



กรมอนามัย
ส่งเสริมเมืองสุขภาพดี

วันคล้ายวันสถาปนา “72 ปี กรมอนามัย ส่งเสริมเมืองสุขภาพดี” 12 มีนาคม 2567





กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

5วิธี รักชมน้ำ รักชมนโลก

เพราะน้ำ สำคัญกับชีวิต



1

ใช้น้ำอย่างรู้คุณค่า
น้ำประปาไม่เปิดน้ำทิ้ง



2

สำรวจ และซ่อมแซม
ระบบประปา
ภายในบ้านไม่รั่วซึม



3

ไม่ทิ้งของเสีย
ลงสู่แหล่งน้ำ



4

หมั่นดูแลเครื่องกรองน้ำ
และภาชนะกักเก็บน้ำ
ให้สะอาด



5

บำบัดน้ำเสียก่อนระบายลงแหล่งน้ำ
และนำน้ำที่ใช้แล้วในครัวเรือนใช้ประโยชน์ทางอื่น เช่น รดน้ำต้นไม้

ช่วยกันใช้อย่างประหยัด และใช้น้ำอย่างรู้คุณค่า เพื่อเราจะได้มีน้ำใช้ โดยไม่ขาดแคลน

ข้อมูลความรู้โดย : สำนักงานสุขภาพนานาชาติและน้ำ
ออกแบบผลิตสื่อโดย : กองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ
จัดทำเมื่อ มีนาคม 2566

สายด่วนกรมอนามัย

1 4 7 8

กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

ติดตามสาระความรู้สุขภาพ ได้ที่
AnamaiMedia
สื่อมวลชนเดียวกรมอนามัย



หน้าร้อน ต้องระวัง

4 โรคฮิตของเด็ก

โรคจากร่าง และอาหารเป็นพิษ

การป้องกัน : เลือกกินอาหารที่ปรุงสุกใหม่ เครื่องดื่มสะอาด และดูแลสุขอนามัยอื่นๆ เช่น ล้างมือบ่อยๆ โดยเฉพาะก่อนกินอาหาร และหลังจากเข้าห้องน้ำทุกครั้ง รวมถึงดูแลของใช้ให้สะอาดอยู่เสมอ

โรคลมแดด หรือโรคฮีทสโตรก (Heat Stroke)

การป้องกัน : ดื่มน้ำบ่อยๆ ไม่ดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม สวมเสื้อผ้าสีอ่อน หลีกเลี่ยงอากาศแดดจัด อยู่ในห้องที่มีเครื่องปรับอากาศหรือบริเวณที่อากาศถ่ายเท หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมกลางแจ้ง

โรคผดร้อน

การป้องกัน : สวมเสื้อผ้าที่หลวม ระบายอากาศได้ดี อยู่ในห้องที่มีเครื่องปรับอากาศหรือบริเวณที่อากาศถ่ายเท อากาศถ่ายเท อากาศถ่ายเท อากาศถ่ายเท อากาศถ่ายเท อากาศถ่ายเท อากาศถ่ายเท อากาศถ่ายเท อากาศถ่ายเท อากาศถ่ายเท อากาศถ่ายเท

โรคไขหวัดใหญ่

การป้องกัน : ดูแลร่างกายให้แข็งแรง ไม่คลุกคลีกับผู้ป่วย หลีกเลี่ยงสถานที่แออัดหรืออากาศไม่ถ่ายเท หมั่นล้างมือดูแลสุขอนามัย ทั้งนี้ ควรพิจารณาฉีดวัคซีนทุกช่วงอายุ ตามข้อบ่งชี้ และความเสี่ยงทางการแพทย์



ปกป้องลูกน้อยไม่ให้เจ็บป่วย อย่าให้ความร้อนของเด็กๆ
ต้องมาสะกด เพราะ “โรคในหน้าร้อน”



แคดเมียม

ภัยอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ



น้ำประปาชุมชน

อาหาร/น้ำดื่ม

อากาศ/ฝุ่น ⁴⁸ Cd

เข้าสู่ร่างกาย

กิน

ดื่ม

หายใจ

สัมผัส

ผลเฉียบพลัน



ระคายเคืองจมูก
ลำคอ



หายใจลำบาก
เจ็บปวดกรวงอก อ่อนเพลีย



ไอ เวียนศีรษะ คลื่นไส้
อาเจียนรุนแรง



ท้องร่วงเฉียบพลัน
หากกิน

ผลระยะยาว



เป็นพิษต่อไต



เป็นสารก่อมะเร็ง



ทำลายกระดูก

เจ้าหน้าที่ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

- 1 ฝ้าระวัง การปนเปื้อนในอาหาร น้ำ ฝุ่นพิษ ในครัวเรือนและชุมชน
- 2 เตือนภัยสื่อสารความเสี่ยงประชาชน เพื่อป้องกันตนเองได้รวดเร็ว
- 3 ใช้กฎหมายการสาธารณสุข ควบคุมเข้มงวด

การปฏิบัติตนสำหรับประชาชน

- 1 ติดตามสถานการณ์ใกล้ชิด ฟังการแจ้งเตือนภัย
- 2 หลีกเลี่ยงสัมผัส สูดดม ป้องกันตนเองทันทีถ้าเสี่ยง
- 3 ฝ้าระวัง อาการผิดปกติ ตนเอง คนในบ้าน ผิดสังเกตสุขภาพ
- 4 หากแคดเมียมปนเปื้อนในอาหาร/น้ำห้ามกิน ห้ามใช้ทันที



สร้างทีม SEhRT พร้อมรับสถานการณ์ฉุกเฉิน

จากสถานการณ์ภัยพิบัติ ภัยสุขภาพจากภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นปัญหาฝุ่นละออง หมอกควัน อุทกภัย ภัยจากความร้อน ภัยแล้ง ภัยหนาว ไฟไหม้ บ่อขยะ และโรงงานสารเคมีระเบิด เป็นต้น เหตุการณ์เหล่านี้ เมื่อเกิดขึ้นแล้วนำมาซึ่งผลกระทบที่เป็นความเสียหายด้านสุขภาพต่อประชาชนที่อยู่อาศัยในพื้นที่บริเวณโดยรอบ

การดำเนินงานเฝ้าระวังด้านสุขภาพ และแก้ปัญหาพร้อมกับพื้นที่ที่ผ่านมา กรมอนามัยได้จัดตั้งทีมปฏิบัติการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Special Environmental health Rapid Team) หรือทีม SEhRT ขึ้น โดยเริ่มพัฒนาต้นแบบทีม SEhRT ในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในภาวะฉุกเฉินในพื้นที่จังหวัดสกลนครเป็นแห่งแรก เพื่อเป็นต้นแบบการทำงานแบบบูรณาการ ก่อนมีการขยายการดำเนินงานไปยังจังหวัดอื่น

การสร้างทีม SEhRT ให้สามารถปฏิบัติการกิจรองรับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องดำเนินการให้ครอบคลุมในทุกระดับทั้ง 3 มิติ คือ 1) การพัฒนากำลังคน ให้ทีม SEhRT ที่ผ่านการเสริมทักษะ เพิ่มขีดความสามารถทางวิชาการและกฎหมายด้วยการสาธารณสุขสำหรับประยุกต์ใช้ในช่วงเกิดภัยพิบัติ 2) มีระบบงานหรือมาตรฐานการปฏิบัติการ ที่เชื่อมโยงการทำงานร่วมกันทั้งภายในองค์กรและเครือข่ายภายนอกได้อย่างไร้รอยต่อ พร้อมมีการสนับสนุนให้มีการฝึกปฏิบัติการกิจของทีม SEhRT อย่างเป็นรูปธรรม และ 3) จัดหาและสนับสนุนเครื่องมือทำงานสำหรับทีม SEhRT ทุกระดับ

ทั้งนี้ การดำเนินงานดังกล่าวต้องมีความต่อเนื่อง มีกระบวนการทบทวน แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ของแต่ละหน่วยงานเพื่อให้กระบวนการทำงานมีประสิทธิภาพ มีความเหมาะสมกับบริบทของภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้น เพื่อให้ประชาชนสามารถอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมในช่วงเกิดภัยพิบัติได้อย่างปลอดภัยและไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพ



(แพทย์หญิงอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล)

อธิบดีกรมอนามัย

กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

ไม่อยากให้เธอไว้วางใจ

“น้ำแข็งที่ใสๆ”

เลือกซื้อเป็น ปลอดภัยนะ

ภาชนะบรรจุสะอาด
ปิดสนิทแน่นหนา

ICE D

ต้องมีข้อความว่า
“น้ำแข็งใช้รับประทานได้”
ด้วยตัวอักษรสีน้ำเงิน



มีฉลากภาษาไทย
ระบุรายละเอียด
ของชื่ออาหาร
เลขสารบบอาหาร
ในเครื่องหมาย อย.
ชื่อและที่ตั้งของผู้ผลิต
น้ำหนักสุทธิ
เป็นกรัมหรือกิโลกรัม

น้ำแข็งใช้รับประทานได้

น้ำหนัก xx กรัม



น้ำแข็งต้องใสสะอาด ไม่มีคราบ สี
หรือ กลิ่นที่ผิดปกติ และไม่มีฝุ่นผง
หรือสิ่งแปลกปลอมในก้อนน้ำแข็ง



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 นายแพทย์อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์ นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา	อธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย
บรรณาธิการ	นายแพทย์สมพงษ์ ชัยโอภาวนนท์	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	นายคมภีร์ งานดี นายธรรมรัฐ มณสวัสดิ์ นางสาวปิยาพัชร ชูชัยมงคลา	กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
กองบรรณาธิการวิชาการ	นายแพทย์กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง นายสมศักดิ์ ศิริวันรังสรรค์ ทันตแพทย์หญิงวรางคณา เวชวิณี นางไฉไล ช่างดำ แพทย์หญิงนันทา อ่วมกุล นายสุคนธ์ เจียสกุล ดร.ทวีสุข พันธุ์เพ็ง แพทย์หญิงนิพรพรรณ วรมงคล ทันตแพทย์หญิงจันทนา อึ้งชูศักดิ์ ดร.วิระวรรณ ถิ่นยืนยง ดร.พวงเพ็ญ ชั้นประเสริฐ รศ.ดร.มณีรัตน์ วีระวิวัฒน์ รศ.ดร.กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์ รศ.ดร.สลิธร เทพตระการพร แพทย์หญิงสายพิณ โชติวิเชียร นายแพทย์บุญฤทธิ์ สุขรัตน์ นายแพทย์มนัส งามเกียรติศักดิ์ ทันตแพทย์ ดร.แมนสรวง วงศ์อภัย แพทย์หญิงชมพูนุท โตโพธิ์ไทย ดร.สุพิชชา วงศ์จันทร์ ดร.เบญจวรรณ ธวัชสุภา	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ปรึกษากรมอนามัย (ด้านส่งเสริมสุขภาพ) สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ปรึกษากรมอนามัย (ด้านทันตสาธารณสุข) นักวิชาการอิสระ ที่ปรึกษากรมอนามัย (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ) มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต สำนักโภชนาการ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ สำนักส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กองพยากรณ์สุขภาพ
เจ้าของ	กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	
ฝ่ายจัดการ	นางสาวเอกกฤทัย สารนาค นางอรุณี อินทร์ขำ นางอรุชา ตะกรุดเงิน	กองคลัง กองคลัง สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
สำนักงาน	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง 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 ทริปเปิ้ล 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 ควรสั้นกะทัดรัดให้เข้าใจความที่ครอบคลุม ตรงวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่ใช้คำย่อ ความยาวไม่ควรเกิน 100 ตัวอักษร

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

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

บทนำ อธิบายความเป็นมา และความสำคัญของปัญหาที่นำไปสู่ความจำเป็นในการทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า ของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัด แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน ใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

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

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

วิจารณ์ ควรเขียนอภิปรายผลเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ว่าตรงหรือแตกต่างไปหรือไม่ เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

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

ข้อเสนอแนะ ข้อเสนอที่อาจนำผลการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือหรือมีผู้สนับสนุนที่สำคัญจากที่ใดบ้าง มีย่อหน้าเดียว

เอกสารอ้างอิง 1) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสาร การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver

2) การอ้างอิงเอกสารใดที่ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ 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 และใช้ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็มปรากฏที่หน้าปก

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

ตัวเลขหน้า ใช้ตัวเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับหน้าสุดท้าย เช่น 131-156

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

1. Muangsapaya W, Winichagoon P, Fucharoen S, Pootrakul P, Wasi P. Improved Technique

for detecting intraerythrocytic inclusion bodies in thalassemic trait. J. Med Assoc Thai 1985;68: 43-5.

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

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

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

รูปแบบมีดังนี้

รูปแบบอ้างอิงหนังสือหรือตำราผู้แต่งเขียนทั้งเล่ม

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

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

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

รูปแบบอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

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

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

2. สุชาติ เผ่าสวัสดิ์. ระบาดวิทยาของเด็กตายคลอด. ใน: สุชาติ 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 ce in the general population: 'gated' vs. 'ungated' approaches. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2008 Mar [cited 2010 Apr 15];93(3):227232. 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. วุดดา ทาระภูมิ. ดึงคุณภาพยา(จีน) ช่วยผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. มติชน. 3 มี.ค. 2554: น. 10.

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 ให้พิมพ์หน้าเดียวลงบนกระดาษ ขนาด A4 (21.6X27.9 ซม.) ตัวอักษรขนาด 16 พอยต์

4.2 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพลายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษขาว ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นไฟล์ภาพ .jpg 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 และส่งบทความออนไลน์ที่ <https://thaidj.org> ไฟล์บทความใช้โปรแกรม word

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'.

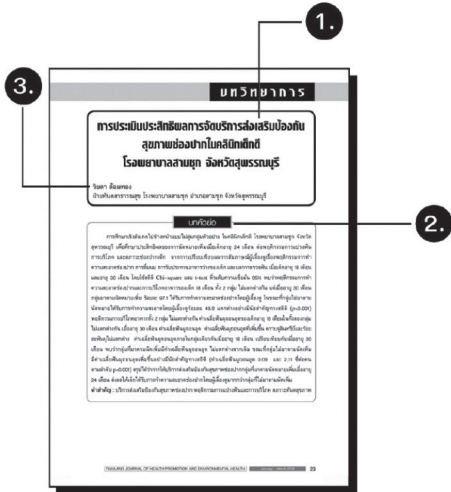
Abbreviations should be based on the U.S. National Library of Medicine in Index Medicus.

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



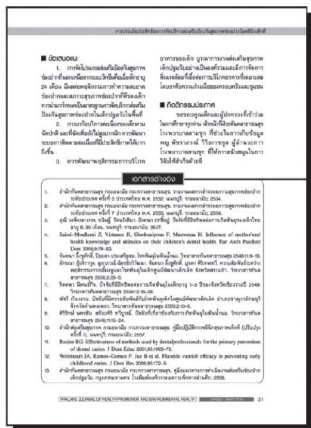
1. ชื่อเรื่องไทย/อังกฤษ

2. บทคัดย่อ/ABSTRACT ต้องไม่ยาวเกินไป และต้องไม่มีหัวข้อและย่อหน้ามาก

3. ชื่อผู้เขียนและสถานที่ทำงาน



เนื้อหาที่มีการแบ่งหัวข้อชัดเจน
อีกทั้งมีการสรุปเป็นกราฟ/ตาราง
หรือมีรูปภาพประกอบ



เอกสารอ้างอิงใช้ระบบ VANCOUVER

NOTE : เพื่อความถูกต้องของข้อมูล ควรส่งต้นฉบับในรูปแบบ
ของแผ่นดิสก์ที่แก้ไขครั้งสุดท้ายแล้วมายัง
บรรณาธิการ รูปภาพ ควรส่งต้นฉบับมา และรูป
ถ่ายประกอบบทความใช้ภาพสีขนาดปกติ

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 (ส่งจ่าย ปณฝ.กระทรวงสาธารณสุข) ตัวแลกเงินไปรษณีย์

ที่อยู่ (เพื่อจัดส่งวารสาร)

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

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

โทรศัพท์.....

ส่งจ่าย 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

วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฉบับนี้ ยังคงได้รับความสนับสนุนด้านวิชาการจากนักวิชาการทุกท่านด้วยดี เพื่อร่วมพัฒนา แก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในทุกกลุ่มวัย และอนามัยสิ่งแวดล้อม ตอบโจทย์ปัญหาสาธารณสุขในระดับพื้นที่ของประเทศ โดยหน่วยงานร่วมกับทุกภาคส่วน เพื่อให้สังคมไทย มีประชากรที่มีสุขภาพดี ปลอดภัยจากภัยต่างๆ ทั้งโรคติดต่อ รวมถึงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยงานหลักด้านส่งเสริมสุขภาพ และร่วมกับภาคีเครือข่าย ป้องกัน บรรเทา ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน ตลอดจนการรวมแผนขับเคลื่อนแก้ไขปัญหาประชากรลดลง สังคมผู้สูงอายุ ผ่านการขับเคลื่อนเป็นวาระแห่งชาติร่วมกับทุกภาคส่วน



ท้ายนี้ ขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัย สิ่งศักดิ์สิทธิ์ในสากล โปรดประทานพรให้ทุกท่าน มีความสุขสุขภาพแข็งแรง เดินทางปลอดภัยในโอกาสปีใหม่ไทย เทศกาลสงกรานต์ที่จะมาถึง

นายแพทย์สมพงษ์ ชัยโอภาณนท์

บรรณาธิการ

มีนาคม 2567

กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

บทวิชาการ

ความสามารถในการปรับตัวของระบบบริการทันตกรรมเพื่อรองรับวิกฤตการณ์โรคติดเชื้ออุบัติใหม่และโรคติดเชื้ออุบัติซ้ำในอนาคต: บทเรียนจากวิกฤตโรคโควิด 19 กรณีศึกษาจังหวัดนนทบุรี

- ศุภิพร ธรรมรังสี 11

การพัฒนาระบบสุขภาพภิบาลอาหารเพื่อรองรับสังคมดิจิทัลและวิถีชีวิตปกติใหม่

- สมศักดิ์ ศิริวันรังสรรค์ ชัยเลิศ กิ่งแก้วเจริญชัย ศิราณี ศรีใส 28

การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดเพชรบุรี

- เพชรฤกษ์ แทนสวัสดิ์ 40

การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ : เขตสุขภาพที่ 7

- กัญญา จันทร์พล สดุติ ภูห่องไสย 54

พฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 หลังการระบาดของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการ ณ สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง กระทรวงสาธารณสุข

- วิภาดา รุ่งงาม มณีรัตน์ วีระวิวัฒน์ อลงกรณ์ เปกาณี นิรัตน์ อิมามี่ 68

การสำรวจความรู้ด้านทันตสุขภาพและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็กและเยาวชน ในสถานพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชน ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนของประเทศไทยปี 2566

- จรัสศรี ศรีนฤพัฒน์ นพวรรณ โพนกุล ปิ่นปิ่นท์ วณิชย์สายทอง 80

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. ของบุคลากร สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง

- ชุติกร ลิ่งไธสง ศศิธร ยี่ศรี กชนันท์ นาครัตน์ 94

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพทางโภชนาการร่วมกับการฝึกสติที่มีต่อพฤติกรรมการฉันทาอาหารของสามเณรตามหลักโภชนาการมัตัญญูตา

- วีรฉัตร จรัสนิมพลีกุล สุกัญญา เขตอนันต์ รชยา สุวรรณพรม จุไรรัตน์ ทนเสถียร 106

บุมเล่าเรื่อง

ความรู้ ดูง่าย ใช้สะดวก

- สุรพันธ์ุ แสนานุช 125

ความสามารถในการปรับตัวของระบบบริการทันตกรรม เพื่อรองรับวิกฤตการณ์โรคติดเชื้ออุบัติใหม่และ: โรคติดเชื้ออุบัติซ้ำในอนาคต: บทเรียนจากวิกฤตโรคโควิด 19 กรณีศึกษาจังหวัดนนทบุรี

ศุสิทธิ์ ธรรมรังสี
โรงพยาบาลปากเกร็ด

วันรับ 16 มกราคม 2567, วันแก้ไข 17 มีนาคม 2567, วันตอบรับ 18 มีนาคม 2567.

บทคัดย่อ

จากวิกฤตการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพช่องปากที่รุนแรงขึ้น และผลงานการบริการทันตกรรมที่ลดลง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปรับตัวรับมือการระบาดของโรคโควิด 19 ของระบบบริการทันตกรรมในภาครัฐ จังหวัดนนทบุรี และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน คือ รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากการสืบค้นข้อมูลจากเอกสาร นโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้อง รายงานข้อมูลการระบาด ข้อมูลบริการทันตกรรมจากระบบฐานข้อมูลกลางด้านสุขภาพ และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์และโฟกัสกรุ๊ป ผู้ให้ข้อมูลเป็นทันตบุคลากรและสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการทันตกรรมในสถานพยาบาลภาครัฐ จังหวัดนนทบุรี และผู้รับบริการ/ประชาชน ผลการศึกษาพบว่า ระบบบริการทันตกรรมของจังหวัดนนทบุรีมีการตอบสนองต่อวิกฤตใน 3 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบการรับมือ การปรับตัว และการฟื้นตัวจากวิกฤต โดยมีการปรับรูปแบบค่อนข้างรวดเร็ว โดยอาศัยแนวทางการปฏิบัติที่มีลักษณะผสมผสาน อ้างอิงจากคำสั่ง/แนวทางในระดับประเทศและจังหวัด มีความยืดหยุ่นหนึ่งในปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ การใช้ประโยชน์จากโครงสร้างการอภิบาลและเงื่อนไขสถานการณ์ มีการลงทุนด้านโครงสร้างอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อรองรับการบริการแบบ new normal ภายใต้เงื่อนไข 3 ด้าน คือผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และระบบบริการ แต่ยังมีข้อจำกัดด้านศักยภาพในการกำกับติดตาม ดูแล คุ้มครองรักษาความพร้อมของระบบและด้านระบบข้อมูลสุขภาพ โดยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการลดความเปราะบางของระบบ และพัฒนาศักยภาพเชิงระบบทั้งในระดับประเทศ จังหวัดและสถานพยาบาล เป็นกรอบเบื้องต้นในการรับมือกับวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

คำสำคัญ : สุขภาพช่องปาก ระบบบริการทันตกรรม โควิด 19 โรคติดเชื้ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ

Resilience of dental service system to emerging and reemerging diseases crisis in the future: Lesson learned from COVID-19 Response in Nonthaburi Province

Suleeporn Thamarangsi
Pakkred Hospital

Received 16 January 2024, Revised 17 March 2024, Accepted 18 March 2024.

Abstract

Negative impacts from the COVID-19 pandemic reflect the limited preparedness and capacity of health system in dealing with emerging and reemerging infectious diseases crises. Disrupted dental services and worsening oral health problems demonstrate restricted resilience of oral health system in preparing, resisting, coping, adapting and recovering to such catastrophe. This study aims to examine the response of dental service systems in Nonthaburi Province to the COVID-19 pandemic. The study used mixed methods i.e. reviewed dental service data and epidemiology and interviewed selected stakeholders of dental service systems in Nonthaburi Province and later conducted focus group discussions to finetune the findings and recommendations. Results showed 3 patterns in the COVID-19 pandemic response: Resisting, Adapting and Recovering models. Nonthaburi had a relatively agile oral health care system with adaptive practices based on recommended guidelines from both formal and informal sources, adapted to local authorization and epidemiological conditions. Improvement of oral service infrastructures and human resources capacity are evident. Dental services, under three conditions: providers, users and system, have become the new normal. Opportunities for development include strengthening oral health information system and capacity building to fill emerging roles, such as auditing and maintaining system preparedness and coordinating with both public and private sectors. This study provides rudimentary recommendations to address vulnerabilities and capacity of oral health system at both national and provincial/facility levels.

Keywords: oral health, health system resilience, COVID-19, emerging and reemerging infectious diseases

■ บทนำ

กลุ่มโรคติดเชื้ออุบัติใหม่และโรคติดเชื้ออุบัติซ้ำ เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ องค์การอนามัยโลกได้เสนอให้ประเทศสมาชิก เผื่อระวังและยกระดับความพร้อมต่อการระบาดของกลุ่มโรคดังกล่าวตั้งแต่ปี ค.ศ.2018⁽¹⁾ การระบาดของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 หรือโรค

โควิด 19 คือวิกฤตการณ์ทางสาธารณสุขที่สำคัญที่สุดในรอบศตวรรษ⁽²⁾ มีรายงานการเสียชีวิตจากโรคโควิด 19 ของประชากรโลกจนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2565 ถึง 6.73 ล้านราย และ 33,669 รายในประเทศไทย⁽³⁾

โรคโควิด 19 ส่งผลต่อสุขภาพช่องปาก ประชาชนทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมถึงผลจาก

มาตรการการรับมือ ได้แก่ การจำกัดการเคลื่อนย้ายของประชากร การล็อกดาวน์ และการปรับรูปแบบการบริการสุขภาพ สมพันธ์ทันตแพทย์โลก รายงานการเพิ่มขึ้นของสภาวะฟันผุและโรคเหงือกอักเสบหลังการล็อกดาวน์⁽⁴⁾ องค์การอนามัยโลก รายงานปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพช่องปากที่เพิ่มขึ้น⁽⁵⁾ พบว่าในช่วงกลางปี พ.ศ.2563 บริการทันตกรรมมีการปรับเปลี่ยนมากที่สุด คือ ประเทศร้อยละ 60 ลดการบริการบางส่วน และร้อยละ 17 งดการบริการทางทันตกรรมอย่างสิ้นเชิง⁽⁶⁾ ความสามารถในการปรับตัวของระบบสุขภาพ หมายถึงความสามารถของระบบสุขภาพในการจัดการกับวิกฤตหรือภาวะคุกคาม (system resilience) ประกอบด้วยความสามารถในการเตรียมรับมือ การลดผลกระทบ การฟื้นตัว และการปรับตัวผ่านการเรียนรู้ไปสู่ระบบที่มีสมรรถนะสูงขึ้น⁽⁷⁾ และระบบบริการทันตกรรมที่มีความสามารถในการปรับตัวต่อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ ได้แก่ระบบที่สามารถธำรงสุขภาพช่องปากของประชาชนให้ได้รับผลกระทบน้อยที่สุด โดยเฉพาะการให้บริการขั้นจำเป็นอย่างต่อเนื่อง⁽⁸⁾ มีความปลอดภัย ต่อทั้งผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และประชาชน ผ่านมาตรการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ⁽⁹⁾ และสามารถมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมการระบาดผ่านการทำหน้าที่ด้านสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน และ/หรือเสริมศักยภาพ ในการตอบสนองต่อวิกฤต⁽¹⁰⁾ การถอดบทเรียนของระบบบริการทันตกรรม จังหวัดนนทบุรี ในการรับมือโรคโควิด 19 จะมีส่วนช่วยในการเพิ่มความสามารถของระบบบริการทันตกรรมให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวในอนาคต

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาการปรับตัวรับมือการระบาดของโรคโควิด 19 ของระบบบริการทันตกรรมใน

ภาครัฐ จังหวัดนนทบุรี และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

■ วิธีการศึกษา

แนวคิดการศึกษาประยุกต์จากกรอบแนวคิดองค์ประกอบของความสามารถในการปรับตัวของระบบสุขภาพ ของ Haldane และคณะ⁽¹¹⁾ กับกรอบแนวคิด 6 องค์ประกอบของระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก⁽¹²⁾ ได้แก่ 1) กลไกการอภิบาลระบบบริการทันตกรรม รวมถึงความร่วมมือข้ามภาคส่วนและบทบาทของชุมชน 2) กำลังคน 3) การเงินการคลัง 4) ระบบข้อมูลสุขภาพ 5) ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และเทคโนโลยี รวมถึงอุปกรณ์ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 6) การจัดระบบการบริการ 7) เป้าหมายของระบบบริการทันตกรรม อันได้แก่ ลดปัญหาสุขภาพช่องปากและความเหลื่อมล้ำ ความรับผิดชอบต่อความต้องการทางสุขภาพ ประสิทธิภาพของระบบ และบทบาทในการปกป้องสังคม ซึ่งหมายถึงหน้าที่ด้านสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน และ 8) คุณค่าของระบบบริการทันตกรรม อันได้แก่ ความครอบคลุม การเข้าถึง ความปลอดภัยและคุณภาพ (ภาพที่ 1) ศึกษาในสถานพยาบาลภาครัฐ จังหวัดนนทบุรี ระยะเวลาครอบคลุมตั้งแต่การพบผู้ติดเชื้อรายแรกของประเทศไทย (12 มกราคม 2563)⁽¹³⁾ ถึงการประกาศให้เป็นโรคประจำถิ่นในเดือนกรกฎาคม 2565⁽¹⁴⁾ เป็นการวิจัยแบบผสมผสานคือ รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากการสืบค้นข้อมูลจากเอกสาร/เว็บไซต์ ได้แก่ คำสั่ง/ระเบียบ/แนวทางการจัดบริการทันตกรรม นโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้อง รายงานข้อมูลการระบาดข้อมูลบริการทันตกรรม จากระบบฐานข้อมูลกลางด้านสุขภาพ และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์และโฟกัสกรุป ผู้ให้ข้อมูลเป็นทันตบุคลากรและสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการทันตกรรมและผู้รับบริการทันตกรรม/

ภาพที่ 1 แผนภาพแสดงกรอบแนวคิดและประเด็นการสัมภาษณ์

องค์ประกอบการศึกษา		ประเด็นการศึกษา			ประเด็นสัมภาษณ์
องค์ประกอบของระบบ	กลไกการอภิบาล	COVID-19	จากทัศนที่ควรเป็น	โอกาสในการพัฒนา	<ol style="list-style-type: none"> 1. ความเกี่ยวข้องในการรับมือโรคโควิด 19 2. การบริการทันตกรรมในช่วงการระบาด 3. ความพร้อมของระบบ 4. การกำหนดแนวทาง ควบคุมและผ่อนคลาย การบริการ 5. ศักยภาพการควบคุมการติดเชื้อ 6. บทบาทของทันตบุคลากร ในการควบคุม และป้องกันโรคโควิด 19 7. ความเห็นต่อองค์ประกอบของระบบ 8. กระบวนการกำหนดนโยบาย การลงทุน จัดสรรทรัพยากร การพัฒนาศักยภาพ (ผู้กำหนดนโยบาย) 9. ศักยภาพของระบบทันตกรรมในการป้องกัน และควบคุมโรคในอนาคต (ผู้รับผิดชอบการควบคุมระบบ) 10. การรับมืออุปสงค์/ปัญหาสุขภาพช่องปาก/ กิจกรรมการบริการสำหรับการระบาดในอนาคต (ผู้ให้บริการ) 11. การปรับตัวต่อการบริการที่เปลี่ยนไป (ผู้รับบริการ/ประชาชน)
	กำลังคน				
	การเงิน				
	ระบบข้อมูล				
	ยา ผลิตภัณฑ์ เทคโนโลยี				
	การจัดบริการ				
คุณค่าของระบบ (ความครอบคลุม, การเข้าถึง, ความปลอดภัย และ คุณภาพ)					
เป้าหมายของระบบ (ลดปัญหาสุขภาพช่องปากและความเหลื่อมล้ำ, ความพึงพอใจ, หน้าที่ปกป้องสังคม, ประสิทธิภาพ)					

ประชาชนที่สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้กำหนดนโยบาย และผู้บริหารระดับประเทศ จังหวัด และอำเภอ (11 ราย), ผู้รับผิดชอบการควบคุมป้องกันการระบาดของโรคโควิด 19 ของจังหวัด (3 ราย) ผู้ให้บริการทันตกรรมสหวิชาชีพในระดับต่างๆ (15 ราย) และผู้รับบริการ/ประชาชน (10 ราย)

● **เครื่องมือที่ใช้** เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ออกแบบและผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ตามเอกสารที่ 32/2566 วันที่ 25 กันยายน 2566

■ **พลการศึกษา**

แนวทางการจัดบริการทันตกรรมช่วงวิกฤตโควิด 19

จากการสืบค้นและรวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่า แนวทางการจัดบริการทันตกรรม

มีการพัฒนาผ่านทาง คำสั่ง/ระเบียบ/แนวทางการบริการทันตกรรม ซึ่งมีทั้งสิ้น 28 ฉบับ แบ่งเป็น คำสั่ง/แนวทางของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี 12 ฉบับ คณะกรรมการพัฒนาคลินิกทันตกรรมคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 6 ฉบับ กรมการแพทย์ 5 ฉบับ ทันตแพทยสมาคม 2 ฉบับ ทันตแพทยสภา 1 ฉบับ และอื่นๆ 2 ฉบับ จะพบว่าคำสั่ง/แนวทางส่วนมาก (18 ฉบับ) ถูกออกจากหน่วยงานในระดับจังหวัด ซึ่งมีสัดส่วนมากกว่าในระดับประเทศ

กลไกการพัฒนาแนวทาง เริ่มต้นในลักษณะแยกส่วนโดยในช่วงแรกของการระบาดหน่วยงานต่างๆ ออกแนวทางของตนเองซึ่งสร้างความสับสนในทางปฏิบัติ ต่อมา 6 องค์กรหลัก ได้แก่ ทันตแพทยสภา ราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย องค์กรผู้บริหารคณะทันต-แพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย สมาพันธ์ทันตแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์ ได้มีความร่วมมือในการออกแนวทางผ่านประกาศของกรมการแพทย์ในวันที่ 30 มีนาคม 2563⁽¹⁵⁾ อัน

เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญที่วางรากฐานของการบริการทันตกรรมในวิกฤตโรคโควิด 19 โดยกำหนดเกณฑ์จำแนกสภาวะของผู้ป่วยออกเป็น ฉุกเฉิน (emergency) เร่งด่วน (urgency) และไม่เร่งด่วน (elective) จำแนกเงื่อนไขการบริการตามสาขาของบริการทันตกรรมและเงื่อนไขของการเกิดการฟุ้งกระจาย ครอบคลุมตั้งแต่ การคัดกรอง การจัดโครงสร้างกายภาพและเครื่องมือ อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ ระเบียบปฏิบัติก่อน ขณะและหลังการบริการ และการสื่อสาร ประกาศของกรมการแพทย์ได้กลายเป็นกลไกหลักในการกำหนดแนวทางที่มีส่วนร่วมจากหน่วยงานต่างๆ รวมถึง “แนวทางปฏิบัติตามมาตรการผ่อนปรนเพื่อการรักษาทางทันตกรรมในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019” ภายใต้ประกาศกรมการแพทย์ วันที่ 20 กรกฎาคม 2563⁽¹⁶⁾ และ “แนวทางปฏิบัติทางทันตกรรมวิถีใหม่ใน

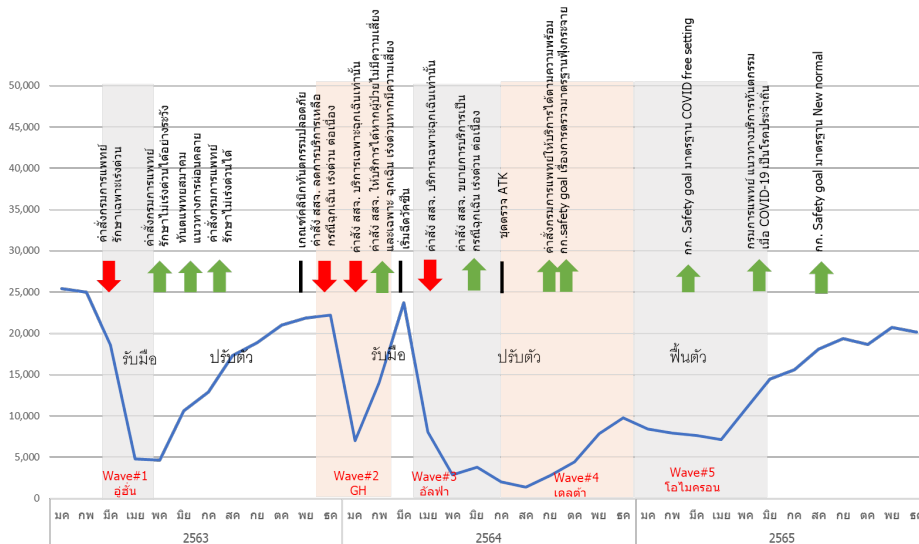
สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้าสู่ระยะโรคประจำถิ่น” ตามประกาศกรมการแพทย์วันที่ 30 มิถุนายน 2565⁽¹⁷⁾ ซึ่งมีความสำคัญมากกับการจัดบริการ

ในมิติของความยืดหยุ่น แนวทาง/คำสั่งเริ่มต้นจากลักษณะที่แข็งตัวในระยะแรก พัฒนาไปสู่การยอมรับความแตกต่างด้านความพร้อมของสถานพยาบาลมากขึ้นหลังจากการระบาดระลอกแรก แนวทางมีทั้งลักษณะเป็นข้อบังคับและแนวทางตามความสมัครใจ

ผลงานการบริการทันตกรรมของจังหวัดนนทบุรี

ผลการจัดบริการทันตกรรมจากฐานข้อมูลกลางด้านสาธารณสุข (Health Data Center) พบว่าเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์การระบาดของโรคและแนวทาง/คำสั่งที่สำคัญ (ภาพที่ 2) และการฟื้นตัวเมื่อเทียบกับผลงานรายเดือน

