



THAILAND JOURNAL OF HEALTH PROMOTION AND ENVIRONMENTAL

HEALTH

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม • กระทรวงสาธารณสุข
ปีที่ 46 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2566 • Vol. 46 No.4 October - December 2023
ISSN : 0859-5453



GIVE Birth Great WORLD



เติมเต็มโลกทั้งใบ
ด้วยการให้ที่ยิ่งใหญ่
ทุกอู่วะ !! คืออนาคต

G
I
V
E

Get together
การร่วมกัน

Inspire one another
สร้างแรงบันดาลใจให้กันและกัน

Value new life
คุณค่าของชีวิตใหม่

Extend the family
ครอบครัวขยาย / ครอบครัวใหญ่





กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

พรรคนี้

อากาศเปลี่ยนแปลงบ่อย

ระวัง!!!ป่วย

สนับสนุน
การกิน
ให้ครบ 5 หมู่
กินหลากหลาย
เน้นผัก และผลไม้

ผลักดัน
ให้ดื่มน้ำ
วันละ 8 แก้ว
(น้ำเปล่าดีที่สุด)

เน้นสร้างวินัย
ล้างมือทุกครั้ง
โดยเฉพาะก่อนกินอาหาร
และหลังเข้าห้องน้ำ



สนับสนุน
ให้ออกกำลังกาย
อย่างน้อย
สัปดาห์ละ 5 วัน
วันละ 30 นาที

ยกเลิก
การนอนดึก
ควรนอน
ก่อน 4 ทุ่ม

ให้สวมหน้ากาก
โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง
หรือไปในที่แออัด



“สนับสนุนให้ทุกคนใส่ใจสุขภาพ
เพราะสุขภาพดีไม่มีขาย ถ้าอยากได้ต้องสร้างเอง”

ข้อมูลความรู้โดย : กรมอนามัย

ออกแบบผลิตสื่อโดย : กองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ
จัดทำเมื่อ : พฤษภาคม 2566

สายด่วนกรมอนามัย

1 4 7 8

กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

ติดตามสาระความรู้สุขภาพ ได้ที่

AnamaiMedia

สื่อมวลชนเดียวกรมอนามัย





กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

กลุ่มเสี่ยง

เสี่ยงฝุ่น PM_{2.5}



• หญิงตั้งครรภ์

อวัยวะต่าง ๆ ของทารกในครรภ์กำลังพัฒนา อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษที่แม่ได้รับผ่านสายรก



• เด็กเล็ก

ปอดกำลังพัฒนา อัตราการหายใจถี่ ทำให้ได้รับมลพิษมากกว่าผู้ใหญ่ในช่วงเวลาที่เท่ากัน



• ผู้สูงอายุ

ระบบหายใจเสื่อมตามวัย มีโอกาสเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง



• ผู้ที่มีโรคประจำตัว

มีอาการกำเริบ เช่น ผู้ป่วยภูมิแพ้มีอาการงู้อึกอักเสบ ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดจังหวะ



• ผู้ทำงานกลางแจ้ง

ตำรวจจราจร พนักงานกวาดถนน พ่อค้าแม่ค้าริมถนน วินมอเตอร์ไซด์รับจ้าง คนทำงานนอกอาคาร ได้รับสัมผัสฝุ่นเป็นเวลานาน มีโอกาสเกิดผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว

ข้อมูลความรู้โดย : กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ
ออกแบบผลิตสื่อโดย : กองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ
จัดทำเมื่อ : กุมภาพันธ์ 2566

สายด่วนกรมอนามัย



กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

ติดตามสาระความรู้สุขภาพได้ที่

AnamaiMedia

สื่อมวลชนมีเดียกรมอนามัย





กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH



GIVE Birth
Great WORLD

4 เหตุผลดีๆ ว่าทำไม?

ควรฝากท้องเร็ว

1



เพื่อประเมินความเสี่ยง
หรือภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่น ๆ
ขณะตั้งครรภ์

2



เพื่อตรวจหาโรคทางพันธุกรรม
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
ของหญิงตั้งครรภ์และคู่

3



เพื่อตรวจหาความผิดปกติ
และความพิการแต่กำเนิด
ของทารกในครรภ์

4



เพื่อรับบริการฝากครรภ์
และวางแผนการคลอด
โดยแพทย์หรือนุคลากรสาธารณสุข



ควรฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ หรือทันทีเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์



ส่งเสริมการเกิด เป็นวาระแห่งชาติ

กระทรวงสาธารณสุขได้ผลักดันการส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพเป็น “วาระแห่งชาติ” โดยเน้น 3 มาตรการหลักในการดำเนินการ ดังนี้ 1) ปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีบุตร (Enabling Environment) โดยมีมาตรการย่อยที่สำคัญ ได้แก่ แก้ไข ปรับปรุง กฎหมายที่เกี่ยวข้อง การสนับสนุนนโยบาย Family Friendly Workplace ช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการดูแล และเลี้ยงบุตรสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยอายุต่ำกว่า 2 ปี 2) เสริมสร้างความรู้ และปรับเปลี่ยนทัศนคติ (Persuasion) โดยให้คุณค่า “ทุกการเกิดมีความสำคัญ” บทบาทชาย-หญิง ความรู้และทัศนคติต่อการสร้างครอบครัวที่มีรูปแบบหลากหลาย 3) สนับสนุนให้ผู้ตัดสินใจมีบุตรได้รับการดูแลอย่างครบวงจรและมีคุณภาพ ได้แก่ การดูแลรักษาภาวะมีบุตรยาก การส่งเสริมการเจริญเติบโตและการพัฒนาการเด็ก รวมถึงการให้คำปรึกษาทางเลือกในผู้ที่ท้องไม่พร้อม เพื่อให้ผู้ที่ตั้งใจตั้งใจตั้งครรภ์ได้รับการดูแล ทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม



ทั้งนี้ ในส่วนของการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติ จำเป็นจะต้องมีการบูรณาการร่วมกับทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม รวมถึงภาคการเมือง เพื่อให้เกิดพลังในการขับเคลื่อน โดยเสนอให้รัฐบาลประกาศนโยบายว่า “รัฐบาลสนับสนุนการสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจให้เอื้อต่อการมีบุตร สนับสนุนการปรับเปลี่ยนทัศนคติและความรู้ ความเข้าใจที่เกี่ยวข้องกับการมีบุตรและบทบาทของชาย-หญิง ทั้งในและนอกครอบครัว และให้ความช่วยเหลือ ผู้ที่มีความประสงค์มีบุตร และผู้ที่ประสบภาวะมีบุตรยาก ให้เข้าถึงบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องได้ง่ายและเร็วขึ้น อันจะเป็นการส่งเสริมการสร้างครอบครัวที่มีการวางแผน และการเกิดอย่างมีคุณภาพ”

ดังนั้น หาก (ร่าง) วาระแห่งชาติ ประเด็น ส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ ผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี กรมอนามัยคาดว่าจะเกิดผลสัมฤทธิ์ใน 3 ระดับ คือ 1) ในระดับประเทศ : ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพเป็นการลงทุนในทรัพยากรมนุษย์ก่อให้เกิดความมั่นคงในระยะยาว ทางเศรษฐกิจ สังคม และเชื้อชาติ บรรเทาปัญหาและความท้าทายของประเทศที่เกิดจากการเป็นสังคมสูงวัย 2) ระดับสังคม : สังคมมีความรู้ เข้าใจสถานการณ์ทางประชากร และวางแผนรับมือผลกระทบที่เกิดจากจำนวนการเกิดที่ลดลงได้ มีทัศนคติที่ดีต่อการสร้างครอบครัว ความเท่าเทียมกันระหว่างชาย-หญิงในสังคม เป็นพลังร่วมกันขับเคลื่อนส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพ และ 3) ระดับประชาชน : ได้รับสิทธิด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นสิทธิมนุษยชนที่ทุกคนควรได้รับโดยไม่เลือกปฏิบัติ ได้รับสิทธิประโยชน์และสวัสดิการผ่านมาตรการขับเคลื่อนที่ภาครัฐใช้ เพื่อสร้างแรงจูงใจในการมีบุตร

(แพทย์หญิงอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล)

อธิบดีกรมอนามัย

กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH



กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

กินหมูกระทะอย่างไร

ให้สุขภาพดี

1. กินผักและเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ปลา ไข่ เต้าหู้ เห็ด
เลี่ยงเนื้อสัตว์แปรรูป

2. ดื่มน้ำจิ้มพอประมาณ เลี่ยงซดน้ำซุ๊ป

3. เนื้อสัตว์ปรุงสุกทั่วถึง
ไม่กินส่วนที่ย่างไหม้เกรียม

4. ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ
หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มรสหวาน
ชา กาแฟ และน้ำอัดลม

สูตรลดหวาน ลดไขมัน ลดเค็ม

ลดหวาน : ดื่มน้ำสะอาดแทนน้ำหวาน และกินผลไม้แทนขนมหวาน

ลดไขมัน : เลือกกินเนื้อปลา ไก่ หมูที่มีปริมาณไขมันน้อยๆ ลดเนื้อสัตว์ติดมัน เลี่ยงเนื้อสัตว์แปรรูป

ลดเค็ม : ตักน้ำจิ้มแต่น้อย จิ้มพอประมาณ หลีกเลี่ยงการซดน้ำซุ๊ป

กินช้าๆ : เคี้ยวอาหารให้ละเอียด การเคี้ยวช้าจะส่งสัญญาณไปที่สมองส่วนกลางทำให้อิ่มเร็วขึ้น
ซึ่งช่วยให้ลดปริมาณอาหารที่กินและควบคุมน้ำหนักได้ดีขึ้น

หมายเหตุ การกินหมูกระทะ หรือบุฟเฟ่ต์มือหนักๆ ไม่ควรกินเกิน 1-2 ครั้งต่อเดือน และควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสุขภาพที่ดี

สำนักโภชนาการ

กองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ

พฤศจิกายน 2566

สายด่วนกรมอนามัย

1 4 7 8

กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

ติดตามสาระความรู้สุขภาพ ได้ที่

AnamaiMedia

สื่อมวลชนเดียวกรมอนามัย



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 2567

ที่ปรึกษา	แพทย์หญิงอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล นายแพทย์อรุณพล แก้วสัมฤทธิ์ นายแพทย์สราวุฒิ บุญสุข นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา นายแพทย์มณฑิเรศ คณาสวัสดิ์	อธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย
บรรณาธิการ	นายแพทย์สมพงษ์ ชัยโอภาณนท์	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	นายคัมภีร์ งานดี นายธรรมรัฐ มณฑิสวัสดิ์ นางสาวปิยาพัชร ชูชัยมงคล	กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
กองบรรณาธิการวิชาการ	นายแพทย์กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง นายสมศักดิ์ ศิริวนารังสรรค์ ทันตแพทย์หญิงวรางคณา เวชวิธี แพทย์หญิงนันทา อ่วมกุล นายสุคนธ์ เจียสกุล ดร.ทวิสุข พันธุ์เพ็ง แพทย์หญิงนิพรพรรณ วรมงคล ทันตแพทย์หญิงจันทนา อึ้งชูศักดิ์ ดร.วิระวรรณ ถิ่นเย็นยง ดร.พวงเพ็ญ ชื่นประเสริฐ รศ.ดร.มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์ รศ.ดร.กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์ รศ.ดร.สลิธร เทพตระการพร แพทย์หญิงสายพิน ไซติวิเชียร นายแพทย์บุญฤทธิ์ สุขรัตน์ นายแพทย์มนัส งามเกียรติศักดิ์ ทันตแพทย์ ดร.แมนสรวง วงศ์อภัย แพทย์หญิงชมพูนุท โตโพธิ์ไทย ดร.สุพิชชา วงศ์จันทร์ ดร.เบญจวรรณ ธวัชสุภา	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ปรึกษากรมอนามัย (ด้านส่งเสริมสุขภาพ) สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ปรึกษากรมอนามัย (ด้านทันตสาธารณสุข) นักวิชาการอิสระ ที่ปรึกษากรมอนามัย (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ) มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สำนักโภชนาการ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ ศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กองพยากรณ์สุขภาพ
เจ้าของ	กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	
ฝ่ายจัดการ	ผู้อำนวยการกองคลัง นางอรชา ตะกรุดเงิน	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
สำนักงาน	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทร 0-2590-4153, 4745 โทรสาร 0-2591-8147 https://km.anamai.moph.go.th/th/health2566	
กำหนดออก	ปีละ 4 เล่ม (มกราคม-มีนาคม, เมษายน-มิถุนายน, กรกฎาคม-กันยายน, ตุลาคม-ธันวาคม)	
อัตราค่าสมาชิก	ปีละ 360 บาท ต่างประเทศเพิ่มค่าส่งตามอัตราไปรษณีย์	
ออกแบบและจัดพิมพ์	บริษัท ทริปปี้ เอ คอนซัลแทนท์ จำกัด โทร 0-2272-1170-71 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 ควรสั้นกะทัดรัดให้ได้ใจความที่ครอบคลุม 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 มียอหน้าเดียว

เอกสารอ้างอิง 1) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสาร การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver

2) การอ้างอิงเอกสารใดให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ โดยใส่ตัวเลขไว้ในวงเล็บ 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 ภาวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม, วิษย์ศักดิ์ สุขสะอาด, กนกวรรณ แสนไชยสุริยา และคณะ.

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

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

รูปแบบมีดังนี้

รูปแบบอ้างอิงหนังสือหรือตำราผู้แต่งเขียนทั้งเล่ม

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

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

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

รูปแบบอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

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

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

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

3.3 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book)

รูปแบบมีดังนี้

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

บทความวารสารที่เผยแพร่บนอินเทอร์เน็ต

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

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

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

บทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิทัล (DOI number)

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

3.4 การอ้างอิงอื่นๆ

รายงานการประชุม สัมมนา

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

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

วิทยานิพนธ์

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

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

บทความในหนังสือพิมพ์

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

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

4. การส่งต้นฉบับ

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

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

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

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

- 5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ
- 5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
- 5.3 เรื่องที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียน เรื่องละ 3 เล่ม

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ถือเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน คณะบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง 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'.

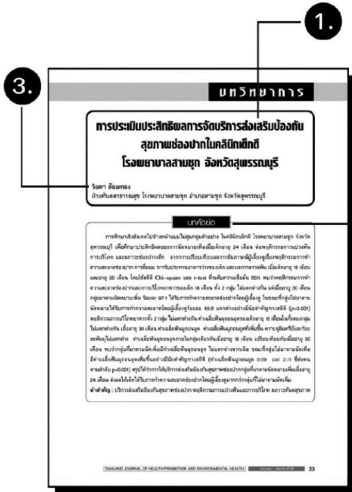
Abbreviations should be based on the U.S. National Library of Medicine in Index Medicus.

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.

องค์ประกอบของบทความการที่มีมาตรฐาน



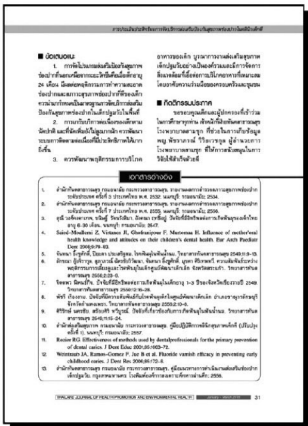
1. ชื่อเรื่องไทย/อังกฤษ

2. บทคัดย่อ/ABSTRACT ต้องไม่ยาวเกินไป และต้องไม่มีหัวข้อและย่อหน้ามาก

3. ชื่อผู้เขียนและสถานที่ทำงาน



เนื้อหาที่มีการแบ่งหัวข้อชัดเจน อีกทั้งมีการสรุปเป็นกราฟ/ตาราง หรือมีรูปภาพประกอบ



เอกสารอ้างอิงใช้ระบบ VANCOUVER

NOTE : เพื่อความถูกต้องของข้อมูล ควรส่งต้นฉบับในรูปแบบของแผ่นดิสก์ที่แก้ไขครั้งสุดท้ายแล้วมายังบรรณาธิการ รูปภาพ ควรส่งต้นฉบับมา และรูปถ่ายประกอบบทความใช้ภาพสีขนาดปกติ

HEALTH

ใบสมัครสมาชิก/สมาชิกอุปถัมภ์

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม THAILAND JOURNAL OF HEALTH PROMOTION AND ENVIRONMENTAL HEALTH

หมายเลขสมาชิก.....

วัน เดือน ปี.....

ชื่อ-สกุลผู้สมัคร.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

โทรศัพท์.....

มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกในนาม

สมาชิกใหม่

ต่ออายุสมาชิก

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

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

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

รวมเป็นเงิน.....บาท (.....)

โดยได้แนบ ธนาคัตติ (สั่งจ่าย ปณฝ.กระทรวงสาธารณสุข) ตัวแลกเงินไปรษณีย์

ที่อยู่ (เพื่อจัดส่งวารสาร)

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

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

โทรศัพท์.....

สั่งจ่าย ในนาม บรรณาธิการวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมไปรษณีย์กระทรวงสาธารณสุข 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

ข

ออนุญาตทักทายทุกท่านที่ให้ความสนใจเนื้อหาวิชาการสาธารณสุขทุกท่าน ฉบับนี้เป็นฉบับเริ่มต้นปีงบประมาณ 2567 ขอต้อนรับ แพทย์หญิง อัจฉรา นิธิอภิญาสกุล ในโอกาสเข้ารับตำแหน่งอธิบดีกรมอนามัย ภายใต้กำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์ชลน่าน ศรีแก้ว ที่กำกับดูแลงานสาธารณสุข เพื่อประชาชนไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

วารสารฉบับนี้ได้จัดเตรียมเนื้อหาสาระด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ให้ท่านผู้สนใจได้พิจารณาเช่นที่ผ่านมา

ท้ายฉบับนี้ ขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัย สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ที่ทุกท่านเคารพนับถือ ได้โปรดประทานพรอันประเสริฐ ให้ทุกท่านประสบความสำเร็จ สุขภาพดีถ้วนหน้า ในโอกาสปีใหม่ 2567 นี้



นายแพทย์สมพงษ์ ชัยโอภาานนท์

บรรณาธิการ

ธันวาคม 2566

กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

บทความปริทัศน์

การดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุในระดับปฐมภูมิเพื่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี

- ชัยณุกาช ชุณหิเล็ก 11

บทวิชาการ

การพัฒนาารูปแบบการสร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู้โควิด-19 อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี

- วิมล บ้านพวน พนิด เข้มทอง สุพัฒน์ วีระเวชเจริญชัย 29

ผลสำเร็จและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยในคลินิกทันตกรรมนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

- สวัสดิศักดิ์ นาแกมพลอย วรนุช เชนฐภักดีจิต..... 44
สุทธาสินี วรรณรัตน์ ฤดีมาศ พัฒนพวงสานนท์

ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี

- นิลิต จงศุภวิศาลกิจ..... 56

การประเมินผลโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558 เขตสุขภาพที่ 6

- วิภา วงศ์เมฆ ปาณิสรา สิทธินาม..... 68

การศึกษาโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อการมีสุขภาพที่ดีและส่งผลกระทบต่อความสุขในการทำงาน โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในหน่วยงานสร้างเสริมสุขภาพ

- ยลวรรณัญญ์ จิรัชตการณ์ เจษฎา สุวรรณวารี..... 84

รูปแบบการจัดการประปาหมู่บ้านขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ได้มาตรฐานน้ำบริโภค

- ไฉไล ช่างดำ ภาณุมาส ล้วนทอง 101

ประสิทธิผลของโปรแกรมประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย

- สุพัตรา บุญเยี่ยม..... 112

การดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุ ในระดับปฐมภูมิเพื่อการสูงวัย อย่างมีสุขภาพดี

ชัยณภาค ขุนพิลึก*

บทคัดย่อ

ประชากรโลกกำลังเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วจัดเป็นปัญหาทางประชากรศาสตร์ทางการแพทย์และสังคมที่สำคัญ วัยผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายและความเสื่อมตามวัย มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคเรื้อรังและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพเนื่องจากจำเป็นต้องได้รับการดูแลบำบัดรักษาในระยะยาว ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุขั้นสูงภายในทศวรรษหน้าผู้สูงอายุได้รับผลกระทบค่อนข้างสูงจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เมื่อเทียบกับกลุ่มวัยอื่นๆ โดยเฉพาะด้านสุขภาพ กาย เศรษฐกิจ ทางสังคมทำให้สูญเสีย ปี สุขภาวะ วัตถุประสงค์ของบทความนี้เพื่อนำเสนอแนวคิดการดูแลแบบบูรณาการเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางโดยเน้นความต้องการของผู้สูงอายุ และการเข้าถึงบริการต่างๆ ที่เหมาะสมกับวัย อาศัยการมีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิดกับครอบครัวและชุมชนสอดคล้องกับนโยบายและแผนปฏิบัติการสำหรับสุขภาพผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก โดยเพิ่มสมรรถนะภายในตัวบุคคล (Intrinsic capacity) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Functional ability) เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมถอยของผู้สูงอายุมีเป้าหมายเพื่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี โดยประเทศไทยเป็นศูนย์กลางความรู้เกี่ยวกับการสูงวัยและนวัตกรรมเชิงรุกมีการพัฒนาเครื่องมือการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุ (Integrated Care for Older People) โดยการประเมินการเสื่อมของสมรรถนะโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ร่วมกับแนวทางดูแลในระดับปฐมภูมิ 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) สมรรถนะการรู้คิด 2) สมรรถนะการเคลื่อนไหว 3) พลังชีวิต 4) สมรรถนะการมองเห็น 5) สมรรถนะการได้ยิน 6) สมรรถนะทางจิตวิทยา โดยอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิดกับครอบครัวและการสนับสนุนนโยบายด้านสาธารณสุข ทางสังคม ชุมชน

คำสำคัญ : การดูแลแบบบูรณาการ ผู้สูงอายุ สุขภาพ

*โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์
email : chainupak@gmail.com

Integrated care for the elderly in primary care for healthy aging

Chainupak Khunphiluek*

Abstract

The rapid aging of the world's population is an important demographic, medical and social problem. Elderly people have physical condition and deterioration with age. There is a risk of developing chronic diseases and increasing the risk of disability due to need to get long-term treatment care. Thailand is entering Advanced aging society within the next decade Elderly people are highly affected by Coronavirus disease 2019 epidemic compared to other age groups especially health, physical, economic, social causes loss of years of health. The purpose of this article is to present the concept. Integrated care is person-centered, focusing on the needs of the elderly. and access to services age appropriate It relies on close involvement with family and community. This is in line with the World Health Organization Policy and Action Plan for Aging Health. By increasing the competence within the person (Intrinsic capacity) and the ability to do daily activities (Functional ability) to help slow down the deterioration of the elderly with the goal of healthy aging. Thailand is the center of knowledge about aging and proactive innovation. Integrated Care for Older People has developed a tool that assesses performance deterioration on a person-centered basis. in conjunction with 6 aspects of care at the primary level, consisting of 1) cognitive competence 2) Movement performance 3) Life force 4) Visual performance 5) Auditory performance 6) Psychological performance through close engagement with families and support of public health, social and community policies.

Keywords : Integrated Care, Elderly, Health

* Lom Sak Hospital, Phetchabun Province

■ unku

การสูงวัยของประชากรโลกเป็นปัญหาทางประชากรศาสตร์ทางการแพทย์และสังคมที่สำคัญทั่วโลก ปี 2563 มีประชากรผู้สูงอายุ 1,082 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมดคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.4 พันล้านคนภายในปี พ.ศ. 2573 และ 2.1 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2593 กลุ่มประเทศอาเซียน มีผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 11 ของประชากรทั้งหมด ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก มีผู้สูงอายุเป็นอันดับสอง รองจาก สิงคโปร์ พบว่าประชากร 12 ล้านคนอยู่ในวัยผู้สูงอายุ คิดเป็น 10% ของประชากรทั้งหมด อีก 20 ปีข้างหน้าจะมีผู้สูงอายุไทยเป็น 20.5 ล้านคน (ปี 2583) ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 31.4 ของประชากรทั้งหมดกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุขั้นสูงภายในทศวรรษหน้า สะท้อนให้เห็นถึงความก้าวหน้าของระบบการรักษายาบาลทำให้จำนวนและสัดส่วนของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มสูงขึ้น จากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าผู้สูงอายุได้รับผลกระทบค่อนข้างสูง เมื่อเทียบกับกลุ่มวัยอื่นๆ โดยเฉพาะด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม เช่น ความเสื่อมถอยของสุขภาพ ภาวะความเจ็บป่วยและความสามารถในการเรียนรู้ จิตใจ เช่น ความเครียด ความรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุซึ่งครอบคลุมหลายด้านและเป็นกลุ่มเปราะบางที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ⁽¹⁾

เมื่อจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากวัยผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายและความเสื่อมตามวัย ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคเรื้อรังและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเรื้อรังหรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในขณะที่วัยทำงานลดลง ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ ต้องดูแล ผู้สูงอายุ มากขึ้น โดยเฉพาะ

ที่ต้องการดูแลบำบัดรักษาในระยะยาว โดยโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง เบาหวาน โรคไต อัมพาต ปอดอักเสบ และอุบัติเหตุ⁽²⁾ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทุพพลภาพ มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเอง ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่พบบ่อย เช่น โรคเกาต์ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ (disability – adjusted life year) ต้องได้รับการดูแลใกล้ชิดจากบุคคลในครอบครัว และร้อยละ 8.7 ที่อยู่บ้านคนเดียว ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมชุมชนดูแล นอกจากนี้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่สูดตลาดแรงงาน ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุ ที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ขาดการดูแลที่ถูกต้องและต่อเนื่อง ในส่วนความต้องการด้านสุขภาพบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ต้องการการดูแลสุขภาพอย่างใกล้ชิดเมื่อยามเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลที่รวดเร็ว และให้เปล่าจากภาครัฐ เมื่อมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดผลกระทบต่อด้านสุขภาพ และความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ โดยเฉพาะความพร้อมด้านบุคลากรที่จะต้องเพิ่มทักษะ ด้าน elderly care เนื่องจากปัจจุบัน ยังมีปัญหาด้านทักษะ และความพร้อมการดูแล ผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งปัจจุบันการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุไปได้ช้าเมื่อเทียบกับอัตราการสูงวัยของประชากร และอัตราของ healthy aging ต่ำกว่าเป้าหมาย⁽³⁾

เนื่องด้วยจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากขึ้นทำให้เข้าสู่ภาวะความสูงวัยมากขึ้นร่วมกับมีโรคเรื้อรัง ส่งผลให้เข้าสู่ภาวะพึ่งพิงมากขึ้น สอดคล้องกับรายงานสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย รายงานจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดในประเทศไทยที่เข้าร่วมโครงการ Long term care (LTC) ปีงบประมาณ 2563–2566 พบว่ามีจำนวน 253,592 คน, 140,889 คน,

397,503 คน, 366,976 คน ตามลำดับ และร้อยละ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดในประเทศไทยที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan ร้อยละ 89.42, 95.49, 93.44, 96.20 ตามลำดับ แสดงให้เห็นจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น จำเป็นต้องได้รับการดูแลมากขึ้น⁽⁴⁾ จากสถานการณ์การบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการจากภาครัฐ เอกชน และในชุมชนของไทยที่ผ่านมา ยังมีปัญหาขาดระบบบริการเฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุ ขาดระบบการดูแลระยะยาวและเรื้อรังที่จำเป็น การเข้าถึงบริการสุขภาพยังไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่แอบแฝงอยู่ในสถาบันต่างๆ เช่น วัด เรือนจำ ชุมชนห่างไกล ชนกลุ่มน้อย การขาดบุคลากรทำให้การดูแลกลุ่มนี้ยังไม่สามารถจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานและแนวทางการดูแลที่ควรจะเป็น ส่วนภาคเอกชน สถานประกอบการ ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลหรือแพทย์ดำเนินการ แต่มีข้อจำกัด ไม่มีกฎหมายด้านการดูแลระยะยาวให้เหมาะสมกับลักษณะประเภทสถานประกอบการ ปัญหาการจัดด้านโครงสร้างสถานที่และสิ่งแวดล้อม นโยบายหรือแนวทางการให้บริการแตกต่างกัน ด้านระบบบริหารมีปัญหาการประสานงานระหว่างภาคเอกชน-รัฐ-ชุมชน ในระดับครอบครัวมีแนวโน้มขาดผู้ดูแลที่มีคุณภาพ ส่วนในระดับชุมชน ยังขาดการเชื่อมโยงระบบดูแลบริการที่มีประสิทธิภาพ บุคลากรที่เกี่ยวข้องขาดความรู้ ทักษะและการให้บริการเชิงลึก ขาดการกระตุ้นและส่งเสริมให้ชุมชนเป็นผู้ดำเนินการด้านสวัสดิการเอง ขาดการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจเรื่องสวัสดิการ ขาดส่งเสริมฐานวัฒนธรรมหรือภูมิปัญญาของผู้สูงอายุในชุมชน⁽⁵⁾ สอดคล้องกับการศึกษา การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดบุรีรัมย์เรียกว่า “Buriram

Elderly Seamless Care Model” ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นจากจำนวน 5,210 คน เป็น 6,019 คน อัตราผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care plan ร้อยละ 96.36 (5,800/6,019 คน) และเพิ่มศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager: CM) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) ให้ครอบคลุมในพื้นที่ผลลัพธ์มากขึ้นโดยเฉพาะ จำนวน CM:CG = 1:8.62 (มาตรฐาน 1:10) จำนวน CM:ผู้สูงอายุ = 1:30.05 (มาตรฐาน 1:35-40) จำนวน CG:ผู้สูงอายุ = 1:3.48 (มาตรฐาน 1:5) แต่ยังพบปัญหากระบวนการส่งต่อระหว่างคลินิกผู้สูงอายุซึ่งยังขาดการเชื่อมโยงในโรงพยาบาลแต่ละระดับ ส่วนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) เปลี่ยนบ่อยทำให้การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุไม่ต่อเนื่อง⁽⁶⁾ สอดคล้องกับการศึกษา การบริหารจัดการศูนย์ในการดูแลผู้สูงอายุ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดูแลผู้สูงอายุ ยังมีความไม่เท่าเทียมกันในการรับบริการสาธารณสุขของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ ขาดบุคลากรและความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านในการดูแลผู้สูงอายุ ขาดการบูรณาการให้ความร่วมมือการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน สำหรับการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตามกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในประเด็นกรอบอำนาจหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรมและชัดเจน⁽⁷⁾ สอดคล้องกับการศึกษา บริการสุขภาพผู้สูงอายุ: ประเด็นทางกฎหมายที่ควรพิจารณาพบว่า การบริการสุขภาพไม่ครอบคลุมและขาดความต่อเนื่อง ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการรักษาในโรงพยาบาลและสถานบริการต่างๆ ขาดการบริการที่เชื่อมโยงสู่ระยะฟื้นฟูสุขภาพ ขาดความร่วมมือในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน ขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ขาดบุคลากรที่เชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมที่ยึดหลัก

ผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลนอกจากนี้ยังขาดแพทย์เฉพาะทางด้าน เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ส่วนการประสานงานการบูรณาการ ระหว่างภาคีเครือข่ายหน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับผู้สูงอายุยังไม่ชัดเจน⁽⁷⁾ การศึกษาเพิ่มเติม พบว่า สถานพยาบาลที่รองรับการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะทางของไทยยังมีน้อย ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลผู้สูงอายุขาดแคลนบุคลากรที่มีความชำนาญด้านผู้สูงอายุ ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมีความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่นำมาใช้กับผู้สูงอายุมากขึ้น⁽⁹⁾ จากการทบทวนระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวที่ผ่านมาในประเทศไทยพบว่ามีช่องว่างในการพัฒนา บทเรียนจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมา ส่งผลให้บุคลากรการแพทย์ที่ทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันต้องมีการปรับเปลี่ยนแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคต จากการสืบค้นบทความทางวิชาการงานวิจัยวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและหลักฐานเชิงประจักษ์ในปัจจุบันพบว่า องค์การอนามัยโลกมีแผนพัฒนาและแผนปฏิบัติการสำหรับผู้สูงอายุและสุขภาพทศวรรษแห่งผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาพดีปี 2563-2573⁽¹⁰⁾ ซึ่งประเทศไทยเป็นผู้นำตั้งศูนย์อาเซียนเพื่อการสูงวัยและนวัตกรรมเชิงรุก (ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation: ACAI) วิจัยและศึกษาเกี่ยวกับการผลักดันกลยุทธ์ นโยบาย และนวัตกรรมเพื่อการสูงวัยแบบแอคทีฟตามหลักฐาน ACAI สอดคล้องกับนโยบายองค์การอนามัยโลกแนะนำประเทศสมาชิกจัดการข้อมูลติดตามภาวะสุขภาพตลอดช่วงชีวิตมีการพัฒนาเครื่องมือและคู่มือการจัดการเพื่อสุขภาพประชากรสูงวัยเพื่อใช้เป็นหลักในการทำงานและการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุ

(Integrated Care for Older People)⁽¹¹⁾

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อนำเสนอแนวคิดการดูแลแบบบูรณาการที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางโดยเน้นความต้องการของผู้สูงอายุ และการเข้าถึงบริการต่างๆ ที่เหมาะสมกับวัยซึ่งต้องอาศัยมีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิดกับครอบครัวและชุมชน⁽⁸⁾ ตามความต้องการของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับนโยบายและแผนปฏิบัติการสำหรับสุขภาพผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก โดยเพิ่มสมรรถนะภายในตัวบุคคล (Intrinsic capacity) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Functional ability) ช่วยชะลอความเสื่อมถอยของผู้สูงอายุ มีเป้าหมายเพื่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดีโดยประเทศไทยเป็นศูนย์กลางความรู้เกี่ยวกับการสูงวัยและนวัตกรรมเชิงรุก⁽¹¹⁾ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและเหมาะสม และแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบส่งเสริมสุขภาพ

■ การสืบค้นข้อมูล

บทความนี้เป็นบทความทั่วไปสืบค้นข้อมูลโดยรวบรวมบทความงานวิจัยต่างประเทศผ่านฐานข้อมูล MEDline Scopus, Embase, ScienceDirect, PubMed และ Google Scholar ร่วมกับฐานข้อมูลเว็บไซต์หน่วยงานราชการในประเทศไทย

■ คำนิยามและความหมาย

คำนิยามผู้สูงอายุ : สหประชาชาติใช้อายุ 60 ปีขึ้นไปในการนำเสนอสถิติ ข้อมูล และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ส่วนประเทศพัฒนาแล้วใช้ อายุ 65 ปีขึ้นไป พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 31 นิยามผู้สูงอายุ หมายความว่า

บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

ประชากรสูงอายุ หมายถึง ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป

สังคมสูงอายุ และสังคมสูงวัย มีความหมายเหมือนกัน และใช้แทนกันได้⁽¹⁾

การสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี (Healthy ageing) หมายถึง กระบวนการพัฒนาและรักษาความสามารถในการทำงานที่ช่วยให้มีความเป็นอยู่ที่ดีในวัยสูงอายุ เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน เรียนรู้ พัฒนา ตัดสินใจ เพื่อสร้างและรักษาความสัมพันธ์ และเพื่อช่วยเหลือสังคม⁽¹⁰⁾

การดูแลแบบบูรณาการ หมายถึง บริการที่ประสานการดูแลในระดับต่างๆ รวมถึงการดูแลสุขภาพ การดูแลระยะยาว การฟื้นฟู การดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้ายที่ตรงกับความต้องการมีความซับซ้อนเฉพาะของแต่ละบุคคล⁽¹²⁾

สมรรถนะภายในตัวบุคคล หมายถึง การผสมผสานระหว่างร่างกายและจิตใจของแต่ละบุคคลรวมทั้งทางจิตวิทยาและสมรรถนะต่าง ๆ

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การผสมผสานและปฏิสัมพันธ์ของสมรรถนะภายในกับสิ่งแวดล้อมบุคคลนั้นอาศัยอยู่⁽¹³⁾

■ เนื้อหา

นโยบายองค์การอนามัยโลก (WHO) และแผนพัฒนา ปี พ.ศ. 2563-2573

มีเป้าหมายการพัฒนา 10 ประการคือ 1) พัฒนาแพลตฟอร์มเพื่อสร้างนวัตกรรมและการเปลี่ยนแปลงจัดเก็บฐานข้อมูลแนวปฏิบัติที่เป็นนวัตกรรมใหม่ การสังเคราะห์หลักฐาน และมีการแบ่งปันอย่างมีประสิทธิภาพผ่านช่องทางทาง

สื่อสารที่หลากหลาย 2) สนับสนุนการวางแผนและกำหนดกลยุทธ์เพื่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดีในระดับประเทศ 3) รวบรวมข้อมูลการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี แลกเปลี่ยน ข้อมูลระหว่างประเทศ สมาชิก 4) ส่งเสริมการวิจัยที่ตอบสนองความต้องการในปัจจุบันและอนาคตของผู้สูงอายุ นำการวิจัยไปใช้เป็นนโยบายและการปฏิบัติ เน้นการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการเกิดโรคเพื่อป้องกันกระบวนการเกิดโรคและเพิ่มศักยภาพของผู้สูงอายุ ส่วนการวิจัยทางคลินิกคำนึงถึงผู้สูงอายุมีโรคร่วมหลายโรค การตอบสนองต่อยาและมีผลแทรกซ้อนและสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ⁽¹⁴⁾ 5) จัดระบบสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงวัย⁽¹⁵⁾ ฝึกอบรมและเครื่องมือที่เพียงพอในการประเมินความสามารถทางการแพทย์ ทางจิตใจ และการทำงานของผู้สูงอายุ การดูแลรักษาระยะยาว การป้องกันการส่งเสริม การรักษา การฟื้นฟู การดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้าย⁽¹⁶⁾ นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกแนะนำแนวคิดการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุ (ICOPE)⁽¹³⁾ และแนวทางสำหรับระบบบริการและสำหรับผู้ดูแลหลัก อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้สูงอายุจำนวนมากทั่วโลกยังไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างทั่วถึง และยังขาดการเชื่อมต่อการดูแลบูรณาการระยะยาวโดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ต่ำ⁽¹⁷⁾ 6) วางรากฐานระบบการดูแลระยะยาวทุกประเทศ ผ่านนโยบายระดับโลก ภูมิภาค และท้องถิ่น สร้างระบบที่ยั่งยืนและเท่าเทียมตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ 7) ดูแลทรัพยากรบุคคลในรูปแบบบูรณาการ มุ่งเน้นไปที่การพัฒนาชุดเครื่องมือวิเคราะห์ด้านสุขภาพ การศึกษาและการฝึกอบรม เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พัฒนาความรู้การดูแลผู้สูงอายุแบบ

องค์รวม การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม⁽¹⁸⁾
 8) ธรรมนูญระดับโลกเพื่อต่อสู้กับความชรา ประกอบด้วย ด้านกฎหมาย การศึกษา ทางสังคม และสื่อเพื่อเปลี่ยนบรรทัดฐานทางสังคมและความเข้าใจที่ถูกต้อง และจัดการเลือกปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ การละเลย การทารุณกรรม และการใช้ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในทุกสังคม เศรษฐกิจ ชาติพันธุ์ และภูมิศาสตร์ 9) พัฒนาเศรษฐกิจสำหรับการลงทุนโดยกำหนดรูปแบบเศรษฐกิจ สำหรับการจัดหาเงินทุนสำหรับระบบการดูแลระยะยาว สำหรับประชากรสูงอายุ 10) สร้างเครือข่ายทั่วโลก สำหรับเมืองและชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงวัย มีความปลอดภัย ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงพื้นที่สีเขียวและพื้นที่สาธารณะที่ปลอดภัย ในระดับสากล

ข้อสรุปแผนปฏิบัติการสำหรับสุขภาพผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก

เป็นการปรับการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่เน้นความต้องการของบุคคลเป็นศูนย์กลางการเข้าถึงบริการต่างๆ ที่เหมาะสม อาศัยการมีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิดกับครอบครัวและชุมชน ร่วมกับนโยบายด้านสาธารณสุข โดยพิจารณาถึงความหลากหลายของสภาวะสุขภาพ และการทำงานที่ผู้สูงอายุประสบ ซึ่งการดูแลแบบบูรณาการจำเป็นต้องดำเนินการในระดับมหภาค (กฎหมาย เงินทุน) ในระดับเมโซ (สภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรต่ออายุ) และในระดับจุลภาคทางคลินิก อย่างไรก็ตาม มีเพียงไม่กี่ประเทศที่สามารถจัดการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการได้อย่างยั่งยืน และในบางประเทศประสิทธิผลของแนวทางการดูแลแบบบูรณาการยังคงไม่สอดคล้องกัน⁽¹⁸⁾

สำหรับประเทศไทยการกำหนดนโยบายด้านผู้สูงอายุที่ผ่านมา ยังอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน แต่ละรัฐบาลมีนโยบายไม่ต่อเนื่อง การขับเคลื่อน

นโยบายให้บรรลุผลได้ล่าช้า เนื่องจากเกี่ยวข้องกับส่วนราชการ หน่วยงานหลายแห่งต้องบูรณาการกับทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ทั้งกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน กระทรวงท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงอุดมศึกษา และกระทรวงวิทยาศาสตร์ ที่ผ่านมามีความพยายามผลักดันนโยบายไปยังภาคีที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคประชาชนสู่การปฏิบัติ การอย่างต่อเนื่อง เมื่อเกิดปรากฏการณ์ “การเข้าสู่สังคมสูงอายุที่รวดเร็วเกินคาด ประเทศไทยมีเวลาเตรียมตัวสั้นกว่าเมื่อเทียบกับหลายๆ ประเทศ โดยเฉพาะระบบการดูแลผู้สูงอายุในภาพรวมยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจน ประกอบกับคณะรัฐมนตรีมีมติให้สังคมสูงอายุเป็นวาระแห่งชาติ โดยรัฐบาลให้ความสำคัญว่า หากไม่เตรียมความพร้อม จะทำให้ประเทศชาติหรือการทำงานของรัฐบาล หรือการทำงานของส่วนราชการมีปัญหาได้ในอนาคต⁽¹⁹⁾ ที่ผ่านมามีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ขับเคลื่อนกฎหมายโดยคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติจัดทำแผนพัฒนาผู้สูงอายุตั้งแต่ปีพ.ศ. 2545 โดยแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) กำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานไว้ 5 ประการ คือ (1) การเตรียมความพร้อมของประชาชนเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ (2) การส่งเสริมผู้สูงอายุโดยการให้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเองเบื้องต้น (3) สร้างระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ (4) การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ (5) การประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ⁽²⁰⁾ ซึ่งสิ้นสุดลงในปี พ.ศ. 2564 ปัจจุบันกำลังพัฒนาแผนฉบับที่ 3 เพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ

20 ปี พ.ศ.2561 ถึง พ.ศ. 2580 โดยมียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุ จำนวน 2 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญเพื่อพัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัย ให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ โดยคนไทยมีความพร้อมทั้งกาย ใจ สติ ปัญญา มีพัฒนาการที่ครบด้านและมีสุขภาวะที่ดีในทุกช่วงวัย มีจิตสาธารณะ รับผิดชอบต่อสังคมและผู้อื่น มัธยัสถ์ อดออม โอบอ้อมอารี มีวินัย รักษาศีลธรรม 2) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญที่ให้ความสำคัญการดึงเอาพลังของภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาคเอกชน ประชาสังคม ชุมชน ท้องถิ่น มาร่วมขับเคลื่อน โดยการสนับสนุนการรวมตัวของประชาชนในการร่วมคิดร่วมทำเพื่อส่วนรวม การกระจายอำนาจและความรับผิดชอบไปสู่กลไกบริหารราชการแผ่นดินในระดับท้องถิ่น การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการตนเอง และการเตรียมความพร้อมของประชากรไทยทั้งในมิติ สุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อมที่มีคุณภาพสามารถพึ่งตนเองและทำประโยชน์แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคมให้นานที่สุด โดยรัฐให้หลักประกันการเข้าถึงบริการและสวัสดิการที่มีคุณภาพอย่างเป็นธรรมและทั่วถึง⁽²¹⁾ ร่วมกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 โดยมียุทธศาสตร์ ที่สำคัญคือการเสริมสร้างแนวทางการพัฒนาที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และให้ทุกภาคส่วนส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางสุขภาพและโภชนาการที่เหมาะสมกับวัย ปรับปรุงมาตรฐานการทางกฎหมาย และการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบสุขภาพ ภาครัฐปรับระบบบริหารจัดการทรัพยากร

ร่วมกันระหว่างสถานพยาบาลทุกสังกัดในเขตพื้นที่สุขภาพ และพัฒนาระบบการดูแลและสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับสังคมสูงวัย ผลักดันให้มีกฎหมายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว⁽²²⁾ ซึ่งสอดคล้องกับกฎหมายของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ออก พ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559 ประกาศใช้ล่าสุด มีผลคุมกิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง เริ่มบังคับใช้ 28 ม.ค.64 ส่งผลให้กิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงต้องมาขออนุญาตประกอบกิจการกับกรม สบส. โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ รายใหม่จะต้องมาขออนุญาตก่อนเปิดกิจการ ส่วนผู้ดำเนินการต้องผ่านการอบรมสอบและมีใบอนุญาตจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ส่วนผู้ให้บริการก็ต้องผ่านการอบรมและมาขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการก่อนจะปฏิบัติงาน สำหรับรายเก่าที่เปิดกิจการอยู่ก่อนแล้วหรือประกอบอาชีพนี้อยู่แล้ว ให้ยื่นคำขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการ และขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการภายใน 180 วันนับแต่วันที่กฎกระทรวงใช้บังคับ⁽²³⁾ และในส่วนของประกาศกระทรวงสาธารณสุข กำหนดมาตรการควบคุมดูแลการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของ พ.ศ.2564 มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อควบคุมมาตรฐานผู้ดำเนินกิจการและผู้ให้บริการ 2) คุ้มครองผู้รับบริการที่เป็นผู้สูงอายุตามกฎหมาย มีมาตรการป้องกันอันตรายต่อสุขภาพ และมีความปลอดภัยจากการรับบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน 3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหลักเกณฑ์มาตรการในการควบคุมกำกับดูแลการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้รับบริการในเขตพื้นที่รวมทั้งเป็นการยกระดับมาตรฐานการประกอบกิจการการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมกำกับดูแลการประกอบกิจการ

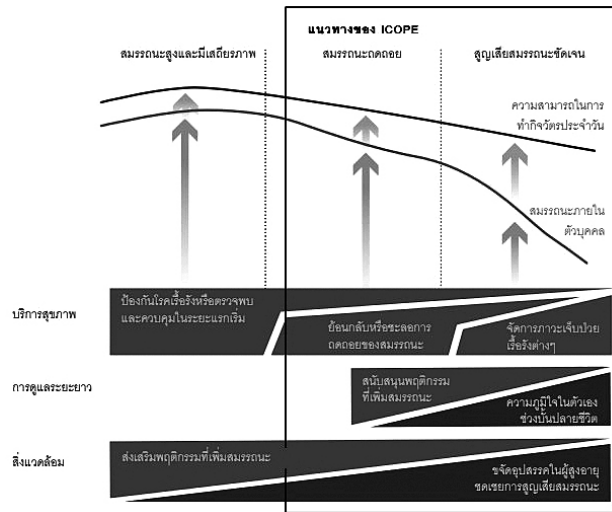
ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้รับบริการนั้น⁽²⁴⁾ และประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2561 ข้อ 11 กำหนดชุดสิทธิประโยชน์การบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยสนับสนุนในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไปตามชุดสิทธิประโยชน์การบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งมีประโยชน์ในการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan)⁽²⁵⁾

ดังนั้น เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายขององค์การอนามัยโลก (WHO) ประเทศไทยในฐานะผู้นำจัดตั้งศูนย์อาเซียนเพื่อการสูงวัยและนวัตกรรมเชิงรุก (ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation: ACAI) เป็นศูนย์ทรัพยากรการวิจัยและศึกษาเกี่ยวกับการผลักดันกลยุทธ์ นโยบาย และนวัตกรรมเพื่อการสูงวัยแบบแอคทีฟตามหลักฐาน ACAI ร่วมกับนโยบายองค์การอนามัยโลกทศวรรษแห่งผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาพดี มีการพัฒนาเครื่องมือและคู่มือการจัดการสุขภาพประชากรสูงวัยเพื่อใช้เป็นหลักการในการทำงานและการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุ (Integrated Care for Older People) มีเป้าหมายคือ การสูงวัยอย่างมีสุขภาพดีสนับสนุนประเทศไทยเป็นศูนย์กลางความรู้เกี่ยวกับการสูงวัยและนวัตกรรมเชิงรุก⁽¹¹⁾ ประเด็นสำคัญ คือ การเพิ่มสมรรถนะภายในตัวบุคคล (Intrinsic capacity) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Functional ability) เป็นการช่วยชะลอความเสื่อมถอยของผู้สูงอายุช่วยให้มีสุขภาพดี

องค์ประกอบการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี (Healthy aging)

ความสามารถในการปฏิบัติงาน (Functional ability) หมายถึงความสามารถของคนที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐานเพื่อให้มีมาตรฐานการครองชีพที่เพียงพอ เรียนรู้ เต็มใจ และตัดสินใจ มีความเคลื่อนไหว สร้างและรักษาความสัมพันธ์ และมีส่วนร่วมในสังคม รวมถึงความสามารถภายในของแต่ละบุคคล สภาพแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่ และวิธีการที่ผู้คนมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

