรือชารสหวาน น้ำอัดลม เครื่องดื่มเกลือแร่ เฉลี่ย 4 แก้ว/สัปดาห์
 - กินผักค่อนข้างน้อย 1-2 ทัพพีต่อวัน กินผลไม้ 2-3 ส่วนต่อวัน
 2. ด้านพฤติกรรมกรออกกำลังกาย
 - ออกกำลังกายไม่เพียงพอ โดยออกกำลังกายชนิดแอโรบิก เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะ ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ เฉลี่ย 1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ออกกำลังกายแบบแรงต้าน เช่น วิดพื้น ซิทอัพ สควอช <1 วันต่อสัปดาห์ จำนวนชั่วโมงที่นั่งอยู่กับที่ต่อวันเฉลี่ย 3-4 ชั่วโมง
 3. ด้านการจัดการความเครียด
 - สามารถจัดการความเครียดได้ดี และมีกิจกรรมส่งเสริมจิตใจ ฝึกสมาธิ สวดมนต์ เข้าวัดและเข้าโบสถ์ อย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์
 4. ด้านการนอนหลับ
 - นอนไม่เพียงพอมีอาการหลับๆ ตื่นๆ จำนวนชั่วโมงการนอนต่อวันเฉลี่ย 5-6 ชั่วโมง ส่วนใหญ่ตื่นเช้าขึ้นมาจะรู้สึกสดชื่นกระปรี้กระเปร่า
 5. ด้านความสัมพันธ์
 - มีความสัมพันธ์ที่ดีมีการพูดคุย พบปะกับเพื่อนสนิทคนในครอบครัว > 3 ครั้ง/สัปดาห์ และสามารถรับฟังความคิดเห็นต่างของผู้อื่นเป็น

ส่วนใหญ่

6. ด้านการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา สิ่งเสพติด
- ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา และ
ไม่ใช้สิ่งเสพติด

7. ความต้องการอื่นๆ
- ความรู้ด้านการกินที่ถูกต้อง
- วิถีคลายเครียดแบบอื่นๆ เช่น การฝึก
ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

- วิธีที่สามารถทำให้อ่อนหลับต่อเนื่อง
- มีกลุ่มเครือข่ายด้านสุขภาพ
- แนวทางลด ละ เลิก ในรายที่ยัง
สูบบุหรี่ ดื่มสุรา

2. พัฒนารูปแบบบริการสร้างเสริม
สุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต สำหรับ
กลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ในการเตรียม
ความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาสถานการณ์และความ
ต้องการจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้รับบริการ
วัยก่อนสูงอายุ (Pre-ageing) และการศึกษา
หลักการ แนวคิด ทฤษฎีและวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ
การสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต
สำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging), ผู้วิจัย
และผู้ร่วมวิจัยได้นำมาวิเคราะห์และพัฒนารูปแบบ
บริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์
วิถีชีวิต สำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging)
ดังตารางที่ 1

3. การทดลองใช้รูปแบบบริการสร้าง
เสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับ
กลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging)

หลังการทดลองใช้รูปแบบบริการสร้าง
เสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับ
กลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ได้ผลการวิจัย
ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
กลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) จำนวน

60 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เพศหญิง
จำนวน 37 คน (ร้อยละ 61.67) เพศชาย 23 คน
(ร้อยละ 38.33) กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 53 ปี
อายุต่ำสุด 45 ปี และอายุสูงสุด 59 ปี มีโรค
ประจำตัว 44 คน (ร้อยละ 73.3) ไม่มีโรค
ประจำตัว 16 คน (ร้อยละ 26.7)

2. ผลการวิเคราะห์คะแนนการประเมิน
พฤติกรรมสุขภาพ เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle
Assessment) ของกลุ่มตัวอย่างวัยก่อนสูงอายุ
(Pre-aging) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ
วิจัย

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า กลุ่ม
ตัวอย่างวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ก่อนเข้าร่วม
โครงการวิจัยหรือก่อนเข้ารับบริการในคลินิก
เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine Clinic)
มีคะแนนเฉลี่ยด้านการกินดีขึ้น จาก 2.52 เป็น
4.50 มีคะแนนเฉลี่ยด้านออกกำลังกายดีขึ้น
จาก 5.38 เป็น 6.97 มีคะแนนเฉลี่ยด้านการนอน
ดีขึ้น จาก 4.27 เป็น 6.27 มีคะแนนเฉลี่ยด้าน
การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์จาก 8.43 เป็น 9.10
มีคะแนนเฉลี่ยด้านความสัมพันธ์ดีขึ้นจาก 4.48
เป็น 4.63 และคะแนนเฉลี่ยผลรวมทั้ง 6 ด้าน
ดีขึ้นจาก 28.53 เป็น 35.53