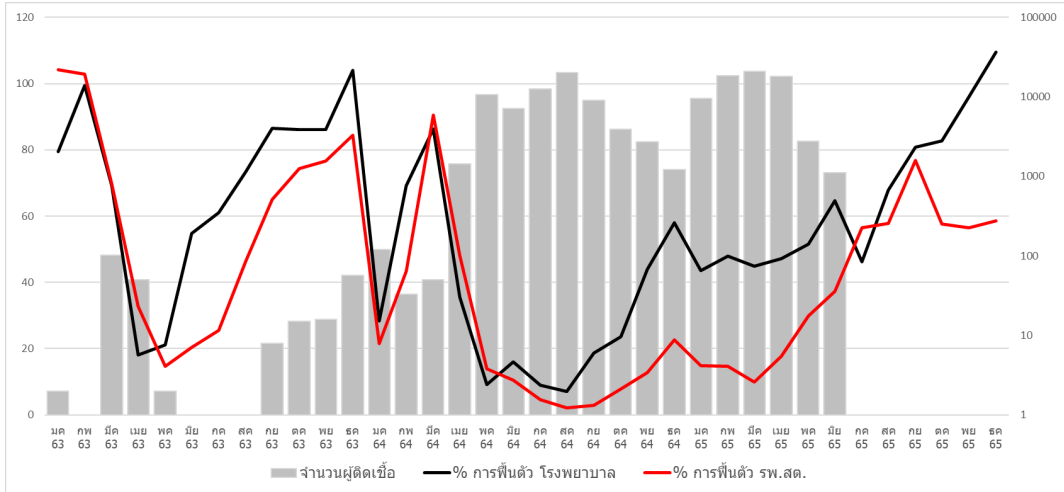
ภาพที่ 2 ผลงานการให้บริการทันตกรรม จังหวัดนนทบุรี และประกาศแนวทางการจัดบริการและบริบทที่สำคัญ พ.ศ.2563-2565



ที่มา: ข้อมูลจาก HDC 30 พฤศจิกายน 2566⁽¹⁸⁾

หมายเหตุ: ผลงานการบริการรายเดือนรวมทั้งโรงพยาบาลและการบริการระดับปฐมภูมิ
 ลูกศรสีแดง (สีเข้ม) คือคำสั่ง/ระเบียบ/แนวทางที่เพิ่มการจำกัด และสีเขียว (สีอ่อน) คือลักษณะการผ่อนคลาย

ภาพที่ 3 ร้อยละการฟื้นตัวของบริการทันตกรรมเป็นรายเดือน เทียบกับผลงานเฉลี่ย 3 ปีก่อนการระบาดของโรคโควิด 19 และจำนวนผู้ติดเชื้อจังหวัดนนทบุรี พ.ศ.2563-2565



แหล่งข้อมูล :

1. จำนวนผู้ติดเชื้อรายวันเรียงจากฐานข้อมูลกรมควบคุมโรค เข้าถึงจากศูนย์กลางข้อมูลเปิดภาครัฐ (www.data.go.th) เมื่อ 21 พฤศจิกายน 2566⁽¹⁹⁾
2. ผลงานการบริการทันตกรรมแบบผู้ป่วยนอกจากระบบฐานข้อมูลกลางด้านสุขภาพ (hdcservice.moph.go.th) เมื่อ 30 พฤศจิกายน 2566⁽¹⁸⁾

หมายเหตุ : การติดเชื้อในจังหวัดนนทบุรี คือการติดเชื้อที่รายงานจากจังหวัดนนทบุรีไม่ได้จำเพาะเฉพาะประชากรของจังหวัด และร้อยละการฟื้นตัวของบริการทันตกรรม คือร้อยละของจำนวนผู้ป่วยนอกที่รับบริการทันตกรรม (ครั้ง) จากโรงพยาบาล หรือ รพ.สต. เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยผลงานการบริการต่อเดือนในระยะ 3 ปีก่อนการระบาด (พ.ศ.2560-2562) ของโรงพยาบาลและ รพ.สต. ที่ 13,933.65 และ 12,140.06 รายต่อเดือน ตามลำดับ

เฉลี่ย 3 ปีก่อนการระบาด จำแนกตามระดับสถานพยาบาล พบว่าในระยะแรกของการระบาด ในปี พ.ศ.2563 หลังการประกาศล็อกดาวน์ในเดือนเมษายน จำนวนการให้บริการทันตกรรมแบบผู้ป่วยนอกลดลงเหลือต่ำกว่าร้อยละ 20 โดยระดับโรงพยาบาลใช้เวลาประมาณ 6 เดือนจึงเริ่มฟื้นตัวการให้บริการกลับมาในระดับประมาณร้อยละ 80 ในเดือนกันยายน และสามารถกลับมา มีระดับการบริการเหมือนปกติในช่วงปลายปี มีข้อสังเกตว่าบริการของ รพ.สต.ไม่ได้แตกต่างกันมากนัก ต่อมาในการระบาดระลอกที่ 3 ที่มีความรุนแรง ผลงานการให้บริการของทั้งจังหวัดลดลง

อย่างต่อเนื่องและยาวนาน ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2564 โรงพยาบาลใช้เวลานานกว่าหนึ่งปีครึ่งกว่าจะกลับมา มีผลงานได้ในระดับร้อยละ 80 ในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ.2565 และเพิ่มต่อเนื่องจนกลับมา มีผลงานปกติในช่วงสิ้นปี ในขณะที่ รพ.สต.มีการฟื้นตัวที่แตกต่างจากโรงพยาบาลอย่างชัดเจน คือฟื้นตัวได้เพียงร้อยละ 60 เมื่อสิ้นปี (ภาพที่ 3)

รูปแบบการจัดการบริการทันตกรรม จังหวัดนนทบุรี ในช่วงวิกฤตโควิด 19

จากผลการสัมภาษณ์ จำแนกรูปแบบการเปลี่ยนแปลงและตอบสนอง เป็น 3 ลักษณะ คือ

1. รูปแบบระยะการรับมือกับวิกฤต ในช่วงต้นปี พ.ศ. 2563 และต้นปี พ.ศ.2564 มีการปรับลดการบริการทันตกรรมอย่างชัดเจน คงเหลือเฉพาะการบริการฉุกเฉิน แม้ว่าจะมีความพยายามกลับมาเปิดการบริการเป็นระยะสั้นๆ โดยที่ความปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด 19 เป็นความสำคัญลำดับแรก แม้จะมีความกังวลถึงความรุนแรงของปัญหาช่องปากที่จะเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่อง บริบทที่สำคัญคือ องค์กรความรู้ที่มีจำกัดและการตรวจหาเชื้อยังต้องใช้เวลานานและค่าใช้จ่ายสูง ในขณะที่ประชาชนมีความเข้าใจเหตุผลในการลดบริการ

“คนไข้คนต่อไป.. จะรับประกันได้ยังไงว่าจะไม่ติดเชื้อไปจากเรา...มาอำปากให้เราทำในห้องรวม ซึ่งคนไข้คนอื่นเพิ่งมาทำฟันไป ละอองก็ยิ่งฟุ้งกระจายอยู่ในห้อง” (ผู้ให้บริการระดับตติยภูมิ)

“ข้อมูลจากแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. บอกเลยว่า ในช่วงโควิด ปัญหาสุขภาพช่องปากมาเป็นอันดับ 2 รองจากโรคไม่ติดต่อ” (ผู้บริหารระบบระดับจังหวัด)

ในระยะแรกระบบบริการทันตกรรมของจังหวัดนนทบุรียังไม่มีความพร้อมทั้งโรคติดเชื้อที่แพร่ทางอากาศ โดยศักยภาพในการให้บริการ (เช่นกรณีวัณโรค) ถูกจำกัดที่โรงพยาบาลศูนย์เท่านั้น ต่อมาระบบมีการปรับตัวอย่างรวดเร็ว (agility) โดยปัจจัยที่สนับสนุนการปรับตัวสำคัญได้แก่ ประสบการณ์จากการรับมือโรคเอดส์ แนวทางการป้องกันการติดเชื้อแบบ universal precaution ร่วมกับการมีโครงสร้างและระบบการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

“โรคเอดส์ก็เป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ครั้งหนึ่ง ที่เราเริ่มมาใส่ถุงมือ เฟลชีลด์...เราใช้

Universal precaution รับมือกับเอดส์ ...” (ผู้บริหารระบบระดับอำเภอ)

การออกแนวทางปฏิบัติในระยะแรกมีความล่าช้า โดยมีกลไกในลักษณะผสมผสานสถานพยาบาลใช้เกณฑ์อ้างอิงจากคำสั่งของภาครัฐ (เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข) ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากแหล่งอื่นๆ เช่น ทันตแพทยสมาคมฯ หน่วยบริการในมหาวิทยาลัย รวมถึงช่องทางข้อมูลส่วนบุคคลและเครือข่ายวิชาชีพ สถานพยาบาลมีระดับความอิสระและความยืดหยุ่นในการกำหนดการบริการพอสมควร โดยผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งมองว่าการลดบริการในช่วงนี้อาจจะเกินความจำเป็น การศึกษานี้ยังพบปรากฏการณ์การเร่งให้บริการกับผู้ป่วยนัดก่อนหยุดบริการ

“เราก็ตัดเสื้อโหลในช่วงแรก คืองดหมด (บริการทั้งหมด) ...ถ้ามอ้ยอนไปก็คือ ก็น่าจะมีมาตรการอะไรที่ชัดเจนตั้งแต่แรก รองรับไว้ว่าอะไรทำได้ อะไรทำไม่ได้ ไม่ใช่ all or none ...” (ผู้บริหารระบบระดับจังหวัด)

“..ดูเลยว่าตอนนี้ในภาพใหญ่ ทันตแพทยสมาคมฯ ทำอะไร มหาวิทยาลัยทำอะไร... ตอนแรก สสจ. ยังไม่ได้เข้ามา (กำหนดแนวทาง) ...ไม่ต้องรอให้ใครสั่ง เห็นท่าไม่ดีเราต้องปิด เพราะถ้าคนไข้ติดเชื้อมาเราต้องรับผิดชอบ” (ผู้บริหารระบบระดับอำเภอ)

“จังหวัดเรามีการระบาดเยอะ เป็นจังหวัดสีแดง ...ซึ่งตอนนั้นก็เหมือนจะไม่มีแนวทางที่ชัดเจนมากนักจากกระทรวง คือส่วนกลางก็ยังไม่มีการจัดการ และทางพื้นที่เองก็แล้วแต่นโยบายเลย บางที่ก็ปิด บางที่ก็เปิด” (ผู้บริหารระบบระดับจังหวัด)

ความสัมพันธ์ภายในวิชาชีพและความร่วมมือข้ามภาคส่วนเป็นจุดแข็งในการรับมือการระบาดของหน่วยบริการภาครัฐ แต่การสื่อสารกับภาคเอกชนในเวลาวิกฤตยังเป็นข้อจำกัด ความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบไหลเวียนอากาศ ระบบดูดน้ำลายและละอองฝอย เครื่องมือฆ่าเชื้อ รวมถึงอุปกรณ์ในการป้องกันการติดเชื้อที่ขาดแคลนในระยะเวลาดังกล่าวเป็นเงื่อนไขสำคัญของการจัดบริการ การรับบริจาคเป็นกลไกเสริมทดแทน ในขณะที่พบระดับปฏิบัติการมีการพัฒนานวัตกรรมเพื่อลดความเสี่ยง เช่น การพยายามซีลขอบหน้าต่างอนามัย การใช้กล่องใส่ครอบศีรษะผู้ป่วย หรือการใส่ชุดกันฝน

“... ช่วงโควิดวิชาชีพเราช่วยเหลือกันดี มาก ทั้งเรื่องของการพยายามสื่อสารกันเองในวิชาชีพ...และประเด็นเรื่องของการพยายามที่จะสื่อสารและมีไต่ไลน์ตามออกมา...มันเป็นช่วงที่แสดงศักยภาพและความพร้อมเพรียงและความร่วมมือร่วมใจของคนในวิชาชีพเราได้มากพอสมควรทีเดียว” (ผู้บริหารระบบระดับประเทศ)

นอกจากนี้พบว่าทันตบุคลากรได้รับมอบหมายให้มีบทบาทในการควบคุมโรคโควิด 19 ในส่วนสนับสนุน เช่น การเตรียมอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ การจัดการกับคลังและของบริจาค หรือการสื่อสารกับประชาชน และในระยะต่อมาได้มีบทบาทในส่วนการคัดกรองโรค การเก็บส่งส่งตรวจหลังโพรงจมูก (nasopharyngeal swab) การฉีดวัคซีน โดยมีบุคลากรในระดับปฐมภูมิบางส่วนมีบทบาทควบคุมโรคโดยตรง

“ทันตแพทย์ที่นี่ก็จะไปทำอะไรมากพอสมควร ...ซึ่งทันตแพทย์ก็มี reluctant บ้าง แต่ก็โชคดีแหละ อยากทำไม่อยากทำ เขาก็ไปทำกัน

ทุกคน ก็ไม่มีปัญหาอะไร” (ผู้บริหารระบบระดับอำเภอ)

2. รูปแบบระยะการปรับตัวต่อวิกฤต
คือช่วงเวลาที่ระบบบริการทันตกรรมกลับมาให้บริการเพิ่มมากขึ้น ในช่วงครึ่งปีหลังของปี พ.ศ. 2563 และ 2564 จุดมุ่งหมายหลักในระยะนี้คือการสร้างความสมดุลระหว่างการให้บริการทันตกรรมเพิ่มขึ้นเป็นลำดับและความปลอดภัยของทั้งบุคลากรและผู้ป่วย มีการนำเอาความปลอดภัยมาเป็นตัวชี้วัดของหน่วยงาน ส่วนบริบทที่สำคัญได้แก่ การได้รับวัคซีนโควิด 19 ของทั้งผู้ให้บริการและประชาชน การมีชุดตรวจสอบเชื้อโควิดแบบทราบผลเร็วในราคาที่ไม่สูง องค์ความรู้ที่มีมากขึ้น และการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ระบบการไหลเวียนอากาศและการดูดละอองฝอย

“ต้องซ้มน้ำหนักดูว่าระหว่างการเข้าถึงบริการของคนใช้กับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ทำอย่างไรให้เหมาะสม ...ถ้าเราเน้นเรื่องความปลอดภัยมากเกินไป ก็จะมีปัญหา คนใช้ก็จะว่าสถานการณ์เบาลงแล้วนะ ทำไมที่อื่นทำได้ที่นี่ทำไม่ได้ ...ช่วงนี้จะเป็นช่วงที่มีการร้องเรียนกัน” (ผู้บริหารระบบระดับจังหวัด)

“หลังจากมีโควิด เราก็ได้มีการปรับปรุงระบบระบายอากาศ โดยอ้างอิงจากกระทรวง และของทันตแพทยสมาคมฯ และการปฏิบัติแบบ universal precaution ก็ยังคงเคร่งครัดมาก ทำให้เรามั่นใจมากขึ้นว่าจะไม่มี cross infection ถึงกับเป็นตัวชี้วัดว่าเราจะไม่มีคนไข้ติดเชื้อโควิดจากการทำฟัน ซึ่งก็ไม่มีจริงๆ” (ผู้ให้บริการในระดับตติยภูมิ)

การกำหนดการบริการตามเงื่อนไข 3 ด้านกลายเป็นแนวทางปฏิบัติหลัก ได้แก่ เงื่อนไขเชิงกายภาพ/อาคารสถานที่ เงื่อนไขของ

ผู้รับบริการที่ต้องได้รับการตรวจเช็กมาก่อน และเงื่อนไขของผู้ให้บริการซึ่งรวมถึงการป้องกันตัวเอง กลไกการออกแนวทางมีกระบวนการเป็นระบบมากขึ้น มีการปรึกษาหารือและชี้แจงบุคลากร มีการประสานงานข้ามภาคส่วน ทุกสถานพยาบาลยังมีความยืดหยุ่นในการกำหนดแนวทางปฏิบัติของตนเอง อย่างไรก็ตามสถานพยาบาลมีความสามารถในการปรับตัวต่างกัน เกือบทุกสถานพยาบาลภาครัฐได้มีการลงทุนปรับปรุงระบบการไหลเวียนอากาศ สถานพยาบาลระดับของ รพ.สต. มีการปรับตัวที่ล่าช้า ส่วนหนึ่งอาจจะมาจากการที่ทันตบุคลากรได้รับมอบหมายภาระงานในการควบคุมโรคโควิด 19 ส่วนภาคเอกชนอาจประสบปัญหาการลงทุนด้านอาคารสถานที่

“รอบแรกที่มีโควิดไลน์ออกมา ก็มีหลายองค์กร..ทันตแพทยสภา กระทรวง(สาธารณสุข) ทันตแพทยสมาคมฯ สุดท้ายออกมาก็ใกล้เคียงกันหมด..ก็มีการคุยกันเพื่อตั้งกรรมการแค่ชุดเดียว..เพื่อให้เกิดเป็นโควิดไลน์ชุดเดียว... แล้วเอาไปเสนอให้กรรมการแพทย์ออกประกาศกลาง ..ก็เป็นขั้นตอนที่ชัดเจนจนถึงปัจจุบัน” (ผู้บริหารระบบระดับประเทศ)

“..สสจ.จะมีแนวทางเรื่องการจัดการบริการทันตกรรมอย่างไร ..เรามี patient safety goal ที่ทำเรื่องเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อที่ทำกับ HA อยู่ งานทันตกรรมของ สสจ. เสนอว่าควรจะมาปรับเป็นแนวทางกลางของจังหวัด... เป็นแนวทางว่าถ้า รพ.ผ่านมาตรฐาน ทำอะไรได้บ้าง รพ.สต.ที่ยังไม่ผ่านทำอะไรได้บ้าง...สื่อสารไป และมีการประเมินโดยทีมของจังหวัดร่วมกับโรงพยาบาล...ตอนหลังเพื่อให้เกิดแรงจูงใจ ก็มีใบประกาศ ผ่านเกณฑ์ ดีเยี่ยม ดีเด่น ฯลฯ ..ซึ่งเรา

ทำของภาครัฐเสร็จแล้ว ก็ทำเอกชนด้วย ซึ่งเขาก็ให้ความร่วมมือค่อนข้างดี” (ผู้บริหารระบบระดับจังหวัด)

“การปรับตัวของโรงพยาบาลดี แต่ รพ.สต.ยังไม่สมบูรณ์ 100% ตามมาตรฐานที่ต้องการ...ส่วนใหญ่ปัญหาคือด้านกายภาพที่ต้องปรับปรุงห้อง การระบายอากาศ ซึ่งจริงๆ งบประมาณก็ไม่ได้เยอะ..” (ผู้บริหารระบบระดับจังหวัด)

สถานพยาบาลบางส่วนได้รับผลกระทบจากอุปสงค์ที่ค้างสะสมมาจากช่วงที่ลดการบริการ เช่น ปัญหาสุขภาพช่องปากที่มีความรุนแรงขึ้น เวลารอคิวนัดนาน เกิดการเปรียบเทียบระหว่างสถานพยาบาลและการร้องเรียน ในขณะที่ทันตบุคลากรจำนวนมากยังได้รับมอบหมายหน้าที่เกี่ยวกับการให้บริการฉีดวัคซีน ทั้งในและนอกสถานพยาบาล รวมถึงการจัดคิว ประชาสัมพันธ์ ลงทะเบียน ออกใบรับรอง ไปจนถึงการฉีดวัคซีน การศึกษานี้พบทันตบุคลากร 2 ราย ในระดับ รพ.สต. ที่อาจจะติดเชื่อจากการให้บริการ โดยทั้ง 2 รายสามารถเชื่อมโยงความเปราะบางของระบบได้แก่ ช่องว่างด้านเงื่อนไขของผู้ป่วย และด้านโครงสร้างกายภาพ

“ที่ รพ.จะอยากรีบกลับมาทำ เพราะมีแรงกระทบเยอะ ประชาชนไปขอรับบริการ แต่ รพ.สต. เขายังไปออกงานโควิด .. ก็เลยทำให้บริการทันตกรรมใน รพ.สต. ชยับเข้ามา” (ผู้บริหารระบบระดับอำเภอ)

“เคยมีเคสที่คนไข้เอา ATK มาให้ดู ก็ไม่แน่ใจว่าตรวจไว้นานหรือยัง หรือตรวจไม่ถูกต้อง แล้ว(ตนเอง)ก็ติดเชื้อจากเขาหลังจากให้บริการไป ตอนหลังก็เลยต้องขอตรวจเอง...” (ผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ)

3. รูปแบบระยะการฟื้นตัวจากวิกฤต ในช่วง พ.ศ.2565 เป็นต้นมา การให้บริการทันตกรรมค่อยๆ กลับมาให้บริการจนเกือบจะเต็มรูปแบบ โดยสังคมคลายความเข้มของการป้องกันโรค มีการประกาศให้โรคโควิด 19 เป็นโรคประจำถิ่น โดยคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ในวันที่ 1 กรกฎาคม 2565⁽¹⁴⁾ และองค์การอนามัยโลก ประกาศการสิ้นสุดของการระบาด เมื่อวันที่ 5 พฤษภาคม 2566⁽²⁰⁾ ภาพวิสัยทัศน์ของการฟื้นตัวคือการพัฒนาศักยภาพและความพร้อมของระบบที่สามารถป้องกันการติดเชื้อโรคระบาดในอนาคต ทั้งที่แพร่โดยของเหลวและอากาศ ในขณะที่ยังสามารถให้บริการทันตกรรมที่จำเป็นได้ โดยกำหนดเงื่อนไขการบริการที่จำเป็น

“ถ้าห้อง (คลินิกทันตกรรม) เราทำดีแล้ว ในหน่วยบริการที่ดำเนินการดีแล้ว ก็อาจจะทำให้เรายังสามารถเปิดบริการได้ ภายใต้เงื่อนไข เช่น ต้องเว้นระยะห่างระหว่างคนใช้ การแต่งกาย IC การคัดกรอง..อาจจะไม่ต้องถึงกับปิด เพื่อที่การบริการจะได้ยังคงสามารถดำเนินไปได้” (ผู้บริหารระบบระดับจังหวัด)

สองข้อสังเกตสำคัญด้านอุปสงค์ของการบริการคือ สภาพปัญหาสุขภาพช่องปากในปัจจุบันมีความรุนแรงมากขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการระบาด และการเปลี่ยนรูปแบบการเข้าถึงบริการในแต่ละกลุ่มประชากร เช่น กลุ่มผู้ป่วยเด็กที่ลดลง ผู้ให้ข้อมูลมีความกังวลถึงแนวโน้มการผ่อนคลากลับไปสู่แนวทางปฏิบัติแบบเดิมก่อนการระบาด โดยไม่มีการปรับเปลี่ยนเชิงโครงสร้างของระบบ ซึ่งรวมถึงโครงสร้างการอภิบาล การจัดทำแผน และการพัฒนาศักยภาพทรัพยากรของระบบล่วงหน้า ศักยภาพเชิงระบบที่จำเป็นต้องพัฒนาเพิ่มเติม คือ กลไกธำรงศักยภาพและความพร้อม เช่น ระบบ

ตรวจสอบ ติดตาม, หน้าที่ในการตรวจสอบ ฝ้าระวัง ควบคุม และการทำงานเชิงรุกร่วมกับสถานพยาบาลเอกชน ซึ่งมีความสำคัญในบริบทของจังหวัดนนทบุรี และการจัดการจุดอ่อนด้านระบบข้อมูล

“...คนไข้บอกว่า ตั้งแต่โควิดมา เพิ่งมาทำฟันครั้งแรก...ตอนนี้สภาพช่องปากก็ไม่ไหวแล้ว เป็นโรคปริทันต์อักเสบเยอะเพราะไม่ได้ขูดหินปูนมานานหรือวางแผนไว้ก่อนโควิดว่านัดขูดตอนนี้ก็กลายเป็นมาถอน” (ผู้ให้บริการระดับทุติยภูมิ)

“เราอยู่แบบเดิมไม่ได้ อยู่แบบเดิม.. ผมว่ามันมีความเสี่ยงอยู่ ทั้งเรื่องโรคที่ติดเชื้อทางระบบทางเดินหายใจ ไม่ใช่แค่โควิดอย่างเดียว...อนาคตเราอาจต้อง set up ระบบ ให้ไปไกลกว่านี้ เช่นใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วย มีการตรวจวัดด้วยว่าขณะนี้ปลอดภัยไหม ระบบทำงานดีไหม เพราะบางเรื่องมาดูปีละครั้ง บางทีอาจจะไม่พอ เรื่องมาตรฐานการทำงานก็ต้องไปตรวจสอบกัน ในส่วนของบุคลากร ว่าการจัดการเป็นไปตาม standard ที่วางไว้หรือเปล่า ...ต้องตรวจสอบเป็นระยะเพราะอันนี้มันอันตรายทั้งคู่ ทั้งผู้รับและผู้ให้บริการ” (ผู้บริหารระบบระดับจังหวัด)

“...แม้ว่าโควิดจะผ่อนคลาไปแล้ว เราก็ยังไม่ได้มาจัดระเบียบนะ แม้เราจะมีเทคโนโลยีที่พอใช้ได้แล้ว แต่เราก็ไม่มีกระบวนการที่จะจัดระเบียบตรงนี้ให้ดีเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับครั้งหน้า...เราน่าจะใช้โอกาสที่มันเกิดตรงนี้ เริ่มพัฒนาทั้งระบบข้อมูล ทั้งระบบกำลังคนในการกระจายการดูแลกำลังคน...แต่ดูเหมือนทันตกรรมเราก็ไม่ได้ให้ความสนใจกับเรื่องนี้มากนัก การเตรียมพร้อมที่จะฝึกฝนกำลังคนให้มีศักยภาพในการที่จะทำงาน ที่จะป้องกันทั้งตัวเอง ป้องกันทั้งคนไข้..

แต่สิ่งเกิดมัยว่าตอนนี้มันไม่มีสถานการณ์นั้นแล้ว ทุกอย่างเปิดปกติแล้ว ทุกคนก็กลับไปใช้ชีวิตปกติ โดยไม่ได้คิดถึงมันอีก มันก็ไม่มีกระบวนการที่จะเตรียมพร้อมแล้ว...ทันตแพทย์เก่งในแง่ที่ว่าพอมิเหตุการณ์เฉพาะหน้า ที่ต้องแก้ปัญหา ...แต่ระบบมันไม่ใช่การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า คือระบบมันจะต้องมองภาพใหญ่ เปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างให้ได้” (ผู้บริหารระบบระดับประเทศ)

■ อภิปรายผล

เป้าหมายของระบบทันตกรรม

ผู้เกี่ยวข้องในระบบบริการทันตกรรมของจังหวัดนนทบุรีมีภาพเป้าหมายเดียวกันในการรับมือกับโรคติดเชื้ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ นั่นคือ การมีระบบบริการทันตกรรมที่ปลอดภัยที่ยังสามารถจัดบริการเพื่อตอบสนองต่ออุปสงค์ของผู้รับบริการได้อย่างน้อยสำหรับบริการพื้นฐานและการบริการที่เร่งด่วนและฉุกเฉิน และการสร้างความสมดุลระหว่าง การให้บริการในหน้าที่หลักคือการบริการทันตกรรม และการควบคุมโรค

คุณค่าของระบบบริการทันตกรรม

ประสบการณ์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 นอกเหนือจากการให้บริการทันตกรรมแล้ว แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของทันตบุคลากรในจังหวัดนนทบุรีในการเป็นทรัพยากรเสริม (surge capacity) ในการรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข อย่างไรก็ตามบทบาทเกือบทั้งหมดเป็นบทบาทเชิงรับและสนับสนุน ในประเด็นหน้าที่พื้นฐานทางสาธารณสุข ผู้เกี่ยวข้องค่อนข้างมีความเชื่อมั่นกับศักยภาพของระบบบริการในการป้องกันการติดเชื้อ โดยปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญคือ กลไกและการมีส่วนร่วมในมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อ (Infection Control ในระดับสถาน

พยาบาล) หรือกิจกรรมพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล รวมถึงมาตรการที่มีรากฐานจากแนวทาง universal precaution และการคัดกรองผู้ป่วย

กลไกการอภิบาลระบบ การปรับรูปแบบการบริการทันตกรรมในช่วงแรก ได้อาศัยการเข้าถึงข้อมูลและความสัมพันธ์ส่วนบุคคลกับหน่วยงานต่างๆ เช่น มหาวิทยาลัย ทันตแพทยสภา ทันตแพทยสมาคม ทำให้มีการรับทราบสถานการณ์และแนวทางการรับมือก่อนกลไกภาครัฐ ทั้งนี้ผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อ “รูปแบบ” ของแนวทางการบริการ แนวทางการปรับปรุงระบบ ที่มีความยืดหยุ่น และการปฏิบัติเป็นลำดับขั้นตอนตามเงื่อนไขของสถานพยาบาล อย่างไรก็ตาม กรณีการฟื้นตัวล่าช้าในการบริการระดับ รพ.สต. อาจสะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างด้านการกำกับติดตามผลงานที่สามารถตรวจสอบและปรับเปลี่ยนอย่างทันทั่วทั้ง

ในบริบทของจังหวัดนนทบุรี กลไกการอภิบาลระบบสุขภาพต่างๆ ในรูปแบบคณะกรรมการทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และสถานพยาบาล มีบทบาทต่อการตอบสนองต่อวิกฤตโควิด 19 เช่น คณะกรรมการ EOC (Emergency operational Center) คณะกรรมการบริหาร คณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อ รวมถึงการใช้ประโยชน์จากกลไกที่มีอยู่ เช่น คณะกรรมการพัฒนาคลินิกทันตกรรมคุณภาพใน รพ.สต. จังหวัดนนทบุรี ที่จัดตั้งมาตั้งแต่ 8 มิถุนายน พ.ศ. 2561 มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเกณฑ์คุณภาพและกำกับติดตามบริการทันตกรรมของ รพ.สต.⁽²¹⁾ กำหนดบทบาทกำหนดแนวทางการบริการ มาตรฐานความปลอดภัย แนวทางการปรับปรุงโครงสร้างทางกายภาพ และการติดตามตรวจสอบมาตรฐานทั้งภาครัฐและเอกชน คณะกรรมการดังกล่าวได้

อาศัยจุดแข็งคือ โครงสร้างแบบมีส่วนร่วมของ ทัศนบุคลลากรภาครัฐในทุกกระดับและพื้นที่ เป็น กลไกการดำเนินงาน อย่างไรก็ตามในระยะยาว การปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ให้ครอบคลุม และการมีส่วนร่วมของสถานพยาบาลภาคเอกชน น่าจะมีส่วนสร้างความพร้อมในการรับมือโรค ระบาดในอนาคตได้ดียิ่งขึ้น เช่นกันกับการใช้ ประโยชน์จากการอ้างอิงกรอบมาตรฐาน COVID free setting ของกรมอนามัยสำหรับสถาน ประกอบการด้านอื่น ถูกนำมาประยุกต์ใช้สำหรับ สถานพยาบาลทันตกรรม และต่อมาถูกต่อยอด เป็นมาตรการความปลอดภัยในคลินิกทันตกรรม ภายใต้วีถีชีวิตใหม่ (new normal)

บทบาทของระบบทันตกรรมจังหวัด นนทบุรี ที่ควรเสริมสร้างศักยภาพ ได้แก่ บทบาท ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมสำหรับการจัดบริการ ทันตกรรมโดยทุกภาคส่วนอย่างมีคุณภาพ (บทบาท stewardship) โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาค เอกชน ภาคการศึกษา และองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น บทบาทในการตรวจสอบเฝ้าระวังและ ควบคุมกำกับถึงความเสี่ยงและความปลอดภัยต่อ ผู้รับ ผู้ให้บริการ และสังคม และบทบาทในการ เป็นผู้สื่อสารและประสานงาน ทั้งการสื่อสารระดับ ปัจเจก (ผู้ป่วยและครอบครัว) หน่วยงาน และ สังคมโดยรวม

กำลังคนทางทันตสาธารณสุข
ทัศนบุคลลากรในจังหวัดนนทบุรีได้แสดงให้เห็นถึง ศักยภาพรวมหมู่ (collective capacity) ในการ รับมือกับวิกฤต รวมถึงการระดมพลและการทำ หน้าที่ในบทบาทใหม่ การเป็นเครือข่ายอย่างไม่ เป็นทางการ การให้คำแนะนำกันเอง การสนับสนุน ทางจิตใจ และการทดลองใช้นวัตกรรมต่างๆ อย่างไรก็ตามก็ตีพบว่า การจ่ายค่าตอบแทนเพื่อสร้าง

แรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ควบคุมโรคโควิด 19 ส่งผลต่อการฟื้นตัวของบริการทันตกรรมใน ระดับ รพ.สต. การวางแผนด้านทัศนบุคลลากรของ จังหวัด จำเป็นต้องคำนึงถึงอุปสงค์แฝง เช่น การ ย้ายถิ่นของประชากรและแรงงานต่างชาติ สัดส่วน บุคลลากรประเภทต่างๆ (skill mixed) และความ ยั่งยืนในระยะยาวในการบริหารจัดการทรัพยากร บุคคล

การเงินการคลัง การศึกษานี้ไม่พบ ข้อกังวลด้านการขาดแคลนงบประมาณในการ ปรับตัวและฟื้นตัวซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์การ เงินของสถานพยาบาลในภาพรวมของประเทศ ที่ พบว่าทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และ โรงพยาบาลชุมชน มีสถานะเงินบำรุงที่เพิ่มขึ้น อย่างชัดเจนระหว่างปี พ.ศ. 2563 ถึง 2565⁽²²⁾ เปรียบเทียบกับการศึกษาในภาคเอกชน การ จัดการด้านงบประมาณ เช่น การลงทุนในอุปกรณ์ ที่จำเป็นต้องรับมือโรคระบาด โดยการปรับลด งบประมาณในส่วนอื่นๆ เป็นประเด็นสำคัญที่ต้อง พิจารณา⁽²³⁾ ส่วนประเด็นท้าทายคือ การจัดสรร ทรัพยากรเพื่อสนับสนุนบทบาทหน้าที่ใหม่ เช่น การตรวจสอบกำกับความพร้อมของสถาน พยาบาลภาครัฐและเอกชน รวมถึงการป้องกันการ ติดเชื้อ และการใช้กลไกการเงินเพื่อยกระดับผล งานการบริการที่ขาดหายหรือปัญหาสุขภาพช่อง ปากที่อาจเพิ่มขึ้นในช่วงการระบาด

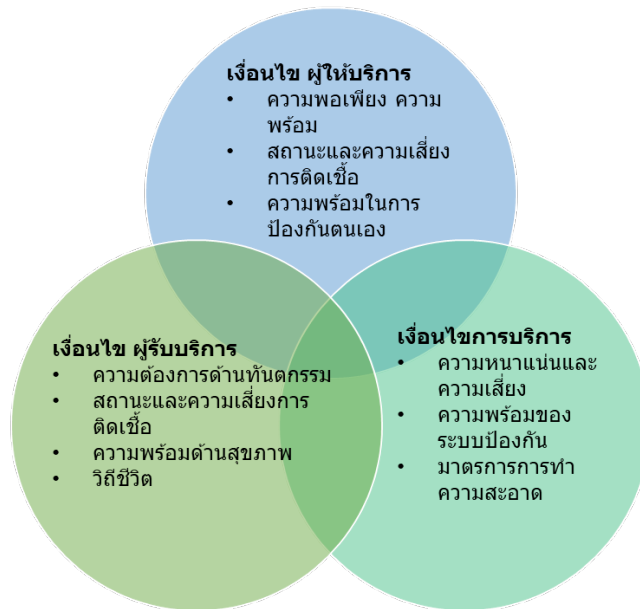
ระบบข้อมูล ระบบข้อมูลเป็นประเด็น จุดอ่อนสำคัญของระบบสุขภาพช่องปากซึ่งอาจจะ ไม่สามารถจัดการได้แค่ในระดับจังหวัด ข้อมูลที่ แม่นยำด้านสถานการณ์ปัญหาสุขภาพช่องปาก หรือข้อมูลการใช้บริการ จำเป็นต้องอาศัยแหล่ง ข้อมูลจากภาคส่วนอื่นหรือการสำรวจระดับจังหวัด เนื่องจากผลงานการบริการยังจำกัดจากผลงาน

เฉพาะภาครัฐเป็นสำคัญ แนวทางที่ควรพิจารณา คือ การใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลที่มีอยู่ให้เกิด ประโยชน์สูงสุด เช่น การติดต่อนัดหมาย การ ติดตาม การให้ความรู้แก่ประชาชน หรือการนำ ข้อมูลผลงานที่มีมาสู่ระบบแรงจูงใจ

ผลิตภัณฑ์สุขภาพ เทคโนโลยี อุปกรณ์ การป้องกันการติดเชื้อส่วนบุคคล (PPE) เป็น ประเด็นความขาดแคลนในช่วงการระบาดระลอก แรกซึ่งปัญหาคลี่คลายลงในเวลาไม่นาน ทันท บุคลากรในจังหวัดนนทบุรีมีการปรับตัวโดยการ ทดลองใช้นวัตกรรมในการป้องกันการติดเชื้อ และ อาศัยการรับบริจาค เครื่องมือการคัดกรองแบบ รู้ผลเร็ว (ATK) มีอิทธิพลสำคัญต่อการปรับตัว และพื้นตัวของการบริการ แต่ควรใช้ร่วมกับ

เครื่องมืออื่นเพื่อลดความเสี่ยง เช่น การซักประวัติ การปรับปรุงระบบการไหลเวียนอากาศและ อุปกรณ์ดูดของเหลวกำลังสูงในช่วงที่ผ่านมา เป็นการลงทุนที่มีความสำคัญต่อการรับมือกับโรค ติดเชื้อในอนาคต หน้าที่สำคัญที่ควรเพิ่มเติมคือ การตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการตรวจ กำกับความพร้อมของสถานพยาบาลเอกชน และ พิจารณาเพิ่มระบบแรงดันลบในจุดบริการ

การจัดบริการ การจัดการทันตกรรม ในวิกฤตโรคโควิด 19 ได้รากฐานจากมาตรฐาน ความปลอดภัยและคุณภาพของการบริการ ทันตกรรมที่มีอยู่เดิม เช่น มาตรการการป้องกัน การติดเชื้อและการปรับเปลี่ยนตามแนวทาง ปฏิบัติ การศึกษานี้เสนอรูปแบบการจัดการบริการใน