ความสามารถภายใน (Intrinsic capacity) ประกอบด้วยสมรรถภาพทางกายและจิตใจทั้งหมด รวมทั้ง การเคลื่อนไหวร่างกาย การมองเห็นและการได้ยิน ความมีชีวิตชีวา (พลังงานและความสมดุล) ความสามารถในการรับรู้และจิตวิทยา ซึ่งมีความสัมพันธ์กันและมีส่วนช่วยให้สามารถทำงานได้ เช่น การได้ยินช่วยให้การสื่อสาร รักษาความเป็นอิสระ และรักษาสุขภาพจิต และการรับรู้ไว้ได้สภาพแวดล้อม (Environments) กำหนดความสามารถภายในผู้สูงอายุได้แก่ บ้าน ชุมชน และสังคม รวมถึงผลิตภัณฑ์ อุปกรณ์ และเทคโนโลยีที่เอื้อประโยชน์ต่อศักยภาพและความสามารถของผู้สูงอายุ อาจเป็นสิ่งแวดล้อมธรรมชาติหรือสิ่งแวดล้อมที่ถูกสร้างขึ้น มา การสนับสนุนทางอารมณ์ ความช่วยเหลือและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสัตว์ รวมถึงทัศนคติ เนื่องจากพฤติกรรมเหล่านี้มีอิทธิพลทั้งในทางลบและในทางบวกต่อผู้สูงอายุ ระบบบริการต่างๆ และนโยบายอาจเป็นปัจจัยช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ การช่วยให้สูงวัยอย่างมีสุขภาพดี (Healthy ageing) ยังต้องอาศัยการกำหนดนโยบายที่มุ่งเน้น ตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน ระดับภูมิภาค ระดับประเทศ และทั่วโลก เชื่อมโยงระบบสุขภาพ (Health System) การดูแลระยะยาว (Long term



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการดำเนินงานทางสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุสุขภาพดี
ที่มา : WHO (2019)

care), สภาพแวดล้อม (Environments) ช่วยในการปรับความสามารถในการทำงาน (Functional ability) ให้เหมาะสมโดยการเปลี่ยนแปลงวิถีคิด ความรู้สึก และการปฏิบัติที่ดีต่อผู้สูงอายุ ไม่มีการเลือกปฏิบัติและมีการยกระดับสภาพเศรษฐกิจและสังคมให้สูงขึ้น นำไปสู่เส้นทางของการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี⁽²⁶⁾

การดำเนินงานทางสาธารณสุขโดยใช้หลักการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุ (Integrated Care for Older People)

สมรรถนะภายในตัวบุคคลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจะเสื่อมลงเมื่ออายุมากขึ้นผลจากความชรา (ageing process) เช่นเดียวกับการมีโรคประจำตัว แบ่งเป็น 3 ช่วง ได้แก่ ช่วงที่มีความสามารถสูงและมีเสถียรภาพ ช่วงที่มีความสามารถถดถอยลง และช่วงที่มีการสูญเสียความสามารถหรือสมรรถนะบางอย่างโดยแต่ละช่วงพิจารณาจากการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง สภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันมีความเกี่ยวข้องกับการสูญเสียสมรรถนะภายในตัวบุคคล ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กันในหลายระดับ ตัวอย่างเช่น การ

สูญเสียการได้ยิน มีความสัมพันธ์กับการรู้คิดที่ลดลง ปฏิสัมพันธ์เหล่านี้มีความสำคัญต่อการผสมผสานวิธีต่างๆ ในแต่ละขั้นตอน ตั้งแต่การคัดกรอง การประเมินและการจัดการกับสมรรถนะภายในตัวบุคคลที่เสื่อมลง

บุคลากรการแพทย์ที่ทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันและในอนาคตต้องมีแนวคิดการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุให้มีความครอบคลุมเพื่อป้องกันการเสื่อมถอยสมรรถนะภายในตัวบุคคล สามารถตรวจคัดกรองติดตามภาวะอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเสื่อมลงของสมรรถนะภายในบุคคลร่วมกับการนำมาตรการต่าง ๆ มาช่วยชะลอหยุด หรือย้อนกลับความถดถอยป้องกันไม่ให้เข้าสู่ภาวะอ่อนแอหรือพึ่งพาการดูแลจากครอบครัว ชุมชน รวมทั้งส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่แข็งแรง

สรุปการประเมินความต้องการของผู้สูงอายุและการพัฒนาแผนการจัดการดูแลให้เหมาะสมกับบุคคล

ลำดับภาวะที่เกี่ยวข้องกับการเสื่อมสมรรถนะของผู้สูงอายุ	การทดสอบ	ประเมินโดยการใส่เครื่องหมายอยู่ในช่องวงกลม
การรู้คิดที่ลดลง (COGNITIVE DECLINE) บทที่ 4	1. ให้จำคำ 3 คำ เช่น ดอกไม้ ประดู่ ข้าว 2. ถามเรื่องเวลาหรือสถานที่ เช่น วันมีวันเดือนปีที่เท่าไร หรือ ตอนมีคุณอยู่ที่ไหน (บ้าน คลินิก ชิงช้า) 3. ทวนคำที่ให้อ่าน 3 คำในข้อ 1. อีกครั้ง	<input type="radio"/> ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งผิดหรือไม่ทราบ <input type="radio"/> ไม่สามารถทวนคำ 3 คำที่ให้อ่านแรกได้
การเคลื่อนไหวที่จำกัด (LIMITED MOBILITY) บทที่ 5	การทดสอบการลุกนั่ง 5 ครั้ง ภายใน 14 วินาทีได้หรือไม่ ให้ผู้ทดสอบนั่งบนเก้าอี้ จากนั้นให้ลุกขึ้นยืน ทำซ้ำประมาณ 5 ครั้งโดยไม่ใช้แขนยื่นเก้าอี้หรือโต๊ะ	<input type="radio"/> ทำไม่ได้
ภาวะทุพโภชนาการ (MALNUTRITION) บทที่ 6	1. น้ำหนักตัวลดลง ใน 3 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านลดลงเกิน 3 กิโลกรัม โดยที่ท่านไม่ได้ตั้งใจลดน้ำหนักหรือไม่ 2. สูญเสียความอยากอาหาร; ท่านเคยรู้สึกเบื่ออาหารไม่ยากับประทานอาหารหรือไม่	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ใช่
ความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น (VISUAL IMPAIRMENT) บทที่ 7	ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับตาหรือไม่ เช่น มองเห็นที่ไกลไม่ชัด อ่านหนังสือไม่ชัด มีโรคทางจักษุหรือปัจจุบันรักษาโรคอยู่ (เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง)	<input type="radio"/> ใช่
การสูญเสียการได้ยิน (HEARING LOSS) บทที่ 8	ทดสอบฟังเสียงกระซิบ หรือ ผลการคัดกรองโดยใช้เครื่องวัดสมรรถภาพการได้ยิน (audiometry) อยู่ที่ 35 เดซิเบลหรือต่ำกว่า หรือผ่านการทดสอบ automated app-based digits-in-noise test	<input type="radio"/> ไม่ผ่าน
อาการซึมเศร้า (DEPRESSIVE SYMPTOMS) บทที่ 9	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่ - รู้สึกท้อ ซึมเศร้า หรือสิ้นหวัง - มีความสนใจหรือพอใจที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ น้อย	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> Yes

ตารางที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองสำหรับการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลก (ICOPE SCREENING TOOL)

ที่มา : WHO (2019)

ขั้นตอนที่ 1 การคัดกรองการเสื่อมของสมรรถนะภายในตัวบุคคลโดยใช้เครื่องมือคัดกรองการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (ICOPE SCREENING TOOL)

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางในหน่วยปฐมภูมิ 2.1) ทำความเข้าใจชีวิตของผู้สูงอายุ 2.2) การประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียสมรรถนะภายในตัวบุคคลในเชิงลึก 2.3) การประเมินและการจัดการโรคประจำตัว โดยเฉพาะการใช้ยาหลายขนานร่วมกันทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ และเพิ่มความเสี่ยงต่อผลกระทบด้านสุขภาพในทางลบ อาจส่งผลให้สูญเสียสมรรถนะภายในบุคคลโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยหลายโรค 2.4) การประเมินสภาพแวดล้อมทางสังคมและกายภาพและความจำเป็นของการดูแลและสนับสนุนทางสังคม

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดเป้าหมายของการดูแลและพัฒนาแผนการดูแลส่วนบุคคล 3.1) เพิ่มประสิทธิภาพสมรรถนะภายในตัวบุคคลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ 3.2) ออกแบบแผนการดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางด้วยการพัฒนาแผนการดูแลเฉพาะบุคคล

ขั้นตอนที่ 4 ตรวจสอบแนวทางการส่งต่อและการกำกับติดตามแผนการดูแลที่เชื่อมโยงกับการดูแลผู้สูงอายุโดยแพทย์เฉพาะทางผู้สูงอายุ (Geriatricians) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทีมสหสาขาวิชาชีพรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุและช่วยเหลือทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้เชี่ยวชาญดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซับซ้อนในระยะยาว เช่น กลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (กลั่นปัสสาวะไม่อยู่ หกล้ม สับสน ฯลฯ) การใช้ยาหลายขนานร่วมกัน

และโรคต่าง ๆ เช่น ภาวะสมองเสื่อมและให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน รวมทั้งการเจ็บป่วยหลายอย่างเพิ่มขึ้นตามอายุ

ขั้นตอนที่ 5 การมีส่วนร่วมในชุมชนและการสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ผู้สูงอายุควรได้รับการมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชนมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมให้เป็นอาสาสมัครสมาชิกในชุมชนที่มีอายุมากมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่มต่างๆ ในชุมชนเพื่อติดต่อผู้ช่วยวัยให้มีกิจกรรมร่วมกัน

ประเมินการเสื่อมของสมรรถนะโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางและแนวทางดูแลในระดับปฐมภูมิ 6 ด้าน

1. สมรรถนะการรู้คิด (Cognitive capacity)

สมรรถนะการรู้คิดที่เสื่อมลงทำให้หลงลืมง่ายขึ้น ขาดความใส่ใจและความสามารถในการแก้ปัญหาลดลง มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ภาวะนี้อาจทำให้ผู้สูงอายุเป็นโรคสมองเสื่อม (dementia) ได้ในภายหลัง ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ สภาวะขาดน้ำ ภาวะทุพโภชนาการ การติดเชื้อ ซึ่งสภาวะเหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการรู้คิดที่เสื่อมลง ถ้าผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม สภาวะเหล่านี้ อาจหายไปได้

การทดสอบความจำและการรับรู้เบื้องต้นประกอบด้วย 1) การจำ 3 คำ โดยใช้คำที่เรียบง่ายและเป็นรูปธรรม เช่น “ดอกไม้” “ประตู” “ข้าว” 2) การรับรู้เวลาและสถานที่ “วันนี้ วันที่ เดือน ปีอะไร” และ “ตอนนี้คุณอยู่ที่ไหน” (บ้าน คลินิก ฯลฯ) 3) การนึกถึงคำ 3 คำตอนนั้นขอให้บุคคลนั้นพูดตามคำ 3 คำที่คุณกล่าวถึง หากบุคคลไม่สามารถตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งจาก 2 ข้อ

เกี่ยวกับการรับรู้ หรือจำคำทั้งสามคำไม่ได้ มีแนวโน้มที่จะมีการรู้คิดที่หน้าจะลดลง และต้องมีการประเมินเพิ่มเติม

ภาวะที่ต้องส่งตัวไปรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ คือ เป็นโรคสมองเสื่อมและกำลังรักษาการมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ร่วม เช่น อาการสับสนเฉียบพลัน และป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

การกระตุ้นการรู้คิด (cognitive stimulation) เป็นการทำให้การรู้คิดที่ถดถอยเกิดขึ้นช้าลงหรือเป็นการชะลอภาวะดังกล่าว มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นผ่านการทำกิจกรรมต่างๆ ที่มีผลช่วยกระตุ้นความจำ ความรู้ความเข้าใจ รวมทั้งการกระตุ้นประสาทสัมผัสอื่น ๆ โดยอาจจะทำร่วมกับมาตรการการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการอื่นๆ ได้ เช่น การออกกำลังกายแบบผสมผสานหรือ multimodal exercise ซึ่งสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) เป็นผู้ที่มีความสำคัญในการกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุ

2. สมรรถนะการเคลื่อนไหว (Locomotor capacity)

สมรรถนะของร่างกายในแต่ละบุคคลในการที่จะเคลื่อนที่จากที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่งจึงเรียกว่า สมรรถนะการเคลื่อนไหว (Locomotor Capacity) บุคลากรการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับชุมชน สามารถคัดกรองผู้ที่มีแนวโน้มจะสูญเสียความคล่องตัวโดยใช้การทดสอบอย่างง่าย ตัวอย่างเช่น การทดสอบลุกนั่งจากเก้าอี้ (CHAIR RISE TEST), การทดสอบสมรรถภาพทางกายแบบสั้น (SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY, SPPB) แนะนำให้ใช้แบบทดสอบนี้ เนื่องจากเป็นแบบทดสอบที่เหนือกว่าแบบทดสอบอื่นๆ เนื่องจากแบบทดสอบนี้สามารถวัดความสามารถของผู้เข้าทดสอบได้หลากหลายระดับ

ปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อสมรรถนะการเคลื่อนไหว เช่น ยาบางชนิดมีส่วนทำให้การเคลื่อนไหวมีปัญหาหรือรบกวนระบบสมดุล ได้แก่ ยาต้านอาการชักชนิด anticonvulsants ยากลุ่มประสาทชนิด benzodiazepines ยาอนหลับชนิด Nonbenzodiazepine hypnotics ยาต้านการซึมเศร้าชนิด tricyclic antidepressants, อาการเจ็บปวดที่รุนแรง, ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมและกายภาพ เนื่องจากสมรรถนะภายในของผู้สูงอายุที่เสื่อมลงสามารถทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มได้ควรประเมินสิ่งแวดล้อมทางกายภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม ค้นหาจุดเสี่ยงภัยและข้อเสนอแนะการแก้ไข ตัวอย่างเช่น จัดบ้านให้เป็นระเบียบ การปรับพื้นและบันไดให้เรียบ เป็นต้น

โปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมผสานสำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดด้านความคล่องตัวทำได้ดังนี้

- การออกกำลังกายแบบใช้แรงต้านหรือเพื่อเพิ่มความแข็งแรง (strength/resistance training) เป็นการออกกำลังกายโดยใช้กล้ามเนื้อหรือวางไว้ใต้สิ่งของที่มีน้ำหนัก จากนั้นใช้แรงต้านสิ่งนั้น เช่น การทำสควอท การลุกนั่ง เป็นต้น
- การออกกำลังกายแบบแอโรบิกหรือการเน้นการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ (aerobic/cardiovascular training) เช่น การเดินเร็วหรือปั่นจักรยาน
- การออกกำลังกายแบบเน้นการทรงตัว (balance training) เป็นการฝึกร่างกายสามารถทรงตัวได้ทั้งแบบอยู่กับที่หรือแบบเคลื่อนไหว เช่น การยืนด้วยขาข้างใดข้างหนึ่งเป็นระยะเวลาหนึ่งและการเดินต่อเท้าตามเส้นตรง
- การออกกำลังกายแบบเพิ่มความยืดหยุ่น (flexibility training) วิธีนี้จะช่วยให้เนื้อเยื่อค้ำจุนอวัยวะต่าง ๆ เป็นต้นว่ากล้ามเนื้อ

ข้อต่อที่ช่วยในการเคลื่อนไหว เช่น การยืดเหยียดและโยคะและพิลาทิส (Pilates exercises คือโยคะแบบใช้เครื่อง)

3. พลังชีวิต (Vitality)

ภาวะทุพโภชนาการ (malnutrition) ทำให้ผู้สูงอายุมีพลังชีวิตลดลงโดยเฉพาะ การขาดวิตามิน D และ B12 เมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถบริโภคอาหารที่มีแคลอรีและสารอาหารที่เพียงพอ ดังนั้น การรับประทานอาหารเสริม (Oral supplemental nutrition) เป็นการเพิ่มโปรตีนที่มีคุณภาพสูงให้แก่ร่างกาย เพิ่มพลังงานและเสริมวิตามินและแร่ธาตุที่พอเพียง โดยการปรับให้เหมาะสมกับความต้องการและข้อจำกัดทางกายภาพของแต่ละบุคคล บุคลากรทางการแพทย์สามารถให้คำแนะนำสนับสนุนเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ร่วมกับประเมินภาวะโภชนาการ โดยเครื่องมือแบบประเมินภาวะโภชนาการ (Mini nutritional assessment หรือ MNA) ส่วนภาวะอื่นๆ ได้แก่ การตรวจเลือดสามารถระบุภาวะขาดวิตามินและเกลือแร่ที่เฉพาะเจาะจงได้ นำไปสู่การรักษาโดยการรับประทานอาหารเสริมหรือการฉีดยาที่เฉพาะมากขึ้น เช่น การฉีดวิตามินดีและบี 12 เพื่อรักษาภาวะขาดวิตามินซึ่งพบได้ทั่วไป ส่วนด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care-giver) และชุมชนมีส่วนร่วมในการช่วยให้ผู้สูงอายุเอาชนะภาวะทุพโภชนาการ เช่น องค์กรชุมชนอาจจัดงานเลี้ยงสังสรรค์สำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น

4. สมรรถนะการมองเห็น (Visual capacity)

ความผิดปกติการมองเห็นทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวและสังคมส่งผลต่อการทรงตัว เสี่ยงต่อการหกล้ม การทำกิจวัตรประจำวัน อาจนำไปสู่ความวิตกกังวลและ

โรคซึมเศร้าได้ บุคลากรทางการแพทย์ในสถานบริการระดับปฐมภูมิและในชุมชนสามารถประเมินเบื้องต้นได้ เช่น อาการตาแดง ขี้ตา ต่อเนื่อง ส่วนอาการปวดตาอย่างต่อเนื่อง แพ้แสง หรือมีต่อกระจก หรือตาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง สูญเสียการมองเห็นอย่างรวดเร็วหรือกะทันหัน ให้ส่งต่อแพทย์ หรือจักษุแพทย์ และควรตรวจคัดกรองสายตาแบบง่ายอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ในผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป โดยใช้แผ่นทดสอบสายตาอย่างง่าย (WHO simple eye chart) เพื่อทดสอบการมองเห็นทั้งระยะใกล้และระยะไกล ส่วนปัจจัยที่ควรพิจารณาเพิ่มเติมคือ โรคความดันโลหิตสูง จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคจอประสาทตา และต้อหิน ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจจอประสาทตาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง การใช้สเตียรอยด์เป็นระยะเวลานาน อาจเสี่ยงภาวะความดันในลูกตาสูง (intraocular pressure) หรือทำให้เป็นต่อกระจก ปัจจัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมบางอย่างอาจทำให้เกิดอันตรายได้ เช่น การดูสื่ออิเล็กทรอนิกส์เป็นเวลานาน การมองระยะใกล้เป็นเวลานาน ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ควรแนะนำการปรับปรุงบ้าน เช่น เพิ่มแสงสว่าง การใช้สีที่ตัดกัน เพื่อป้องกันการหกล้ม

5. สมรรถนะการได้ยิน (Hearing capacity)

พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ หากไม่ได้รับการรักษาจะมีผลต่อการสื่อสารและนำไปสู่การแยกตัวออกจากสังคม และส่งผลกระทบต่อสมรรถนะด้านอื่นๆ เช่น สมรรถนะการรับรู้คิดที่เสื่อมลง ทำให้เกิดผลเสียด้านการเข้าสังคม ยังเชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพอื่นๆ เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล การทรงตัวไม่ดี การหกล้ม การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การตรวจคัดกรองการสูญเสียการ

ได้ยินด้วยอุปกรณ์พกพา หรือการทดสอบการฟังเสียงกระซิบ ทำได้ง่ายและสามารถทำได้ในบ้านและชุมชน ดังนั้นเมื่อมีการสูญเสียการได้ยินควรประเมินสมรรถนะการรับรู้คิดที่เสื่อมลง การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว หรือการสูญเสียความชำนาญในการใช้แขนหรือมือร่วมกัน

การลดผลกระทบของการสูญเสียสมรรถนะการได้ยินที่ทำได้โดยการใช้กลยุทธ์ทางการสื่อสาร ได้แก่ การพูดชัดถ้อยชัดคำ การคุยกับผู้สูงอายุโดยให้หันหน้า การลดเสียงรบกวนรอบข้าง ด้านการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนโดยการให้คำแนะนำแก่ผู้ที่สูญเสียการได้ยิน รวมทั้งครอบครัวในการสื่อสารที่สามารถช่วยทำให้สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น การฝึกอบรมการใช้อุปกรณ์ เช่น เครื่องช่วยฟัง และควรส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทาง เมื่อมีหูน้ำหนวก, สูญเสียการได้ยินอย่างฉับพลันหรือเป็นมากขึ้น เวียนศีรษะและสูญเสียการได้ยินระดับปานกลาง ถึงรุนแรง การระบายของเหลวออกจากหู มีปัจจัยเสี่ยง เช่น การสัมผัสกับเสียงรบกวน และการใช้ยาที่อาจทำลายการได้ยิน

6. สมรรถนะทางจิตวิทยา (Psychological capacity)

อาการซึมเศร้า หรืออารมณ์เศร้าใช้กับผู้สูงอายุที่มีอาการของภาวะซึมเศร้าพร้อมกัน 2 อาการขึ้นไป เกือบตลอดเวลาเป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ แต่ยังไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า มักพบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพระยะยาว ความโดดเดี่ยวทางสังคม หรือเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ที่ดูแลผู้ป่วยด้วยตนเอง นอกจากนี้สมรรถนะทางด้านอื่นๆ ที่เสื่อมลง เช่น การได้ยิน หรือการเคลื่อนไหว อาจทำให้เสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การมีส่วนร่วมทางสังคมที่ลดลงทำให้เกิดอาการ

ซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ การรู้จักเสื่อมลงและภาวะ
 สมองเสื่อมอาจเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าโดยทั้ง
 2 อย่างจะต้องได้รับการประเมินเพิ่มเติม ซึ่งผู้ที่มี
 ภาวะสมองเสื่อมมักจะมาพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
 ด้วยปัญหาเกี่ยวกับอารมณ์หรือพฤติกรรม เช่น
 อาการเฉยเมย การควบคุมอารมณ์ไม่ได้ หรือมี
 ความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน รวมทั้ง
 การทำกิจกรรมในบ้านหรือในสังคม ส่วนการ
 เสื่อมถอยของสมรรถนะด้านอื่นๆ เช่น ประสาท
 สัมผัส หรือความคล่องตัว ทำให้ความสามารถใน
 การทำกิจวัตรต่างๆ รวมทั้งการมีส่วนร่วมทาง
 สังคมลดลง ซึ่งอาจจะทำให้มีอาการซึมเศร้าได้
 สามารถคัดกรองได้โดย คำถาม 2 Q : ในช่วง 2
 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรู้สึกหดหู่ เศร้าซึมหรือสิ้น
 หวังหรือไม่ หากผู้สูงอายุรายงานว่ามีอาการหลัก
 อย่างน้อย 1 อาการ ได้แก่ รู้สึกหดหู่ เศร้าซึม หรือ
 สิ้นหวัง และมีความสนใจหรือมีความสุขในการทำ
 สิ่งต่าง ๆ น้อยลง ให้ทำการประเมินสภาวะทาง
 อารมณ์เพิ่มเติมด้วยคำถาม 9 Q ส่วนการจัดการ
 อาการซึมเศร้า มีมาตรการให้คำปรึกษาทาง
 จิตวิทยาที่มีโครงสร้างแบบย่อ ประกอบด้วย การ
 บำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive
 behavioral therapy), การบำบัดโดยการแก้
 ปัญหา (problem-solving therapy: PST), การ
 ออกกำลังกายแบบผสมผสาน, การฝึกสติ และอาจ
 ต้องพิจารณาตามสาเหตุ เช่น การใช้ยาร่วมกัน
 หลายขนาน โรคโลหิตจาง ภาวะทุพโภชนาการ
 ภาวะขาดฮอร์โมนไทรอยด์ ความเจ็บปวด ซึ่งต้อง
 มีการส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทางในการดูแลที่มี
 ความซับซ้อนมากขึ้น⁽¹⁵⁾

■ unasU

การบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์
 ของประเทศไทยภาพรวม ประกอบด้วย 1) บริการ

สุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health Care)
 ครอบคลุม 4 มิติ ร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม
 2) บริการสุขภาพผสมผสาน (Integrated Health
 Care) ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู 3) บริการ
 สุขภาพต่อเนื่อง (Continuous Health Care) ทุก
 ช่วงเวลาของชีวิตด้วยการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ
 โดยตัวผู้สูงอายุ (Self Care) โดยสมาชิกใน
 ครอบครัว (Family Care) โดยชุมชน (Com-
 munity Care) และโดยบุคลากรสาธารณสุข⁽²⁷⁾
 ส่วนในสถานบริการของรัฐ ประกอบด้วย ระบบ
 คัดกรองการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ, การจัด
 บริการคลินิกผู้สูงอายุ, การจัดบริการผู้ป่วยในสำหรับ
 รับผู้สูงอายุ, การจัดระบบการส่งต่อเชื่อมโยงการ
 ดูแลระหว่างเครือข่ายสุขภาพ, การเยี่ยมบ้าน
 (home health care/home visit), การจัดทีม
 สหสาขาวิชาชีพ, การจัดระบบการดูแลระยะยาว
 (long-term care), การจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุ
 ช่วงกลางวัน (day care), การจัดระบบการดูแล
 ผู้สูงอายุระยะสุดท้าย ส่วนในชุมชน ประกอบด้วย
 ตั้งชมรมผู้สูงอายุ, การสำรวจคัดกรอง/การตรวจ
 สุขภาพ การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุในชุมชน, การ
 เยี่ยมผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส โดยเครือข่าย
 ในชุมชน, กิจกรรมส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพ
 ผู้สูงอายุ, จิตอาสา/อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ, การ
 ถ่ายทอดภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ, กิจกรรมส่งเสริม
 ประเพณีและวัฒนธรรมท้องถิ่น, กองทุนพัฒนา
 อาชีพและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ⁽⁸⁾

โดยสรุปผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายและ
 ความเสื่อมตามวัยทำให้สมรรถนะภายในตัวบุคคล
 และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจะ
 เสื่อมลงเมื่ออายุมากขึ้นเป็นผลจากความชรา
 (ageing process) มีผลทำให้สมรรถนะภายในตัว
 บุคคลด้านอื่นๆ เสื่อมลงตามไปด้วย ทำให้มีความ
 เสี่ยงที่จะเกิดโรคเรื้อรังและเพิ่มความเสี่ยงต่อ

ภาวะทุพพลภาพ จำเป็นต้องได้รับดูแลบำบัดรักษาในระยะยาว ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุชั้นสูง ภายในทศวรรษหน้า บทเรียนจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมา พบว่าผู้สูงอายุได้รับผลกระทบค่อนข้างสูง เมื่อเทียบกับกลุ่มวัยอื่นๆ โดยเฉพาะด้านสุขภาพ กาย เศรษฐกิจ ทางสังคม สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการขององค์การอนามัยโลกโครงการทศวรรษแห่งผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีการพัฒนาเครื่องมือการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุ (Integrated Care for Older People) เน้นการบูรณาการบริการสุขภาพที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางโดยเพิ่มสมรรถนะภายในตัวบุคคล (Intrinsic capacity) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Functional ability) เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมถอยของผู้สูงอายุ อาศัยการดูแลและการสนับสนุนทางสังคมร่วมกัน เนื่องจากผู้ที่สูญเสียสมรรถนะภายในบุคคล ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มักขึ้นอยู่กับ การได้รับการดูแล การสนับสนุนช่วยเหลือจากผู้อื่น ความพร้อมและการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการมีชีวิตที่มีศักดิ์ศรีและมีความหมาย การได้รับการดูแลและช่วยเหลือทางสังคมช่วยในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (ADL) และการดูแลส่วนบุคคล การช่วยเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกของชุมชนและที่สาธารณะ ทำให้ลดความโดดเดี่ยวและการแยกตัวออกจากสังคม การช่วยเหลือความมั่นคงทางการเงิน การจัดหาสถานที่ที่เหมาะสมในการอยู่อาศัยที่ปลอดภัยการคุกคามและการล่วงละเมิดและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณค่าตนเองมีความหมายได้ (1-3,9,11,17)

บทความนี้เป็นประโยชน์ต่อแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดูแลผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้เป็น

แนวทางในการดูแลผู้สูงอายุในระดับปฐมภูมิเพื่อช่วยป้องกันชะลอหยุดการเสื่อมถอยของสมรรถนะภายในตัวบุคคล หรือย้อนกลับความถดถอยป้องกันไม่ให้เข้าสู่ภาวะอ่อนแอ รวมทั้งส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่แข็งแรง มีสุขภาพดีเหมาะสม ลดการพึ่งพาการดูแลจากครอบครัว ชุมชน

■ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สำนักงานผู้สูงอายุ : ควรส่งเสริมพัฒนาศักยภาพนักวิจัยและพัฒนาการวิจัย ด้านนวัตกรรมงานวิชาการที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การจัดประชุมวิชาการระดับชาติด้านการส่งเสริมสุขภาพและนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุระดับชาติเป้าหมาย 1 ครั้ง/ปี รวบรวมองค์ความรู้ นวัตกรรม การวิจัยเผยแพร่งานวิชาการผ่านสื่อต่างๆ เพื่อเป็นต้นแบบในการนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติต่อไป

2. กระทรวงสาธารณสุขควรเน้นการสนับสนุนการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan) ร่วมการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ ในระดับจังหวัด/เขต/ประเทศเพื่อวางแผนดูแลส่งเสริมพัฒนาสนับสนุนฟื้นฟูผู้สูงอายุโดยผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care-giver) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายในระดับชุมชนแบบมีส่วนร่วม โดยมีกำหนดตัวชี้วัดคือร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan มากกว่า ร้อยละ 95 ในระยะเวลา 12 เดือน

3. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ควรพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมและ

ประสานงานกับมหาวิทยาลัย โรงพยาบาล แพทยสภา โรงเรียนแพทย์ ราชวิทยาลัยต่างๆ ในการผลิตบุคลากรเฉพาะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ ให้ครอบคลุมทุกวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์

พยาบาล นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ดูแลผู้สูงอายุและสนับสนุนการผลิตแพทย์เฉพาะสาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุขั้นสูง

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
2. สำนักการแพทย์ โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน. สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 4 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.msdbangkok.go.th/BKT/home.html>
3. สุชาติ คำสุชาติ. ปัญหาและความต้องการการดูแลทางสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย: ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2560;26(6):1156-64.
4. กรมอนามัย สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan ไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/agedcareplan/index?year=2023>
5. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) [อินเทอร์เน็ต] 2552 [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/1228/2544>
6. มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์, ณัฐิมา แก้วอำไพ, วิไลพร คลีกร. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2566;17(1):255-71.
7. ทศนัวรรณ สุมาลัย. ปัญหาการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุในกฎหมายไทย : ศึกษากรณีหน่วยบริการหรือศูนย์ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตามกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. วารสารนิติศาสตร์และสังคมท้องถิ่น 2566;7(1):1-20.
8. เบญจพร สุธรรมชัย, จิราพร เกศพิชญพัฒนา, นกัธ แก้ววิเชียร. การสังเคราะห์รูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แบบบูรณาการ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2558;24(6):1017-29.
9. จินตนา อากสันเทียะ, รัชณีย์ ป้อมทอง. แนวโน้มการดูแลผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21: ความท้าทายในการพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก 2561;19(1):39-46.
10. Rudnicka E, Napierała P, Podfigurna A, Meczekalski B, Smolarczyk R, Grymowicz M. The World Health Organization (WHO) approach to healthy. Maturitas 2020;139(1):6-11.
11. World Health Organization. Thailand's leadership and innovations towards healthy Ageing [Internet]. 2023 [cited 2023 May 30]. Available from: <https://www.who.int/southeastasia/news/feature-stories/detail/thailands-leadership-and-innovation-towards-healthy-ageing>
12. Bousquet J, Illario M, Farrell J, Batey N, Carriazo M, Malva J, et al. The reference site collaborative network of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. Transl. Med. UniSa 2019;19:66-81.
13. World Health Organization. Integrated Care for Older People (ICOPE) Implementation Network: Guidance for Systems and Services [Internet]. 2019 [cited 2023 Jun 6]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515993>
14. Bulamu NB, Kaambwa B, Ratcliffe J. Economic evaluations in community aged care: a systematic review. BMC Health Serv Res 2018;18(967):1-13.
15. Carvalho I, Jordan J, Pot A, Kelley E, Toro N, Thiyagarajan J, et al. Organizing integrated health-care services to meet older people's needs. Bulletin of the World Health Organization 2017;95(11):756-63.

16. Nicole A, Stadnick A, Sadler E, Sandall J, Turienzo C, Ian M, et al. Comparative case studies in integrated care implementation from across the globe: a quest for action. *BMC Health Serv Res* 2019;19(899):1-12
17. World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. Geneva: World Health Organization; 2019.
18. Nolte E, Pitchforth E. World Health Organization. Policy Summary 11: What Is the Evidence on the Economic Impacts of Integrated Care? [Internet]. 2021 [cited 2023 Jun 9]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332002>
19. นางลักขณ์ พะไถยะ, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, วาสนี วิเศษฤทธิ์. การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคต. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 12 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/5280/hs2615.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
20. ธัญวรัตน์ แจ่มใส. นโยบายเกี่ยวกับสวัสดิการของผู้สูงอายุในประเทศไทย Policy on Elderly Welfare in Thailand. *วารสาร มจร การพัฒนาสังคม* 2564;6(3):1-16.
21. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมกิจการผู้สูงอายุ. ยุทธศาสตร์กรมกิจการผู้สูงอายุ 20 ปี พ.ศ. 2561 – 2580 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1539326153-138_0.pdf
22. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. แผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 18 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/05/edit.MOPH_plan-66-for-web.pdf
23. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กฎหมายคุ้มครองกิจการดูแลผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hss.moph.go.th/show_topic.php?id=3643
24. กรมอนามัย สำนักงานอนามัยผู้สูงอายุ. คู่มือแนวทางปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข : เรื่อง มาตรการควบคุม กำกับดูแลการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้รับบริการ พ.ศ. 2564 สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://homecare.anamai.moph.go.th/th/doc2/download/?did=216629&id=98527&reload=>
25. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติ เรื่องการรับเงิน การเก็บรักษาเงิน และการจ่ายเงินค่าบริการสาธารณสุขสำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงและค่าบริการสาธารณสุขจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://dhes.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/05/คู่มือ%20LTC%20ฉบับสมบูรณ์%2061%20Web%20ครั้งที่%202.pdf>
26. World Health Organization. Decade of healthy ageing: baseline report – summary [Internet]. 2021 [cited 2023 Jun 20]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240023307>
27. กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์. การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2557.

การพัฒนารูปแบบการสร้างพลังแกนนำครอบครัว รอบรู้สู่โควิด-19 อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี

วิมล บ้านพวน

สาธาณสุขศาสตร์ดุสิตบัณฑิต คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกริก

พนิต เข็มทอง

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สุพัฒน์ อีรเวชเจริญชัย

คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกริก

วันรับ 5 กันยายน 2566, วันแก้ไข 10 มกราคม 2567, วันตอบรับ 12 มกราคม 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนารูปแบบการสร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู่โควิด-19 ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของครอบครัวและพื้นที่ ประชากรประกอบด้วย แกนนำซึ่งเป็นอาสาสมัครจากครอบครัว ชุมชน ในพื้นที่อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบไม่คืนที่ สุ่มเลือกตำบลที่ดำเนินการทดลอง และตำบลพื้นที่เปรียบเทียบโดยใช้หลักการสุ่มแบบกลุ่มขั้นตอนเดียวได้ตำบลบางม่วงเป็นพื้นที่ทดลอง และตำบลบางใหญ่เป็นพื้นที่เปรียบเทียบซึ่งมีบริบทไม่แตกต่างกัน แกนนำยินดีเข้าร่วมโครงการตำบลละ 35 คน การศึกษามี 3 ระยะคือ 1) ระยะเตรียมการเป็นการกำหนดกรอบประเด็นการพัฒนารูปแบบและเครื่องมือ คู่มือ 2) ระยะดำเนินการเป็นขั้นทดลองการนำรูปแบบที่ได้พัฒนาไปใช้ มีรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 2 กลุ่มโดยดำเนินการวัดก่อน - หลังการนำรูปแบบไปใช้ และ 3) ระยะติดตามผลการดำเนินงาน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามและข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) และสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนธันวาคม 2565 ผลการศึกษา พบว่าการพัฒนารูปแบบการสร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู่โควิด-19 ในระยะที่หนึ่ง ได้คู่มือชุดความรู้สร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู่โควิด-19 รูปแบบเป็น E-book ที่เข้าถึงได้ง่ายและแผนส่งเสริมสุขภาพดี รายครัวเรือน (Wellness Family) เป็นเครื่องมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระยะที่สองเป็นขั้นทดลองพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการสร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู่โควิด-19 มีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบ โดยก่อนการใช้รูปแบบ มีค่าเฉลี่ยคะแนน = 2.20 S.D.= 0.27 หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนน = 2.33 S.D.= 0.19 p-value <0.001 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ย = 2.851 S.D.= 0.093 กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ย = 2.362 S.D.= 0.218 p-value.<0.001 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ระยะที่สามพบว่า แกนนำครอบครัวมีการนำองค์ความรู้ไปใช้อย่างต่อเนื่อง มีการบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพที่ดีโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ข้อเสนอแนะ การพัฒนารูปแบบการสร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู่โควิด-19 เป็นรูปแบบที่มีกระบวนการแนวทางการดำเนินงาน เครื่องมือ คู่มือเพื่อทำให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องและกำหนดหรือเพิ่มเป็นนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพครอบครัว

คำสำคัญ : ผลของรูปแบบการสร้างพลัง แกนนำครอบครัวรอบรู้สู่โควิด-19 แกนนำครอบครัว พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19

Development of a family empowerment model to fight COVID-19 Bangyai District Nonthaburi Province

Vimol Banpoun

Doctor of Public Health Program. Faculty of Liberal Arts, Krirk University

Panit Khemtong

Faculty of Education, Kasetsart University

Supat Teravecharoenchai

Faculty of Liberal Arts, Krirk University

Received 5 September 2023, Revised 10 January 2024, Accepted 12 January 2024.

Abstract

This research was aimed to develop the Health Literate Family Empowerment Model against COVID-19 in order to appropriately apply into the family and community contexts. The targeted population in this study consisted of volunteer leaders from families and communities in Bang Yai District, Nonthaburi Province. The sample group was selected by using random sampling without replacement. Sub-district in which the study was conducted, and other compared Sub-districts were selected by using single-stage cluster sampling. Hence, Bang Muang Sub-district was selected in this study to conduct the study, and Bang Yai Sub-district was selected as a comparison area. Both areas showed no difference in the context, and the leaders, 35 per each Sub-district, agreed to participate in the project. The period of this study consists of 3 phrases, which are 1) Preparation phrase: design conceptual framework on the development of models, tools and guidelines, 2) Implementation phrase: implement and test the developed models along with 2 groups Quasi-Experimental Research by using the pre- and post-implementation assessment, and 3) Monitoring phrase: collect data from questionnaire and collect qualitative data from focus group and in-depth interview. Furthermore, the data analysis was proceeded with descriptive statistics and content analysis during October 2021 to December 2022. Results of the study: The first phrase of the Health Literate Family Empowerment Model against COVID-19 developed the Knowledge Package Guideline on Health Literate Family Empowerment Model against COVID-19 for leaders in family and community. The guideline is in E-book format which is easy to access and has Individual Wellness Family Plan as a tool to change health behavior. The second phrase was testing period and found that the sample group who received Health Literate Family Empowerment Model against COVID-19 got higher health promoting behavior and COVID-19 preventive behavior scores than before receiving the Model. Prior to the use of the Model, the average score was = 2.20, S.D.= 0.27. After the testing period, the average score was = 2.33, S.D. = 0.19, p-value <0.001, which showed statistically significant difference of .05. The sample group had a higher average score of health behavior than the comparison group at the average score of = 2.851, S.D.= 0.093, and the comparison group got an average score of = 2.362, S.D.= 0.218, p-value <0.001 which had statistically significant difference at .05 In the third phase, it was found that

family and community leaders actively utilized knowledge, promoted continuous learning, and facilitated the integration of good health promotion through the active participation of families, communities, and local government organizations. Recommendations: The Health Literate Family Empowerment Model against COVID-19 was the model that consisted of the implementation framework, tools, and guidelines which provided benefits for the people, family, and community to become health literate citizen. Then, they can further conduct appropriate health behaviors which should be implemented continuously. Lastly, this Model should be defined or adopted as a policy in family health promotion.

Keywords: Outcomes of empowerment model, health literate family against COVID-19, family leaders, health promoting behaviors, COVID-19 preventive health behaviors

■ บทนำ

โลกเผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 ซึ่งถือเป็นโรคระบาดใหญ่ (Pandemic) ที่ส่งผลกระทบต่อไปยังประเทศต่างๆ ถึง 220 ประเทศ พบผู้ติดเชื้อโควิด-19 ทั่วโลก จำนวน 255,031,733 ราย เสียชีวิต 5,128,764 ราย ประเทศไทยพบผู้ป่วยรายแรก เมื่อวันที่ 13 มกราคม 2563 เป็นคนจีนที่รับเชื้อจากการระบาดในประเทศจีน ส่วนผู้ป่วยที่ติดเชื้อในประเทศไทย พบรายแรกเมื่อ 31 มกราคม 2563 โควิด-19 มีการแพร่ระบาดในวงกว้าง และมีแนวโน้มแพร่ระบาดสูงขึ้น โดยเฉพาะเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล และกระจายครอบคลุมไปทุกจังหวัด สถานการณ์ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ระลอกเดือนเมษายน 2564 พบผู้ป่วยผู้ติดเชื้อยืนยันสะสม จำนวน 2,008,361 ราย ผู้ป่วย/ติดเชื้อกำลังรักษา 91,382 ราย ผู้ป่วยปอดอักเสบ 1,739 ราย ใส่ท่อช่วยหายใจ 407 ราย มีผู้เสียชีวิตสะสม 20,105 ราย หรือร้อยละ 1.00⁽¹⁻³⁾ จังหวัดนนทบุรีเป็นพื้นที่จังหวัดสีแดงเข้มที่พบการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ครอบคลุมทุกอำเภอ และพบผู้ติดเชื้อยืนยันสะสมจากการตรวจ RT-PCR (จากวันที่ 1 เมษายน 2564 ถึงวันที่ 19 พฤศจิกายน 2564) จำนวน 52,973 ราย พื้นที่อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี มีจำนวนผู้ป่วยยืนยัน (วันที่ 1 เมษายน 2564 ถึงวันที่ 17

พฤศจิกายน 2564) จำนวน 6,769 ราย มีผู้เสียชีวิตสะสมจำนวน 41 ราย อัตราการป่วยตายอยู่ที่ 0.60 เป็นผู้เสียชีวิตจากตำบลบางม่วง จำนวน 7 ราย หรืออัตราป่วยตายอยู่ที่ 0.63⁽³⁾ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ยังคงมีความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง โดยส่วนใหญ่พบมีการติดเชื้อมันเองภายในครอบครัวร้อยละ 20 มีการติดเชื้อภายในชุมชนร้อยละ 20 และติดจากการเดินทางไปที่เสี่ยงหรืออยู่ในพื้นที่เสี่ยง ร้อยละ 51⁽⁴⁾ จากจำนวนผู้ติดเชื้อที่เพิ่มสูงขึ้นส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม⁽⁵⁾

การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในครอบครัว เป็นนโยบายสำคัญของกรมอนามัย โดยการสร้างความรอบรู้แก่ประชาชนและครอบครัว จากการประเมินความเสี่ยงและพฤติกรรมป้องกันการโรคของครอบครัว พบว่า ประชาชนในพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด ไม่มีการประเมินความเสี่ยงของคนในบ้าน ร้อยละ 67.5 ส่วนพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ในบ้านที่ประชาชนเห็นด้วยและสามารถทำได้มากที่สุดคือ การแยกกันกินเมื่ออยู่ในบ้าน ร้อยละ 53.1 รองลงมาคือ การเว้นระยะห่าง ร้อยละ 50.1 และการสวมหน้ากากในบ้านตลอดเวลา ร้อยละ 49.9 ตามลำดับ ล้างมือก่อนกินอาหารด้วยสบู่และน้ำหรือเจลแอลกอฮอล์ทำประจำร้อยละ 89.35 ไม่ทำเลยร้อยละ 0.67⁽⁴⁾

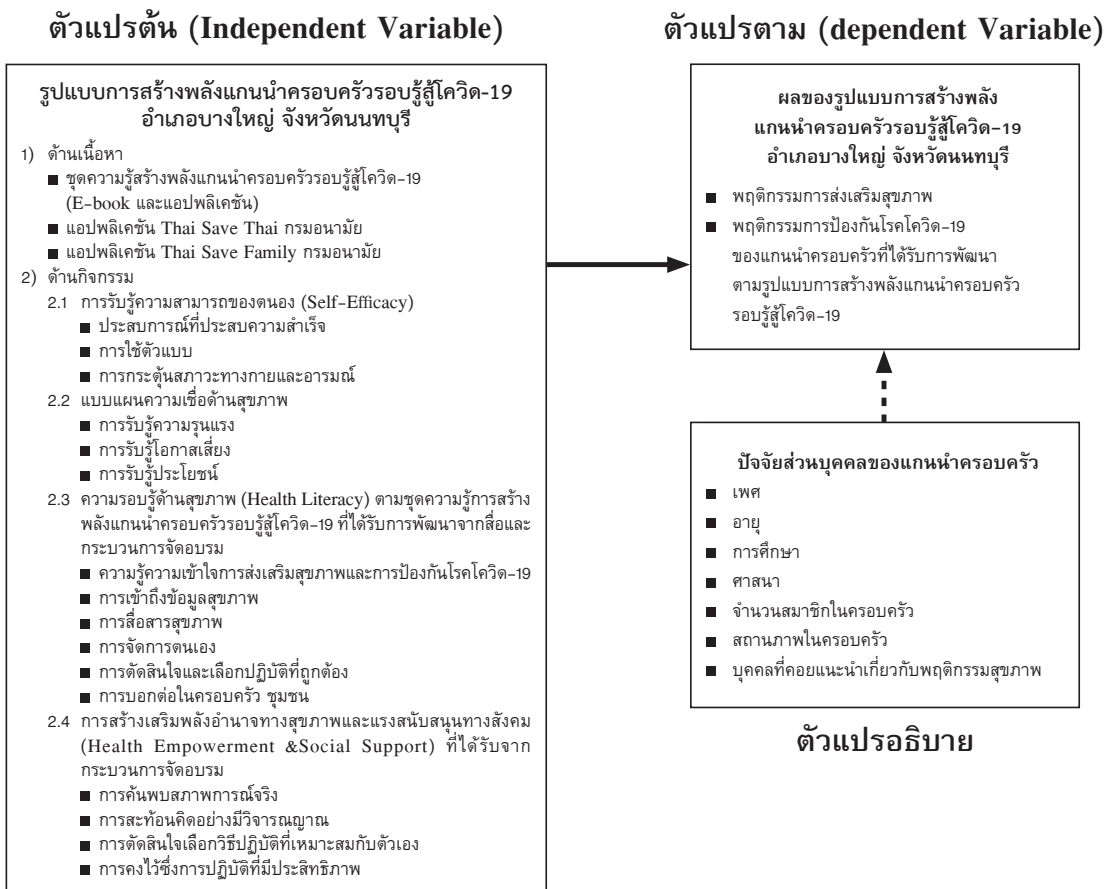
ด้านการส่งเสริมสุขภาพ พบว่าประชาชนมีกิจกรรมทางกายร้อยละ 53.1 ซึ่งลดลงถึงร้อยละ 21.5 การสร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้ผู้โควิด-19 เพื่อเป็นแกนนำในการนำองค์ความรู้ไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชนจึงมีความสำคัญ⁽⁵⁻⁶⁾ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพัฒนารูปแบบการสร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้ผู้โควิด-19 โดยเฉพาะพื้นที่อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่สีแดง มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สูง มีบริบทของชุมชนที่หลากหลาย ทั้งชุมชนเมือง กึ่งเมืองกึ่งชนบท ชุมชนมีความเข้มแข็ง ผู้นำและแกนนำชุมชนให้ความร่วมมือที่ดี การศึกษาในพื้นที่

อำเภอบางใหญ่ จึงมีประโยชน์สามารถนำไปเป็นต้นแบบในการพัฒนาขยายผลสู่พื้นที่อื่น ๆ ได้

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. พัฒนารูปแบบการสร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้ผู้โควิด-19 ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของครอบครัวและพื้นที่
2. ศึกษาผลการนำรูปแบบการสร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้ผู้โควิด-19 และชุดความรู้สร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้ผู้โควิด-19 ไปใช้ รวมทั้งความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

■ กรอบแนวคิดการศึกษา



■ นิยามศัพท์

รูปแบบการสร้างพลังแกนนำครอบครัว หมายถึงกระบวนการในการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ สังเคราะห์เพื่อพัฒนารูปแบบ เครื่องมือ คู่มือสร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู้โควิด-19 ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ และเครือข่าย ดำเนินการพัฒนาศักยภาพแกนนำตามรูปแบบการสร้างพลังแกนนำ โดยสัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1 รูปแบบเป็นกิจกรรมการฝึกอบรมตามแนวคิดทฤษฎี สัปดาห์ที่สองแกนนำครอบครัวเรียนรู้ผ่านชุดความรู้ และสื่อสารผ่านระบบออนไลน์ สัปดาห์ที่ 3-4 แกนนำปฏิบัติตามแผนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโควิด-19 ติดตามผ่านไลน์กลุ่ม สัปดาห์ที่ 4 เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และประเมินผล

■ วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed Method Study)⁽⁷⁾ ไว้ด้วยกันเพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู้โควิด-19 ดำเนินการในพื้นที่อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี มีระยะการศึกษา 3 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมการ เป็นขั้นตอนการศึกษาและเตรียมความพร้อมการดำเนินงาน กำหนดกรอบประเด็นการพัฒนารูปแบบและเครื่องมือ คู่มือสร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู้โควิด-19 2) ระยะดำเนินการ เป็นขั้นการนำรูปแบบที่ได้พัฒนาไปใช้ มีรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม โดยดำเนินการวัดก่อน-หลังการนำรูปแบบไปใช้ (Two Group Pretest-Posttest Research Design) และ 3) ระยะการติดตามผล ติดตามผลหลังการใช้รูปแบบการสร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู้โควิด-19 โดยการติดตามผลผ่านแอปพลิเคชัน Thai Save Thai และแอปพลิเคชัน

Thai Save Family กรมอนามัย เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ ด้วยแบบสอบถามแกนนำ และข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) และสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview)

การศึกษาเชิงปริมาณ

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือประชากรแกนนำ ซึ่งเป็นอาสาสมัครจากครอบครัว อาศัยอยู่ในชุมชนตลอดเวลาที่ดำเนินการวิจัยในพื้นที่อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี ซึ่งมีทั้งหมด 6 ตำบล คือตำบลบางม่วง ตำบลบางแม่นาง ตำบลบางใหญ่ ตำบลบางเลน ตำบลบ้านใหม่ และตำบลเสาธงหิน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ 1) สุ่มเลือกตำบลที่ดำเนินการทดลอง และตำบลที่เป็นพื้นที่เปรียบเทียบโดยใช้หลักการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มขั้นตอนเดียว (Single-stage cluster sampling) ได้ตำบลบางม่วงเป็นพื้นที่ทดลอง และตำบลบางใหญ่เป็นพื้นที่เปรียบเทียบ 2) แกนนำครอบครัว ชุมชน ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมโครงการจากพื้นที่ตำบลบางม่วง จำนวน 35 คน และแกนนำ ครอบครัวตำบลบางใหญ่ จำนวน 35 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) รวมทั้งสิ้น 70 คน

การศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งแกนนำครอบครัวและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องประเด็นความคิดเห็นต่อรูปแบบการสร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู้โควิด-19

ประชากรที่ศึกษาคือ 1) กลุ่มแกนนำครอบครัว 2) เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของเทศบาลตำบลบ้านบางม่วง อำเภอบางใหญ่ 3) ครอบครัวแกนนำที่เข้าร่วมโครงการ

กลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากกลุ่ม

แกนนำ และครอบครัวที่เข้าร่วมกิจกรรมตลอดโครงการ และผู้รับผิดชอบหลักจากเทศบาลตำบลบ้านบางม่วง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นการสนทนากลุ่ม (Focus Group) คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง 1) แกนนำครอบครัว จำนวน 15 คน 2) เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลบ้านบางม่วง 5 คน 3) ครอบครัวแกนนำครอบครัวจำนวน 10 ครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกตามประเด็นที่กำหนด การวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ต้องมีคุณสมบัติ 1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) เป็นแกนนำชุมชน สมาชิกครอบครัวที่ดูแลกลุ่มเปราะบางในครอบครัว เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง หรือสมาชิกชุมชนที่อยู่อาศัยในพื้นที่ตำบลบางม่วงมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3) อ่านและเขียนหนังสือได้ 4) มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถดาวน์โหลดแอปพลิเคชัน Thai Save Thai กรมอนามัย และแอปพลิเคชัน Thai Save Family กรมอนามัยได้ 5) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ตลอด 6) มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คัดออกเมื่อขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่งตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

สถานที่และระยะเวลาทำการวิจัย สถานที่ทำการวิจัยคือ ตำบลบางม่วง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี เป็นพื้นที่กลุ่มทดลอง และพื้นที่ตำบลบางใหญ่ อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ดำเนินการในเดือน ตุลาคม 2565 - ธันวาคม 2565

● **เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา** คือ

- 1) ชุดความรู้สร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู้โควิด-19, แอปพลิเคชัน Thai Save Thai แอปพลิเคชัน Thai Save Family กรมอนามัย
- 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคลของแกนนำครอบครัว 2) การรับรู้ความสามารถของตนเอง 3) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 4) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 5) พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัว ชุมชน 6) การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบเครื่องมือด้านเนื้อหา ความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ ซึ่ง IOC มีค่ามากกว่า 0.5 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรในการวิจัย จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยวิธีแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Co-efficient) มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.870 นำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ และปรับปรุงความสมบูรณ์ให้ถูกต้อง

● **การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยการหาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ก่อน ระหว่าง และหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

● **การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง** ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกริก หนังสือรับรองที่ 0201/02

วันที่รับรอง 1 ตุลาคม 2565

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 การพัฒนาแบบการสร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู้โควิด-19 อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี

1) มีรูปแบบการสร้างพลังแกนนำครอบครัวตามแนวทางคู่มือชุดความรู้สร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู้โควิด-19 องค์ประกอบสำคัญประกอบด้วย ครอบครัวรอบรู้สู้โควิด-19 คืออะไร ใครคือแกนนำครอบครัว ชุมชน การส่งเสริมสุขภาพตนเองของแกนนำและครอบครัว ด้วยหลัก 3 อ 2 ส การป้องกันโรคโควิด-19 และแผนส่งเสริมสุขภาพดีรายครัวเรือน และกิจกรรมการอบรมตามคู่มือ



ชุดความรู้การสร้างพลังครอบครัวรอบรู้สู้โควิด -19
E-book : เข้าถึงได้จาก <https://hp.anamai.moph.go.th/th/ebook-hp>

2) มีแผนส่งเสริมสุขภาพดีรายครัวเรือน (Wellness Family) สำคัญ ประกอบด้วย การประเมินสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงของแกนนำและบุคคลในครอบครัว เพื่อเป็นเครื่องมือในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแกนนำ

และครอบครัว ตามความคาดหวังผลลัพธ์สุขภาพ โดยการตั้งเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวของแกนนำเอง บนฐานความรู้ ข้อมูลข่าวสาร และการแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

แผนส่งเสริมสุขภาพดีรายครัวเรือน(Wellness Family)

แผนส่งเสริมสุขภาพดีรายครัวเรือน(Wellness Family)	
ชื่อ - สกุล แกนนำครอบครัว	ที่อยู่
สิทธิการศึกษาระดับ	หมายเลขโทรศัพท์
ข้อมูลสุขภาพแกนนำ	ปัญหาสุขภาพพฤติกรรมเสี่ยง (แกนนำ)
โรคประจำตัว	
ยาประจำตัว	
สูบบุหรี่	
ดื่มแอลกอฮอล์	ปัญหาสุขภาพพฤติกรรมเสี่ยง (คนในครอบครัว)
ข้อมูลสุขภาพคนในครอบครัว	
คนที่ 1	
คนที่ 2	
คำชี้แจง / โปรดใส่เครื่องหมายกากบาทลงในความถี่ของข้อ การประเมินตนเองตามหลัก 3 อ 2 ส	ความคาดหวังด้านสุขภาพผลลัพธ์ที่ต้องการ ในระยะเวลา
	เป้าหมายระยะสั้น (ไม่เกิน 6 เดือน)
(1) ขาดสารอาหาร (.....) ปกติ (.....) ดี	
(2) ออกกำลังกาย (.....) ปกติ (.....) ดี	
(3) อารมณ์ (.....) ปกติ (.....) ดี	
(4) ไม่สูบบุหรี่ (.....) ปกติ (.....) ดี	
(5) ไม่ดื่มสุรา (.....) ปกติ (.....) ดี	
(6) ปัญหาอื่น ๆ.....	