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนการ
ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เวชศาสตร์วิถีชีวิต
(Lifestyle Assessment) ของกลุ่มตัวอย่าง
ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการวิจัย

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า หลังเข้า
ร่วมโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างวัยก่อนสูงอายุ
(Pre-aging) มีคะแนนการประเมินพฤติกรรม
สุขภาพ เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Assess-
ment) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ผลการเปรียบเทียบการพัฒนาแบบ
บริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถี

ตารางที่ 1 รูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต สำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

ขั้นตอน	รายการกิจกรรมในการจัดบริการ	ผู้ทำกิจกรรม
1.	รับการส่งต่อจากคลินิกตรวจโรค	พยาบาลประจำคลินิก
2.	ซักประวัติ/ประเมินภาวะสุขภาพ/ประเมินความพร้อมการเปลี่ยนแปลงและสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ/ประเมินพฤติกรรมวิถีชีวิต	พยาบาลประจำคลินิก
3.	พบแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต เพื่อวินิจฉัยสภาวะปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ หรือรูปแบบการดำเนินชีวิต และการวางแผนดำเนินการรักษาป้องกันโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพหรือรูปแบบการดำเนินชีวิต	แพทย์ประจำคลินิก
4.	- การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพหรือรูปแบบการดำเนินชีวิตทั้ง 6 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย 1) ด้านโภชนาการ 2) การออกกำลังกาย 3) การจัดการความเครียด 4) ด้านการนอนหลับ 5) ด้านการเลิกบุหรี่และแอลกอฮอล์ 6) ด้านความสัมพันธ์ - การสนับสนุน ช่วยเหลือในการจัดการภาวะโรคเรื้อรัง แบบบูรณาการอย่างเป็นระบบ - สร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในประเด็นที่จำเป็นในการปรับวิถีชีวิต	สหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย - พยาบาลประจำคลินิก - นักวิทยาศาสตร์การกีฬา - นักโภชนาการ - นักสังคมสงเคราะห์
5.	การวางแผนกำกับติดตามและประเมินผล	พยาบาลประจำคลินิก

ชีวิตสำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging)