การบริหารจัดการด้านอุปสงค์

- การจัดการคิว
- การวางแผนการรักษา
- การจัดการการนัดหมาย

การบริหารจัดการด้านอุปทาน

- การขยายจุดและระยะเวลา
- การกำหนดบทบาทหน้าที่
- การวางแผนความต่อเนื่อง(flow)

ปัจจัยสนับสนุน: ระบบข้อมูล ความสัมพันธ์ ความเชื่อมั่น วัฒนธรรมการเรียนรู้

ภาพที่ 4 แนวคิดการจัดการบริการทันตกรรมภายใต้เงื่อนไข 3 ด้านและระบบบริหารจัดการ

กรณีวิกฤตการระบาดในอนาคต ภายใต้เงื่อนไข 3 ด้านคือ ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และการจัดบริการ ซึ่งเงื่อนไขเหล่านี้ควรถูกปรับให้เหมาะสมตามสถานการณ์ทางระบาดวิทยา ดังแสดงในภาพที่ 4 โดยมีกลไกการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นเพื่อการจัดการด้านอุปสงค์ เช่น การจัดการคิวผู้รับบริการ การนัดหมาย และการวางแผนการรักษา และด้านอุปทาน เช่น การกำหนดบทบาทหน้าที่ที่จำเป็น การขยายจุดและระยะเวลาของการบริการ การวางแผนความต้องการของการบริการ โดยมีระบบข้อมูลและวัฒนธรรมองค์กรการเรียนรู้เป็นส่วนสนับสนุน

■ สรุป

การปรับตัวของระบบบริการทันตกรรมในสถานพยาบาลภาครัฐ จังหวัดนนทบุรีในช่วงวิกฤตการระบาดโรคโควิด 19 จำแนกได้เป็น 3

รูปแบบ คือ

1) รูปแบบระยะการรับมือกับวิกฤต ทุกภาคส่วนให้ความสำคัญกับความปลอดภัยจากการติดเชื้อเป็นอันดับแรก ทำให้สถานพยาบาลงดหรือลดการบริการลง ผลงานการบริการทันตกรรมจึงลดลงอย่างมาก ระบบบริการไม่ได้เตรียมการ และไม่มีศักยภาพในการรับมือกับการระบาด เช่น แนวทางและข้อปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อไม่เพียงพอต่อการรับมือการระบาดโรคร้ายแรงที่แพร่เชื้อทางอากาศได้ โครงสร้างกายภาพของเกือบทุกสถานพยาบาลไม่เหมาะสมในการให้บริการทันตกรรม

2) รูปแบบระยะการปรับตัว การรักษาสมดุลระหว่างความปลอดภัยและการให้บริการที่จำเป็น เป็นหลักการสำคัญ แนวคิดเรื่องการให้บริการตามเงื่อนไขสามด้าน (ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และการจัดบริการ) การให้บริการทันต-

ตารางที่ 1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ระดับประเทศและระดับจังหวัด

ทิศทาง	ข้อเสนอแนะระดับประเทศ	ข้อเสนอแนะระดับจังหวัดและสถานพยาบาล
การลดความเปราะบางของระบบ	การทบทวนและกำหนดมาตรฐานและแนวทางการบริการทันตกรรม - กรอบแนวทางการบริการทันตกรรมในภาวะวิกฤต - มาตรฐานสถานพยาบาลในการจัดบริการทันตกรรม	การประเมินและจัดการความเสี่ยง - แผนปฏิบัติการในระดับพื้นที่/สถานพยาบาล - กลไกประสานงาน ในระดับพื้นที่ และกลไกสื่อสารประชาสัมพันธ์
การพัฒนาศักยภาพของระบบ	การยกระดับความพร้อมของระบบ - ผ่านกลไกการพัฒนา การประเมินความปลอดภัย คุณภาพ - การวางแผนการลงทุนและพัฒนาศักยภาพ - ระบบข้อมูล สถานการณ์และทรัพยากร - กลไกการประสานงานและระบบให้คำปรึกษา	การสร้างเสริมและธำรงรักษาศักยภาพเชิงระบบ - การนำแนวทางและแผนปฏิบัติการมาปฏิบัติอย่างเข้มแข็ง - พัฒนาความพร้อมของทรัพยากรในระบบ แผนการลงทุน การจัดการคลัง การกำหนด core capacity

กรรมเริ่มมีการปรับตัวเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน แต่ยังไม่เพียงพอต่ออุปสงค์ที่ค้างมา การฟื้นตัวของบริการส่วนหนึ่งมาจากแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ความสามารถในการจำแนกบริการตามเงื่อนไขได้ดีขึ้น และการปรับปรุงเครื่องมือและสิ่งแวดล้อม เริ่มมีการลงทุนเพื่อจัดการข้อจำกัดเชิงกายภาพ เช่น ระบบการไหลเวียนอากาศและการดูดน้ำลาย/ละอองฝอย การพัฒนาแนวทางการให้บริการทันตกรรมของจังหวัดนนทบุรี มีการใช้ประโยชน์จากโครงสร้างกลไกเชิงนโยบายที่มีอยู่ เครือข่ายบุคลากรในจังหวัด และการต่อยอดจากแนวทางปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่มีอยู่เดิม โดยรูปแบบการพัฒนามีลักษณะเป็นแนวทาง (guideline) มากกว่าเป็นข้อบังคับ (regulation) จึงมีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติในสถานพยาบาลต่างๆ และสามารถครอบคลุมนำไปใช้กับสถานพยาบาลภาคเอกชนร่วมด้วย

3) รูปแบบระยะการฟื้นตัว ในพ.ศ.2565 เมื่อระบบมีความพร้อมในการบริการตามเงื่อนไข และมีศักยภาพการป้องกันการติดเชื้อเพิ่มขึ้น การเข้าถึงวัคซีนและชุดตรวจการติดเชื้อแบบรวดเร็ว เป็นสองปัจจัยสำคัญต่อการฟื้นตัวของบริการทันตกรรม ช่วงระยะเวลานี้ภาครัฐมีบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้นในประเด็นการตรวจความพร้อมของสถานพยาบาลทุกระดับรวมถึงภาคเอกชน หลายส่วนมี

ความกังวลถึงการกลับไปใช้แนวทางปฏิบัติเดิมๆ เมื่อโรคโควิด 19 คลายความสำคัญลงไปโดยไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมเชิงระบบ ศักยภาพในการกำกับติดตาม ดูแลรักษารักษาความพร้อมของระบบ เครื่องมือ อาคารสถานที่ และบุคลากรในระยะยาว และการจัดการช่องว่างเรื่องระบบข้อมูลข่าวสาร

■ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

กรอบข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในระดับประเทศและระดับจังหวัดและสถานพยาบาลในการลดความเปราะบางของระบบและพัฒนาศักยภาพของระบบ ซึ่งได้พัฒนามาจากผลการศึกษา ผ่านการพิจารณากลั่นกรองโดยการทำโฟกัสกรุปประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ดังแสดงในตารางที่ 1

● **ข้อจำกัด** การศึกษานี้เฉพาะหน่วยบริการในภาครัฐของจังหวัดนนทบุรี และข้อมูลนำเข้าบางส่วนไม่สามารถสอบถามได้ เช่น การบอกเล่าประสบการณ์ ผลการศึกษามีความจำเพาะทำให้มีข้อจำกัดในการเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นๆ และการวิเคราะห์ในฉากทัศน์โรคติดเชื้ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำในอนาคตแบบไม่จำเพาะ ข้อเสนอแนะที่ได้จึงเป็นเพียงกรอบเบื้องต้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Prioritizing diseases for research and development in emergency contexts [Internet]. 2023 [cited 2023 Aug 20]. Available from: <https://www.who.int/activities/prioritizing-diseases-for-research-and-development-in-emergency-contexts>
2. World Health Organization. COVID-19 Emergency Committee highlights need for response efforts over long term [Internet]. 2020 [cited 2023 Aug 20]. Available from: <https://www.who.int/news/item/01-08-2020-covid-19-emergency-committee-highlights-need-for-response-efforts-over-long-term>

3. World Health Organization. WHO coronavirus (COVID-19) dashboard [Internet]. 2023 [cited 2023 Aug 20]. Available from: <https://covid19.who.int/data>
4. FDI World Dental Federation. Dental disaster: One year after first lockdowns dentists around the world confront the consequences of the COVID-19 pandemic on people's oral health [Internet]. 2021 [cited 2023 Aug 20]. Available from: <https://www.fdiworlddental.org/dental-disaster-one-year-after-first-lockdowns-dentists-around-world-confront-consequences-covid-19>
5. World Health Organization. Achieving better oral health as part of the universal health coverage [Internet]. 2020 [cited 2023 Aug 20]. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_8-en.pdf
6. World Health Organization. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: interim report, 27 August 2020 [Internet]. 2020 [cited 2023 Aug 20]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2020.1
7. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health Systems Resilience [Internet]. 2023 [cited 2023 Aug 20]. Available from: <https://www.oecd.org/health/health-systems-resilience.htm>
8. World Health Organization. Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context: interim guidance, 1 June 2020 [Internet]. 2020 [cited 2023 Oct 1]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2
9. ประสิทธิ์ วัฒนาภา. 3P-Safety in the Next Chapter [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.qualitythestory.com/3p-safety-in-the-next-chapter/>
10. Williams GA, Maier CB, Galode J, Lenormand MC, Ptak-Bufken K, et al. Human resources for health during COVID-19: Creating surge capacity and rethinking skill mix. *Eurohealth* 2022;28(1):19-23.
11. Haldane V, Foo CD, Abdalla SM, Jung AS, Tan M, Wu S, et al. Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. *Nat Med* 2021;27(6):964-80.
12. World Health Organization. Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes--WHO's framework for action. Geneva: WHO; 2007.
13. อนุตรา รัตนนราทร. รายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid 19): ผู้ป่วยรายแรกของประเทศไทยและนอนก ประเทศจีน.วารสารบำราศนราดูร 2563;14(2):116-23.
14. คมชัดลึก. 1 ก.ค.65 ปิดเกมโควิด ปรับเป็น “โรคประจำถิ่น” จัดแผน 4 ระดับ 4 เดือน. คมชัดลึกออนไลน์; 10 มีนาคม 2565; อัปเดตสถานการณ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.komchadluek.net/covid-19/507987>
15. กรมการแพทย์. แนวทางปฏิบัติการรักษาทางทันตกรรมในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://covid19.dms.go.th/backend//Content//Content_File/Covid_Health/Attach/25630330164731PM_Binder1.pdf
16. กรมการแพทย์. แนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานการผ่อนปรนเพื่อการรักษาทางทันตกรรมในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://dentalcouncil.or.th/images/uploads/file/MF5PQXQLIC0PBD17.pdf>
17. กรมการแพทย์. แนวทางปฏิบัติทางทันตกรรมวิธีใหม่ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้าสู่ระยะโรคประจำถิ่น [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://dentalcouncil.or.th/upload/files/6XoiAvGJqVUT5cFeBbrEMQsWmRx8l1DP.pdf>

18. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบฐานข้อมูลกลางด้านสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
19. สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล. ศูนย์กลางข้อมูลเปิดภาครัฐ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 21 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.data.go.th>
20. World Health Organization. Statement on the fifteenth meeting of the IHR (2005) Emergency Committee on the COVID-19 pandemic [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 30]. Available from: [https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic)
21. คำสั่งจังหวัดนนทบุรีที่ 74/2561 เรื่องขอแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคลินิกทันตกรรมคุณภาพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนนทบุรี. ลงวันที่ 8 มิถุนายน 2561.
22. ซาฮีดา วิริยาทร และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์ การเงินการคลังสุขภาพเพื่อการเตรียมความพร้อม การป้องกันและการตอบสนองโรคระบาด: บทเรียนจากโควิด 19 ในประเทศไทย; 2566 (ยังไม่ได้ตีพิมพ์).
23. ศิษฐ์ ธรรมวาทิตย์. กลยุทธ์การปรับตัวของคลินิกทันตกรรมในภาวะวิกฤตสุขภาพ. [สารนิพนธ์ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.



การพัฒนาระบบสุขาภิบาลอาหาร เพื่อรองรับสังคมดิจิทัลและวิถีชีวิตปกติใหม่

สมศักดิ์ ศิริวนารังสรรค์

ชัยเลิศ กิ่งแก้วเจริญชัย

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ศิราณี ศรีใส

มหาวิทยาลัยมหิดล

วันรับ 20 กุมภาพันธ์ 2567, วันแก้ไข 18 มีนาคม 2567, วันตอบรับ 20 มีนาคม 2567.

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบสุขาภิบาลอาหารโดยกระดัด มาตรฐาน/ มาตรการ และระบบการประเมินรับรองมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร โดยการรวบรวมข้อมูลการศึกษา ตรวจสอบและ ประมวลผล ความคิดเห็นในประเด็นการปรับปรุงมาตรฐาน กระบวนการ การรับรองและประเมินมาตรฐาน และปรับ ภาพลักษณ์ป้ายรับรองมาตรฐาน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ (1) เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานสุขาภิบาลอาหาร (2) ผู้ประกอบ การตลาด (3) ผู้ประกอบการร้านอาหาร เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา (1) การสัมภาษณ์ (2) การสนทนากลุ่ม (3) การ ประชุม (4) การสอบถามข้อมูลจากแหล่งทุติยภูมิ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและเชิงวิเคราะห์ ผลการ วิจัย พบว่า (1) กลุ่มเจ้าหน้าที่ที่มีความเข้าใจกระบวนการสุขาภิบาลอาหารแต่ภาระงานมีมากเกินไปของ อปท. ทำให้การดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารไม่ได้ตามที่กฎหมายกำหนด (2) ผู้ประกอบการตลาดเห็นว่าขั้นตอนการขอต่อ ใบอนุญาตและขั้นตอนการตรวจประเมินมีความเหมาะสม ควรมีระบบสุ่มตรวจการประเมินโดยเจ้าหน้าที่ ผู้ขาย/ ผู้ช่วยขายอาหารจะต้องผ่านการอบรม การตรวจสุขภาพทุกปี (3) ผู้ประกอบการร้านอาหาร เห็นว่าขั้นตอนการตรวจ ประเมินโดยภาครัฐมีความเหมาะสม มีความเห็นด้วยและไม่เห็นด้วยในสัดส่วนใกล้เคียงกันกับการเปลี่ยนระบบตรวจ ประเมินออนไลน์ การต่ออายุการอบรมหลักสูตรผู้สัมผัสอาหารและผู้ประกอบการด้วยการทำแบบทดสอบความรู้ (Online) และการจัดทำป้ายรับรองเพียง 1 ป้าย มี QR Code สำหรับแจ้งเรื่องร้องเรียน และการจัดทำ Application โดยการพัฒนาสุขาภิบาลอาหารเพื่อรองรับสังคมดิจิทัลและรองรับวิถีชีวิตปกติใหม่ จะดำเนินการพัฒนา 3 ส่วน ประกอบด้วย Standard, Process, Logo ซึ่งจะเป็นกลไกเอื้อในการดำเนินสุขาภิบาลอาหารที่สอดคล้อง เหมาะสม กับบริบทของสังคมในยุคดิจิทัล ทั้งการปรับปรุงเกณฑ์มาตรฐานลดความซ้ำซ้อน การปรับปรุงระบบการประเมินรับรอง มาตรฐาน โดยใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลที่ทุกคนสามารถเข้าถึงได้ ลดระยะเวลาการทำงาน เพิ่มความสะดวก ตอบสนอง ได้ทันที ตรวจสอบผลการประเมินได้ด้วยตนเอง และการปรับภาพลักษณ์ตราสัญลักษณ์ให้ทันสมัย สร้างการจดจำ เพิ่มความเชื่อมั่น การสื่อสารสร้างความเข้าใจแก่ผู้บริโภค ข้อเสนอเชิงนโยบาย (1) Re Standard ทบทวนรายละเอียด เกณฑ์ ปรับปรุง ศึกษาทดลองใช้เกณฑ์ที่ตรวจแล้วสามารถประเมินผลได้ทันที (2) Re Process กำหนดแนวทางการ พัฒนางาน ตัวชี้วัด ประเมินประสิทธิภาพ การดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารของหน่วยงานแต่ละระดับ การนำเทคโนโลยี ดิจิทัลมาปรับเปลี่ยนการดำเนินงาน (3) Re Logo การสร้าง Branding ความน่าเชื่อถือของป้ายรับรองมาตรฐาน

คำสำคัญ : ระบบสุขาภิบาลอาหาร ระบบการประเมินรับรองมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร

Development of Food Sanitation System to Support Digital Society and the New Normal

Somsak Siriwanarangsak

Chailert Kingkaewcharoenchai

Department of Health, Ministry of Public Health

Siranee Sreesai

Mahidol University

Received 20 February 2024, Revised 18 March 2024, Accepted 20 March 2024.

Abstract

This action research aims to develop the food sanitation system by enhancing the standard/measure and the assessment system for certifying the food sanitation standard. This is accomplished by collecting, examining, and processing data from studies, reviewing and analyzing opinions on improving the standard, the process of certification and evaluation, and adjusting the image of the standard certification sign. The sample groups comprise (1) food healthcare personnel, (2) marketing entrepreneurs, and (3) restaurant entrepreneurs. The tools include (1) interviews, (2) group discussions, (3) meetings, and (4) data inquiries from secondary sources. Data analysis involves inferential and analytic statistics. The research findings indicate that (1) the group of personnel comprehends the food sanitation process, but the workload exceeds the capacity of the local government organization, resulting in non-compliance with legal requirements, (2) marketing entrepreneurs find the process for license renewal and assessment appropriate. Officials should conduct a random assessment system. Food sellers/sales assistants should undergo training and health checks annually, and (3) restaurant entrepreneurs find the assessment process by the government is appropriate. They express both agreement and disagreement in similar proportions regarding the shift to an online assessment system. They also suggest renewing training for food handlers and entrepreneurs via an online knowledge test, creating a single certification sign with a QR code for complaint notifications, and developing an application. Developing the food sanitation system to support digital society and the new normal involves three components: Standard, Process, and Logo. These components will serve as mechanisms for conducting food sanitation that align with the digital-era societal context. This includes streamlining standard criteria to reduce redundancy, improving the certification assessment process using a digital platform accessible to everyone, reducing work time, increasing convenience, providing immediate responsiveness, allowing self-assessment, and modernizing the branding of certification signs to create memorability, enhance confidence, and improve consumer communication and understanding. Proposed policy actions include (1) re-standardization: reviewing detailed criteria, making adjustments, and experimenting with criteria that can provide immediate evaluation results once assessed, (2) re-process: establishing guidelines for career development, defining performance indicators, assessing the efficiency of food sanitation operations at each organizational level, and integrating digital technology to transform and enhance the workflow, and (3) re-logo: creating branding to enhance the credibility of the standard certification sign.

Keywords: Food Sanitation System, Assessment System for Certifying Food Sanitation Standard

■ unna

ประเทศไทยมีการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารมาอย่างต่อเนื่องและยาวนานกว่า 7 ทศวรรษ เพื่อส่งเสริมและคุ้มครองสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยเฉพาะผลกระทบสุขภาพจากโรคและผลกระทบอื่นๆ ต่อเนื่องที่มาจากโรคอาหารและน้ำเป็นสื่อ องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการว่า ทั่วโลกมีโรคที่เกิดจากอาหารเป็นสื่อถึง 600 ล้านคน ส่งผลให้เสียชีวิตมากกว่า 400,000 ราย ในปี ค.ศ. 2010 สาเหตุหลักเกิดจากเชื้อจุลินทรีย์ก่อโรคอุจจาระร่วง โดยเฉพาะ Noro virus และเชื้อ Campylobacter spp. โรคอุจจาระร่วงที่ทำให้มีจำนวนผู้เสียชีวิตสูงสุด คือ non-typhoidal Salmonella enterica สาเหตุหลักอื่นๆ ของการเสียชีวิตจากอาหาร ได้แก่ Salmonella typhi, Taenia solium, ไวรัสตับอักเสบบ A และอะฟลาทอกซิน⁽¹⁾ โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ส่วนใหญ่เกิดจากการปฏิบัติที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ผู้ขายอาหารริมทางและโรงเรียน พบว่า เป็นสถานที่ทั่วไปสำหรับการระบาดของโรคที่เกิดจากอาหาร⁽²⁾ ประเทศไทยมีร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร จำนวน 146,825 แห่ง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอาหารสะอาด รสชาติอร่อย 124,722 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 84.95 จากการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย ในปี พ.ศ. 2558 พบว่ามีร้านจำหน่ายอาหารรวมทั้งประเทศ จำนวน 60,105 ร้าน ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) จำนวน 49,895 ร้าน (ร้อยละ 83.01) และแผงลอยจำหน่ายอาหาร จำนวน 101,102 แผง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานจำนวน 84,710 แผง (ร้อยละ 83.8)⁽³⁾ โดยการจัดดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร เป็นการบริหารจัดการและควบคุมสิ่งแวดล้อมรวมทั้งบุคลากรที่

เกี่ยวข้องกับกิจกรรมอาหาร เพื่อให้อาหารสะอาด ปลอดภัย ปราศจากเชื้อโรค หนอนพยาธิ และสารเคมีต่าง ๆ ซึ่งอาจจะหรือเป็นอันตรายต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย สุขภาพอนามัย และการดำรงชีวิตของผู้บริโภค ซึ่งจะต้องมีการบริหารจัดการเป็นระบบ โดยมีระบบงานย่อยอื่นๆ เชื่อมโยงและร้อยเรียงเข้าด้วยกันตั้งแต่ระบบของผู้บริโภค ผู้สัมผัสอาหาร ผู้ประกอบการ เครือข่ายชมรม/สมาคม ตลอดจนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ กอปรกับมีความผันแปรจากปัจจัยทางสังคมและความท้าทายจากโรคอุบัติใหม่ ส่งผลให้ประเทศไทยได้พัฒนาเข้าสู่สังคมดิจิทัลและวิถีชีวิตปกติใหม่ ประชาชนมีการดำเนินชีวิตในรูปแบบใหม่ วิถีคิด วิถีเรียนรู้ วิถีสื่อสาร และการจัดการต่างๆ มีการใช้บริการผ่านโลกไซเบอร์มากขึ้น มีแพลตฟอร์มการบริการแบบดิจิทัล (Digital service platform) ที่ทำให้ผู้ขอรับบริการกับผู้ให้บริการติดต่อกันโดยตรงผ่านการสื่อสารด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล ทำให้เข้าถึงการให้บริการได้สะดวกขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารในยุคสังคมดิจิทัลและวิถีชีวิตปกติใหม่ของประเทศไทย จำเป็นต้องปรับตามบริบททั้งผู้ประกอบการและผู้บริโภคที่ปัจจุบันนิยมใช้ช่องทางออนไลน์มากขึ้น เพื่อความสะดวกสบาย รวดเร็ว อีกทั้งการสื่อสารออนไลน์ผ่านแพลตฟอร์มต่างๆ ที่มีมากมายและกระจายขยายวงกว้างไปได้รวดเร็วภายในระยะเวลาไม่นาน แสดงถึงการสื่อสารที่ว่องไวและทั่วถึงไม่เพียงแต่ในประเทศแต่เป็นระดับโลก เพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงสู่สังคมดิจิทัล จึงควรที่จะต้องมีการทบทวน ปรับปรุงเปลี่ยนแปลง และพัฒนาแนวทาง และมาตรการต่างๆ ทั้งระบบ (Re Branding) ได้แก่ การปรับมาตรฐาน (Re Standard) การปรับแนวทางการ

ดำเนินงาน (Re Process) และการปรับภาพลักษณ์การดำเนินงาน (Re Logo) ซึ่งทางผู้วิจัยได้ทำการศึกษาโดยทบทวนวรรณกรรม การเก็บข้อมูลภาคสนามและการประชุมระดมความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในงานสุขาภิบาลอาหาร โดยมุ่งหวังว่า ข้อมูลมาตรฐาน (Standard) มาตรการต่างๆ (Re Process) การปรับภาพลักษณ์การดำเนินงาน (Re Logo) และข้อเสนอเชิงนโยบายต่างๆ ในรายงานการศึกษานี้จะสามารถใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติการขับเคลื่อนยกระดับการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารของประเทศไทยให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนาระบบสุขาภิบาลอาหาร รองรับสังคมดิจิทัลและวิถีชีวิตปกติใหม่ ของสถานประกอบการด้านอาหารหมวด 8 และหมวด 9 ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

■ วิธีการศึกษา

รูปแบบงานวิจัยเป็นแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) การเก็บข้อมูลงานวิจัยทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ รวบรวมผลการศึกษา ตรวจสอบและประมวลผล ความคิดเห็นเพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารในประเด็นการปรับปรุงมาตรฐาน (Re Standard) กระบวนการ (Re Process) การรับรองและประเมินมาตรฐาน (Re Certified) และการปรับภาพลักษณ์ สร้างภาพจำ สร้างความเชื่อมั่นแก่ประชากร (Re Logo) กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่

1. เจ้าหน้าที่รับผิดชอบการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารของสำนักสุขาภิบาลอาหาร

และน้ำ กรมอนามัย และศูนย์อนามัย จำนวน 7 คน

2. เจ้าหน้าที่รับผิดชอบด้านการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ กรุงเทพมหานคร (สำนักงานเขตพญาไท) และจังหวัดนนทบุรี (เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล) จำนวน 27 คน

3. เจ้าของสถานประกอบการ ตลาดร้านอาหารและสถานที่จำหน่ายอาหารในที่หรือทางสาธารณะ ในสำนักงานเขตพญาไท กรุงเทพมหานคร จำนวน 63 คน และในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 156 คน ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับคัดเลือกตัวอย่างสถานประกอบการด้วยการสุ่มแบบชั้นภูมิ และเพิ่มเติมกรณีที่มีความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลอีกร้อยละ 10 ของขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตร

$$n_{prop} = \frac{N \sum N_h \pi_h (1 - \pi_h)}{N^2 D^2 + \sum N_h \pi_h (1 - \pi_h)}$$

และคำนวณขนาดตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิด้วยสูตร

$$n_h = \left[\frac{N_h}{N} \right] \times n$$

● เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

(1) แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (2) แนวทางการสนทนากลุ่ม (3) แนวทางการประชุม (4) แบบเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งทุติยภูมิ

● การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่ากลางข้อมูล และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (P-value)

● การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มผู้รับผิดชอบการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร

ปัจจัย	กลุ่ม 1 จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่ม 2 จำนวน (ร้อยละ)	ค่าไค สแควร์	p-value
หน่วยงานมีการทวนสอบผลการ ตรวจสุขาภิบาลอาหารระหว่าง ผู้ปฏิบัติงานที่ตรวจ			6.62	0.018
มี	5 (83.3)	7 (26.9)		
ไม่มี	1 (16.7)	19 (73.1)		

การวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 2023-079 วันที่ 30 มิถุนายน 2566

■ ผลการศึกษา

1. กลุ่มเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารจากส่วนกลางและส่วนภูมิภาค กลุ่มตัวอย่างที่ออกแบบไว้ กำหนดจำนวนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารเท่ากับ 56 คน ผลการเก็บข้อมูล พบว่า มีเจ้าหน้าที่ที่ยินดีให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด 34 คน (ร้อยละ 60.7) เป็นเจ้าหน้าที่สังกัดองค์กรบริหารส่วนตำบลมีสัดส่วนในการให้ข้อมูลมากที่สุด (ร้อยละ 35.3) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี และมีจำนวนหนึ่งศึกษาเพิ่มเติมในระดับปริญญาโท และปริญญาเอก พบว่า มีเพียงร้อยละ 32.4 จบการศึกษาโดยตรงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 76.5 ดำรงตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขและ/หรือนักวิชาการสุขาภิบาล ลักษณะงานและสัดส่วนที่ปฏิบัติของผู้รับผิดชอบงานสุขาภิบาลอาหารหลักด้านปฏิบัติการร้อยละ 64.3 และงานวิชาการ ร้อยละ 51.9 ในส่วนของผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยการแบ่งกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่ดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม 1 เจ้าหน้าที่ฯ สังกัดส่วนกลางและส่วน

ภูมิภาค และกลุ่ม 2 เจ้าหน้าที่สังกัดส่วนท้องถิ่น (กรุงเทพมหานครและ อปท.ในจังหวัดนนทบุรี) ในประเด็นการทวนสอบผลการตรวจสุขาภิบาลอาหารระหว่างผู้ปฏิบัติงานที่ตรวจสุขาภิบาลอาหาร พบว่า กลุ่มเจ้าหน้าที่ฯ สังกัดส่วนกลางและส่วนภูมิภาค มีการทวนสอบผลการตรวจสุขาภิบาลอาหารระหว่างผู้ปฏิบัติงานที่ตรวจสูงกว่ากลุ่มเจ้าหน้าที่ฯ สังกัดส่วนท้องถิ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= 0.018) ดังตารางที่ 1

ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ (p-value > 0.05) กับกลุ่มผู้รับผิดชอบการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร ได้แก่ ประวัติการศึกษา (ปริญญาตรี vs ปริญญาโท) หน่วยงานมีผู้ผ่านการอบรมหลักสูตร (BFSI+FSI vs EHA auditor) ปัญหาด้านวิชาการทั้ง 3 ประเด็น (1 แท้ ทันการเปลี่ยนแปลงข้อกำหนด/มาตรฐาน 2 การประยุกต์หลักวิชาการในการดำเนินงาน และ 3 พัฒนาศาสตร์ของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ไม่เป็นข้อจำกัด vs มีข้อจำกัด) และปัญหาด้านการบริหารจัดการทั้ง 3 ประเด็น (1 การนำนโยบายมาปฏิบัติ 2 การสร้างเครือข่าย/ความร่วมมือ และ 3 เครื่องมือ/สิ่งเื้อต่อการทำงาน ไม่เป็นข้อจำกัด vs มีข้อจำกัด) สาเหตุหนึ่งที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้างต้นกับกลุ่มผู้รับผิดชอบ

ดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร เนื่องจากขนาดตัวอย่างน้อยไป

2. กลุ่มผู้ประกอบการตลาด กลุ่มตัวอย่าง “ตลาด” ทั้งสิ้นจำนวน 40 แห่ง แบ่งเป็นตลาดประเภทที่ 1 จำนวน 27 แห่ง และตลาดประเภทที่ 2 จำนวน 13 แห่ง ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นทั้งหมดในจังหวัดนนทบุรี และในพื้นที่เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร จากการลงพื้นที่เก็บข้อมูลจริง สามารถเก็บตัวอย่างสถานประกอบการตลาดได้ ทั้งสิ้น จำนวน 28 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 70 ของเป้าหมายที่ตั้งไว้ ส่วนใหญ่เป็นผู้จัดการตลาด (ร้อยละ 64) และเจ้าของตลาด (ร้อยละ 36) ซึ่งถือเป็นผู้ที่เหมาะสมในการให้ข้อมูล สามารถตอบข้อคำถามได้ครบถ้วนและตรงกับสถานการณ์จริงของตลาด ทั้งนี้มีเพียงสถานประกอบการเดียว (ร้อยละ 4) ที่มีเจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์เป็นผู้ให้ข้อมูล พบว่า (ดังตาราง)

3. กลุ่มผู้ประกอบการร้านอาหาร จากการศึกษาข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจ้าของ/ผู้ดูแล

สถานประกอบการ ร้านจำหน่ายอาหารและสถานที่จำหน่ายอาหารในที่หรือทางสาธารณะ ในเขตพญาไท กรุงเทพมหานคร และเขตจังหวัดนนทบุรี จำนวนทั้งหมด 203 ร้าน สามารถแบ่งสถานที่จำหน่ายอาหารเป็น 2 กลุ่มดังนี้ (1) ร้านจำหน่ายอาหาร จำนวน 167 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 81 และ (2) สถานที่จำหน่ายอาหารในที่หรือทางสาธารณะ (แผงลอยจำหน่ายอาหาร) จำนวน 36 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 19 เป็นร้านขนาดเล็กมีพื้นที่น้อยกว่า 200 ตารางเมตร จำนวน 98 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 67.1 และร้านขนาดใหญ่ที่มีพื้นที่มากกว่า 200 ตารางเมตร จำนวน 48 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 32.9 พบว่า (ดังตาราง)

ในส่วนของขั้นตอนการตรวจประเมินสุขาภิบาลอาหารโดยภาครัฐมีความเหมาะสมดี ผู้ประกอบการ เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย ในสัดส่วนใกล้เคียงกันกับการเปลี่ยนระบบตรวจประเมินเป็นระบบออนไลน์ โดยเจ้าของร้านอาหารตรวจประเมินด้วยตนเองและส่งหลักฐานการตรวจผ่าน

มาตรการในการดูแลสุขอนามัยและความปลอดภัยของอาหาร	ร้อยละ
<ul style="list-style-type: none"> มีการคัดเลือกผู้ขาย โดยดูคุณภาพของสินค้าที่จำหน่าย 	71.4
<ul style="list-style-type: none"> การตรวจเฝ้าระวังสารปนเปื้อนในอาหาร 	64.3
<ul style="list-style-type: none"> มีช่องทางในการรับฟังความเห็นหรือรับเรื่องร้องเรียนจากลูกค้า 	53.6
ขั้นตอนการขอและการต่อใบอนุญาต	
<ul style="list-style-type: none"> เหมาะสม 	75.0
<ul style="list-style-type: none"> ไม่เหมาะสม 	3.6
<ul style="list-style-type: none"> ไม่มีความเห็น 	21.4
ข้อเสนอแนะ	
<ul style="list-style-type: none"> ให้มีการดูแลบำรุงรักษาบ่อพักไขมันเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง 	38.5
<ul style="list-style-type: none"> การปรับปรุงหลังคาหรือเต็นท์ที่ชำรุด 	30.8
<ul style="list-style-type: none"> การจัดการห้องสุขา 	15.4

มาตรการในการดูแลสุขอนามัยและความปลอดภัยของอาหาร	ร้อยละ
<ul style="list-style-type: none"> • การตรวจเฝ้าระวังสารปนเปื้อนในอาหาร • มีช่องทางในการรับฟังความเห็นหรือรับเรื่องร้องเรียนจากลูกค้า 	<p>66.9</p> <p>49.0</p>
ขั้นตอนการขอและการต่อใบอนุญาต	
<ul style="list-style-type: none"> • เหมาะสม • ไม่เหมาะสม • ไม่มีความเห็น 	<p>80.5</p> <p>11.5</p> <p>8.0</p>
หมวดการประเมินที่กลุ่มร้านอาหารไม่ผ่านมากที่สุด	
<ul style="list-style-type: none"> • หมวดสถานที่ • หมวดอาหาร • หมวดสุขลักษณะภาชนะอุปกรณ์ 	<p>28.6</p> <p>13.8</p> <p>12.1</p>

ทางระบบแอปพลิเคชัน แทนการตรวจประเมิน โดยภาครัฐส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการต่ออายุการอบรมหลักสูตรสุขาภิบาลอาหารสำหรับผู้สัมผัสอาหาร ผู้ประกอบการ ด้วยการทำแบบทดสอบความรู้ (Online) ก็เพียงพอแล้ว ควรต่ออายุโดยการอบรมและทดสอบความรู้กับหน่วยจัดอบรม เห็นด้วยกับการให้สัมผัสอาหารต้องผ่านการตรวจสุขภาพโดยมีหลักฐานใบรับรองแพทย์ทุกปี เห็นด้วยกับการจัดทำป้ายรับรองเพียง 1 ป้ายที่บังคับตามกฎหมายที่ป้ายมี QR Code สำหรับแจ้งเรื่องร้องเรียนและมีการจัดทำ Application

จากการสนทนากลุ่ม Focus group เพื่อสำรวจความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในงานสุขาภิบาลอาหาร และการจัดทำประชาพิจารณ์ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการดำเนินงานสุขาภิบาลในประเด็นความเห็นที่มีต่อรูปแบบการยกระดับมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารภายใต้วิถีชีวิตใหม่ โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มย่อย ได้แก่ Re Standard, Re Process และ Re Logo โดยได้ข้อเสนอแนวทางจากทั้ง 3 กลุ่ม คือปรับปรุงเกณฑ์ประเมิน

มาตรฐานให้ทันสมัยตามสถานการณ์ ลดจำนวนข้อที่ไม่จำเป็น เพิ่มความชัดเจนให้ง่ายต่อการตรวจประเมิน ปรับปรุงกระบวนการตรวจประเมินโดยใช้แพลตฟอร์มดิจิทัล เพื่ออำนวยความสะดวกของผู้ประกอบการ ลดระยะเวลาของเจ้าหน้าที่ตรวจประเมิน เพิ่มการบังคับใช้กฎหมาย ป้ายรับรองมาตรฐาน สร้างภาพลักษณ์ สร้างภาพจำเพิ่มความเชื่อมั่น ช่องทางการแสดงความคิดเห็น/ข้อร้องเรียน ผ่าน QR Code บนป้าย

■ อภิปรายผล

1. กลุ่มเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารจากส่วนกลางและส่วนภูมิภาคมีความเข้าใจกระบวนการสุขาภิบาลอาหารแต่พบปัญหาแตกต่างกันตามระดับหน่วยงาน ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี และมีจำนวนหนึ่งศึกษาเพิ่มเติมในระดับปริญญาโท และปริญญาเอก ระดับการศึกษานี้มีส่วนสำคัญในการเอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานแต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาสาขาที่จบการศึกษาพบว่า มี