รายละเอียดกิจกรรมแผนส่งเสริมสุขภาพดีรายครัวเรือน (แผนกิจกรรมรายสัปดาห์)

กำหนดกิจกรรม/พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี	รายละเอียดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพดี							กิจกรรมหลักใน การส่งเสริมสุขภาพ
	เวลา	วัน	วัน	วัน	วัน	วัน	วัน	
	ทำกิจกรรม	อาทิตย์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์

ชื่อ-สกุล ผู้จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (แกนนำครอบครัว).....

หมายเหตุ: ดัดแปลงจาก Individual wellness plan กรมอนามัย (อ้างใน วิมล บ้านพวน)⁽⁶⁾

ส่วนที่ 2 ผลของรูปแบบการสร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู้โควิด-19 และชุดความรู้สร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู้โควิด-19

2.1 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.4 มีอายุ 51 – 60 ปี ร้อยละ 54.3 มี การศึกษาระดับ ปวส./อนุปริญญา ร้อยละ 68.6 มี จำนวนสมาชิกในครอบครัว 4-5 บุคคลที่คอย แนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากเทศบาล ร้อยละ 40 รองลงมาเป็น อสม. ร้อยละ 22.9 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามชุดความรู้ สร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู้โควิด-19 พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัวและการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม (Health Empowerment & Social Support) กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n=35)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		\bar{d}	S.D.	t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.				
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	2.56	0.16	2.51	0.09	.049	.111	2.609	.013
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	2.50	0.25	2.71	0.16	-.207	.162	-7.546	.001
ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามชุดความรู้ สร้างพลังครอบครัวรอบรู้สู้โควิด-19	1.61	0.12	1.85	0.07	-.235	.080	-17.235	.001
พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัว	2.20	0.27	2.33	0.19	-.130	.136	-5.660	.001
การเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม	2.97	0.08	3.00	0.00	-.028	.080	-2.095	.044

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามชุดความรู้สร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู้โควิด-19 พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัวและการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม (Health Empowerment & Social Support) กลุ่มทดลองหลังการทดลองและระยะติดตามผล (n=35)

ตัวแปร	หลังการทดลอง		ระยะติดตาม		\bar{d}	S.D.	t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.				
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	2.51	0.092	2.92	0.046	-0.409	0.091	-26.487	.001
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	2.71	0.163	2.99	0.325	-0.279	0.338	-4.870	.001
ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามชุดความรู้ สร้างพลังครอบครัวรอบรู้สู้โควิด-19	1.85	0.074	2.07	0.044	-0.227	0.076	-17.632	.001
พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัว	2.33	0.194	2.85	0.093	-0.517	0.181	-16.945	.001
การเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม	2.97	0.081	3.00	0.000	-0.029	0.081	-2.095	.044

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามชุดความรู้สร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู้โควิด-19 พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัว ชุมชนและการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม (Health Empowerment & Social Support) ระยะติดตามผลหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)

พฤติกรรม	\bar{X}	S.D.	t	df	Mean Difference	p-value
การรับรู้ความสามารถของตนเอง						
กลุ่มทดลอง	2.514	0.092	12.148	68	.45633	.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.057	0.202				
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ						
กลุ่มทดลอง	2.707	0.163	7.009	68	.40000	.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.307	0.296				
ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามชุดความรู้สร้างพลังครอบครัวรอบรู้สู้โควิด-19						
กลุ่มทดลอง	1.846	0.074	11.475	68	.34505	.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.501	0.162				
พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัว						
กลุ่มทดลอง	2.333	0.194	4.199	68	.22222	.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.111	0.246				
การเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม						
กลุ่มทดลอง	2.971	0.081	7.144	68	.42857	.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.543	0.346				

ส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจาก อสม. ร้อยละ 28.6 เช่นเดียวกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจาก รพ.สต. ร้อยละ 28.6

2.2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบตัวแปรปัจจัย ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามชุดความรู้สร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู้โควิด-19 พฤติกรรม

สุขภาพของแกนนำครอบครัว ชุมชน และการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม (Health Empowerment & Social Support)

จากตารางที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามชุดความรู้สร้างพลังแกนนำ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามชุดความรู้สร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู้โควิด-19 พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัวและการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม (Health Empowerment & Social Support) หลังทดลองและระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)

พฤติกรรม	\bar{X}	S.D.	t	df	Mean Difference	p-value
การรับรู้ความสามารถของตนเอง						
กลุ่มทดลอง	2.922	0.046	22.000	68	.80980	.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.113	0.213				
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ						
กลุ่มทดลอง	2.986	0.325	7.186	68	.51964	.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.466	0.278				
ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามชุดความรู้สร้างพลังครอบครัวรอบรู้สู้โควิด-19						
กลุ่มทดลอง	2.073	0.044	16.323	68	.46813	.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.605	0.164				
พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัว						
กลุ่มทดลอง	2.851	0.093	12.208	68	.48889	.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.362	0.218				
การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม						
กลุ่มทดลอง	3.000	0.000	7.563	68	.42857	.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.571	0.335				

ครอบครัวรอบรู้สู้โควิด-19 พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัว และการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม (Health Empowerment & Social Support) กลุ่มทดลองระหว่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Lit-

eracy) ตามชุดความรู้สร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู้โควิด-19 พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัวและการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม (Health Empowerment & Social Support) กลุ่มทดลองหลังการทดลองและระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief

Model) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามชุดความรู้สร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู่โควิด-19 พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัวและการเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพ (Health Empowerment) ระยะเวลาติดตามผล หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามชุดความรู้สร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู่โควิด-19 พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัวและการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม (Health Empowerment & Social Support) หลังทดลองและระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

ความคิดเห็นในการดำเนินงานการพัฒนาารูปแบบการสร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู่โควิด-19 พบดังนี้ แกนนำส่วนใหญ่ มีกิจกรรมร่วมกับเทศบาล มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนข้างดี เหตุผลในการเข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่อยากช่วยเหลือดูแลคนในครอบครัว ชุมชน “การเข้าร่วมกิจกรรม ทำให้มีการพบปะสังสรรค์กับเพื่อนๆ มีความเครียดลดลง สุขภาพจิตดีขึ้น มองว่าการเข้าอบรมในครั้งนี้มีประโยชน์มากได้รับความรู้ ความเชื่อมั่น ทั้งการป้องกันโรคโควิด-19 การส่งเสริมสุขภาพ....อื่บุคคลและแอปพลิเคชัน...เป็นความรู้ที่เข้าถึงได้ง่าย กดแป็บเดียวก็เปิดได้ เปิดได้ทุกที่ทุกเวลา

ไม่หนัก พกพาสบาย ทำให้มีความมั่นใจมากขึ้น...ตอนนี้ฉันไม่กลัวโรคโควิดแล้ว...ฉันฉีดวัคซีนแล้ว ฉันดูแลตัวเองและคนในครอบครัวอย่างดี...ถึงติดก็ไม่ตายอยู่ที่บ้านได้แล้ว”

ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลในครอบครัว แกนนำส่วนใหญ่มองว่า “สามารถทำได้ ไม่ยาก มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และเทศบาลคอยเป็นที่ปรึกษา สนับสนุนดูแล มีการส่งเสริมครัวเรือนแยกขยะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ.. เราทำงานบูรณาการ มีทั้งเทศบาล โรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอและแกนนำครอบครัว ชุมชน ...ทำงานแบบ พชอ. ...นายอำเภอเข้มแข็ง ประชาชนร่วมมือ ประชาชนแข็งแรง”

มุมมอง ข้อคิดเห็นต่อการพัฒนาารูปแบบการสร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู่โควิด-19 ส่วนใหญ่มองว่ากิจกรรมที่จัดอบรมแกนนำ 1 วัน บางรายบอกว่าได้แล้ว ระยะเวลาเหมาะสม เพราะมีการติดตามและสื่อสารอย่างต่อเนื่องผ่านไลน์กลุ่ม กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ทำให้แกนนำได้รู้จักกันมากขึ้น “กิจกรรม BLC Model ครอบครัวที่ฉันคาดหวังก็เป็นกิจกรรมที่ดี” ซึ่งแกนนำบางรายนำไปใช้กับครอบครัว พุดคุยปัญหาข้อห่วงใยและชวนกันปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง เช่น กิจกรรมการออกกำลังกาย การล้างมือก่อนรับประทานอาหาร การใช้ช้อนกลาง การดูฉลาก อย. เมื่อซื้อผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ การลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ ถึงแม้จะเลิกโครงการแล้วก็ยังดำเนินการต่อไป “สำหรับแผนส่งเสริมสุขภาพดีควรทำเป็นโปสเตอร์แผ่นใหญ่ๆ บางรายบอกว่าการเป็นแผ่นใหญ่ๆ จะนำไปติดตรงประตูบ้าน จะได้เห็นชัด ๆ ว่าจะทำอะไร ซึ่งเป็นสิ่งที่ดี เพื่อเตือนให้ดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น”

■ อภิปรายพล

1) รูปแบบการสร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู่โควิด-19 เป็นกระบวนการในการทบทวนแนวคิดทฤษฎี เอกสารที่เกี่ยวข้องรวมทั้งข้อมูลสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทย ต่างประเทศและในระดับพื้นที่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์เพื่อพัฒนาเครื่องมือชุดความรู้ในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในครอบครัว การพัฒนาศักยภาพแกนนำครอบครัวตามโปรแกรม สนับสนุนกลุ่มตัวอย่างดำเนินการตามขั้นตอนและการติดตามผลการดำเนินงานโดยการประยุกต์แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม (Health Empowerment & Social Support) และแนวความคิดเกี่ยวกับ Health Literacy เพื่อให้แกนนำเกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคโควิด-19 การรับรู้ความสามารถของตนเอง การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคโควิด-19 ในครอบครัว ชุมชน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้วิเคราะห์เกี่ยวกับสภาพการเป็นอยู่ของครอบครัว ชุมชน ปัญหา อุปสรรค มองภาพครอบครัวที่ควรจะเป็นและพัฒนาวิถีที่จะแก้ไขอุปสรรคนำไปสู่แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโควิด-19 จากการศึกษาพบว่า เพศชายมีอิทธิพลในการเป็นแกนนำสามารถเป็นแกนนำทั้งในระดับครอบครัวและชุมชนได้ดี มีเครือข่ายการทำงานในชุมชนเป็นฐานเดิมที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ ระดับการศึกษามีผลต่อแกนนำซึ่งแกนนำส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับ ปวส./

อนุปริญญา ร้อยละ 68.6 รองลงมาเป็นระดับปริญญาตรี ร้อยละ 28.6 ระดับการศึกษามีผลต่อการเข้าถึงและใช้แอปพลิเคชันและ E-book

จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า ผู้ที่มีการศึกษาคดี จะเข้าใจเทคโนโลยีแอปพลิเคชันได้ดีและจะเป็นพี่เลี้ยงให้กับเพื่อนแกนนำที่ใช้เทคโนโลยีไม่คล่อง การพัฒนาในการศึกษาวิจัยหรือการออกแบบอบรมในการศึกษารังต่อไปอาจต้องเพิ่มเติมชั่วโมงสำหรับกลุ่มที่ยังใช้เทคโนโลยีไม่คล่อง การมีบุคคลที่คอยแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของเทศบาล ร้อยละ 40.0 รองลงมาเป็น อสม. ร้อยละ 22.9 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาล ร้อยละ 20.0 จากการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า “มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และเจ้าหน้าที่จากเทศบาลคอยเป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนดูแล มีการส่งเสริมครัวเรือน แยกขยะเพื่อป้องกันการติดเชื้อในครอบครัว ชุมชน” จากการศึกษาพบว่าการสังเกตพบว่าการบูรณาการ การทำงานที่ดีทั้งเทศบาล (อปท.) โรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ และแกนนำครอบครัวซึ่งเป็นจุดแข็งในการพัฒนาระดับครอบครัว ชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ อภาพร เฝ้าวัฒนา และคณะ⁽⁹⁾ ซึ่งได้สรุปแนวความคิดพื้นฐานของการส่งเสริมสุขภาพไว้ดังนี้ สุขภาพเป็นแนวคิดเชิงบวกประกอบด้วยหลายมิติ โยงใยความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องสุขภาพเกิดจากการสร้างความร่วมมือของบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อปรับเปลี่ยนภาวะสุขภาพส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม และสอดคล้องกับ Pender⁽¹⁰⁾ ที่อธิบายถึงลักษณะความหลากหลายมิติของบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมส่วนบุคคลและทางกายภาพ ตามที่พวกเขาแสวงหาสุขภาพร่างกายที่ดี ได้อธิบายรายละเอียดในตัวแบบ เช่นลักษณะส่วนบุคคล และประสบการณ์ พฤติกรรมที่

เกี่ยวข้องกับก่อนหน้า และปัจจัยส่วนบุคคล เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลหรืออิทธิพลต่อกันทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

2) การดำเนินงานขับเคลื่อนผ่านแกนนำครอบครัวตามโปรแกรมการสร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู้โควิด-19 การรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามชุดความรู้สร้างพลังครอบครัวรอบรู้สู้โควิด-19 และการเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพ การนำเทคโนโลยี E-book และแอปพลิเคชันที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย รูปแบบน่าสนใจ และเป็นความรู้ตรงที่ประชาชนประเมินได้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดความสนใจในการเรียนรู้ ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองมีภาพรวมความรู้ด้านสุขภาพ ตามชุดความรู้สร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู้โควิด-19 อยู่ในระดับมาก ($=2.25, S.D.=0.25$) ได้แก่ ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับชุดความรู้สร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู้โควิด-19 ($=2.86, S.D.=0.11$) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตามชุดความรู้สร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู้โควิด-19 ของแกนนำครอบครัว ($=2.47, S.D.=0.27$) การบอกต่อในครอบครัว ชุมชน ตามชุดความรู้ของแกนนำครอบครัว ($=0.82, S.D.=0.17$) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีภาพรวมความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามชุดความรู้สร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู้โควิด-19 พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัว และการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนรัช

ธนิกกุล⁽¹¹⁾ เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ($r = 0.212$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ รจนารถ ชูใจ และคณะ⁽⁶⁾ กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโควิด-19 ($M=77.11, SD=8.210$) สูงกว่าก่อนได้รับ ($M=76.60, SD=7.39$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จะเห็นได้ว่าการใช้รูปแบบการสร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู้โควิด-19 โดยประยุกต์องค์ความรู้ วิชาการด้วยเทคโนโลยีที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ในรูปแบบของ E-book และแอปพลิเคชัน เป็นการสร้างแรงจูงใจ สร้างความรู้ด้านสุขภาพ ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง มีโอกาสโต้ตอบซักถามจากเจ้าหน้าที่ในระดับพื้นที่ สอดคล้องกับนโยบาย 3 หมอของกระทรวงสาธารณสุข หมอคนที่หนึ่งคือ อสม.ใกล้บ้านใกล้ใจ หมอคนที่สองคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากหน่วยบริการในพื้นที่ และหมอคนที่สามคือบุคลากรทางการแพทย์ในระดับโรงพยาบาลชุมชน การสนับสนุนให้ประชาชนดูแลตนเอง เชื่อมั่นในพลังอำนาจของตนเอง และแรงสนับสนุนจากสังคมชุมชน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เสี่ยงเป็นสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพดี มีความปลอดภัยจากโรคโควิด-19 การดูแลสุขภาพป้องกันสนับสนุนสุขภาพในครอบครัว ชุมชนโดยแกนนำ จึงเป็นการสร้างความรักความผูกพันในครอบครัว ชุมชน มีพื้นที่ปลอดภัย ครอบครัวอบอุ่น สังคมมีความสมานฉันท์ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค จึงควรเริ่มจากครอบครัวซึ่งเป็นฐานรากที่สำคัญ “ครอบครัวอบอุ่น ปลอดภัย สังคมไทยมั่นคง”

■ ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) สร้างแกนนำครอบครัว ชุมชน ต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และเร่งสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวในการจัดการสุขภาพของคนในครอบครัว โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนการดำเนินงานและกำหนดเป็นนโยบาย

2) กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ สนับสนุนการดำเนินงานสร้างแกนนำครอบครัว เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตครอบครัวและชุมชน

3) แผนส่งเสริมสุขภาพดีรายครัวเรือน เป็นเครื่องมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เสนอให้กรมอนามัยนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Life-style Medicine)

2. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1) จัดทำชุดสื่อสร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู่โควิด-19 ที่ทันสมัยเหมาะสมกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และการส่งเสริมสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ในรูปแบบที่หลากหลาย ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย เช่น E-book หรือสื่อการเรียนรู้แบบ YouTube หรือสื่อเสมือนจริง

2) พัฒนารูปแบบการจัดอบรมแกนนำครอบครัวที่เหมาะสมตามบริบทของกลุ่มเป้าหมายและบริบทของพื้นที่ หรือระยะเวลาในการฝึกอบรม ทั้งนี้ยังคงเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง แต่ปรับใช้รูปแบบ เช่น การอบรมโดยใช้ภาษาถิ่น การใช้แกนนำครอบครัวที่มีประสบการณ์ในการถ่ายทอดองค์ความรู้และประสบการณ์

3) การสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายและภาคส่วนต่าง ๆ ในการบูรณาการการทำงานรวมถึงภาคเอกชน สามารถนำรูปแบบไปปรับใช้ในครอบครัวของพนักงานได้

3. ข้อเสนอแนะในการศึกษาค้างต่อไป

1) ศึกษาสถานการณ์ปัจจัยกำหนดสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีผลต่อครอบครัวชุมชน

2) ศึกษาความยั่งยืนของการนำรูปแบบการสร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู่โควิด-19 ไปใช้ในชีวิตจริงจากการประยุกต์ใช้ตามบริบทของพื้นที่ และศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพประสิทธิผลการดำเนินระหว่างพื้นที่ เช่น รูปแบบเขตเมือง เขตชนบท หรือพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ (EEC) เพื่อปรับปรุงพัฒนารูปแบบการสร้างพลังแกนนำครอบครัว

■ กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์ สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย อธิบดีกรมอนามัย, นายแพทย์โสภณ เมฆธน อธิบดีปลัดกระทรวงสาธารณสุข, นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา รองอธิบดีกรมอนามัย, นายแพทย์สมพงษ์ ชัยโอภาณนท์ ประธานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย, นายแพทย์พีรยุทธ สาณกุล ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรีและคณะ, ผู้บริหารเทศบาลตำบลบ้านบางม่วงพร้อมทีมงาน ที่สนับสนุน ชี้แนะ แนะนำ ให้กำลังใจ จนงานวิจัยเสร็จสิ้นอย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global Situation. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. 2021 [cited 2021 Nov 20]. Available from: <https://covid19.who.int>
2. worldometer. COVID-19 CORONAVIRUS PANDEMIC [Internet]. 2021 [cited 2021 Nov 17]. Available from: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
3. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขกรณีติดเชื้อโควิด-19 จังหวัดนนทบุรี. รายงานสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 จังหวัดนนทบุรี [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 19 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nonthaburi.go.th/covid19/>
4. กรมอนามัย. ผลสำรวจอนามัยโพลประเด็น “การประเมินความเสี่ยงและพฤติกรรมป้องกันโรคของครอบครัว” [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 9 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/090864/>
5. HITAP โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. การศึกษาผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hitap.net/documents/181495>.
6. รจนารต ชูใจ, ชลธิชา บุญศิริ, กมลพร แพทย์ชีพ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2564;8(1):250-62.
7. Creswell JW & Plano Clark VL. Designing and Conducting Mixed Methods Research [Internet]. 2017 [cited 2021 Jan 20]. Available from: <https://us.sagepub.com/en-us/nam/designing-and-conducting-mixed-methods-research/book/241842>.
8. วิมล บ้านพวน, จุฑาทิกร เจนจิตร, วัลภินันท์ สืบศักดิ์. การพัฒนาระบบแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2564;11(1):107-27.
9. อภาพพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุนีย์ ละกำป็น, ขวัญใจ อานาจสัตย์เชื้อ. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน : การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://myblogcomnurse.blogspot.com/>
10. Pender NJ, Murdaugh CL and Parson MA. Health Promotion in Nursing Practice. 4th ed. Upper Saddle River, N.J: Prentia Hall; 2002.
11. ธนัช ธนิกกุล และสุพัฒน์ วีระเวชเจริญชัย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม [วิทยานิพนธ์] กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://dric.nrct.go.th/index.php?/Search/SearchDetail/261756>.



ผลสำเร็จและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย ในคลินิกทันตกรรมนักศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สวัสดิศักดิ์ นาแถมพลอย

วรนุช เชนฐักัดิจิต

สุทธาสินี วรรณรัตน์

ฤดีมาศ พัฒนพวงศานนท์

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

วันรับ 7 ธันวาคม 2566, วันแก้ไข 18 ธันวาคม 2566, วันตอบรับ 20 ธันวาคม 2566

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลสำเร็จของการสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ และปัจจัยในการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการทันตกรรมในคลินิกทันตกรรมนักศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ชุด ชุดที่ 1 เก็บข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครวิจัย ชุดที่ 2 ตรวจสอบอัตราการเลิกบุหรี่ และใช้เครื่อง piCO™ Smokerlyzer วัดระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ ข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเลิกหรือลดปริมาณการสูบบุหรี่ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิธี Coding analysis ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยปริทันต์ทั้งหมด 770 ราย มีผู้สูบบุหรี่ 48 ราย และรับคำแนะนำเลิกบุหรี่และรักษาทางทันตกรรมเสร็จสิ้น 33 ราย แต่ยินดีเข้าร่วมการศึกษา 15 ราย พบว่าใน 15 รายนี้เลิกสูบบุหรี่ได้ 4 ราย ลดจำนวนการสูบต่อวันลง 3 ราย สูบเท่าเดิม 8 ราย จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่ คือ 1) การรับรู้ผลเสียที่เกิดขึ้นต่อร่างกายของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสามารถในการออกกำลังกายลดลง 2) ทศนคติส่วนบุคคล 3) การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ 4) คำแนะนำจากนักศึกษาทันตแพทย์เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพช่องปาก สรุป พบอัตราการเลิกบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในระดับปานกลาง ควรนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้ง 4 ปัจจัย มาปรับใช้ในการสร้างแรงจูงใจเลิกบุหรี่พร้อมทั้งติดตามผลในระยะยาวจะช่วยให้ผู้ป่วยสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลง ทั้งสุขภาพช่องปากและสุขภาพร่างกายของตนเองไปในทางที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: เลิกบุหรี่ หยุดสูบบุหรี่ นักศึกษาทันตแพทย์ ทันตกรรม ทันตแพทย์

Quitting rate and related factors of smoking patients attending Thammasat dental student clinic

Sawatdisak Natamploy

Woranuch Chetpakdeecheit

Sutasinee Wanarat

Redeemas Patanaphongsanont

Faculty of Dentistry, Thammasat University

Received 7 December 2023, Revised 18 December 2023, Accepted 20 December 2023

Abstract

The purpose of this research aimed to study the success of creating motivation to change smoking behavior and factors in quitting smoking among dental service recipients in the student dental clinic, Thammasat University. Materials and methods are cross-sectional descriptive studies by collecting 2 sets of questionnaires. Set 1 collecting general information of research volunteers, and Set 2 examining smoking cessation rates, using with the piCO™ Smokerlyzer to measure carbon monoxide gas levels. Qualitative data were obtained from in-depth interviews with samples of people who were able to quit or reduce the amount of smoking, analysing with descriptive statistics and Coding analysis. Results A total of 770 periodontal patients, 33 of 48 cases of whom were smokers, received advice to quit smoking and completed dental treatment, 15 of them were willing to participate in the study. It was found that, 4 of them quit smoking, 3 of them reduced the amount of smoking per day, and 8 of them smoked the same amount from the qualitative data analysis. The important factors related to quitting smoking were 1) perception of negative effects on smoker's own body; In particular, the ability to exercise decreased 2) personal attitude 3) support from important people 4) advice from dental students regarding oral health problems. Conclusion It was found that the smoking cessation rate of the sample was at a moderate level. All 4 related factors should be applied to create motivation to quit smoking along with long-term follow-up to help patients notice changes of both oral health and physical health of will improve.

Keywords: quit smoking, smoking cessation, dental student, dentistry, dentist

■ บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ เนื่องจากการสูบบุหรี่ก่อให้เกิดอันตรายแก่สุขภาพร่างกายและเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคร้ายแรงที่สามารถป้องกันได้ ได้แก่ โรคมะเร็งปอด โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคถุง

ลมโป่งพอง เป็นต้น⁽¹⁾ จากการสำรวจโดย WHO ในปี ค.ศ. 2005 พบว่าทั่วโลกมีจำนวนผู้สูบบุหรี่มากถึง 1.3 พันล้านคน และผลสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติของประเทศไทย พบว่าในปี พ.ศ. 2557 มีจำนวนผู้สูบบุหรี่ประมาณ 11.4 ล้านคน โดย 10 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ประจำ และพบ

ว่ามีผู้ที่เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกแล้วเป็นจำนวน 3.7 ล้านคน⁽²⁾

การสูบบุหรี่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากเช่นกัน โดยมีรายงานว่า การสูบบุหรี่สามารถเพิ่มโอกาสในการเกิดโรคหรือสภาวะอื่นๆ ในช่องปากได้ เช่น ความเสี่ยงโรคปริทันต์อักเสบที่นำไปสู่การสูญเสียฟันและกระดูกละลาย การหายของแผลซาลง วัณโรคได้น้อยลง มีกลิ่นปาก รวมถึงปัญหาด้านความสวยงาม มีคราบติดที่ตัวฟัน⁽³⁾ ที่สำคัญการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก⁽⁴⁾ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ทันตแพทย์มักเป็นผู้พบจากการตรวจภายในช่องปาก หรือการตรวจคัดกรองโรค และสามารถระบุได้ว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ในปัจจุบันนอกจากบุคลากรทางการแพทย์แล้ว ทันตแพทย์จึงเข้ามามีบทบาทในการกระตุ้น ส่งเสริมและชี้แนะให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลเสียและอันตรายของการสูบบุหรี่ รวมถึงให้ความรู้และจูงใจให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้ด้วยวิธีต่างๆ เช่น 5A, 5R5D, 3หา7ไม่ และวิธีหักดิบ เป็นต้น⁽⁵⁾ หากผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้ตามคำแนะนำของทันตแพทย์จะทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพช่องปากดีขึ้น ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคและอัตราการตายจากโรคที่กล่าวมาข้างต้นได้⁽⁶⁻⁷⁾

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (มธ.) ได้เข้าร่วมเครือข่ายวิชาชีพทันตแพทย์เพื่อการควบคุมยาสูบ และได้จัดอบรม “ทันตแพทย์ไทย ด่านภัยยาสูบ” ให้แก่นักศึกษาชั้นปีที่ 5 โดยเนื้อหาของอบรมประกอบด้วย ผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพช่องปาก แนวทางการดูแลรักษาภาวะติดบุหรี่แบบกระชั้น (5A) การให้คำแนะนำแบบกระชั้นเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ (5R5D) และเน้นย้ำให้นักศึกษานำสิ่งที่ได้จากการอบรมมาใช้กับผู้ป่วยในคลินิกทันตกรรมนักศึกษา

การศึกษาวิจัยความสำเร็จของการสร้าง

แรงจูงใจในการเลิกบุหรี่โดยทันตแพทย์ ส่วนใหญ่ศึกษาในมุมมองของผู้ให้บริการคือทันตแพทย์เอง อาทิ การประเมินทัศนคติและความรู้ความเข้าใจที่มีต่อการสร้างแรงจูงใจเลิกบุหรี่⁽⁸⁻¹¹⁾ แต่งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลสำเร็จที่เกิดขึ้นโดยนักศึกษาทันตแพทย์ยังมีอยู่จำกัด

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อตรวจสอบอัตราการเลิกบุหรี่ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยสูบบุหรี่ที่ได้รับการรักษาทางปริทันต์ในคลินิกทันตกรรมนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผ่านการสังเกต การปฏิบัติงานจริงของนักศึกษาที่เข้ารับการอบรมมาตรฐานเพื่อสร้างแรงจูงใจเลิกบุหรี่

■ วิธีการศึกษา

● กลุ่มเป้าหมาย คือผู้ป่วยสูบบุหรี่ที่กำลังเข้ารับการรักษาในคลินิกปริทันต์วิทยาที่คลินิกทันตกรรมนักศึกษา ระหว่างเดือนตุลาคม 2559 ถึงเดือนตุลาคม 2560 โดยขออนุญาตคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เพื่อเข้าถึงบัญชีรายชื่อผู้ป่วยสูบบุหรี่

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้ป่วยโรคเหงือกอักเสบ (Gingivitis) หรือปริทันต์อักเสบ (Periodontitis) ที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีอายุระหว่าง 20-70 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง สามารถตอบแบบสอบถาม ให้สัมภาษณ์และติดต่อได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ อาสาสมัครวิจัยที่กำลังเข้าร่วมโครงการเลิกบุหรี่อื่นๆ หรืออาสาสมัครวิจัยที่มีค่า FTND (Fagerstrom’s test for Nicotine dependence) > 8

● เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด ชุดที่ 1 เก็บข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร ชุดที่ 2 เป็นแบบติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ โดยให้อาสาสมัครเป่าเครื่อง piCO™ Smoker-lyzer เพื่อวัดปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ (CO) ด้วยตนเอง ส่วนที่ 2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ในอาสาสมัครจำนวน 8 รายที่เลิกสูบบุหรี่และสูบลดลง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของอาสาสมัคร

การตรวจสอบแบบสอบถาม ตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ และทำการศึกษานำร่องในกลุ่มผู้ป่วยที่ให้ประวัติว่าตนเองเลิกบุหรี่ได้สำเร็จก่อนเข้ารับการรักษากับนักศึกษา จำนวนทั้งสิ้น 6 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในภาษาและวิธีการตอบแบบสอบถาม

● **การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ความถี่ ร้อยละ และฐานนิยม ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยวิธี Coding analysis⁽¹²⁻¹³⁾

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** งานวิจัยนี้ได้ขอจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ COA No.355/2560 วันที่รับรอง 26 ธันวาคม พ.ศ.2560

■ ผลการศึกษา

จำนวนผู้ป่วยโรคปริทันต์ในคลินิกทันตกรรมนักศึกษา มีทั้งสิ้น 770 ราย ผู้ที่มีประวัติสูบบุหรี่ (current smoking) 48 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.23 จากผู้ป่วยโรคปริทันต์ทั้งหมด ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ทุกรายได้รับคำแนะนำจากนักศึกษาทันตแพทย์ชั้นปีที่ 5 ที่ผ่านการอบรมเรื่องผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพช่องปาก แนวทางการดูแลรักษาภาวะติดยุหรี่แบบกระชับ (5A) และการให้คำแนะนำแบบกระชับเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ (5R5D) ผู้ป่วยสูบบุหรี่ได้รับการรักษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครวิจัย

	คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ราย)
เพศ	ชาย	14
	หญิง	1
อายุ	ระหว่าง 20 - 39 ปี	6
	ระหว่าง 40 - 59 ปี	3
	ระหว่าง 60 - 69 ปี	5
	ตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป	1
อาชีพ	นักศึกษา	5
	รับราชการ	2
	รับจ้าง, ค้าขาย	2
	เกษียณราชการ	3
	ไม่ประกอบอาชีพ	3

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครวิจัย (ต่อ)

	คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ราย)
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	3
	ปริญญาตรี	11
	สูงกว่าปริญญาตรี	1
โรคประจำตัว	มีโรคประจำตัวหรือโรคทางกาย	5
	ไม่มีโรค	10
ประเภทของบุหรี่ที่ใช้	บุหรี่มีไส้กรอง (บุหรี่ซอง) ใช้มากกว่า 1 ประเภท ขึ้นไป	12
	บุหรี่ซอง และบุหรี่ไฟฟ้า	2
	บุหรี่ซอง, บุหรี่ไฟฟ้า, บุหรี่มวนเอง (ยาเส้นมวนใบสูบ)	1
จำนวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน	1 – 5 มวน	8
	6 – 10 มวน	3
	11 – 15 มวน	2
	16 – 20 มวน	2
	20 มวนขึ้นไป	0
อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก	ต่ำกว่า 15 ปี	2
	ระหว่าง 15 – 20 ปี	8
	ระหว่าง 21 – 30 ปี	4
	30 ปีขึ้นไป	1
สูบบุหรี่มาเป็นเวลา	1 – 10 ปี	5
	11 – 20 ปี	1
	21 – 30 ปี	3
	31 – 40 ปี	4
	40 ปีขึ้นไป	2
ความถี่ในการสูบ	เป็นประจำทุกวัน	10
	เกือบทุกวัน	1
	เป็นครั้งคราว นานๆ ครั้ง	4

ตารางที่ 2 ผลการประเมินระดับการติดสารนิโคตินที่ได้จาก Fagerstrom test

คะแนน Fagerstorm	จำนวน (ราย)	ระดับการติดสารนิโคติน
0 – 2	7	ไม่นับว่าติดสารนิโคติน
3 – 4	5	ระดับต่ำ
6 – 7	3	ระดับปานกลาง
8 – 10	0	ระดับสูง

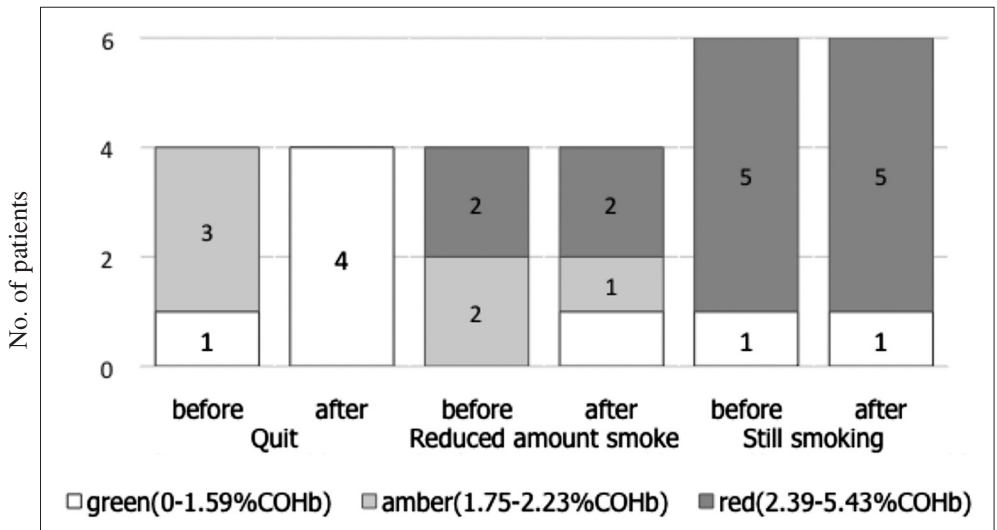
ตารางที่ 3 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่และประสบการณ์การสร้างแรงจูงใจเลิกบุหรี่

	จำนวน (ราย)
จำนวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน	
0 มวน (เลิกสูบ)	4
1 - 5 มวน	6
6 - 10 มวน	1
11 - 15 มวน	1
16 - 20 มวน	3
มากกว่า 20 มวน ขึ้นไป	0
ความถี่ของการได้รับการสร้างแรงจูงใจเลิกบุหรี่จากนักศึกษา	
ทุกครั้งที่มีการรักษา	13
เกือบทุกวัน	2
เป็นครั้งคราว นานๆ ครั้ง	0
ระยะเวลาที่ได้รับการสร้างแรงจูงใจ	
1 - 5 นาที	10
5 - 10 นาที	3
10 - 20 นาที	2
มากกว่า 20 นาที	0
ระดับความพึงพอใจที่มีต่อคำแนะนำจากนักศึกษา	
มากที่สุด	7
มาก	7
ปานกลาง	1
น้อย	0
น้อยที่สุด	0
การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่	
เลิกสูบบุหรี่	4
สูบลดลง	3
สูบลดลง และกลับมาสูบใหม่	1
สูบเท่าเดิม	7

โรคปริทันต์เสริมจลิน 33 ราย มีอาสาสมัครที่เข้าร่วมวิจัย 15 ราย เป็นชาย 14 ราย หญิง 1 ราย (ตารางที่ 1) ผลการประเมินระดับการติดสารนิโคติน (Fagerstrom test) พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่นับว่าติดสารนิโคตินหรือติดในระดับต่ำ

(ตารางที่ 2)

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของอาสาสมัคร 15 คน ภายหลังจากได้รับการสร้างแรงจูงใจ พบว่ามีผู้เลิกบุหรี่ 4 คน (ร้อยละ 26.67) ลดจำนวนการสูบ 3 คน (ร้อยละ 20.00) นักศึกษา



ภาพที่ 1 แสดงความถี่ของแถบสีจากการเป่าเครื่อง piCO™ ในอาสาสมัครวิจัย 3 กลุ่ม ก่อนและหลังการรักษาทางทันตกรรม

ส่วนใหญ่สร้างแรงจูงใจทุกครั้งตลอดการรักษาโรคปริทันต์ โดยส่วนใหญ่ใช้เวลา 1-5 นาที อาสาสมัครส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากและมากที่สุด (ตารางที่ 3)

ผลการเป่าเครื่อง piCO™ smoker-lyzer เมื่อแบ่งอาสาสมัครออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มเลิกสูบบุหรี่ สูบบุหรี่ลดลง และไม่เปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ นำค่า CO มาแปลผลเป็นค่าแถบสีโดยใช้ piCO™ Smokerlyzer CO chart สีเขียว (Green) หมายถึงมี CO ปริมาณต่ำมาก สีส้ม (Amber) ปริมาณปานกลาง สีแดง (Red) ปริมาณสูง ผล CO ที่แสดงในกราฟเป็นการยืนยันคำตอบของอาสาสมัครว่าเลิกหรือลดการสูบบุหรี่ได้จริง

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบปัจจัยในการเลิกหรือลดการสูบบุหรี่ ดังนี้

1. การรับรู้ผลเสียที่เกิดขึ้นต่อร่างกายของตนเอง

1.1. สุขภาพร่างกาย อาสาสมัครที่เป็นวัยรุ่นส่วนใหญ่ มักพูดถึงการเปลี่ยนแปลงของ

สุขภาพร่างกายตนเองว่า ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ หรือทำกิจกรรมได้น้อยลง และรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสูบบุหรี่ เช่น การวิ่งหรือออกกำลังกาย การเดินขึ้นบันไดหรือสะพานลอย เป็นต้น ส่วนอาสาสมัครที่เป็นผู้สูงอายุมักพูดถึงโรคประจำตัว

1.2. สุขภาพช่องปาก การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่องปากที่สามารถสังเกตเห็นได้เป็นอันดับแรกคือ เหงือกและริมฝีปากมีสีเข้มขึ้นจากการสัมภาษณ์ พบว่า มีทั้งที่สามารถสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้ด้วยตนเองและนักศึกษาเป็นคนที่ชี้ให้เห็น และแจ้งให้ทราบว่าบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคเหงือกอักเสบ และมีผลต่อการรักษาโรคในช่องปาก อาสาสมัครวิจัยจึงตัดสินใจหยุดหรือลดปริมาณการสูบบุหรี่ลง

“ดูจุดจิ้นเข้ามากลืนน้ำลายไม่ได้ ปากมันขมไปหมดแล้ว ปากเป็นแผลไปหมดเลย เพราะเราดู ดูดหนักมาก เราหยุดเพราะเรารู้สึกว่าร่างกายเรามันพังแล้ว เราไม่อยากจะเข้ามาขมปากอีกแล้ว”

“เรามาสูบบุหรี่ตรงที่ พี่เขาบอกว่า เราเป็นคนเหงือกอักเสบ เวลาสูบบุหรี่มันจะทำให้เหงือกอักเสบ แล้วทำให้เหงือกมันจะคลุ้มที่รากฟัน จะทำให้หินปูนเข้าไปได้ไง เราก็รู้สึกว่าเขาเอา เราใช้เวลาแค่แป๊บเดียว หินปูนก็ขึ้นมาใหม่ได้ง่าย เราก็อยากลองหยุดดู”

“นักศึกษาทันตแพทย์เขาก็แนะนำว่าสูบบุหรี่แล้วมันจะส่งผลต่อสุขภาพฟันของเรา เรื่องเหงือก เขาก็อธิบายว่าเหงือกเป็นอย่างไร เราก็รับฟัง ก็เป็นส่วนหนึ่งที่เรตัดสินใจ”

“พี่หมอเค้าก็จะบอก เพลาๆ บุหรี่นั้นเพราะว่าแผลหายช้า ช่วงผ่าฟันคุดผมก็ไม่สูบบุหรี่เพราะรู้ว่าแผลมันจะหายช้า”

1.3. บุคคลิกภาพ “กลิ่นเหม็นของบุหรี่” ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันและบุคลิกภาพของพวกเขา เกิดความรู้สึกเกรงใจในการใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลอื่น และการสูบบุหรี่ยังถูกมองว่าเป็นเรื่องที่ไม่ถูกต้องในสังคม ไม่อยากให้คนในบ้านหรือที่ทำงานรับรู้ถึงพฤติกรรมดังกล่าว เพราะกลัวจะเสียภาพลักษณ์หรือความน่าเชื่อถือไป

2. **ทัศนคติและความตั้งใจของตนเอง** การตัดสินใจเลิกบุหรี่ หรือลดปริมาณการสูบบุหรี่ลง เกิดขึ้นจากความพยายามและตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพัฒนาตนเองไปในทางที่ดีขึ้น หรือตระหนักได้ว่าตนเองไม่ต้องพึ่งพาบุหรี่อีกต่อไป และอยากแก้ไขพฤติกรรมนี้ก่อนที่จะติดเป็นนิสัยหรือความเคยชิน

3. **บุคคลรอบตัว** นอกจากตนเองแล้ว บุคคลอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องกับอาสาสมัครก็เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสูบบุหรี่ของตนเอง โดยให้การสนับสนุน แนะนำ และตักเตือนอยู่ตลอดเวลา เช่น ครอบครัว คนรัก เพื่อน และคนรู้จัก เป็นต้น หรืออาสาสมัครกังวลและกลัวว่าบุคคล

ดังกล่าวจะได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมสูบบุหรี่ของตนด้วย

“ก็เรื่องครอบครัวด้วย ที่บ้านเค้าไม่ค่อยโอเค แม้มก็ไม่อยากให้สูบ ก็กลัวเป็นปัญหาสุขภาพไว้ใจครับ ตอนแรกก็ไม่ได้สนใจมาก หลังๆ แม้มก็แบบ เริ่มพูดดีขึ้น ไม่ได้ว่าเหมือนเมื่อก่อน เราก็รู้สึกโอเคตรงนั้นที่เค้าเข้าใจ เราก็เลยเออ เลิกก็ได้ก็บอกเค้าไป”

4. **การสร้างแรงจูงใจเลิกบุหรี่โดยนักศึกษาทันตแพทย์** มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเห็นถึงผลเสียของบุหรี่ต่อสุขภาพช่องปาก ซึ่งเป็นเรื่องใกล้ตัวที่สามารถสัมผัสได้จริงหรือทำให้ผู้ป่วยเห็นภาพมากขึ้น ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นในหัวข้อผลเสียที่เกิดขึ้นกับสุขภาพช่องปาก นอกจากนี้ ยังมีบทบาทในการกระตุ้นย้ำเตือนและติดตามผลการเปลี่ยนแปลงทุกครั้งที่ทำให้การรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลิกบุหรี่ได้เร็วขึ้น หรือเป็นการเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement) ให้กับผู้ป่วย