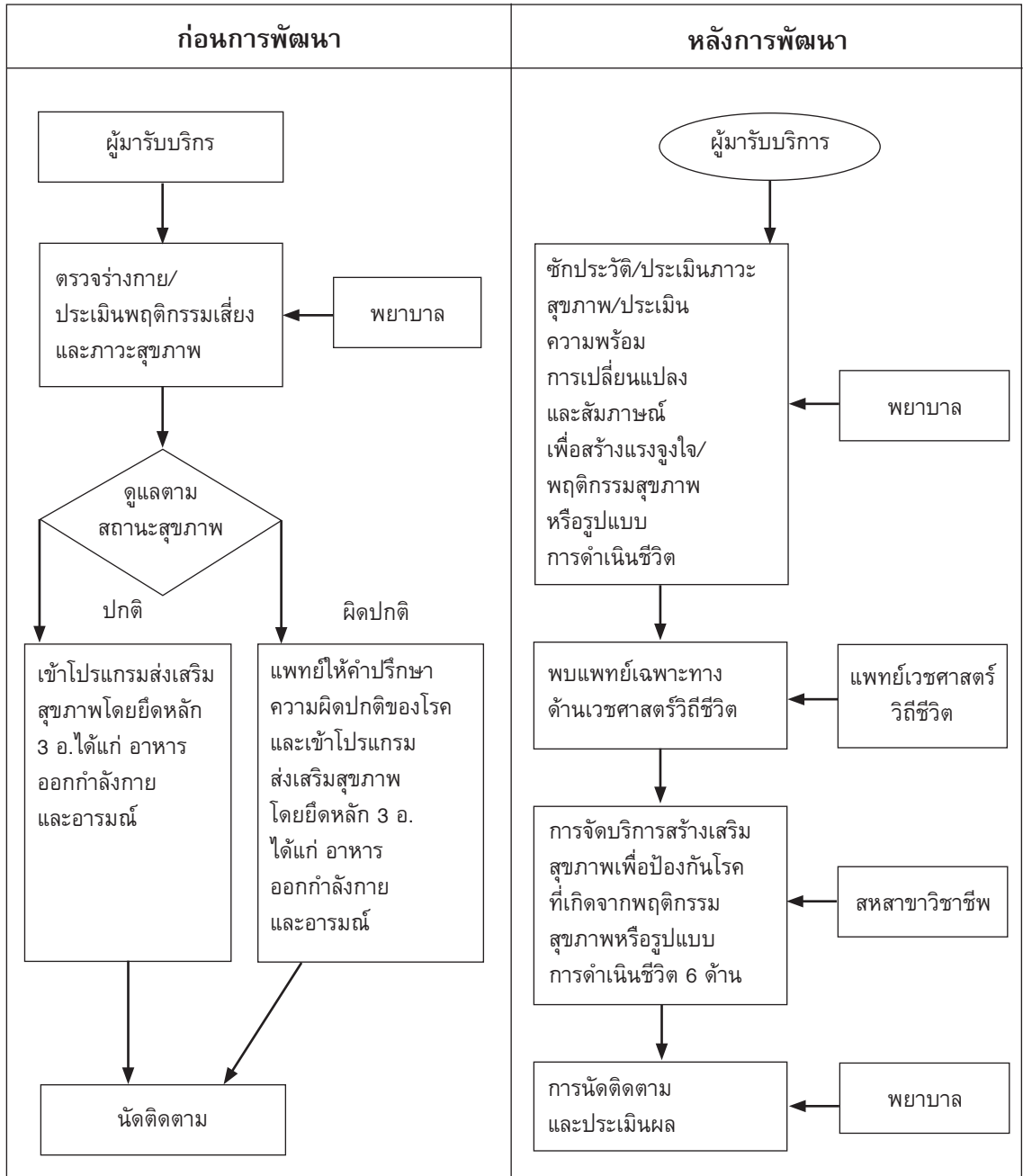
จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ที่พัฒนาขึ้นทำให้มีสถานที่ที่แยกสัดส่วนชัดเจน มีมุม/ห้องที่เป็นมาตรฐาน มีบุคลากรที่ให้บริการครอบคลุมทุกด้านในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตและสหสาขาวิชาชีพหลายสาขา ทำให้สามารถจัดบริการได้ครอบคลุมและได้รับบริการพึงพอใจ

■ อภิปรายผล

จากผลการศึกษาศาสนาการณปัญหาและความต้องการบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต สำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้รับบริการวัยก่อนสูงอายุ (45-59 ปี) สรุปและอภิปรายผลได้ดังนี้

1. การศึกษาศาสนาการณและความต้องการ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการบริการแบบเดิมเป็นรูปแบบการให้คำปรึกษาในกลุ่มเสี่ยง

แผนภูมิภาพ เปรียบเทียบรูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ก่อนและหลังการพัฒนา



ตารางที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เวชศาสตร์วิถีชีวิตในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ก่อนเข้ารับบริการในคลินิก เวชศาสตร์วิถีชีวิต สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง (n=60)

ผลการประเมิน พฤติกรรมสุขภาพ เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Assessment)	คะแนนเต็ม	คะแนนต่ำสุด		คะแนนสูงสุด		ค่าคะแนน เฉลี่ย		ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	
		ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
1.ด้านการกิน	10	0	0	8	9	2.52	4.50	2.198	2.652
2.ด้านการออกกำลังกาย	10	1	2	10	10	5.38	6.97	2.719	2.314
3.ด้านการนอน	10	0	0	10	10	4.27	6.27	3.199	3.140
4.ด้านการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์	10	0	0	10	10	8.43	9.10	2.925	2.064
5.ด้านจิตใจ	5	0	2	5	5	3.37	4.10	1.529	1.053
6.ด้านความสัมพันธ์	5	0	2	5	5	4.48	4.63	1.282	0.956
ผลรวมคะแนนทั้ง 6 ด้าน	50	12	20	41	49	28.53	35.53	6.253	7.301