เพียงร้อยละ 32.4 จบการศึกษาโดยตรงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และมีเพียงร้อยละ 57.6 ของเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกอบรมการตรวจก่อนปฏิบัติหน้าที่ เมื่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการฝึกอบรม/แนะนำโดยการถ่ายทอดประสบการณ์จากบุคลากรอาวุโสที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานนั้นๆ ทั้งนี้หากหน่วยงานมีบุคลากรที่เคยได้รับการอบรมในหลักสูตรด้านสุขภาพอาหารก็มีส่วนช่วยพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานสุขภาพอาหารได้ดียิ่งขึ้นแต่สิ่งสำคัญที่พบคือ ร้อยละ 62.5 ของเจ้าหน้าที่ มีการปฏิบัติโดยไม่มีระบบในการทวนสอบการดำเนินงาน ซึ่งประเด็นนี้อาจส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนของการประเมินสุขลักษณะของสถานประกอบการจำหน่ายอาหาร หรือผลการดำเนินงานอื่นๆ ที่ผิดพลาดได้โดยเฉพาะการปฏิบัติงานที่ต้องมีการใช้ดุลยพินิจต่างๆ หากพิจารณาการดำเนินงานในประเทศสหรัฐอเมริกา⁽⁴⁾ จะพบว่า การพัฒนาคุณภาพของผู้ตรวจสุขภาพอาหาร (Food Inspector) ที่เคร่งครัดโดยมีการควบคุมให้ผู้ปฏิบัติงานตำแหน่งนี้ต้องผ่านหลักสูตรอบรมพื้นฐาน (Pre-inspector) การฝึกอบรมภาคสนามเบื้องต้นและฝึกประสบการณ์ภาคสนามอย่างน้อย 25 ครั้ง และการสอบวัดมาตรฐาน (Standardized) ร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญในการตรวจร้านอาหารอย่างน้อย 4-8 ครั้ง ทุก 3 ปี และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องสิ่งเหล่านี้มีส่วนช่วยสร้างเส้นทางอาชีพ (Career path) ที่มีประสิทธิภาพ และขจัดปัญหาการใช้ดุลยพินิจที่ไม่ตรงกัน ภาระงานอนามัยสิ่งแวดล้อมภาพรวมมีมากเกินศักยภาพของ อปท. ไม่สามารถดำเนินงานด้านสุขภาพอาหารได้ตามที่กฎหมายกำหนดหากไม่มีการพัฒนาระบบงานที่เอื้อต่อการทำงานแก่หลักสูตร BFSI, FSI, EHA

auditor และ EHA Inspector ระบบการสื่อสารและที่ถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล ต้องสร้างความเข้มแข็ง ซึ่งพบว่า มีประสิทธิภาพไม่ดีเท่าที่ควร ประเด็นงบประมาณ วิชาการและบริหาร

2. กลุ่มผู้ประกอบการตลาด เห็นว่าขั้นตอนการขอต่อใบอนุญาต ขั้นตอนการตรวจประเมินมีความเหมาะสม และเห็นด้วยกับการตรวจประเมินโดยเจ้าหน้าที่ ผู้ประกอบการเป็นผู้ตรวจประเมินด้วยตนเองแล้วส่งผลตรวจผ่านแอปพลิเคชันในระบบออนไลน์ หากมีนโยบายให้ผู้ประกอบการตรวจประเมินได้ด้วยตนเอง ควรมีระบบ สุ่มตรวจการประเมินโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือเอกชน ที่ได้รับอนุญาตในการประเมินอย่างน้อย 1 ครั้ง ในรอบ 3 - 5 ปี ผู้ขาย/ผู้ช่วยขายอาหารจะต้องผ่านการอบรมควรมีการอบรมและทดสอบความรู้กับหน่วยจัดอบรม การตรวจสุขภาพผู้ขาย/ผู้ช่วยขายอาหาร เป็นประจำทุกปี ในส่วนขั้นตอนการขอรับการรับรองมาตรฐานมีความเหมาะสมดี ภาครัฐขาดการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรู้จักมาตรฐานตลาด บางส่วนยังไม่รู้จักป้ายรับรองมาตรฐาน จากผลการตรวจประเมินสุขภาพตลาด ซึ่งยังพบข้อจำกัดในการจัดการด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อม ใกล้เคียงกับการศึกษาของ เจนจิรา สีดาจิตร และอุไรวรรณ อินทร์ม่วง⁽⁵⁾ ซึ่งศึกษาการดำเนินงานตลาดสดนำซื้อในพื้นที่จังหวัดเลย พบว่า เกณฑ์ที่ทำให้ผู้ประกอบการตลาดไม่ผ่านเกณฑ์ตลาดสดนำซื้อได้แก่ การบริหารจัดการห้องส้วม การทำความสะอาดตลาด การจัดวางสิ่งของวัสดุอุปกรณ์ การเก็บและรวบรวมมูลฝอย และระบบบ่อดักไขมัน ธนชีพ พีระธรณิศร์ และคณะ⁽⁶⁾ พบว่าในสถานประกอบการตลาดประเภทที่ 1 ที่ทำการสำรวจ แม้จะผ่านเกณฑ์ตลาดสด นำซื้อ ระดับดี (3 ดาว)

แล้วยังมีข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์อีกหลายข้อ เช่น การกำจัดมูลฝอยไม่ถูกหลักสุขาภิบาล ห้องส้วมไม่สะอาด ไม่มีการควบคุมป้องกันสัตว์และแมลงพาหะนำโรค เป็นต้น และชราดล ป้องศรีสุข⁽⁷⁾ ศึกษาการพัฒนาตลาดสดนำวิธีใหม่ในเขตสุขภาพที่ 11 พบว่า ตลาดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 จะไม่ผ่านเกณฑ์ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม โดยประเด็นสำคัญที่ไม่ผ่านคือ ขาดการบำรุงรักษาตลาด พื้นที่จำหน่ายสินค้าเป็นหมวดหมู่ ไม่มีการจัดทำผังแสดงโซนจำหน่ายสินค้าทำให้ไม่สามารถทำความสะอาดได้อย่างทั่วถึง ที่รองรับมูลฝอยไม่เหมาะสม

3. กลุ่มผู้ประกอบการร้านอาหาร ขั้นตอนการตรวจประเมินสุขาภิบาลอาหารโดยภาครัฐมีความเหมาะสมดี ผู้ประกอบการเห็นด้วยและไม่เห็นด้วยในสัดส่วนใกล้เคียงกันกับการเปลี่ยนระบบตรวจประเมินเป็นระบบออนไลน์ โดยเจ้าของร้านอาหารตรวจประเมินด้วยตนเองและส่งหลักฐานการตรวจผ่านทางระบบแอปพลิเคชัน แทนการตรวจประเมินโดยภาครัฐส่วนใหญ่มีความเห็นว่า การต่ออายุการอบรมหลักสูตรสุขาภิบาลอาหารสำหรับผู้สัมผัสอาหาร ผู้ประกอบการ ด้วยการทำแบบทดสอบความรู้ (Online) ก็เพียงพอแล้ว ผู้สัมผัสอาหารต้องผ่านการตรวจสุขภาพ มีหลักฐานใบรับรองแพทย์ทุกปีเห็นด้วยกับการจัดทำป้ายรับรองเพียง 1 ป้ายที่บังคับตามกฎหมายที่ป้ายมี QR Code สำหรับแจ้งเรื่องร้องเรียนและมีการจัดทำ Application จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาวิจัยยังพบข้อจำกัดของการตรวจประเมินสุขาภิบาลอาหารที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Soon⁽⁸⁾ ที่พบว่า แผงขายอาหารริมทางจำนวนมากมักจะตั้งอยู่ใกล้กับการจราจรและบริเวณอื่นๆ เช่น ท่อระบายน้ำ จุดรวบรวมขยะอาคารหรือสถานที่ก่อสร้าง แม้แต่ใกล้ห้องน้ำ

สิ่งนี้ก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับอาหารปรุงสำเร็จมักเผชิญกับการปนเปื้อนโดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในกลุ่มผู้ประกอบการสถานที่จำหน่ายอาหาร (ร้านจำหน่ายอาหารและสถานที่จำหน่ายอาหารในที่หรือทางสาธารณะ) ที่ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05 จากการศึกษาของ นฤมล วีระพันธ์ และปราณี ทองคำ⁽⁹⁾ ได้ศึกษาปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคมและปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ ความรู้ เจตคติต่อการสุขาภิบาลอาหาร การเป็นสมาชิกชมรมผู้ประกอบการอาหาร และการมีหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องให้คำแนะนำ มีผลต่อการได้มาตรฐานของร้านอาหารเขตอำเภอเมืองจังหวัดปัตตานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

■ สรุปผลการศึกษา

การพัฒนาระบบสุขาภิบาลอาหาร เพื่อรองรับสังคมดิจิทัลและวิถีชีวิตปกติใหม่ จำเป็นต้องยกระดับมาตรฐาน/มาตรการและระบบประเมินรับรองมาตรฐานสถานประกอบการกิจการอาหารรองรับสังคมดิจิทัลและวิถีชีวิตปกติใหม่ จากการศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรม การรวบรวมข้อมูลในภาคสนามจากกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม และการจัดประชุมระดมความคิดและปรึกษาพิจารณาของกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร สามารถสรุปประเด็นการพัฒนาระบบสุขาภิบาลอาหาร และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายได้ ดังตาราง

ข้อสรุปจากแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

1. กลุ่มเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารจากส่วนกลางและส่วนภูมิภาคมีความเข้าใจกระบวนการสุขาภิบาลอาหารและให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบได้อย่างละเอียดจากส่วนท้องถิ่นโดยเฉพาะจากองค์การบริหารส่วน

ประเด็นมาตรฐาน/ ระบบการดำเนินงาน	ข้อเสนอการพัฒนา	ข้อเสนอเชิงนโยบาย
Re Standard ยกระดับมาตรฐานสุขภาพอาหารของสถานประกอบการอาหาร	<ol style="list-style-type: none"> 1. สามารถประยุกต์ใช้กับสถานประกอบการหลายประเภท 2. เหมาะสมกับระบบการจัดบริการอาหารในวิถีชีวิตปกติใหม่ 3. นำปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอาหารเป็นหลักคิดในการกำหนดรายละเอียดเกณฑ์มาตรฐาน 4. ลด/ตัด/ปรับเกณฑ์ที่ต้องใช้ดุลพินิจของผู้ตรวจประเมิน 5. ปรับเกณฑ์การประเมินที่ตรวจแล้วสามารถประเมินผลได้ทันทีพร้อมทั้งมีข้อเสนอแนะให้สถานประกอบการปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้เกิดการปรับปรุงพัฒนาที่ทันทั่วทั้ง 	<p>สร้างการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกขั้นตอนการทบทวนรายละเอียดเกณฑ์ และการปรับปรุงเกณฑ์ และมีการศึกษาและทดลองใช้เกณฑ์มาตรฐานในบริบทที่หลากหลายก่อนประกาศ/กำหนดใช้จริง และพัฒนาแผนการทบทวนและปรับปรุงเกณฑ์ตามกรอบเวลาทุกช่วง 3-5 ปี</p>
Re Process รูปแบบการตรวจประเมิน/ระบบ Digital Technology	<ol style="list-style-type: none"> 1. พัฒนาประสิทธิภาพของแพลตฟอร์ม (Food Handler) ที่มีอยู่ให้ตอบโจทย์ความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทั้งการประเมินตนเอง/การรับรองผล และสร้างมูลค่าของสถานประกอบการ 2. เพิ่มระบบและกลไกการเพื่อส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่และผู้เกี่ยวข้องปฏิบัติงานและรายงานผลการดำเนินงานต่างๆ ผ่านแพลตฟอร์ม FoodHandler 3. มีระบบ AI เพื่อจัดการความปลอดภัยของข้อมูล ทวนสอบระบบการดำเนินงาน และเชื่อมโยงให้ผู้เกี่ยวข้องและ/หรือผู้บริโภคเข้าถึงข้อมูลที่สามารถเผยแพร่ได้ 4. ใช้ระบบตรวจประเมิน online โดยส่งหลักฐานผ่านเว็บไซต์ หรือ Application 5. สร้างความรอบรู้ทางดิจิทัลเทคโนโลยีแก่ผู้มีส่วนได้เสียทุกภาคส่วน 	<p>กำหนดระยะเวลาให้หน่วยงานต่างๆ ปรับเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงานด้วยแพลตฟอร์ม Food Handler เป็นช่องทางหลัก เพิ่มมาตรการสนับสนุนการเข้าสู่ระบบงานด้วยดิจิทัลเทคโนโลยีภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ (ส่งเสริมต้นแบบหน่วยงาน/สถานประกอบการ) และกำหนดเป็นเงื่อนไขให้ผู้ประกอบการใช้ในการประเมินตนเองและดำเนินการตามข้อกำหนดก่อนขอใบอนุญาตประกอบกิจการ และพัฒนาแพลตฟอร์มอื่นๆ (Food watch, Food marketing) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและสร้างการมีส่วนร่วมภาคประชาสังคม</p>
Re Logo ปรับภาพลักษณ์ สร้างภาพจำ เพิ่มความเชื่อมั่นแก่ประชาชน	<ol style="list-style-type: none"> 1. สร้าง Branding เน้นคุณภาพระบบป้าย (ไม่เน้นปริมาณ) 2. เพิ่ม QR code สำหรับสแกนเว็บป้ายรับรองมาตรฐาน เพื่อให้ผู้ประกอบการสามารถดูข้อมูลสถานะการดำเนินการได้และผู้บริโภคสแกนรู้ข้อมูลแบบ real time ผ่านแพลตฟอร์ม และร้านจำหน่ายอาหารที่อยู่ใน platform delivery โซว์ป้ายรับรองเพื่อประชาสัมพันธ์ให้ลูกค้าได้ทราบ <ul style="list-style-type: none"> - เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันและมีชีวิตในแพลตฟอร์มที่ผู้เกี่ยวข้องสามารถเข้าไปใช้งานได้ - ใช้สื่อ Social ที่หลากหลายเป็นกลยุทธ์ในการสื่อสารสร้างคอนเทนต์ที่น่าสนใจ เช่น จัดทำคลิปร้านต้นแบบและประชาสัมพันธ์ร้านต่างๆ ที่ได้รับมาตรฐานในช่องทางต่างๆ 	<p>สร้างความน่าเชื่อถือและมาตรฐานป้ายให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ตรวจสอบจริง ประเมินจริง เพื่อให้เกิดการพัฒนา</p>

ตำบลส่วนใหญ่ไม่สามารถตอบข้อคำถามได้หมด ภาระงานอนามัยสิ่งแวดล้อมภาพรวมมีมากเกินไป ศักยภาพของ อปท. ไม่สามารถดำเนินงาน สุขาภิบาลอาหารได้ตามที่กฎหมายกำหนด หากไม่มีการพัฒนาระบบงานที่เอื้อต่อการทำงาน แก่หลักสูตร BFSI, FSI, EHA auditor และ EHA Inspector ระบบการสื่อสารและที่ถ่ายทอด แนวทาง การดำเนินงาน ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล ต้องสร้างความเข้มแข็ง ซึ่งพบว่ามีประสิทธิภาพ ไม่ดีเท่าที่ควร ประเด็นงบประมาณ วิชาการและ บริหารจัดการพบปัญหาแตกต่างกันตามระดับ หน่วยงาน

2. กลุ่มผู้ประกอบการตลาดส่วนใหญ่ เห็นว่าขั้นตอนการขอต่อใบอนุญาต และขั้นตอน การตรวจประเมินมีความเหมาะสมดีแล้ว เห็นด้วย กับการตรวจประเมินโดยเจ้าหน้าที่ ผู้ประกอบการ เป็นผู้ตรวจประเมินด้วยตนเองแล้วส่งผลตรวจ ผ่านแอปพลิเคชันในระบบออนไลน์ มีผู้เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยพอๆ กัน หากมีนโยบายให้ผู้ ประกอบการตรวจประเมินได้ด้วยตนเอง ควรมี ระบบคุ้มครองการประเมินโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือเอกชนที่ได้รับอนุญาตในการประเมิน อย่าง น้อย 1 ครั้ง ในรอบ 3 – 5 ปี เห็นด้วยที่ผู้ขาย/ ผู้ช่วยขายอาหารจะต้องผ่านการอบรมควรมีการ อบรมและทดสอบความรู้กับหน่วยจัดอบรม ควร มีการตรวจสุขภาพผู้ขาย/ผู้ช่วยขายอาหาร เป็น ประจำทุกปี ขั้นตอนการขอรับการรับรอง มาตรฐาน มีความเหมาะสมดีแล้ว ภาครัฐขาดการ ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรู้จักมาตรฐานตลาด บางส่วนยังไม่รู้จักป้ายรับรองมาตรฐาน เห็นด้วย กับการรวมป้ายรับรองมาตรฐานเป็นป้ายเดียว

3. กลุ่มผู้ประกอบการร้านอาหาร ขั้นตอนการตรวจประเมินสุขาภิบาลอาหารโดย

ภาครัฐมีความเหมาะสมดี ผู้ประกอบการเห็นด้วย และไม่เห็นด้วย ในสัดส่วนใกล้เคียงกันกับการ เปลี่ยนระบบตรวจประเมินเป็นระบบออนไลน์ โดย เจ้าของร้านอาหารตรวจประเมินด้วยตนเองและส่ง หลักฐานการตรวจผ่านทางระบบแอปพลิเคชัน แทนการตรวจประเมินโดยภาครัฐส่วนใหญ่มีความ เห็นว่าการต่ออายุการอบรมหลักสูตรสุขาภิบาล อาหารสำหรับผู้สัมผัสอาหาร ผู้ประกอบการ ด้วยการทำแบบทดสอบความรู้ (Online) ก็เพียงพอแล้วควรต่ออายุ โดยการอบรมและทดสอบ ความรู้กับหน่วยจัดอบรมเห็นด้วยกับการให้สัมผัส อาหารต้องผ่านการตรวจสุขภาพโดยมีหลักฐาน ใบรับรองแพทย์ทุกปีเห็นด้วยกับการจัดทำป้าย รับรองเพียง 1 ป้ายที่บังคับตามกฎหมายที่ป้ายมี QR Code สำหรับแจ้งเรื่องร้องเรียนและมีการ จัดทำ Application

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะต่อมาตรการในการพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารเพื่อยกระดับมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารรูปแบบใหม่เพื่อ รองรับสังคมดิจิทัลและวิถีชีวิตปกติใหม่ สรุปดังนี้

1. Re standard ทบทวนรายละเอียด เกณฑ์ ปรับปรุง มีการศึกษาทดลองใช้เกณฑ์ เป็นเกณฑ์ที่ตรวจแล้วสามารถประเมินผลได้ทันที ลดการใช้ดุลยพินิจในการตรวจประเมิน เน้น 5 ปัจจัยเสี่ยงและการได้รับใบอนุญาตก่อนประกอบ การทั้งกิจการขนาดเล็กและใหญ่

2. Re Process กำหนดแนวทางการ พัฒนางานตัวชี้วัดประเมินประสิทธิภาพต้อง ดำเนินตามบทบาทหลักของหน่วยงานด้าน สุขาภิบาลอาหารแต่ละระดับกำหนดคุณสมบัติ เฉพาะตำแหน่งของ Food Inspector และพัฒนา

หลักสูตรพัฒนาคุณภาพ (BFSI, FSI) และกำหนดรูปแบบการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาช่วยดำเนินงานพัฒนาและปรับเปลี่ยนการดำเนินงานด้วยแพลตฟอร์ม FoodHandle สนับสนุนและกำหนดเป็นเงื่อนไขให้ผู้ประกอบการใช้ในการประเมินตนเองและดำเนินการตามข้อกำหนดเกณฑ์มาตรฐานก่อนขอต่อใบอนุญาตผู้ประกอบการกิจการพัฒนาบุคคลที่สาม (Third Party) เป็นผู้ช่วยสถานประกอบการในการตรวจประเมินเฝ้าระวัง ปัจจัยเพื่อรับรองคุณภาพ สร้างกลไก Audit รับรองมาตรฐานระบบตรวจการประเมินผ่านช่องทางออนไลน์พัฒนาระบบเอื้อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพิ่มการปฏิบัติตามกฎหมาย

3. Re Logo กำหนดแผนงานและงบประมาณสนับสนุนการสร้างแรงจูงใจร่วมมือกับหน่วยงานส่งเสริมให้ผู้บริโภค เลือกใช้บริการสถานประกอบการที่ได้รับการรับรองมาตรฐานสร้าง Branding ความน่าเชื่อถือและมาตรฐานป้ายให้สอดคล้องกันกับสภาพความเป็นจริงปรับปรุงระบบการถ่ายทอด/อบรม/เจ้าหน้าที่ให้ทราบเกณฑ์การประเมินและวิธีการตรวจที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ สร้างระบบการต่ออายุป้ายมาตรฐานที่ปฏิบัติจริงได้ง่ายมีความน่าเชื่อถือ มีการสุ่มตรวจเป็นระบบ มอบหมายภารกิจให้เจ้าหน้าที่ด้านประชาสัมพันธ์ ส่งเสริมการรับรู้ข้อมูล ข่าวสารให้ผู้บริโภค เพิ่มช่องทางการสื่อสารอื่น ๆ ของผู้บริโภค

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. World Health Organization 2015. [Internet]. 2018 [cited 2023 Jan 18]. Available from: https://www.who.int/foodsafety/publications/foodborne_disease/fergreport/en.
2. Dewanti-Hariyadi R, Gitapratwi D, Motarjemi Y. Foodborne diseases: Prevalence of foodborne diseases in South East and central Asia. Encyclopedia of food safety 2014;1:1287-94.
3. สำนักสุขภาพอาหารและน้ำ. ข้อมูล Clean Food Good Taste [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 9 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/0H374/>.
4. United States Food and Drug Administration. Food Code 2022 [Internet]. 2023 [cited 2023 Jan 18]. Available from: <https://www.fda.gov/food/retail-foodprotection/fda-food-code>.
5. เจนจิรา สีดาจิตร, อุไรวรรณ อินทร์ม่วง. เปรียบเทียบการดำเนินงานตลาดสดนำซื้อในตลาดสดที่ผ่านเกณฑ์และตลาดสดที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตลาดสด นำซื้อ: กรณีศึกษา ตลาดสดในพื้นที่จังหวัดเลย. วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย 2556;8(3):110-9.
6. ธนชีพ พิระธรณิศร์, ดุสิต สุจิรารัตน์, ศิราณี ศรีใส. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสภาวะการดูแลสุขภาพอาหารในเขตเทศบาลนครพิษณุโลกจังหวัดพิษณุโลก. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2558;45(3):230-43.
7. ธราดล ศรีสุข. การศึกษาเปรียบเทียบผลการพัฒนาตลาดสดนำซื้อวิถีใหม่: กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 11. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา 2566;3(3):18-35.
8. Soon JM. Rapid Food Hygiene Inspection Tool (RFHiT) to assess hygiene conformance index (CI) of street food vendors. LWT-Food Science and Technology [internet]. 2019 [cited 2023 Jan 18]; 113(108304). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.lwt.2019.108304>.
9. นฤมล วีระพันธ์ และปราณี ทองคำ. ปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะการสุขภาพอาหารตามหลักเกณฑ์ข้อกำหนดมาตรฐานของร้านอาหารในเขตอำเภอเมืองจังหวัดปัตตานี. วารสารสงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ 2550;13(2):187-200.

HEALTH

การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ จังหวัดเพชรบุรี

เพชรฤกษ์ แทนสวัสดิ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2567, วันแก้ไข 8 มีนาคม 2567, วันตอบรับ 19 มีนาคม 2567

บทคัดย่อ

จังหวัดเพชรบุรีให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการดูแลกลุ่มเปราะบาง แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์หรือแผนการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดเพชรบุรี พัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การดูแลกลุ่มเปราะบาง ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การดูแลกลุ่มเปราะบาง เพื่อขยายผล วิธีการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาแบบการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มย่อย ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มเปราะบาง เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม และ ระยะที่ 3 ขยายผลการนำรูปแบบการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตไปใช้ในการดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยการถอดบทเรียนการสะท้อนกลับ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามระดับความพึงพอใจของผู้ให้บริการ และการรับบริการของกลุ่มเปราะบางด้วยการสุ่ม จำนวน 99 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เชิงคุณภาพ จากนั้นสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย ผลการวิจัยพบว่า จังหวัดเพชรบุรีมีรูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วย 1) นโยบายที่ชัดเจน 2) การมีทีมหน้าที่เข้มแข็ง 3) การจัดตั้งอนุกรรมการ พชอ. 4) การใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง และ 5) การสร้างค่านิยมร่วม โดยมีรูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอการดูแลกลุ่มเปราะบาง ดังนี้ 1) การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล 2) พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต 3) วิเคราะห์และกำหนดปัญหาแบบมีส่วนร่วม 4) จัดทำแผนการดูแลกลุ่มเปราะบาง 5) จัดหางบประมาณ 6) ดำเนินการด้วยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน 7) มีแผนและกำกับ ติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง 8) การถอดบทเรียน 9) การคืนข้อมูลสู่ชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งนี้เมื่อได้ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอการดูแลกลุ่มเปราะบาง มีการบูรณาการทำให้กลุ่มเปราะบางมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร้อยละ 100 ผ่านเกณฑ์คุณภาพ UCCARE 8 อำเภอโดยผู้ให้บริการมีระดับความพึงพอใจ ระดับมากที่สุด $\bar{X} = 4.52$ และกลุ่มเปราะบางมีระดับความพึงพอใจ ระดับมาก $\bar{X} = 2.40$ สรุปผลการศึกษา การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดเพชรบุรี ในการดูแลกลุ่มเปราะบางต้องมีการบูรณาการจากหลายภาคส่วน มีนโยบายชัดเจน คณะกรรมการและทีมหน้าที่เข้มแข็ง วิเคราะห์และกำหนดปัญหาแบบมีส่วนร่วม มีแผนและงบประมาณสนับสนุน ติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การดูแลกลุ่มเปราะบาง การถอดบทเรียน

Developing a Model for Driving the Operation to Improve the Quality of Life in the District Health Board, Phetchaburi Province

Petchrurk Tansawad

Phetchaburi Provincial Public Health Office

Received 12 February 2024, Revised 8 March 2024, Accepted 19 March 2024.

Abstract

Phetchaburi Province emphasizes improving the quality of life in its districts in caring for vulnerable groups. However, there still needs to be a clear, concrete model for driving quality of life development at the district level, tailored to the local context. The study aimed to 1) to investigate the different approaches for promoting quality of life development at the district level in Phetchaburi province, 2) to establish models for driving quality-of-life development at the district level, with a specific emphasis on caring for vulnerable groups, 3) to evaluate the effectiveness of the model for driving quality-of-life development at the district level. Method Research & Development The study was carried out in three phases. During Phase 1, the model was examined, and qualitative data was collected through in-depth interviews and group discussions. Phase 2 Developed model and evaluated the effectiveness of a quality of life development model for vulnerable groups by collecting qualitative data through an in-depth interview and group discussion. And Phase 3 By taking lessons from the model, expanded the results of using it to serve vulnerable groups. Data was collected through various methods, such as lessons learned, reflection, service enrollment numbers, and satisfaction surveys from a random sample of 99 participants. Statistical analysis was conducted, including frequency, percentage, mean, standard deviation, and qualitative analysis. Based on the findings, policy recommendations were formulated. The result showed that the research findings revealed that Phetchaburi province had various elements in place to improve the quality of life at the district level. These included 1) clear policies, 2) strong leadership teams, 3) the establishment of a local development committee, 4) the utilization of community-based spaces, and 5) the creation of shared values. Furthermore, the model for enhancing quality of life and supporting vulnerable groups involved a series of steps. These steps included 1) appointing a sub-district quality of life development committee, 2) providing capacity building for the committee, 3) conducting collaborative problem analysis and definition, 4) formulating a plan to support vulnerable groups, 5) obtaining a budget, 6) implementing the plan with the participation of all stakeholders, 7) consistently planning, monitoring, and evaluating, 8) extracting lessons learned, and 9) providing feedback to the community, involving both beneficiaries and contributors. After evaluating the effectiveness of the model for enhancing quality of life and supporting vulnerable groups at the district level, it was observed that the integration of these efforts resulted in a 100% improvement in the quality of life for the vulnerable group. This improvement met the UCCARE quality criteria in eight districts. Service providers expressed the highest level of satisfaction, with an average score (\bar{X}) = 4.52, while the vulnerable group indicated a high level of satisfaction, with an average score (\bar{X}) = 2.40. In conclusion, Based on the findings, advancing the quality of life at the district level, particularly in caring for vulnerable

groups in Phetchaburi province, requires collaboration across multiple sectors, clear policies, strong committees, and effective leadership teams. Collaborative problem analysis and solutions definition are critical, alongside the implementation of supportive plans and budgets. Continuous monitoring and evaluation are essential.

Keywords : promoting quality of life development at the district level, caring for vulnerable groups, lessons learned

■ unก้า

การกำหนดยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) เพื่อให้ประเทศไทยบรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” โดยมีเป้าหมายการพัฒนาประเทศ⁽¹⁾ คือ “ประเทศชาติมั่นคง ประชาชนมีความสุข เศรษฐกิจพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สังคมเป็นธรรม ฐานทรัพยากรธรรมชาติยั่งยืน” โดยมียุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม เป็น 1 ใน 6 ยุทธศาสตร์ มีเป้าหมายการพัฒนาที่ให้ความสำคัญกับการดึงเอาพลังของภาคส่วนต่างๆ มาช่วยขับเคลื่อน โดยการสนับสนุนการรวมตัวของประชาชนในการ ร่วมคิด ร่วมทำ เพื่อส่วนรวมสามารถพึ่งตนเอง แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 เน้นให้คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา สร้างความมั่นคงของชาติ พัฒนาคนทุกวัยให้เป็น คนดี คนเก่ง โดยกำหนดให้ แนวคิดที่ 3 ของเศรษฐกิจพอเพียง มีความสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนของสหประชาชาติ โดยกำหนดทิศทางพัฒนาที่อยู่บนพื้นฐานของแนวคิด “ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” มุ่งเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับประชาชนทุกกลุ่ม⁽²⁾

ระบบสุขภาพอำเภอถือเป็นจุดคานงัดในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้น โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หรือ คณะกรรมการ พชอ. (District Health Board) ประกอบกับ ในปี 2561 มีระเบียบสำนัก

นายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีนายอำเภอเป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ ประกอบด้วยภาครัฐ จำนวน 6 คน ภาคเอกชน จำนวน 6 คน และภาคประชาชน จำนวน 7 คน รวม 21 คน มีการคัดเลือกประเด็นปัญหาขับเคลื่อนอย่างน้อย 2 ประเด็น⁽³⁾ โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน และประชาชนเป็นศูนย์กลาง เป็นกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชน ตามแนวคิด “คนไทย ใส่ใจดูแลกัน” เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน⁽⁴⁾ กระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน⁽⁵⁾ การประเมินโดยใช้ CIPP model⁽⁶⁾ พบว่า อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ดสามารถนำไปแก้ปัญหาในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม และส่งเสริมให้ส่วนราชการและเครือข่ายต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานได้อย่างเป็นรูปธรรม⁽⁷⁾ โดยมีกระบวนการที่สำคัญ คือ การกำหนดบทบาทของคณะกรรมการและการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ พชอ.

จังหวัดเพชรบุรี มีการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยระดับจังหวัดมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) มีผู้ว่าราชการจังหวัดเพชรบุรีเป็นประธาน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการ คณะกรรมการมาจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งหมด 25 คน ที่ผ่านมา พบว่ารูปแบบการดำเนินงานในแต่ละอำเภอแตกต่างกัน ยังไม่สามารถ

บูรณาการในเรื่องทรัพยากร คน เงิน สิ่งของ โดยเฉพาะเรื่องการดูแลกลุ่มเปราะบาง มีหลายหน่วยงานที่ดำเนินการ เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี⁽⁸⁾ ไม่มีรูปแบบการลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน รูปแบบการขับเคลื่อนไม่เหมือนกัน ในจังหวัดเพชรบุรี ยังไม่มีการศึกษาการถอดบทเรียนสะท้อนกลับสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตบนความสลับซับซ้อนของสังคมปัจจุบัน⁽⁹⁾ การถอดบทเรียน เป็นสิ่งสำคัญที่จะสังเคราะห์องค์ความรู้จะช่วยให้ความรู้บทเรียนที่นำไปพัฒนา ไม่ก่อให้เกิดกระทำผิดซ้ำ⁽¹⁰⁾ จากสถิติข้อมูลสำคัญของกลุ่มเปราะบาง ปี 2565 จังหวัดเพชรบุรี มีผู้สูงอายุ จำนวน 89,159 คน⁽¹¹⁾ เป็นกลุ่มติดบ้าน จำนวน 1,415 คน กลุ่มติดเตียง จำนวน 573 คน โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม care plan จำนวน 1,197 คน คิดเป็นร้อยละ 69.63⁽¹²⁾ และมีผู้พิการที่ขึ้นทะเบียนผู้พิการ จำนวน 6,173 คน⁽¹³⁾ ได้รับการดูแล จำนวน 485 คน คิดเป็นร้อยละ 7.85⁽¹⁴⁾ ซึ่งยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเปราะบาง

ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนา รูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดเพชรบุรี เพื่อให้ได้รูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาการดูแลกลุ่มเปราะบาง (ผู้สูงอายุติดเตียง ผู้พิการ และ/หรือเป็นครัวเรือนที่มีรายได้น้อย) ที่เหมือนกันในจังหวัดเพชรบุรี นำมาเป็นทิศทางในการทำงาน อันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนและการพึ่งตนเองของประชาชน ชุมชนต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อหารูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดเพชรบุรี
2. พัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนงาน

พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประเด็นการดูแลกลุ่มเปราะบาง

3. ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประเด็นการดูแลกลุ่มเปราะบาง

■ วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) หรือ R & D เป็นลักษณะการวิจัยที่ผสมผสานกระบวนการวิจัยกับกระบวนการพัฒนาเข้าด้วยกัน โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ศึกษา รูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดเพชรบุรี

1.1 ศึกษาข้อมูลจากเอกสารสรุปการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ทั้ง 8 อำเภอ และเอกสารประกอบการตรวจราชการระบบสุขภาพปฐมภูมิ การสนทนากลุ่มร่วมกับการถอดบทเรียน ผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ปี 2565 ณ ห้องประชุม 3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี วันที่ 29 พฤศจิกายน 2565 ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

1.2 นำรูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประเด็นการดูแลกลุ่มเปราะบาง ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเหมาะสมกับความเป็นไปได้ 3 ท่าน ได้แก่ 1) ผู้ว่าราชการจังหวัดเพชรบุรี 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้าน พชอ. 3) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว

1.3 นำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงรูปแบบฯ และนำไปทดลองใช้กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในจังหวัดราชบุรี

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพัฒนา

คุณภาพชีวิต การดูแลกลุ่มเปราะบาง เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม โดยนำผลการศึกษาระยะที่ 1 รูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประเด็นการดูแลกลุ่มเปราะบาง ไปใช้ที่อำเภอแก่งกระจาน ตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก⁽¹⁵⁾ คือ 1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) 3) การสังเกตการณ์ (Observation) และ 4) การสะท้อนกลับ (Reflection) กระบวนการ และผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอพิจารณาปรับปรุงรูปแบบที่สมบูรณ์ ช่วงเวลาที่ศึกษา เดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน 2566

ระยะที่ 3 ขยายผลการนำรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต ไปใช้ในการดูแลกลุ่มเปราะบางในอำเภอที่เหลือทั้ง 7 อำเภอของจังหวัดเพชรบุรี โดยการถอดบทเรียน การสะท้อนกลับ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามระดับความพึงพอใจในการให้บริการกลุ่มเปราะบาง และการรับบริการของกลุ่มเปราะบาง จากนั้นสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย ช่วงเวลาที่ศึกษา เดือนเมษายน - กันยายน 2566 โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอฯ ละ 21 คน จำนวน 8 อำเภอ รวมจำนวน 168 คนแบบเจาะจงทุกคน

3.2 กลุ่มเปราะบางผู้สูงอายุติดเตียง ผู้พิการ และ/หรือเป็นครัวเรือนที่มีรายได้น้อย (ครัวเรือนที่มีรายได้น้อยต่อปีน้อยกว่า 100,000 บาท) จำนวน 6,884 คน ในการศึกษาครั้งนี้คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร ทาโร่ ยามาเน่ ระดับความคลาดเคลื่อน 10 % คำนวณได้จำนวน

99 คน เลือกแบบเจาะจง วิธีการคัดเลือก คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ติดเตียง มี ADL น้อยกว่า 11 คะแนน ครัวเรือนมีรายได้น้อยต่อปีน้อยกว่า 100,000 บาท เข้าถึงบริการด้านสุขภาพน้อย

● เครื่องมือที่ใช้

1. การศึกษาแนวทางการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดเพชรบุรี ใช้การสนทนากลุ่ม ใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structure Interview) จำนวน 9 ข้อ

2. การศึกษารูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประเด็นการดูแลกลุ่มเปราะบาง ใช้แบบสอบถามแบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structure Interview) จำนวน 4 ข้อ

3. ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประเด็นการดูแลกลุ่มเปราะบาง การประเมินระดับความพึงพอใจคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 6 ข้อ เกณฑ์ให้คะแนนรายข้อแบ่งเป็น 5 คะแนน โดยมีระดับ 5, 4, 3, 2 และ 1 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ตามลำดับ แปลผลระดับความพึงพอใจตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale)⁽¹⁶⁾ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การประเมินระดับความพึงพอใจของกลุ่มเปราะบาง จำนวน 4 ข้อ เกณฑ์ให้คะแนนรายข้อ แบ่งเป็น 3 คะแนน โดยมีระดับ 3, 2 และ 1 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ปานกลาง และน้อย ตามลำดับ แปลผลระดับความพึงพอใจ ใช้เกณฑ์แบ่งความกว้างของช่วงระดับเป็น 3 ช่วง⁽¹⁷⁾ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 2.33 - 3.00 หมายถึง ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 1.67 - 2.33 หมายถึง ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.66 หมายถึง ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย

เครื่องมือการวิจัย ผ่านการตรวจสอบเชิงตรง เชิงโครงสร้าง ตรวจสอบความถูกต้อง การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา นำมาแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้งหนึ่ง จำนวน 3 ท่าน ได้แก่

- 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว
- 2) อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน
- 3) นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ และนำไปทดลองใช้กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดราชบุรี และผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 30 คน นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.95 และค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item object congruence: IOC) อยู่ในช่วง 0.94 - 0.97 จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) จากโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มาใช้ในการวิเคราะห์มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.85

● การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ระดับอำเภอ แจกแบบประเมินระดับความพึงพอใจในการขับเคลื่อน รูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประเด็นการดูแลกลุ่มเปราะบาง ในวันประชุมพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ให้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 10 นาที

2. กลุ่มเปราะบาง ชี้แจงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ช่วยเก็บข้อมูล โดยนำส่งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และนำส่งให้ผู้วิจัยทางไปรษณีย์

● การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้เป็นสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) วิเคราะห์ข้อมูล การดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาเก็บให้เป็นระบบระเบียบ ให้ความสำคัญกับข้อมูล จัดหมวดหมู่ความหมายของข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปรวบรวมความหมาย ที่ได้จากการสังเกต การจดบันทึก และการถอดเทป การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม

● การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ คจ.ม.พ.บ. 044/2565 ลงวันที่ 28 พฤศจิกายน 2565

■ ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ศึกษาแนวทางการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดเพชรบุรี

ข้อมูลทั่วไปของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดเพชรบุรี

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาสภาพปัญหาและรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดเพชรบุรี โดยใช้รูปแบบชิปโมเดล (CIPP model)

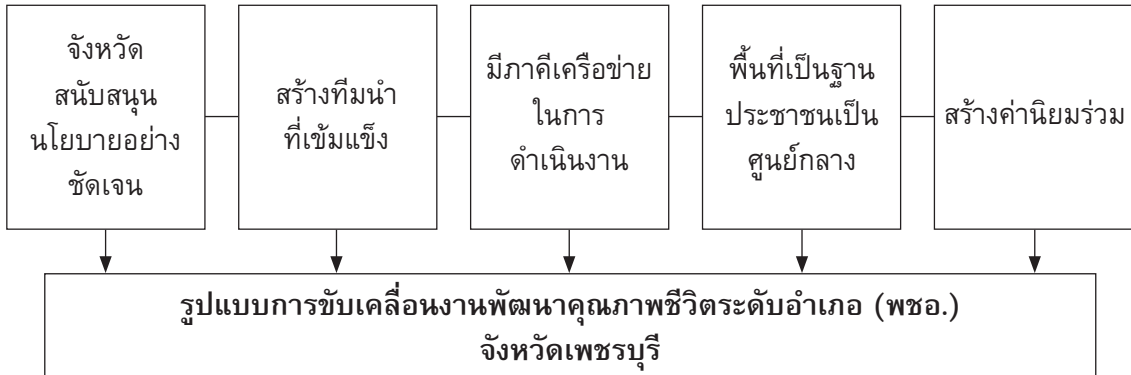
รูปแบบการดำเนินงาน (CIPP model)	เครื่องมือ/กลุ่มตัวอย่าง	ผลการดำเนินงาน
1. ด้านบริบทและสภาพแวดล้อมของการดำเนินงาน (Context)		
1.1 ศึกษาปัญหา และความต้องการของพื้นที่	- แบบสอบถาม, การสนทนา กลุ่ม, การถอดบทเรียน, การระดมสมอง, การประเมินผล	- พบปัญหาการขาดคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับจังหวัด (พชจ.) - ไม่มีการพัฒนาศักยภาพ คณะกรรมการ (พชอ.)
1.2 ศึกษาความสอดคล้องกับปัญหา/นโยบาย	- การสนทนากลุ่มของ คณะกรรมการ พชอ.	- ทุกคนให้เพิ่มการแก้ปัญหาในพื้นที่ พัฒนาคุณภาพชีวิตในกลุ่มเปราะบาง
1.3 ศึกษาความชัดเจนของวัตถุประสงค์	- คณะกรรมการ พชอ.	- ทุกคนเข้าใจ, เห็นด้วย
1.4 ศึกษาความเป็นไปได้ของการดำเนินงาน	- คณะกรรมการ พชอ.	- ทุกคนเห็นว่ามีความเป็นไปได้
2. ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)		
2.1 นโยบายและแผน/แนวคิด	- คณะกรรมการ พชอ.	- ทุกคนเห็นด้วย
2.2 การเงินและงบประมาณ	- คณะกรรมการ พชอ.	- ส่วนใหญ่เห็นว่ายังไม่เพียงพอ
2.3 วัสดุอุปกรณ์	- คณะกรรมการ พชอ.	- ยังไม่เพียงพอ
2.4 ระบบการจัดการ	- คณะกรรมการ พชอ.	- เห็นด้วยกับการจัดการปานกลาง
2.5 ข้อมูล/เทคโนโลยี	- คณะกรรมการ พชอ.	- ยังขาดระบบข้อมูล
2.6 การสนับสนุนจากผู้เกี่ยวข้อง	- คณะกรรมการ พชอ.	- ทุกคนพึงพอใจว่าดีมาก
3. ด้านกระบวนการดำเนินงาน (Process)		
3.1 การวางแผน	- คณะกรรมการ พชอ.	- มีหัวหน้าส่วนราชการเป็นผู้นำ
3.2 การจัดองค์กร	- คณะกรรมการ พชอ.	- ในระดับอำเภอมีความชัดเจน
3.3 การนำและการอำนวยการ	- คณะกรรมการ พชอ.	- ทุกคนพึงพอใจ
3.4 การจัดทำตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงาน	- คณะกรรมการ พชอ.	- ยังไม่ชัดเจน
4. ด้านผลผลิต (Product Evaluation)		
ประเมินผลตาม UCCARE	- คณะกรรมการ พชอ.	- ควรเพิ่มการรับรองจากระดับจังหวัด

กลุ่มตัวอย่าง อำเภอละ 21 คน รวม 168 คน พบว่าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดเพชรบุรี ส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 76.19 อายุช่วงที่มากที่สุด 51-60 ปี ร้อยละ 33.33 อายุเฉลี่ย 53 ปี (\bar{X} = 53) อายุน้อยที่สุด 32 ปี มากที่สุด 70 ปี สถานะภาพส่วนมาก สมรส ร้อยละ 71.43 อาชีพที่พบมากที่สุด ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 27.38 การศึกษาส่วนมากจบ

ปริญญาตรี ร้อยละ 61.90 การได้รับการอบรมเรื่อง พชอ. พบว่า ส่วนมากเคยได้รับการอบรม ร้อยละ 52.38 การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา พบว่ามีส่วนร่วมมาก ร้อยละ 79.17 เมื่อศึกษารูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดเพชรบุรี โดยใช้ CIPP model ผลการศึกษา ดังตารางที่ 1

จากการศึกษารูปแบบการขับเคลื่อนงาน

ภาพที่ 1 รูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จังหวัดเพชรบุรี



พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จังหวัดเพชรบุรี พบว่าจังหวัดเพชรบุรีมีการสนับสนุนนโยบายอย่างชัดเจน มีการสร้างทีมนำที่เข้มแข็ง มีภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง และมีการสร้างค่านิยมร่วม ดังภาพที่ 1

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตในการดูแลกลุ่มเปราะบาง

ใช้กระบวนการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การเรียนรู้ตามบริบทท่ามกลางความเป็นจริง และเน้นการร่วมให้ข้อมูล ร่วมคิด ร่วมทำ (วางแผน) ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล และหลักการวิจัยกระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Planning) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) การสะท้อนกลับ (Reflection) โดยมีผลการวิจัย ดังนี้

2.1 การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Planning) ผู้วิจัยเลือกอำเภอแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี เนื่องจากเป็นอำเภอที่อยู่ห่างไกล เข้าถึงบริการได้ยาก มีคณะ

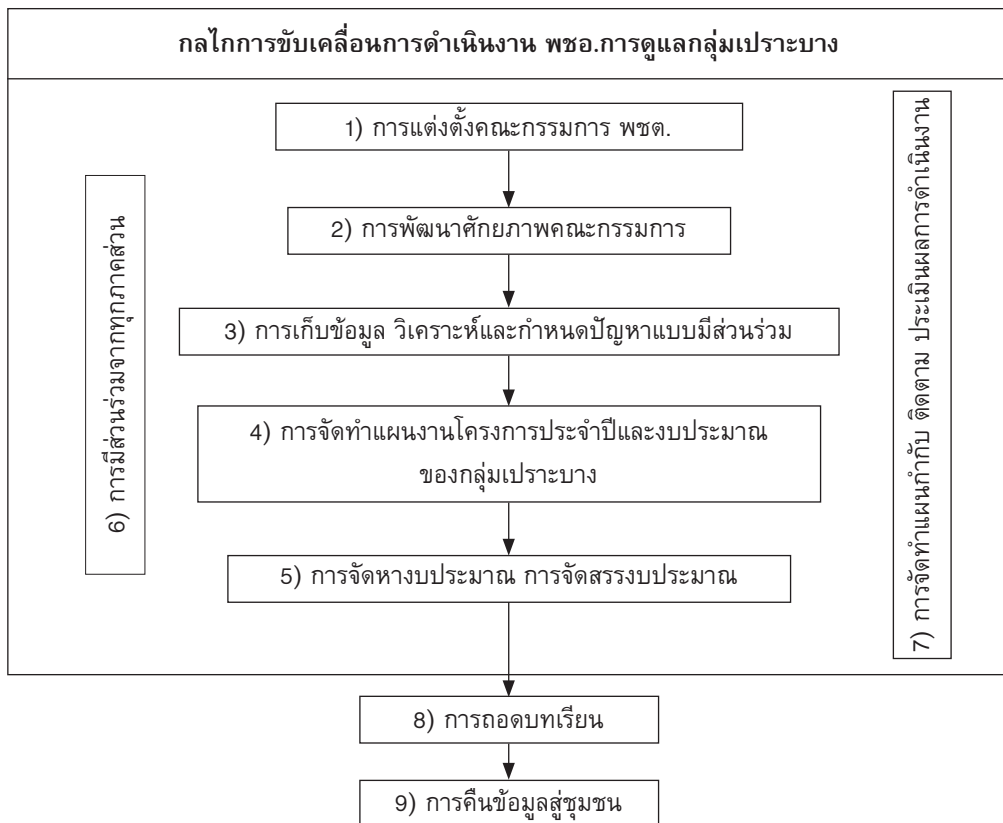
กรรมการ พขอ.ที่เข้มแข็ง มีกลุ่มเปราะบางที่ได้รับการขึ้นทะเบียนครอบคลุมทั้ง 6 ตำบล มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามระเบียบและโครงสร้าง 21 คน มีการจัดตั้งอนุกรรมการการดูแลกลุ่มเปราะบาง ในระดับตำบลมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พขต.) และในปี 2566 ทุกตำบลมีการวางแผนการแก้ไขปัญหาการดูแลกลุ่มเปราะบาง จากการสนทนากับกลุ่มตัวอย่าง พบว่าทุกคนเห็นด้วยกับนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขและมหาดไทยที่มุ่งเน้นแก้ไขปัญหาการดูแลกลุ่มเปราะบาง และร่วมทำแผนการดูแลกลุ่มเปราะบาง

2.2 ลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) จังหวัดเพชรบุรีมีศูนย์การจัดความยากจน การดูแลกลุ่มเปราะบาง ระดับจังหวัดเพชรบุรี โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ร่วมกับพัฒนาการจังหวัด และพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นเลขานุการ โดยส่งการไปยังนายอำเภอทุกอำเภอ และในระดับอำเภอศูนย์การจัดความยากจน การดูแลกลุ่มเปราะบาง ระดับอำเภอ โดยมีการบูรณาการการทำงานกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ นายอำเภอได้

ตารางที่ 2 ผลการประเมินอำเภอแก่งกระจาน ตามเกณฑ์ UCCARE ในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

อำเภอ	ประเด็นปัญหา	ผลคะแนนประเมิน ตามองค์ประกอบ						ผล
		U	C	C	A	R	E	
แก่งกระจาน	การดูแลกลุ่มเปราะบาง (ก่อนดำเนินการ)	5	4.5	5	4	5	5	ผ่าน
	การดูแลกลุ่มเปราะบาง (หลังดำเนินการ)	5	5	5	5	5	5	ผ่าน

ภาพที่ 2 รูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดเพชรบุรี ในการดูแลกลุ่มเปราะบาง ที่ได้รับการพัฒนาแล้ว



สั่งการไปยังสาธารณสุขอำเภอ และสาธารณสุขอำเภอสั่งการไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขอความร่วมมืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ

ขอความร่วมมือประชาชนในละแวกบ้านที่ตนรับผิดชอบ ประมาณ 15 - 25 หลังคาเรือน จากการรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ทุกคนเห็นว่าการสั่งการ และลงมือปฏิบัติมีความเหมาะสมในทุกระดับ

ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจในการนำรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่ม
 เปราะบางมาดำเนินการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

เรื่อง	\bar{X}	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
การนำรูปแบบไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม	4.52	.45	มากที่สุด
การแต่งตั้งคณะกรรมการ / อนุกรรมการ	4.52	.71	มากที่สุด
การสนับสนุนให้ท้องถิ่น / ชุมชน เข้ามามีส่วนร่วม	4.57	.65	มากที่สุด
การสนับสนุนให้มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ระหว่างภาคส่วนต่างๆ	4.12	.62	มาก
การสนับสนุนให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้	4.19	.55	มาก
การติดตามงาน การเยี่ยมเสริมพลังจากทีม พชจ.จังหวัด	4.58	.68	มากที่สุด
รวม	4.52	.61	มากที่สุด

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจของกลุ่มเปราะบาง ที่ได้รับการดูแลจากคณะกรรมการพัฒนา
 คุณภาพชีวิต

เรื่อง	\bar{X}	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
กระบวนการดูแล	2.46	0.45	มาก
สิ่งสนับสนุน	2.33	0.56	มาก
บุคคลที่ให้การดูแล	2.38	0.52	มาก
ผลลัพธ์ของการดูแล	2.40	0.57	มาก
รวม	2.40	0.52	มาก

ตารางที่ 5 จำนวนกลุ่มเปราะบางที่ได้รับการดูแล

อำเภอ	จำนวนกลุ่ม เปราะบาง	จำนวนกลุ่มเปราะบางแยกกลุ่มและได้รับการดูแล						
		พิการ	ดูแล	ติดเตียง	ดูแล	รายได้น้อย อื่นๆ	ดูแล	ร้อยละ
เมืองเพชรบุรี	1,549	1,365	1,365	165	165	19	19	100
เขาย้อย	874	795	795	61	61	18	18	100
หนองหญ้าปล้อง	388	336	336	34	34	18	18	100
ชะอำ	225	130	130	81	81	14	14	100
ท่ายาง	1,446	1,338	1,338	92	92	16	16	100
บ้านลาด	994	906	906	66	66	22	22	100
บ้านแหลม	1,110	1,053	1,053	43	43	14	14	100
แก่งกระจาน	298	250	250	31	31	17	17	100
รวม	6,884	6,173	6,173	573	573	138	138	100

2.3 การสังเกตการณ์ (Observation) ผลการสังเกตพบว่าคณะกรรมการและอนุกรรมการมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองมากขึ้น มีส่วนร่วมในการดำเนินงานมากขึ้น มีการแสดงความคิดเห็นและใช้สิทธิ์ในการออกเสียงเพื่อวิเคราะห์ปัญหาของกลุ่มเปราะบาง คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการและภาคีเครือข่ายมีความภาคภูมิใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองที่การประเมินผลตามเกณฑ์ UCCARE พบว่าผ่านเกณฑ์ในระดับ 5 ดังตารางที่ 2

2.4 การสะท้อนกลับ (Reflection) การประเมินผลการดำเนินการตามแนวทาง UCCARE และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบาง ประเมินจากความครอบคลุมการได้รับการดูแล การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนสะท้อนกลับ จากการสนทนาเชิงลึก จากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อนุกรรมการ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ได้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต การดูแลกลุ่มเปราะบาง ดังภาพที่ 2

ระยะที่ 3 ขยายผลการนำรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต ไปใช้ในการดูแลกลุ่มเปราะบาง ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประเด็นการดูแลกลุ่มเปราะบาง

กลุ่มเปราะบาง ได้รับการดูแลมีความครอบคลุมครบทุกคน ร้อยละ 100 ผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด จังหวัดเพชรบุรี ตามเกณฑ์ประเมินคุณภาพ UCCARE พบว่าทุกอำเภอภายหลังการเยี่ยมเสริมพลังของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) มีผลการดำเนินการตามเกณฑ์คุณภาพ UCCARE ทุกอำเภอสามารถยกระดับขึ้นมาอยู่ในระดับ 4 และมี

บางอำเภออยู่ในระดับ 5

ผลการประเมินระดับความพึงพอใจในการนำรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางมาดำเนินการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

การประเมินระดับความพึงพอใจของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 168 คน ผู้วิจัยพบว่าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการมีรูปแบบและนำไปใช้ ดังตารางที่ 3

การประเมินระดับความพึงพอใจของกลุ่มเปราะบาง ที่ได้รับการดูแลจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับต่างๆ จำนวน 99 คน ดังตารางที่ 4

จากการขยายผลการนำรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต ไปใช้ในการดูแลกลุ่มเปราะบาง พบกลุ่มเปราะบางได้รับการดูแลครอบคลุมร้อยละ 100 ดังตารางที่ 5

■ อภิปรายผล

ระยะที่ 1 ศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดเพชรบุรี พบว่าการกำหนดมาตรการเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปัญญาละศักดิ์ ที่แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอนั้น เริ่มจากการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานที่มาจากทุกภาคส่วน ภายใต้การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ร่วมคิดวิเคราะห์ปัญหา คัดเลือกปัญหาประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต วางแผนพัฒนา และแก้ไขปัญหา ด้านการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการและอนุกรรมการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ⁽¹⁸⁾ จากการประชุมและการสนทนากลุ่มของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดเพชรบุรี

พบว่า การพัฒนาและส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงาน พชอ. เป็นเรื่องที่สำคัญ เพราะส่งผลต่อการปฏิบัติงานโดยตรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุณี ภัทรวงษ์ธนา และคณะ ที่ได้ทำการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการในการพัฒนาชุมชนเพื่อรองรับการบริหารจัดการและการพัฒนาชุมชนแบบมีส่วนร่วม นำไปสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน⁽¹⁹⁾ จังหวัดเพชรบุรีสนับสนุนนโยบายอย่างชัดเจนจากการที่มีการถ่ายทอดนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตในที่ประชุมหน่วยงานระดับจังหวัด ที่เรียกว่า ประชุมกรรมการจังหวัด และมีการกำหนดกลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ไพโรจิต ศิริมงคล ที่ว่าการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอโพธาราม จังหวัดหนองคาย โดยมีรูปแบบกลไก ประกอบด้วย 1) การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.), คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) 2) การวิเคราะห์ปัญหาจากพื้นที่ 3) การกำหนดยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ 4) ประสานภารกิจกำหนดบทบาทและพัฒนาศักยภาพ 5) การบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย 6) ติดตามและรายงานผลต่อเนื่อง และ 7) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงาน⁽²⁰⁾ การสร้างทีมหน้าที่เข้มแข็ง โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) จังหวัดเพชรบุรี ดำเนินการเยี่ยมเสริมพลังคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีส่วนกระตุ้นการทำงาน พชอ. เป็นการติดตามประเมินผลการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ⁽²¹⁾

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต

การดูแลกลุ่มเปราะบาง

รูปแบบของการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง อำเภอแก่งกระจาน สอดคล้องกับการวิจัยของชเนศ ภัทรวรินทร์กุล ที่พบว่า 1) คณะกรรมการสุขภาพอำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด ผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระบบสุขภาพระดับตำบล เห็นว่าโครงการอำเภอจัดการระบบสุขภาพเป็นนโยบายที่ดีมีความเหมาะสม และสอดคล้องกับสภาพปัญหาในปัจจุบัน และสามารถนำมาใช้เป็นแนวทาง ในการบริหารจัดการระบบสุขภาพของพื้นที่ได้อย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม 2) การบริหารจัดการโครงการ มีข้อเด่น คือ การจัดการแบบมีส่วนร่วมทั้งด้านการวางแผน การดำเนินกิจกรรม การจัดการงบประมาณ และการติดตามประเมินผล และสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน และผลการประเมินตามคุณลักษณะ 5 ด้าน (UCCARE) ตามเกณฑ์⁽²²⁾

ระยะที่ 3 ขยายผลการนำรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต ไปใช้ในการดูแลกลุ่มเปราะบางทั้ง 7 อำเภอ ที่เหลือของจังหวัดเพชรบุรี ประสิทธิภาพของโครงการทั้งผลที่เกิดกับประชาชนกลุ่มเปราะบาง และผลที่เกิดขึ้นกับหมู่บ้าน/ชุมชนอยู่ในเกณฑ์ดี โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนเห็นด้วยว่าการกำหนดยุทธศาสตร์จังหวัดเรื่องการดูแลกลุ่มเปราะบางไว้อย่างชัดเจน ทำให้เข้าใจมีทิศทางวิธีการเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์การพัฒนาคุณภาพชีวิต และในการขับเคลื่อนงานต้องจัดโครงสร้างการบริหารงานในจังหวัดเพชรบุรี ให้มีความชัดเจน มีคณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้งที่มีความเหมาะสมครอบคลุมหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ได้พัฒนาองค์ความรู้ด้านกระบวนการทำงาน มีการแบ่งงาน มอบหมายงานแก่ผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน จัดทำคำสั่งทั้งระดับจังหวัด

อำเภอ และระดับตำบล ระบบการทำงานเป็นแบบ กัลยาณมิตร มีทั้งแนวคิด และแนวราบ มีค่านิยม ร่วมสำหรับ การทำงานเป็นทีม บุคลากรเพียงพอ โดยยึดหยุ่นคณะกรรมการให้มีคณะกรรมการ เพิ่ม คณะกรรมการมีความตั้งใจมุ่งมั่น และได้รับความรู้/เรียนรู้ทักษะที่จำเป็น การประเมินคุณภาพ พขอ.โดยใช้เกณฑ์ UCCARE ให้คะแนนการ พัฒนาคุณภาพชีวิต 5 ระดับ ผลการประเมินผ่าน เกณฑ์ระดับ 3 ขึ้นไปทุกข้อ จำนวน 8 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มเปราะบางได้รับการดูแล ครอบคลุม ร้อยละ 100⁽²³⁾ โดยมีการสำรวจร่วมกับ พัฒนาชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน จัดทำทะเบียนครอบคลุม และมีการ ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง โดยคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับตำบล (พขต.) อย่างน้อย 1 ครั้ง

■ ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ สามารถนำรูปแบบไปใช้ เป็น

แนวทางในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต การดูแลกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน ที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

2. นำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลในเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ ในเวทีระดับเขตสุขภาพ และเวทีระดับ ประเทศ รวมถึงขยายผลนำไปใช้ในระดับเขต ประเทศ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรดำเนินการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) โดยทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับพื้นที่ และแกน นำ เพื่อให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการ ดำเนินงานในลักษณะเชิงรุก และ สร้างความรู้สึก การเป็นเจ้าของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตของตนเอง โดยประเมินคุณภาพชีวิต กลุ่มเปราะบางทุกคน เพื่อให้เกิดการคงอยู่และ ยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักเลขานุการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561 – 2580 (ฉบับราชกิจจานุเบกษา) [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 23 ตุลาคม 2565] เข้าถึงได้จาก: <https://dl.parliament.go.th/backoffice/viewer2300/web/viewer.php>
2. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 – 2570) (ฉบับราชกิจจานุเบกษา) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 23 ตุลาคม 2565] เข้าถึงได้จาก: www.nesdc.go.th/download/Plan13/Doc/Plan13_Final.pdf
3. สำนักนายกรัฐมนตรี สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย. คู่มือประกอบการพิจารณาเปรียบเทียบสำนักรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2561.
4. ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. ทางเลือกใหม่ระบบบริการสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข; 2555.
5. จรูญ กิตติปัญญา และจรัส ลีกา. การเสริมสร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชนในยุคนโยบายประเทศไทยแลนด์ 4.0: กรณีศึกษาชุมชนเข้มแข็งองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกุงชนสาร อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น. *Journal of Graduate MCU KhonKaen Campus* 2564;8(1):189-201.

6. Stufflebeam DL. The CIPP model for evaluation in national conference on educational research 17-18 January 2008. Phitsanulok: Faculty of Education, Naresuan University; 2008.
7. มานะ ภูมิพันธุ์. การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) กรณีศึกษา อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2564;5(9):140-53.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ ระดับกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2565. เพชรบุรี: เพชรภูมิการพิมพ์; 2565.
9. อับดุลเลาะ เจ๊ะหลง และจิรัชยา เจียวักก. การถอดบทเรียนเพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิตในมนุษย์ วารสารบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ 2563;14(2):241-50.
10. ศุภวัลย์ พลายน้อย. บทเรียนของการถอดบทเรียนในการจัดการความรู้ภาคประชาสังคม. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง; 2549.
11. Health Data Center. จำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จังหวัดเพชรบุรี ปีงบประมาณ 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 23 ตุลาคม 2565] เข้าถึงได้จาก: https://pbi.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=953a2fc648be8ce76a8115fbb955bb51
12. กรมอนามัย. ระบบข้อมูลบุคลากรการดูแลระยะยาวและแผนการดูแลรายบุคคล (Long Term Care: 3C) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 23 ตุลาคม 2565] เข้าถึงได้จาก: <https://ltc.anamai.moph.go.th/>
13. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. รายงานข้อมูลสถิติคนพิการประจำเดือน [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 23 ตุลาคม 2565] เข้าถึงได้จาก: https://ecard.dep.go.th/nep_all/index.php
14. สำนักงานจังหวัดเพชรบุรี. เอกสารประกอบการตรวจราชการแบบบูรณาการของผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 รอบที่ 2 ประเด็นนโยบายสำคัญ: การพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน. เพชรบุรี: โรงพิมพ์เพชรบุรีออฟเซ็ท; 2566.
15. Kemmis & Mc Taggart. The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University, Australia; 1998.
16. Likert R. New Pattern of Management. New York: McGraw – Hill; 1961.
17. Daniel WW. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. New York: Wiley & Sons; 1995.
18. ปัญญา พละศักดิ์. การศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน 2564;3(2):40-53.
19. จารุณี ภัทรวงษ์ธนา, สุกุณาวรี ทิพย์เจริญ และพงศ์กร จันทราช. การพัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อการจัดการสำหรับการจัดทำแผนพัฒนาชุมชนในพื้นที่ชุมชนกึ่งเมืองตำบลสารภี อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยฟาร์อีสเทอร์น 2560;11(4):128-46.
20. ไพโรจิต ศิริมงคล. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ของอำเภอโพธารนย์ จังหวัดหนองคาย. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2566;26(2):1-13.
21. ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, จิราพร วรวงศ์, เพ็ญภา ศรีหรั่ง, รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง, จุฬารัตน์ หัวหาญ, ดิษฐพล ใจชื่อ และคณะ. การถอดบทเรียนรูปแบบการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 23 ตุลาคม 2565] เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5427?locale-attribute=th>
22. ธเนศ ภัทรวรินทร์กุล. ประเมินผลการดำเนินงานโครงการอำเภอจัดการระบบสุขภาพ (District Health System) อำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด. วารสารสุขภาพภาคประชาชน 2560;13(1):1-9.
23. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ ระดับกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2566. เพชรบุรี: เพชรภูมิการพิมพ์; 2566.

การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อชะลอและป้องกัน ภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ : เขตสุขภาพที่ 7

กัญญา จันทรพัล*

สศุติ ภูห้องไสย

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

วันรับ 12 กันยายน 2566, วันแก้ไข 15 มีนาคม 2567, วันตอบรับ 25 มีนาคม 2567

บทคัดย่อ

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ปัญหาความเสื่อมของระบบประสาทเป็นปัญหาที่สำคัญ ในระยะแรกจะเกิดอาการภาวะความจำพร่องเล็กน้อย หากไม่ได้ทำกิจกรรมชะลอหรือป้องกันภาวะสมองเสื่อม จะนำไปสู่การเกิดโรคสมองเสื่อมได้ โรงเรียนหรือชมรมผู้สูงอายุได้มีการจัดตั้งขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมร่วมกัน การส่งเสริมสุขภาพให้นักเรียนผู้สูงอายุนับได้ว่ามีความสำคัญที่จะช่วยชะลอความเสื่อมทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการเรียนรู้ในการชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ : เขตสุขภาพที่ 7 โดยเป็นการวิจัยและพัฒนาแบบชุมชนมีส่วนร่วม ดำเนินการพัฒนาารูปแบบร่วมกับแกนนำโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 8 แห่ง ใน 4 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 7 และนำรูปแบบไปใช้ในนักเรียนผู้สูงอายุทั้ง 8 แห่ง จำนวนทั้งสิ้น 210 คนระยะเวลา 6 เดือน วิเคราะห์เปรียบเทียบภาวะสุขภาพ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนจากแบบทดสอบสภาพสมอง : Abbreviated Mental Test (AMT) ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ด้วยสถิติ Paired t-test ประเมินความพึงพอใจของตัวแทนครูผู้สอนในโรงเรียนหรือชมรมผู้สูงอายุ ผลการศึกษาในครั้งนี้ทำให้ได้รูปแบบการเรียนรู้เพื่อชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ : เขตสุขภาพที่ 7 ในชื่อแผนการเรียนรู้ “สูงวัยสมองดีไม่มีลืม” โดยในแผนประกอบด้วย 5 ประเด็นได้แก่ 1) การออกกำลังกาย 2) การฝึกบริหารสมอง 3) ความสุขและการจัดการอารมณ์ 4) โภชนาการ และ 5) การนอนหลับ นำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 210 คน ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 68.50 ± 5.18 ปี อายุน้อย-มากที่สุด 60-85 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.2 มีโรคประจำตัวร้อยละ 46.7 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดรองลงมาคือโรคเบาหวาน สถานภาพสมรสอยู่เป็นคู่มากที่สุดร้อยละ 53.8 จบการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 89.5 เมื่อทำการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ น้ำหนัก รอบเอว และคะแนน AMT ก่อนและหลังนำรูปแบบการเรียนรู้ฯ ไปใช้ในโรงเรียนพบว่า น้ำหนักตัว และรอบเอว ไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเรียนรู้ฯ ส่วนของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ ภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ลดลงจากร้อยละ 22.9 เป็นร้อยละ 9.5 โดยค่าเฉลี่ยคะแนน AMT เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ ครูผู้สอนในโรงเรียนหรือชมรมฯ มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนรู้ฯ จะเห็นได้ว่ารูปแบบการเรียนรู้ฯ มีประสิทธิภาพในการชะลอหรือป้องกันภาวะสมองเสื่อมเห็นควรให้มีการขยายผลนำไปใช้ในชุมชนอื่น โดยประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับบริบทของแต่ละชุมชนต่อไป

คำสำคัญ : สมองเสื่อม รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ โรงเรียนผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ

Development of learning program to delay and prevent dementia for Elderly in Clubs: Health Area 7 Thailand

Kanya Janpol*

Sadudee Phuhongsai

Regional Health Promotion Centre 7 Khonkaen

Received 12 September 2023, Revised 15 March 2024, Accepted 25 March 2024

Abstract

Thailand has attained the status of an aging society. Nervous system degeneration is an important problem. The elderly club is one crucial policy to enhance the quality of life and health promotion. Health promotion for elderly in clubs is important to help slow down deterioration. This study aimed to development and evaluate learning program to delay and prevent dementia for elderly in clubs: health area 7 Thailand. A research and development was conducted by developed the model with leaders of 8 elderly's clubs in 4 provinces of the Health Area 7 Thailand and applied the program to 210 elderly students in all 8 elderly's clubs 6 months. Health behaviors and brain condition using abbreviated mental test (AMT) before and after program were compared using the Paired t-test. Learning program to delay and prevent dementia for elderly in clubs: health area 7 Thailand which consisted of 5 plans: 1) exercise 2) brain training 3)happiness mental and emotional health 4) nutrition and 5) sleep was developed. Mean age (minimum-maximum) of the subjects was 68.50 ± 5.18 years (60 - 85 years), mostly females 86.2% and 46.7% had underlying diseases, with hypertension, followed by diabetes mellitus. Most of the education had primary school (89.5%). When comparing weight, waist circumference, health behaviors, and AMT scores before and after implementing the program found that body weight after using the program not significant different. Waist circumference tends to decrease. Health behaviors statistically significantly increased. Brain condition by mean of Abbreviated Mental Test (AMT) significantly increased (p -value <0.05). The risk of dementia decreased from 22.9% to 9.5% (p -value <0.05). Leaders in the elderly's clubs were satisfied with the program and recommendations. This program was effective in delaying/preventing dementia. A policy plan should be applied to other clubs and expanded to those who do not attend the elderly clubs in the future.