“พี่เค้าจะถามตลอดเป็นไงบ้าง จริงๆ ที่เลิกได้ก็เป็นเพราะพี่เขาด้วย อาจจะไม่ได้ effect กับผมให้เลิกบุหรี่ แต่เขาจุดอะไรบางอย่าง ให้ผมคิดว่า เอ้ยมันแะแล้วนะ เพราะมันนะ จริงผมจะเลิกบุหรี่ได้หรือไม่ได้เนี่ยมันขึ้นอยู่กับตัวเอง แต่การทำยังไงให้คิดว่าต้องเลิกแล้วเนี่ยอันนี้สำคัญกว่า”

“ถ้าเกิดไม่มีพี่เขา ความคิดที่จะเลิกก็ยังไม่มา เพราะชีวิตตอนนั้นก็แฮปปี้อยู่ พอได้ถูกคิดปั๊บ ก็ติดตาม พี่เขาเป็นคนให้ความคิดริเริ่มในการเลิก”

“สิ่งที่พี่เขาพูดมันก็มีส่วน ช่วยเรา มีคนมาเตือนเรา ถามว่าช่วยได้ไหม ช่วยได้ในแง่ของการพูด การอะไร เพราะมันค่อยๆ ผิงในตัวเรา กระตุ้น กระตุ้น กระตุ้น ไปเรื่อยๆ”

“ก็เห็นภาพครับ ทำให้เราเห็นว่ามันสำคัญ ถ้าเค้าไม่บอกว่าสูบบุหรี่มันส่งผลกับเหงือก

ก็ไม่รู้ ก็ช่วยได้เยอะเหมือนกัน คำอธิบายให้เราเข้าใจง่ายขึ้น”

“พี่เค้าชอบถามตลอดว่าแบบเหลือวันละกี่มวนแล้ว ไร่ประมาณเนี่ย แล้วเหมือน มันแบบเด็กตั้งใจเรียนอะ มันต้องทำ quest ให้ได้อะ แบบทุกครั้งต้องดีซึ้นอะ”

ผู้วิจัยพบประเด็นที่น่าสนใจ คือ

- อาสาสมัครบางรายกล่าวถึงเครื่องเป่าที่ใช้ตรวจวัดทุกครั้งที่มีรับบริการทางทันตกรรมว่ามีส่วนช่วยในการเลิกบุหรี่เช่นกัน เพราะสามารถแสดงให้เห็นว่าตนเองมีระดับ CO ในร่างกายสูงกว่าระดับปกติ ซึ่งแสดงออกมาเป็นตัวเลขหรือแถบสี ทำให้เห็นภาพมากขึ้น และเป็นเครื่องช่วยยืนยันว่าบุหรี่ยังส่งผลเสียกับร่างกายจริงๆ

- อาสาสมัครบางรายให้สัมภาษณ์ว่าค่าใช้จ่ายที่แพงขึ้นทำให้ตนเองเข้าถึงบุหรี่ยากขึ้น รวมไปถึงค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่ต่อเดือนค่อนข้างสูง จึงมองว่าการซื้อบุหรี่เป็นเรื่องสิ้นเปลือง

- มีการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ที่หาซื้อได้ตามอินเทอร์เน็ต และบุหรี่ไฟฟ้า เป็นตัวช่วยในการเลิกบุหรี่อีกด้วย

- อาสาสมัครที่เลิกบุหรี่หรือลดปริมาณการสูบลงได้ มีพฤติกรรมที่มีร่วมกันหรือคล้ายกันดังนี้

1) มักเรียกตนเองว่าเป็นผู้ที่ “ไม่ติดบุหรี่” แต่สามารถควบคุมพฤติกรรมการสูบของตนเองได้

2) เคยเลิกสูบบุหรี่หรือลดการสูบลงได้เป็นเวลานาน แต่จะกลับไปสูบบุหรี่ใหม่เมื่อเข้าสังคม

อาสาสมัครส่วนใหญ่ให้ประวัติว่าตนเองเคยเลิกสูบบุหรี่มาก่อน ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลหรือปัจจัยใดก็ตาม แต่มักไม่ประสบผลสำเร็จ เหตุผลที่ทำให้กลับมา มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ซ้ำคือ การเข้าสังคม พบปะสังสรรค์กับเพื่อน หรือกลับมาสูบบุหรี่ทุกครั้งที่มีการดื่มสุรา

นอกจากนี้ อาสาสมัครบางรายให้สัมภาษณ์ว่า เมื่อไม่ได้เข้าสังคมเป็นระยะเวลานาน ตนเองมีการลดปริมาณการสูบบุหรี่ลง หรือไม่ได้สูบเลย และในรายที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ หากมีความจำเป็นที่จะต้องพบปะสังสรรค์ สามารถปฏิเสธ และควบคุมตนเองได้ กล่าวคือมีทักษะการปฏิเสธและมีภูมิคุ้มกันในตนเอง

3) คำแนะนำเกี่ยวกับโทษของบุหรี่ถูกมองว่าเป็นเรื่องไกลตัว และไม่มีประโยชน์

อาสาสมัครหลายคนบอกว่า ตนเองมีความรู้หรือทราบผลเสียที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่อยู่แล้ว การแนะนำหรือให้ความรู้เรื่องโทษของบุหรี่จากนักศึกษาทันตแพทย์จึงไม่เกิดประโยชน์หรือไม่ทำให้ผู้ป่วยตระหนักและให้ความสำคัญเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพูดถึงผลเสียจากการสูบบุหรี่ที่เป็นเรื่องไกลตัวและไม่ได้สัมผัสได้โดยตรง อาทิเช่น ความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งโรกระบบทางเดินหายใจและคว้นบุหรี่มือสอง อาสาสมัครมักมองว่าตนเองยังอยู่ห่างไกลจากจุดนั้น

■ อภิปรายผล

งานวิจัยนี้มีจำนวนตัวอย่างค่อนข้างน้อย กล่าวคือ อาสาสมัครที่สูบบุหรี่ (Active smoker) และยินดีเข้าร่วมงานวิจัยเพียง 15 ราย จากผู้สูบบุหรี่ทั้งหมด 48 ราย

จากผลการศึกษาข้างต้นพบว่า มีอาสาสมัครเลิกสูบบุหรี่ได้ 4 ราย ลดจำนวนการสูบต่อวันลง 3 ราย และกลับมาสูบบุหรี่ใหม่ 1 ราย แต่เนื่องจากอาสาสมัครที่เลิกสูบบุหรี่ได้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยรุ่น ปัจจัยทั้ง 4 ที่กล่าวข้างต้นจึงเป็นการสรุปผลจากข้อมูลที่ได้จากกลุ่มวัยรุ่นเป็นส่วนใหญ่ แต่อย่างไรก็ตามจำนวนดังกล่าวก็แสดงให้เห็นผลเชิงบวกของการสร้างแรงจูงใจเลิกบุหรี่โดยนักศึกษาทันตแพทย์

ผลของเครื่อง piCO™ Smokerlyzer กับการติดตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ก๊าซ CO เป็นก๊าซที่ไม่มีสีไม่มีกลิ่น อันตรายต่อร่างกายเกิดจากการเผาไหม้ที่ไม่สมบูรณ์ เมื่อก๊าซเข้าสู่ร่างกายจะจับกับออกซิเจนในกระแสเลือดเกิดเป็น คาร์บอกซีฮีโมโกลบิน (COHb) ซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย CO สามารถคงค้างอยู่ในกระแสเลือดได้นานถึง 24 ชั่วโมง ขึ้นกับสภาพร่างกายของแต่ละบุคคล⁽¹⁴⁾ คนที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่และยังเลิกสูบไม่ได้ มักจะต้องมีการสูบอย่างน้อย 1 ครั้งใน 24 ชั่วโมง จึงพบค่า CO ในร่างกายจากการเป่าเครื่อง piCO™ อยู่ในระดับสูงทุกครั้งที่เป่าเครื่อง

การศึกษานี้พบว่าการใช้เครื่อง piCO™ Smokerlyzer ทำให้อาสาสมัครเห็นผลการเปลี่ยนแปลงของตนเองชัดเจนขึ้น และช่วยย้ำกับตนเองเมื่อตัดสินใจเลิกหรือลดการสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการวิจัยของ Florence E. Omu และคณะ ได้ทำการศึกษาผลของ “Tobacco free campus initiative” ร่วมกับการทำ Tobacco cessation interventions ใน Kuwait College Students จำนวน 36 คน โดยการใช้ระดับค่า CO จากการเป่าเครื่อง piCO™ เป็นตัวติดตามผล ซึ่งมีคนที่เลิกสูบบุหรี่ได้เช่นกัน แสดงให้เห็นว่าสามารถใช้เครื่อง piCO™ ติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้⁽¹²⁾

แบบทดสอบ FTND ผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นผู้สูบบุหรี่ (Active smoker) ทุกราย จะได้รับการประเมินสภาวะการติดสารนิโคตินในคลินิกทันตกรรมนักศึกษา ผ่านการทำแบบทดสอบ FTND คิดค้นโดย Karl-Olov Fagerstorm ในปี 1978 และพัฒนาโดย Todd Heatherton ในปี 1991 แปลผลเป็นระดับคะแนน ตั้งแต่ 0-10 คะแนน หากทดสอบแล้วพบว่าได้คะแนนน้อย แสดงถึงสภาวะติดนิโคตินน้อย และมีแนวโน้มที่จะเลิกบุหรี่

ได้ด้วยตนเอง หรือการใช้พฤติกรรมบำบัดได้มากกว่าผู้ที่ได้คะแนนมาก⁽¹⁵⁾ สอดคล้องกับการศึกษานี้พบว่าอาสาสมัครส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่นับว่าติดสารนิโคตินหรือติดในระดับต่ำ จึงสามารถเลิกหรือลดการสูบบุหรี่ลงได้

ผลของสังคมและสภาพแวดล้อมต่อการตัดสินใจเลิกบุหรี่ สังคมและสภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ทั้งทางบวกและลบ จากผลการศึกษาพบว่า ครอบครัว เพื่อน บุคคลรอบข้างมักมีบทบาทเป็นผู้ให้คำแนะนำเลิกบุหรี่ และคอยสนับสนุนให้การเลิกบุหรี่ประสบความสำเร็จ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า พฤติกรรมการกลับไปสูบบุหรี่ มักเกิดจากการเข้าสังคม พบปะสังสรรค์กับเพื่อนเช่นกัน โดย George I. Balch และคณะ รายงานว่า สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมมีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นอย่างมาก การช่วยเหลือจากครอบครัว ผู้ปกครอง และเพื่อนสนิทที่ไม่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ทำให้เลิกบุหรี่ได้นานถึง 10 ปี ในทางตรงกันข้าม มีรายงานการกลับมาสูบบุหรี่ หากอยู่ในสังคมที่มีคนสูบบุหรี่ หรือเข้าถึงบุหรี่ได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในงานเลี้ยงสังสรรค์⁽¹⁶⁾ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา

คำแนะนำของนักศึกษาทันตแพทย์ผ่านการสร้างแรงจูงใจเลิกบุหรี่ การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้การเลิกบุหรี่ประสบความสำเร็จของ Jihene Sahli และคณะ รายงานว่าผู้ป่วยสูบบุหรี่ที่มีโรคประจำตัวและต้องพบแพทย์เป็นประจำ มีแนวโน้มที่จะเลิกบุหรี่ได้ เนื่องจากได้รับคำแนะนำให้เลิกบุหรี่จากแพทย์ ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยพยายามเลิกหรือเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ⁽¹⁷⁾ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในหัวข้อคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากจากนักศึกษาทันตแพทย์

■ สรุป

ผลการศึกษาพบอัตราการเลิกบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ควรนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้ง 4 ปัจจัยคือ 1) การรับรู้ผลเสียที่เกิดขึ้นต่อร่างกายของตนเอง 2) ทศนคติส่วนบุคคล 3) การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ 4) คำแนะนำจากนักศึกษาทันตแพทย์เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพช่องปาก มาปรับใช้ในการสร้างแรงจูงใจเลิกบุหรี่ พร้อมทั้งติดตามผลในระยะยาวจะช่วยให้ผู้ป่วยสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงทั้งสุขภาพช่องปากและสุขภาพร่างกายของตนเองไปในทางที่ดีขึ้น

■ ความสำเร็จและข้อจำกัดของการศึกษา

ประโยชน์ที่ได้จากงานวิจัยนี้ คือสามารถนำปัจจัยทั้ง 4 มาปรับใช้ในการสร้างแรงจูงใจเลิกบุหรี่ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยสูบบุหรี่แต่ละราย ปรับปรุงแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยโดยเพิ่มรายละเอียดและการติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังสามารถนำผลสำเร็จของการศึกษาในครั้งนี้เป็นแนวทางในการก่อตั้งโครงการเลิกบุหรี่หรือคลินิกทันตกรรมปลอดบุหรี่โดยนักศึกษาทันตแพทย์ และในคลินิกทันตกรรม

ข้อจำกัดคือ การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่าง

ค่อนข้างน้อยและส่วนใหญ่เป็นเยาวชน จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนประชากรทุกกลุ่มวัย นอกจากนี้จำนวนครั้งในการให้แรงจูงใจของผู้ป่วยแต่ละรายไม่เท่ากัน ขึ้นกับความรุนแรงของโรค จึงยากที่จะสรุปว่าความถี่ในการให้แรงจูงใจควรเป็นกี่ครั้ง จึงจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้

■ ข้อเสนอแนะ

ควรเพิ่มจำนวนและลักษณะของกลุ่มตัวอย่างให้หลากหลายมากขึ้น โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ในคลินิกสาขาอื่นๆ เพิ่มเติม และควรเก็บข้อมูลความถี่บ่อยในการสร้างแรงจูงใจจนผู้ป่วยสามารถเลิกหรือลดการสูบบุหรี่ได้

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สาขาปริทันตวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เครือข่ายทันตบุคลากรด้านภัยยาสูบแผนงานย่อยชุดที่ 5 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทพญ. ดร. ณีฎิฉิรา สุขสุเดชนางสาวพรทิพย์ แม่นทรง และอาสาสมัครที่เข้าร่วมงานวิจัยทุกคนที่มีส่วนสนับสนุนให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2014.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร. กรุงเทพมหานคร: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น; 2557.
3. FDI / WHO. Tobacco or oral health: an advocacy guide for oral health professionals. Edited by Beaglehole RH and Benzian HM; FDI World Dental Federation, Ferney Voltaire, France / World Dental Press, Lowestoft: UK; 2005.

4. Gandini S, Botteri E, Iodice S, Boniol M, Lowenfels BA, Maisonneuve P, et al. Tobacco smoking and cancer: A meta-analysis. *Int. J. Cancer* 2008;122(1):155-64.
5. Department of mental health and substance dependence. Behavioral science learning modules: encouraging people to stop smoking. Geneva: WHO; 2001.
6. Warnakulasuriya S. Effectiveness of tobacco counseling in the dental office. *Journal of Dental Education* 2002;66(9):1079-87.
7. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมคุณภาพ. คณะทันตฯ 9 แห่ง ประกาศปลอดบุหรี่ 100% [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaihealth.or.th/Content/23212-คณะทันตฯ%209%20แห่ง%20ประกาศปลอดบุหรี่%20100.html>
8. Hanioka T, Ojima N, Kawaguchi Y, Hirata Y, Ogawa H, Mochizuki Y. Tobacco interventions by dentists and dental hygienists. *Japanese dental science review* 2013;49(1):47-56.
9. Omaña-Cepeda C, Jane-Salas E, Estrugo-Devesa A, Chimenos-Kustner E, Lopez-Lopez J. Effectiveness of dentist's intervention in smoking cessation: A review. *Journal of clinical and experimental dentistry* 2016;8(1):e73-83.
10. สันทรยศ บุศราวาทิจ. อกัญญา สิริไพบุณย์กิจ. การศึกษาเกี่ยวกับอัตราการเลิกบุหรี่ได้ สำเร็จของผู้ที่ได้รับการรักษาที่คลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลศิริราช. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2555;57(3):305-12.
11. เทอดศักดิ์ เดชคง, บรรณานิการ. การศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาแบบสร้างจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกกอดบุหรี่ โรงพยาบาลสำโรงทาบ อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ พลัสบิซซิง; 2558.
12. Omu FE, Al-Kandari I, Al-Marzouk R, Paulraj D, Rajagopal M, John P, et al. Tobaccofree campus initiative: A quitting strategy for Kuwait nursing college student smokers Florence. *International journal of nursing* 2015;2(2):144-56.
13. ชาย โพธิทริตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. โครงการเผยแพร่ข่าวสารและการศึกษาด้านประชากร. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
14. Bedfont. Smokerlyzer Range For use with piCO, piCObaby and Micro+ Scientific contributions to health : User manual. England: Bedfont@ Scientific; 2016.
15. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The fagerstrom test for nicotine dependence: a revision of the fagerstrom tolerance questionnaire. *British journal of addiction* 1991;86(9):1119-27.
16. Balch G, Tworek C, Barker D, Sasso B, Mermelstein R, Giovino G. Opportunities for youth smoking cessation: Findings from a national focus group study. *Nicotine & Tobacco Research* 2004;6(1):9-17.
17. Sahli J, Aissa S, Merzougui L, Rejeb M, Ghali O, Ghali H, et al. Factors Associated with Successful Smoking Cessation in Tunisian Smokers: Findings from the Smoking Cessation Clinic in the University Hospital of Sahloul, Sousse, Tunisia. *Journal of Advances in Medicine and Medical Research* 2017;23(8):1-12.

ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี

นิสิต จงศุภวิศาลกิจ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนมทวน

วันรับ 9 ตุลาคม 2566, วันแก้ไข 9 มกราคม 2567, วันตอบรับ 10 มกราคม 2567

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาศักยภาพการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานบริการสาธารณสุข 2) ศึกษาสถานการณ์การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานบริการสาธารณสุข 3) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข 4) สร้างแนวทางการบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข ในจังหวัดกาญจนบุรี โดยใช้วิธีการศึกษาแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 164 คน และสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้บริหารของสถานบริการสาธารณสุข จำนวน 32 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ถดถอยพหุด้วยวิธีการนำเข้า การสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการถอดความและให้ความหมาย ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมของศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดี (\bar{X} =3.98, S.D.=0.600) โดยด้านความเชี่ยวชาญด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานบริการ อยู่ในระดับดี (\bar{X} =4.13, S.D.=0.562) รองลงมา คือ ด้านการนำองค์การ อยู่ในระดับดี (\bar{X} =4.05, S.D.=0.742) และด้านการจัดโครงสร้าง อยู่ในระดับดี (\bar{X} =4.03, S.D.=0.694) การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานบริการสาธารณสุข พบว่า การจัดการมูลฝอยทั่วไป อยู่ในระดับดี (\bar{X} =4.07, S.D.=0.657) การจัดการมูลฝอยอันตราย อยู่ในระดับดี (\bar{X} =4.21, S.D.=0.730) การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ อยู่ในระดับดี (\bar{X} =4.56, S.D.=0.444) การพัฒนาสัมมาตามมาตรฐาน สัมมาสาธารณะไทยและการจัดการสิ่งปฏิกูล อยู่ในระดับดี (\bar{X} =4.34, S.D.=0.590) การจัดการพลังงานและทรัพยากร อยู่ในระดับดี (\bar{X} =3.77, S.D.=0.748) การจัดการสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกสถานบริการ อยู่ในระดับดี (\bar{X} =4.23, S.D.=0.552) การจัดการสุขาภิบาลอาหารและการจัดการน้ำอุปโภคบริโภค อยู่ในระดับดี (\bar{X} =4.07, S.D.=0.605) ปัจจัยด้านศักยภาพที่ส่งผลต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม คือ ปัจจัยด้านการนำองค์การ ($B=0.317, P=0.000$) และปัจจัยด้านการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอเหมาะสม ($B=0.132, P=0.034$) แนวทางในการพัฒนาควรมีแผนการดำเนินงานด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ชัดเจน มีแผนการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอ และมีการพัฒนาทักษะผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมในทุกระดับ

คำสำคัญ: ศักยภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม สถานบริการสาธารณสุข

Factors Affecting the Environmental Health management for Public Health Service in Kanchanaburi Province

Nisit Jongsuphawisankit

Phanom Thuan District Public Health Office

Received 9 October 2023, Revised 9 January 2024, Accepted 10 January 2024.

Abstract

This research aimed to 1) study the potential of environmental health operations of public health service. 2) study the situation of environmental health management of public health service. 3) study factors affecting environmental health management in public health service. 4) create guidelines for environmental health management in public health service. In Kanchanaburi Province. In-depth interview data of 32 managers and 164 members were collected through questionnaires and analyzed by descriptive statistics, average frequency, percentage, standard deviation and multiple regression analysis. Results showed that the capacity of public health service management found at a good level ($\bar{X}=4.13, S.D.=0.562$). The expertise of environmental health was at a good level ($\bar{X}=4.05, S.D.=0.742$). and the structure of the organization was at a good level ($\bar{X}=4.03, S.D.=0.694$). The general garbage management was at a good level ($\bar{X}=4.07, S.D.=0.657$). The hazardous garbage management was at a good level ($\bar{X}=4.21, S.D.=0.730$). The infectious garbage management was at a good level ($\bar{X}=4.56, S.D.=0.444$). The sewage management was at a good level ($\bar{X}=4.34, S.D.=0.590$). The energy management was at a good level ($\bar{X}=3.77, S.D.=0.748$). The environment organization management was at a good level ($\bar{X}=4.23, S.D.=0.552$). foods and water sanitation management was at a good level ($\bar{X}=4.07, S.D.=0.605$). The potential factor affecting environmental health management was organizational leadership ($B=0.317, P=0.000$) and appropriate equipment and material supply coefficient ($B=0.132, P=0.034$). Guidelines for development should include a clear operational plan for environmental health management. There is a plan to allocate adequate budget and resources and developing the skills of Public Health Technician.

Keywords: potential, environmental health management, public health service

■ unku

แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ปี พ.ศ.2559 ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP & P Excellence) แผนงานที่ 4 การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม กำหนดให้โรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต้องมีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital และในปี พ.ศ.2566 ได้เพิ่มมาตรฐานเป็น GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) ซึ่งเกณฑ์ดังกล่าวกำหนดมาตรฐานไว้ ใน 8 ประเด็น ดังนี้ การจัดการมูลฝอยทั่วไป การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การจัดการมูลฝอยอันตราย การพัฒนาสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐานสิ่งแวดล้อมประเทศไทยและการจัดการสิ่งแวดล้อม การจัดการด้านพลังงานและทรัพยากร การจัดการสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกสถานบริการ การจัดการสุขาภิบาลอาหารและการจัดการน้ำอุปโภคบริโภค ยุทธศาสตร์ดังกล่าวได้ถูกถ่ายทอดเป็นนโยบายสู่การปฏิบัติ แสดงให้เห็นว่าการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมมีความสำคัญต่อสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุขต้องมีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ได้ตามมาตรฐานเพื่อลดความเสี่ยงของผู้มารับบริการ ต่อการเกิดโรคเพิ่มหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นหลังจากมารับบริการ⁽¹⁻⁵⁾

จากการประเมินสถานการณ์การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานบริการสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2566 ด้วยเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) พบว่าโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ จำนวน 960 แห่ง ผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไป เพียง 434 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 45.21 และ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั่วประเทศ 9,765 แห่ง ผ่านเกณฑ์ดังกล่าวเพียง 2,595 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 26.57⁽⁶⁾ โดยในจังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา มีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด 16 แห่ง ผ่านเกณฑ์ 9 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 56.25 แต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งหมด 143 แห่ง ผ่านเกณฑ์เพียง 18 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 12.59 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์มาตรฐานน้อยมาก โดยพบประเด็นปัญหาส่วนใหญ่ คือ การจัดการพลังงาน การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การจัดการสุขาภิบาลอาหารและการบำบัดน้ำเสีย ซึ่งปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขเพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อชุมชน⁽⁷⁾

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรในด้านศักยภาพการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและข้อมูลสถานการณ์อนามัยสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจุบันจากสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำมาวิเคราะห์สังเคราะห์ เพื่อทราบถึงระดับศักยภาพของสถานบริการ สถานการณ์การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และทราบถึงศักยภาพด้านใดบ้างที่ส่งผลต่อการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานบริการสาธารณสุข เพื่อจะได้นำมาสังเคราะห์หาแนวทางปรับปรุงพัฒนา แก้ไขกระบวนการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุขให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์และมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาของบริบทพื้นที่ได้อย่างแท้จริง และนำสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม ผลประโยชน์จะเกิดขึ้นกับประชาชนและชุมชน อีกทั้งยังเกิดผลดีต่อสถานบริการสาธารณสุขเหล่านั้น ที่จะได้แสดงให้เห็นถึงความเป็นองค์การต้นแบบ มีความรับผิดชอบต่อสังคม นำสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืนต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. ศึกษาศักยภาพการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานบริการสาธารณสุข ในจังหวัดกาญจนบุรี
2. ศึกษาสถานการณ์การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานบริการสาธารณสุข ในจังหวัดกาญจนบุรี
3. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข ในจังหวัดกาญจนบุรี
4. สร้างแนวทางการบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข ในจังหวัดกาญจนบุรี

■ วิธีการศึกษา

● **รูปแบบการศึกษา** วิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Method Research) ด้วยการศึกษาเชิงสำรวจ ณ เวลาจุดใดจุดหนึ่ง (Cross-Sectional Surveys Study) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

● **ประชากร กลุ่มตัวอย่างและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก**

1. ประชากรคือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข ทั้งโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี (ไม่รวมคลินิกเอกชน) ทั้งหมด 164 แห่ง

2. กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยใช้วิธีคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีคุณสมบัติดังนี้ เป็นหัวหน้างานอนามัยสิ่งแวดล้อม หรือเป็นผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมซึ่งทำงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมติดต่อกัน อย่างน้อย 1 ปี ก่อนการเก็บข้อมูล แห่งละ 1 คน จำนวน 164 คน

3. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในงานวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้วิธีคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้บริหารสถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดกาญจนบุรี โดยมีคุณสมบัติดังนี้ เป็นผู้บริหารที่ทำงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมหรือเคยทำงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ในเวลาของการใช้เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) จำนวน 32 แห่ง (ร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ตามเกณฑ์ของยุทธ ไถยวรรณ)⁽⁸⁾

● เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาศักยภาพการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานบริการสาธารณสุข ในจังหวัดกาญจนบุรี คือ แบบสอบถามโดยมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยประยุกต์จากแบบสำรวจ GREEN & CLEAN Hospital Challenge สำหรับโรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2566 ของกรมอนามัย⁽⁴⁾

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ในการศึกษาเพื่อหาแนวทางการบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานบริการสาธารณสุข ในจังหวัดกาญจนบุรี คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง

3. การทดสอบเครื่องมือ

1) เครื่องมืองานวิจัยเชิงปริมาณ โดยการนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำข้อที่มีคะแนนน้อยกว่า 0.5 นำมาปรับปรุงแก้ไขความถูกต้องให้มีเนื้อหาที่ชัดเจนตีความได้อย่างถูกต้อง และมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และปรับปรุงให้เกิดความสมบูรณ์ก่อนนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่มีใช้กลุ่ม

ตัวอย่างของงานวิจัยนี้และนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยได้ค่าแอลฟาทั้งฉบับ เท่ากับ 0.78

2) เครื่องมืองานวิจัยเชิงคุณภาพ การตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Data Triangulation) ด้วยการตรวจสอบสามเส้าด้านบุคคลถ้าผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนไป ข้อมูลจะเหมือนเดิมหรือไม่ ถ้าข้อมูลที่ได้มีความสอดคล้องกันแสดงว่าข้อมูลนั้นมีความน่าเชื่อถือสามารถนำไปวิเคราะห์และสังเคราะห์ต่อไปได้

● **การรวบรวมข้อมูล** ทำหนังสือถึงผู้บริหารสถานบริการทุกระดับ ที่ได้ถูกคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อนัดหมายการเก็บข้อมูลและการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการแจกแบบสอบถามและสัมภาษณ์ด้วยตนเอง

● **การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยกำหนดคะแนนของตัวแปรที่ได้เป็น 3 ระดับ จากค่าเฉลี่ย ดังนี้ มีคะแนนในช่วง 1.00-2.33 แสดงว่าปัจจัยด้านนั้นหรือประเด็นนั้นอยู่ในระดับต่ำ ถ้ามีคะแนนในช่วง 2.34-3.67 แสดงว่าปัจจัยด้านนั้นหรือประเด็นนั้นอยู่ในระดับปานกลาง และถ้ามีคะแนนในช่วง 3.68-5.00⁽⁹⁾ แสดงว่าปัจจัยด้านนั้นหรือประเด็นนั้นอยู่ในระดับดี วิเคราะห์ถดถอยพหุ (Multiple Regressions) ด้วยวิธีการนำเข้า (Enter) ใช้เกณฑ์ ค่า VIF ต้องน้อยกว่า 4⁽¹⁰⁾ และ ค่า Tolerance ต้องมากกว่า 0.2⁽¹¹⁾ จึงไม่เกิดปัญหา multicollinearity ใช้เกณฑ์ค่า p-value<0.05 หมายความว่าตัวแปรหรือปัจจัยนั้นมีผลต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานบริการสาธารณสุข

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพลพหลพยุหเสนา รหัสโครงการวิจัย 2023-26 วันที่ 25 สิงหาคม 2566

■ ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษา ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 164 คน ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 143 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 87.20 เป็นเพศหญิง จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 54.88 อายุอยู่ในช่วง 45-59 ปี จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 58.54 จบปริญญาตรี จำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 80.49 ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 58.54 ประสบการณ์ในการทำงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 20 ปีขึ้นไป จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 28.05

2. ศักยภาพการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดกาญจนบุรี

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมของศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.98, S.D.=0.600$) โดยมีรายละเอียดดังนี้ ด้านความเชี่ยวชาญด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานบริการ อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.13, S.D.=0.562$) รองลงมา คือ ด้านการนำองค์การ อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.05, S.D.=0.742$) และด้านการจัดโครงสร้าง อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.03, S.D.=0.694$) ตามลำดับ ด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.83, S.D.=0.758$) ดังตารางที่ 1

3. สถานการณ์ปัจจุบันในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานบริการ

ตารางที่ 1 แสดงศักยภาพการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานบริการสาธารณสุข

ศักยภาพการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม	\bar{X}	S.D.	แปลผล
- การนำองค์การ	4.05	0.742	ดี
- การจัดโครงสร้าง	4.03	0.694	ดี
- การพัฒนาระบบคุณภาพ	3.96	0.729	ดี
- การจัดงบประมาณ	3.90	0.703	ดี
- การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น	3.83	0.758	ดี
- การพัฒนาศักยภาพบุคลากร	3.90	0.607	ดี
- การควบคุมกำกับและการประเมินผล	3.89	0.669	ดี
- ความเชี่ยวชาญของสถานบริการสาธารณสุข	4.13	0.562	ดี
รวม	3.98	0.600	ดี

สาธารณสุข ในจังหวัดกาญจนบุรี ภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.16, S.D=0.512$) โดยมีรายละเอียดดังนี้

การจัดการมูลฝอยทั่วไป อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.07, S.D=0.657$) โดยจำแนกเป็นรายประเด็น ดังนี้ การแยกประเภทสีของภาชนะหรือถังขยะอย่างชัดเจน อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.57, S.D=0.565$) รองลงมาคือ การจัดให้มีถุงหรือภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยทั่วไปและมูลฝอยนำกลับมาใช้ใหม่ มีความเหมาะสม ทนทาน ไม่ฉีกขาดง่าย ไม่รั่วซึม ขนาดเหมาะสม สามารถเคลื่อนย้ายได้สะดวก อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.50, S.D=0.591$) และการกำหนดหรือมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.39, S.D=0.696$) ประเด็นที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.54, S.D=1.076$)

การจัดการมูลฝอยอันตราย อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.21, S.D=0.730$) โดยจำแนกเป็นรายประเด็น ดังนี้ การมีภาชนะบรรจุมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายที่เป็นถุงต้องทำจากพลาสติกหรือวัสดุอื่นที่มีความเหนียว ทนทาน ไม่ฉีกขาดง่าย ไม่รั่วซึม ขนาดเหมาะสม และสามารถเคลื่อนย้ายได้สะดวก อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.45, S.D=0.729$)

รองลงมาคือ การคัดแยกมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายออกจากมูลฝอยอื่น อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.41, S.D=0.750$) และการมีภาชนะบรรจุมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายที่เป็นกล่องหรือถังทำจากวัสดุที่แข็งแรง ทนทาน ไม่รั่วซึม มีฝาปิดมิดชิด สามารถป้องกันสัตว์และแมลงพาหะนำโรคได้ขนาดเหมาะสมสามารถเคลื่อนย้ายได้สะดวก และง่ายต่อการถ่ายและเทมูลฝอย อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.40, S.D=0.723$) ตามลำดับ และประเด็นที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.88, S.D=0.989$)

การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.56, S.D=0.444$) จำแนกเป็นรายประเด็น ดังนี้ การแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยอื่น ๆ ณ แหล่งกำเนิด อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=5.00, S.D=0.00$) รองลงมาคือ การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยวิธีการที่กฎหมายกำหนด อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.99, S.D=0.110$) และการแยกมูลฝอยติดเชื้อระหว่างวัสดุมีคมและวัสดุไม่มีคม อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.98, S.D=0.134$) ตามลำดับ ประเด็นที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ การมีอุปกรณ์หรือเครื่องมือสำหรับเก็บมูลฝอยติดเชื้อในกรณีที่เกิดหล่นประจำวัน อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.24, S.D=0.992$)

การพัฒนาสัมมาตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทยและการจัดการสิ่งปฏิกูล อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.34, S.D=0.590$) จำแนกเป็นรายประเด็น ดังนี้ ผู้ใช้บริการจะต้องปลอดภัยขณะใช้ส้วม เช่น สถานที่ตั้งส้วมไม่เปลี่ยว ห้องส้วม แยกชาย-หญิง อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.55, S.D=0.568$) รองลงมา สถานที่กำจัดสิ่งปฏิกูลอยู่ห่างจากชุมชนและแหล่งน้ำอย่างเหมาะสม อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.53, S.D=0.569$) และการจัดการสิ่งปฏิกูลถูกเก็บรวบรวมและขนย้ายอย่างถูกต้องได้รับการดำเนินการให้ถูกหลักสุขาภิบาล อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.43, S.D=0.565$) ตามลำดับ และประเด็นที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ ดำเนินการพัฒนาส้วมอาคารผู้ป่วยใน (IPD) ตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS)

การจัดการพลังงานและทรัพยากร อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.77, S.D=0.748$) จำแนกเป็นรายประเด็น ดังนี้ การมีนโยบายและมาตรการประหยัดไฟฟ้า อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.43, S.D=0.727$) รองลงมา การปฏิบัติตามนโยบายและมาตรการประหยัดไฟฟ้าที่กำหนด อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.32, S.D=0.749$) และการมีข้อมูลการใช้ไฟฟ้าและวิเคราะห์เปรียบเทียบสถานการณ์การใช้ไฟฟ้า อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.05, S.D=0.885$) ตามลำดับ และประเด็นที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ การมีการนำนวัตกรรม เทคโนโลยีการประหยัดน้ำมาใช้ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.30, S.D=1.220$)

การจัดการสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกสถานบริการ อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.23, S.D=0.552$) จำแนกเป็นรายประเด็น ดังนี้ การกำหนดจุดสำหรับจอดรถฉุกเฉิน จุดสำหรับจอดรถผู้พิการ/ผู้สูงอายุ ทางเข้าอาคาร ทางลาด อย่างเหมาะสม อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.50, S.D=0.631$) รองลงมา การดูแลสิ่งแวดล้อมภายนอก บริเวณทั่วไปสะอาด เป็นระเบียบ อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.46,$

$S.D=0.611$) และการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการหรือผู้ทุพพลภาพ และคนชรา เช่น ป้ายแสดงสิ่งอำนวยความสะดวก ที่จอดรถผู้พิการ ทางลาดและลิฟต์ ราวจับ ราวกัน บันได อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.40, S.D=0.652$) ตามลำดับ และประเด็นที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ การมีระบบสัญญาณแจ้งเตือนเหตุเพลิงไหม้และแสงสว่างไฟฟ้าฉุกเฉิน อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.52, S.D=1.294$)

การจัดการสุขาภิบาลอาหารและการจัดการน้ำอุปโภคบริโภค อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.07, S.D=0.605$) จำแนกเป็นรายประเด็น ดังนี้ การจัดให้มีจุดบริการน้ำดื่มอย่างเพียงพอต่อจำนวนผู้มารับบริการ อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.29, S.D=0.690$) รองลงมา การส่งเสริมและเผยแพร่ความรู้ เรื่องการสุขาภิบาลอาหารและน้ำ สุขอนามัย ความสะอาด ปลอดภัยในการปรุงประกอบอาหาร และพฤติกรรมสุขอนามัยในการรับประทานอาหาร เช่น กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.21, S.D=0.690$) และการตรวจตราดูแลรักษาระบบจ่ายน้ำ ท่อน้ำ ก๊อกน้ำ ไม่ให้มีการขำรดและรั่วซึม เป็นประจำทุกเดือน หากมีถึงพักน้ำหรือถึงสำรองน้ำต้องอยู่ในสภาพดี ไม่มีคราบสกปรก และล้างทำความสะอาดเป็นประจำทุก 6 เดือน อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.15, S.D=0.703$) ตามลำดับ และประเด็นที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ การตรวจเฝ้าระวังคุณภาพน้ำใช้ด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (อ 11) หรือชุดทดสอบคลอรีนอิสระคงเหลือ (Residual chlorine) (อ 31) เป็นประจำทุก 3 เดือน อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.80, S.D=0.954$) ดังตารางที่ 2

4. ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม

จากการศึกษาปัจจัยด้านศักยภาพการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ปัจจัยด้าน

ตารางที่ 2 สถานการณ์การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานบริการสาธารณสุข

การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม	\bar{X}	S.D.	แปลผล
การจัดการมูลฝอยทั่วไป	4.07	0.657	ดี
การจัดการมูลฝอยอันตราย	4.21	0.730	ดี
การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	4.56	0.444	ดี
การพัฒนาสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐาน และการจัดการสิ่งปฏิกูล	4.34	0.590	ดี
การจัดการพลังงานและทรัพยากร	3.77	0.748	ดี
การจัดการสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกสถานบริการ	4.23	0.552	ดี
การจัดการสุขาภิบาลอาหารและการจัดการน้ำอุปโภคบริโภค	4.07	0.605	ดี
รวม	4.16	0.512	ดี

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		p-value	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta	t		Tolerance	VIF
(Constant)	1.613	0.148		10.918	0.000		
การนำองค์การ	0.317	0.060	0.460	5.324	0.000**	0.242	3.131
การจัดโครงสร้าง	-0.046	0.075	-0.062	-0.610	0.543	0.275	3.700
การพัฒนาคุณภาพ	0.145	0.086	0.207	1.686	0.094	0.220	2.340
การจัดการงบประมาณ	-0.035	0.072	-0.048	-0.483	0.630	0.287	3.359
การจัดหาวัสดุ	0.132	0.062	0.195	2.135	0.034*	0.216	2.639
การพัฒนาบุคลากร	0.026	0.076	0.031	0.348	0.728	0.225	2.440
การกำกับติดตาม	0.101	0.064	0.132	1.590	0.114	0.262	3.814

การนำองค์การ (B=0.317,P=0.000) และปัจจัยด้านการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอเหมาะสม (B=0.132,P=0.034) มีผลต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยระบุรายละเอียดดังนี้

1. ด้านการนำองค์การ โดยประเด็นที่มีผล ประกอบด้วย

1.1 การที่สถานบริการสาธารณสุข มีนโยบายและแผนการดำเนินงานด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ชัดเจน

1.2 การที่สถานบริการมีกลยุทธ์

และแนวทางการดำเนินงานด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกับบริบทของสถานบริการ

1.3 การที่สถานบริการสาธารณสุข ได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการดำเนินการด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม

2. ด้านการจัดหาวัสดุอุปกรณ์การดำเนินงานด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยประเด็นที่มีผลต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข คือ การที่สถานบริการสาธารณสุขมีแผนการจัดการและบำรุงรักษาวัสดุอุปกรณ์อย่างเพียงพอและเหมาะสม

สามารถดำเนินงานได้ ดังตารางที่ 3

5. แนวทางการบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ในสถานบริการสาธารณสุข ในจังหวัดกาญจนบุรี

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารในสถานบริการสาธารณสุข พบว่า สถานบริการสาธารณสุขส่วนใหญ่ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ได้มาตรฐาน และมีนโยบายที่ครอบคลุมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยนโยบายและแผนงานที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข เช่น นโยบาย GREEN & CLEAN Hospital, Hospital Accreditation (HA), EMS (Environment, Modernization and Smart Service) นโยบายกองวิศวกรรมการแพทย์ เป็นต้น และให้ความคิดเห็นว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ได้แก่ การมีวิสัยทัศน์และเป้าหมายนโยบาย และแผนการดำเนินงานด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ชัดเจน มีแผนการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอ และมีการพัฒนาทักษะผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมในทุกระดับ และปัญหาและอุปสรรคเกิดจากผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลไม่ได้จวบจุมิ สาขาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ทำให้ขาดองค์ความรู้ในเนื้องานที่รับผิดชอบ การมีงบประมาณและทรัพยากรไม่เพียงพอในการปรับปรุงให้ได้มาตรฐาน เช่น การปรับปรุงร้านอาหารในโรงพยาบาล หรือระบบบำบัดน้ำเสีย เป็นต้น ทั้งนี้ได้มีการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแนวทางการบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดกาญจนบุรีว่า ควรมีนโยบายและแผนการดำเนินงานด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ชัดเจน มีการส่งเสริม สนับสนุน เสริมสร้างทักษะผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมใน

ทุกระดับ และมีการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุขโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง

■ อภิปรายผล

1. ศักยภาพของสถานบริการสาธารณสุขในการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดี มีความเชี่ยวชาญความเป็นมืออาชีพ ผู้บริหารของหน่วยงานให้ความสำคัญ กำหนดนโยบายที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์และสภาพปัญหา มีการจัดโครงสร้างโดยกำหนดตำแหน่งหน้าที่บุคลากรอย่างเหมาะสม แต่ควรให้ความสำคัญในการฝึกอบรมเพิ่มพูนศักยภาพให้กับบุคลากรให้มากขึ้นเนื่องจากมีองค์ความรู้และกฎหมายที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งผลการวิจัยในด้านการฝึกอบรมนี้สอดคล้องกับการวิจัยของ สมรรักษ์นัยรัมย์⁽¹²⁾ ที่พบว่า การให้ความรู้ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม มีผลต่อความร่วมมือในการจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลในระดับมาก รวมถึงการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น ที่ยังมีไม่เพียงพอกับการใช้งาน เช่น ชุดตรวจต่างๆ

2. สถานการณ์การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับดี โดยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อมีการจัดการอยู่ในระดับดีที่สุด รองลงมา ได้แก่ การจัดการสิ่งปฏิกูลและการพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้ได้มาตรฐานและการจัดการสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกสถานบริการ ตามลำดับ ทั้งนี้ผลการวิจัยที่ได้สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์อนามัยสิ่งแวดล้อม 4 ด้านของโรงพยาบาล 81 แห่ง พื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 ที่พบว่า ภาพรวมโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 9 มีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี และการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับดี⁽¹²⁾ ซึ่งผล

การศึกษาดังกล่าวไม่สอดคล้องกับการประเมินของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ในช่วงต้นปีงบประมาณ 2566 ซึ่งพบว่า มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) ให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานน้อยมาก โดยพบประเด็นปัญหาส่วนใหญ่ คือ การจัดการด้านพลังงาน การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การจัดการสุขาภิบาลอาหารและการบำบัดน้ำเสีย โดยการศึกษานี้ได้สำรวจในช่วงปลายปีงบประมาณ 2566 จึงเห็นได้ว่าสถานบริการสาธารณสุขส่วนใหญ่ได้มีการพัฒนาเกณฑ์ให้ได้มาตรฐานเพิ่มมากขึ้น เช่น การจัดการมูลฝอยติดเชื้อมีบริษัทเอกชนเป็นผู้ดำเนินการทำให้สามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ส่วนหนึ่ง แต่ประเด็นที่ยังมีคะแนนน้อยที่สุดจากการศึกษาคือประเด็นด้านการจัดการด้านพลังงาน เช่นเดิม

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ในสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี คือ ด้านการนำองค์การประกอบด้วยประเด็นหลัก คือ 1) การที่สถานบริการสาธารณสุขมีนโยบายและแผนการดำเนินงานด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ชัดเจน 2) การที่สถานบริการมีกลยุทธ์และแนวทางการดำเนินงานด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกับบริบทของสถานบริการ และ 3) การที่สถานบริการสาธารณสุขได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการดำเนินการด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นิติญา คุ่มไพโร และพรทิพย์ อุ่นโกมล⁽¹³⁻¹⁴⁾ พบว่า การสนับสนุนจากองค์การมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานตามภารกิจมากที่สุด และสอดคล้องกับงานวิจัยของ นริศรานพคุณ⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า ปัจจัยด้านการบริหารจัดการเป็นปัจจัยที่สำคัญเพื่อให้การดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย

4. แนวทางการบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ในสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ผลการศึกษาสถานการณ์อนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ส่วนใหญ่มีการจัดการอยู่ในระดับมาตรฐาน โดยเฉพาะในด้านที่ถูกกำหนดเป็นกฎหมายหรือเป็นนโยบายที่ผู้บริหารสถานบริการสาธารณสุข ให้ความสำคัญ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเกิดจากผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมไม่ได้จบวุฒิสายด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ทำให้ขาดองค์ความรู้ในเนื้อหาที่รับผิดชอบ การมีงบประมาณและทรัพยากรไม่เพียงพอในการปรับปรุงให้ได้มาตรฐาน นอกจากนี้ ผลการศึกษา ยังพบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้การดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมได้มาตรฐาน ได้แก่ การกำหนดนโยบายและแผนการดำเนินงานด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ชัดเจน มีการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอต่อการดำเนินงานด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม และการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และนำผลที่ได้มาพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น แนวทางในการบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี จึงควรให้ความสำคัญ ดังนี้

4.1) การกำหนดนโยบาย กลยุทธ์ และแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ชัดเจน สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนด และมีการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอในการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม

4.2) การจัดให้มีการฝึกอบรม และพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีการดำเนินงาน

ตามมาตรฐานทางวิชาการและกฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น หลักสูตรผู้ดูแลจัดการมูลฝอยทั่วไปและมูลฝอยติดเชื้อ หลักสูตรผู้ดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย

4.3) การติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และนำผลที่ได้มาพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

■ ข้อเสนอแนะสำหรับนำผลวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า บุคลากรและสถานบริการสาธารณสุขมีศักยภาพในการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม แต่ยังมีส่วนขาดคือ ด้านการฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างทักษะ ผู้ที่เกี่ยวข้องควรจัดการฝึกอบรมอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งและควรให้เจ้าหน้าที่อื่นที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานได้มีโอกาสเข้าฝึกอบรมด้วย และจากผลการวิจัยยังแสดงให้เห็นถึงการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ส่งผลในทิศทางบวกกับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม แต่มีข้อจำกัดในด้านการจัดหา ดังนั้น หน่วยงานต้นสังกัดจึงควรจัดหาชุดตรวจต่างๆ ให้เพียงพอ เช่น การตรวจออกซิเจนหรือแบคทีเรียในน้ำอุปโภค ชุดทดสอบสารปนเปื้อนในอาหาร ชุดตรวจคลอรีนตกค้าง เป็นต้น และจากงานวิจัยพบว่า การนำ

องค์การเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดต่องานอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งด้านการวางแผน การแบ่งหน้าที่ ความรับผิดชอบ ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้ผู้บริหารหัวหน้าหน่วยงานทุกระดับให้ความสำคัญต่องานอนามัยสิ่งแวดล้อมและกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนในระดับปฏิบัติ

■ ข้อเสนอแนะในงานวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประเภทและปริมาณของมูลฝอยที่สร้างขึ้นในสถานบริการ ในแต่ละช่วงเวลาเพื่อนำมาวางแผนในการจัดหาอุปกรณ์รองรับสอดคล้องกับปริมาณที่แท้จริงเพื่อลดค่าใช้จ่าย

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น ความรู้ ทักษะ การรับรู้ถึงสถานการณ์ปัจจุบัน ปัจจัยสนับสนุน เช่น การมอบอำนาจ และปัจจัยจูงใจ เช่น รางวัลสิ่งตอบแทนใดบ้างที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของการดำเนินงานมากขึ้น

3. ควรมีการรวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ทุกปี เพื่อจะเป็นข้อมูลนำเข้าในการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมมลพิษ. แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 – 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.pcd.go.th/strategy>
2. กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. แผนจัดการคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2566 – 2570 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.onep.go.th/book/environment-plan-2566-2570>
3. กรมอนามัย. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://planning.anamai.moph.go.th/doh-strategic-plan>

4. กรมอนามัย สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenged (GCHC) สำหรับโรงพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://gch.anamai.moph.go.th>
5. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2560-2579) [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://spd.moph.go.th/wpcontent/uploads/2022/09/Ebookmoph20.pdf>
6. กรมอนามัย. (ร่าง) แผนปฏิบัติการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ระยะที่ 4 (พ.ศ.2566-2570) [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://bit.ly/3FQivRx>
7. กรมอนามัย. รายงานประจำปี สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://env.anamai.moph.go.th/th/reportenv63>
8. ยุทธ ไทยวรรณ. พื้นฐานการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. ฉบับปรับปรุงใหม่. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2545.
9. Best JW. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall,Inc; 1977.
10. Miles J. & Shevlin M. Applying regression and correlation: A guide for students and researchers. London: Stage; 2001
11. Pedhazur EJ. MultipleRegression in Behavioral Research. New York: Holt Rinehart and Winston; 1997.
12. สมรัฐ นัยรัมย์. สถานการณ์อนามัยสิ่งแวดล้อม 4 ด้านของโรงพยาบาล 81 แห่ง พื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hpc9.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/hpc9/n1050_8637ae2a30bfd3c6cfa752c5d18c6e6_article_20170228162746.pdf
13. นิตติญา คุ่มไพโร. การดำเนินงานตามภารกิจด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของบุคลากรในสังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดนครราชสีมา [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
14. พรทิพย์ อุ้นโกมล. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าฝ่ายสุขาภิบาล และป้องกันโรคในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาเอกบริหารสาธารณสุข]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2536.
15. นริศรา นพคุณ, สุรพงษ์ ชูเดช. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนามีสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ของบุคลากรโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2564;14(4):12-23.

การประเมินผลโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558 เขตสุขภาพที่ 6

วิภา วงศ์เมฆ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

ปาณิสรา สิทธินาม

ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี

วันรับ 10 มกราคม 2567, วันแก้ไข 5 กุมภาพันธ์ 2567, วันตอบรับ 6 กุมภาพันธ์ 2567.

บทคัดย่อ

เด็กเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าต่อการพัฒนาประเทศ การที่เด็กจะเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพนั้น จะต้องมีการพัฒนาการที่สมบูรณ์พร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) เพื่อศึกษาพัฒนาการของเด็กอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM ของผู้เลี้ยงดูหลัก และระบบการบริหารจัดการโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เลี้ยงดูเด็ก และเด็กปฐมวัยที่มีอายุตั้งแต่ 9 เดือนถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน จำนวน 362 คน และบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 14 คน ผลการวิจัย พบว่า เด็กส่วนใหญ่พัฒนาการสมวัย 272 คน (ร้อยละ 75.14) เด็กอายุ 9 เดือนพัฒนาการสมวัยมากที่สุด 77 คน (ร้อยละ 93.90) เด็กอายุ 42 เดือนพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากที่สุด 32 คน (ร้อยละ 43.24) ผู้เลี้ยงดูหลักได้รับคู่มือ DSPM 236 คน (ร้อยละ 65.19) ได้รับที่ตี๊กหลังคลอด 161 คน (ร้อยละ 44.48) ได้รับคำอธิบายการใช้คู่มือ DSPM 200 คน (ร้อยละ 55.25) มีความเข้าใจเมื่อได้รับคำอธิบาย 189 คน (ร้อยละ 52.21) อ่านคู่มือ DSPM 190 คน (ร้อยละ 52.49) อ่านเป็นเดือนๆตามอายุลูก 122 คน (ร้อยละ 33.70) ใช้บ้างนานๆ ครั้ง 117 คน (ร้อยละ 32.32) และระบบการบริหารจัดการโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก พบว่า บุคลากรสาธารณสุขได้รับการพัฒนาศักยภาพโดยการฝึกอบรมการใช้คู่มือ DSPM จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลแม่ข่ายในพื้นที่ ได้รับการสนับสนุนจากผู้จัดการระบบการดูแลส่งเสริมพัฒนาการเด็กในด้านองค์ความรู้ เรื่องการประเมินคัดกรองพัฒนาการ และอุปกรณ์ประเมิน DSPM บุคลากรสาธารณสุขให้คำแนะนำการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM แก่ผู้ปกครองเด็ก และโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก มีจุดแข็งในลักษณะของการทำงานร่วมกันเป็นเครือข่าย ระหว่างคณะกรรมการระดับอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความเข้มแข็งทำงานร่วมกันในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และจุดอ่อนของโครงการคือ พ่อแม่ ผู้ปกครองเด็กยังไม่ค่อยเข้าใจและให้ความสำคัญในเรื่องการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ดังนั้นควรพัฒนา ปรับระบบบริหารจัดการคู่มือ DSPM ให้ครอบคลุมเด็กทุกราย พร้อมให้ความรู้ทักษะในการใช้คู่มือ DSPM ในช่วงหลังคลอด ก่อนออกจากโรงพยาบาล และติดตาม สนับสนุนองค์ความรู้ ทักษะการใช้คู่มือ DSPM แก่แม่หลังคลอด หรือผู้ดูแลเด็กในการเยี่ยมติดตามหลังคลอด โดยทีมเครือข่ายในระดับพื้นที่

คำสำคัญ: พัฒนาการ เด็กปฐมวัย ผู้ดูแลเด็กหลัก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

The Evaluation of Child Development Project on the Auspicious Occasion of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorns 5th Cycle Birthday Anniversary on 2nd April 2015 in Health Region 6

Wipa Wongmek

Samut Prakan Provincial Public Health Office

Panisara Sitthinam

Health Promotion Center 6 Chonburi

Received 10 January 2024, Revised 5 February 2024, Accepted 6 February 2024.

Abstract

Children are a valuable resource for the country's development. For a child to grow into a quality adult, they must undergo complete development, encompassing physical, mental, emotional, social, and intellectual aspects. This mixed methods research explores the development of children at 9, 18, 30, 42, and 60 months. The study focuses on Child Development Promotion Behavior according to the Child Care Handler's DSPM Manual and the management system of the Child Development Project on the Auspicious Occasion of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn's 5th Cycle Birthday Anniversary on April 2, 2015. The sample group consists of child caretakers and early childhood children aged 9 months to 5 years 11 months 29 days, totaling 362 people and 14 public health personnel. The research results reveal that most children had normal development (75.14%). Notably, 93.90% of children aged 9 months demonstrated normal development, while 43.24% of children aged 42 months had suspected developmental delays. Child caretakers who received DSPM manuals numbered 236 (65.19%), with 44.48% receiving manuals at postpartum wards. Furthermore, 55.25% of caretakers received explanations for using the DSPM manual, and 52.21% were understanding when explanations were provided. Regarding manual usage, 52.49% of caretakers read the DSPM Manual, and 33.70% read it monthly according to their child's age, while 32.32% used it occasionally. The Child Development Promotion Project's management system highlights the empowerment of health workers through training in DSPM manual use. This training is facilitated by provincial public health offices and local host hospitals, supported by the Child Development Care System Manager. Public health personnel provide guidance on surveillance and promotion of child development according to the DSPM manual. The project's strengths lie in collaborative networking between district-level committees, local government organizations, and a robust network of village health volunteers working together to promote child development. However, a notable weakness is observed among parents who fail to understand and prioritize monitoring and promoting child development. To address this, the DSPM manual management system should be expanded to cover all children. Additionally, knowledge and skills in using the DSPM manual should be provided to parents during the postpartum period, with ongoing monitoring and support by network teams at the local level during postpartum follow-up visits.

Keyword: development, Early childhood, Child caretakers, Public health personnel

■ unku

เด็กเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่ายิ่งต่อการพัฒนาประเทศในอนาคต การที่เด็กจะเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพนั้น เด็กจะต้องมีพัฒนาการที่สมบูรณ์พร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา โดยเฉพาะเด็กปฐมวัยซึ่งเป็นช่วงโอกาสทองของชีวิตที่สมองพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว หากมีปัจจัยใดกระทบกระเทือนในช่วงนี้จะทำให้เด็กมีโอกาสเกิดความบกพร่องทางพัฒนาการได้จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ.2540-2544 เป็นต้นมา มีเป้าหมายในการพัฒนาเด็กทั้งโครงสร้างการดูแลเด็ก การควบคุมและป้องกันโรค การส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้มีพัฒนาการตามวัย ด้านร่างกาย สติปัญญา จิตใจ อารมณ์และสังคม เพื่อให้เด็กเติบโตเป็นทรัพยากรที่มีศักยภาพในการพัฒนาประเทศ⁽¹⁾ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนทุกช่วงวัย⁽²⁾ โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพให้เด็กปฐมวัยทุกคนได้รับการพัฒนาตามวัยอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง กำหนดเป้าหมายให้เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ร้อยละ 85 มีพัฒนาการสมวัยภายในปี พ.ศ.2564 และเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการประเมินเพื่อช่วยเหลือซึ่งบุคลากรสาธารณสุขในสถานบริการทุกระดับเป็นผู้มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาเด็กตามนโยบายของรัฐบาลในการพัฒนาระบบบริการอย่างไร้รอยต่อ

จากการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยกรมอนามัยด้วยแบบคัดกรองพัฒนาการ DENVER II จำนวน 6 ครั้งเริ่มจากปี พ.ศ. 2542, 2547, 2550, 2553, 2557 และ 2560 พบว่า สถานการณ์พัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัยไทยยังคงที่และมีแนวโน้มลดลงที่ ร้อยละ 71.7, 72.0, 67.7, 73.4, 72.0 และ 67.5 ตามลำดับ ในขณะที่เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามีถึงร้อยละ 30⁽³⁻⁴⁾

จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูและบุคลากรที่เกี่ยวข้องจะต้องตระหนักในการเฝ้าระวัง และให้การช่วยเหลือดูแลส่งเสริมให้เด็กมีการพัฒนาไปตามวัยอย่างถูกต้องเหมาะสมตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ถ้าไม่มีกระบวนการดูแลช่วยเหลือที่ชัดเจน เด็กจะเสียโอกาสในการพัฒนาตามวัย รวมทั้งอาจเกิดปัญหาพัฒนาการที่ย่างยากซับซ้อน เป็นภาระต่อครอบครัว สังคม และประเทศ

ปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการเด็กคือความรัก ความเอาใจใส่ ความอบอุ่น ความรู้สึกปลอดภัย และความไว้วางใจกัน สิ่งเหล่านี้เป็นอาหารใจและเป็นรากฐานที่สำคัญมาก ถ้าพ่อแม่ผู้ปกครอง ผู้ดูแลหลัก เข้าใจเด็ก รู้จักตอบสนองความต้องการเด็กอย่างเหมาะสม สามารถสร้างความผูกพันทางใจกับเด็กได้อย่างดี แล้วเด็กจะมีอารมณ์แจ่มใส เจริญเติบโตไว ร่าเริงน่ารัก เมื่อโตขึ้นจะมีความมั่นใจในตัวเองและมองโลกในแง่ดี รู้จักปรับตัวอยู่กับผู้อื่นได้อย่างดีด้วย ตรงข้ามกับเด็กที่ไม่มีพ่อแม่ผู้ดูแลเอาใจใส่ มักจะเป็นเด็กหงอยเหงาและอาจมีลักษณะที่เป็นปัญหาในการปรับตัวซึ่งแก้ไขได้ยาก⁽⁴⁾ การพัฒนาเด็กให้เต็มศักยภาพ เพื่อเป็นประชากรที่มีคุณภาพในอนาคต จึงมีความจำเป็นและต้องการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ซึ่งทุกประเทศทั่วโลกมีความพยายามในการพัฒนาเด็กด้วยหลากหลายวิธีการ สำหรับประเทศไทย ได้มีการพัฒนาเครื่องมือติดตามพัฒนาการเด็กมายาวนานจากหลายหน่วยงาน เช่น อนามัย 49 (ปี พ.ศ. 2549) อนามัย 55 (ปี พ.ศ. 2555) เป็นต้น ข้อจำกัดที่สำคัญที่พบบ่อยคือ การติดตามพัฒนาการด้านภาษา เนื่องจากภาษาไทยเป็นภาษาที่มีใช้สำหรับประเทศไทยประเทศเดียวในโลก จำเป็นที่จะต้องพัฒนาเครื่องมือของเราเอง และในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ ของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี วันที่ 2 เมษายน

2558 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558 เป้าหมายให้เด็กไทยทุกคน ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการที่ถูกต้องมีมาตรฐานอย่างเท่าเทียมจากพ่อแม่ ผู้ปกครองและชุมชน ตลอดจนบูรณาการแผนงานการพัฒนาเด็กของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยใช้เครื่องมือที่สำคัญคือ คู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (Developmental Surveillance and Promotion Manual DSPM)⁽⁵⁾ ที่ครอบครัวเด็กเกิดใหม่ทุกครอบครัวได้รับ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัยอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 72 เดือนโดยครอบครัวและผู้ที่มีหน้าที่เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ภายใต้การบริหารจัดการคู่มือ DSPM แก่ผู้ดูแลเด็ก การพัฒนาศักยภาพของนักจัดการโครงการพัฒนาการเด็กระดับอำเภอ/จังหวัด เพื่อให้คำแนะนำการใช้คู่มือแก่ผู้ดูแลเด็กเกิดความเข้าใจและดูแลเด็กให้มีพัฒนาการตามวัย รวมทั้งตรวจคัดกรองพัฒนาการตามช่วงอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน และปรับปรุงการบันทึกข้อในระบบรายงานให้สอดคล้องกับการดำเนินโครงการ เพื่อติดตามเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กในระดับพื้นที่ ค้นหาเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้อย่างรวดเร็วทำให้เด็กได้รับการดูแลแก้ไขได้ทันการ ในปี 2563 การดำเนินโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติฯ ครบ 5 ปี ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี ได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ 6 จึงควรประเมินผลของโครงการ เพื่อศึกษาพัฒนาการของเด็กอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน และระบบการบริหารจัดการที่จะส่งผลกระทบต่อความยั่งยืนของโครงการต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. ศึกษาพัฒนาการของเด็กอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน
2. ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM ของผู้เลี้ยงดูหลัก
3. ศึกษากระบวนการบริหารจัดการโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กฯ

■ วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณและ เชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาพัฒนาการของเด็กอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM ของผู้เลี้ยงดูหลักและระบบการบริหารจัดการโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กฯ โดยกำหนดขอบเขตการวิจัย ดังนี้

การศึกษาเชิงปริมาณ

1. ประชากร คือ เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 9 เดือนถึงอายุ 9 เดือน 29 วัน, เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 18 เดือนถึงอายุ 18 เดือน 29 วัน, เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 30 เดือนถึงอายุ 30 เดือน 29 วัน, เด็กที่มีอายุ 42 เดือนถึงอายุ 42 เดือน 29 วัน และเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 60 เดือนถึงอายุ 60 เดือน 29 วัน ไม่มีภาวะ Birth Asphyxia ไม่มีความพิการแต่กำเนิดที่มีผลต่อพัฒนาการเด็ก เช่น ภาวะ Down Syndrome ออทิสติก และมีน้ำหนักแรกเกิด 2500 กรัมขึ้นไป และผู้เลี้ยงดูหลัก คือ พ่อหรือแม่ หรือบุคคลในครอบครัวที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ใช้เวลาในแต่ละวันในช่วงกลางวันกับเด็กมากที่สุดและดูแลเด็กอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป

2. กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้เลี้ยงดูหลักและเด็กปฐมวัยที่มีอายุตั้งแต่ 9 เดือนถึงอายุ 9 เดือน 29 วัน เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 18 เดือนถึงอายุ 18 เดือน 29 วัน เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 30 เดือนถึงอายุ 30 เดือน 29 วัน เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 42 เดือนถึงอายุ 42 เดือน 29 วัน และเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 60 เดือนถึงอายุ 60 เดือน 29 วัน

ถึงอายุ 30 เดือนถึงอายุ 30 เดือน 29 วัน,เด็กที่มีอายุ 42 เดือนถึงอายุ 42 เดือน 29 วัน และเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 60 เดือนถึงอายุ 60 เดือน 29 วัน จำนวน 362 คน

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรที่เหมาะสมกับรูปแบบการสำรวจ ที่ทราบจำนวนประชากรใช้ค่าความชุกของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้ารวมทั้งร้อยละ 26 ค่าความเชื่อมั่น 95% และค่า acceptable error เท่ากับ 0.05 ขั้นตอนการคำนวณใช้ total population ของเด็กทุกกลุ่มอายุระดับเขต นำจำนวนตัวอย่างกระจายไปยังจังหวัดที่สุ่มได้ด้วยวิธี proportional to size หลังจากแบ่งเด็กออกเป็น 5 กลุ่มอายุ (19, 18, 30, 42 และ 60 เดือน) จำนวนเท่าๆกัน ดังนี้

$$n = \frac{Z^2_{\alpha}NP(1-P)}{Z^2_{\alpha}P(1-P) + (N-1)E^2}$$

$$Z = 1.96 \text{ (ที่ } \alpha = 0.05)$$

$$N = \text{จำนวนประชากรเด็ก 5 กลุ่มอายุทั้งหมดของเขตสุขภาพที่ 6}$$

$$P = \text{ความชุกของเด็กที่สงสัยล่าช้า} = 0.26$$

$$E = \text{acceptable error} = 0.05$$

การสุ่มตัวอย่าง สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi Stage Sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มแบบ simple random sampling เลือกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 2 จังหวัด

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มแบบ simple random sampling เลือกอำเภอในจังหวัดที่สุ่มได้ จังหวัดละ 2 อำเภอ

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มแบบ simple random sampling เลือกตำบลในอำเภอที่สุ่มได้อำเภอละ 2 ตำบล โดยสุ่มเด็กและผู้ดูแลเด็กหลักกระจายแต่ละตำบลเท่าๆกัน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบ

ด้วย

3.1 แบบสอบถามผู้เลี้ยงดูหลัก ประกอบด้วย ข้อมูลครอบครัว ข้อมูลเด็ก พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการตามคู่มือ DSPM เป็นเครื่องมือที่ทีมวิจัยสร้างและพัฒนา โดยมีผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย นพ.วัลลภ ไทยเหนือ พญ.ศิริพร กัญชนะ ศ.เกียรติคุณ พญ.ศิริกุล อิศรานุรักษ์ พญ.นิพรรณพร วรมงคล รศ. ดร. จิราพร ชมพิกุล รศ.ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย นักวิจัยส่วนกลางและนักวิจัยจากศูนย์อนามัยที่ 1-12 นำแบบสอบถามไปทดสอบ ในส่วนของความพึงพอใจต่อคู่มือ DSPM ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient โดยภาพรวม = 0.867 ด้านการใช้ประโยชน์จากคู่มือ DSPM = 0.816 ด้านรูปแบบคู่มือ = 0.853 ด้านการได้รับคำแนะนำ = 0.754

3.2 สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก เก็บข้อมูลแม่ : ปัญหาขณะตั้งครรภ์ ข้อมูลเด็ก : ข้อมูลการคลอด เช่น สถานที่คลอด วันเดือนปีเกิด น้ำหนักแรกเกิดภาวะ Birth Asphyxia โรคประจำตัวของเด็ก

3.3 คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) เป็นคู่มือที่กระทรวงสาธารณสุขจัดทำขึ้นและแจกจ่ายให้กับเด็กเกิดใหม่ทุกคนตามโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กฯ เพื่อใช้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัย เก็บข้อมูลการได้รับคู่มือ DSPM และการใช้คู่มือ DSPM

3.4 แบบคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (คู่มือ DSPM) เป็นเครื่องมือคัดกรองพัฒนาการประกอบด้วยพัฒนาการ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา ด้านการช่วยเหลือตนเองและ

สังคม

การศึกษาเชิงคุณภาพ

1. ประชากร คือ Child Project Manager โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติฯ หมายถึง ผู้ที่ได้รับแต่งตั้งให้บริหารจัดการ ติดตามสนับสนุน พัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับจังหวัดและ/หรืออำเภอ เพื่อให้โครงการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ปฏิบัติงานเฝ้าระวัง คัดกรอง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM หมายถึง ผู้ที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบบริการ ติดตาม ดูแล ส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติฯ ในระดับ รพ.สต.

2. กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษา เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับแต่งตั้งเป็น CPM ระดับจังหวัด จำนวน 1 คน และ/หรือระดับอำเภอ จำนวน 2 คน และผู้ปฏิบัติงานเฝ้าระวังคัดกรอง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กในระดับ รพ.สต. จำนวน 14 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

3.1 แนวคำถามสำหรับ Child Project Manager ประกอบด้วย สมรรถนะของ CPM ระบบบริหารจัดการ ระบบบันทึกข้อมูล

3.2 แนวคำถามสำหรับผู้ปฏิบัติงาน ในหน่วยบริการประกอบด้วย สมรรถนะของผู้ปฏิบัติงาน ระบบบริหารจัดการ ระบบบันทึกข้อมูล

แนวคำถามสำหรับ Child Project Manager และผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการเป็นเครื่องมือที่ทีมวิจัยสร้างและพัฒนา โดยมีผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษา ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนและความเหมาะสมของแนวคำถาม เช่นเดียวกับการวิจัยเชิงปริมาณ

● การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวม

ข้อมูลจากจังหวัดที่สุ่มได้ จำนวน 2 จังหวัด โดยมีทีมสัมภาษณ์ ที่ผ่านการฝึกการใช้แบบสอบถาม สัมภาษณ์ผู้เลี้ยงดูหลัก รวมทั้งมีความรู้ ศึกษารายละเอียดในการหาข้อมูลต่างๆ จากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และคู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ทีมประเมินพัฒนาการเด็ก ที่ผ่านการอบรมการประเมินพัฒนาการเด็กด้วยเครื่องมือ DSPM และผู้สัมภาษณ์ Child Project Manager และผู้ปฏิบัติงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลที่ผ่านการฝึกปฏิบัติตามขั้นตอนการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวคำถามที่ใช้ในการศึกษา

● การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ นำข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และลงรหัสแต่ละข้อ บันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอในรูปแบบตารางแจกแจงความถี่ บรรยายด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับระบบการบริหารจัดการโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กฯ หลังจากตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลแล้วนำมาแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นที่เก็บข้อมูล จากนั้นทำการตีความหมายของข้อมูลตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล (Content Analysis) เพื่อสรุปการศึกษา

● การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ดำเนินการโดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยผ่านการพิจารณารับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยกฤษฎีกา กระทรวงสาธารณสุข รหัสโครงการวิจัย 341 ลงวันที่ 26 สิงหาคม

■ ผลการศึกษา

1. ข้อมูลด้านเด็ก

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ อายุ 9 , 18 , 30 , 42 และ 60 เดือน สัดส่วนใกล้เคียงกัน เพศหญิง 184 คน (ร้อยละ 50.83) เพศชาย 178 คน (ร้อยละ 49.17) ส่วนใหญ่คลอดที่โรงพยาบาลของรัฐ 334 คน (ร้อยละ 92.27) พื้นฐานอารมณ์ของเด็กเลี้ยงง่าย 318 คน (ร้อยละ 87.85) ไม่มีโรคประจำตัว 336 คน (ร้อยละ 92.82) ดังตารางที่ 1

2. ข้อมูลด้านครอบครัว

จากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ พ่อจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. 181 คน (ร้อยละ 50.0) แม่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. 205 คน (ร้อยละ 56.63) รายได้เพียงพอ ไม่เหลือ

เก็บ 173 คน (ร้อยละ 47.79) สถานภาพสมรสของพ่อแม่เด็ก อยู่ด้วยกัน 304 คน (ร้อยละ 83.98) ผู้เลี้ยงดูหลักของเด็ก คือแม่ 184 คน (ร้อยละ 50.83) ผู้ดูแลหลักอายุ 30 – 39 ปี 86 คน (ร้อยละ 23.76) ผู้ดูแลหลักจบการศึกษาระดับประถมศึกษา 166 คน (ร้อยละ 45.86) ดังตารางที่ 2

3. พัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พัฒนาการสมวัย 272 คน (ร้อยละ 75.14) เด็กอายุ 9 เดือนพัฒนาการสมวัยมากที่สุด 77 คน (ร้อยละ 93.90) เด็กอายุ 42 เดือนพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากที่สุด 32 คน (ร้อยละ 43.24) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ข้อมูลด้านเด็ก

ตัวแปร	จำนวน(คน) (n=362)	ร้อยละ
อายุของเด็ก		
9 เดือน	71	19.61
18 เดือน	75	20.72
30 เดือน	74	20.44
42 เดือน	73	20.17
60 เดือน	69	19.06
เพศของเด็ก		
ชาย	178	49.17
หญิง	184	50.83
สถานที่คลอด		
โรงพยาบาลของรัฐ	334	92.27
โรงพยาบาลเอกชน	28	7.73
พื้นฐานอารมณ์ของเด็ก		
เลี้ยงง่าย	318	87.85
เลี้ยงค่อนข้างยาก	36	9.94
เลี้ยงยาก	8	2.21
โรคประจำตัวของเด็ก		
มี	26	7.18
ไม่มี	336	92.82

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านครอบครัว

ตัวแปร	จำนวน(คน) (n=362)	ร้อยละ
การศึกษาพ่อ		
ไม่ได้เรียน	5	1.38
ประถมศึกษา	68	18.78
มัธยมศึกษา/ปวช.	181	50.0
อนุปริญญา/ปวส.	46	12.71
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	35	9.67
ไม่ทราบ	27	7.46
การศึกษาแม่		
ไม่ได้เรียน	6	1.66
ประถมศึกษา	53	14.64
มัธยมศึกษา/ปวช.	205	56.63
อนุปริญญา/ปวส.	32	8.84
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	54	14.92
ไม่ทราบ	12	3.31
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ เหลือเก็บ	97	26.80
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	173	47.79
ไม่เพียงพอ	92	25.41
สถานภาพสมรสของพ่อแม่เด็ก		
อยู่ด้วยกัน	304	83.98
แยกทางกัน	54	14.92
หม้าย	4	1.10
อื่นๆ เช่น ไม่ได้อยู่ด้วยกันเพราะทำงานต่างจังหวัด		
ผู้เลี้ยงดูหลักของเด็ก		
แม่	184	50.83
พ่อ	10	2.76
ตา ยาย	101	27.90
ปู่ ย่า	43	11.88
ญาติ เช่น ป้า	14	3.87
ลูกจ้างเลี้ยงเด็ก	10	2.76
เพศของผู้ดูแลหลัก		
ชาย	22	6.08
หญิง	340	93.92
อายุของผู้ดูแลหลัก		
< 20 ปี	7	1.93
20 – 29 ปี	85	23.48
30 – 39 ปี	86	23.76

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านครอบครัว (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน(คน) (n=362)	ร้อยละ
40 – 49 ปี	65	17.96
50 – 59 ปี	74	20.44
60 – 69 ปี	38	10.50
> 70 ปีขึ้นไป	7	1.93
Min = 16, Max = 84, Mean = 41.4, SD = 14.1		
การศึกษาของผู้ดูแลหลัก		
ไม่ได้เรียน	14	3.87
ประถมศึกษา	166	45.86
มัธยมศึกษา/ปวช.	142	39.23
อนุปริญญา/ปวส.	18	4.97
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	22	6.08

ตารางที่ 3 พัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน

อายุของเด็ก (n=362)	พัฒนาการเด็ก			
	สมวัย	ร้อยละ	สงสัยล่าช้า	ร้อยละ
9 เดือน	77	93.90	5	6.10
18 เดือน	61	77.22	18	22.78
30 เดือน	35	57.38	26	42.62
42 เดือน	42	56.76	32	43.24
60 เดือน	57	86.36	9	13.64
รวม	272	75.14	90	24.86

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM ของผู้เลี้ยงดูหลัก

พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการฯ	จำนวน(คน) (n=362)	ร้อยละ
ได้รับคู่มือ DSPM		
ได้รับ	236	65.19
ไม่ได้รับ	125	34.53
ไม่ให้ข้อมูล	1	0.28
ได้รับเมื่อไร		
มาฝากครรภ์	24	6.63
ตึกหลังคลอด	161	44.48
อสม./จนท.เอามาให้ที่บ้านหลังคลอด	7	1.93
เมื่อนำเด็กมารับวัคซีน	38	10.50

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM ของผู้เลี้ยงดูหลัก (ต่อ)

พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการฯ	จำนวน(คน) (n=362)	ร้อยละ
อื่นๆ	6	1.66
ไม่ให้ข้อมูล	126	34.81
จนท./อสม.อธิบายการใช้ DSPM		
อธิบาย	200	55.25
ไม่ได้อธิบาย	26	7.18
ไม่ทราบ	10	2.76
ไม่ให้ข้อมูล	126	34.81
ความเข้าใจของผู้ดูแลหลักเมื่อได้รับคำอธิบาย		
เข้าใจ	189	52.21
ไม่เข้าใจ	10	2.76
ไม่ให้ข้อมูล	163	45.03
การอ่านคู่มือ DSPM		
อ่าน	190	52.49
ไม่อ่าน	44	12.15
ไม่ให้ข้อมูล	128	35.36
วิธีการอ่านส่วนใหญ่		
อ่านเป็นเดือนๆ ตามอายุลูก	122	33.70
เลือกอ่านตามความสนใจ	32	8.84
อ่านล่วงหน้าเกินช่วงอายุลูก	26	7.18
อื่นๆ เช่น อ่านเฉพาะเวลาสงสัย	10	2.76
ไม่ให้ข้อมูล	172	47.51
การนำมาใช้		
บ่อยๆเกือบทุกวัน	48	13.26
ใช้บ้างนานๆ ครั้ง	117	32.32
ไม่ได้ใช้เลย	25	6.91
ไม่ให้ข้อมูล	172	47.51
การแนะนำผู้อื่น		
แนะนำ	49	13.54
ไม่ได้แนะนำ	140	38.67
ไม่ให้ข้อมูล	173	47.79
ปัญหาการใช้ DSPM		
ไม่มีปัญหา	150	41.44
มีปัญหา	39	10.77
ไม่ให้ข้อมูล	173	47.79
มีผู้ช่วยแนะนำเมื่อมีปัญหา		
ไม่มีผู้ช่วยแนะนำ	1	0.28

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM ของผู้เลี้ยงดูหลัก (ต่อ)

พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการฯ	จำนวน(คน) (n=362)	ร้อยละ
มีผู้ช่วยแนะนำ	38	10.50
ไม่มีปัญหา	150	41.44
ไม่ให้ข้อมูล	173	47.79
ผู้ให้คำแนะนำเมื่อมีปัญหา		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	33	9.12
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	2	0.55
เพื่อนบ้าน	2	0.55
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	1	0.28
ไม่มีปัญหา	150	41.44
ไม่ให้ข้อมูล	174	48.07
การใช้ DSPM ในรูปแบบอื่น		
ไม่เคยใช้	307	84.81
ใช้ App Khunlook	6	1.66
ใช้ App KidDiary	5	1.38
ใช้ Electronic File(QR-Code)	4	1.10
อื่นๆ เช่น Google, Youtube	31	8.56
ไม่ให้ข้อมูล	9	2.49

4. พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM ของผู้เลี้ยงดูหลัก

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับคู่มือ DSPM 236 คน (ร้อยละ 65.19) ได้รับที่ติ๊กหลังคลอด 161 คน (ร้อยละ 44.48) ได้รับคำอธิบายการใช้คู่มือ DSPM 200 คน (ร้อยละ 55.25) มีความเข้าใจเมื่อได้รับคำอธิบาย 189 คน (ร้อยละ 52.21) อ่านคู่มือ DSPM 190 คน (ร้อยละ 52.49) อ่านเป็นเดือนๆ ตามอายุลูก 122 คน (ร้อยละ 33.70) ใช้บ้างนานๆ ครั้ง 117 คน (ร้อยละ 32.32) ไม่มีปัญหาการใช้ DSPM 150 คน (41.44) ไม่เคยใช้ DSPM ในรูปแบบอื่น 307 คน (ร้อยละ 84.81) ดังตารางที่ 4

5. ระบบการบริหารจัดการโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558

5.1 การบริหารจัดการ สมรรถนะ และการบันทึกข้อมูลของนักจัดการโครงการพัฒนาการเด็ก ระดับอำเภอ/จังหวัด (CPM)

การบริหารจัดการคู่มือ DSPM ของนักจัดการโครงการพัฒนาการเด็ก ระดับอำเภอ/จังหวัด (CPM) ที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และศูนย์อนามัย โดยการกระจายสู่โรงพยาบาลในพื้นที่ และมอบให้กับครอบครัวเด็กช่วงหลังคลอดซึ่งเพียงพอกับจำนวนเด็กแรกเกิด แต่จะมีปัญหากรณีคู่มือหายหรือชำรุด ส่วนการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ จะร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลในการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมกรณีคู่มือ และ

อุปกรณ์ไม่เพียงพอหรือชำรุด การส่งเสริมพัฒนาการเด็กมีการดำเนินงานร่วมกันทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยงานด้านสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อีกทั้งมีการกำกับติดตามผ่านการประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กจังหวัด (MCHB) นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก รวมถึงการแนะนำการใช้คู่มือ DSPM เป็นที่ติดตาม คัดกรอง เพื่อเฝ้าระวังส่งเสริมพัฒนาการเด็ก จุดแข็งของโครงการนี้ คือ เป็นโครงการที่มีความร่วมมือจากเครือข่ายทุกภาคส่วนในพื้นที่ ผู้บริหารระดับจังหวัดให้ความสำคัญและกำกับติดตามผลการดำเนินงานและมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่ โอกาสการพัฒนาของโครงการนี้ คือ การตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็ก การติดตามเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ายังไม่ครบถ้วน เจ้าหน้าที่มีภาระงานมากและมีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงาน

สมรรถนะของนักจัดการโครงการพัฒนาการเด็ก ระดับอำเภอ/จังหวัด (CPM) มีความมั่นใจในการถ่ายทอดทักษะการเฝ้าระวังส่งเสริมและคัดกรองพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM เนื่องจากได้รับการฝึกอบรมจากส่วนกลาง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และศูนย์อนามัย มีการฟื้นฟูความรู้ทุกปี รวมทั้งทบทวนข้อมูลความรู้ใหม่ เพื่อให้มั่นใจในการดำเนินงาน และ Coaching ให้ผู้ปฏิบัติงานระดับอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

การบันทึกข้อมูลของนักจัดการโครงการพัฒนาการเด็ก ระดับอำเภอ/จังหวัด (CPM) จะบันทึกข้อมูลพัฒนาการเด็กใน

โปรแกรม Hosxp และ JHCIS ซึ่งสามารถบันทึกข้อมูลได้ทันเวลา ถูกต้อง ครบถ้วน โดยการประสานความร่วมมือกับฝ่ายเทคโนโลยีของจังหวัดและอำเภอ เพื่อปรึกษา เชื่อมโยงระบบข้อมูล และกำกับกรบันทึกข้อมูลให้ถูกต้อง ทันเวลา และสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการวิเคราะห์วางแผนในการติดตามเฝ้าระวังส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และรายงานต่อคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กจังหวัด (MCHB) เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

5.2 การบริหารจัดการ สมรรถนะ และการบันทึกข้อมูลของผู้ปฏิบัติงานเฝ้าระวังคัดกรองและ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM

การบริหารจัดการคู่มือ DSPM วัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือตรวจพัฒนาการเด็กของผู้ปฏิบัติงานเฝ้าระวังคัดกรองและ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM โดยได้รับสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ CPM ส่วนใหญ่มีความเพียงพอ โดยคู่มือ DSPM แจกให้กับครอบครัวที่มาคลอด ยกเว้นกรณีสูญหายหรือชำรุด จะถ่ายเอกสารแจกให้ สำหรับการสร้างเครือข่ายส่งเสริมพัฒนาการเด็ก จะมีการดำเนินงานร่วมกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ปกครองเด็กเพื่อทำงานร่วมกัน หากคัดกรองพบพัฒนาการเด็กสงสัยล่าช้าให้แจ้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลเพื่อประเมินเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการตามระบบ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนสำคัญในการติดตาม นัดหมายครอบครัวให้พาเด็กไปตรวจตามนัด จุดแข็งของโครงการนี้ คือ การทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายทั้งในระดับอำเภอ และพื้นที่ โอกาสในการพัฒนาโครงการนี้ คือ การสร้างความตระหนัก และความร่วมมือของ

ผู้ปกครองในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และการติดตามเด็กให้ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการครบทุกคน รวมทั้งควรเยี่ยมบ้าน ติดตามพัฒนาการเด็กเชิงรุกเพื่อกระตุ้น และแนะนำการส่งเสริมพัฒนาการเด็กแก่ผู้ปกครอง

สมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานเฝ้าระวังคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM ได้รับการพัฒนาศักยภาพโดยการฝึกอบรมการใช้คู่มือ DSPM จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลแม่ข่ายซึ่งเป็นการอบรมทั้งทฤษฎีและฝึกปฏิบัติ รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการประชุมประจำเดือน และฟื้นฟูความรู้การใช้คู่มือ DSPM ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความมั่นใจมากขึ้น อีกทั้งยังมี CPM ระดับจังหวัดและอำเภอเป็นที่ปรึกษา เป็นพี่เลี้ยงสามารถติดต่อประสานการทำงานได้ และในการเฝ้าระวัง ส่งเสริมพัฒนาการเด็กเป็นลักษณะรายบุคคลและรายกลุ่ม ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ปกครองที่นำเด็กมาฉีดวัคซีน คือมารดาของเด็ก โดยจะอธิบายถึงความสำคัญ ประโยชน์ของการเฝ้าระวังการส่งเสริมพัฒนาการตามช่วงวัย และการนัดกระตุ้นพัฒนาการในกรณีพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า

การบันทึกข้อมูลของผู้ปฏิบัติงานเฝ้าระวังคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM ส่วนใหญ่สามารถบันทึกข้อมูลในระบบได้ทันเวลา และตามช่วงอายุของเด็ก แต่อาจมีบางครั้งที่ไม่สามารถบันทึกข้อมูลในวันที่มีการตรวจคัดกรองพัฒนาการเนื่องจากภาระงานมาก และข้อมูลจากการบันทึกสามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ของพื้นที่ เพื่อวางแผนการติดตามพัฒนาการเด็กในช่วงอายุต่อไป รวมทั้งรายงานต่อผู้บริหาร และจัดทำโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสำหรับผู้ปกครองในพื้นที่ได้

■ อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับคู่มือ DSPM 236 คน (ร้อยละ 65.19) ได้รับที่ตีกหลังคลอด 161 คน (ร้อยละ 44.48) ได้รับคำอธิบายการใช้คู่มือ DSPM 200 คน (ร้อยละ 55.25) มีความเข้าใจเมื่อได้รับคำอธิบาย 189 คน (ร้อยละ 52.21) อ่านคู่มือ DSPM 190 คน (ร้อยละ 52.49) อ่านเป็นเดือนๆ ตามอายุลูก 122 คน (ร้อยละ 33.70) ใช้บ้างนานๆ ครั้ง 117 คน (ร้อยละ 32.32) ไม่มีปัญหาการใช้ DSPM 150 คน (ร้อยละ 41.44) ไม่เคยใช้ DSPM ในรูปแบบอื่น 307 คน (ร้อยละ 84.81)

จากการประเมินผลโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558 เขตสุขภาพที่ 6 พบว่าพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน ส่วนใหญ่พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 75.14 ซึ่งยังไม่บรรลุค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ตามแผนพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 85 สอดคล้องกับผลการประเมินพัฒนาการเด็กของเขตสุขภาพที่ 2 และ 8 ที่พบพัฒนาการสมวัยมากกว่าพัฒนาสงสัยล่าช้า (ร้อยละ 75.5 และ 78 ตามลำดับ)⁽⁶⁾ เมื่อจำแนกตามช่วงอายุพบเด็กอายุ 9 เดือนพัฒนาการสมวัยมากที่สุด ร้อยละ 93.90 ซึ่งช่วงวัยที่เวลาส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักหากได้รับการส่งเสริมพัฒนาการอย่างเหมาะสมจะทำให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย ส่วนเด็กอายุ 42 และ 30 เดือนพบพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากที่สุด ร้อยละ 43.24 และ 42.62 ตามลำดับ สำหรับช่วงวัยนี้เวลาส่วนหนึ่งอยู่ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย หากได้รับการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการอย่างเหมาะสมในช่วงเวลาที่เด็กเรียนรู้ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยจะเป็นส่วนสำคัญในการช่วยเสริมพัฒนาการ

ผู้ดูแลหลักได้รับคู่มือ DSPM ร้อยละ 65.19 ซึ่งเด็กร้อยละ 92.27 คลอดที่โรงพยาบาลรัฐหากหน่วยบริการสามารถบริหารจัดการคู่มือได้ทันเวลา จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการส่งเสริมพัฒนาการตั้งแต่แรกเกิดโดยมีผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 52.49 อ่านคู่มือ โดยนำไปใช้บ้างครั้งและใช้บ่อยๆ ร้อยละ 32.32 ซึ่งคู่มือ DSPM เป็นเครื่องมือที่เชื่อมโยงการทำงานทั้งการคัดกรอง เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กระหว่างเจ้าหน้าที่ พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็กเป็นแนวทางเดียวกันทั่วประเทศ บุคลากรสาธารณสุขใช้คัดกรองพัฒนาการเด็ก พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู ใช้ส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ มีวิธีการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในแต่ละข้ออย่างละเอียดเพื่อให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง อ่าน เข้าใจและนำไปปฏิบัติได้^(5,7) หากผู้ดูแลเด็กและครอบครัวใช้คู่มือ DSPM เป็นประจำจะเป็นการช่วยกระตุ้น ส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามช่วงวัยส่งผลเชิงบวกต่อพัฒนาการและการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กในอนาคต และผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ไม่เคยใช้ DSPM ในรูปแบบอื่น ซึ่งปัจจุบันการเข้าถึงระบบสารสนเทศในแพลตฟอร์มต่างๆ ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการมีความสะดวกและเข้าถึงได้มากขึ้น การสื่อสารกับผู้ดูแลหลักเพื่อเป็นทางเลือกเป็นอีกมาตรการในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการในยุคเทคโนโลยีดิจิทัล การศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลหลักส่วนหนึ่งไม่ทราบข้อมูลจึงไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน ทำให้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่คำนวณเป็นตัวแทนได้ ทำให้การวิเคราะห์ขนาดของปัญหาไม่ได้ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้

การบริหารจัดการคู่มือ DSPM ของนักจัดการโครงการพัฒนาการเด็ก ระดับอำเภอ/จังหวัด และผู้ปฏิบัติงานเฝ้าระวังคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM ส่วนใหญ่ได้รับจัดสรรเพียงพอ และสามารถกระจายสู่

โรงพยาบาลเพื่อมอบให้กับครอบครัวเด็กส่วนใหญ่มอบให้ช่วงหลังคลอดก่อนออกจากโรงพยาบาล แต่อาจไม่ครอบคลุมทุกคน เนื่องจากบางโรงพยาบาลมอบให้ตั้งแต่ช่วงฝากครรภ์และผู้ปกครองเด็กบางรายทำคู่มือ DSPM หาย และมีเด็กส่วนหนึ่งคลอดโรงพยาบาลเอกชนทำให้ไม่ได้รับคู่มือ DSPM ทั้งนี้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่มีการติดตามเยี่ยมหลังคลอดและมอบคู่มือ DSPM กรณีที่ยังไม่ได้รับจากตึกหลังคลอด ซึ่งหากสามารถเยี่ยมหลังคลอดได้ตามเกณฑ์ครอบคลุมเด็กทุกคนในพื้นที่ รวมทั้งได้รับการติดตามดูแลทั้งประเด็นสุขภาพกาย สุขภาพจิต พัฒนาการ และสวัสดิการสังคมจะทำให้เด็กและครอบครัวได้รับการดูแลในทุกมิติ จากการศึกษาการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมคัดกรองพัฒนาการเด็ก 9, 18, 30 และ 42 เดือน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพุทธรักษา อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญของ พิศมัย ศรีวิรัมย์ พบว่าจุดเด่นของรูปแบบการมีส่วนร่วมคัดกรองพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM คือ การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ชุมชน จิตอาสาและเครือข่ายต่างๆ ในการร่วมกันค้นหารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน ในการคัดกรองและแก้ไขปัญหาเด็กในชุมชน⁽⁸⁾

สมรรถนะของนักจัดการโครงการพัฒนาการเด็ก ระดับอำเภอ/จังหวัด และผู้ปฏิบัติงานเฝ้าระวังคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM ได้รับการอบรมทั้งทฤษฎีและฝึกปฏิบัติเพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ และมั่นใจในการปฏิบัติงานจริง รวมทั้งมีการฟื้นฟูความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมงาน จากการศึกษาแบบการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริม

พัฒนาการเด็กปฐมวัย เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรีของ บุษบา อรรถาวีร์ และ บำเพ็ญ พงศ์เพชรจิต พบว่า การอบรม DSPM มีความสัมพันธ์กับการเตรียมอุปกรณ์ การคำนวณ อายุเด็ก และช่วยเพิ่มคุณภาพการคัดกรองให้มี ประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์แก่เด็กในการ ส่งเสริมพัฒนาการหรือส่งต่อ⁽⁹⁾ และในการ ดำเนินงานระดับพื้นที่อาสาสมัครสาธารณสุขเป็น คนสำคัญที่ช่วยค้นหา กระตุ้นให้ครอบครัวมา ตรวจคัดกรองพัฒนาการ หรือกระตุ้นให้ครอบครัว ส่งเสริมพัฒนาการตามคู่มือ DSPM ได้

การบันทึกข้อมูลของนักจัดการโครงการ พัฒนาการเด็ก ระดับอำเภอ/จังหวัด และผู้ปฏิบัติงาน เฝ้าระวังคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ตามคู่มือ DSPM ส่วนใหญ่สามารถบันทึกข้อมูล ในระบบได้ทันเวลา แต่อาจบันทึกข้อมูลไม่ทันใน วันที่มีการตรวจคัดกรองพัฒนาการเนื่องจากภาระ งานมาก ซึ่งเป็นระบบการบริหารจัดการของแต่ละ หน่วยบริการ เนื่องจากข้อมูลที่บันทึกสามารถ นำมาใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ของพื้นที่ เพื่อวางแผนการติดตามพัฒนาการเด็กในช่วงอายุ ต่อไป รวมทั้งจัดทำโครงการส่งเสริมพัฒนาการ เด็กเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองหรือ ผู้ดูแลเด็กในการเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการ เด็กที่เหมาะสมต่อไป

■ ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1.1 ขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม มาตรการ/แนวทางการเฝ้าระวังและส่งเสริม พัฒนาการเด็ก (DSPM) ที่ครอบคลุมมีคุณภาพ

1.2 ขับเคลื่อนเชิงนโยบายการสร้าง ความรอบรู้ การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาเด็กแก่ ผู้ดูแลเด็ก

2. ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ

2.1 พัฒนา ปรับระบบบริหารจัดการ คู่มือ DSPM ให้ครอบคลุมเด็กทุกราย พร้อมให้ ความรู้ ทักษะในการใช้คู่มือ DSPM ในช่วงหลัง คลอด ก่อนออกจากโรงพยาบาล

2.2 ติดตาม สนับสนุนองค์ความรู้ ทักษะการใช้คู่มือ DSPM แก่แม่หลังคลอด หรือ ผู้ดูแลเด็กในการเยี่ยมติดตามหลังคลอด โดยทีม เครือข่ายในระดับพื้นที่

2.3 ส่งเสริมบทบาทของผู้เลี้ยงดู หลัก ครูผู้ดูแลเด็ก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านและภาคีเครือข่าย ให้ตระหนักมีความรู้ เกี่ยวกับการใช้คู่มือ DSPM

2.4 สนับสนุนสถานพัฒนาเด็ก ปฐมวัยทุกสังกัด ให้มีการใช้คู่มือ DSPM และมีการพัฒนาตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย แห่งชาติ

3. ข้อเสนอสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

3.1 พัฒนาการสร้างความรอบรู้การ เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาเด็กในผู้ดูแลหลัก

3.2 พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและ ส่งเสริมพัฒนาเด็กในผู้ดูแลหลัก

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการศูนย์อนามัย ที่ 6 ชลบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา และกลุ่ม ตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุน การวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. บุญเลิศ เลี้ยวประไพ. ประชากรไทย อดีต-ปัจจุบัน-อนาคต. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2557.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) ด้านสาธารณสุขฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 (พ.ศ.2561). นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
3. จินตนา พัฒนพงศ์ธร, ชัยชนะ บุญสุวรรณ, นฤมล ธนเจริญวัชร. รายงานผลการศึกษา พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปีพ.ศ. 2557. นนทบุรี: กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2558.
4. กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ. รายงานการศึกษาวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560. นนทบุรี: กลุ่มสนับสนุนวิชาการและการวิจัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2561.
5. สมัย ศิริทองถาวร. การพัฒนาคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561;63(1):3-12.
6. ประภาภรณ์ จังพานิช. การประเมินผลโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://hp.anamai.moph.go.th/thth/km-research-person/download/?did=204797&id=86178&reload=>
7. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2562.
8. พิศมัย ศรีวิรัมย์. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมคัดกรองพัฒนาการเด็ก 9,18,30, และ 42 โดย อสม. DSPM โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพุทธรักษา อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 4 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://www.amno.moph.go.th/amno_new/files/3p03.pdf
9. บุษบา อรรถาวีร์, บำเพ็ญ พงศ์เพชรดี. รูปแบบการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. วารสารวิจัยและพัฒนา วิทยาลัยการแพทย์ในพระบรมราชูปถัมภ์ 2561;13(3):229-42

HEALTH

การศึกษาโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อการมีสุขภาพที่ดี และส่งผลต่อความสุขในการทำงาน โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในหน่วยงานสร้างเสริมสุขภาพ

ยลวรรณัฐ จีรัชตกรณ

เจษฎา สุวรรณวารี

งานสร้างเสริมสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

วันรับ 17 กรกฎาคม 2566, วันแก้ไข 29 มกราคม 2567, วันตอบรับ 9 กุมภาพันธ์ 2567

บทคัดย่อ

งานสร้างเสริมสุขภาพ ตระหนักในเรื่องการดูแลสุขภาพของบุคลากรในหน่วยงานและมีความสุขในการทำงาน เพื่อให้การมีสุขภาพที่ดี มีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีความสุขและสุขภาพที่ดี เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีความสุขและสุขภาพที่แข็งแรง วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมการออกกำลังกายในการส่งเสริมสุขภาพกายและมีความสุขในการทำงานของบุคลากรงานสร้างเสริมสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล วิธีการดำเนินการ เก็บข้อมูลบุคลากรงานสร้างเสริมสุขภาพจำนวน 34 คน ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1. แบบสอบถาม การสำรวจความสุข Happinometer ก่อนและหลังในการเข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโภชนาการและการฝึกปฏิบัติโปรแกรมการออกกำลังกาย 2. การชั่งน้ำหนักด้วยเครื่อง Bioelectrical Impedance Analysis (BIA) เพื่อวิเคราะห์ น้ำหนักตัว ปริมาณมวลของกล้ามเนื้อ เเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย และดัชนีมวลกาย โดยน้ำหนักตัวของบุคลากร ก่อนและหลัง เข้าโครงการวิจัย จากข้อมูลที่ได้พบว่า บุคลากรงานสร้างเสริมสุขภาพ ก่อนเข้าโครงการวิจัย ผลด้านสุขภาพกายดีอยู่ที่ 64 คะแนน และหลังเข้าโครงการวิจัยคะแนนอยู่ที่ 67 คะแนน ซึ่งเพิ่มขึ้น 3 คะแนน มีค่า Median ของน้ำหนักตัว คือ 68.6 กิโลกรัม (Min-Max 46-92) ซึ่งมีน้ำหนักตัวมากเกินไป เมื่อนำมาคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI) แล้วพบว่าบุคลากรมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่เกณฑ์ที่มีน้ำหนักตัวมากเกินไป (Over weight, BMI = 23.0-24.9) 8.86% (3/34) อ้วนระดับที่ 1 (Obesity grade 1, BMI = 25.0-29.9) 29.4% (10/34) และอ้วนระดับที่ 2 (Obesity grade 2, BMI>30) 11.8% (4/34) รวมทั้งทั้งหมด 50.0% (17/34) แต่หลังจากเข้าโครงการวิจัยแล้วส่วนใหญ่สามารถลดน้ำหนักตัวลงได้โดยมีการเปลี่ยนแปลงดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น คือ จากเกณฑ์ที่มีน้ำหนักตัวมากเกินไป (Over weight BMI = 23.0-24.9) ไปอยู่ในเกณฑ์ (Normal weight, BMI = 18.5-22.9) ปกติ คิดเป็น 5.9% (1/17) และจากอ้วนระดับที่ 1 (Obesity grade1, BMI = 25.0-29.9) ไปอยู่ในเกณฑ์ที่มีน้ำหนักตัวมากเกินไป (Over weight, BMI = 23.0-24.9) คิดเป็น 11.8% (2/17) และที่เหลือคิดเป็น 82.4% (14/17) มีการลดลงของน้ำหนักตัว แต่ค่าดัชนีมวลกายไม่มีการเปลี่ยนแปลงยังคงอยู่ในเกณฑ์เดิม โดยบุคลากรที่ลดน้ำหนักได้สูงสุดคือ 5.6 กิโลกรัม คิดเป็น 6.2% ของน้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลงไป บุคลากรส่วนใหญ่สามารถลดน้ำหนักลงได้ตั้งแต่ 0.1-5.6 กิโลกรัม 2.1 ± 1.8 (mean \pm SD) คิดเป็น 0.2-6.7% ของน้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งเพศชายมีผลลัพธ์ออกมาดีกว่าเพศหญิง คือ ลดน้ำหนักตัวได้มากกว่า ส่วนเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายก่อนเข้าโครงการวิจัยอยู่ระหว่าง

4.4-48.7%, 27.8 ± 9.25 (mean \pm SD) แต่หลังจากเข้าโครงการวิจัยแล้วพบว่า เปอร์เซ็นต์ไขมันอยู่ระหว่าง 3.5-48.4%, 27.1 ± 8.94 (mean \pm SD) มีค่าลดลง และมวลของกล้ามเนื้อก่อนเข้าโครงการอยู่ระหว่าง 16.2-37.4 กิโลกรัม, 27.5 ± 7.11 (mean \pm SD) หลังเข้าโครงการวิจัยอยู่ระหว่าง 16.8-42.7 กิโลกรัม, 27.6 ± 7.13 (mean \pm SD) มีการเพิ่มของมวลกล้ามเนื้อมากขึ้น ซึ่งทั้ง 3 ส่วนส่งผลทำให้คะแนนความสุขด้านสุขภาพกายดีเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน สรุปผลการออกกำลังกาย 3 วันต่อสัปดาห์และจัดการเรื่องการรับประทานอาหาร ทำให้น้ำหนักของบุคลากรงานสร้างเสริมสุขภาพลดลง และทำให้ผลสำรวจความสุข Happinometer ด้านสุขภาพกายดีส่วนใหญ่ดีขึ้น

คำสำคัญ : แบบสำรวจความสุขในสถานที่ทำงาน การวิเคราะห์องค์ประกอบร่างกาย เครื่องมือสำหรับวิเคราะห์องค์ประกอบร่างกาย โปรแกรมการออกกำลังกาย

The effect of exercise program for good happiness in the workplace by engaging personnel in health promotion department

Yonworanat Jrerattakon

Jedsada Suwanwaree*

Division of Health Promotion, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

Received 17 July 2023, Revised 29 January 2024, Accepted 9 February 2024

Abstract

Health promotion Division was aware of the health status of personnel in multidimensional aspects including physical and mental health e.g., happiness at work, good nutritional status, and regular exercise. Possession of optimal health among personnel can improve brain health, a good immune system, reduce risk of diseases and improve ability to do daily activities. The division's goal was providing a healthy environment and mutual society that created happiness and good physical health. Objective: To compare the efficacy of exercise program and nutrition course on physical and mental health of the personnel of the health promotion division by using the Body Composition Analyzer and happinometer questionnaire. Methods of study: The program for promoting good health composed of exercise programs 3 times per week and nutritional plan guidance. All exercise equipment necessary for designed exercise program were provided by the division. Happinometer, a questionnaire for happiness survey was used to evaluate viability satisfaction status before and after participating in health education activities. Participants' body weight, body mass indexes (BMI), muscle mass and % body fat were measured and calculated by bioelectrical Impedance Analysis (BIA) at the beginning and the end of the project. Results: After complete the programs for good physical and mental healths, Most health promotion personnel weigh between 46-92 kilograms, which is overweight. When the body mass index (BMI) was calculated,

it was found that the personnel had a body mass index (BMI) within the criteria of being overweight (Over weight, BMI = 23.0-24.9), 8.86% (3/34) and obese level 1 (Obesity grade 1, BMI = 25.0-29.9), 29.4% (10/34) and Obesity grade 2 (Obesity grade 2, BMI>30), 11.8% (4/34), including a total of 17 people, 50.0% (17/34), but after participate in the project, most of them were able to lose weight, which resulted in a change in their BMI criteria for overweight and obesity. The improvement was changing from being overweight (BMI = 23.0-24.9) to the normal weight (BMI = 18.5-22.9) for 1 person, 5.9% (1/17) and from being obese level 1 (BMI = 25.0-29.9) to overweight for 2 people, 11.8% (2/17). 82.4% (14/17) had a decrease in body weight, but the BMI criteria remains within the same level. The maximum weight loss was 5.6 kilograms, 6.2% of the body weight reduction. Most personnel were able to lose weight from 0.1-5.6 kilogram 0.2-6.7%, 2.1±1.8 (mean±SD). Males had larger degree of weight loss. The percentage of body fat before entering the project was between 4.4-48.7%, 27.8±9.25 (mean±SD), but after entering the project, it was found that Fat percentage was between 3.5-48.4%, 27.1±8.94 (mean±SD) with a decrease, and muscle mass before entering the project was between 16.2-37.4 kilograms 27.5±7.11 (mean±SD). After entering the project, it was between 16.8-42.7 kilograms 27.6±7.13 (mean±SD), with an increase in muscle mass. All 3 parts resulted in a clear increase in happiness scores for physical health. The program composing exercise 3 days a week and diet plan resulted in reduction of the weight of health promotion division personnel and increase 3 points of the Happinometer survey score in physical happiness aspect. Summary: The program for good health resulted in reduction of the weight and percentage of body fat also increased muscle mass of health promotion personnel to and makes happy body surveys of the Happinometer tool.