หรือกลุ่มป่วยตามมาตรฐานคลินิก DPAC (Diet Physical Activity Clinic) ที่เน้นไปที่การจัดกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหารที่เหมาะสม และการจัดการกับความเครียด ผู้ให้บริการเป็นพยาบาลวิชาชีพและนักวิทยาศาสตร์การกีฬา ทำให้การสร้างเสริมสุขภาพไม่ครอบคลุมทุกมิติ ผลการศึกษานี้ อภิปรายได้ว่า การที่บริการและ กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพไม่ครอบคลุมทุกมิติ อาจเป็นเพราะหลักการด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) เริ่มนำมาใช้ในการ ดำเนินการจัดบริการในปี 2564 บุคลากรผู้ให้ บริการยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการจัดบริการ ส่วนการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มตัวอย่างกลุ่ม วัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) พบว่ากลุ่มวัยก่อน สูงอายุมีการกินอาหารนอกบ้านหรือซื้ออาหาร ก่อส่ง/ถุง มีปัญหาดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำผลไม้ กาแฟหรือชารสหวาน น้ำอัดลม เครื่อง

ดื่มเกลือแร่ เฉลี่ย 4 แก้ว/สัปดาห์ กินผักก่อนข้าง น้อย 1-2 ทัพพีต่อวัน กินผลไม้ 2-3 ส่วนต่อวัน ออกกำลังกายไม่เพียงพอ โดยออกกำลังกายชนิด แอโรบิก เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะ ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ เฉลี่ย 1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ออกกำลังกาย แบบแรงต้าน เช่น วิดพื้น ซิทอัพ สควอช <1 วัน ต่อสัปดาห์ จำนวนชั่วโมงที่นั่งอยู่กับที่ต่อวันเฉลี่ย 3-4 ชั่วโมง สามารถจัดการความเครียด ได้ดี และมีกิจกรรมส่งเสริมฝึกจิตใจ ฝึกสมาธิ สวดมนต์ เข้าวัดและเข้าโบสถ์ อย่างน้อย 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์ นอนไม่เพียงพอมีอาการหลับๆ ตื่นๆ จำนวนชั่วโมงการนอนต่อวันเฉลี่ย 5-6 ชั่วโมง ส่วนใหญ่ตื่นเช้าขึ้นมาจะ ไม่รู้สึกสดชื่น กระปรี้กระเปร่า มีความสัมพันธ์ที่ดีมีการพูดคุย พบปะกับเพื่อนสนิท คนในครอบครัว >3 ครั้ง/ สัปดาห์ และสามารถรับฟังความคิดเห็นต่างของ ผู้อื่นเป็นส่วนใหญ่ จากผลการศึกษาดังกล่าว

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Assessment) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Assessment)	n	\bar{X}	SD	t	P-value
คะแนนก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย	60	28.53	6.253	8.404	.000
คะแนนหลังเข้าร่วมโครงการวิจัย	60	35.53	7.301		

*P-value<0.05

สอดคล้องกับรายงานผลการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 (พ.ศ.2562-2563)⁽¹⁰⁾ โดยเปรียบเทียบกับ การสำรวจ ครั้งที่ 5 เมื่อปี 2557 พบว่า ประชาชน มีพฤติกรรมการกินผักและผลไม้ตามข้อแนะนำ (≥ 5 ส่วนขึ้นไป/วัน) มีสัดส่วนลดลง การมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางขึ้นไปมีสัดส่วนลดลง ประชาชนมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นประจำมีแนวโน้มลดลง แต่เริ่มมีการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในประชาชนชาวไทยโดยเฉพาะเยาวชนและวัยแรงงาน และประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่ไม่ดี ได้แก่ การดื่มสุรา ในช่วง 12 เดือน และ 30 วันที่ผ่านมามีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น ประชาชนมีปัญหาด้านภาวะอ้วน เบาหวาน และความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ด้านความต้องการ กลุ่มวัยก่อนสูงอายุต้องการความรู้ด้านการกินที่ถูกต้อ งวิธีคลายเครียดแบบอื่นๆ เช่น การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ วิธีที่สามารถทำให้อ่อนหลับต่อเนื่อง มีกลุ่มเครือข่ายด้านสุขภาพ แนวทางลด ละ เลิก ในรายที่ยังสูบบุหรี่ ดื่มสุรา สอดคล้องกับการศึกษาของ พิเศษลลิตม์ ช่างศ์วรกุล⁽¹¹⁾ ที่ศึกษา การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของ ผู้ใหญ่วัยกลางคน ในเทศบาลเมืองเมืองปัก อำเภอบักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา พบว่าส่วนใหญ่ มีความต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุด้านการดูแลสุขภาพ สุขภาพร่างกายและจิตใจ การบริหารจัดการ