Keywords: Dementia, Health promotion program, Elderly school, Elderly Club

*Corresponding author , e-mail : kanyajanpol@gmail.com

■ unna

ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัย (Aged society) เนื่องจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุได้มีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งในเชิงขนาดและสัดส่วนโดยในปี พ.ศ. 2566 มีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 19 และคาดว่าจะในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) คือ มีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 28⁽¹⁻²⁾

จากแนวโน้มของกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นนี้จะทำให้ผู้สูงอายุกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่ต้องได้รับการดูแลมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของสภาวะทุกด้านมากขึ้นทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตไปในทางเสื่อมลง ทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลงเสี่ยงต่อการเกิดโรคร้ายแรงต่างๆ เพิ่มมากขึ้น อาจเนื่องมาจากมีภาวะเสื่อมของร่างกายและสมอง หลงลืม ความคิดช้าลง สมรรถนะถดถอย การเจ็บป่วยทำอะไรเองได้น้อยลง ทำให้เกิดความไม่สุขสบายใจ วิตกกังวล เครียด อารมณ์เศร้า สภาวะการณ์เช่นนี้ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ โดยเฉพาะต่อระบบประสาทสมองอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ภาวะสมองเสื่อม เป็นประเด็นปัญหาที่สำคัญที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2560 พบว่า ผู้สูงอายุทั่วโลก มีปัญหาาระบบประสาทสมองมากถึงร้อยละ 20⁽³⁾ เนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะมีปัญหาด้านความจำ ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชราเอง หรืออาจเป็นระยะเริ่มแรกของโรคในกลุ่มโรคที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาท แต่ไม่มีอาการของโรคอย่างเด่นชัดที่เรียกว่าภาวะความจำพร่องเล็กน้อย เป็นความผิดปกติที่อยู่ระหว่างการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชราและภาวะสมองเสื่อม และถ้าไม่ทำกิจกรรมชะลอ/ป้องกันภาวะสมองเสื่อม จะนำไป

สู่การเกิดโรคสมองเสื่อมได้ภายในระยะเวลา 3 ปี และอัตราการเกิดมากถึงร้อยละ 43⁽⁴⁾

ในประเทศไทยเองพบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป พบภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 8-12 อุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในทุกๆ 5 ปี หลังจากอายุ 60 ปีขึ้นไป ทำให้พบภาวะสมองเสื่อมได้สูงถึง ร้อยละ 45 ในกลุ่มประชากรที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 85 ปี ในปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีจำนวน 617,000 คน โดยพบร้อยละ 8 ในประชากรอายุ 70-79 ปี และร้อยละ 50 ในประชากรที่อายุ 85 ปีขึ้นไป ซึ่งคาดว่า ในปี พ.ศ. 2580 จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น จำนวน 1,350,000 คน ประกอบกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม 1 คน อย่างมีคุณภาพต้องใช้ผู้ดูแลอย่างน้อย 2 คน หากญาติในครอบครัวเป็นผู้ดูแลกันเองจะมีค่าใช้จ่ายในการดูแลประมาณ 4,000 - 6,000 บาทต่อเดือน ทั้งนี้ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายทางอ้อมของผู้ดูแล เช่น ต้องลาออกจากงานมาดูแล รวมทั้งค่าเสียโอกาสต่างๆ⁽⁵⁾ ผลสำรวจของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขโดยการตรวจร่างกายครั้งล่าสุดในปี 2557 พบผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 8.1 คาดว่าขณะนี้จะมีประมาณ 8 แสนกว่าคนทั่วประเทศ พบในผู้หญิง ร้อยละ 9.2 มากกว่าชายซึ่งพบร้อยละ 6.8 อายุยิ่งมากยิ่งพบมาก⁽⁶⁾ ซึ่งผู้ป่วยสมองเสื่อม จะส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุเอง ครอบครัว และผลกระทบต่อชุมชนและสังคมทำให้เกิดภาระในการดูแลเพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และสมาชิกในครอบครัวลดลง นอกจากนั้น ครอบครัวและประเทศชาติต้องเสียงบประมาณมากมายในการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กลายเป็นปัญหาสำคัญและเกิดภาวะวิกฤติได้ในอนาคตจากปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึง

ความจำเป็นที่จะต้องเตรียมความพร้อมในระบบบริการทางสังคมและสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะวัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นจึงควรที่จะมีการป้องกันและชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมที่อาจจะเกิดขึ้น เพื่อลดความสูญเสียต่อครอบครัวและประเทศชาติที่อาจจะตามมาได้ โดยผู้สูงอายุสมองดีจะมีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้ การรับรู้ดี ความจำ เหตุผล มีสมาธิ การใช้ภาษา และการมีมิติสัมพันธ์ สำหรับการดูแลสมองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมหรือการเพิ่มความจำนั้นสามารถทำได้โดยการรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ การออกกำลังกายเพิ่มความจำ การฝึกสมาธิควบคุมอารมณ์และจิตใจ การบริหารสมอง การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ⁽⁷⁻⁸⁾

โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นการดำเนินงานอีกรูปแบบหนึ่งที่เกิดจากการดำเนินงานหลายภาคส่วน เพื่อส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เกิดจากแนวคิดที่ตระหนักถึงคุณค่า ความสำคัญ และพลังของผู้สูงอายุ โดยการสร้างพื้นที่ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย โดยมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต⁽⁹⁾ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ร่วมกับหน่วยงานที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ เช่น ศูนย์วิชาการในเขตสุขภาพที่ 7 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยและผู้แทนจากโรงเรียนผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 7 และคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเขตสุขภาพที่ 7 (กขป.7) ได้ร่วมขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่านชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ มาโดยตลอด แต่ยังเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทั่วไปที่ไม่เฉพาะเจาะจงหรือไม่ชัดเจนในแนวทางการ

ปฏิบัติ และบทบาทของการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งยังไม่มีผลการประเมินผลถึงผลของการใช้รูปแบบที่นำมาใช้

ดังนั้นจึงมีการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ : เขตสุขภาพที่ 7 (สูงวัยสมองดี) โดยเน้นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดการพัฒนา ต่อยอดงานส่งเสริมสุขภาพ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุได้เรียนรู้แนวทางการชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อม ตลอดจนเกิดเป็นต้นแบบการเรียนรู้สำหรับโรงเรียนผู้สูงอายุอื่นๆ ในเขตสุขภาพที่ 7 ได้

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการเรียนรู้เพื่อชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7

■ วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ใช้รูปแบบการวิจัยแบบชุมชนมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ดำเนินการวิจัย 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะทบทวนวรรณกรรมและศึกษาสถานการณ์ โดยทำการประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนสูงอายุในพื้นที่เป้าหมาย (Pre-test)

ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนารูปแบบ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ศูนย์วิชาการในเขตสุขภาพที่ 7 ได้แก่ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 7 ทั้ง 4 จังหวัด เป็นผู้สนับสนุนข้อมูลด้านวิชาการแก่นำด้านสุขภาพในพื้นที่ ได้แก่ ครูผู้สอนใน

โรงเรียนผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม.หรือ Caregiver เป็นผู้ร่วมพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ โดยได้พัฒนารูปแบบการเรียนรู้ 5 ประเด็นได้แก่ การออกกำลังกาย การฝึกบริหารสมอง ความสุข และการจัดการอารมณ์ โภชนาการ และการนอนหลับ ทำการคัดเลือกครูผู้สอน และทำการทดลองสอนในห้องจำลองการเรียนการสอน (Micro teaching) จนได้ผลเป็นที่พึงพอใจของกลุ่มผู้เรียน หลังเสร็จสิ้นการสอนในห้องเรียนจำลอง ครูผู้สอน นำแผนการสอนไปลงสอนจริงในโรงเรียนผู้สูงอายุ

ระยะที่ 3 ระยะการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ ทดลองใช้เป็นระยะเวลา 1 เดือนในกลุ่มนักเรียนสูงอายุกลุ่มย่อย หลังจากนั้นครูผู้สอน ทำการประชุมวิพากษ์และปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับบริบท/สถานการณ์จริง

ระยะที่ 4 ระยะทดลองและประเมินผล ทดลองใช้เป็นระยะเวลา 6 เดือนในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มาเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุ ใน 4 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดละ 2 แห่งรวม 8 แห่ง โดยการเลือกโรงเรียนแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 210 คน หลังการใช้รูปแบบ 6 เดือน ทำการประเมินผลภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนสูงอายุ (Post-test)

กลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 ค่า (ก่อน-หลัง)⁽¹⁰⁾ และใช้ข้อมูลอ้างอิงจากการศึกษาของ จารุวรรณ ก้านศรี และคณะ⁽¹¹⁾ เรื่องผลของโปรแกรมบริหารสมองต่อการเพิ่มความจำในผู้สูงอายุ ที่มีความจำพร่อง โดยกำหนดความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความจำ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมอยู่ที่ 2.5 คะแนน ระดับอำนาจในการทดสอบ 80% ค่าความแปรปรวนอ้างอิงจากการศึกษาดังกล่าว เท่ากับ 4.36 ขนาดตัวอย่างที่ได้

จากการคำนวณคือ 25 คน จำนวน 8 แห่งรวมทั้งสิ้น 200 คน เมื่อข้อมูลขาดหาย ร้อยละ 5 ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จะใช้ขนาดตัวอย่างนักเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุจำนวน 210 คน ระยะเวลาดำเนินการวิจัย เดือนตุลาคม 2563 – กันยายน 2565

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มาโรงเรียนหรือชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ในช่วงที่มีการใช้แผนการเรียนรู้ตลอดช่วงการศึกษาวิจัย สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ ได้แก่ เสียชีวิตหรือย้ายถิ่นที่อยู่ระหว่างการศึกษาวิจัย ขาดเรียนเกินกว่าร้อยละ 50 อาสาสมัครไม่สามารถประเมินภาวะสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพในช่วงก่อน หรือหลังดำเนินการได้

● เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เป็นแบบเก็บข้อมูลและแบบสัมภาษณ์ 3 ตอน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลภาวะสุขภาพ และข้อมูลภาวะสมอง ซึ่งเป็นแบบสอบถามมาตรฐาน Abbreviated Mental Test (AMT) โดยมีข้อคำถาม 10 ข้อ⁽¹²⁾ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ 1) อายุ 2) เวลา 3) ที่อยู่ปัจจุบัน 4) ปีปัจจุบัน 5) สถานที่ปัจจุบันขณะสัมภาษณ์ 6) บุคคล 7) วันเดือนปีเกิด 8) เหตุการณ์ 14 ตุลาคมหรือวันมหาวิปโยค เกิดใน พ.ศ.ใด 9) พระนามพระมหากษัตริย์องค์ปัจจุบัน และ 10) ให้นับถอยหลังจาก 20 จนถึง 1 ถ้าตอบ “ถูก” น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ข้อ แสดงว่า การรู้คิดผิดปกติ

● การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และวิเคราะห์โดยแบ่งเป็นสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และ ค่าสูงสุด เปรียบเทียบข้อมูลค่าเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบ เช่น น้ำหนัก รอบเอว คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ คะแนน

สภาพสมอง (AMT) ด้วยสถิติ Paired t-test เปรียบเทียบข้อมูลร้อยละของพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ก่อน-หลัง การใช้รูปแบบโดยใช้สถิติวิเคราะห์ Chi-square test ทุกการทดสอบกำหนดค่า p-value น้อยกว่า 0.05 เป็นนัยสำคัญทางสถิติ

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รหัสโครงการวิจัย 016/2564 วันที่ 2 ตุลาคม 2563

■ ผลการศึกษา

ผลการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ : เขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งจากการวิจัย ได้ แผนการเรียนรู้ “สูงวัยสมองดีไม่มีลืม” ประกอบด้วย

1. การออกกำลังกายป้องกันสมองเสื่อม

- 1.1 หลักการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
- 1.2 การออกกำลังกายด้วยการเดินบาสโลป

2. การฝึกและบริหารสมอง

- 2.1 สูงวัยสุขภาพดีไม่มีลืม ทำความรู้จักโรคสมองเสื่อมปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน
- 2.2 เพลงประกอบทำเดินฝึกสมอง
- 2.3 ผู้สูงอายุ เล่าสู่กันฟัง หัดเล่า หัดเล่น หัดบรรเลง แล้วลงมือทำ

3. สุขภาพและการจัดการอารมณ์

- 3.1 การส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันภาวะซึมเศร้า
- 3.2 การป้องกันและจัดการ

ความเครียด

4. โภชนาการ

- 4.1 กินข้าวแชบ (โภชนาการ) หลักการรับประทานอาหารสำหรับผู้สูงอายุ
- 4.2 กินอย่างไร ห่างไกลโรคสมองเสื่อม
- 4.3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

5. การนอนหลับ

- 5.1 ความสำคัญของการนอน
- 5.2 การนอนหลับในผู้สูงอายุ

ผลการประเมินในนักเรียนผู้สูงอายุทั้ง 8 แห่ง จำนวนทั้งสิ้น 210 ราย

จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 210 คน พบว่ามีอายุเฉลี่ย 68.50 ± 5.18 ปี อายุน้อย-มากที่สุด 60-85 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.2 มีโรคประจำตัวร้อยละ 46.7 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดรองลงมาคือโรคเบาหวาน สถานภาพสมรสอยู่เป็นคู่มากที่สุดร้อยละ 53.8 การศึกษาส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษาร้อยละ 89.5 ด้านอาชีพส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรกรรมและโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงมากที่สุดและเบาหวานตามลำดับ (ดังแสดงในตารางที่ 1)

เมื่อทำการเปรียบเทียบร้อยละที่ตอบถูก รายข้อจากการทำแบบทดสอบสภาพสมอง : Abbreviated Mental Test (AMT) ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบพบว่าหลังการใช้รูปแบบร้อยละที่ตอบถูกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในข้อคำถามเรื่องวันเดือนปีเกิด บอก พ.ศ. เหตุการณ์ 14 ตุลาคมหาวิปโยค บอกชื่อพระมหากษัตริย์องค์ปัจจุบัน และเรื่องการให้นับถอยหลังจาก 20 จนถึง 1 (ดังแสดงในตารางที่ 2) เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย คะแนนสภาพสมอง AMT ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n= 210)

	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
60-64 ปี	50	23.8
65-69 ปี	73	34.8
70-74 ปี	60	28.6
75 ปีขึ้นไป	27	12.9
Mean±SD	68.50 ± 5.18	
Min-Max	60-85	
เพศ		
ชาย	29	13.8
หญิง	181	86.2
สถานภาพสมรส		
โสด	10	4.8
คู่	113	53.8
หม้าย/หย่า/แยก	87	41.4
การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	1.0
ประถมศึกษา	188	89.5
มัธยมศึกษา	14	6.7
ปริญญาตรี/สูงกว่า	6	2.9
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	56	26.7
เกษตรกรกรรม	133	63.3
ค้าขาย/ธุรกิจ	4	1.9
ข้าราชการบำนาญ	8	3.8
รับจ้าง	9	4.3
โรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว	100	41.6
ความดันโลหิตสูง	66	31.4
เบาหวาน	43	20.5

เรียนรู้อย่างน้อย พบว่าเพิ่มขึ้นจาก 8.00 ± 0.90 เป็น 8.53 ± 0.91 คะแนน โดยมีค่า $P < 0.001$ และร้อยละกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม (ตอบ ถูก ≤ 7 ข้อ) ลดลงจากร้อยละ 22.9 และเหลือเพียงร้อยละ 9.5 ดังแสดงตามภาพที่ 1 และ 2 ตามลำดับ

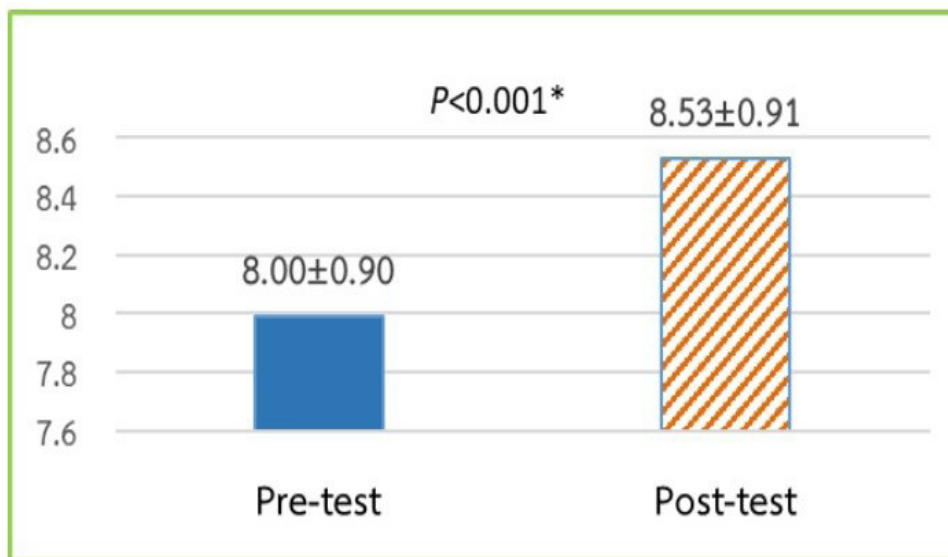
สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เพิ่มขึ้น

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 4.25 ± 0.95 เป็น 4.49 ± 0.75 คะแนน ($P = 0.001$) น้ำหนักตัว (ก่อน 56.37 ± 10.23 และหลัง 56.41 ± 10.37 กก.; $P = 0.931$) และรอบเอว (ก่อน 83.42 ± 10.05 และหลัง 82.52 ± 11.80 ซม.; $P = 0.144$) ไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ (ดังแสดงในตารางที่ 3)

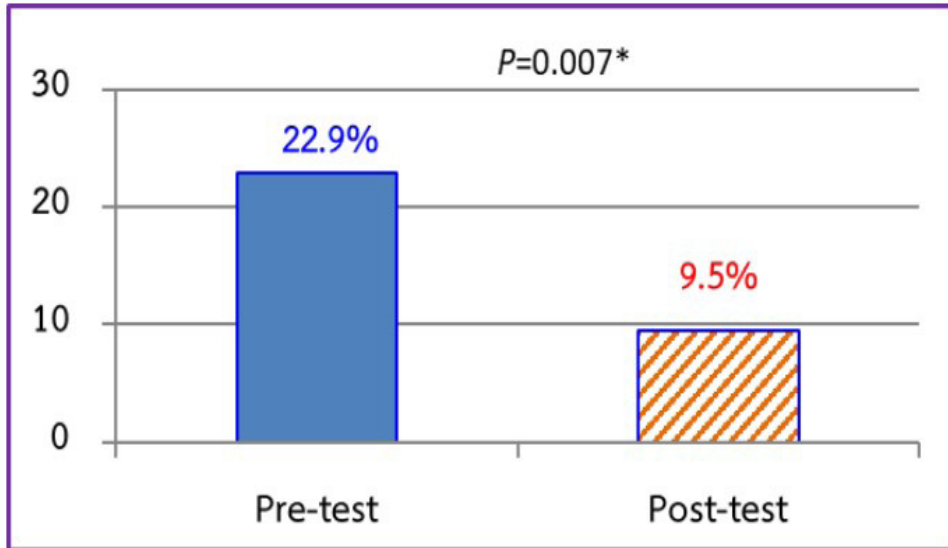
ตารางที่ 2 เปรียบเทียบร้อยละที่ตอบถูกรายข้อจากการทำแบบทดสอบสภาพสมอง : Abbreviated Mental Test (AMT) ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเรียนรู้ เพื่อชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ (n = 210)

ข้อ	คำถามในแบบประเมินสภาพสมอง Abbreviated Mental Test (AMT)	จำนวน (ร้อยละ) ที่ตอบถูก		p-value
		Pre-test	Post-test	
1	บอกอายุ	208 (99.0%)	209 (99.5%)	1.00
2	บอกเวลา	208 (99.0%)	207 (98.6%)	1.00
3	บอกที่อยู่	210 (100%)	205 (97.6%)	1.00
4	บอกปี	194 (92.4%)	202 (96.2%)	0.096
5	สถานที่ตรงนี้	210 (100%)	209 (99.5%)	1.00
6	บอกบุคคล	210 (100%)	197 (93.8%)	1.00
7	วันเดือนปีเกิด	68 (32.4%)	151 (71.9%)	<0.001*
8	บอก พ.ศ.เหตุการณ์ 14 ตุลาคมมหาวิปโยค	22 (10.5%)	52 (24.8%)	<0.001*
9	บอกชื่อพระมหากษัตริย์องค์ปัจจุบัน	52 (24.8%)	170 (81.0%)	<0.001*
10	ให้นับถอยหลังจาก 20 จนถึง 1	170 (81.0%)	190 (90.5%)	0.007*
	ค่าเฉลี่ย±SD คะแนน จากคะแนนเต็ม 10	8.00±0.90	8.53±0.91	<0.001*
	เสี่ยงสมองเสื่อม (ตอบถูก ≤ 7 ข้อ)	48 (22.9)	20 (9.5)	0.007*

ภาพที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย คะแนนสภาพสมองระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเรียนรู้ เพื่อชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ



ภาพที่ 2 เปรียบเทียบร้อยละของภาวะเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม (ตอบแบบประเมิน AMT ถูก ≤ 7 ข้อ ใน 10 ข้อ) ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเรียนรู้เพื่อชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบร้อยละพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์รายข้อระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเรียนรู้เพื่อชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ (n= 210)

พฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์	Pre-test	Post-test	p-value
ออกกำลังกาย	189 (90.0%)	193 (91.9%)	0.585
กินผัก/ผลไม้	196 (93.3%)	193 (91.9%)	0.701
ดื่มน้ำ 8 แก้ว	143 (68.1%)	163 (77.6%)	0.031*
ไม่สูบบุหรี่	202 (96.2%)	199 (94.8%)	0.629
ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	162 (77.1%)	195 (92.9%)	<0.001*
Mean±SD	4.25±0.95	4.49±0.75	<0.001*

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของครูผู้สอนในโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบเขตสุขภาพที่ 7 (n=46 คน)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
< 60 ปี	20	43.5
60-69 ปี	19	41.3
70-79 ปี	7	15.2
Mean±SD	58.13±13.22	
Min-Max	26-79	
เพศ		
ชาย	11	23.9
หญิง	35	76.1
สถานภาพสมรส		
โสด	9	19.6
คู่	31	67.4
หม้าย หย่า แยก	6	13.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	3	6.5
มัธยมศึกษา	2	4.3
อนุปริญญา	4	8.7
ปริญญาตรี	29	63.0
สูงกว่าปริญญาตรี	8	17.4
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	1	2.2
เกษตรกรกรรม	6	13.0
ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ	39	84.8

ผลการประเมินความพึงพอใจของครูผู้สอนต่อแผนการเรียนรู้ “สูงวัยสมองดีไม่มีลืม”

ในส่วนของการประเมินผลความพึงพอใจของครูผู้สอนต่อ แผนการเรียนรู้ “สูงวัยสมองดีไม่มีลืม” นั้น กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 46 คน พบว่าอายุเฉลี่ย 58.13±13.22 ปี อายุน้อยที่สุด 26 ปีและมากที่สุด 79 ปี ส่วนใหญ่เป็นหญิง ระดับการศึกษาปริญญาตรี ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ (ดังแสดงในตารางที่ 4) ในด้านความคิดเห็นต่อ

แผนการเรียนรู้ พบว่าส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในระดับดี โดยประเด็นที่มีความคิดเห็นระดับดีสูงที่สุดร้อยละ 97.8 คือคิดเห็นว่าการเรียนรู้ “สูงวัยสมองดีไม่มีลืม” น่าสนใจ ชัดเจน ครอบคลุมเนื้อหาร้อยละ 97.8 ส่วนความคิดเห็นระดับดีน้อยที่สุดคือประเด็นมีการระบุวิธีการวัดผลประเมินผลอย่างชัดเจน ซึ่งคิดเห็นระดับดีร้อยละ 76.1 และค่าเฉลี่ยคุณภาพของหลักสูตร จากคะแนนเต็ม 3 อยู่ในระดับดี 2.89±0.14 คะแนน (ดังแสดงในตารางที่ 5) ส่วนในด้านค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อ

ตารางที่ 5 ความคิดเห็นของครูผู้สอนต่อแผนการเรียนรู้ “สูงวัยสมองดีไม่มีลืม” (n=46)

ที่	รายการประเมินความคิดเห็นต่อหลักสูตร	ร้อยละความคิดเห็น		
		ดี (3)	พอใช้ (2)	ปรับปรุง (1)
1	น่าสนใจ ชัดเจน ครอบคลุมเนื้อหา	45 (97.8)	1 (2.2)	0
2	เหมาะสมกับความต้องการและวัยของผู้เรียน	43 (93.5)	2 (4.3)	(2.2)
3	สาระการเรียนรู้สัมพันธ์กับจุดประสงค์การเรียนรู้	44 (95.7)	2 (4.3)	0
4	มีการระบุวิธีการวัดผลประเมินผลอย่างชัดเจน	35 (76.1)	10 (21.7)	(2.2)
5	กระตุ้นให้อยากเรียนรู้ และเข้าร่วมกิจกรรม	42 (91.3)	4 (8.7)	0
6	มีระยะเวลาที่เหมาะสม	37 (80.4)	9 (19.6)	0
7	ระบุการใช้สื่อ/แหล่งเรียนรู้สัมพันธ์สอดคล้องกับกิจกรรมการเรียนรู้	39 (84.8)	7 (15.2)	0
8	มีกิจกรรมการสอนหลากหลายวิธี	42 (91.3)	4 (8.7)	0
9	ง่ายต่อการนำไปใช้	44 (95.7)	2 (4.3)	0
ค่าเฉลี่ยคุณภาพของแผนการเรียนรู้ (ปรับปรุง= 1-1.67, พอใช้ =1.68-2.34 และ ดี=2.35-3.00 คะแนน)		2.89+0.14 คะแนน (ระดับดี)		

แผนการเรียนรู้ “สูงวัยสมองดีไม่มีลืม” จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน อยู่ที่ 4.86±0.83 คะแนน (ดังแสดงในตารางที่ 5)

■ อภิปรายผล

รูปแบบการเรียนรู้เพื่อชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ : เขตสุขภาพที่ 7 “สูงวัยสมองดีไม่มีลืม” ประกอบด้วย 5 แผนการเรียนรู้ ได้แก่ 1) การออกกำลังกาย 2) การฝึกบริหารสมอง 3) ความสุขและการจัดการอารมณ์ 4) โภชนาการ และ 5) การนอนหลับ หลังจากนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 210 คน พบว่า พฤติกรรมและภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมลดลง ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ ก้านศรี และคณะ⁽¹⁰⁾ เรื่อง ผลของโปรแกรมบริหารสมองต่อการเพิ่มความจำในผู้สูงอายุที่มีความจำพร่องเล็กน้อยที่พบว่า หลังการใช้โปรแกรม ค่าเฉลี่ยคะแนนความจำของผู้สูงอายุหลังจากที่ได้รับโปรแกรมการบริหารสมองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Valenzuela และคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่าการฝึกการทำงานของสมองสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของสมองได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับการไม่ได้ฝึก พบว่าคะแนนของการทำงานของสมอง (cognitive function) ของผู้สูงอายุในกลุ่มที่ได้รับ cognitive training สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ อยู่ที่ 1.07 (95% CI: 0.32, 1.83)

ในประเด็นด้านการออกกำลังกาย พบว่าการทำการวิจัยครั้งนี้มีแผนการเรียนรู้ด้านการออกกำลังกายส่งผลต่อการที่คะแนนสุขภาพสมองดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Angevaeren, et al.⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าการออกกำลังกายแบบ aerobic สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของสมองได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับการที่ไม่ได้ออกกำลังกาย จะเห็นว่าการออกกำลังกายคือ การที่ร่างกายมีการเคลื่อนไหว ไม่อยู่นิ่งและมีการใช้พลังงานมากขึ้น เช่น การเดิน การทำงานบ้าน และการทำสวน มีความสัมพันธ์ระหว่างการมีกิจกรรมทางกายกับ

ความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมพบว่า ผู้ที่มีกิจกรรมทางกายมากจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีกิจกรรมทางกายน้อย (pooled RR = 0.72, 95% CI: 0.60, 0.86) เมื่อวิเคราะห์แยกแต่ละประเภทของภาวะสมองเสื่อมพบว่า การมีกิจกรรมทางกายลดความเสี่ยงต่อการเกิด Alzheimer disease ได้อย่างมีนัยสำคัญ โดย pooled RR อยู่ระหว่าง 0.55 ถึง 0.72⁽¹⁵⁾

ในด้านอาหารและโภชนาการ ในการศึกษานี้มีแผนการเรียนรู้ด้านอาหารและโภชนาการโดยเน้นในเรื่องการรับประทานผักผลไม้ และการดื่มน้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่พบว่า ผู้ที่รับประทานอาหารแบบ Mediterranean diet (คืออาหารที่มีส่วนประกอบของ ผัก ผลไม้ ธัญพืช ปลา ไวน์แดง) มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่กินอาหารแบบ Mediterranean diet เป็นประจำจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม Alzheimer disease และภาวะสมองเสื่อมจากโรค Parkinson ลดลง 13% เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับประทานอาหารแบบ Mediterranean diet⁽¹⁵⁾

ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ กมลทิพย์ จันท์คำ และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนาารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวในเขตอำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี โดยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับแผนการเรียนรู้ในด้านความสุขและการจัดการอารมณ์ และการนอนหลับ ซึ่งเป็นแผนการเรียนรู้ที่ช่วยในการส่งเสริมสุขภาพและ

สมรรถภาพสมอง โดยมีการวิจัยสนับสนุนกล่าวคือ หากผู้สูงอายุมมีปัญหาเรื่องการนอนหลับ หรือมีพฤติกรรมนอนที่ไม่ถูกต้อง รวมถึงมีภาวะเครียด และวิตกกังวล จะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมได้⁽¹⁷⁻¹⁸⁾

สำหรับข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ การศึกษาเป็นเพียงกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง จึงควรมีการศึกษาเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อจะดูประสิทธิภาพและประสิทธิผลของโปรแกรม เพื่อนำไปพัฒนาแนวทางการป้องกันความเสี่ยงของสมองต่อไป และนอกจากนี้การศึกษานี้ยังเป็นการประเมินผลภาวะสมองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 1 ปี เห็นควรที่จะมีการติดตามผลในระยะยาวเพื่อดูประสิทธิภาพความคงทนของความจำต่อไป

การวิจัยครั้งนี้จัดทำขึ้น โดยมุ่งเน้นให้เกิดความยั่งยืนโดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนพัฒนาขึ้นจากความร่วมมือและความเห็นชอบของหลายภาคส่วนทั้งส่วนท้องถิ่น ศูนย์วิชาการ และหน่วยงานภาครัฐต่าง ๆ ซึ่งรูปแบบนี้มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุโดยผลการประเมินพบว่า รูปแบบฯ มีคุณภาพและประสิทธิภาพในการเพิ่มคะแนนประเมินสภาพสมอง (AMT) ช่วยให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ควรอย่างยิ่งที่จะมีการขยายผลไปใช้ในโรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุอื่นๆ ตลอดจนหารูปแบบหรือแนวทางการขยายแนวคิดนี้ไปยังกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้มาเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อไป โดยระยะแรกสามารถขยายให้ครอบคลุมทุกอำเภอ โดยเลือกนำรูปแบบไปใช้ในโรงเรียนที่มีความพร้อมเพื่อเป็นต้นแบบให้กับโรงเรียนอื่นๆ ในเขตฯ ต่อไป และควรให้มีการใช้และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ออกแบบแผนการเรียนรู้เพิ่มเติมให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น ในช่วงที่มีโรคอุบัติ

ใหม่ระบอบ เช่น โควิด-19 ควรเพิ่มแผนการเรียนรู้ เรื่อง สูงวัยห่างไกลโควิด-19 หรือปรับเปลี่ยนจัดทำ แผนการดูแลสุขภาพรายบุคคลเข้าไปในแผนการ เรียนเพื่อใช้เป็นวิชาการบ้าน สำหรับดูแลตนเองที่บ้าน เพิ่มสูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม ส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัยเป็นวิชาเลือกในหลักสูตร โดย ระยะแรกเสนอแนะเริ่มในกลุ่มแม่และเด็กปฐมวัย สูงวัยแข็งแรงเบ่งแรงลูกหลาน อันจะนำไปสู่การ เป็นสังคมสูงอายุอย่างมีคุณภาพเพื่อสูงวัยเป็นหลัก ชัยของสังคม ดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองและ ทุกกลุ่มวัยในชุมชนต่อไป

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหารศูนย์อนามัยที่ 7

ขอขอบคุณ ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินการวิจัย ผู้บริหาร แกนนำและนักเรียนผู้สูงอายุของ โรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ทั้ง 8 แห่งใน 4 จังหวัดของเขตสุขภาพ ที่ 7 (โรงเรียนผู้สูงอายุเมืองเกษ โรงเรียนผู้สูงอายุ เพิ่มสุขตำบลมะอี โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลยางคำ โรงเรียนภูมิปัญญาอาวุโสข้าวเรียง โรงเรียนผู้สูง อายุสุขสมวัยตำบลบ้านกู่ โรงเรียนผู้สูงอายุเมือง ท่าขอนยาง โรงเรียนผู้สูงอายุวัดบูรพาโคกเครือ โรงเรียนร่วมโพธิ์ร่มไทร นาโก) ที่ร่วมพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อชะลอและป้องกันภาวะ สมองเสื่อมของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ : เขตสุขภาพที่ 7 ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ประชากรผู้สูงอายุไทย: ปัจจุบันและอนาคต. เอกสารประมวลสถิติด้านสังคม 1/2558. กรุงเทพฯ: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมความมั่นคงของมนุษย์; 2557
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: Text and Journal Publication; 2557
3. World Health Organization. Mental health and older adults [internet]. 2023 [cited 2023 Apr 14]. Available from : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>.
4. Carvalho A, Rea IM, Parimon T, Cusack BJ. Physical activity and cognitive function in individuals over 60 years of age: a systematic review. *Clinical Interventions in Aging* 2014;9:661-82.
5. กรมอนามัย. คู่มือการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2 สิงหาคม 2566] เข้าถึงได้จาก: <https://hpc2service.anamai.moph.go.th/kmhpc2/myfile/sp7.pdf>.
6. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.
7. กรมอนามัย สำนักงานอนามัยผู้สูงอายุ. คู่มือส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุและป้องกันสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2561.
8. Lee SJ, Ritchie CS, Yaffe K, Stijacic CI, Barnes DE. A Clinical Index to Predict Progression from Mild Cognitive Impairment to Dementia Due to Alzheimer's Disease. *PLoS ONE* 2014;9(12):e113535. DOI: 10.1371/journal.pone.0113535
9. กรมกิจการผู้สูงอายุ. โรงเรียนผู้สูงอายุประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.dop.go.th/th/know/5/44>.
10. Chow SC, Shao J & Wang H. Sample Size Calculations in Clinical Research. 2nd ed. Chapman & Hall/ CRC; 2003.

11. จารุวรรณ ก้านศรี, ดลใจ จงพานิช, นภัทร เตียนอุฎล, ภัทรวดี ศรีนวล, รั้งสิมันต์ สุนทรไชยา. ผลของโปรแกรมบริหารสมองต่อการเพิ่มความจำในผู้สูงอายุ ที่มีความจำพร้อมเล็กน้อย. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2560; 44(ฉบับพิเศษ):12-21.
12. กรมอนามัย สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2559
13. Angevaren M, Aufdemkampe G, Verhaar HJ, Aleman A, Vanhees L. Physical activity and enhanced fitness to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment. The Cochrane database of systematic reviews 2008(3):CD005381.
14. Valenzuela M, Sachdev P. Can cognitive exercise prevent the onset of dementia? Systematic review of randomized clinical trials with longitudinal follow-up. The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry 2009;17(3):179-87.
15. ชาญรัตน์ อโนทัยสินทวี, แสงสุลี ธรรมไกร, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ. รายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องมาตรการการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hitap.net/documents/24288>.
16. กมลทิพย์ จันทร์คำ, มณฑิชา รักศิลป์, นพรัตน์ ส่งเสริม. การพัฒนาารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในเขตอำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสาร มจร อุบลปริทรรศน์ 2020;3(5):255-65.
17. Wennberg AMW, Wu MN, Rosenberg PB, Spira AP. Sleep Disturbance, Cognitive Decline, and Dementia: A Review. Semin Neurol 2017;37(4):395-406.
18. Franks KH, Bransby L, Saling MM, Pase MP. Association of Stress with Risk of Dementia and Mild Cognitive Impairment: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Alzheimer's Dis 2021;82(4): 1573-90



พฤติกรรมกำรป้องกันโควิด-19 หลังการระบาดของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการ ณ สถาบันพัฒนาสุขภาพวะเขตเมือง กระทรวงสาธารณสุข

วิภาดา รุปงาม*

นักศึกษาลัทธิสุตรวิทยาศาสตร์มหำบัณฑิต

สาขาวิชาสุขศึกษำและส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์

อลงกรณ์ เปกาฬี

ภาควิชาสุขศึกษำและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

นิรัตน์ อิมำมี

สาขาวิชาสุขศึกษำและส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันรับวัน 19 กุมภาพันธ์ 2567, วันแก้ไข 29 มีนาคม 2567, วันตอบรับ 17 เมษายน 2567.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำรป้องกันโรคโควิด-19 หลังการระบาดของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการ ณ สถาบันพัฒนาสุขภาพวะเขตเมือง ทำการสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ ได้จำนวนตัวอย่าง 254 คน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และฟิชเชอร์ (Fisher exact test) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกำรป้องกันโรคโควิด-19 หลังการระบาดอยู่ในระดับดี ร้อยละ 68.9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำรป้องกันโรคโควิด-19 หลังการระบาด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ปัจจัยด้านรายได้ต่อเดือน ประวัติการฉีดวัคซีนโควิด การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันกำรติดเชื้อโควิด-19 การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันกำรติดเชื้อโควิด-19 รวมทั้งปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมในการปฏิบัติพฤติกรรมกำรป้องกันโรคโควิด-19 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย สถาบันพัฒนาสุขภาพวะเขตเมืองและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 หลังการระบาด ให้แก่กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการสร้างเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันกำรติดเชื้อโรคโควิด-19 และการรับรู้ความสามารถตนเอง เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถปฏิบัติตัวเพื่อกำรป้องกันกำรติดเชื้อโควิด-19 ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมกำรป้องกันโรคโควิด-19 ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) การรับรู้ความสามารถตนเอง

*ผู้รับผิดชอบบทความ, อีเมล: Golf.roopngam@gmail.com

Post-Pandemic COVID-19 Preventive Behaviors of Chronic Non - Communicable Diseases Patients Who Received Services at Metropolitan Health and Wellness Institution Ministry of Public Health

Wipada Roopngam

Master of Science Student in Health Education and Health Promotion,
Faculty of Public Health, Mahidol University

Manirat Therawiwat

Alongkorn Pekalee

Department of Health Education and Behavioral Science,
Faculty of Public Health, Mahidol University

Nirat Imami

Expert in Health Education and Health Promotion Program,
Faculty of Public Health, Mahidol University

Received 19 February 2024, Revised 29 March 2024, Accepted 17 April 2024.

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to study factors related to post-pandemic COVID-19 preventive behaviors among patients with Chronic Non-Communicable Diseases who received service at Metropolitan health and wellness institution. The sample consisted of 254 NCDs patients selected by systematic random sampling. Data were collected through a Self-administered questionnaire and was analysed by descriptive statistics and Chi-square test and Fisher exact test was analyze the factors related to post-pandemic COVID-19 preventive behaviors. The results found that most of the samples had Post-pandemic COVID-19 Preventive behaviors at good level, 68.9 percent. Factors that were statistically significantly ($p < 0.05$) related to post-pandemic COVID-19 preventive behaviors were income, history of COVID-19 vaccination, perceived severity of COVID-19, outcome expectation regarding the results of behavioural practices to prevent COVID-19, and self-efficacy in preventing COVID-19, including reinforcing factors and enabling factors in preventing COVID-19. Suggestions from the research results, The Metropolitan health and wellness institution and related agencies should organize activities to promote COVID-19 preventive behaviors for patients with chronic non-communicable diseases, with an emphasis on perceived severity, outcome expectation and self-efficacy in preventing COVID-19 continuously, for people with chronic non-communicable diseases are aware of and practice behaviors to prevent COVID-19 infection effectively.