Keywords : Happinometer, Happy workplace, Body composition Analyzer, Bioelectrical Impedance Analysis (BIA)

* Correspondence, email: jedsada.suw@mahidol.ac.th

■ บทนำ

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า ในปี 2559 ทั่วโลก มีคนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน 1,900 ล้านคน คนอ้วน 650 ล้านคน⁽¹⁾ จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ประจำปี พ.ศ. 2557 พบว่า รวร้อยละ 30 ของชายไทยที่อายุมากกว่า 15 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปมีภาวะอ้วนและพบว่าประมาณร้อยละ 40 ของหญิงไทยมีภาวะอ้วนตามมาตรฐานของค่าดัชนีมวลกาย โดยเมื่อเทียบกับข้อมูลการสำรวจของปี พ.ศ. 2552 พบว่าความชุกของคนที่เป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.1

เป็นร้อยละ 41.8 ในผู้หญิง และเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28.4 เป็นร้อยละ 32.9 ในผู้ชาย⁽²⁾ ซึ่งภาวน้ำหนักเกินและอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และเพิ่มอัตราการเสียชีวิต⁽³⁻⁵⁾ ส่งผลให้แต่ละปีมีผู้เสียชีวิตกว่า 2.8 ล้านคน เป็นปัญหาหลักทางสาธารณสุขที่พบมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาก็พบว่าอัตราการเสียชีวิตของคนที่มีอ้วนมากมีสูงขึ้นไปถึง 2-12 เท่า ขึ้นกับอายุของแต่ละบุคคล แต่ถ้ากลุ่มประชากรที่อ้วนหรือน้ำหนักเกินสามารถลดน้ำหนักได้เพียง 5-10% ของน้ำหนักตัวเริ่มต้น ก็จะสามารถ

ลดอัตราการพิการ และอัตราการตาย (morbid-ity and mortality rate) ได้ระดับหนึ่ง⁽⁶⁻⁸⁾

งานสร้างเสริมสุขภาพ ตระหนักในเรื่องการดูแลสุขภาพของบุคลากรในหน่วยงาน และความสุขในการทำงาน เพื่อให้การมีสุขภาพที่ดี มีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีความสุขและสุขภาพที่ดี เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีความสุขและสุขภาพที่แข็งแรง อายุยืนยาว และหนึ่งในเป้าหมายที่สำคัญของมิติทางกาย คือ ให้บุคลากรได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ปัจจุบันการออกกำลังกายเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพได้รับความนิยมแพร่หลายดังเห็นได้จากการที่งานสร้างเสริมสุขภาพ ได้มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกายในรูปแบบต่างๆ เช่น สนามกีฬาในร่ม, สนามกีฬากลางแจ้ง, สระว่ายน้ำ และ Siriraj Fitness Center อีกทั้งยังมีกิจกรรมจากคณะรัฐมนตรีให้มีการออกกำลังกายในช่วงบ่ายของวันพุธ เพื่อส่งเสริมให้การออกกำลังกายเป็นเครื่องมือในการสร้างเสริมสุขภาพนำไปสู่สุขภาพที่แข็งแรง สุขภาพจิตดี ส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่ดีปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และการออกกำลังกายยังเป็นกิจกรรมที่ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ สร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ดังนั้นงานสร้างเสริมสุขภาพได้จัดทำการศึกษาโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อการมีสุขภาพที่ดีและส่งผลต่อความสุขในการทำงาน โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในหน่วยงานสร้างเสริมสุขภาพขึ้น เพื่อให้บุคลากรงานสร้างเสริมสุขภาพมีความสุข ได้ผ่อนคลายและมีสุขภาพแข็งแรงปราศจากโรคภัย พร้อมเป็นต้นแบบในการออกกำลังกายแก่บุคลากรและประชาชนต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพ

ของโปรแกรมการออกกำลังกายต่อน้ำหนักมวลไขมัน และมวลกล้ามเนื้อ ของบุคลากรงานสร้างเสริมสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลโดยใช้เครื่องวัดองค์ประกอบของร่างกาย (Body composition Analyzer)

2. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ (โปรแกรมการออกกำลังกายและการให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร) ต่อความสุขในการทำงาน ทั้ง 9 ด้านของบุคลากรในงานสร้างเสริมสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

■ นิยามศัพท์

Body composition Analyzer หมายถึง การวิเคราะห์องค์ประกอบของร่างกายที่วัดค่าต่างๆ เช่น น้ำหนักตัว ปริมาณมวลของกล้ามเนื้อ เเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย

Bioelectrical Impedance Analysis (BIA) เป็นเครื่องมือสำหรับวิเคราะห์องค์ประกอบของร่างกาย (Body composition Analyzer) สามารถวัดค่าต่างๆ เช่น น้ำหนักตัว ปริมาณมวลของกล้ามเนื้อ เเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย โดยอ่านค่าจากความต้านทานของกระแสไฟฟ้าต่อเซลล์ในร่างกาย ซึ่งกระแสไฟฟ้าที่ใช้ไม่เป็นอันตรายต่อร่างกาย สามารถวัดผลได้อย่างรวดเร็ว สะดวก ไม่เจ็บตัว มีความแม่นยำสูงและฟังผลได้ทันที ใช้เทคโนโลยีการปล่อยคลื่นกระแสไฟฟ้าอ่อน เข้าไปในร่างกายแล้วอ่านค่าสะท้อนกลับ

Happinometer หมายถึง แบบสำรวจความสุขด้วยตนเอง ประกอบด้วย คำถามวัดระดับความสุข 9 ด้าน ได้แก่ 1) สุขภาพกายดี 2) ผ่อนคลายดี 3) น้ำใจดี 4) จิตวิญญาณดี 5) ครอบครัวดี 6) สังคมดี 7) ใฝ่รู้ดี 8) สุขภาพเงินดี 9) การงานดีและสมดุลชีวิตกับการทำงาน

Happy workplace หมายถึง องค์กร

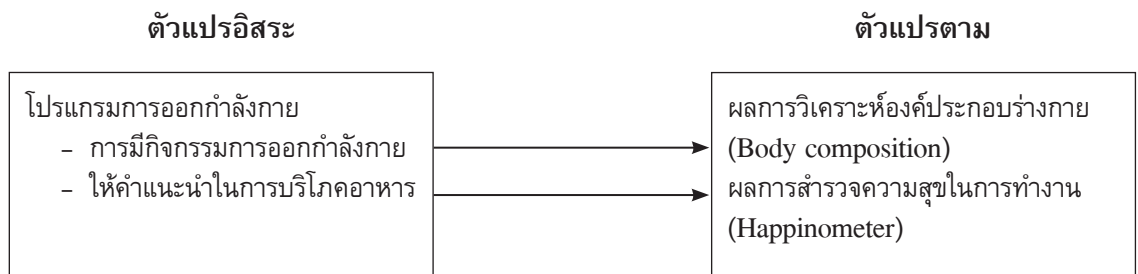
แห่งความสุขเป็นแนวคิดหลักที่มุ่งการดำเนินงาน กระบวนการพัฒนาคนในองค์กรให้มีความสุขในการทำงาน

โปรแกรมการออกกำลังกายตามปกติ การนำเอากิจกรรมทางกาย (physical activity) หรือรูปแบบการออกกำลังกายแบบคาร์ดิโอ (Cardio exercise) การออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน (Resistance exercise) มาวางแผนเป็นการออกกำลังกายอย่างเฉพาะเจาะจงโดยมีการกำหนดระยะเวลา (Time) ความหนัก (Intensity) และความถี่ (Frequency) ของกิจกรรมนั้นๆ เพื่อให้บุคคลผู้ที่ได้รับคำแนะนำ และสามารถปฏิบัติตามการออกกำลังกายได้อย่างถูกต้องโดยในส่วนของการออกกำลังกายแบบคาร์ดิโอ (Cardio exercise) ให้เลือกออกกำลังกายโดยเน้นกิจกรรมที่กระตุ้นให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มมากขึ้นและไม่จำกัดประเภทหรือกิจกรรมที่ใช้กำหนดเพียงระยะเวลาในการออกกำลังกายใช้เวลาประมาณ 30 นาที สามารถเลือกการออกกำลังกายโดยใช้เครื่องหรืออุปกรณ์ที่มีอยู่ภายในฟิตเนส เช่น เครื่องวิ่ง การปั่นจักรยาน ทรายเชียงบก ส่วนการออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน (Resistance exercise) ให้ใช้อุปกรณ์เครื่องออกกำลังกายที่ใช้ในการบริหารกล้ามเนื้อ (Strength machine) โดยให้บริหารกล้ามเนื้อให้ครบทุกมัดกล้ามเนื้อ คือ กล้ามเนื้อ ออก หลัง

ไหล่ หน้าแขน หลังแขน กล้ามเนื้อขา และกล้ามเนื้อท้อง โดยให้บริหารกล้ามเนื้อท่าละ 10-12 ครั้ง/เซต ทำ 2 เซตจนครบทุกมัดกล้ามเนื้อ

ให้ความรู้ในเรื่องการบริโภคอาหาร เป็นการนำเอาความรู้ในเรื่องของสารอาหารต่างๆ ซึ่งสามารถแบ่งตามประเภทที่ได้เป็น คาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมันกับพลังงานที่จะได้รับเข้าไปจากการบริโภคที่มีความสัมพันธ์กับการลดน้ำหนักอย่างไรโดยนำเอาหลักการของความสมดุลของพลังงานที่รับเข้าไปที่เกี่ยวข้องกับความอ้วน โดยหากพลังงานที่ได้รับมากกว่าพลังงานที่ใช้ไม่สมดุล จะส่งผลทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น ความอ้วน หรือภาวะอ้วน เป็นภาวะที่มีการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักหรือปริมาณไขมันในร่างกาย รวมถึงความรู้ในการบริโภคอาหารแบบ 2:1:1 ซึ่งเป็นการกำหนดปริมาณอาหารที่เหมาะสม โดยการแบ่งสัดส่วนของจาน (เส้นผ่านศูนย์กลางขนาด 9 นิ้ว) ออกเป็น 4 ส่วน เท่าๆ กัน และแบ่งประเภทอาหารที่จะใส่ลงไปเป็นจานเป็นผัก 2 ส่วน ข้าวหรือแป้ง 1 ส่วน และเนื้อสัตว์ 1 ส่วนที่ทางสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพได้สนับสนุนให้ประชาชนทั่วไปปรับทราบ โดยมีการออกแบบกิจกรรมโภชนาการให้บุคลากรงานสร้างเสริมสุขภาพได้ปฏิบัติเป็นประจำและส่งผลผ่านทางกลุ่มไลน์

กรอบแนวคิดการวิจัย



■ วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสถิติ (Survey research) โดยศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลความสุขในการทำงาน กิจกรรมการออกกำลังกาย และองค์ประกอบของร่างกาย

ประชากร คือ บุคลากรงานสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 34 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรงานสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 34 คนโดยคำนวณน้ำหนักตัวเปรียบเทียบค่า ก่อน-หลังในคนเดียว

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ประกอบด้วย

- บุคลากรงานสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 34 คน
- มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การแยกอสาสมัครออกจากโครงการวิจัย (Exclusion criteria)

- ผู้ที่มีโรคประจำตัวบางประการ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหอบหืด ที่อาจไม่เหมาะกับการออกกำลังกาย
- ผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เก็บข้อมูลตัวแปรที่ศึกษาได้จากแบบสอบถามน้อยกว่า 80%

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

- ในช่วงเวลาเข้าโปรแกรมเกิดอาการเจ็บป่วย เช่น รู้สึกไม่สบาย มีอาการผิดปกติทางร่างกาย
- ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถขอยกถอนตัวได้ตลอดเวลาหากไม่สะดวก รู้สึกอึดอัดใจและไม่สบาย หากมีความกังวลหรือรู้สึกไม่สบายสามารถบอกเลิกได้ทันที

สถานที่และระยะเวลาดำเนินการ สนามกีฬาในร่ม หอกีฬาศิริราชสัมพันธ์ ชั้น 12,

สนามกีฬากลางแจ้ง, สระว่ายน้ำ และ Siriraj Fitness Center หอกีฬาสัมพันธ์ ชั้น 11

ตัวแปรที่ศึกษา การวิเคราะห์องค์ประกอบของร่างกาย และความสุขในการทำงาน

● เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องวัดวิเคราะห์องค์ประกอบร่างกาย Bioelectrical Impedance Analysis (BIA) ใช้เทคโนโลยีการปล่อยคลื่นกระแสไฟฟ้าอ่อนๆ เข้าไปในร่างกายแล้วอ่านค่าสะท้อนกลับ

2. แบบสอบถาม HAPPINOMETER ที่ใช้สอบถามความสุขข้อมูลผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร ก่อนและหลังกิจกรรมโปรแกรมการออกกำลังกาย ประกอบด้วย คำถามวัดระดับความสุข 9 ด้าน ได้แก่ สุขภาพร่างกายดี ผ่อนคลายดี สังคมดี สุขภาพการเงินดี น้ำใจดี จิตวิญญาณดี ครอบครัวยุติธรรมดี การงานดี ในสังกัดงานสร้างเสริมสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

2.1 ขั้นตอนการดำเนินการ

2.1.1 ทีมผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการศึกษาให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบ โดยเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ที่ถูกต้องเหมาะสมกับแต่ละบุคคล และเน้นเรื่องความปลอดภัย โดยใช้เวลาในการให้ความรู้ประมาณ 30 นาที

2.1.2 ทีมผู้วิจัยจะอธิบายรายละเอียดและวิธีการตอบแบบสอบถาม Happinometer เพื่อให้เข้าใจข้อคำถามถูกต้อง เปิดโอกาสให้ซักถามและแจกแบบสอบถาม ชุดที่ 1

2.1.3 ทีมผู้วิจัยสำรวจรายชื่อของบุคลากรงานสร้างเสริมสุขภาพที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัยผ่านช่องทางไลน์กลุ่ม Health Promotion ของงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อหาผู้สนใจที่จะเป็นผู้เข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจ และทำการนัดกลุ่มมาให้ความรู้และคำแนะนำการปฏิบัติตัวด้านการ

ออกกำลังกาย

2.1.4 ทีมผู้วิจัยประสานงานและนัดหมายผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์รวมถึงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการดำเนินงาน วิธีการติดตามผล

2.1.5 ทีมผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ที่บุคลากรงานสร้างเสริมสุขภาพจะได้รับ ขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย นัดหมายเก็บรวบรวมข้อมูลและวัตถุประสงค์ประกอบร่างกายด้วยเครื่อง Bioelectrical Impedance Analysis (BIA)

2.2 ขั้นตอนการชั่งน้ำหนัก วิเคราะห์มวลกล้ามเนื้อ และมวลไขมัน ด้วยเครื่อง Bioelectrical Impedance Analysis (BIA) ซึ่งสามารถวัดผลได้อย่างรวดเร็ว สะดวก ไม่เจ็บตัว มีความแม่นยำสูงและฟังผลได้ทันที ใช้เทคโนโลยีการปล่อยคลื่นกระแสไฟฟ้าอ่อนๆ เข้าไปในร่างกายแล้วอ่านค่าสะท้อนกลับ โดยมีขั้นตอนง่ายๆ เพียงแค่กรอกข้อมูล เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง เพศ ปีเกิด เป็นต้น และยืนบนเครื่องตรวจหนึ่งๆ ด้วยเท้าเปล่า (ถอดถุงเท้า/ถุงน่อง) ประมาณ 2-3 นาที วิเคราะห์ ประมวลผลทันที

2.2.1 Day 0 : ชั่งน้ำหนัก วิเคราะห์มวลกล้ามเนื้อ มวลไขมันด้วยเครื่อง Bioelectrical Impedance Analysis (BIA) ตอบแบบสอบถามความสุขในการทำงานทั้ง 9 ด้าน (Happinometer) ของบุคลากรงานสร้างเสริมสุขภาพ และสอนการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายตามที่วิจัยออกแบบไว้

2.2.2 Day 4-13 : บุคลากรใช้โปรแกรมการออกกำลังกายตามปกติ

2.2.3 Day 14 (2 สัปดาห์) : ทบทวนการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายตามที่วิจัยออกแบบไว้

2.2.4 Day 15-29 : บุคลากรใช้โปรแกรม

การออกกำลังกายตามปกติ

2.2.5 Day 30 (1 เดือน) : นัดบุคลากรงานสร้างเสริมสุขภาพที่เข้าร่วมโครงการวิจัยมาทบทวนการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายตามที่วิจัยออกแบบไว้ และชั่งน้ำหนัก วิเคราะห์มวลกล้ามเนื้อ มวลไขมันด้วยเครื่อง Bioelectrical Impedance Analysis (BIA)

2.2.6 Day 31-59 : บุคลากรงานสร้างเสริมสุขภาพใช้โปรแกรมการออกกำลังกายและโภชนาการตามที่ได้รับคำแนะนำ

2.2.7 Day 60 (2 เดือน) : นัดบุคลากรงานสร้างเสริมสุขภาพที่เข้าร่วมโครงการวิจัยมาทบทวนการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายตามที่วิจัยออกแบบไว้ และชั่งน้ำหนัก วิเคราะห์มวลกล้ามเนื้อ มวลไขมันด้วยเครื่อง Bioelectrical Impedance Analysis (BIA)

2.2.8 Day 61-89 : บุคลากรงานสร้างเสริมสุขภาพใช้โปรแกรมการออกกำลังกายและโภชนาการตามที่ได้รับคำแนะนำ

2.2.9 Day 90 (3 เดือน) : ชั่งน้ำหนัก วิเคราะห์มวลกล้ามเนื้อ มวลไขมันด้วยเครื่อง Bioelectrical Impedance Analysis (BIA)

2.2.10 Day 91-119 : บุคลากรงานสร้างเสริมสุขภาพใช้โปรแกรมการออกกำลังกายและโภชนาการตามที่ได้รับคำแนะนำ

2.2.11 Day 120 (4 เดือน) : ชั่งน้ำหนัก วิเคราะห์มวลกล้ามเนื้อ มวลไขมันด้วยเครื่อง Bioelectrical Impedance Analysis (BIA)

ตารางกิจกรรม

ให้บุคลากรงานสร้างเสริมสุขภาพทุกคนได้ออกกำลังกาย อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ตามช่วงเวลาโดยสามารถออกกำลังกายได้ 1 ชม./วัน ตามรอบการให้บริการของสนามกีฬาต่างๆ และ Siriraj Fitness Center โดยไม่ไปรบกวนสมาชิกของฟิตเนส

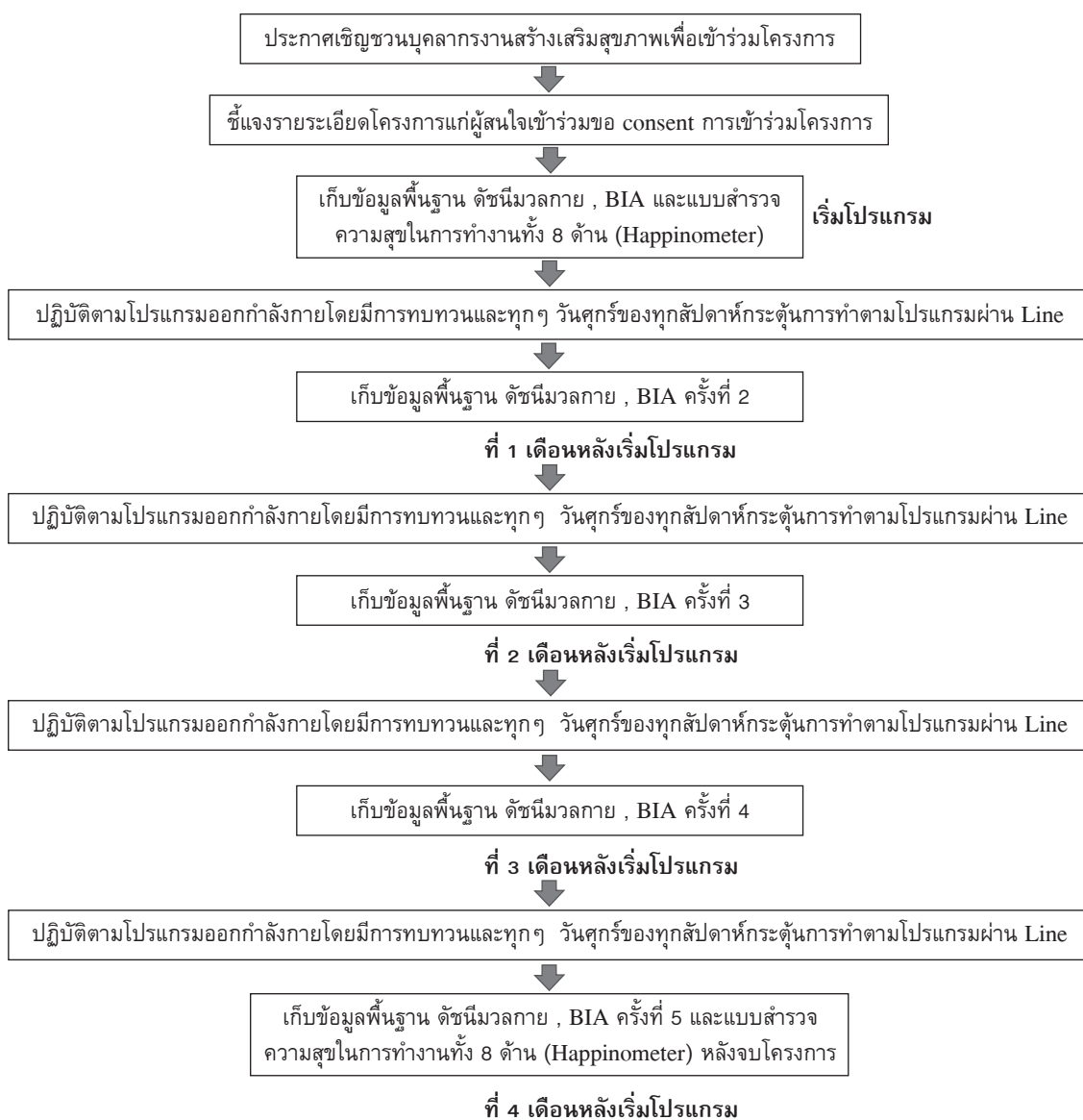
ช่วงเวลา ในการออกกำลังกาย

เช้า	เที่ยง	เย็น
6.00–8.30 น.	12.00–13.00 น.	16.00 น. เป็นต้นไป

นักวิทยาศาสตร์การกีฬา Siriraj Fitness Center เป็นผู้ให้ความรู้เบื้องต้นในการออกกำลังกาย และเป็นผู้นำสอนการออกกำลังกายให้กับ

บุคลากรงานสร้างเสริมสุขภาพจำนวนทั้งหมด 34 คน

แผนภาพแสดงขั้นตอนการร่วมโปรแกรมและงานวิจัย



● การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชั่งน้ำหนัก วิเคราะห์มวลกล้ามเนื้อและมวลไขมัน ด้วยเครื่อง Bioelectrical Impedance Analysis (BIA) ซึ่งสามารถวัดผลได้อย่างรวดเร็ว สะดวก ไม่เจ็บตัว มีความแม่นยำสูงและฟังผลได้ทันที ใช้เทคโนโลยีการปล่อยคลื่นกระแสไฟฟ้าอ่อนๆ เข้าไปในร่างกายแล้วอ่านค่าสะท้อนกลับโดยมีขั้นตอนง่ายๆ เพียงแค่กรอกข้อมูล เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง เพศ ปีเกิด เป็นต้น และยืนบนเครื่องตรวจหนึ่งๆ ด้วยเท้าเปล่า (ถอดถุงเท้า/ถุงน่อง) ประมาณ 2-3 นาที วิเคราะห์ ประมวลผลทันที

2. บุคลากรภายในงานสร้างเสริมสุขภาพ ตอบแบบสอบถาม การสำรวจความสุขในการทำงาน Happinometer ก่อนและหลัง ในการเข้าร่วมกิจกรรม

● การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์เปรียบเทียบผลสำรวจ Happinometer ของบุคลากรงานสร้างเสริมสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ก่อนและหลังเข้าร่วม ที่ระยะเวลา 4 เดือน

2. วิเคราะห์องค์ประกอบร่างกายเปรียบเทียบผลต่างและเปอร์เซ็นต์ที่เปลี่ยนแปลงไปของน้ำหนักตัว มวลของกล้ามเนื้อ และเปอร์เซ็นต์ไขมันโดยแยกเป็นเพศชายและเพศหญิง

● การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หน่วยจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล รหัส 588/2565 (IRB1) วันที่ 22 พฤศจิกายน 2565

■ ผลการศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบ โปรแกรมการออกกำลังกาย ก่อนและหลัง โดยใช้เครื่องวัดองค์ประกอบของร่างกาย (Body composition Analyzer) ของบุคลากรงานสร้างเสริมสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พบว่ามีบุคลากรงานสร้างเสริมสุขภาพ ได้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 34 คน และบุคลากรที่ลดน้ำหนักได้ 5.6 กิโลกรัม คิดเป็น 6.2% ของน้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลงไป และบุคลากรส่วนใหญ่สามารถลดน้ำหนักลงได้ตั้งแต่ 0.1-5.6 กิโลกรัม 2.1 ± 1.8 (mean \pm SD) คิดเป็น 0.2-6.7% ของน้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลง โดยเพศชายสามารถลดน้ำหนักตัวได้มากกว่าเพศหญิง บุคลากรที่สามารถลดเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายได้สูงสุดที่ 12.3% และบุคลากรส่วนใหญ่สามารถลดเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายได้ตั้งแต่ 0.3-12.3% 1.9 ± 1.39 (mean \pm SD) โดยเพศชายที่สามารถลดเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายได้มากกว่าเพศหญิง คิดเป็น 75% ของจำนวนผู้ที่ลดไขมันลงได้ทั้งหมด 8 คน และบุคลากรที่มีปริมาณมวลกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นสูงสุด 5.3 กิโลกรัม คิดเป็น 14.17% ของปริมาณมวลกล้ามเนื้อที่เพิ่มขึ้น และบุคลากรส่วนใหญ่มีปริมาณมวลกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นอยู่ระหว่าง 0.3-5.3 กิโลกรัม 1.1 ± 1.17 (mean \pm SD) คิดเป็น 3-8% ของมวลกล้ามเนื้อที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเพศชายสามารถเพิ่มปริมาณมวลของกล้ามเนื้อได้มากกว่าเพศหญิง และพบว่าทั้ง 3 รายการ หลังจากจบโครงการวิจัยเพศชายมีผลลัพธ์ออกมาดีกว่าเพศหญิงคือ ลดน้ำหนักตัวได้มากกว่า ปริมาณมวลของกล้ามเนื้อในร่างกาย

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ Body composition Analyzer ก่อนเข้าและหลังเข้าร่วมวิจัย (n=34)

ลำดับ	อายุ	เพศ	น้ำหนักตัว (Kg.)				ปริมาณมวลกล้ามเนื้อ (Kg.)				เปอร์เซ็นต์ไขมัน (%)		
			ก่อน	หลัง	ลดลง/ เพิ่มขึ้น	% ที่ เปลี่ยนไป	ก่อน	หลัง	ลดลง/ เพิ่มขึ้น	% ที่ เปลี่ยนไป	ก่อน	หลัง	% ที่ เปลี่ยนไป
			23/3/63	23/6/63			23/3/63	23/6/63			23/3/63	23/6/63	
1	58	หญิง	48	47.8	- 0.2	0.42	21.9	21.1	- 0.8	3.65	18.8	20.5	+ 1.7
2	40	ชาย	91.6	86.5	- 5.1	5.57	33.6	32.6	- 1.0	2.98	33.9	32.2	- 1.7
3	47	หญิง	91.4	90.7	- 0.9	0.98	29.7	28.8	+ 0.9	3.03	40.8	42.0	+ 1.2
4	33	ชาย	78.4	79.5	+ 1.1	1.40	33.4	33.3	- 0.1	0.30	23.9	25.2	+1.3
5	33	หญิง	55.8	55.3	- 0.5	0.90	21.2	21.0	- 0.2	0.94	31.7	31.8	+ 0.1
6	37	ชาย	82.9	84.4	+1.5	1.81	35.2	35.2	0	0.00	24.3	25.4	+ 1.1
7	42	ชาย	81.5	79.7	- 1.8	2.21	36.9	37.0	+ 1.0	2.71	19.6	17.5	- 2.1
8	37	ชาย	84.1	78.8	- 5.3	6.30	33.8	33.1	- 0.7	2.07	28.0	25.0	- 3.0
9	31	ชาย	54.7	56.2	+1.5	2.74	27.2	27.2	0.0	0.00	12.0	12.8	+ 0.8
10	29	ชาย	70	69.6	- 0.4	0.57	34.3	30.4	- 4.1	11.95	13.3	22.3	+ 9.0
11	43	ชาย	79.2	79.4	+ 0.2	0.25	35.4	35.8	+ 0.4	1.13	20.6	19.9	- 0.7
12	27	ชาย	76.3	72.7	- 3.6	4.72	30.7	30.1	- 0.6	1.95	27.9	26.0	- 1.6
13	26	ชาย	60.1	61.1	+1.0	1.66	27.7	27.0	- 0.7	2.53	18.2	21.4	+ 3.2
14	24	หญิง	51.9	48.4	- 3.5	6.74	18.1	17.7	- 0.4	2.21	36.8	34.2	- 2.6
15	35	ชาย	67.3	66.0	- 1.3	1.93	36.6	36.2	- 0.4	1.09	4.4	3.5	- 0.9
16	24	หญิง	69.9	71.0	+ 1.1	1.57	28.9	29.2	+ 0.3	1.04	26.0	26.5	+ 0.5
17	32	หญิง	46.9	49.6	+2.7	5.76	18.4	19.9	+1.5	8.15	29.6	28.1	- 1.5
18	24	ชาย	57.3		ลาออก		26.1		ลาออก		19.1		ลาออก
19	56	ชาย	82.3	79.7	- 2.6	3.16	36.8	37.1	+ 1.7	4.62	17.3	17.3	0.0
20	58	หญิง	75.3	73.4	- 1.9	2.52	20.9	20.5	- 0.4	1.91	48.7	48.4	- 0.3
21	33	หญิง	60.7	61.5	+1.2	1.98	22.8	23.7	+ 1.1	4.82	27.2	30.8	+ 2.1
22	33	ชาย	85.4	84.5	- 0.9	1.05	35.1	34.0	- 1.1	0.31	26.6	28.0	+ 1.4
23	33	หญิง	56.1	56.0	- 0.1	0.18	21.5	21.0	- 0.5	2.33	31.2	32.5	- 1.3
24	37	ชาย	49.7	49.6	- 0.1	0.20	20.2	20.3	+ 0.1	0.50	27.2	26.7	- 0.5
25	42	ชาย	91.6	86.0	- 5.6*	6.11	32.5	32.8	+ 0.3	0.92	35.9	31.4	- 4.5
26	37	ชาย	53.5	54.2	+ 0.7	1.31	17.4	17.7	+ 0.3	1.72	40.8	40.4	- 0.4
27	31	ชาย	81.0	81.2	+ 0.2	0.25	32.7	33.3	+ 1.4	4.28	27.7	26.6	- 1.1
28	29	ชาย	72.7	70.6	- 2.1	2.89	30.3	30.6	+ 0.3	0.99	25.6	22.8	- 2.8
29	38	ชาย	60.4	59.2	- 1.2	1.99	24.3	25.7	+1.4	5.76	27.8	22.6	- 5.2
30	27	ชาย	92.0	88.9	- 3.1	3.37	37.4	42.7	+ 5.3*	14.17	27.2	14.9	-12.3*
31	26	ชาย	50.6	52.5	+ 2.1	4.15	17.9	18.9	+1.0	5.59	36.0	35.1	- 1.1
32	24	หญิง	45.9	47.5	+ 2.4	5.23	16.2	16.8	+ 0.6	3.70	36.1	36.2	+ 0.1
33	25	ชาย	48.7	48.9	+ 0.2	0.41	18.7	19.4	+1.3	6.95	31.1	29.0	- 1.1
34	25	หญิง	64.6	61.7	- 2.9	4.49	21.2	21.5	+ 0.3	1.42	40.3	36.8	- 3.5

ตารางที่ 2 ผลการสำรวจความสุข Happinometer ก่อนเข้าและหลังเข้าร่วมวิจัย (n=34)

Happinometer	ก่อน (คะแนน)	หลัง (คะแนน)	เพิ่มขึ้น/ลดลง
สุขภาพกายดี	64	67	+ 3
ผ่อนคลายดี	51	52	+ 1
น้ำใจดี	64	63	- 1
จิตวิญญาณดี	68	64	- 4
ครอบครัวดี	61	55	- 6
สังคมดี	58	60	+ 2
ใฝ่รู้ดี	63	61	- 2
สุขภาพเงินดี	51	54	+ 3
การงานดี	62	62	0
ภาพรวม	60.2	59.7	- 0.3

เพิ่มมากกว่า เปรอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายลดลง ได้มากกว่า และดัชนีมวลกายของบุคลากรส่วนใหญ่ลดลง

คะแนนความสุขของ Happinometer แบ่งเป็น

1. คะแนน 0-24.99 อยู่ในกลุ่ม Very Unhappy : ไม่มีความสุขอย่างยิ่ง
2. คะแนน 25.00-49.99 อยู่ในกลุ่ม Unhappy: ไม่มีความสุข
3. คะแนน 50.00-74.99 อยู่ในกลุ่ม Happy: มีความสุข
4. คะแนน 75.00-100 อยู่ในกลุ่ม Very Happy: มีความสุขอย่างยิ่ง

2. เพื่อเปรียบเทียบความสุขในการทำงาน ทั้ง 9 ด้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายของบุคลากรในโรงงานสร้างเสริมสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล การสำรวจความสุขในการทำงานของบุคลากรโรงงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้แบบสอบถามของ Happinometer 9 ด้าน

ได้ผลคะแนน ดังนี้ Happinometer เรื่องสุขภาพร่างกายดี ผ่อนคลายดี สังคมดี และสุขภาพการเงินดี มีผลคะแนนที่เพิ่มดังนี้ สุขภาพร่างกายดี มีคะแนนเพิ่มขึ้น 3 คะแนน ผ่อนคลายดี มีคะแนนเพิ่มขึ้น 1 คะแนน สังคมดี มีคะแนนเพิ่มขึ้น 2 คะแนน และสุขภาพการเงินดี มีคะแนนเพิ่มขึ้น 3 คะแนน และส่วนที่คะแนนลดลง เรื่อง น้ำใจดี จิตวิญญาณดี ครอบครัว และใฝ่รู้ดีมีผลคะแนนที่ลดลงดังนี้ น้ำใจดี มีผลคะแนนลดลง 1 คะแนน จิตวิญญาณดี มีผลคะแนนลดลง 4 คะแนน ครอบครัวดี มีผลคะแนนลดลง 6 คะแนน และใฝ่รู้ดีมีผลคะแนนลดลง 2 คะแนน คะแนนที่อยู่เท่าเดิม คือ การงานดี ส่วนผลการสำรวจความสุขในการทำงาน (Happinometer) ภาพรวมหลังเข้าร่วมโครงการวิจัย มีคะแนนลดน้อยลง 0.3 คะแนน

■ **อภิปรายผล**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ ภาวะความสุขในการทำงานและการวิเคราะห์

องค์ประกอบของร่างกายของบุคลากรงานสร้างเสริมสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โดยพิจารณาองค์ประกอบและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนักตัว ปริมาณมวลของกล้ามเนื้อและเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย และผลคะแนนการสำรวจความสุขในการทำงานที่เปลี่ยนแปลงไป โดยใช้วิธีการปรับพฤติกรรมการออกกำลังกายให้บุคลากรสามารถเข้าถึงสถานที่ ความรู้ด้านการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหาร โดยนักวิทยาศาสตร์การกีฬาและนักสุขศึกษาที่เป็นบุคลากรภายในหน่วยงานของงานสร้างเสริมสุขภาพเป็นผู้ให้ความรู้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรงานสร้างเสริมสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ทั้งหมดจำนวน 34 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยแจกแจงเป็น ผลต่างที่เปลี่ยนแปลงไปของ น้ำหนักตัว มวลกล้ามเนื้อ และเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ก่อน-หลังเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

น้ำหนักตัว

จากการศึกษาพบว่า บุคลากรงานสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวอยู่ระหว่าง 46-92 กิโลกรัม ซึ่งส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวมากเกินไป เมื่อนำมาคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI) แล้วพบว่าบุคลากรมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่เกณฑ์ที่มีน้ำหนักตัวมากเกินไป (Over weight, BMI = 23.0-24.9) อ้วนระดับที่ 1 (Obesity grade 1, BMI = 25.0-29.9) และอ้วนระดับที่ 2 (Obesity grade 2, BMI>30) ทั้งหมดจำนวน 17 คน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการใช้พลังงาน ที่ไม่มีความสัมพันธ์กัน⁽⁹⁾ ส่งผลต่อการมีความสุขด้านสุขภาพกายดี

แต่หลังจากเข้าโครงการวิจัยแล้วส่วนใหญ่สามารถลดน้ำหนักตัวลงได้โดยมีการเปลี่ยนแปลงดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น คือ จากเกณฑ์ที่มีน้ำหนักตัวมากเกินไป (Over weight BMI = 23.0-24.9) ไปอยู่ในเกณฑ์ (Normal weight, BMI = 18.5-22.9) ปกติจำนวน 1 คน และจากอ้วนระดับที่ 1 (Obesity grade 1, BMI = 25.0-29.9) ไปอยู่ในเกณฑ์ที่มีน้ำหนักตัวมากเกินไป (Over weight, BMI = 23.0-24.9) จำนวน 2 คน และที่เหลือ มีการลดลงของน้ำหนักตัว แต่ค่าดัชนีมวลกายไม่มีการเปลี่ยนแปลงยังคงอยู่ในเกณฑ์เดิม โดยบุคลากรที่ลดน้ำหนักได้สูงสุดคือ 5.6 กิโลกรัม คิดเป็น 6.2% ของน้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลงไป และบุคลากรส่วนใหญ่สามารถลดน้ำหนักลงได้ตั้งแต่ 0.1-5.6 กิโลกรัม และเพศชายมีผลลัพธ์ออกมาดีกว่าเพศหญิงคือ ลดน้ำหนักตัวได้มากกว่า ทำให้คะแนนความสุขด้านสุขภาพกายดีเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรสาธารณสุข สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁰⁾ พบว่าหลังสิ้นสุดโครงการวิจัยมีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกาย ระดับเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ความแข็งแรงของร่างกายและชนิดของกล้ามเนื้อ มีแนวโน้มดีขึ้นกว่าระหว่างโครงการวิจัยและก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายมีการปฏิบัติตัวเปลี่ยนไปในทางที่ดีต่อสุขภาพมากขึ้น เช่น เลือกบริโภคอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพมากขึ้น มีความตั้งใจในการออกกำลังกายมากขึ้น เลือกประเภทและวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม

จะเห็นได้ว่าการเคลื่อนไหวร่างกายหรือการออกกำลังกายที่ถูกต้องร่วมกับการรับประทานอาหารที่ดีมีผลต่อการลดน้ำหนักตัว แต่หากไม่ได้รับความรู้และการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ทั้งการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ก็จะส่งผลให้น้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น เสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วนและการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ในอนาคต

มวลของกล้ามเนื้อ

จากการศึกษาพบว่า บุคลากรงานสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่มีมวลของกล้ามเนื้อ ก่อนเข้าโครงการวิจัย อยู่ระหว่าง 16.2–37.4 กิโลกรัม 27.5 ± 7.11 (mean±SD) ส่งผลต่อการมีความสุขด้านสุขภาพดี แต่หลังจากเข้าโครงการวิจัยแล้วพบว่า ส่วนใหญ่มีมวลของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นสูงสุด 5.3 กิโลกรัม คิดเป็น 14.17% ของปริมาณมวลกล้ามเนื้อที่เพิ่มขึ้น และบุคลากรส่วนใหญ่สามารถเพิ่มมวลของกล้ามเนื้อได้ตั้งแต่ 0.3–5.3 กิโลกรัม ซึ่งเพศชายมีผลลัพธ์ออกมาดีกว่าเพศหญิง คือ เพิ่มปริมาณมวลของกล้ามเนื้อได้มากกว่าทำให้คะแนนความสุขด้านสุขภาพกายดีเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ สรายุทธ มงคล และคณะ⁽¹¹⁾ เรื่อง ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเจ็ดนาที่ต่อเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ในคนอ้วนเพศหญิง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบว่าหลังการออกกำลังกายเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย (ร้อยละ 10.72) น้ำหนัก (ร้อยละ 7.10) ดัชนีมวลกาย (ร้อยละ 7.10) และเส้นรอบเอว (ร้อยละ 4.12) ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0$) ซึ่งจะเห็นได้ว่าประเภทการออกกำลังกายที่ถูกต้องร่วมกับการรับประทานอาหาร

อาหารที่ถูกประเภทส่งผลต่อการป้องกันการลดและสามารถเพิ่มมวลของกล้ามเนื้อได้ดี แต่หากไม่ได้รับความรู้และการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ทั้งการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ก็จะส่งผลให้ร่างกายมีการสูญเสียมวลของกล้ามเนื้อไป ร่างกายก็จะไม่แข็งแรง และส่งผลเสียต่อสุขภาพได้

เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย

จากการศึกษาพบว่า บุคลากรงานสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่มีเปอร์เซ็นต์ไขมัน ก่อนเข้าโครงการวิจัยอยู่ระหว่าง 4.4–48.7% 27.8 ± 9.25 (mean±SD) ส่งผลต่อการมีความสุขด้านสุขภาพดี แต่หลังจากเข้าโครงการวิจัยแล้วพบว่า บุคลากรที่สามารถลดเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายได้สูงสุดที่ 12.3% และบุคลากรส่วนใหญ่สามารถลดเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายได้ตั้งแต่ 0.3–12.3% 1.9 ± 1.39 (mean±SD) ซึ่งเพศชายมีผลลัพธ์ออกมาดีกว่าเพศหญิง คือ ลดเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายได้มากกว่าทำให้คะแนนความสุขด้านสุขภาพกายดีเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ อรณาทศนินยา⁽¹²⁾ เรื่อง ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีต่อค่าดัชนีมวลกายและเปอร์เซ็นต์ไขมันของหญิงที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม 9 สัปดาห์ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนและหลังการฝึกของกลุ่มทดลอง ลดลงจาก 25.59 kg/m^2 เป็น 24.82 kg/m^2 และค่าเปอร์เซ็นต์ไขมัน ก่อนและหลังการฝึกของกลุ่มทดลอง ลดลงจาก 36.27% เป็น 34.53% ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ทั้งสองรายการทดสอบ กลุ่มควบคุมมีค่าดัชนีมวลกายเพิ่ม

คะแนนความสุขในการทำงาน

โปรแกรมการออกกำลังกายที่ให้บุคลากรฝึกในการดูแลสุขภาพ

โปรแกรมการออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน (Resistance exercise)