ด้านการเงิน การวางแผนด้านที่อยู่อาศัยและ การสร้างสัมพันธ์ภาพทางสังคม

2. พัฒนารูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต สำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาสถานการณ์และความ ต้องการจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้รับบริการวัยก่อนสูงอายุ (Pre-ageing) และการศึกษา หลักการ แนวคิด ทฤษฎีและวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต สำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัยได้นำมาวิเคราะห์และพัฒนารูปแบบ บริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์ วิถีชีวิต สำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) พบแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต 3) การให้คำปรึกษาด้านโภชนาการการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การนอนหลับ การเลิกบุหรี่และแอลกอฮอล์ ความสัมพันธ์ 4) การสนับสนุนและให้คำแนะนำในการจัดการ ภาวะเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน 5) การสนับสนุนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม : การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงบันดาลใจ การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ อภิปราย ได้ว่าในการเตรียมตัวสำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคม

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging)

รายการ	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
1.ด้านสถานที่ให้บริการ	ไม่แยกสัดส่วนชัดเจน	แยกสัดส่วนชัดเจน มีมุม/ห้องที่เป็นมาตรฐาน
2.ด้านบุคลากรผู้ให้บริการ	-แพทย์ทั่วไป -พยาบาลวิชาชีพ	-แพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์วิถีชีวิต -สหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ, นักวิทยาศาสตร์การกีฬา, นักโภชนาการ, นักสังคมสงเคราะห์ -มีทักษะด้านโคสุขภาพ
3.ด้านกิจกรรมการจัดบริการ	-ตรวจร่างกาย (ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อหาค่าดัชนีมวลกาย (BMI = Body Mass Index) วัดความดันโลหิต จับชีพจร -ประเมินภาวะโภชนาการ -ให้คำปรึกษา/เข้าโปรแกรม ส่งเสริมสุขภาพโดยยึดหลัก 3 อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์	ให้บริการครบถ้วน -ด้านตรวจร่างกาย (ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อหาค่าดัชนีมวลกาย (BMI = Body Mass Index) วัดความดันโลหิต จับชีพจร) -วัดองค์ประกอบร่างกาย -ประเมินความพร้อมการเปลี่ยนแปลง และแรงจูงใจ -ประเมินพฤติกรรมวิถีชีวิต -จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพที่เกิดจาก พฤติกรรมสุขภาพหรือรูปแบบ การดำเนินชีวิตครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน -สร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในประเด็นที่จำเป็นในการปรับวิถีชีวิต
4.ด้านผู้รับบริการ	-ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วย NCD un-control และกลุ่มเสี่ยงส่งต่อ เข้ารับบริการเพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรม -การให้คำปรึกษาเน้น อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์	-มี 3 กลุ่มทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย -ได้รับการบริการครบถ้วนตามหลักการ เวชศาสตร์วิถีชีวิต 6 ด้าน -พึงพอใจในการจัดบริการ

ผู้สูงอายุมุ่งเน้นให้ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของและพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาที่ได้เล็งเห็นความสำคัญของการลดภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของและพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ด้วยตนเอง โดยมีการจัดตั้ง American College of Lifestyle Medicine (ACLM) และจัดฝึกอบรมในรูปแบบการศึกษาต่อเนื่อง⁽¹²⁾ และขยายแนวคิดไปสู่ประเทศต่างๆ รวมทั้ง Asian Society of Lifestyle of Medicine ภูติท เตชาติวัฒน์⁽⁹⁾ ได้เสนอว่า เวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นแนวทางใหม่ในการต่อสู้กับปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเป็นแนวทางแบบบูรณาการสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย โภชนาวิทยา

จิตวิทยา การมีกิจกรรมทางกาย และปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม เป็นต้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องนำเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาจัดเป็นรูปแบบบริการ ทั้งนี้ เวชศาสตร์วิถีชีวิตจะทำหน้าที่เชื่อมช่องว่าง

ระหว่างการส่งเสริมสุขภาพและเวชปฏิบัติทางคลินิกในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมไม่เหมาะสมต่อการมีสุขภาพดี⁽¹³⁾ รวมทั้งเป็นศาสตร์ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิดในการบริหารจัดการปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อพร้อมกับการพัฒนาการทำงานในลักษณะสหสาขาวิชาชีพทางสุขภาพเพื่อสร้างรูปแบบการรักษาอย่างครบวงจร⁽¹⁴⁻¹⁵⁾