Keywords: COVID-19 Preventive behaviors, Chronic Non-Communicable Diseases' Patients, Self-efficacy

*Corresponding author, e-mail: Golf.roopngam@gmail.com

■ unna

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 (COVID-19) เกิดจากเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 สามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนผ่านละอองฝอยขนาดเล็ก (Aerosol) และพบผู้ป่วยยืนยันในหลายประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) จึงได้ประกาศเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern- (PHEIC) เมื่อวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 ที่ผ่านมา⁽¹⁾ จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากอย่างรวดเร็ว โดยพบผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลกเพิ่มขึ้นวันละประมาณ 3,000-4,000 ราย และมีอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 3.5 กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ ผู้สูบบุหรี่ และผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน เป็นต้น⁽²⁾

สถานการณ์การระบาดในประเทศไทยระหว่างวันที่ 14-20 มกราคม 2567 พบผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 718 ราย เฉลี่ย 102 รายต่อวัน เป็นผู้ป่วยอาการรุนแรงปอดอักเสบ 209 ราย ใส่ท่อช่วยหายใจ 149 ราย และเสียชีวิต 11 ราย โดยผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุหรือมีโรคเรื้อรัง (608) ได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และผู้ที่ไม่ได้รับวัคซีนหรือได้รับวัคซีนเพียง 2 เข็ม⁽³⁾

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดมาตรการเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 เมื่อเข้าสู่ระยะหลังการระบาดใหญ่ (Post-pandemic) สำหรับประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง 608 หรือประชาชนที่ฉีดวัคซีนไม่ครบตามกำหนด เช่น ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ผู้ที่มีโรคประจำตัว 7 กลุ่มโรค ได้แก่ หมั่นล้างมือ

ด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ เว้นระยะห่างตามความเหมาะสม และสวมหน้ากากอนามัยเมื่อจำเป็น อีกทั้งยังมีการกระตุ้นให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับวัคซีนให้ครอบคลุมมากที่สุด เพื่อเป็นการลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ⁽⁴⁾ สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ให้บริการแก่ประชาชนในด้านบริการสุขภาพ ได้ยึดเอาแนวทางและมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 มาใช้ในหน่วยงาน โดยมีการกระตุ้นให้ผู้รับบริการหมั่นล้างมือบ่อยๆ สวมใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งที่มาพบแพทย์ จัดที่นั่งสำหรับผู้รับบริการโดยมีการเว้นระยะห่าง และมีการเปิดบริการฉีดวัคซีนโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง 608

จากรายงานสถานการณ์อัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคโควิด-19 ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล พบยอดผู้ป่วยสะสมตั้งแต่มีการระบาดจนถึงวันที่ 10 ธันวาคม 2565 จำนวน 1,708,497 ราย ยอดผู้เสียชีวิตสะสมจำนวน 13,589 ราย โดยผู้เสียชีวิตส่วนมากเป็นผู้มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีโรคประจำตัวคือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง⁽⁵⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ผู้ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง และอาการทางตับ เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะมีอาการรุนแรง และอาจเสียชีวิตได้หากติดเชื้อโควิด-19 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยทั่วไป^(1,4,6) ดังนั้นกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวนี้จึงควรปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่างๆ เพื่อป้องกันโควิด-19

แม้ว่าปัจจุบันสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทยดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลงต่ำกว่า 5,000 ราย

ต่อวัน ผู้เสียชีวิตลดลงต่ำกว่า 50 รายต่อวัน การฉีดวัคซีนโควิด-19 ทำได้ดี⁽⁷⁾ ทำให้ประเทศไทยเป็นที่ยอมรับและได้รับการชื่นชมจากองค์การอนามัยโลกและนานาชาติว่าบริหารจัดการโรคระบาดได้ดี มีความพร้อมในการเผชิญปัญหาและปรับตัวไปตามสถานการณ์ได้อย่างรวดเร็ว กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศยกเลิกโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากโรคติดต่ออันตราย กำหนดให้เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 เป็นต้นไป⁽⁸⁾

อย่างไรก็ตามปัจจุบันก็ยังพบผู้ติดเชื้อโควิด-19 โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นกลุ่มที่น่าเป็นห่วงเมื่อมีการติดเชื้อมักมีอาการรุนแรง ดังนั้นการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 อย่างต่อเนื่องภายหลังการระบาดนั้น จำเป็นต้องมีการศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการกระทำพฤติกรรม ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมา มีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกระทำพฤติกรรมป้องกันโควิด-19 ในช่วงที่มีการระบาด ซึ่งพบว่า ปัจจัยมีทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล⁽⁹⁻¹¹⁾ และปัจจัยแวดล้อมภายนอก⁽¹²⁻¹⁴⁾ แต่ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 หลังการระบาดหรือหลังจากประกาศเป็นโรคประจำถิ่น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโควิด-19 ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายหลังสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์แบบจำลอง PRECEDE⁽¹⁵⁾ ในขั้นตอนที่ 3 ซึ่งเป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัย คือ ปัจจัยนำ (Predisposing factor) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factor) และปัจจัยเอื้อ (Enabling factor) เพื่อเป็นกรอบในการกำหนดปัจจัยที่ศึกษา ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะนำไปเป็นฐาน

ข้อมูลในการออกแบบกิจกรรมสร้างเสริมความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมป้องกันโควิด-19 ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลังการระบาดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 หลังการระบาดของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการ ณ สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง กระทรวงสาธารณสุข

■ วิธีการศึกษา

● **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการคลินิกพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมบริการสุขภาพ สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ แดเนียล⁽¹⁶⁾ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 211 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจากการตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 รวมจำนวนตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด 254 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) โดย 1) ตรวจสอบทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การคัดเลือกรายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ เป็นผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป และสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยและยินยอมในการให้ข้อมูลโดยได้รับการบอกกล่าวอย่างครบถ้วน 2) นำรายชื่อมาเรียงลำดับตามตัว

อักษร ทำการกำหนดตัวเลขเรียงลำดับให้กับสมาชิก 3) หาอัตราส่วน (k) ระหว่างประชากร (N) และกลุ่มตัวอย่าง (n) จาก สูตร $K = \frac{N}{n}$ 4) เพื่อทำการเลือกสมาชิกคนแรก (R) โดยใช้วิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน 5) หาสมาชิกคนต่อไป โดยใช้ค่าอัตราส่วนที่คำนวณได้ โดย (R, R+k, R+2k, R+3k, ..., R+nk) จนได้ตัวอย่างครบตามจำนวน 254 คน สำหรับเกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง ที่ไม่พร้อมให้ข้อมูลหรือให้ข้อมูลน้อยกว่าร้อยละ 80 ของคำถามทั้งหมด

● **เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา** เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามตัวแปรและวัตถุประสงค์ของการศึกษา แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากรและการเจ็บป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การมีโรคประจำตัว การได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 การเคยป่วยด้วยโรคโควิด-19 และการมีคนในครอบครัวป่วยด้วยโรคโควิด-19 ลักษณะคำถามมีทั้งคำถามปลายปิดคือมีตัวเลือกให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้ตอบข้อมูลที่เป็นจริงของกลุ่มตัวอย่าง คำถามมีจำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ ประกอบด้วย 4 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 และการรับรู้ความสามารถตนเอง มีจำนวน 7 ข้อ เป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับ

การเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์ป้องกันโรคโควิด-19 เช่น หน้ากากอนามัยและเจลแอลกอฮอล์ล้างมือ การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องการป้องกันโรคโควิด-19 โดยลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ตามแนวคิดของ ลิเคิร์ท (Likert Scale)⁽¹⁷⁾ แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ เข้าถึงได้น้อยที่สุด เข้าถึงได้น้อย เข้าถึงได้ปานกลาง เข้าถึงได้มาก เข้าถึงได้มากที่สุด คำถามมีจำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม เป็นคำถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่จากสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร (Information supports) หน้ากากอนามัยและเจลแอลกอฮอล์ล้างมือ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ตามแนวคิดของ ลิเคิร์ท (Likert Scale)⁽¹⁷⁾ แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ได้รับความน้อยที่สุด ได้รับความน้อย ได้รับความปานกลาง ได้รับความมาก ได้รับความมากที่สุด คำถามมีจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 หลังการระบาด ลักษณะคำตอบเป็นการวัดความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบ่งเป็น 5 ระดับความถี่ คือ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัติ 1 - 2 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติ 3 - 4 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติ 5 - 6 วัน/สัปดาห์ และปฏิบัติทุกวัน มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามด้านความเที่ยงโดยการนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน และนำมาวิเคราะห์ความเที่ยง ได้ดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงได้เท่ากับ 0.818 การรับรู้ความรุนแรงได้เท่ากับ 0.859 ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19

ได้เท่ากับ 0.893 และการรับรู้ความสามารถตนเองได้เท่ากับ 0.861 ปัจจัยเอื้อได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.865 ปัจจัยเสริมได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.782 สำหรับข้อมูลทั่วไปเป็นข้อมูลส่วนบุคคล และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 เป็นคำถามที่สะท้อนการปฏิบัติที่เป็นจริงจึงตรวจสอบคุณภาพเฉพาะด้านความตรงและการใช้ภาษา

● **การรวบรวมข้อมูล** ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม 2566 ด้วยการแจกแบบสอบถามให้ตัวอย่างตอบด้วยตนเองรายบุคคล จนได้จำนวนแบบสอบถามตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรและการเจ็บป่วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 หลังการระบาดด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และฟิชเชอร์ (Fisher exact test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรอง เลขที่ MUPH 2023 – 038 วันที่ 22 มีนาคม 2566

■ ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรและการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 254 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.0 อายุเฉลี่ย 59.83 ปี จบการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 40.2 มีสถานภาพ

แต่งงานและอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 58.7 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 21,229 บาท กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวที่ต้องรับการรักษาต่อเนื่อง คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 62.6 เคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 3 เข็มมากที่สุด ร้อยละ 30.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ร้อยละ 56.3 โดยเคยเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 จำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 50.8

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับที่ดี ร้อยละ 68.9 โดยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ปฏิบัติเป็นประจำหรือปฏิบัติทุกวัน เป็นส่วนใหญ่หรือมากกว่า ร้อยละ 70 ขึ้นไป ได้แก่ การใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อออกนอกบ้าน ร้อยละ 95.7 ใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่ออยู่ในสถานที่แออัดพื้นที่ชุมชน ตลาดและโรงพยาบาล ร้อยละ 93.3 เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร กรณีที่มีคนในบ้านอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 78.3 และล้างมืออย่างถูกวิธี 7 ขั้นตอนด้วยน้ำและสบู่ หรือล้างด้วยเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้งหลังเข้าห้องน้ำ ร้อยละ 73.6

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรและการเจ็บป่วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 หลังการระบาด ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 หลังการระบาด ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ปัจจัยด้านรายได้ต่อเดือน ($p=0.029$) ประวัติการฉีดวัคซีนโควิด-19 ($p=0.024$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 มีความคาดหวังในผลของการปฏิบัติ

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะประชากร กับพฤติกรรมกำบังโรคโควิด-19 (n =254)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร	ระดับพฤติกรรม			p-value
	ต้องปรับปรุง n(%)	พอใช้ n(%)	ดี n(%)	
เพศ				0.130 ^(a)
ชาย	8 (8.5)	28 (29.8)	58 (61.7)	
หญิง	7 (4.4)	36 (22.5)	117 (73.1)	
อายุ (ปี)				0.677 ^(b)
40 ปี และน้อยกว่า	0(0.0)	4(33.3)	8(66.7)	
41 - 50 ปี	2(7.4)	8(29.6)	17(63.0)	
51 - 60 ปี	2(2.4)	19(22.9)	62(74.7)	
61 - 70 ปี	8(8.4)	25(26.3)	62(65.3)	
>70 ปี	3(8.1)	8(21.6)	26(70.3)	
ระดับการศึกษา				0.311 ^(a)
ประถมศึกษา	2(3.6)	14(25.0)	40(71.4)	
มัธยมศึกษา หรือ ปวช. ปวส.	6(5.9)	20(19.6)	76(74.5)	
ปริญญาตรี หรือ สูงกว่า	7(7.3)	30(31.3)	59(61.5)	
สถานภาพสมรส				0.937 ^(b)
โสด	2(4.8)	11(26.2)	29(69.0)	
แต่งงานและอยู่ด้วยกัน	10(6.7)	35(23.5)	104(69.8)	
แต่งงานแต่แยกกันอยู่ หรือ หย่า หม้าย	3(4.8)	18(28.6)	42(66.7)	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)				0.029 ^(b)
<10,000	5(8.6)	13(22.4)	40(69.0)	
10,001 - 19,999	1(1.4)	14(20.3)	54(78.3)	
20,000 - 29,999	7(13.5)	11(21.2)	34(65.4)	
30,000 และมากกว่า	2(2.7)	26(34.7)	47(62.7)	

a =Chi-square test, b=Fisher's Exact test, *p<0.05.

พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 (p=0.021) การรับรู้ความสามารถตนเอง (p<0.001) ปัจจัยเอื้อ (p<0.001) และปัจจัยเสริม (p<0.001)

■ **อภิปรายผล**

จากการศึกษาพฤติกรรมกำบังโรคโควิด-19 หลังการระบาด ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มารับบริการ ณ สถานพัฒนาสุขภาพ

เขตเมือง กระทรวงสาธารณสุข พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกำบังโรคโควิด-19 อยู่ในระดับที่ดี ร้อยละ 68.9 อธิบายได้ว่า การป่วยด้วยโรคประจำตัวที่ต้องมารับบริการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องทำให้มีการได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เรื่องโรคโควิด-19 ความรุนแรงของโรคโควิด-19 และพฤติกรรมกำบังโรคโควิด-19 จากทางสถาบัน รวมทั้งสื่อต่างๆ มีการ

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 หลังการระบาดของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ปัจจัยด้านการรับรู้	ระดับพฤติกรรม			p-value
	ต้องปรับปรุง n(%)	พอใช้ n(%)	ดี n(%)	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19				0.871 ^a
ระดับต่ำ	1(4.2)	8(33.3)	15(62.5)	
ระดับปานกลาง	12(6.0)	48(23.9)	141(70.1)	
ระดับสูง	2(6.9)	8(27.6)	19(65.5)	
การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19				0.011 ^a
ระดับต่ำ	4(7.4)	20(37.0)	30(55.6)	
ระดับปานกลาง	8(6.2)	36(27.7)	86(66.2)	
ระดับสูง	3(4.3)	8(11.4)	59(84.3)	
ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19				0.021 ^a
ระดับต่ำ	1(8.3)	4(33.3)	7(58.3)	
ระดับปานกลาง	12(10.1)	34(28.6)	73(61.3)	
ระดับสูง	2(1.6)	26(21.1)	95(77.2)	
การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19				<0.001 ^a
ระดับต่ำ	7(17.5)	11(27.5)	22(55.0)	
ระดับปานกลาง	8(9.1)	28(31.8)	52(59.1)	
ระดับสูง	0(0.0)	25(19.8)	101(80.2)	
ปัจจัยเอื้อ				<0.001 ^a
ระดับต่ำ	5(45.5)	3(27.3)	3(27.3)	
ระดับปานกลาง	7(10.8)	17(26.2)	41(63.1)	
ระดับสูง	3(1.7)	44(24.7)	131(73.6)	
ปัจจัยเสริม				<0.001 ^a
ระดับต่ำ	4(30.8)	3(23.1)	6(46.2)	
ระดับปานกลาง	7(7.8)	28(31.1)	55(61.1)	
ระดับสูง	4(2.6)	33(21.9)	114(75.5)	

a =Chi-square test

ให้ข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคที่ดี

ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 หลังการระบาด อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ รายได้ต่อเดือน (p=0.029) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการ

ศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ในกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ดีเพียงพอ ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและอุปกรณ์ป้องกันโรคโควิด-19 ที่ง่ายขึ้น และผู้ที่มีรายได้ที่น้อยนั้นยังเป็นอุปสรรคต่อการทำพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19⁽¹⁸⁻²⁰⁾ อาจเนื่องมาจากพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 บางพฤติกรรม

เช่น พฤติกรรมการใส่หน้ากากอนามัย พฤติกรรมการล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์ และการไปรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 นั้นมีความเกี่ยวเนื่องกับค่าใช้จ่ายไม่ว่าจะเป็นการจัดซื้ออุปกรณ์ในการป้องกัน เช่น หน้ากากอนามัย สบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการในการฉีดวัคซีน เป็นต้น

นอกจากนี้ประวัติการฉีดวัคซีนโควิด-19 เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.024$) อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติการฉีดวัคซีนโควิด-19 นั้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่เคยฉีดมาแล้ว 3 เข็ม มีการกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับที่ดี อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและรับรู้ว่าการฉีดวัคซีนสามารถบรรเทาอาการรุนแรงเมื่อติดเชื้อได้จึงทำให้ไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้⁽¹²⁾ ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการป้องกันโรคโควิด-19 กับการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ความคาดหวังในประสิทธิผลวัคซีนโควิด-19 การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r= 9.002, p\text{-value}=0.004$)

ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 หลังการระบาดพบ 3 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ($p=0.011$) ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ($p=0.021$) การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ($p<0.001$) ซึ่งมีความสอดคล้อง

กับการศึกษาที่ผ่านมา^(14,21-22) พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ ความคาดหวังในผลของการตอบสนองในการป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) อาจเนื่องมาจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ ทำให้สถานบริการมีความตื่นตัวมีการจัดบริการเต็มรูปแบบรวมทั้งมีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ มีการจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น หน้ากากอนามัย เจลแอลกอฮอล์ สนับสนุนให้กับประชาชน และมีการจัดตั้งไว้ในสถานที่สาธารณะที่สามารถใช้บริการได้สะดวก จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 หลังการระบาดในระดับที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽²³⁻²⁴⁾ พบว่า การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพนั้น มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) สอดคล้องตามแนวคิดของ Caplan⁽²⁵⁾ ที่กล่าวว่าธรรมชาติของการปฏิสัมพันธ์กับระหว่างบุคคลต้องมีการให้การช่วยเหลือ สนับสนุนทั้งด้านอารมณ์ ให้กำลังใจ แบ่งปันสิ่งของ ชื่นแမ်း ให้คำแนะนำหรือข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อให้บุคคลรู้สึกว่าคุณมีความมั่นคงและปลอดภัย ก็จะสามารถปฏิบัติตัวในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งยังสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽²⁶⁾ ที่พบว่า ปัจจัยทางสังคมนั้น มีอิทธิพลนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีและความเป็นอยู่ที่ดีด้วย และการได้รับการกระตุ้นจากครอบครัว เพื่อน บุคคลรอบข้าง สื่อมาตรการ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม

การป้องกันตนเองจากโควิด-19 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²⁷⁾

■ สรุปผล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 มีดังนี้ ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ต่อเดือน ($p=0.029$) ประวัติการฉีดวัคซีนโควิด-19 ($p=0.024$) ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง ($p=0.011$) ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติพฤติกรรม ($p=0.021$) การรับรู้ความสามารถตนเอง ($p<0.001$) ปัจจัยเอื้อ ($p<0.001$) และปัจจัยเสริม ($p<0.001$)

■ ข้อเสนอแนะ

1. สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมืองและหน่วยงานด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมความรู้ การรับรู้ความโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคโควิด-19 รวมทั้งการ

สร้างการรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ให้แก่กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการกระตุ้นให้ไปรับบริการฉีดวัคซีน ในกลุ่มผู้ที่ยังไม่ได้ฉีด หรือที่ยังฉีดเข็มกระตุ้นเพียงแค่ 1 เข็ม

2. ควรมีการพัฒนาและศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองโปรแกรมหรือชุดกิจกรรมสร้างเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 การรับรู้ผลดีหรือประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน การติดเชื้อโควิด-19 การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 โดยเน้นกิจกรรมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น และการฝึกทักษะการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 จากการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น หรือกลุ่มเสี่ยง เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2 ธันวาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>
2. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์ โควิด-19 ภายในประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard>.
3. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์ โควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=40189&deptcode=brc>.
4. กรมควบคุมโรค. คำแนะนำสำหรับประชาชนเพื่อการป้องกันโควิด-19 เมื่อเข้าสู่ระยะหลังการระบาดใหญ่ (Post-pandemic) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/int_protection/int_protection_220665.pdf
5. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์ โควิด-19 ภายในประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard>
6. Nikoloski Z, Alqunaibet AM, Alfawaz RA, Almudarra SS, Herbst CH, El-Saharty S, et al. Covid-19 and non-communicable diseases: evidence from a systematic literature review. BMC Public Health [Internet]. 2021 [cited 2024 Mar 20];21(1):1068. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34090396/>
7. กรมควบคุมโรค. รายงานความก้าวหน้าการให้บริการฉีดวัคซีนโควิด 19 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/vaccine-covid19/pages/>.

8. กระทรวงสาธารณสุข. แผนและมาตรการ การบริหารจัดการสถานการณ์ โควิด-19 สู่วิถีชีวิตประจำวัน 19 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/8962>.
9. เพ็ญศรี หงษ์พานิช. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนจังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการสถาบันวิทยาการจัดการแห่งแปซิฟิก สาขามนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 12 กันยายน 2565];7(3):175-85. เข้าถึงได้จาก: <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/pacific/article/view/254376>.
10. พัสกร องอาจ, รัชฎาภรณ์ อึ้งเจริญ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการป้องกันโรคโควิด-19 การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 12 กันยายน 2565];7(3):64-71. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tcithaijo.org/index.php/kkujphr/article/view/247497/170638>.
11. เขาวลิต เลื่อนลอย. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 8 กันยายน 2565];2(1):18-33. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tcithaijo.org/index.php/tjphe/article/view/255782/174346>.
12. ไมลา อิศระสงคราม. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการป้องกันโรคโควิด-19 กับการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2565];19(2):56-67. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/odpc10ubon/article/view/254683/173898>.
13. วิชัย เทียนถาวร, ณรงค์ ใจเที่ยง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโควิดในกลุ่มวัยเรียนมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2565];4(2):126-137. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/article/view/251352/171787>.
14. ภัทรนุช วิฑูรสกุล, ญาภา ชัยสุวรรณ, สมสิริ รุ่งอมรรัตน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของครูและผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. วารสารการพยาบาลแห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 12 กันยายน 2565];39(4):41-54. เข้าถึงได้จาก: https://ns.mahidol.ac.th/english/journal_NS/pdf/vol39/issue4/4%20Pattaranuch.pdf.
15. Green L, Krueter M. Health Promotion Planning An Education Approach. 4th ed. NewYork: McGraw-Hill; 2005.
16. Pourhoseingholi MA, Vahedi M, Rahimzadeh M. Sample size calculation in medical studies [Internet]. 2013 [cited 2023 Apr 10];6(1):14-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4017493/>.
17. Nemoto T & Beglar D. Developing likert-scale questionnaires. In: Sonda N. & Krause A, Eds. JALT2023 Conference Proceeding. Tokyo: JALT; 2014:4-5.
18. ชูนิกา จัมจุมรัส. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพการป้องกัน COVID-19 ในหมู่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดอุทัยธานี ประเทศไทย. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 16 กันยายน 2565];15(38):645-58. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/252138/172582>.
19. Yodmai K, Pechrapa K, Kittipichai W, Charupoonpol P, Suksatan W. Factors Associated with Good COVID-19 Preventive Behaviors Among Older Adults in Urban Communities in Thailand. J Prim Care Community Health [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 18];12:1-9. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8326623/pdf/10.1177_21501327211036251.pdf
20. Papageorge NW, Zahn MV, Belot M, van den Broek-Altenburg E, Choi S, Jamison JC, et al. Socio-demographic factors associated with self-protecting behavior during the Covid-19 pandemic. Journal of Population Economics [Internet]. 2021 [cited 2022 Dec 15];34(34):691-738. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00148-020-00818-x>.
21. เขาวลิต เลื่อนลอย. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 8 กันยายน 2565];2(1):18-33. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tcithaijo.org/index.php/tjphe/article/view/255782/174346>.

22. พัศกร องอาจ, รัชฎาภรณ์ อึ้งเจริญ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการป้องกันโรคโควิด-19 การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 12 กันยายน 2565];15(1):120-8. เข้าถึงได้จาก:<https://he01.tcithaijo.org/index.php/kkujphr/article/view/247497/170638>.
23. ปิยะนันท์ เรือนคำ, สุนธธา คงศีล, สุขุม เจียมตน, ยวนุช สัตยสมบุรณ์, เพ็ญพักตร์ อุตศ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชากรผู้ใหญ่: กรณีศึกษาเขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 18 กันยายน 2565];31(2):247-59. เข้าถึงได้จาก: <https://phad.ph.mahidol.ac.th/research/2565/13.65%20Piyanan%20Article.pdf>.
24. รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์, ปณิตดา งามเปี่ยม, สุรัตนา เหล่าไชย, ประภากร ศรีสว่างวงศ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ ตำบลแว้งนาง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2565];14(3):104-14. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/article/view/247497>.
25. Caplan G. Support systems and community mental health. New York: Behavioral Publication; 1974.
26. Cohen S, Gottlieb BH & Underwood LG. Social relationships and health. In: Cohen S, Underwood LG,& Gottlieb BH, Eds. Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists. New York: Oxford University Press; 2000. pp. 3-25.
27. คงกระพัน ชาตรี, ฆานวิวัฒน์ อุ้นแก้ว, ชญาอนุช ลักษณะวิจารณ์, ชีระชน พลโยธา, ภิญญพันธ์ เพี้ยชัย. ปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโควิด-19 ของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. วารสารมนุษยศาสตร์ปริทรรศน์ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2565];43(2):136-53. เข้าถึงได้จาก: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/mpjh/article/view/249601/170257>

HEALTH

การสำรวจความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพและคุณภาพชีวิต ในมิติสุขภาพช่องปากของเด็กและเยาวชน ในสถานพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชน ศูนย์ฝึกและอบรม เด็กและเยาวชนของประเทศไทยปี 2566

จรัสศรี ศรีนฤพัตน์*

นพวรรณ โพนกุล

กลุ่มพัฒนาทันตสุขภาพวัยทำงานและผู้สูงอายุ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

ปิ่นปัทมา วนิชย์สายทอง

ภาควิชาทันตกรรมครอบครัวและชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันรับ 15 มีนาคม 2567, วันแก้ไข 23 เมษายน 2567, วันตอบรับ 24 เมษายน 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็กและเยาวชน ในสถานพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชน ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 400 คนจาก 4 ภาคของไทย ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ นครสวรรค์ อุบลราชธานี และสุราษฎร์ธานี เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 23 กุมภาพันธ์ - 1 มีนาคม 2567 โดยใช้แบบวัดความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพระดับพื้นฐาน (P-TOFHLiD) และแบบวัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสำหรับเด็ก (Child-OIDP) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุของ ผลการศึกษาพบว่า เด็กและเยาวชน อายุเฉลี่ย 16.8 ± 1.5 ปี ชาย 375 คน หญิง 25 คน คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพโดยรวม 20.4 ± 3.6 คะแนน จากคะแนนเต็ม 26 คะแนน คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเรื่องอาหารที่เสี่ยงต่อฟันผุ 3.8 ± 1.4 คะแนน ส่วนใหญ่ร้อยละ 89.5 ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติช่องปาก โดยเฉพาะด้านการรับประทานอาหารพบมากที่สุดร้อยละ 55.5 ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากด้านกายภาพ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการมีความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพช่องปากโดยรวม และความต้องการรักษาและแก้ไขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted PRs = 1.19; 95%CI = 1.07–1.33, 2.34; 95%CI = 2.25–2.44 และ 2.24; 95%CI = 1.74–2.90 ตามลำดับ) ผลการศึกษานี้นำไปพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายโดยเฉพาะการสร้างความรู้ด้านทันตสุขภาพ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ และพัฒนาระบบบริการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชน ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนอย่างยิ่งต่อไป

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก สถานพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชน ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน

* ผู้นิพนธ์หลัก, อีเมล :Srinarupat.j@gmail.com

Oral health literacy and oral health related quality of life in juvenile delinquent in Thailand 2023

Jarassri Srinarupat*

Noppawan Pochanukul

Bureau of Dental Health, Department of Health, Ministry of Public Health

Pinpinut Wanichsathong

Department of Family and Community Dentistry, Faculty of Dentistry,

Chiang Mai University

Received 15 March 2024, Revised 23 April 2024, Accepted 24 April 2024.

Abstract

This research is a cross-sectional study aimed to investigate the association between oral health literacy (The test of Functional Oral Health Literacy for Primary School Children; P-TOFHLiD) and Child-Oral Impact on Daily Performances (Child-OIDP) among juvenile delinquent in Thailand 2023. A purposive sample of 400 participants was selected from four regions of Thailand: Chiang Mai, Nakhon Sawan, Ubon Ratchathani, and Surat Thani provinces in the Juvenile Observation and Protection Centre and the Juvenile Vocational Centre. Data was collected between February 23 and March 1, 2024, with P-TOFHLiD and Child-OIDP. The data were analyzed using descriptive statistics and Poisson regression analysis. The data of 400 participants (mean age, 16.8 ± 1.5 years.; 375 male, 25 female) were analyzed. The average oral health literacy score was 20.4 ± 3.6 points. The lowest score was 3.8 ± 1.4 points in the 4th component: Food that causes tooth decay. The proportion of participants with an impact on quality of life was 89.5%. Eating was reported as the highest oral impact score for 55.5% The results of the quality of life in the dimensions of oral health of participants are affected more by the physical dimension than the psychological or social aspect. From the study, it was found that participants with insufficient health literacy, who are perceived to have overall problems and want to be treated, had a statistically significant impact on physical aspects when compared to those who have sufficient literacy (adjusted PRs = 1.19; 95%CI = 1.07–1.33; 2.34; 95%CI = 2.25–2.44; and 2.24; 95%CI = 1.74–2.90, respectively.) This study attempted to develop recommendations for improving juvenile delinquents' oral health by promoting oral health literacy and providing increased access to utilization.

Keywords : Oral health literacy, Child Oral Impacts on Daily Performances, Juvenile Observation and Protection Centre, Juvenile Vocational Centre

* Corresponding authors, e-mail :Srinarupat.j@gmail.com

■ บทนำ

ปัญหาสุขภาพช่องปากส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะกลุ่มวัยเรียน เด็กและเยาวชนในสถานพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชน ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนเป็นกลุ่มเปราะบางและด้อยโอกาสในการดูแลสุขภาพและเข้าถึงบริการสุขภาพตามสิทธิขั้นพื้นฐานที่มนุษย์พึงได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดในการเข้ารับบริการด้วยตนเอง⁽¹⁻³⁾ การศึกษาในต่างประเทศพบว่า เด็กและเยาวชนในสถานพินิจและศูนย์ฝึก มีความชุกของการเกิดฟันผุสูง และมีอนามัยช่องปากที่ไม่ดี⁽⁴⁾ สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาสภาวะโรคในช่องปากของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจ จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2555 พบว่า เด็กและเยาวชนมีปัญหาฟันผุร้อยละ 81.1 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) 4.0 ซี่/คน มีปัญหาเหงือกอักเสบร้อยละ 88.9⁽⁵⁾ ซึ่งสูงกว่าผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560 กลุ่มวัยเรียนอายุ 15 ปี ในระบบการศึกษาปกติ ซึ่งมีความชุกของโรคฟันผุร้อยละ 62.7 และค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 2.0 ซี่/คน⁽⁶⁾

โรคในช่องปากเป็นโรคที่ป้องกันได้⁽⁷⁾ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอาหารหวานที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่เหมาะสม⁽⁸⁾ ดังนั้นการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์จำเป็นต้องพัฒนาความรู้ ทักษะ การดูแลสุขภาพช่องปาก รวมถึงการพัฒนาความรู้ด้านทันตสุขภาพ เพื่อช่วยในกระบวนการรับข้อมูลข่าวสาร คิดวิเคราะห์และเข้าใจข้อมูลสุขภาพขั้นพื้นฐานในช่องปาก และตัดสินใจเข้ารับบริการอย่างเหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็น⁽⁹⁻¹⁴⁾ จากผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ สภาวะช่องปาก และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กัน

กล่าวคือถ้าเด็กวัยเรียนที่มีความรอบรู้เพียงพอ จะส่งผลให้มีสุขภาพช่องปากที่ดี หากมีความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพที่เพียงพอ จะเพิ่มการรับรู้ตระหนักถึงสุขภาพช่องปาก ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ เช่น การแปรงฟันที่ถูกต้อง การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และเข้ารับบริการตรวจอย่างสม่ำเสมอ⁽¹²⁾

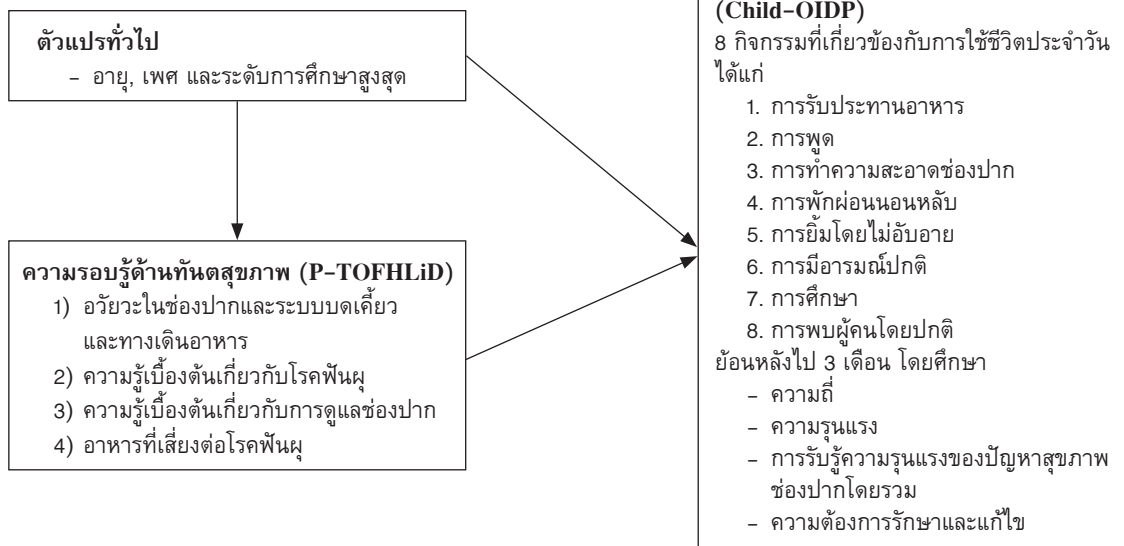
ปัจจุบันการศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสำหรับเด็กวัยเรียนกำลังได้รับความสนใจอย่างมากในต่างประเทศรวมถึงประเทศไทย เนื่องจากการพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายหลักของงานทันตกรรม อีกทั้งเด็กวัยเรียนเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของการดำเนินงานระดับประเทศ จึงจำเป็นต้องทราบข้อมูลสะท้อนสุขภาพช่องปากหรือคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากนอกเหนือไปจากข้อมูลของโรคในช่องปากเท่านั้น⁽¹³⁾ หากปัญหาสุขภาพช่องปากในเด็กวัยเรียนไม่ได้แก้ไข จะทำให้เกิดปัญหาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากตามมาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การยิ้ม การออกไปพบปะผู้คน การพูด เป็นต้น⁽⁶⁾ ดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสำหรับเด็กวัยเรียนมี 2 ตัวที่ผ่านการทดสอบในการศึกษาแบบตัดขวาง สามารถบรรยายถึงผลกระทบของช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียน และการจำแนกเด็กวัยเรียนตามระดับความรุนแรงของปัญหา ได้แก่ Child Perceptions Questionnaire (CPQ) และ Child-Oral Impact on Daily Performances (Child-OIDP) ดัชนีวัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก CPQ ประกอบด้วย 37 ข้อ ครอบคลุม 4 มิติสุขภาพช่องปาก ได้แก่ อาการ ความจำกัดในการทำหน้าที่ของช่องปาก ความสุขสบายทางจิตใจและความสุขสบายทางสังคม⁽¹⁴⁾ ซึ่งต่างจากดัชนีวัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็ก

วัยเรียน (Child-OIDP) ของ สูดาดวง เกร็นพงษ์ และคณะ⁽¹⁵⁾ ซึ่งได้พัฒนาในปี 2547 เพื่อสะท้อนและอธิบายถึงผลกระทบของปัญหาสุขภาพช่องปากที่เกิดขึ้นต่อคุณภาพชีวิต โดยวัดผลกระทบท้ายสุด (ultimate impacts) เท่านั้น โดยนำความถี่ของปัญหาที่เกิดขึ้นและความรุนแรงที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวันผ่านกิจกรรม 8 อย่างที่สะท้อนมิติด้านกายภาพ จิตใจ และสังคม⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ ซึ่งการประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ โดยใช้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพในระดับปลายที่เป็นพฤติกรรมการแสดงออกในการดำรงชีวิตซึ่งให้ผลถูกต้องมากกว่าการประเมินที่ระดับความรู้สึกหรืออาการ⁽¹⁵⁾

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจ และศูนย์ฝึกฯ พบว่าปัญหาสุขภาพช่องปากส่งผลต่อการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ รวมถึงเด็กและเยาวชนเหล่านี้เป็นกลุ่มที่ถูกปฏิเสธจากชั้นเรียนในระบบโรงเรียนและไม่สามารถกลับมาเรียนต่อได้ ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากไม่

เพียงพอ การไม่ได้รับบริการส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ หรือได้รับบริการทางทันตกรรมอย่างต่อเนื่อง ทำให้ปัญหาสุขภาพช่องปากมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ปัจจุบันการสำรวจสถานการณ์ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพระดับพื้นฐาน และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากครอบคลุมทั้งมิติกายภาพ จิตใจ สังคม ยังน้อยอยู่ อีกทั้งยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจ และศูนย์ฝึกฯ การศึกษาในครั้งนี้จึงมีความสำคัญเพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาจัดทำเป็นข้อเสนอแนะด้านนโยบายเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ วางแผนการจัดระบบบริการทันตสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน เพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันตามชุดสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมมากขึ้น เพื่อให้เด็กและเยาวชนในสถานพินิจ และศูนย์ฝึกฯ ได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากทั่วถึง เท่าเทียม และเสมอภาคตามหลักสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน

กรอบแนวคิดการศึกษา



■ **วัตถุประสงค์การศึกษา**

1. เพื่อสำรวจความรอบรู้ด้านทันต-สุขภาพและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็กและเยาวชน ในสถานพินิจ และศูนย์ฝึก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็กและเยาวชน ในสถานพินิจ และศูนย์ฝึก

■ **วิธีการศึกษา**

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรที่ศึกษา คือเด็กและเยาวชนในสถานพินิจ ศูนย์ฝึก จำนวน 2,907 คน⁽¹⁹⁾