กลุ่มมัดกล้ามเนื้อ	อุปกรณ์/เครื่อง	Set 1 ST		Set 2 nd	
		จำนวนครั้ง	น้ำหนัก	จำนวนครั้ง	น้ำหนัก
อก	Chest Press Mach				
	Fly Mach.				
หลัง	Lat pull down Mach				
	Row/Low Mach				
ไหล่	Shoulder Press Mach				
	Delt Mach				
ขา	Leg press Mach				
	Leg Extension				
	Leg Curl				
หลังแขน	Arm extension Mach				
หน้าแขน	Arm Curl Mach				
ท้อง	Ab crunch				

โปรแกรมการออกกำลังกายแบบคาร์ดิโอ (Cardio exercise)

อุปกรณ์/เครื่อง	ระยะเวลา
	20-30 นาที
Treadmill	
Bike	
Elliptical	
Cross trainer	
Step	
Rowing	
Arc trainer	
Wave	
AMT	

**หมายเหตุ : ในการออกกำลังกายแต่ละครั้งให้เลือกใช้อุปกรณ์/เครื่อง เพียง 1 เครื่อง เท่านั้น

ตารางแสดงกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ตามโปรแกรมที่ให้ผู้เข้าร่วมส่งข้อมูลกลับมายืนยันการทำตามโปรแกรม

สัปดาห์ที่	กิจกรรม (challenge)
	โภชนาการ
1	ถ่ายรูปอาหารจานโปรดหรือเมนูที่ชอบรับประทานที่สุด (เจือินไข: 1 ครั้ง)
2	ถ่ายรูปอาหารว่างที่ชอบรับประทานมากที่สุด (เจือินไข: 1 ครั้ง)
3	ถ่ายรูปอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีฉลากโภชนาการพร้อมทั้งบอกจำนวนพลังงานที่ได้จากการบริโภคและคุณประโยชน์ของอาหาร (เจือินไข: 1 ครั้ง)
4	ถ่ายรูปรับประทานข้าวกล้อง/ไรซ์เบอร์รี่ (เจือินไข: 1 ครั้ง)
5	ถ่ายรูป/อัดคลิปโภชนาการที่ชอบหรือถูกใจมากที่สุด (เจือินไข: 1 ครั้ง)
6	ถ่ายรูปรับประทานอาหารที่ประกอบไปด้วยไข่ (เจือินไข: 3 ครั้ง)
7	ถ่ายรูปรับประทานอาหารที่มีผักเป็นส่วนประกอบ (เจือินไข: 3 มื้อ/1 วัน 1 ครั้ง)
8	ถ่ายรูปรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ (เช่น ออกไก่ เนื้อปลา เนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน) (เจือินไข: 3 มื้อ/1 วัน 1 ครั้ง)
9	ถ่ายรูปรับประทานอาหารที่มีสัดส่วน 2:1:1 ผัก เนื้อ แป้ง (เจือินไข: 3 มื้อ/1 วัน 1 ครั้ง)
10	ถ่ายรูป/อัดคลิปโภชนาการ ที่ชอบหรือถูกใจมากที่สุด (เจือินไข: 1 ครั้ง)
11	ถ่ายรูปรับประทานอาหารที่มี ผัก เนื้อ แป้ง และผลไม้ (เจือินไข: 3 ครั้ง)
12	ถ่ายรูป/อัดคลิปโภชนาการ ที่ชอบหรือถูกใจมากที่สุด (เจือินไข: 1 ครั้ง)
13	ถ่ายรูปผลไม้ที่ชอบที่สุด (เจือินไข: 1 อย่าง 1 ครั้ง)
14	ถ่ายรูปรับประทานอาหารที่มีข้าวกล้อง/ไรซ์เบอร์รี่ + ผัก + เนื้อ+ แป้ง + ผลไม้ (เจือินไข: 1 ครั้ง)
15	ถ่ายรูปรับประทานเมนูสุขภาพของศูนย์อาหารโรงพยาบาลศิริราช (เจือินไข: 3 เมนู)

(Happinometer)

จากการสำรวจความสุขในการทำงานโดยใช้แบบประเมินตนเอง Happinometer ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลอยู่ในช่วงการระบาดของ Covid-19 จึงทำให้การทำงานเป็นแบบ Work From Home หรือการทำงานที่บ้าน และอยู่ในช่วงที่สถานการณ์ที่ไม่ปกติ จึงทำให้ภาพรวมของ Happinometer ลดลง อย่างไรก็ตามพบว่าบุคลากรมีคะแนนความสุข ด้านสุขภาพร่างกายดี

ผ่อนคลายดี สังคมดี มีการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ได้มาออกกำลังกายร่วมกัน และมีการแข่งขันกัน รวมทั้งมีกิจกรรมที่ต้องทำร่วมกัน เช่น การส่งการบ้าน การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งเป็นวิธีการเสริมแรงทางบวก โดยใช้สื่อโซเชียล (Social media) เป็นการเสริมแรงทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกาย และมีการแข่งขันภายในหน่วยงาน โดยให้ทำ

กิจกรรมการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร ทำให้เกิดการ ทำงานร่วมกันส่งผลให้มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันทำให้คะแนนความสุข ด้านผ่อนคลายดี และสังคมดีเพิ่มมากขึ้น

■ ข้อสรุป:

เนื่องจากงานสร้างเสริมสุขภาพ มีโครงสร้างของหน่วยงาน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มย่อย คือ กลุ่มของสำนักงาน กลุ่มบุคลากรทั่วไป ดูแลสนามกีฬาต่างๆ ของคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล และบุคลากร Siriraj Fitness Center จึงไม่สามารถออกกำลังกายและจัดการเรื่องของโปรแกรมการทานอาหารพร้อมกันได้ และในสถานการณ์ช่วง Covid-19 ทำให้การทำงานเป็นแบบ Work From Home หรือการทำงานที่บ้าน และไม่ได้ออกกำลังกาย ควบคุมอาหาร ทางงานสร้างเสริมสุขภาพ ได้รับนโยบายจากรองคมนตรีฝ่ายสร้างเสริมสุขภาพ ให้จัดกิจกรรมหลากหลายรูปแบบ เพื่อสามารถนำไปทำที่บ้านหรือที่ทำงาน โดยออกกำลังกายอยู่ที่ทำงานและจัดการเรื่องของอาหารโดยให้มีหัวหน้าทีมคอยกำกับดูแล และให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร

และกิจกรรมการออกกำลังกาย โดยให้บุคลากรของงานสร้างเสริมสุขภาพ เข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย live สด Fit From Home ในช่วงที่สลับปรับเปลี่ยนมาทำงาน เพื่อจูงใจในการออกกำลังกายและเป็นการให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมนั้นๆ ส่วนในการติดตามผลให้หัวหน้าทีม แต่ละทีมติดตามผลโดยการส่งการบ้านการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร ในแต่ละสัปดาห์ให้หัวหน้าทีม เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้คนอื่นเห็นว่าเราก็สามารถออกกำลังกายที่บ้านได้ และรองคมนตรีฝ่ายสร้างเสริมสุขภาพ มีนโยบายที่ชัดเจนและลงมือทำให้บุคลากรงานสร้างเสริมสุขภาพเห็น ก็จะสามารถผลักดันให้บุคลากรงานสร้างเสริมสุขภาพ มีแรงบันดาลใจในการออกกำลังกาย ควบคุมอาหารที่ชัดเจนเพิ่มมากขึ้น

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหารงานสร้างเสริมสุขภาพศิริราช และบุคลากรงานสร้างเสริมสุขภาพศิริราช ทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Obesity and overweight [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 24]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. วิชัย เอกพลากร, บรรณารักษ์. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.
3. Schwartz MW, Seeley RJ, Zeltser LM, Drewnowski A, Ravussin E, Redman LM, et al. Obesity Pathogenesis: An Endocrine Society Scientific Statement. *Endocr Rev* 2017;38(4): 267-96.

4. Poirier P, Giles TD, Bray GA, Hong Y, Stern JS, Pi-Sunyer FX, et al. Obesity and cardiovascular disease: pathophysiology, evaluation, and effect of weight loss: an update of the 1997 American Heart Association Scientific Statement on Obesity and Heart Disease from the Obesity Committee of the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. *Circulation*. 2006;113(6):898-918.
5. Zhang Y, Liu J, Yao J, Ji G, Qian L, Wang J, et al. Obesity: pathophysiology and intervention. *Nutrients*. 2014;6(11):5153-83.
6. Donnelly JE, Blair SN, Jakicic JM, Manore MM, Rankin JW, Smith BK, et al. American College of Sports Medicine Position Stand. Appropriate physical activity intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. *Med Sci Sports Exerc* 2009;41(2):459-71.
7. Douketis JD, Macie C, Thabane L, Williamson DF. Systematic review of long-term weight loss studies in obese adults: clinical significance and applicability to clinical practice. *Int J Obes (Lond)* 2005;29(10):1153-67.
8. Blackburn G. Effect of degree of weight loss on health benefits. *Obes Res* 1995;3(Suppl 2): 211s-6s.
9. ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา, พอดตา ธารานันตี, ศาภุณ แสงพานิช, ธชพร เทศะศิลป์, จันทนา นามเทพ. ภาวะสุขภาพและการออกกำลังกายของบุคลากรฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. มหาวิทยาลัยมหิดล; 2547.
10. อัญชลินทร์ ปานศิริ, ภัทรพร เทวะอักษร, วิชชุพร เกตุใหม่. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
11. สรายุช มงคล, พัสนีย์ ห่านสุวรรณากร, สุวัจน์ มีคผล, กมลชนก ศิวะกฤษณะกุล. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเจ็ดนาทีต่อเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายในคนอ้วนเพศหญิง. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2562;34(1):75-82.
12. อรณา ทศนัยนา. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีต่อค่าดัชนีมวลกายและเปอร์เซ็นต์ไขมันของหญิงที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. *วารสารสุขศึกษา พลศึกษาและสันทนาการ [อินเทอร์เน็ต]*. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 6 ตุลาคม 2566];44(1):303-18. เข้าถึงได้จาก: [https://kukr.lib.ku.ac.th/kukr_es/index.php?/CSC_FAM/search_detail/result/20006645\(4\)](https://kukr.lib.ku.ac.th/kukr_es/index.php?/CSC_FAM/search_detail/result/20006645(4))

รูปแบบการจัดการประปาหมู่บ้านของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ได้มาตรฐานน้ำบริโภค

ไฉไล ช่างดำ*

ภาณุมาส ล้วนทอง

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

วันรับ 12 ธันวาคม 2566, วันแก้ไข 26 กุมภาพันธ์ 2567, วันตอบรับ 27 กุมภาพันธ์ 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการประปาหมู่บ้านขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ได้มาตรฐานน้ำบริโภคและประเมินผลการดำเนินการตามรูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างคือผู้บริหารจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาระบบประปาและพนักงานหรือผู้ดูแลระบบประปาหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ใช้ในการพัฒนาระบบการเพื่อถอดบทเรียนในการจัดการระบบประปาได้มาตรฐานน้ำประปาดื่มได้ 2 แห่งจำนวน 8 คน 2) กลุ่มที่ใช้ทดลองปฏิบัติการและเก็บรวบรวมข้อมูล 5 พื้นที่จำนวน 35 คน รวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มแบบสังเกต แบบประเมินความพึงพอใจ แบบประเมินระบบประปาหมู่บ้าน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ ค่าจำนวน ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทำการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม 2565 ถึงเดือนกรกฎาคม 2566 ดำเนินการวิจัยโดยใช้กระบวนการ Kemmis and Mc Taggart (PAOR) ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการจัดการประปาหมู่บ้านขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ได้มาตรฐานน้ำบริโภค ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องการจัดการระบบประปาและแนวทางแก้ไขปัญหให้กับผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้เกี่ยวข้อง 2) การประเมินตนเอง 3) การติดตามประเมินผลในพื้นที่เพื่อรับทราบปัญหาอุปสรรคและหาแนวทางแก้ไข 4) การประเมินรับรองมาตรฐานประปาหมู่บ้าน ผลการประเมินใช้รูปแบบนี้ ทำให้มีประปาหมู่บ้านผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำบริโภค 7 แห่ง แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นจะทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถจัดการระบบประปาหมู่บ้านให้ได้มาตรฐานน้ำบริโภคได้

คำสำคัญ : การจัดการระบบประปาหมู่บ้าน คุณภาพระบบประปาหมู่บ้าน น้ำประปาดื่มได้

*ผู้รับผิดชอบบทความ, อีเมล: chailai_ubon@hotmail.co.th

Village water supply management model of local administrative organizations to meet drinking water quality

Chailai Changdum*

Phanumas Luanthong

Regional Health Promotion Center 10 Ubon Ratchathani

Received 12 December 2023, Revised 26 February 2024, Accepted 27 February 2024.

Abstract

The objective of this action research was to enhance the village water supply management at the local governments in order to improve the water quality to meet the drinking water quality standard. The samples were (1) officers at the management level from the local government who are responsible for the development of tap water, (2) staff or caretakers of the village tap water system, and (3) public health officers from the district office. The purposive sampling method was applied and the samples were divided into 2 groups: 1) a group of 8 persons participated in the development of the process to identify the lesson-learned from the improvement of the 2 system managements to meet with the drinking water standard 2) a group of 35 persons as testing group in the operation and information gathering from 5 different areas. The data was collected by group conversations, observation forms, satisfaction survey forms, and village water supply evaluation forms. The qualitative data was analyzed by categorization and content analysis and quantitative data analysis was analyzed by using number, median, and standard deviation. The study was performed between March 2022 to July 2023. using Kemmis and McTaggart procedure (PAOR). The results showed that the village water supply management model at the local government organization consisted of 4 steps: 1) Building knowledge and understanding of water system management and problem-solving approaches for local government executives and stakeholders 2) Self-assessment 3) Conducting on-site performance assessments to identify problems and solutions 4) Evaluating and certifying community water quality. The application of this model has resulted in 7 communities which the drinking water quality met the required standard. The study shows that the improved management has enabled the local government organization to improve the village water supply system to the drinking water standard.

Keywords: Village water supply management, the quality of village water supply system, drinkable tap water.

* Corresponding Author, email: chailai_ubon@hotmail.co.th

■ บทนำ

การจัดการที่น้ำสะอาดและเพียงพอ เป็นประเด็นที่ทั่วโลกให้ความสำคัญและกำหนดเป็นเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน SDGs ข้อ 6.1 “บรรลุเป้าหมายการให้ทุกคนเข้าถึงน้ำดื่มที่ปลอดภัยและมีราคาที่สามารถซื้อหาได้ ภายในปี 2573”⁽¹⁾ จากรายงานการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภคครัวเรือนปี 2563 โดยการสุ่มประเมินจากแหล่งต่าง ๆ ได้แก่ น้ำประปา น้ำดื่มบรรจุขวดพลาสติก 20 ลิตร ตู้จำหน่ายกดเหรียญ น้ำบาดาล น้ำบ่อตื้นและน้ำประปาภูเขา โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์คุณภาพประปาดื่มได้ กรมอนามัย พ.ศ.2553 จำนวน 1,368 ตัวอย่างพบว่า น้ำบริโภคในครัวเรือนผ่านเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้ร้อยละ 40.79 และไม่ผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 59.21 โดยในปี 2563 กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มประเมินคุณภาพน้ำบริโภคในครัวเรือนจะมุ่งเน้นน้ำบริโภคในครัวเรือนที่มาจากน้ำประปาเป็นหลัก เนื่องจากเป็นแหล่งน้ำบริโภคที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย มีหน่วยงานรับผิดชอบในการดูแลการผลิตที่ชัดเจน และสามารถเปรียบเทียบคุณภาพน้ำประปากับหน่วยผลิตที่ได้ดำเนินการเฝ้าระวังไว้แล้วตามบทบาทหน้าที่ โดยพบว่าน้ำบริโภคที่มาจากระบบประปาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 31.52 เมื่อพิจารณาผลการตรวจคุณภาพน้ำทั้ง 3 ด้าน⁽²⁾ พบว่า ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านกายภาพ ร้อยละ 13.25 เนื่องจากมีความขุ่นและสีเกินมาตรฐาน ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านเคมีร้อยละ 21.86 เนื่องจากมีค่าปริมาณสารเคมีบางตัวเกินเกณฑ์มาตรฐาน และไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านแบคทีเรียร้อยละ 63.31 เนื่องจากมีการปนเปื้อน

โคลิฟอร์มแบคทีเรียและฟีคัลโคลิฟอร์มแบคทีเรียเมื่อนำมาเปรียบเทียบความเหมาะสมในการที่จะบริโภคตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดพบว่า น้ำบริโภคที่มาจากระบบประปาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความเหมาะสมที่จะบริโภคร้อยละ 31.52⁽³⁾ และมีปัญหาของระบบประปาที่ต้องดำเนินการต่อ 5 ด้านได้แก่ 1) ด้านแหล่งน้ำทั้งที่เป็นบ่อบาดาลและน้ำผิวดิน ส่วนใหญ่จะมีปริมาณน้ำไม่เพียงพอต่อการผลิตน้ำประปา 2) ด้านคุณภาพน้ำ ส่วนใหญ่ น้ำดิบที่นำมาผลิตน้ำประปามีความเป็นกรดเป็นด่าง ความเค็ม สนิมเหล็ก แมงกานีส คลอไรด์ ที่เกินเกณฑ์มาตรฐานทำให้มีปัญหาในการปรับปรุงให้ได้มาตรฐาน 3) ด้านโครงสร้างระบบประปาส่วนใหญ่มีการใช้งานมานาน ขาดการบำรุงรักษาและบางแห่งไม่ได้มาตรฐาน เช่น ไม่มีระบบการกรอง ไม่มีระบบฆ่าเชื้อโรค ไม่มีมาตรน้ำ ฯลฯ 4) ด้านระบบการจ่ายน้ำพบว่า ท่อเมนการจ่ายน้ำส่วนใหญ่มีสภาพเก่า มีขนาดเล็กไม่เหมาะต่อการใช้งาน และยังไม่ครอบคลุมทุกครัวเรือน 5) ด้านการบริหารจัดการพบว่า ผู้บริหารระบบประปาและผู้ผลิตน้ำประปา (ผู้ดูแลระบบประปา) ส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการอบรมความรู้เชิงวิชาการ ด้านการบริหารจัดการ การผลิตและการดูแลกิจการประปา ส่งผลให้มีผลกระทบทำให้บริการกิจการประปาทั้งด้านความมั่นคงของกิจการ คุณภาพน้ำ อายุการใช้งานของโครงสร้างไม่สามารถใช้งานได้เต็มศักยภาพ จึงทำให้ระบบประปาทรุดโทรม ประสพภาวะการขาดทุนหรือกำไรไม่มากพอที่จะเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการผลิตให้ดีขึ้นได้ รวมทั้งชุมชนยังขาดความรู้ความเข้าใจในการมีส่วนร่วมในการดูแลบำรุงรักษาระบบประปาหมู่บ้าน⁽⁴⁾ เมื่อ

พิจารณาเปรียบเทียบการบริหารจัดการระบบ ประปาต่อคุณภาพมาตรฐานน้ำประปา ที่บริหารจัดการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และคณะกรรมการบริหารกิจการประปาฯ พบว่า คุณภาพน้ำประปาหมู่บ้านไม่ได้มาตรฐานด้านกายภาพ และด้านเคมีใกล้เคียงกัน แต่เมื่อพิจารณาคุณภาพด้านแบคทีเรียพบว่า ระบบประปาหมู่บ้านที่บริหารโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีคุณภาพดีกว่าระบบที่บริหารจัดการโดยคณะกรรมการบริหารกิจการประปาฯ โดยระบบประปาที่บริหารโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะมีการเติมคลอรีนในระบบประปามากกว่าระบบประปาที่บริหารโดยคณะกรรมการบริหารกิจการประปาฯ⁽³⁾

ในเขตสุขภาพที่ 10 ได้มีการสุ่มประเมินระบบประปาหมู่บ้านที่อยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 42 แห่ง พบว่า ประปาหมู่บ้านมีความเหมาะสมสำหรับการบริโภคในครัวเรือนจำนวน 7 แห่ง (ร้อยละ 25) และมีระบบประปาที่ต้องปรับปรุงคุณภาพก่อนที่จะนำมาบริโภคในครัวเรือนเนื่องจากมีความขุ่น ความเป็นกรด ต่าง และแบคทีเรีย เกินค่าที่กำหนดจำนวน 9 แห่ง (ร้อยละ 32.14) และระบบประปาที่เหลือจำนวน 12 แห่ง (ร้อยละ 42.86) เป็นน้ำที่ไม่เหมาะสมที่จะนำมาบริโภคในครัวเรือนเนื่องจากมีของแข็งละลายในน้ำทั้งหมด ความกระด้าง คลอไรด์ เหล็ก และแมงกานีส เกินเกณฑ์คุณภาพประปาดื่มได้กรมอนามัย พ.ศ.2563 ซึ่งสาเหตุเกิดจากกระบวนการดูแลระบบประปาขาดประสิทธิภาพ ผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลระบบประปา⁽⁵⁾ เพื่อให้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถจัดการประปาหมู่บ้านให้ได้มาตรฐานน้ำ

บริโภค

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาสถานการณ์ของการจัดการประปาหมู่บ้านขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี
2. พัฒนารูปแบบการจัดการประปาหมู่บ้านขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ได้มาตรฐานคุณภาพน้ำบริโภค
3. ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานตามรูปแบบการจัดการประปาหมู่บ้านขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ได้มาตรฐานคุณภาพน้ำบริโภค

■ วิธีการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart⁽⁶⁾ ประกอบด้วย (1) การวางแผน (Planning : P) (2) การปฏิบัติการ (Action : A) (3) การสังเกตการณ์ (Observation : O) และ (4) การสะท้อนกลับ (Reflection: R) ดำเนินการวิจัยในระหว่างเดือน มีนาคม 2565 ถึงเดือนกรกฎาคม 2566 แบ่งการศึกษาเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาบริบทและสถานการณ์การจัดการประปาหมู่บ้านโดยศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องและถอดบทเรียนความสำเร็จจากเทศบาลตำบลไพร่บึงและองค์การบริหารส่วนตำบลปงขามดงหมู ที่มีการดำเนินการจัดการประปาได้มาตรฐานน้ำบริโภคโดยใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group) แล้วนำมาสรุป

แนวทางที่สำคัญและออกแบบการจัดการประปาหมู่บ้านขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ได้มาตรฐาน เพื่อนำมาวางแผนปฏิบัติการ (Planning) จัดการประปาหมู่บ้านขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ได้มาตรฐานน้ำบริโภค 2) ปฏิบัติการ (Action) พัฒนารูปแบบการจัดการน้ำประปาให้ได้มาตรฐานน้ำบริโภคโดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดการประปาหมู่บ้านขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ได้มาตรฐานน้ำบริโภคและนำรูปแบบที่พัฒนาไปทดลองใช้ในพื้นที่เทศบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่ 10 ใน 5 จังหวัดๆ ละ 1 แห่ง ได้แก่ องค์กรบริหารส่วนตำบลโนนผึ้ง เทศบาลไพรบึง องค์กรบริหารส่วนตำบลโคกสำราญ เทศบาลเค็งใหญ่ องค์กรบริหารส่วนตำบลปงขามดงหมู รวมเป็น 5 แห่ง และการสังเกต (Observation) ขณะปฏิบัติการและสะท้อนการปฏิบัติการ (Reflection) เพื่อนำมาสู่การปรับปรุงรูปแบบจัดการประปาหมู่บ้านขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ได้มาตรฐานน้ำบริโภค และ 3) ประเมินผลลัพธ์จากการดำเนินการตามรูปแบบฯ

● ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้เกี่ยวข้องกับการจัดการประปาหมู่บ้านขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ นายกเทศมนตรีหรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ปลัดเทศบาล/ปลัด อบต. ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาระบบประปาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ดูแลระบบประปาหมู่บ้านขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 658 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการถอดบทเรียน เพื่อพัฒนากระบวนการเป็นเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จากเทศบาล และ อบต. ที่มีการจัดการประปาได้มาตรฐานน้ำบริโภค จำนวน 2 แห่งๆ ละ 4 คนรวมเป็น 8 คน

2) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองปฏิบัติการ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random Sampling) โดยการจับฉลากรายชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใน 5 จังหวัดๆ ละ 1 แห่งรวมเป็น 5 แห่ง จังหวัดๆ ละ 1 แห่ง ได้แก่ องค์กรบริหารส่วนตำบลโนนผึ้ง เทศบาลไพรบึง องค์กรบริหารส่วนตำบลโคกสำราญ เทศบาลเค็งใหญ่ องค์กรบริหารส่วนตำบลปงขามดงหมู ประกอบด้วย นายกเทศมนตรี/นายกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) แห่งละ 1 คน ปลัดเทศบาล/ปลัดอบต.แห่งละ 1 คน ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาระบบประปาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งละ 1 คน ผู้ดูแลระบบประปาหมู่บ้านขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งละ 4 คน รวมเป็นแห่งละ 7 คน รวมทั้งสิ้น 35 คน

● เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนากระบวนการ ประกอบด้วย (1) แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group) โดยกำหนดแนวคำถามตามแนวทางของการพัฒนาระบบประปาของกรมทรัพยากรน้ำและแบบประเมินมาตรฐานน้ำประปาดื่มได้ของกรมอนามัย ใช้การบันทึกเสียง สมุดจดบันทึก กล้องบันทึกภาพและ (2) แบบประเมินหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดการประปาหมู่บ้านให้ได้มาตรฐานน้ำบริโภค (3) แบบประเมินคุณภาพประปาหมู่บ้าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการพัฒนา รูปแบบการจัดการประปาหมู่บ้านขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นฯ ได้แก่ (1) แบบประเมินหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดการน้ำประปาให้ได้มาตรฐานน้ำบริโภค ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ประเภทของบุคลากร ระดับการศึกษา การรับการพัฒนาศักยภาพเรื่องประปา ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจด้านความรู้ในการจัดการประปาให้ได้มาตรฐานน้ำบริโภค ด้านการนำความรู้ไปใช้ จำนวน 14 ข้อเป็นคำถามแบบ Rating Scale 5 ระดับคือ พอใจมากที่สุดให้ 5 คะแนน พอใจมากให้ 4 คะแนน พอใจปานกลางให้ 3 คะแนน พอใจน้อยให้ 2 คะแนน พอใจน้อยสุดให้ 1 คะแนน ทำการแปรผลเป็นค่าเฉลี่ยภาพรวม (2) แบบสังเกตขณะการอบรมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการจัดการน้ำบริโภคได้มาตรฐาน (3) ผลลัพธ์การจัดการน้ำประปาสู่มาตรฐานน้ำบริโภคโดยใช้แบบประเมินคุณภาพระบบประปาหมู่บ้าน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านแหล่งน้ำดิบ ด้านระบบประปา ด้านควบคุมการผลิตและบำรุงรักษา ด้านปริมาณน้ำ แรงดันน้ำ และคุณภาพน้ำประปา และด้านบริหารกิจการระบบประปา โดยแบ่งเป็น ระดับดีมาก (91-100 คะแนน) ระดับดี (81-90 คะแนน) ระดับพอใช้ (51-80 คะแนน) ระดับปรับปรุง (31-50 คะแนน) ระดับปรับปรุงเร่งด่วน (0-30 คะแนน)

● **การวิเคราะห์ข้อมูล**

1) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา อธิบายค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจาก

การสนทนากลุ่ม การสังเกต จดบันทึก ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**
การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ระดับเขตสุขภาพที่ 10 รหัสโครงการ ID-12-64-01-E อนุมัติวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2565

■ **ผลการศึกษา**

1. **สถานภาพปัญหา สถานการณ์การจัดการประปาหมู่บ้านขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่ 10**

1.1 สถานการณ์การจัดการประปาหมู่บ้านขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า 1) ผู้ดูแลระบบประปาไม่ผ่านการอบรมด้านระบบประปา 2) ด้านการผลิตไม่ปฏิบัติตามขั้นตอน ไม่มีการล้างทำความสะอาดล้างย้อน (Back Wash) ทรายกรองใช้งานมานานประสิทธิภาพในการกรองลดลง น้ำประปาไม่ผ่านกระบวนการปรับปรุงคุณภาพ 2) ด้านบำรุงรักษาระบบประปา ขาดการบันทึกข้อมูลที่เป็น 3) ด้านปริมาณและคุณภาพน้ำประปา การเติมคลอรีนในน้ำประปาไม่ได้มาตรฐานหรือไม่เติมคลอรีน และไม่มีการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำทางห้องปฏิบัติการ

1.2 ผลการสนทนากลุ่มถอดบทเรียนของพื้นที่ต้นแบบที่มีการจัดการน้ำประปาได้มาตรฐานน้ำบริโภค พบว่า ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความเข้าใจในเรื่องการจัดการระบบประปา และกำหนดเป็นนโยบายในการพัฒนาประปาให้บริโภคได้ ผู้ดูแลระบบได้รับการ

ตารางที่ 1 แสดงเนื้อหาหลักสูตรการจัดการประปาหมู่บ้านขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เนื้อหาหลักสูตรการประชุม	ความคาดหวัง	ผลการดำเนินการ
1. รูปแบบระบบประปาและกระบวนการผลิตระบบประปา การสนับสนุนงานประปาในพื้นที่ของการประปาส่วนภูมิภาคเขต 8	ผู้เข้าประชุมมีความรู้ความเข้าใจสามารถนำความรู้ไปจัดการประปาหมู่บ้านให้ได้มาตรฐานน้ำบริโภค	1. หลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ ผู้เข้าประชุมมีความรู้เพิ่มขึ้น - ก่อนประชุม (\bar{X} =9.87 SD=2.57) - หลังประชุม (\bar{X} =13.68 SD=2.36)
2. การพัฒนาระบบประปาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสู่มาตรฐานน้ำบริโภค		
3. เครื่องกลกับระบบประปา		
4. ความสำคัญของน้ำกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ		2. ผู้เข้าประชุมมีความสนใจซักถามและเสนอให้เพิ่มเนื้อหาในเรื่องการดูแลตู้ไฟในระบบการใช้สารเคมี
5. ระบบการจัดการน้ำบริโภคขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น		
6. การเฝ้าระวังคุณภาพและเก็บตัวอย่างน้ำบริโภค		3. สถานที่ดูงานไม่ตรงกับบริบทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
7. มีการศึกษาดูงานในพื้นที่การประปาส่วนภูมิภาคเขต 8		

ตารางที่ 2 แสดงการปรับเนื้อหาหลักสูตรการจัดการประปาหมู่บ้านขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เนื้อหาหลักสูตรการประชุม	ความคาดหวัง	ผลการดำเนินการ
1. ความสำคัญของน้ำสะอาด	ผู้เข้าประชุมมีความรู้ความเข้าใจสามารถนำความรู้ไปจัดการประปาหมู่บ้านให้ได้มาตรฐานน้ำบริโภค	1. ปรับเนื้อหาตามผลการประเมินและการติดตามดังนี้ - รายละเอียดการจัดการประปาตามระบบประปาบาดาลและประปาผิวดิน - การใช้สารเคมีในประปา - การซ่อมบำรุงรักษาระบบประปา - การศึกษาดูงานระบบประปาตามบริบทของประปาที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดูแล
2. การสุขาภิบาลน้ำดื่ม น้ำใช้		
3. การประเมินคุณภาพระบบประปา		
4. ระบบผลิตน้ำประปาบาดาล		
5. ระบบผลิตน้ำประปาผิวดิน		
6. สารเคมีและเครื่องมือที่ใช้ในระบบประปา		
7. การพัฒนาระดับน้ำประปาหมู่บ้านสะอาดและการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำประปา		
8. การซ่อมบำรุงรักษาระบบประปา		
9. ศึกษาดูงานระบบประปาของศูนย์อนามัยที่ 10 และระบบประปาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น		

พัฒนาศักยภาพในเรื่องการพัฒนาประปาหมู่บ้าน สำมาเสมอ มีการวางแผนการดำเนินงานระบบ ประปา และมีหน่วยงานด้านสาธารณสุขสนับสนุน การดำเนินงานและการประเมินรับรองมาตรฐาน ประปาหมู่บ้าน

จากสถานการณ์ปัญหาและการถอดบท เรียนความสำเร็จ จึงวางแผนปฏิบัติการ (Action) โดยการพัฒนาศักยภาพให้องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น มีความรู้ความเข้าใจการจัดการประปา หมู่บ้าน โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ “การ จัดการประปาหมู่บ้านขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นให้ได้มาตรฐานน้ำบริโภค”

2. ผลการปฏิบัติการ (Action) จาก การวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนการวางแผน ได้มี การนำมาออกแบบปฏิบัติการ “การจัดการประปา หมู่บ้านขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ได้ มาตรฐานน้ำบริโภค” มีการปฏิบัติการเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) การพัฒนาศักยภาพผู้เกี่ยวข้องกับการ จัดการประปาหมู่บ้านขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น โดยใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการ และ 2) การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ดังนี้

2.1 การพัฒนาศักยภาพผู้เกี่ยวข้อง กับการจัดการประปาหมู่บ้านขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น โดยใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการการ จัดการประปาหมู่บ้านขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นให้ได้มาตรฐานน้ำบริโภค 3 วัน โดยใช้การ บรรยาย สาธิต ฝึกปฏิบัติและการศึกษาดูงาน พบว่า 1) หลังการประชุมเชิงปฏิบัติการผู้เข้า ประชุมมีความรู้เพิ่มขึ้นก่อนประชุม (\bar{X} =9.87 SD=2.57) หลังประชุม (\bar{X} =13.68 SD=2.36) 2) และจากการสังเกต (Observation) พบว่า

ผู้เข้าประชุมมีความสนใจซักถามและเสนอ การปรับปรุงเนื้อหา วิธีการ ได้แก่ การเพิ่มเนื้อหา ในเรื่องการดูแลตู้ไฟในระบบ การใช้สารเคมี และ สถานที่ดูงานไม่ตรงกับบริบทขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ดังตารางที่ 1

2.2 การสะท้อนกลับ (Reflection) เพื่อพัฒนาเนื้อหาหลักสูตรให้ผู้เข้าร่วมประชุมมี ความรู้ความเข้าใจ สามารถนำความรู้ไปจัดการ ประปาหมู่บ้านให้ได้มาตรฐานน้ำบริโภค โดยปรับ เนื้อหาหลักสูตร ได้แก่ 1) การจัดการประปาตาม ระบบการผลิตประปาบาดาลและประปาผิวดิน 2) การใช้สารเคมีในประปา 3) การซ่อมบำรุงรักษา ระบบประปา 4) การศึกษาดูงานระบบประปาตาม บริบทของประปาที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดูแล ดังตารางที่ 2

ผลการสะท้อนกลับ (Reflecion) ปรับ เนื้อหาประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดการประปา หมู่บ้านขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ได้ มาตรฐานน้ำบริโภค พบว่า ผู้ร่วมประชุมส่วนใหญ่ เป็นผู้ดูแลระบบประปาร้อยละ 71.43 รองลงมาร้อย ละ 14.29 เป็นผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้รับผิดชอบพัฒนาระบบประปาขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ผลการประเมินความพึง พอใจพบว่า เนื้อหาในการอบรมแต่ละหัวข้อมี ประโยชน์ในระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.57 SD=0.55) เนื้อหาที่มีความครอบคลุมตามเป้าหมายของ โครงการในระดับมาก (\bar{X} = 4.46 SD=0.55) หลัง การประชุมมีความรู้เพิ่มขึ้นในระดับมาก (\bar{X} =4.14 SD=0.64) หลังการประชุมจะนำความรู้ที่ได้ ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นในระดับ มาก (\bar{X} = 4.11 SD=0.98) มีความมั่นใจที่จะนำ

ความรู้ไปจัดการประปาหมู่บ้านในระดับมาก ($\bar{X}= 3.94$ $SD=0.97$) และมีความตั้งใจที่จะผลิตน้ำประปาให้ได้มาตรฐานน้ำตามเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาเพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ใช้ในในระดับมาก ($\bar{X}= 4.41$ $SD=0.80$)

3. ผลลัพธ์การดำเนินการตามรูปแบบการจัดการประปาหมู่บ้านขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ได้มาตรฐานน้ำบริโภค พบว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบฯ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มีการประเมินเกณฑ์คุณภาพระบบประปามาตรฐาน 5 ด้าน หลังดำเนินการตามรูปแบบฯ พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการประเมินตนเองตามเกณฑ์คุณภาพระบบประปาหมู่บ้าน 33 แห่ง ผ่านเกณฑ์ในระดับดีขึ้น 28 แห่ง โดยด้านที่ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นมากที่สุด ได้แก่ ด้านแหล่งน้ำดิบผ่านเกณฑ์ 28 แห่ง รองลงมาเป็นด้านบริหารกิจการระบบประปา 27 แห่ง ด้านควบคุมการผลิต 26 แห่ง ด้านระบบประปา 22 แห่ง และด้านปริมาณและคุณภาพน้ำประปา 17 แห่ง และประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขในการแก้ไขปัญหาและขอรับการประเมินรับรองคุณภาพน้ำผ่านเกณฑ์ประปาดื่มได้กรมอนามัยโดยผ่านเกณฑ์ 7 แห่ง

สรุปผลการศึกษารูปแบบการจัดการประปาหมู่บ้านขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ได้มาตรฐานน้ำบริโภคทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดการประปาหมู่บ้านให้ได้มาตรฐานน้ำบริโภค ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจให้ผู้บริหารท้องถิ่นเพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทั้งผู้ควบคุมและผู้ดูแลประปาหมู่บ้าน 2) การ

ประเมินตนเองตามมาตรฐานคุณภาพประปาหมู่บ้านเพื่อวางแผนการดำเนินการ 3) การกำกับติดตามการดำเนินงานตามมาตรฐานคุณภาพประปาหมู่บ้าน 4) การประเมินรับรองคุณภาพมาตรฐานน้ำบริโภค และจากการประเมินผลการใช้รูปแบบนี้พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถจัดการประปาหมู่บ้านผ่านเกณฑ์คุณภาพระบบประปามาตรฐาน 5 ด้านระดับดีขึ้น 28 แห่งและผ่านเกณฑ์มาตรฐานน้ำบริโภคของกรมอนามัย 7 แห่ง แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นจะทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถจัดการระบบประปาหมู่บ้านให้ได้มาตรฐานคุณภาพน้ำบริโภคได้

■ อภิปรายผล

1. จากผลการศึกษารูปแบบการจัดการประปาหมู่บ้านให้ได้มาตรฐานน้ำบริโภค โดยการศึกษาความรู้ในการจัดการประปาหมู่บ้านด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดการประปาหมู่บ้านขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ได้มาตรฐานน้ำบริโภคให้กับผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้เกี่ยวข้องมีความรู้เพิ่มขึ้นหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการฯในระดับมาก ($\bar{X}= 4.14$ $SD=0.64$) หลังการประชุมเชิงปฏิบัติการจะสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานในระดับมาก ($\bar{X}= 4.11$ $SD=0.98$) และมีความตั้งใจที่จะผลิตน้ำประปาให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์คุณภาพน้ำบริโภคได้ในระดับมาก ($\bar{X}= 4.41$ $SD=0.80$) สอดคล้องกับ วารุณี เปรมสิงห์⁽⁷⁾ ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานตำบล

จัดการสุขภาพแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลหนองแวง อำเภอนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร ที่พบว่า 1) การสื่อสารข้อมูล Media Information 2) การใช้ข้อมูล Use of Information 3) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้ร่วมกระบวนการ Knowledge 4) การพัฒนาศักยภาพผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องตลอดกระบวนการ รวมถึงการออกแบบวิธีการเพิ่มสมรรถนะ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มเป้าหมาย ในด้านความรู้ ด้านการมีส่วนร่วม และผลการดำเนินงานตามกระบวนการตำบลจัดการสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะที่ดี ชุมชนมีส่วนร่วมทุกกิจกรรมและทุกขั้นตอนส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานไปในทิศทางที่ดีนำไปสู่รูปแบบการปฏิบัติที่เหมาะสม

2. การติดตามประเมินผลการดำเนินงานในพื้นที่ทำให้ทราบปัญหาผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ ได้แก่ ด้านปริมาณและคุณภาพน้ำประปาที่ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้น 17 แห่ง และอยู่ในระดับพอใช้และต้องปรับปรุงมากที่สุด 13 แห่ง รองลงมาเป็นด้านควบคุมการผลิต 7 แห่ง ซึ่งในด้านต่างๆ เหล่านี้ต้องมึงบประมาณในการดำเนินการจึงจะทำให้ประปาได้มาตรฐานน้ำบริโภค สอดคล้องกับปรกรณ์ พุทธพรหม^(๑) ที่ศึกษาการบริหารสาธารณะด้านกิจการประปาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: กรณีศึกษาองค์กรบริหารส่วนตำบลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าการบริหารจัดการกิจการประปาขององค์กรบริหารส่วนตำบลบางซ้าย มีการจัดทำข้อบัญญัติ มีการตรวจ

เช็คอุปกรณ์อยู่เสมอ มีการจัดทำแผนงาน/โครงการในการก่อสร้างและขยายเขตประปา มีการตรวจสอบคุณภาพน้ำประปาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และให้คำปรึกษาแนะนำกับประปาหมู่บ้านที่คณะกรรมการหมู่บ้านเป็นผู้ดูแลเอง ในส่วนของปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน ได้แก่ ด้านงบประมาณที่ไม่เพียงพอ การขาดเสี่ยหายของอุปกรณ์การผลิตน้ำประปา ปัญหาคุณภาพน้ำที่จำเป็นต้องตรวจสอบคุณภาพน้ำอย่างสม่ำเสมอ และการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความชำนาญในการผลิตน้ำประปาให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน และสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างทันท่วงที

■ ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำสิ่งที่ได้จาก การวิจัยไปใช้ประโยชน์

สำหรับพื้นที่วิจัย

- องค์การบริหารส่วนตำบลโนนผึ้ง เทศบาลตำบลไพรบึง องค์การบริหารส่วนตำบลโคกสำราญ เทศบาลตำบลเต็งใหญ่ องค์การบริหารส่วนตำบลปงขามดงนาสามารถนำผลที่ได้จากการวิจัยไปขยายผลการพัฒนาระบบประปาหมู่บ้านให้ครอบคลุมประปาทุกระบบที่มีอยู่ในพื้นที่ทั้งหมด และจัดให้มีการกำกับประเมินคุณภาพน้ำประปาให้มีคุณภาพมาตรฐานน้ำบริโภค

- หน่วยงานด้านสาธารณสุขเสนอแนะให้นำผลวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการให้ความรู้ในเรื่องการจัดการระบบประปาให้ได้มาตรฐานน้ำบริโภคที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาในแต่ละพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

ในเรื่องการจัดการประปาหมู่บ้านให้ได้มาตรฐานน้ำบริโภคเสนอให้ดำเนินการวิจัยพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมเพื่อสร้างองค์ความรู้ในการจัดการระบบประปาหมู่บ้านเพื่อให้มีการจัดการประปาหมู่บ้านในทุกรูปแบบ เช่น การดูแลระบบการผลิตน้ำประปาที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ นวัตกรรมการพัฒนาคุณภาพน้ำประปาแบบประหยัดพลังงาน

3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้ปฏิบัติงาน มีความรู้ความเข้าใจในการจัดการประปาหมู่บ้านจะ

สามารถจัดการประปาหมู่บ้านให้ได้มาตรฐาน ขอเสนอให้กรมอนามัยและกรมส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำรูปแบบการจัดการประปาหมู่บ้านขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ได้มาตรฐานน้ำบริโภคนี้ ไปกำหนดเป็นนโยบายในการจัดการระบบประปาหมู่บ้านทั่วประเทศและดำเนินการตามแผนแม่บทการบริหารจัดการน้ำแห่งชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถยกระดับมาตรฐานบริการประปาหมู่บ้าน ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีลดการป่วยด้วยโรคที่มาจากน้ำเป็นสื่อได้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานทรัพยากรแห่งชาติ (สทนช). แผนแม่บทการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 21 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://www.onwr.go.th/?page_id=4174
2. กรมอนามัย สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ. รายงานการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภคในครัวเรือนประจำปี 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://foodsan.anamai.moph.go.th/th/water-surveillance/>
3. กรมอนามัย สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ. รายงานผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้านตามโครงการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการน้ำเพื่อการบริโภค พ.ศ.2563 ภายใต้แผนแม่บทการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำ 20 ปี ด้านที่ 1 การจัดการน้ำอุปโภคบริโภค [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://foodsan.anamai.moph.go.th/th/water-surveillance/>
4. มยุรี โยธาวิฑูรย์. การบริหารจัดการระบบประปาหมู่บ้านของประเทศไทย: กรณีศึกษาชุมชนจังหวัดนครนายก. (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต; 2560.
5. ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี. สรุปผลการขับเคลื่อนระบบประปาหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 10. อุบลราชธานี: ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี; 2565.
6. Kemmis S & McTaggart R. The Action Research Planer. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.
7. วารุณี เปรมสิงห์. ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ โดยมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองแวง อำเภอเนินกุ่มคำศรีอยุธยา จังหวัดมุกดาหาร. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี 2562;8(2):6-12.
8. ปกรณ์ พุทธิพรหม. ศึกษาบริการสาธารณสุขด้านกิจการประปาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษาองค์กรบริหารส่วนตำบลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา [ค้นคว้าอิสระปริญญาโท]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2562.

ประสิทธิผลของโปรแกรมประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย

สุพิศตรา บุญเยี่ยม

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

วันรับ 27 ธันวาคม 2566, วันแก้ไข 29 กุมภาพันธ์ 2567, วันตอบรับ 4 มีนาคม 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการเปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กก่อนและหลังใช้โปรแกรมประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) กลุ่มทดลองใช้โปรแกรมประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง 104 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 52 คน) เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดู ประเมินความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย และตรวจพัฒนาการเด็กด้วยเครื่องมือ DSPM และ Denver II 3 ครั้ง ก่อนเริ่มใช้โปรแกรมฯ ติดตามที่ 3 เดือนและ 6 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสมการประมาณค่าขั้นทั่วไป (Generalized Estimating Equation: GEE) ผลการวิจัยพบว่า ผู้เลี้ยงดูมีความพึงพอใจโปรแกรมฯ ในภาพรวมคะแนนเฉลี่ย 4.67 เด็กปฐมวัยกลุ่มทดลองมีพัฒนาการสมวัยมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่ใช้โปรแกรมฯ มีพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่ไม่ได้ใช้โปรแกรมฯ 4.0 เท่า 95%CI 1.26 – 7.14, P value 0.003 (Denver II) เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่ใช้โปรแกรมฯ มีพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่ไม่ได้ใช้โปรแกรมฯ 3.4 เท่า 95%CI 1.44 – 5.02, P value 0.008 (DSPM) สรุปคือ โปรแกรมประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยมีประสิทธิผลที่ดีเมื่อผู้เลี้ยงดูได้ใช้ในการส่งเสริมและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กสามารถส่งผลให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นได้ กิจกรรมที่สำคัญคือ การประเมินพัฒนาการเด็กโดยใช้โปรแกรมฯ ของผู้เลี้ยงดูเด็กก่อนถึงวันตรวจพัฒนาการ และการคืนข้อมูลรายบุคคลการตรวจพัฒนาการ หากผู้เลี้ยงดูเด็กเห็นประโยชน์ของการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ก็จะทำให้เกิดการเรียนรู้และปรับพฤติกรรมในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และแก้ไขปัญหาที่พบบ่อยได้ผลที่ดีกับเด็กปฐมวัย เพื่อเป็นการแก้ไขและป้องกันปัญหาในระยะยาวที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพ พัฒนาการเด็กปฐมวัย

The Effectiveness of Early Childhood Developmental Assessment Program

Supattra Boonjeam

Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani

Received 27 December 2023, Revised 29 February 2024, Accepted 4 March 2024.

Abstract

The purposes of this research were analyzing the effectiveness of early childhood developmental assessment program by comparing the child's development before and after using the program. This research was a quasi-experimental study. The experimental group used early childhood developmental assessment program and the control group received the developmental surveillance and promotion manual (DSPM). Sample of 104 (52 experimental group and 52 control group) was collected by interviewing the caregivers' general information, evaluate satisfaction with using the early childhood development assessment program, child development was examined with DSPM and Denver II tools 3 times before starting to use the program, follow-up at 3 months and 6 months. Data were also analyzed by frequency distribution, percentage, mean standard deviation and generalized estimating equation (GEE). The results revealed that satisfaction in the program had average score 4.67. The early childhood in the experimental group showed more normal development than the control group. Children raised from caregivers who used program had 4.0 times more normal development than children who were raised from caregivers who did not use program, 95%CI 1.26 – 7.14, P value 0.003 by Denver II tool. Children raised from caregivers who used program had 3.4 times more normal development than children who were raised from caregivers who did not use program, 95%CI 1.44 – 5.02, P value 0.008 by DSPM tool. Conclusion was the early childhood developmental assessment program had effectiveness if caregivers use it to promote and surveillance the development of children which can result in increased early childhood normal development. The important activities were assessment of childhood development using this program of caregiver before the day of developmental examination and individual data return. If the caregivers see the benefits of surveillance and promotion child development will learn and adjust behavior in surveillance and promotion child development and solving that problem until it has good results for early childhood. In order to solve and prevent problems in the long term that are continuous and sustainable.