3. ผลการทดลองใช้รูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging)

ผลการวิเคราะห์คะแนนการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Assessment) ของกลุ่มตัวอย่างวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) กลุ่มตัวอย่างวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือก่อนเข้ารับบริการในคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine Clinic) มีคะแนนเฉลี่ยด้านการกินดีขึ้น จาก 2.52 เป็น 4.50 มีคะแนนเฉลี่ยด้านออกกำลังกายดีขึ้น จาก 5.38 เป็น 6.97 มีคะแนนเฉลี่ยด้านการนอนดีขึ้น จาก 4.27 เป็น 6.27 มีคะแนนเฉลี่ยด้านการสูบบุหรี่ดื่มแอลกอฮอล์จาก 8.43 เป็น 9.10 มีคะแนนเฉลี่ยด้านความสัมพันธ์ดีขึ้นจาก 4.48 เป็น 4.63 และคะแนนเฉลี่ยผลรวมทั้ง 6 ด้านดีขึ้นจาก 28.53 เป็น 35.53 และผลการเปรียบเทียบคะแนนการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Assessment) ของกลุ่มตัวอย่างก่อน

และหลังการเข้าร่วมโครงการวิจัย พบว่า หลังเข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) มีคะแนนการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เวชศาสตร์วิถีชีวิต สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อภิปรายได้ว่า รูปแบบบริการสุขภาพโดยเวชศาสตร์วิถีชีวิต สำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ที่พัฒนาขึ้นจากการสำรวจสถานการณ์และความต้องการของผู้รับบริการ รวมทั้งศึกษาหลักการ แนวคิดและวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตทำให้ได้รูปแบบบริการที่ครอบคลุมในทุกมิติของการสร้างเสริมสุขภาพ เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายผู้มารับบริการ สามารถช่วยแก้ไขปัญหาสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและจากปัญหาการมีวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม ซึ่งนับว่าเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการร่วมกันบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้าสู่ระบบสุขภาพของประเทศไทย สู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป⁽⁷⁾

■ ข้อเสนอแนะ:

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. ควรนำรูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต สำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นไปขยายผลภายในหน่วยงานอื่นๆ
2. ภาครัฐควรส่งเสริมความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อยอดให้ดียิ่งขึ้น
3. ควรมีการประเมินประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต สำหรับกลุ่มวัยก่อน

สูงอายุ (Pre-aging) ในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

4. ควรมีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มาใช้บริการคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต สำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ

1. ควรมีการจัดทำรายงานการดูแลผู้รับบริการรายบุคคล และรายงานคู่มือสำหรับผู้ให้บริการ

2. ควรมีการจัดฝึกอบรมทักษะที่จำเป็นในการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตให้กับผู้ให้บริการ

ข้อเสนอเชิงวิชาการ

1. ควรมีการศึกษาวิจัยต่อเนื่องในระยะยาวในเชิงระบบเพื่อพัฒนารูปแบบฯ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ควรมีการขยายพัฒนารูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตให้ครอบคลุมกับกลุ่มวัยอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1687612748-2406_0.pdf
2. จิรฐา อัครนันท์, ดารุณี เหลืองวรกิจ และวิภารัตน์ ชมดง. สุขภาวะของผู้สูงอายุในประเทศไทย: โอกาสสำคัญทางการตลาด. วารสารเซนต์จอห์น 2563;23(32):87-107.
3. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
4. รัชพล อ่ำสุข และกมลพร สอนศรี. ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของประชากรไทย [วิทยานิพนธ์ปริญญาตรี ภาควิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.
5. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 22 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://spd.moph.go.th/20-year-national-strategy-public-health/>
6. Tariq MNM, Stojanovska L, Dhaheri ASA, Cheikh Ismail L, Apostolopoulos V, Ali HI. Lifestyle Interventions for Prevention and Management of Diet-Linked Non-Communicable Diseases among Adults in Arab Countries. Healthcare [Internet]. 2022 [cited 2023 Jun 10];11(1):45. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare11010045>
7. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และภูติท เตชาติวัฒน์. เวชศาสตร์วิถีชีวิต: เวชปฏิบัติแนวใหม่แบบสหวิชาชีพเพื่อการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทยสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย 2565;1(4):456-63.
8. Kemmis S, Mc Taggart R. The Action Research Planner. 3rd ed. Deakin University : Geelong Victoria; 1988.
9. ภูติท เตชาติวัฒน์. ที่มาของเวชศาสตร์วิถีชีวิต. การประชุมวิชาการภาควิชาชีพอายุรศาสตร์ ครั้งที่ 8 เรื่อง Medicine in older adults: the survival tips หัวข้อ Lifestyle Medicine: Thailand's new medical specialty?; 25 พฤศจิกายน 2565; จังหวัดนครนายก; 2565.

10. วิชัย เอกพลการ, หทัยชนก พรอคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยมีการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ.2562-2563. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.
11. พิศพลลัมภ์ ชำรงค์วรกุล. การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของผู้ใหญ่วัยกลางคน. วารสารรามคำแหง ฉบับรัฐประศาสนศาสตร์ 2565;5:98-119
12. The American College of Lifestyle Medicine. What is lifestyle medicine? [Internet]. 2019 [cited 2023 Jun 10]. Available from: <https://www.lifestylemedicine.org/>
13. Australasian Society of Lifestyle Medicine Limited. Lifestyle medicine. Victoria: Australasian Society of Lifestyle Medicine Limited [Internet]. 2022 [cited 2023 Jun 10]. Available from: <https://lifestylemedicine.org.au/lifestyle-medicine/>
14. Kushner RF, Mechanick JI. Lifestyle medicine - an emerging new discipline. US Endocrinology 2015;11(1):36-40.
15. Polak R, Pojednic RM, Phillips EM. Lifestyle medicine education. American Journal of Lifestyle Medicine 2015;9(5):361-7.

HEALTH

4 เคล็ดลับ

อ่านฉลากโภชนาการ

ฉลาดซื้อ...ฉลาดกิน...เพื่อสุขภาพที่ดี...

1 ตรวจสอบพลังงาน



อาหารว่าง ของกินเล่น
พลังงานไม่ควรเกิน

100-150 กิโลแคลอรี
ต่อ 1 หน่วยบริโภค

อาหารมื้อหลัก
ควรอยู่ในช่วง

400-600 กิโลแคลอรี
ต่อ 1 หน่วยบริโภค



2 ตรวจสอบน้ำตาล

≤ 24g
น้ำตาล

ควรกินน้ำตาล

ไม่เกิน 24 กรัม/วัน หรือ
ประมาณ 6 ช้อนชา/วัน



3 ตรวจสอบไขมัน

≤ 65g
ไขมัน

ควรได้รับไขมัน

ไม่เกิน 65 กรัม/วัน

ถ้าต้องการพลังงาน
วันละ 2,000 กิโลแคลอรี

4 ตรวจสอบโซเดียม

≤ 2,000mg
โซเดียม

ควรได้รับ
โซเดียม

ไม่เกิน 2,000
มิลลิกรัม/วัน

หรือเกลือประมาณ
1 ช้อนชา/วัน

Food
Choice

“แอปพลิเคชัน FoodChoice”

เครื่องมือในการให้ความรู้ทางด้านโภชนาการ เมื่อสแกนบาร์โค้ดจากผลิตภัณฑ์ ข้อมูลบนฉลากโภชนาการจะถูกแสดงในรูปแบบที่สามารถเข้าใจได้ง่ายเพื่อใช้เป็นส่วนหนึ่งในการประกอบการตัดสินใจเลือกผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมกับสุขภาพของผู้ใช้งานได้อย่างรวดเร็ว



ที่มา : หนังสือรวมพลังสร้างระบบอาหารสุขภาพอย่างยั่งยืน
ในโอกาสครบรอบ 20 ปี สสส.





กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

#SAVE แกงส้ม



อาหารยอดเยี่ยม

ประโยชน์
เพียบ



วิตามินที่ได้จากการกินแกงส้ม

A

ช่วยการเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อและระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย มีมากในผัก เช่น มะละกอ ผักบุ้ง ชะอม

C

ช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็กจากอาหาร ช่วยในเรื่องของการขับถ่าย ป้องกันเลือดออกตามไรฟันต่อต้านอนุมูลอิสระ และเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน

B₁₂

ช่วยสร้างเม็ดเลือดแดง
ช่วยการทำงานของระบบประสาทและสมอง

Tip

น้ำแกงส้มมีปริมาณโซเดียมมาก ผู้ที่มีปัญหาโรคความดันสูง หรือผู้ที่ต้องจำกัดปริมาณโซเดียม ควรระมัดระวังในการบริโภค

กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

จัดทำโดย : กองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ

สแกนเพื่อรับความรู้สุขภาพ

เผยแพร่ : กุมภาพันธ์ 2566



ออกกำลังกาย เช้า หรือ เย็น

ก็ดีกับสุขภาพ

สร้างความสดชื่น
กระตุ้นความตื่นตัว
ของร่างกาย

ผ่อนคลาย
ความเครียด
จากการทำงาน

เพิ่มความแข็งแรง
ของกล้ามเนื้อ
ในส่วนต่างๆ

สมองได้
ผลิตฮอร์โมนต่างๆ
ที่สำคัญของสมอง
และร่างกาย

ลดความเสี่ยง
ต่อการบาดเจ็บ
ของร่างกาย

เผาผลาญ
ไขมัน
ได้อย่างมี
ประสิทธิภาพ

ช่วยให้
การนอนหลับ
ที่ดีขึ้น

เพิ่มอัตรา
การเต้น
ของหัวใจ

การออกกำลังกายช่วยให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงและมีสุขภาพจิตที่ดี



น้ำอัดลม Vs น้ำอัดลม (ปราศจากน้ำตาล) Sugar free Zero cal

หวาน = น้ำตาล 9-12 ช้อนชา

ส่วนผสมหลัก ได้แก่

- สีธรรมชาติ
- สารให้ก๊าซคาร์บอน
- สารควบคุมความเป็นกรด
- น้ำตาล
- วัตถุกันเสีย



หวาน = สารให้ความหวานแทนน้ำตาล

ส่วนผสมหลัก ได้แก่

- สีธรรมชาติ
- สารให้ก๊าซคาร์บอน
- สารควบคุมความเป็นกรด
- สารให้ความหวานแทนน้ำตาล (ซูคราโลสและเอซีซัลเฟม โฟสเฟอซีม)

ข้อควรระวัง



- กินเป็นประจำติดน้ำตาล
- น้ำหนักเกิน โรคอ้วน
- ภูมิคุ้มกันตก
- แรกก่อนวัย
- ระดับน้ำตาลในเลือดสูง
- ดับอ่อนผลิตอินซูลินลดลง
- เสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง



- กินเป็นประจำติดรสหวาน
- กระตุ้นให้หิวบ่อยขึ้น
- บริโภคมากไปอาจส่งผลกับสุขภาพ
- กลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น เด็กอายุ ต่ำกว่า 2 ปี หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้ที่เป็นไมเกรน ผู้ป่วยโรคลมชัก ควรหลีกเลี่ยง

องค์การอนามัยโลก (WHO) ไม่แนะนำให้คนทั่วไปใช้สารให้ความหวานแทนน้ำตาล เพื่อควบคุมน้ำหนัก หรือลดความเสี่ยงการเกิด โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคมะเร็งที่เกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิต



โครงการฟันเทียม รากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว

เนื่องในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 72 พรรษา 28 กรกฎาคม 2567

คุณสมบัติ



- ผู้มีสิทธิบัตรทอง (30 บาท) และสูญเสียฟันทั้งปาก หรือ เกือบทั้งปาก
- นำบัตรประชาชน ติดต่อเพื่อสอบถามข้อมูล และรับบริการได้ที่สถานบริการตามสิทธิ

แนวทางการรับบริการ

1. เข้ารับการตรวจคัดกรองจากทันตแพทย์ เพื่อประเมินความจำเป็นในการใส่รากฟันเทียม หากมีความจำเป็นและต้องการทำรากฟันเทียม จะต้องไปรับบริการที่หน่วยบริการที่เข้าร่วม
2. ตรวจ วางแผนการรักษา และเตรียมช่องปาก โดยทันตแพทย์ผู้รักษา
3. ฟังรากฟันเทียม ใช้เวลาประมาณ 1-2 ครั้ง และมีนัดประเมินการยึดติดของรากฟันเทียม เป็นระยะ
4. ปรับแต่งฟันเทียม เพื่อยึดฟันเทียม เข้ากับรากฟันเทียม
5. นัดตรวจสภาพและเปลี่ยนอุปกรณ์รากฟันเทียม ทุก 3-6 เดือน ตามความเหมาะสม





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