Keywords: Effectiveness, Early Childhood Development

■ unku

เด็กเป็นทรัพยากรสำคัญของสังคม เด็กจึงต้องมีพัฒนาการเต็มศักยภาพเพื่อให้เติบโตเป็นคนดี มีคุณภาพและมีความสุข สร้างสรรค์และทำประโยชน์ต่อสังคม การสำรวจพัฒนาการเด็กอายุ 1-5 ปี ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ปี 2560 ด้วยการใช้อุปกรณ์ Denver II⁽¹⁾ พบว่าภาพรวมพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยสมวัย ร้อยละ 70 โดยพื้นที่ภาคเหนือมีพัฒนาการสมวัยสูงสุดประมาณร้อยละ 85 ที่น่าเป็นห่วงคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพัฒนาการสมวัยอยู่ที่ ร้อยละ 50-60 เท่านั้น ในปี 2564 มีการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7 ด้วยเครื่องมือ Denver II พบว่า เด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7 มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 56.8⁽²⁾ ในส่วนของการเลี้ยงดู มีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นชัดเจนว่า เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าเกิดจากปัญหาสำคัญคือขาดการเลี้ยงดูและกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม⁽³⁾ ดังนั้นพฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้เลี้ยงดูจึงมีส่วนสำคัญในการสร้างเด็กคุณภาพที่มีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผลการดำเนินงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยของเขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2565 ผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัด⁽⁴⁾ แต่มีข้อสังเกตว่า พบเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ครั้งแรก) ร้อยละ 36.6 ซึ่งตัวชี้วัดตั้งค่าเป้าหมายไว้ที่ มากกว่า ร้อยละ 20 สะท้อนให้เห็นว่า การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการโดยพ่อแม่ และผู้เลี้ยงดูยังไม่ดีพอ

เครื่องมือสำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขใช้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตั้งแต่ปี 2558 จนถึงปัจจุบัน คือ คู่มือเฝ้าระวังและ

ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: Development Surveillance and Promotion Manual (DSPM)⁽⁵⁾ เมื่อพิจารณาถึงองค์ประกอบของคู่มือพบว่า เล่มคู่มือหนา ตัวหนังสือในแต่ละหน้ามีเนื้อหามากไป มีศัพท์ภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ผู้สูงอายุไม่เข้าใจ ตัวหนังสือเล็ก ไม่สะดวกต่อการอ่านสำหรับผู้เลี้ยงดูเด็ก โดยบริบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือผู้เลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่เป็นปู่ย่าตายาย ดังนั้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้เลี้ยงดูเด็กที่เป็นปู่ย่าตายาย ได้เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างแท้จริง กลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็กศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ได้พัฒนาและจัดทำคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้เลี้ยงดูเด็กปู่ย่าตายายขึ้น⁽⁶⁾ จากการศึกษาประสิทธิผลของคู่มือฯ โดยได้ทดลองใช้คู่มือฯ วิเคราะห์ประสิทธิผลของคู่มือฯ เปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กก่อนและหลังได้รับคู่มือฯ พบว่า เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่ได้รับคู่มือฯ มีพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่ไม่ได้รับคู่มือฯ 3.9 เท่า 95%CI 1.26 – 6.75, P value 0.004 (ตรวจด้วย Denver II) เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่ได้รับคู่มือฯ มีพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่ไม่ได้รับคู่มือฯ 2.1 เท่า 95%CI 1.44 – 2.71, P value 0.018 (ตรวจด้วย DSPM) คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้เลี้ยงดูเด็กปู่ย่าตายาย มีประสิทธิผลที่ดีเมื่อผู้เลี้ยงดูได้ใช้ในการส่งเสริมและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กสามารถส่งผลให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นได้⁽⁷⁾

จากการทดลองใช้คู่มือฯ ในพื้นที่ ปี 2564

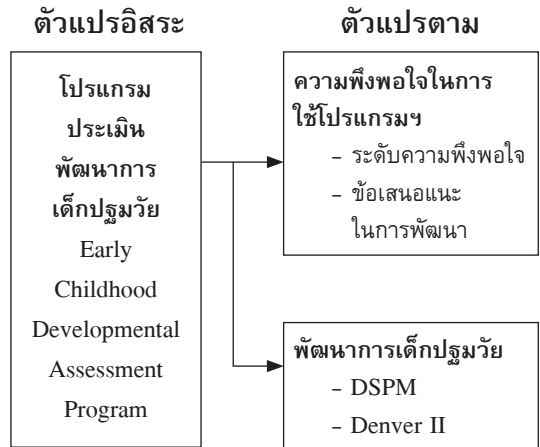
พบสิ่งที่เป็นข้อดีของคู่มือฯ คือ การคำนวณอายุ และการเลือกช่วงอายุในการประเมินพัฒนาการเด็ก หากผู้เลี้ยงดูคำนวณอายุเด็กไม่ถูกต้องจะเลือกช่วงประเมินอายุพัฒนาการของเด็กไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยจึงได้ปรึกษาหน่วยเทคโนโลยีสารสนเทศ นำมาสู่การพัฒนาจากคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้เลี้ยงดูเด็กป่วย่าตายายเป็นโปรแกรมประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยขึ้น⁽⁸⁾ เพื่อทำให้การเข้าถึงและความครอบคลุมเรื่องการเฝ้าระวัง ส่งเสริมและประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูทำได้เพิ่มขึ้น ดังนั้นการประเมินผลของโปรแกรมฯ ภายหลังจากผู้เลี้ยงดูได้ใช้โปรแกรมฯในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กพัฒนาการเด็กเป็นอย่างไร การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฯ นี้จึงมีความจำเป็น จะได้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้เลี้ยงดูได้ใช้โปรแกรมฯนี้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สอดคล้องกับความเป็นอยู่ในชุมชน และสร้างเด็กปฐมวัยที่มีคุณภาพ เป็นทรัพยากรบุคคลในการพัฒนาประเทศต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อวิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย

- 1) ศึกษาความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดู
- 2) เปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กก่อนและหลังในกลุ่มทดลองที่ได้ใช้โปรแกรมประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ใช้โปรแกรมประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย

■ กรอบแนวคิดในการวิจัย



■ วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนกรกฎาคม 2566 – มกราคม 2567 กลุ่มตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สูตรการเปรียบเทียบความแตกต่างของสัดส่วนเฉลี่ยของเด็กพัฒนาการสมวัย ในการศึกษานี้มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คำนวณจากค่าสัดส่วนของเด็กพัฒนาการสมวัย เขตสุขภาพที่ 7 ร้อยละ 40.9⁽⁹⁾ และตั้งเป้าหมายว่าหากผู้เลี้ยงดูได้ใช้โปรแกรมฯ อย่างต่อเนื่องจะมีเด็กที่พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 65 ขนาดกลุ่มตัวอย่างต่อกลุ่มที่ใช้ในการวิจัยใช้สูตรของ อรุณ จีรวัดน์กุล และคณะ⁽¹⁰⁾ ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 52 คน ดังนั้น ขนาดตัวอย่างทั้งหมด คือ 104 คน

เกณฑ์การตัดเข้า (Inclusion Criteria)
 การเลือกพื้นที่ในการศึกษา ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 2 แห่ง ในจังหวัดสุรินทร์ (จังหวัดสุรินทร์เพราะเป็นพื้นที่ที่ยังไม่ได้ใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริม

พัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้เลี้ยงดูเด็กปู่ย่า ตายาย และโปรแกรมประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่) ใช้การสุ่มแบบ Simple random sampling 1 แห่งเป็นกลุ่มทดลอง และ 1 แห่งเป็นกลุ่มควบคุม โดยที่ผู้เลี้ยงดูเด็กมีลักษณะทางสังคมและประชากรคล้ายคลึงกัน ร้อยละของเด็กมีพัฒนาการสมวัยใกล้เคียงกัน (ตรวจพัฒนาการครั้งแรกก่อนเริ่มใช้โปรแกรมฯ) และพื้นที่ในการศึกษาเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระยะห่างกัน เด็กปฐมวัยเป็นเด็กสัญชาติไทย อายุตั้งแต่แรกเกิด (อายุน้อยที่สุดที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กรับเข้า) ถึง 6 ปีบริบูรณ์ (ติดตามระยะเวลา 6 เดือน เด็กจะต้องอายุไม่เกิน 6 ปี) ผู้เลี้ยงดูเด็กต้องเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ดำเนินการตามการศึกษาฯ ใช้โปรแกรมประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย สามารถให้ประวัติได้ครบถ้วน และสามารถสื่อสาร เขียนอ่านภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ เด็กปฐมวัยที่อยู่กับครอบครัวที่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต เครือญาติ เด็กที่ไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจพัฒนาการ และย้ายโรงเรียน ป่วยหรือลาในวันตรวจพัฒนาการ ผู้เลี้ยงดูที่ย้ายที่อยู่ หรือไม่ได้เข้าร่วมการศึกษาอย่างต่อเนื่อง และมีเกณฑ์การนำอาสาสมัครออกจากการวิจัย (Withdrawal criteria) คือ เด็กปฐมวัยที่ตรวจพัฒนาการแล้วพบว่า เด็กมีพัฒนาการล่าช้า เพราะต้องส่งต่อเด็กเข้ารับการศึกษา คัดกรอง รักษาและกระตุ้นพัฒนาการที่สถานบริการตามระบบส่งต่อของกระทรวงสาธารณสุข

ต่อไป

● **เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา**

1. แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดูเด็ก

ข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดูเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ความเกี่ยวข้องกับเด็ก อายุของเด็กที่เลี้ยงดู ระยะเวลาที่เลี้ยงดู ลักษณะครอบครัว การอาศัยอยู่ร่วมกับบิดามารดาของเด็ก การได้รับคู่มือ DSPM และการใช้คู่มือ DSPM

2. แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย จำนวน 13 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ตัวเลือก ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด และข้อเสนอแนะหรือข้อคิดเห็นที่มีต่อการพัฒนาโปรแกรมฯ เป็นคำถามแบบปลายเปิด

3. แบบประเมินพัฒนาการเด็ก Development Surveillance and Promotion Manual (DSPM)

พัฒนาการเด็กทุกช่วงวัย (ทั้งช่วงเฝ้าระวังและช่วงคัดกรอง) ตามอายุของเด็ก มี 5 ด้าน คือ ด้านการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา การเข้าใจภาษา การใช้ภาษา และการช่วยเหลือตนเองและสังคม

การแปลผลข้อทดสอบโดยรวม จะแปลผลออกเป็น 2 ระดับคือ

- 1) ปกติ (Normal) เด็กที่ทำการประเมินพัฒนาการเด็ก ผ่านทุกข้อ
- 2) สงสัยล่าช้า (Suspect) เด็ก

ที่ทำการประเมินพัฒนาการเด็ก ไม่ผ่าน 1 ข้อขึ้นไป

4. แบบประเมินพัฒนาการเด็ก Denver Developmental Screening Test (Denver II) การแปลผลข้อทดสอบโดยรวม จะแปลผลออกเป็น 2 ระดับคือ

1) ปกติ (Normal) เด็กที่ทำการประเมินพัฒนาการเด็กโดยไม่มีข้อทดสอบ พบว่าล่าช้า และ/หรือมีข้อทดสอบ พบว่าควรระวัง เพียง 1 ข้อเท่านั้น

2) สงสัยล่าช้า (Suspect) เด็กที่ทำการประเมินพัฒนาการเด็กมีข้อทดสอบ พบว่าควรระวัง ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป และ/หรือมีข้อทดสอบ พบว่าล่าช้า 1 ข้อขึ้นไป

5. โปรแกรมประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย⁽¹¹⁾ ที่พัฒนาจากคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้เลี้ยงดูเด็กปฎิบัติการ⁽⁶⁾ โดยผู้วิจัย

การเข้าใช้โปรแกรมประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย 2 วิธี

1. เข้าเว็บไซต์ผ่านลิงค์ <https://hpci.anamai.moph.go.th/hl/MomChild/MChDefault.aspx>

2. สแกนผ่าน QR CODE



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การประเมินพัฒนาการใช้แบบประเมินพัฒนาการ DSPM และแบบประเมินพัฒนาการ Denver II ฉบับภาษาไทย ที่ได้รับการประเมินและการรับรองที่ใช้ในระดับประเทศ ส่วนโปรแกรมประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเรื่องเด็กปฐมวัย 1 ท่าน นักวิชาการศึกษาผู้เชี่ยวชาญเด็กปฐมวัย 1 ท่าน และอาจารย์มหาวิทยาลัย 1 ท่านเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของเนื้อหาและความชัดเจนของภาษาที่ใช้ในโปรแกรมฯ และแบบประเมินผลโปรแกรมฯ ให้ตรงกับเรื่องที่ต้องการจะวัด หากค่าดัชนีความสอดคล้องด้วยสูตรการหาความเที่ยงตรง (Index of Congruence: IOC) ได้ผลเท่ากับ 0.91 จากนั้นนำโปรแกรมฯ และแบบประเมินผลโปรแกรมฯ ทดลองใช้กับผู้เลี้ยงดูเด็กจำนวน 30 คน แล้วนำมาหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ผลเท่ากับ 0.94

● **การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดูและเด็กปฐมวัยอธิบายด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด มีชยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติการเปรียบเทียบความแตกต่างของร้อยละเด็กปฐมวัยพัฒนาการสมวัย ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยสถิติ (ANCOVA) อธิบายด้วย RR, 95%CI และ p-value

ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง ซึ่งทำการวัดผลซ้ำ 3 ครั้งคือ ก่อนดำเนินการฯ หลังดำเนินการ 3 เดือน และ 6 เดือน (Follow up 2 time) ใช้สถิติ (Generalized Estimating Equation: GEE) และการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ภาคตะวันออกเฉิยงเหนือ กรมอนามัย รหัสโครงการ 069 วันที่ 30 มิถุนายน 2566 – 29 มิถุนายน 2567

■ ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดู

กลุ่มทดลองจำนวน 52 ราย พบว่า ผู้เลี้ยงดูเด็กอายุเฉลี่ย 47.2 ปี อายุน้อยที่สุด 20 ปี อายุมากที่สุด 63 ปี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.5 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.5 ประกอบอาชีพเกษตรกร ทำสวน/ทำนา ร้อยละ 46.2 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 26.9 มีความเกี่ยวข้องกับเด็กเป็นยาย ร้อยละ 46.2 เด็กปฐมวัยอายุเฉลี่ย 37.2 เดือน อายุน้อยที่สุด 12 เดือน อายุมากที่สุด 62 เดือน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.8 เลี้ยงเด็กตั้งแต่เกิด ร้อยละ 88.5 เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 65.4 อยู่กับมารดา ร้อยละ 40.4 ได้รับความรู้ DSPM ร้อยละ 23.1 และได้ใช้คู่มือ DSPM ร้อยละ 9.6

กลุ่มควบคุมจำนวน 52 ราย พบว่า ผู้เลี้ยงดูเด็กอายุเฉลี่ย 46.5 ปี อายุน้อยที่สุด 22 ปี อายุมากที่สุด 64 ปี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.3 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.8 ประกอบ

อาชีพเกษตรกร ทำสวน/ทำนา ร้อยละ 42.3 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 25.0 มีความเกี่ยวข้องกับเด็กเป็นยาย ร้อยละ 46.2 เด็กปฐมวัยอายุเฉลี่ย 36.5 เดือน อายุน้อยที่สุด 10 เดือน อายุมากที่สุด 60 เดือน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.8 เลี้ยงดูเด็กตั้งแต่เกิด ร้อยละ 90.4 เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 78.8 อยู่กับมารดา ร้อยละ 44.2 ได้รับความรู้ DSPM ร้อยละ 26.9 และได้ใช้คู่มือ DSPM ร้อยละ 13.5

ความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ความพึงพอใจในโปรแกรมฯ พบว่า ผู้เลี้ยงดูที่ใช้โปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจโปรแกรมในภาพรวม คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 4.67 (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้เลี้ยงดูมีความพึงพอใจเรื่องสามารถใช้โปรแกรมประเมินพัฒนาการเด็กได้อย่างต่อเนื่องตามช่วงอายุมากที่สุด คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 4.96 รองลงมาคือ เรื่องประโยชน์จากการใช้งานโปรแกรมโปรแกรมใช้งานง่ายไม่ซับซ้อน การลำดับขั้นตอนของเนื้อหาในโปรแกรมเหมาะสม และการประเมินพัฒนาการเด็กตามช่วงอายุเข้าใจได้ง่าย โดยมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 4.83, 4.83, 4.81 และ 4.79 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ข้อเสนอแนะและความคิดเห็นที่มีต่อโปรแกรมฯ

สิ่งที่ชื่นชอบในโปรแกรมฯ คือ ภาพและคำที่ใช้ในโปรแกรมฯ เข้าใจง่าย คำแนะนำอายุและสามารถเลือกช่วงประเมินพัฒนาการเด็กให้ผู้เลี้ยงดูได้ โปรแกรมฯ มีทางเลือกใช้ 2 ทางเลือกคือแบบไม่บันทึกข้อมูลและแบบบันทึกข้อมูลซึ่งให้

ตารางที่ 1 ระดับความพึงพอใจในโปรแกรมภาพรวมและรายข้อ (n = 52)

ความพึงพอใจ	Mean	SD.	ระดับความพึงพอใจ										
			น้อยที่สุด		น้อย		ปานกลาง		มาก		มากที่สุด		
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
ความพึงพอใจโปรแกรมภาพรวม	4.67	0.38											
1. ความน่าสนใจของโปรแกรม	4.37	0.53	0	0	0	0	1	1.9	31	59.6	20	38.5	
2. โปรแกรมสามารถทำงานได้รวดเร็วตามความต้องการ	4.40	0.80	0	0	0	0	10	19.2	11	21.2	31	59.6	
3. รูปภาพมีความชัดเจนเหมาะสมกับหน้าจอ และเข้าใจได้ง่าย	4.52	0.50	0	0	0	0	0	0	25	48.1	27	51.9	
4. เนื้อหาเหมาะสมและเป็นปัจจุบัน	4.60	0.50	0	0	0	0	0	0	21	40.4	31	59.6	
5. การลำดับขั้นตอนของเนื้อหาในโปรแกรมเหมาะสม	4.81	0.40	0	0	0	0	0	0	10	19.2	42	80.8	
6. เนื้อหาตรงกับความต้องการของผู้ใช้	4.60	0.50	0	0	0	0	0	0	21	40.4	31	59.6	
7. โปรแกรมสามารถนำไปใช้ได้จริงในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย	4.77	0.43	0	0	0	0	0	0	12	23.1	40	76.9	
8. การประเมินพัฒนาการเด็กตามช่วงอายุเข้าใจได้ง่าย	4.79	0.41	0	0	0	0	0	0	11	21.2	41	78.8	
9. สามารถใช้โปรแกรมประเมินพัฒนาการเด็กได้อย่างต่อเนื่อง ตามช่วงอายุ	4.96	0.19	0	0	0	0	0	0	2	3.9	50	96.1	
10. เมื่อพบว่าบางข้อเด็กทำไม่ได้ สามารถกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ตามคำแนะนำที่มีในโปรแกรม	4.46	0.64	0	0	0	0	4	7.7	20	38.5	28	53.8	
11. ประโยชน์จากการใช้งานโปรแกรม	4.83	0.38	0	0	0	0	0	0	9	17.3	43	82.7	
12. โปรแกรมใช้งานง่าย ไม่ซับซ้อน	4.83	0.38	0	0	0	0	0	0	9	17.3	43	82.7	
13. มีการจัดการความปลอดภัยหรือกำหนดสิทธิในการเข้าถึงข้อมูล	4.75	0.40	0	0	0	0	0	0	10	19.2	42	80.7	

อิสระตามความสมัครใจของผู้เลี้ยงดูในการเลือกใช้ โปรแกรมสามารถติดตามพัฒนาการได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาโปรแกรมฯ คือ การเข้าใช้โปรแกรมฯ ต้องใช้ผ่านสัญญาณอินเทอร์เน็ต สัญญาณอินเทอร์เน็ตในชุมชนไม่ค่อยดีส่งผลต่อการใช้งานโปรแกรมฯ และใน

ผู้เลี้ยงดูสูงอายุจะใช้โปรแกรมฯ ได้ยากเพราะไม่มีโทรศัพท์และต้องการคนช่วยสอนช่วยใช้โปรแกรมฯ

พัฒนาการเด็กปฐมวัยประเมินด้วยเครื่องมือ DSPM

ระยะก่อนทดลอง ก่อนใช้โปรแกรมฯ จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมี

ตารางที่ 2 ร้อยละเด็กพัฒนาการสมวัย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามระยะเวลาการทดลอง

ปัจจัย	ระยะเวลาการทดลอง	กลุ่มทดลอง n = 52		กลุ่มควบคุม n = 52		RR	95%CI	P-value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
พัฒนาการสมวัย (DSPM)	ก่อนทดลอง	20	38.5	22	42.3			
	3 เดือน	39	75.0	26	50.0	1.9	1.24-3.23	0.021
	6 เดือน	49	94.2	30	57.7	3.6	1.46-5.19	<0.001
	overall					3.4	1.44-5.02	0.008
พัฒนาการสมวัย (Denver II)	ก่อนทดลอง	26	50.0	28	53.8			
	3 เดือน	41	78.8	32	61.5	2.0	1.24-4.38	0.034
	6 เดือน	50	96.2	35	67.3	4.2	1.48-7.28	0.009
	overall					4.0	1.26-7.14	0.003

พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 38.5 กลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 42.3 การทดลอง 3 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 75.0 กลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 50.0 ซึ่งกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมฯ มีโอกาสที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ใช้โปรแกรมฯ 1.9 เท่า (95%CI: 1.24-3.23) p-value 0.021 การทดลอง 6 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 94.2 ส่วนกลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 57.7 ซึ่งกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมฯ มีโอกาสที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ใช้โปรแกรมฯ 3.6 เท่า (95%CI: 1.46-5.19) p-value <0.001

สรุปภาพรวมหลังการได้ใช้โปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมฯ เด็กปฐมวัยมี

พัฒนาการสมวัยประเมินด้วยเครื่องมือ DSPM มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ใช้โปรแกรมฯ 3.4 เท่า (95%CI: 1.44-5.02) p-value 0.008

พัฒนาการเด็กปฐมวัยประเมินด้วยเครื่องมือ Denver II

ระยะก่อนทดลอง ก่อนใช้โปรแกรมฯ จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 50.0 กลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 53.8 การทดลอง 3 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 78.8 กลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 61.5 ซึ่งกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมฯ มีโอกาสที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ใช้โปรแกรมฯ 2.0 เท่า (95%CI: 1.24-4.38) p-value 0.034 การทดลอง 6 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 96.2

ส่วนกลุ่มควบคุมเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 67.3 ซึ่งกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมฯ มีโอกาสที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยมากกว่า กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ใช้โปรแกรมฯ 4.2 เท่า (95%CI: 1.48-7.28) p-value 0.009

สรุปภาพรวมหลังการใช้โปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมฯ เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยประเมินด้วยเครื่องมือ Denver II มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ใช้โปรแกรมฯ 4.0 เท่า (95%CI: 1.26-7.14) p-value 0.003

■ อภิปรายผล

การประเมินผลโปรแกรมประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้เลี้ยงดูเด็กในครั้งนี้ พบว่า เด็กปฐมวัยกลุ่มทดลองที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่ใช้โปรแกรมฯ มีพัฒนาการสมวัยมากกว่ากลุ่มควบคุมคือ เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่ไม่ได้ใช้โปรแกรมฯ เนื่องจากโปรแกรมนี้พัฒนาต่อยอดจากคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้เลี้ยงดูปู่ย่าตายาย⁽⁶⁾ และพบจุดด้อยของคู่มือฯ ว่า ผู้เลี้ยงดูไม่สามารถคำนวณอายุของเด็กและเลือกช่วงอายุประเมินพัฒนาการตามอายุของเด็กได้อย่างถูกต้อง ในการพัฒนาโปรแกรมประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระยะแรก ผู้วิจัยได้พัฒนาให้มีการคำนวณอายุเด็กแต่ไม่มีการเลือกช่วงประเมินให้ทำให้ผู้เลี้ยงดูเด็กเลือกช่วงอายุประเมินพัฒนาการไม่ถูกต้อง เช่นช่วงอายุ 31 - 36 เดือน (2 ปี 7 เดือน - 3 ปี) หากคำนวณอายุเด็กได้ 3 ปี 20 วัน ผู้เลี้ยงดูจะเลือกช่วงประเมินในคู่มือ DSPM⁽⁵⁾ เป็นช่วง 37 - 41 เดือน (3 ปี 1 เดือน - 3 ปี

5 เดือน ซึ่งไม่ถูกต้อง หากเด็กอายุ 3 ปี 20 วัน จะต้องประเมินตามอายุจริงของเด็ก ณ วันที่ประเมินพัฒนาการ ช่วงอายุที่ต้องเลือกประเมินพัฒนาการที่ถูกต้องคือช่วงอายุ 31 - 36 เดือน (2 ปี 7 เดือน - 3 ปี) เพราะอายุ 36 เดือน หมายถึง อายุตั้งแต่ 36 เดือน จนถึง 36 เดือน 29 วัน เมื่อผู้วิจัยได้ทดลองใช้และพบปัญหาดังกล่าวจึงได้พัฒนาโปรแกรมฯ ให้สามารถคำนวณอายุและเลือกช่วงประเมินพัฒนาการของเด็กให้ผู้เลี้ยงดู ผลการประเมินพัฒนาการจะมีความถูกต้องตรงกับอายุของเด็ก การรายงานผลในโปรแกรมฯ จะใช้การสื่อสารเชิงบวก เมื่อประเมินพัฒนาการเด็กแล้วเด็กทำได้ทุกข้อคือพัฒนาการสมวัย โปรแกรมจะแจ้งผลว่า เยี่ยมมาก พัฒนาการของลูกหลานท่านสมวัย แนะนำให้ผู้เลี้ยงดู ฝึกพัฒนาการอายุต่อไป ในกรณีที่ประเมินแล้วเด็กไม่ผ่านหรือทำไม่ได้ การรายงานผลในโปรแกรมฯ จะแจ้งผลว่าพัฒนาการเด็ก ด้านที่เด็กทำไม่ได้คือข้อไหนและแนะนำให้ผู้เลี้ยงดูฝึกเด็กบ่อยๆ เพื่อให้เด็กสามารถทำได้ มีวิธีฝึกทักษะ และมีวิดีโอให้ผู้เลี้ยงดูนำไปฝึกเด็ก ไม่ได้ใช้คำว่าพัฒนาการสงสัยล่าช้าหรือไม่สมวัย ทำให้ผู้เลี้ยงดูมีความชื่นชอบในตัวโปรแกรมฯ และอยากใช้อย่างต่อเนื่อง ภาพที่คณะผู้วิจัยพบเมื่อถึงวันตรวจพัฒนาการเด็กในแต่ละครั้งจะเห็นภาพผู้เลี้ยงดูเด็กทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการประเมินพัฒนาการเบื้องต้นมาก่อน เป็นสิ่งที่สะท้อนในแง่ดีว่า ผู้เลี้ยงดูมีความตระหนักและให้ความสำคัญกับพัฒนาการเด็กที่ตนเลี้ยงดูมากขึ้น ส่วนผลของพัฒนาการเด็กที่ต่างกันก็ขึ้นกับ การนำใช้ การเข้าถึงของคู่มือฯ โปรแกรมฯ และความสนใจ

การฝึก สอน และเล่นกับเด็กบ่อยๆ ซึ่งถือเป็นสิ่ง
ที่ทำให้ผู้เลี้ยงดูหรือครอบครัวได้ใช้เวลาคุณภาพ
กับเด็กมากขึ้นส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัย

ความพึงพอใจในโปรแกรมประเมิน
พัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่า ผู้เลี้ยงดูมีความพึง
พอใจโปรแกรมฯ ในภาพรวม คะแนนความพึง
พอใจเฉลี่ย 4.67 (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) โดย
ผู้เลี้ยงดูมีความพึงพอใจเรื่องสามารถใช้โปรแกรม
ประเมินพัฒนาการเด็กได้อย่างต่อเนื่องตามช่วง
อายุมากที่สุด รองลงมาคือเรื่องประโยชน์จากการ
ใช้งานโปรแกรม โปรแกรมใช้งานง่ายไม่ซับซ้อน
การลำดับขั้นตอนของเนื้อหาในโปรแกรม
เหมาะสม และการประเมินพัฒนาการเด็กตามช่วง
อายุเข้าใจได้ง่าย ซึ่งความพึงพอใจจากผู้เลี้ยงดูที่
ใช้โปรแกรมฯนี้ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ผู้วิจัย
ได้พัฒนาโปรแกรมนี้ขึ้น สิ่งที่ขึ้นชอบใน
โปรแกรมฯ คือ ภาพและคำที่ใช้ในโปรแกรมฯ
เข้าใจง่าย คำนวนอายุและสามารถเลือกช่วง
ประเมินพัฒนาการเด็กให้ผู้เลี้ยงดูได้ สอดคล้อง
กับความพึงพอใจในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและ
ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้เลี้ยงดูเด็ก
ป่วยตายาย⁽⁶⁾ ผู้เลี้ยงดูชอบภาพและคำที่ใช้ใน
คู่มือฯ เข้าใจง่าย ส่วนข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา
โปรแกรมฯคือ การเข้าใช้โปรแกรมฯ ต้องใช้ผ่าน
สัญญาณอินเทอร์เน็ต สัญญาณอินเทอร์เน็ตใน
ชุมชนไม่ค่อยดีส่งผลต่อการใช้งานโปรแกรมฯ และ
ในผู้เลี้ยงดูสูงอายุจะใช้โปรแกรมฯ ได้ยากเพราะ
ไม่มีโทรศัพท์และต้องการคนช่วยสอนช่วยใช้
โปรแกรมฯ สอดคล้องกับการศึกษาของ
พนม คลีฉายา⁽¹²⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีอุปสรรคใน
การใช้เทคโนโลยีเรื่องปัญหาด้านสายตา การ

หลงลืม ความกังวลเรื่องความเสี่ยงและอันตราย
จากการใช้งาน ต้องการการสนับสนุนด้านการ
เข้าถึงบริการอินเทอร์เน็ตความเร็วสูง ต้องการ
เรียนรู้การใช้เทคโนโลยีในชีวิตประจำวันด้วยการ
เรียนรู้ด้วยตนเองและการสอนจากบุตรหลาน

โปรแกรมประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย
มีประสิทธิภาพให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัยมากขึ้น
ยกเว้นพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตัวเองและ
สังคม เป็นด้านที่เด็กกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
มีพัฒนาการสมวัยไม่แตกต่างกันตั้งแต่ก่อนการใช้
โปรแกรมฯ ติดตาม 3 เดือนและ 6 เดือน เด็กมี
พัฒนาการที่สมวัยใกล้เคียงกัน โดยด้านการช่วย
เหลือตัวเองและสังคมคือ การทำกิจวัตรประจำวัน
เช่น การกินอาหารด้วยตัวเอง ถอดและใส่เสื้อผ้า
แต่งตัว ฝึกขับถ่าย อาบน้ำ แปรงฟัน การเล่น
สิ่งของตามการใช้งาน เรื่องการอยู่ในสังคม เช่น
เลียนแบบท่าทาง การรอคิว การเข้าใจและทำตาม
กฎ แสดงความเห็นอกเห็นใจเมื่อเห็นเพื่อนเจ็บ
หรือไม่สบาย การทำงานที่ได้รับมอบหมายสำเร็จ
ด้วยตนเอง ด้านนี้เป็นด้านที่เด็กจะมีพัฒนาการที่
สมวัยมากกว่าด้านอื่นๆ เพราะจะได้รับการฝึกและ
ต้องทำในแต่ละวันทั้งที่บ้านและศูนย์เด็กเล็ก
สอดคล้องกับการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยของ
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี 2563⁽⁹⁾ และ
สอดคล้องกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพ
ที่ 7 ปี 2564⁽²⁾ ที่พบว่า พัฒนาการด้านการ
ช่วยเหลือตัวเองและสังคมเป็นด้านที่เด็กปฐมวัย
สมวัยมากที่สุด จากผลการวิจัยนี้พบว่า เมื่อผู้
เลี้ยงดูได้ฝึก สอน และเล่นกับเด็กตามพัฒนาการ
ที่ตรงช่วงวัยของเด็ก กลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมฯ
เด็กมีพัฒนาการสมวัยด้านภาษามากกว่ากลุ่ม

ควบคุมที่ไม่ได้ใช้โปรแกรมฯ ถึง 4.9 เท่า โปรแกรมนี้ น่าจะเป็นประโยชน์และเป็นทางเลือกที่ให้ผู้เลี้ยงดูเด็กได้ใช้ในการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัยมากขึ้นได้

ผลการทดลองประสิทธิผลของโปรแกรมนี้พบว่า โปรแกรมฯ มีประสิทธิผล ใช้นแล้วส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัย ที่พบผลเช่นนี้อาจเพราะว่าผู้เลี้ยงดูได้ใช้โปรแกรมในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เมื่อผู้เลี้ยงดูเห็นความสำคัญเรื่องพัฒนาการเด็ก จะเล่นกับเด็กอย่างสอดคล้องกับพัฒนาการตามวัยของเด็ก ทำให้เด็กได้รับการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง พัฒนาการเด็กจึงสมวัย เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาเรื่องการพัฒนาโปรแกรมที่ใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กมาก่อน ส่วนใหญ่ก็จะใช้คู่มือ DSPM การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมโดยการติดตามพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่องทั้งก่อนใช้ ติดตาม 3 เดือน และ 6 เดือนด้วยการใช้เครื่องมือ 2 เครื่องมือคือ DSPM และ Denver II มีการศึกษาไม่มากนัก ผลการวิจัยนี้มีความใกล้เคียงกับการศึกษาของ ทศนีย์ รอดชมพู และคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่า ผลการใช้โปรแกรมการเล่นของเด็กอายุ 3-5 ปี ในกลุ่มทดลองมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าก่อนดำเนินการ โดยก่อนดำเนินการมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 64.8 หลังดำเนินการมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 80.1

■ สรุป

โปรแกรมประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยมีประสิทธิผลที่ดี ผู้ใช้โปรแกรมฯ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในโปรแกรมฯ ใช้นแล้วส่งผลให้เด็กมี

พัฒนาการที่สมวัย โปรแกรมฯ สามารถคำนวณอายุและเลือกช่วงประเมินพัฒนาการของเด็กให้ผู้เลี้ยงดู ผลการประเมินพัฒนาการมีความถูกต้องตรงกับอายุของเด็ก การรายงานผลในโปรแกรมฯ ใช้การสื่อสารเชิงบวก ทำให้ผู้เลี้ยงดูอยากใช้โปรแกรมฯ ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่ใช้โปรแกรมฯ มีพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่ไม่ได้ใช้โปรแกรมฯ หากผู้เลี้ยงดูเด็กเห็นประโยชน์และให้ความสำคัญเรื่องพัฒนาการของเด็ก ก็จะเกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โปรแกรมประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยนี้จึงเป็นทางเลือกให้ผู้เลี้ยงดูเด็กได้ใช้ในการส่งเสริมและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็ก และแก้ไขปัญหาที่จนได้ผลที่ดีกับเด็กปฐมวัย เพื่อเป็นการแก้ไขและป้องกันปัญหาในระยะยาวที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

■ ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ส่งเสริมสนับสนุนการนำโปรแกรมประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ให้มีการใช้แพร่หลาย เนื่องจากความสะดวกในการใช้คำนวณอายุเด็กและเลือกช่วงประเมินพัฒนาการตามอายุเด็กให้ภาพมีความชัดเจนและเข้าใจง่าย นำไปใช้ได้จริงและใช้แล้วส่งผลต่อพัฒนาการสมวัยของเด็ก

2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ควรพัฒนาหรือปรับปรุงคู่มือ DSPM และ DAIM ให้นำมาใช้ ควรปรับปรุงทั้งรูปแบบและการนำคู่มือไปใช้ให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และผู้ใช้ เพื่อให้ผู้เลี้ยงดูเด็กได้ใช้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริม

พัฒนาการเด็กได้อย่างแท้จริง

3. บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบหน้าที่การประเมินพัฒนาการเด็ก ควรให้ความสำคัญกับการค้นหาข้อมูลผลการตรวจพัฒนาการของเด็กให้ผู้เลี้ยงดูได้ทราบด้วยวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม เด็กที่ไม่ผ่าน การสื่อสารเป็นสิ่งที่สำคัญ ต้องหลีกเลี่ยงคำว่า ช้ากว่าวัย ไม่สมวัย ควรชื่นชมข้อที่เด็กทำผ่านก่อนแล้วค่อยแจ้งผู้เลี้ยงดู ข้อที่เด็กทำไม่ผ่าน ให้ผู้เลี้ยงดูไปฝึกเล่นกับเด็กและติดตามพัฒนาการข้อนั้นภายใน 30 วัน หากผู้เลี้ยงดูเด็กเห็นประโยชน์ของการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ก็จะเกิดการเรียนรู้และปรับพฤติกรรมในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

4. โปรแกรมนี้ต้องใช้ผ่านเครื่องมือที่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ต การสนับสนุนให้มีสัญญาณอินเทอร์เน็ตในชุมชน เป็นสัญญาณสาธารณะให้

ทุกคนเข้าถึงได้ง่าย ให้ผู้เลี้ยงดูใช้เทคโนโลยีได้อย่างสะดวก ได้ใช้โปรแกรมฯ นี้เป็นทางเลือกหนึ่ง ที่ช่วยให้ผู้เลี้ยงดูเด็กได้ใช้ในการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัยมากขึ้นได้

■ กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับความร่วมมือในการดำเนินการและนัดหมายกลุ่มตัวอย่างจากผู้บริหารและคุณครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในจังหวัดสุรินทร์ ขอขอบคุณสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ที่อนุญาตให้ใช้วิดีโอในคู่มือ DSPM มาใส่ในโปรแกรมฯ นี้ และขอขอบคุณผู้เลี้ยงดูเด็ก และเด็กปฐมวัยทุกคนที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เป็นกลุ่มตัวอย่างและให้ความร่วมมือในการดำเนินการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. โครงการสำรวจสถานการณ์พัฒนาการและพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครอบครัวไทย ปี 2560. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
2. สุพิตรา บุญเจียม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2565;14(1):40-60.
3. Kozuki N, Katz J, LeClerq SC, Khatry SK, West KP Jr, Christian P. The associations of parity and maternal age with small-for gestational-age, preterm and neonatal and infant mortality: a meta-analysis. BMC Public Health 2013;13(3):119-28.
4. กรมอนามัย สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ. รายงานผลการขับเคลื่อนตัวชี้วัด 1.7 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 24 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://nich.anamai.moph.go.th/th/kpi65/download?id=96326&mid=36391&mkey=document&lang=th&did=29695>.
5. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM). เชียงใหม่: สยามพิมพ์นานาชาติ; 2558.
6. สุพิตรา บุญเจียม, ธิโสภิญ ทองไทย และปิยะ บุรีโส. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้เลี้ยงดูเด็กปู่ ย่า ตา ยาย. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2564;44(2):97-112.

7. สุพัตรา บุญเจียม, ชีโสภัญ ทองไทย และนิตยา ศรีमानนท์. ประสิทธิผลของคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้เลี้ยงดูเด็ก ปู่ ย่า ตา ยาย. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2565;45(4): 63-80.
8. ศูนย์อนามัยที่ 7 กรมอนามัย. โปรแกรมประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 24 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://hpci.anamai.moph.go.th/hl/MomChild/MChDefault.aspx>.
9. กรมอนามัย. การประเมินผลโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558 ปี 2563. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
10. อรุณ จีรวัดน์กุล. ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: คลังน่านวิทยา; 2555.
11. สุพัตรา บุญเจียม, สุกัญท์ เจียรวาปี และชาติรี เมฆาราชธิป. โปรแกรมประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2566;15(2):1-13.
12. พนม คลี่ฉายา. การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของผู้สูงอายุและข้อเสนอเพื่อการเสริมสร้างภาวะพลัดพลังของผู้สูงอายุไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://thainhf.org/wp-content/uploads/2020/11/finalreport_Dr.Phom_.pdf.
13. ทศนีย์ รอดชมภู, วันเพ็ญ ศิวารมย์ และกาญจนา เหลืองอุบล. การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3-5 ปี ผ่านโปรแกรมการเล่นตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียงและภูมิปัญญาท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 7 และ 8. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2560;26(5):865-74.

HEALTH

**ขอเชิญองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
สมัครเข้ารับการประเมินพัฒนาคุณภาพ
ระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมของ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA)
ประจำปีงบประมาณ 2567**

สามารถสมัครเข้ารับการประเมินได้ที่



**โดยสามารถขอ Username และ Password
ได้ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือศูนย์อนามัย**

สมัครได้ตั้งแต่วันที่ – 30 เมษายน 2567

***** สำหรับ อปท. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ระดับเกียรติบัตร
จะได้รับหนังสือรับรองจากกรมอนามัย และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น *****

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ 02 590 4390

ขั้นตอนการสมัครเข้ารับการประเมิน EHA



1

เข้าสู่เว็บไซต์ <https://ehasmart.anamai.moph.go.th/>
เลือกคลิก “เข้าสู่ระบบการประเมิน”



2

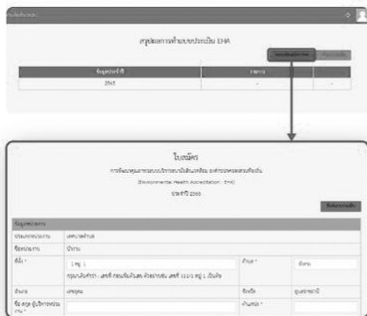
กรอก ชื่อลือคอคิน
และ รหัสผ่าน
จากนั้นคลิกลือคอคิน
เพื่อเข้าสู่ระบบ



*** สำหรับ อปท. ที่ยังไม่ใช้ ชื่อลือคอคิน และ รหัสผ่าน สามารถติดต่อได้ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือศูนย์อนามัยที่รับผิดชอบในพื้นที่หรือโทรสอบถามได้ที่ 02 590 4390, 4389

3

คลิก
“ลงทะเบียนสมัคร EHA”
จากนั้นกรอกข้อมูลหน่วยงาน
และรายละเอียดต่างๆ



4

คลิกเลือกประเด็นงาน
ที่สนใจเข้ารับ
การประเมินรับรอง



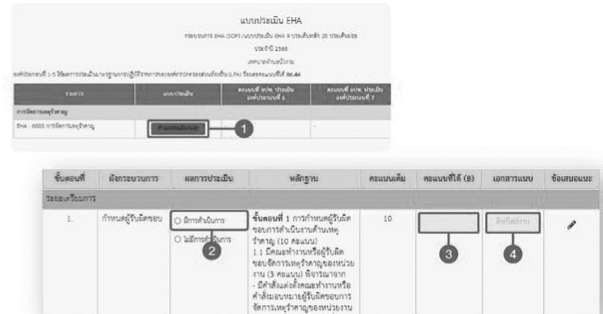
5

คลิก ✓ ในช่องได้รับความเห็นชอบจากผู้บริหารฯ
จากนั้นคลิก “บันทึกข้อมูล” และคลิก “ทำแบบประเมิน”



6

คลิก “ทำแบบประเมินตนเอง” ระบบจะเข้าสู่หน้าการประเมินตนเอง
คลิกที่ช่อง “มีการดำเนินการ” จากนั้นกรอกคะแนนที่ได้
พร้อมทั้งแนบลิงก์เอกสาร/หลักฐานที่ใช้ในการประเมิน



7

เมื่อกรอกคะแนนและแนบลิงก์เอกสาร/หลักฐานเสร็จ
ให้คลิก “บันทึกข้อมูล” ทุกครั้งเพื่อเป็นการบันทึกข้อมูลในระบบ
และหากตรวจสอบความถูกต้องเรียบร้อยแล้ว ให้คลิก “ยืนยันข้อมูล”
เพื่อแจ้งการสมัครประเมินรับรองไปยังสสอ./สสจ. ต่อไป



8

เมื่อ สสจ./ศูนย์อนามัย ประเมินรับรองเรียบร้อยแล้ว
จะมีการแจ้งเตือนในระบบ อปท. สามารถดาวน์โหลด
ใบรับรองได้ โดยคลิก “พิมพ์หนังสือรับรอง”



*** หากสสอ./สสจ. ตรวจสอบข้อมูลแล้ว ต้องการให้ส่งเอกสารหลักฐานเพิ่มเติม
จะมีการแจ้งกลับมายังระบบ EHA Smart Web ของท่าน***

***อปท. สามารถศึกษารายละเอียดการใช้งานระบบเพิ่มเติมได้ที่



วัยทอง

กับการดูแลสุขภาพสตรี (ช่วงอายุ 45 - 55 ปี)

3 สัญญาณ บ่งบอกอาการวัยทอง



มีอาการร้อนวูบวาบ
อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย



ช่องคลอดแห้ง ผิวแห้ง ปัสสาวะบ่อย
นอนไม่หลับ ความต้องการและความรู้สึก
ทางเพศลดลง



โรคที่เกิดจากความเสื่อมถอยของร่างกาย
ตามอายุ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด
ภาวะอ้วนลงพุง ความดันโลหิตสูง
ไขมันในเลือดสูง ภาวะดื้อต่ออินซูลิน
และโรคระบบกล้ามเนื้อ และกระดูก

การดูแลสุขภาพ



กินให้ครบ 5 หมู่ เน้นกินอาหาร
ที่มีแคลเซียมสูง



นอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง
ช่วยเพิ่มความจำ ทำให้มีสุขภาพดี



งดเครื่องดื่ม ที่มีแอลกอฮอล์
และงดสูบบุหรี่



ลดอาหารประเภทแป้ง
ลดอาหาร หวาน มัน เค็ม
และอาหารที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน



ออกกำลังกาย เสริมสร้างมวลกล้ามเนื้อ
ให้ร่างกายได้รับแสงแดด เพื่อช่วยสร้างวิตามินดี
จะช่วยให้การดูดซึมแคลเซียม



รู้จักผ่อนคลาย ทำจิตใจให้แจ่มใส



เพราะเราไม่ได้ดื่มน้ำ

อาหารที่ไม่ควรกินคู่กัน



น้ำผึ้ง ไม่ควรคู่กับ น้ำร้อน

น้ำผึ้ง ไม่ควรนำมาชงพร้อม กับ น้ำร้อน เพราะ ความร้อน จะเข้าไปทำลายเอนไซม์และ วิตามินที่อยู่ในน้ำผึ้ง



ทุเรียน ไม่ควรคู่กับ แอลกอฮอล์

ทุเรียนมีกำมะถันสูง แอลกอฮอล์จะทำให้ สารนี้จะเข้าสู่กระแสเลือดเร็วจึงอาจได้ พิษจากสารแอลดีไฮด์เพิ่มขึ้น เกิดอาการ หน้าแดง ชา วิงเวียนและอาเจียน หรือ เป็นอันตรายถึงชีวิตได้



ทุเรียน ไม่ควรคู่กับ ลำไย

ทั้งทุเรียนและลำไยเป็นผลไม้ ที่น้ำตาลและพลังงานสูง หากกินคู่กันจะทำให้ระดับน้ำตาล ให้เลือดเพิ่มขึ้นรวดเร็ว



ผัก หรืออาหารที่มีเส้นใย (ไฟเบอร์) สูง ไม่ควรคู่กับ นม

เพราะใยอาหารจะขัดขวาง การดูดซึมแร่ธาตุ แนน้า ควรกินนมให้ห่าง จากมืออาหาร



ชา ไม่ควรคู่กับ ยา

ยาควรกินกับน้ำเปล่า จะดีที่สุด น้ำชนิดอื่น อาจทำให้ประสิทธิภาพ การดูดซึมยาลดลง

แนะนำ

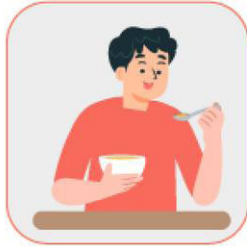
อาหารบางชนิดไม่เหมาะที่จะรับประทานด้วยกัน เนื่องจากมีส่วนประกอบและคุณสมบัติที่แตกต่าง ซึ่งเมื่อรวมกันแล้วอาจกลายเป็นอุปสรรคต่อระบบการย่อย และดูดซึม หรือส่งผลกระทบต่อร่างกายได้



ผักนึ่ส่ยใหม่ “ไม่ติดเค้ม”



**ผักนึ่ส่ย ไม่กินเค้ม
ให้ลुकน้อย**



**ซ้มก่อนปรุง
ทุกครั้ง**



ลดการปรุงรส



**ลดความถี่ในการกิน
อาหารที่มีน้ำจ้ม**



**ใช้เครื่องเทศ สมุนไพรรวม
แทนเครื่องปรุงรส**



**เลือกกินผักผลไม้สด
แทนผักผลไม้แปรรูป**



**อ่านฉลากทุกครั้ง
ก่อนซ้ือ**





กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

อยากจะ “วิ่ง” (ยิ่ง) ต้องรู้

ฉบับมือใหม่เริ่มวิ่ง

อบอุ่นร่างกายก่อนเริ่มวิ่ง

วอร์มอัพด้วยการเดินเร็ว หรือจ็อกกิ้งเบาๆ 5-10 นาที ตามด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อแบบเคลื่อนไหวให้ครบทุกส่วนของร่างกาย

เมื่อเริ่มออกตัววิ่ง

ควรเริ่มวิ่งช้าๆ ในช่วงแรก ถ้าเหนื่อยให้ผ่อนความเร็วลง

ก่อนหยุดวิ่ง

ให้ชะลอความเร็ว ความหนักลงทีละน้อย อย่าหยุดกะทันหัน เพราะจะทำให้เลือดมาเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ จะเกิดอาการวิงเวียนหน้ามืด หรือหมดสติหลังจากนั้นจึงคลายอุ่นหรือคูลดาวน์ (Cool down) และยืดเหยียดกล้ามเนื้อ

กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ
กองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ
พฤศจิกายน 2566

สายด่วนกรมอนามัย

1 4 7 8

กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

ติดตามสาระความรู้สุขภาพ ได้ที่
AnamaiMedia
สื่อมวลชนเดียวกรมอนามัย





กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH



ขอเชิญ ส่งผลงาน วิชาการ เข้าร่วมนำเสนอ

ในงานวิชาการส่งเสริมสุขภาพ
และอนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ครั้งที่ 17 พ.ศ.2567

HARMONY HEALTH : A JOURNEY TO WELL-BEING

สมดุลสุขภาพ และเส้นทางสุขภาพที่ดี

เปิดรับสมัคร
ตั้งแต่บัดนี้
-
20 มีนาคม
2567

ประเภทผลงานและรูปแบบการนำเสนอ

1. ผลงานวิจัยและพัฒนา (Research & Development) นำเสนอด้วยวาจา (Oral Presentation) ภาคภาษาไทย

- ด้านส่งเสริมสุขภาพ
- ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

ภาคภาษาอังกฤษ

- ด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

นำเสนอด้วยบอร์ดวิชาการ (Poster Presentation)

- ด้านส่งเสริมสุขภาพ
- ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

2. ผลงานนวัตกรรม สิ่งประดิษฐ์ (Innovation)/Best Practice

นำเสนอด้วยวาจา (Oral Presentation)

- ด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม



ศึกษารายละเอียดเพิ่มเติม และกรอกใบสมัครได้ที่



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