ขนาดตัวอย่างและการเลือกตัวอย่าง ใช้สูตรเพื่อคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$$n = \frac{Z^2 \alpha/2 P(1-P)}{d^2}$$

$$\text{การแทนค่าสูตร} = \frac{(1.96)(1.96)(0.627)(0.373)}{(0.05)(0.05)}$$

$$= 360 \text{ คน และเผื่อเด็กและ}$$

เยาวชนที่ปฏิเสธการเข้าร่วมอีก 10%

โดยใช้ความชุกของโรคฟันผุในกลุ่มอายุ 15 ปี ตามรายงานผลสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 ร้อยละ 62.7 และเผื่อผู้ที่ปฏิเสธการเข้าร่วมอีก 10% โดยใช้สูตร 95% confidence interval ($\alpha=0.05$) รวมทั้งสิ้น 400 คน

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน จากทั้ง 4 ภาคของประเทศไทย โดยแบ่งตามภาคดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก สถานพินิจ และศูนย์ฝึก จากทั้งหมด 61 แห่ง เด็กและเยาวชนจำนวน 2,907 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2566)

และเป็นสถานที่ที่ให้ความร่วมมือและยินดีเข้าร่วมวิจัย และโดยความสมัครใจเป็น 4 ภาคทั่วประเทศ

ภาคเหนือ ได้แก่ สถานพินิจ ศูนย์ฝึกและอบรม เขต 7 จังหวัดเชียงใหม่ แห่งละ 50 คน รวม 100 คน

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ สถานพินิจ ศูนย์ฝึกและอบรม เขต 5 จังหวัดอุบลราชธานี แห่งละ 50 คน รวม 100 คน

ภาคกลาง ได้แก่ สถานพินิจ ศูนย์ฝึกและอบรม เขต 6 จังหวัดนครสวรรค์ แห่งละ 50 คน รวม 100 คน

ภาคใต้ ได้แก่ สถานพินิจ ศูนย์ฝึกและอบรม เขต 8 จังหวัดสุราษฎร์ธานี รวม 100 คน

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กและเยาวชนในสถานพินิจ และศูนย์ฝึก ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ซึ่งยินยอมเข้าร่วมวิจัย อายุตั้งแต่ 13-21 ปีบริบูรณ์ ที่เข้ามาอยู่ในสถานพินิจ และศูนย์ฝึก ไม่น้อยกว่า 30 วัน มีสัญชาติไทย สามารถอ่าน ฟัง และเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากโครงการวิจัย คือ เด็กและเยาวชนที่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวที่รุนแรง จนไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอด ไม่สมัครใจหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการศึกษา

● **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป อายุ เพศ และระดับการศึกษาสูงสุด

2. แบบวัดความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพระดับพื้นฐาน The test of Functional Oral Health Literacy for Primary School Children (P-TOFHLiD) พัฒนาโดยสำนักทันตสาธารณสุข โดย ปิ่นปิ่นทร์ วัฒนชัยสายทอง และปิยะดา ประเสริฐสม⁽²⁰⁾ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ทดสอบความรู้พื้นฐานและทักษะความเข้าใจ ในการอ่านที่

เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากในเด็กประถมศึกษา อายุ 11-14 ปี การศึกษาในสถานพินิจ และ ศูนย์ฝึกฯ ที่มีกลุ่มเป้าหมายอายุ 13-21 ปี ใช้แบบ วัตน์เพื่อต้องการวัดความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ ระดับพื้นฐาน ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก 4 องค์ประกอบ 1) อวัยวะในช่องปากและระบบ บดเคี้ยวและทางเดินอาหาร 7 คะแนน 2) ความรู้ เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคฟันผุ 6 คะแนน 3) ความรู้ เบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก 7 คะแนน 4) อาหารที่เสี่ยงต่อโรคฟันผุ 6 คะแนน คะแนนรวม 26 คะแนน การแปลความหมาย ถ้าค่าเฉลี่ย ของคะแนนความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ ≥ 21 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ ขั้นพื้นฐานเพียงพอ

3. แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตในมิติ สุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน (Child-OIDP) ซึ่งเป็นการนำแบบสัมภาษณ์ที่ใช้สำรวจคุณภาพ ชีวิต กลุ่มเด็กอายุ 12 ปีของการสำรวจสถานะทันต- สุขภาพครั้งที่ 8 ปี 2560 ซึ่งพัฒนาโดย สุดาตวง กฤษฎาพงษ์ และปิยะดา ประเสริฐสม⁽⁶⁾ มาปรับ คำให้เหมาะกับเด็กและเยาวชนในสถานพินิจ และศูนย์ฝึกฯ โดยสัมภาษณ์รายบุคคลถึงปัญหา การดำเนินชีวิตประจำวันในกิจกรรม 8 กิจกรรม ได้แก่การรับประทานอาหาร การพูด การทำความสะอาด ช่องปาก การพักผ่อนนอนหลับ การยิ้มโดย ไม่อับอาย การมีอารมณ์ปกติ การศึกษา การพบ ผู้คนโดยปกติ โดยสัมภาษณ์ย้อนหลังไป 3 เดือน โดยให้ระบุนขนาดของความถี่ 3 ระดับ ได้แก่

ระดับ 1 หมายถึงไม่ทุกสัปดาห์ เฉลี่ย เดือนละ 1-2 ครั้ง

ระดับ 2 สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง เดือนละ 3 ครั้งขึ้นไป

ระดับ 3 สัปดาห์ละ 3 ครั้งหรือแทบทุกวัน และหากมีปัญหาให้ระบุนความรุนแรง 3 ระดับ ได้แก่ เล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง

การสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ

ช่องปากในเด็กและเยาวชน มีผู้วิจัย 1 คน ที่ผ่าน การปรับมาตรฐานการสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต ในมิติสุขภาพช่องปาก (Child-OIDP) กับผู้ที่มี ประสบการณ์จากการเก็บข้อมูลการสำรวจสถานะ ทันตสุขภาพครั้งที่ 9 ปี 2566 เรียบร้อยแล้วก่อน ลงพื้นที่เก็บข้อมูล

● **ขั้นตอนการศึกษา มี 3 ระยะ ได้แก่**

ระยะที่ 1 การเตรียมการสำรวจ โดยจัดประชุมออนไลน์เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ทันทบุคลากรหรือบุคลากรสาธารณสุข ผู้รับ ผิดชอบงานในสถานพินิจ และศูนย์ฝึกฯ ใน จังหวัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ไปแนะนำอาสาสมัคร เพื่อจัดเตรียมจำนวนอาสาสมัคร

ระยะที่ 2 การขอความยินยอมและ เก็บรวบรวมข้อมูล อธิบายวัตถุประสงค์ คำแนะนำ และขอความยินยอมในการเก็บรวบรวม ข้อมูล ซึ่งภายหลังจากยินยอมอาสาสมัครทุกคนจะ ได้ รับการทำแบบวัดความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ ระดับพื้นฐาน (P-TOFHLiD) และแบบสัมภาษณ์ คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (Child-OIDP)

ระยะที่ 3 การเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 การดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูลโดยใช้แบบวัดความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ ระดับพื้นฐาน (P-TOFHLiD) และแบบสัมภาษณ์ คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็ก วัยเรียน (Child-OIDP) ในพื้นที่ระหว่างวันที่ 23 กุมภาพันธ์ - 1 มีนาคม 2567

3.2 การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p -value ≤ 0.05 และ 95% CI (Confidence Interval)

3.2.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติ เชิงพรรณนา เช่น ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยง เบนมาตรฐานสำหรับความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ

การรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพช่องปาก โดยรวม ความต้องการรักษาและแก้ไข และ คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-squared test)

3.2.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพช่องปากโดยรวม ความต้องการรักษาและแก้ไข และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากด้วยสถิติการถดถอยแบบพัวซอง (Poisson regression analysis) วิเคราะห์สัดส่วนความชุก (Prevalence Ratios; PRs)

● การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ กรมอนามัย รหัสโครงการวิจัย 675 รับรองวันที่ 22 มกราคม 2567 และผ่านการพิจารณาจากสถาบันวิจัย โดยกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กระทรวงยุติธรรม เพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มเปราะบางเรียบร้อยแล้ว

■ ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ชาย 375 คน หญิง 25 คน อายุเฉลี่ย 16.8 ปี (SD=1.5) ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษาร้อยละ 50.2 และกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพเพียงพอ ร้อยละ 59.5 (ตารางที่ 1)

ส่วนที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพโดยรวม 20.4 คะแนน (SD=3.6) โดยองค์ประกอบที่ 4 อาหารที่เสี่ยงต่อฟันผุ มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 3.8 คะแนน (SD=1.4) เมื่อเปรียบเทียบกับองค์ประกอบอื่น (ตารางที่ 2)

ส่วนที่ 3 ความชุกของผู้มีปัญหาการดำเนินชีวิตประจำวันในกิจกรรมแต่ละด้านที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

เด็กและเยาวชนส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 89.5 กลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบในกิจกรรมด้านการรับประทานอาหารมากที่สุด ร้อยละ 55.5 (ตารางที่ 3)

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพช่องปากโดยรวม ความต้องการรักษาและแก้ไข และผลกระทบจากปัญหาสุขภาพช่องปากที่เกิดขึ้นต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากแยกรายด้านทั้งกายภาพ จิตใจและสังคม พบว่า ในมิติสุขภาพช่องปากด้านกายภาพ ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ การรับรู้ปัญหาความรุนแรงของสุขภาพช่องปากโดยรวม ความต้องการรักษาและแก้ไข มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.002, p -value < 0.001 และ p -value < 0.001) ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพช่องปากโดยรวม และความต้องการรักษาและแก้ไข ด้วยสถิติการถดถอยแบบพัวซอง พบว่า เด็กและเยาวชนที่มีความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพไม่เพียงพอ มีการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพช่องปากโดยรวม และมีความต้องการรักษาและแก้ไข ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากด้านกายภาพมากกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพเพียงพอ ผู้ที่ระบุว่าไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปากโดยรวม และผู้ที่ไม่ต้องการรักษาและแก้ไข ซึ่งเป็นกลุ่มอ้างอิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted PRs = 1.19; 95%CI = 1.07 - 1.33 2.34; 95%CI = 2.25 - 2.44 และ 2.24; 95%CI = 1.74 - 2.90) ภายหลังจากปรับค่าตัวแปรด้วยอายุ เพศและระดับการศึกษาสูงสุด (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่ม

ตัวแปร	กลุ่มรวม (n=400)	
	จำนวน	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ร้อยละ
เพศ		
ชาย	375	93.7
หญิง	25	6.3
อายุ (ปี)		16.8 ± 1.5
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	16	4.0
ประถมศึกษา	201	50.2
มัธยมศึกษาตอนต้น	166	41.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย	17	4.3
ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ		
ไม่เพียงพอ (<21 คะแนน)	162	40.5
เพียงพอ (≥21 คะแนน)	238	59.5

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ แยกรายองค์ประกอบ

ตัวแปร	กลุ่มรวม (n=400)	
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากรวม (คะแนนเต็ม 26 คะแนน)	20.4	3.6
องค์ประกอบที่ 1 ภาวะในช่องปาก และระบบบดเคี้ยว และทางเดินอาหาร (7 คะแนน)	6.3	1.1
องค์ประกอบที่ 2 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคฟันผุ (6 คะแนน)	5.1	1.0
องค์ประกอบที่ 3 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก (7 คะแนน)	5.3	1.4
องค์ประกอบที่ 4 อาหารที่เสี่ยงต่อฟันผุ (6 คะแนน)	3.8	1.4

ตารางที่ 3 ความชุกของผู้มีปัญหาแต่ละด้านของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (Child-OIDP)	คน (ร้อยละ)
ด้านกายภาพ (Physical dimension)	
การรับประทานอาหาร	222 (55.5)
การพูด	19 (4.8)
การทำความสะอาดฟันและฟันปลอม	177 (44.3)
ด้านจิตใจ (Psychological dimension)	
การพักผ่อนนอนหลับ	54 (13.5)
การยิ้มโดยไม่อับอาย	156 (39.0)
การมีอารมณ์ปกติ	101 (25.3)
ด้านสังคม (Social dimension)	
การเรียนรู้หนังสือปกติ	5 (1.3)
การพบผู้คนโดยปกติ	41 (10.3)
ภาพรวม (Overall impacts in OIDP)	358 (89.5)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ และคุณภาพชีวิตในมิติของสุขภาพช่องปาก

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)	ผลกระทบท่อคุณภาพชีวิต มิติกายภาพ		p-Value	ผลกระทบท่อคุณภาพชีวิต มิติจิตใจ		p-Value	ผลกระทบท่อคุณภาพชีวิต มิติสังคม		p-Value
		psychological dimension			physical dimension			social dimension		
		ไม่มี	มี		ไม่มี	มี		ไม่มี	มี	
เพศ										
ชาย	375 (93.7)	94 (97.9)	281 (92.4)	0.053	169 (94.4)	206 (93.2)	0.622	336 (94.4)	39 (88.6)	0.137
หญิง	25 (6.3)	2 (2.1)	23 (7.6)		10 (5.6)	15 (6.8)		20 (5.6)	5 (11.4)	
ระดับการศึกษา										
ไม่ได้เรียน	16 (4.0)	4 (4.2)	12 (3.9)		5 (2.8)	11 (5.0)		15 (4.2)	1 (2.3)	
ประถมศึกษา	201 (50.2)	48 (50.0)	153 (50.3)	1.00	109 (60.9)	92 (41.6)	0.001*	178 (50.0)	23 (52.3)	0.735
มัธยมศึกษา	166 (41.5)	40 (41.7)	126 (41.4)		62 (34.6)	104 (47.1)		149 (41.9)	17 (38.6)	
ตอนต้น										
มัธยมศึกษา	17 (4.3)	4 (4.2)	13 (4.3)		3 (1.7)	14 (6.3)		14 (3.9)	3 (6.8)	
ตอนปลาย										
ความรอบรู้ทันตสุขภาพ										
ไม่เพียงพอ	162 (40.5)	26 (27.1)	136 (44.7)	0.002*	78 (43.6)	84 (38.0)	0.259	143 (40.2)	19 (43.2)	0.701
เพียงพอ	238 (59.5)	70 (72.9)	168 (55.3)		101 (56.4)	137 (62.0)		213 (59.8)	25 (56.8)	
การรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพช่องปากโดยรวม										
ไม่มี	43 (10.8)	43 (44.8)	0		42 (23.5)	1 (0.5)		43 (44.8)	0	
น้อย	116 (29.0)	26 (27.1)	90 (29.6)	<0.001*	71 (39.7)	45 (20.4)	<0.001*	112 (31.5)	4 (9.1)	<0.001*
ปานกลาง	201 (50.2)	22 (22.9)	179 (58.9)		62 (34.6)	139 (62.9)		175 (49.2)	26 (59.1)	
มาก	40 (10.0)	5 (5.2)	35 (11.5)		4 (2.2)	36 (16.3)		26 (7.3)	14 (31.8)	
ความต้องการการรักษาและแก้ไข										
ต้องการ	308 (77.0)	40 (41.7)	268 (88.2)	<0.001*	113 (63.1)	195 (88.2)	<0.001*	268 (75.3)	40 (90.9)	<0.001*
ไม่ต้องการ	92 (23.0)	56 (58.3)	36 (11.8)		66 (36.9)	26 (11.8)		88 (24.7)	4 (9.1)	

* p-values < 0.05 โดยสถิติไคสแควร์ (Chi-squared test)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพช่องปากโดยรวม และความต้องการรักษาและแก้ไข และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากด้านกายภาพ

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)	Univariate PRs	95% CI	Covariate Adjusted PRs*	95% CI
ความรอบรู้ทันตสุขภาพ					
เพียงพอ	238 (59.5)	กลุ่มอ้างอิง		กลุ่มอ้างอิง	
ไม่เพียงพอ	162 (40.5)	1.19	1.07 – 1.32	1.19	1.07 – 1.33
การรับรู้ปัญหาความรุนแรงของสุขภาพช่องปากโดยรวม					
ไม่มี	43 (10.8)	กลุ่มอ้างอิง		กลุ่มอ้างอิง	
มี	357 (89.2)	2.34	2.26 – 2.43	2.34	2.25 – 2.44
ความต้องการรักษา/แก้ไข					
ไม่ต้องการ	92 (23.0)	กลุ่มอ้างอิง		กลุ่มอ้างอิง	
ต้องการ	308 (77.0)	2.22	1.72 – 2.88	2.24	1.74 – 2.90

* ปรับค่าตัวแปรด้วยเพศ อายุ และระดับการศึกษา

PRs_prevalence ratios; CI_Confidence Interval โดยสถิติการถดถอยแบบพัซซอง (Poisson regression analysis)

■ อภิปรายผล

จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า เด็กและเยาวชนในสถานพินิจ และศูนย์ฝึกฯ ที่มีความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพไม่เพียงพอ การรับรู้ว่าตนเองมีปัญหาคความรุนแรงของสุขภาพช่องปากโดยรวม และมีความต้องการรักษาและแก้ไข ปัญหาสุขภาพช่องปาก มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากด้านกายภาพมากกว่ากลุ่มอ้างอิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในเด็กประถมศึกษาในประเทศไทยพบว่า หากมีเด็กวัยเรียนมีความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพเพียงพอ จะส่งผลต่อการเกิดสุขภาพช่องปากที่ดี^(6,12) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การสร้างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ โดยให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก

เพื่อหวังเพิ่มระดับความสามารถในการตัดสินใจ การรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก มีความมั่นใจในการตัดสินใจ และเกิดพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ ส่งผลในการป้องกันโรคในช่องปากได้⁽¹⁵⁾ ในวัยผู้ใหญ่หากมีความรอบรู้ไม่เพียงพอ พบการสูญเสียฟันมากขึ้น และไปรับบริการด้านทันตกรรมเฉพาะมีอาการฉุกเฉิน เช่น การปวดฟัน⁽²²⁾ ดังนั้นการสร้างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพอย่างเพียงพอตั้งแต่วัยเด็กและเยาวชนจะช่วยทำให้มีสุขภาพช่องปากที่ดี ลดการเกิดโรคในช่องปากและลดปัญหาสูญเสียฟัน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการบดเคี้ยวอาหารและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในอนาคต

จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า เด็กและเยาวชนในสถานพินิจ และศูนย์ฝึกฯ มีความชุกของการเกิดฟันผุมาก เนื่องจากขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปากและมีอนามัยช่องปากที่ไม่ดี อีกทั้งมีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น ระยะเวลาการแปรงฟันไม่สามารถใช้อุปกรณ์เสริม เช่น ไหมขัดฟัน น้ำยาบ้วนปาก หรือไม่ได้พบทันตแพทย์เป็นประจำ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคในช่องปากมากกว่าเด็กและเยาวชนที่อยู่ภายนอก⁽¹⁸⁾ ถึงแม้ผลการศึกษาในครั้งนี้เด็กและเยาวชนในสถานพินิจ และศูนย์ฝึกฯ ส่วนใหญ่ร้อยละ 59.5 มีความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพเพียงพอ แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดขององค์ประกอบทั้ง 4 ด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพช่องปากในองค์ประกอบที่ 4 การบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อฟันผุมีคะแนนน้อยที่สุด คือ 3.8 คะแนน จาก 6 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษากลุ่มเด็กประถมศึกษาในโรงเรียนปกติ ที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพในเรื่องนี้น้อยที่สุดเช่นเดียวกัน จากผลการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะให้มีการแทรกความรู้ของหัวข้อการบริโภคอาหารที่เหมาะสมในชุดกิจกรรมการเรียนรู้ (Active Learning) ซึ่งจะทำให้ผู้เรียนสามารถมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ผ่านการเล่น และลงมือปฏิบัติ ทำให้สร้างเสริมความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพในกลุ่มเด็กประถมศึกษาได้มากกว่าปกติ⁽¹²⁾ อย่างไรก็ตามข้อจำกัดในการเรียนรู้ในสถานพินิจ และศูนย์ฝึกฯ โดยเฉพาะการค้นหาสื่อหรือความรู้ด้วยการใช้อินเทอร์เน็ตด้วยตนเองอย่างอิสระเป็นไปได้ยาก ดังนั้นการพิจารณาเลือกใช้สื่อการสอนที่น่าสนใจโดยบุคลากรทางการแพทย์ ตัวอย่างเช่น การเลือกใช้สื่อแอนิเมชัน เพื่อใช้พัฒนาทักษะส่วนบุคคล หรือสนับสนุนให้มีการสร้างความรอบรู้แบบมีส่วนร่วมด้วยการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพ เพื่อให้

เกิดความเข้มแข็งในสถานพินิจ และศูนย์ฝึกฯ รวมถึงมีการสร้างแรงจูงใจด้วยของรางวัลหรือการสะสมคะแนน เพื่อเสริมแรงให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ระยะยาว อาจเหมาะสมกับเด็กและเยาวชนในสถานพินิจ และศูนย์ฝึกฯ มากกว่า นอกจากนั้นประเด็นที่มีความแตกต่างของบริบทของเด็กและเยาวชนภายนอก เช่น ไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารโดยอิสระด้วยตนเอง ดังนั้นจึงต้องมีการสื่อสาร ณรงค์ ให้องค์กรหรือหน่วยงานภายนอกเลือกอาหารที่จะนำมาบริจาคที่ไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก ได้แก่ การลดบริโภคอาหารหวาน เหนียวติดฟัน หรือเครื่องดื่มรสหวาน การเลือกจัดอาหารที่มีประโยชน์ต่อฟัน ร่วมกับวางแผนสร้างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพในกลุ่มเด็กและเยาวชนให้เหมาะสม เพื่อให้เด็กและเยาวชนมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองได้

ในส่วนผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ถึงแม้ส่วนใหญ่ร้อยละ 59.5 มีความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพเพียงพอ แต่เด็กและเยาวชนในสถานพินิจ และศูนย์ฝึกฯ ยังได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติช่องปากสูงถึงร้อยละ 89.5 โดยได้รับผลกระทบทางกายภาพมากที่สุดด้านการรับประทานอาหาร ร้อยละ 55.5 ซึ่งเด็กและเยาวชนที่มีความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพเพียงพอ สามารถรับรู้ และตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของตนเอง และมีความต้องการในการรักษาทางทันตกรรมหรือต้องการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศซึ่งผู้ที่มีความรอบรู้ดี มีทักษะ ความมั่นใจในการจัดการสุขภาพของตนเอง รวมถึงค้นหาและเข้าถึงระบบบริการที่เหมาะสม เมื่อเทียบกับผู้ที่มีความรอบรู้ไม่เพียงพอ ซึ่งอาจเพิกเฉยและเข้ารับบริการเฉพาะการรักษาบำบัดฉุกเฉินเพื่อบรรเทาความ

เจ็บปวดเท่านั้น⁽²³⁾ จากการศึกษางานวิจัยในต่างประเทศพบว่า กลุ่มวัยรุ่น ปัญหาที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากเป็นลำดับแรกคือการรับประทานอาหารเช่นเดียวกัน⁽²⁴⁾

นอกจากนั้นจากการศึกษาพบว่า เด็กและเยาวชนในสถานพินิจ และศูนย์ฝึกฯ ที่มีความรุนแรงของปัญหาสุขภาพช่องปากโดยรวม มีความต้องการรักษาและแก้ไขทางทันตกรรมมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีความรุนแรงของปัญหาสุขภาพช่องปาก สอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่พบว่า ในสถานพินิจ และศูนย์ฝึกฯ มีข้อจำกัดของการเข้าถึงบริการ และมีสถานพยาบาลที่ไม่เพียงพอ เด็กและเยาวชนจะพบฟันผุที่ไม่ได้รับการอุด และได้รับบริการอุดฟันน้อยกว่ากลุ่มปกติ⁽²⁵⁾ อีกทั้งการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากของเด็กและเยาวชนกลุ่มนี้น้อย จะรักษาเฉพาะกรณีฉุกเฉินเท่านั้น ทำให้สุขภาพช่องปากในเด็กกลุ่มนี้ไม่ดี⁽²²⁾ ส่วนความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงโดยรวม และความต้องการรักษาหรือแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากยังไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากด้านจิตใจและสังคม ซึ่งต่างจากการศึกษาอื่นในผู้ใหญ่พบว่า มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในเรื่องการออกเสียง และการนอนหลับ ส่งผลต่อการปฏิสัมพันธ์และการเข้าสังคมลดลง⁽²⁶⁾

ข้อจำกัดของการศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากขาดผลการศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้กำหนดนโยบายส่วนกลาง หรือภาคีเครือข่าย องค์กรภายนอก จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในการวิจัยครั้งต่อไป เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมในทุกมิติของสุขภาพช่องปาก และนำข้อเสนอแนะที่ได้ไปใช้วางแผนหรือกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อเอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในมิติของสุขภาพช่องปากของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจ และศูนย์ฝึกฯ ต่อไป

■ สรุป

การเพิ่มคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจ และศูนย์ฝึกฯ ด้วยการพัฒนาความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพให้เพียงพอ จะช่วยให้เด็กและเยาวชนในสถานพินิจ และศูนย์ฝึกฯ มีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ ลดปัญหาความรุนแรงของโรคในช่องปากและเพิ่มคุณภาพชีวิตในทุกมิติสุขภาพช่องปากของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจ และศูนย์ฝึกฯ อย่างยั่งยืน

■ ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้กำหนดนโยบายส่วนกลาง หรือภาคีเครือข่าย องค์กรภายนอก เพื่อสื่อสาร รณรงค์ เรื่องการเลือกอาหารบริโภคที่ไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก อีกทั้งร่วมกันพัฒนากลไกการตรวจคัดกรองเฝ้าระวังโรคในช่องปาก การเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันตามชุดสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรม และเพิ่มการเข้าถึงบริการในกลุ่มที่มีความต้องการรักษาทางทันตกรรมตามระดับความเสี่ยงและความเร่งด่วน เพื่อให้ได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างทั่วถึง เท่าเทียม และเสมอภาคตามหลักสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน

■ กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณเด็กและเยาวชน บุคลากรและเจ้าหน้าที่ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน และบุคลากรส่วนกลาง สังกัดกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กระทรวงยุติธรรม ที่ยินยอมให้ข้อมูลและอำนวยความสะดวกในการลงพื้นที่เก็บข้อมูลวิจัยทั้ง 4 แห่ง 4 ภาคทั่วประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

1. Morris RE. The health of youth in the juvenile justice systems. *Adolesc Med* 2001;12(3):471-83.
2. Committee on Adolescence. Health care for youth in the juvenile justice system. *Pediatrics* 2011;128(6):1219-35. doi: 10.1542/peds.2011-1757.
3. Booth J, O'Malley L, Meek R, Goldrick NM, Maycock M, Clarkson J, et al. A scoping review of interventions to improve oral health in prison settings. *Community Dent Oral Epidemiol* 2023;51(3):373-79. doi: 10.1111/cdoe.12811.
4. Hammond A, Obrecht J, Odunuyi O, Magloire P, Walsh S. Naloxone Knowledge and Attitudes of Juvenile Residents in a Detention Setting. *J Correct Health Care* 2022;28(3):148-54. doi: 10.1089/jchc.20.10.0096.
5. อูมาพร รุ่งรัศมีทวีมานะ. สถานการณ์โรคในช่องปากเด็กและเยาวชนในสถานพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชน จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารทันตสาธารณสุข* 2557;19(2):21-34.
6. กรมอนามัย สำนักทันตสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากระดับประเทศครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2560
7. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet* 2019;394(10194):249-60. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31146-8.
8. Chapple IL, Bouchard P, Cagetti MG, Campus G, Carra MC, Cocco F, et al. Interaction of lifestyle, behaviour or systemic diseases with dental caries and periodontal diseases: consensus report of group 2 of the joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases. *J Clin Periodontol* 2017;44(Suppl18):S39-S51. doi: 10.1111/jcpe.12685.
9. Walsh SM, Magloire P, Martinez M, Wetzel D, Obrecht J. Increasing Health Literacy Among Residents at a Juvenile Temporary Detention Center. *J Pediatr Health Care* 2022;36(3):218-24. doi: 10.1016/j.pedhc.2021.09.005.
10. Nutbeam D. Health Literacy as a Public Health Goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 2000;15(3):259-67.
11. Horowitz AM, Kleinman DV. Oral health literacy: The new imperative to better oral health. *Dental Clinics of North America* 2008;52(2):333-44.
12. ขวัญหทัย มงคล, สุขจิตตรา วนาภิรักษ์, ัญญา คำห้าง. ผลของการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียนในจังหวัดแพร่ โดยการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่ใช่กลไกของเกม. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม* 2566;46(3):99-113.
13. สุดาดวง กฤษฎาพงษ์. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก:ตอนที่ 3 ดัชนีสำหรับเด็กวัยประถมศึกษา. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2550;16(ฉบับเพิ่มเติม):S148-S60.
14. Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. *J Dent Res* 2002;81(7):459-63. doi: 10.1177/154405910208100705.
15. Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. Developing and evaluating an oral health-related quality of life index for children; the CHILD-OIDP. *Community Dent Health* 2004;21(2):161-9.
16. Alvarez-Azaustre MP, Greco R, Llena C. Oral Health-Related Quality of Life in Adolescents as Measured with the Child-OIDP Questionnaire: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(24):12995. doi:10.3390/ijerph182412995.
17. Bolin K, Jones D. Oral health needs of adolescents in a juvenile detention facility. *J Adolesc Health* 2006;38(6):755-7. doi: 10.1016/j.jadohealth.2005.05.029.

18. Alkhadra T. Prevalence of Dental Caries and Oral Hygiene Status among Juvenile Prisoners in the Kingdom of Saudi Arabia. *J Contemp Dent Pract* 2017;18(11):991-5. doi: 10.5005/jp-journals-10024-2163.
19. กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. รายงานสถิติคดีประจำปี พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 5 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.djop.go.th/storage/files/2/รายงานสถิติคดี%202565.pdf>.
20. Wanichsaithong P, Prasertsom P. Development and Validation of an Oral Health Literacy Measurement for Primary School Children in Thailand. *Int J Dent* 2022;2022:9161619. doi: 10.1155/2022/9161619
21. Macek MD, Atchison KA, Chen H, Wells W, Haynes D, Parker RM, et al. Oral health conceptual knowledge and its relationships with oral health outcomes: findings from a multi-site health literacy study. *Community Dent Oral Epidemiol* 2017;45(4):323-9
22. Mialhe FL, Santos BL, Bado FMR, Oliveira Júnior AJ, Soares GH. Association between oral health literacy and dental outcomes among users of primary healthcare services. *Braz Oral Res* 2022;36:e004. doi: 10.1590/1807-3107bor-2022.vol36.0004.
23. Kickbusch I. Improving health literacy - A key priority for enabling good health in Europe. *European Health Forum Gastein 2004 - Special Interest Session*; 2004. p. 1-16.
24. Gardner J, Huang B, Ip RHL. Oral health knowledge is associated with oral health-related quality of life: a survey of first-year undergraduate students enrolled in an American university. *BMC Oral Health* 2023;23(1):961. doi: 10.1186/s12903-023-03721-5.
25. Reddy V, Kondareddy CV, Siddanna S, Manjunath M. A survey on oral health status and treatment needs of life-imprisoned inmates in central jails of Karnataka, India. *Int Dent J* 2012;62(1):27-32.
26. Márquez-Arrico CF, Almerich-Silla JM, Montiel-Company JM. Oral health knowledge in relation to educational level in an adult population in Spain. *J Clin Exp Dent* 2019;11(12):e1143-50.

HEALTH

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. ของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง

ชุลีกร ลิ่งไธสง

ศศิธร ยี่ศรี

กชนันท์ นาครรัตน์

สถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง

วันรับ 23 กุมภาพันธ์ 2567, วันแก้ไข 25 เมษายน 2567, วันตอบรับ 7 พฤษภาคม 2567.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. ของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง ที่มีอายุระหว่าง 20-61 ปี กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางของทาโร ยามาเน่ ทำการสุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลาก ได้กลุ่มตัวอย่าง 154 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพอใช้ มีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.ระดับดี มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .34, p < .01$) เมื่อจำแนกในรายด้านพบว่าด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านการสื่อสารสุขภาพ และด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ และด้านการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. บุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง

Relationship between Health Literacy and Health Behaviors in a Personnel : A Survey Research in The Metropolitan Health and Wellness Institution.

Chuleekorn Lingthaisong

Sasithorn Yeesri

Kotchanan Nakarat

Metropolitan Health and Wellness Institution

Received 23 February 2024, Revised 25 April 2024, Accepted 7 May 2024.

Abstract

This research is an exploratory study with the objective of analyzing the situation of health literacy and health behaviors based on the 3Aor principles, as well as studying the relationship between health literacy and health behaviors based on the 3Aor principles Personnel of The Metropolitan Health and Wellness Institution. The sample group consists of staff members aged between 20-61 years old. The sample size was determined using the Taro Yamane formula, and a simple random sampling method was employed, resulting in a sample group of 154 individuals. The research instrument used in this study was a questionnaire regarding health literacy and health behaviors based on the 3Aor principles. Data analysis included percentages, means, standard deviations, and correlation coefficient testing using Pearson correlation. The study found that the level of health literacy was sufficient, health behaviors based on the 3Aor principles were good, and there was a statistically significant positive correlation ($r = .34, p < .01$) at a moderate level. When examined in detail, it was found that knowledge, understanding of health, health communication, and timely access to health information and media had a low positive correlation. Access to health service information and self-management had a moderate positive correlation. Decision-making for appropriate practices had a low negative correlation, which was statistically significant.

Keywords : Health literacy, Health behavior according to the 3Aor principles, Personnel of the Metropolitan Health and Wellness Institution

■ unku

ปัจจุบันสังคมไทยมีความเจริญก้าวหน้าขึ้นเป็นอย่างมาก มีเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่ทันสมัย มีการแข่งขันทางเศรษฐกิจที่สูงทำให้ประชาชนคนรุ่นใหม่มีความเครียดกดดัน เร่งรีบในชีวิตประจำวันมีพฤติกรรมสุขภาพที่เคลื่อนไหวร่างกายลดลง มีความเครียด รับประทานอาหารแบบจานด่วนมากขึ้น บริโภคผักผลไม้และอาหารตามธรรมชาติลดลง รวมไปถึงการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่เพื่อคลายเครียดที่มากขึ้น ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกันหรือมีผลต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชน ไม่ว่าจะในลักษณะที่ทำให้เกิดผลเสียหรือผลดีต่อสุขภาพตนเอง บุคคลในครอบครัวหรือชุมชน เจ็บป่วย บาดเจ็บหรือเสียชีวิต พฤติกรรมสุขภาพมีผลกระทบต่อปัญหาสาธารณสุขหรือปัญหาสุขภาพของแต่ละบุคคล ครอบครัว และชุมชน⁽¹⁾ จากการสำรวจสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของคนไทยในปี พ.ศ. 2558 พบว่าคนไทยวัยทำงานมีพฤติกรรมเสี่ยงใน 6 พฤติกรรมตามลำดับ คือ 1) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมที่คนไทยเสี่ยงมากที่สุด คือ พฤติกรรมไม่บริโภคผักและผลไม้อย่างน้อยครึ่งกิโลกรัมหรือ 5 กำมือต่อวัน ร้อยละ 81.3 2) พฤติกรรมสูขอนามัยส่วนบุคคล พฤติกรรมที่เสี่ยงมากที่สุดคือ ไม่ใช้ช้อนกลางและพฤติกรรมไม่ล้างมือด้วยสบู่ก่อนกินอาหาร ร้อยละ 62.2 3) พฤติกรรมออกกำลังกาย พฤติกรรมที่เสี่ยงมากที่สุด คือ ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 41.8 4) พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมที่เสี่ยงมากที่สุดคือ รู้สึกคิดมากหรือกังวลใจจนทำให้นอนไม่หลับ ร้อยละ 27.5 5) พฤติกรรมการดื่มสุรา คนไทยมีพฤติกรรมการดื่มสุราทุกชนิด ร้อยละ 22.9 6) พฤติกรรมการสูบบุหรี่คนไทยมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 16.9⁽²⁾

พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งหมดที่กล่าวมาทำให้คนไทยเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีอัตราป่วยด้วยโรคดังกล่าวคิดเป็น 7,400.8, 15,605.4, 533.3 และ 660.5 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับในปี 2561 และคนไทยมีแนวโน้ม เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มมากขึ้น โดยเป็นสาเหตุการตายในลำดับที่ 1, 2 และ 4 ตามลำดับในปี 2560 คิดเป็นอัตราตาย 117.6, 47.8 และ 31.8 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งหลายเกิดจากความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะหรือความสามารถในการค้นหา ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ ประเมิน และใช้ข้อมูลทางสุขภาพในการตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต⁽³⁾

จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของประชากรไทยกลุ่มวัยทำงานตามหลัก 3อ.2ส. (พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดทางอารมณ์ การลด ละ เลิก การสูบบุหรี่ และการลด ละ เลิก การดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) พบว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 38.18 ซึ่งเป็นความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ยังไม่สามารถส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนได้และมีส่วนน้อยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 19.43 ซึ่งเป็นระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สามารถส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนได้จากการเปลี่ยนแปลงสภาพปัญหาดังกล่าว จึงจำเป็นต้องส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคล และส่งเสริมปัจจัยแวดล้อมเอื้อต่อการมีสุขภาพดีต้องปลูกฝังในประชาชนเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพสู่การมี

พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง (Health Behavior) ด้วยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้และจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อ เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเนื่องจากการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเพิ่มขึ้น และความถี่ในการใช้บริการสุขภาพลดลง หากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ย่อมจะส่งผลต่อสถานะโดยรวมกล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น⁽⁴⁾

สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง เป็นหน่วยงานในสังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพประชาชน 4 กลุ่มวัยและงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เขตเมือง ซึ่งได้นำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมาเป็นเครื่องมือในการดูแลเครือข่ายความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) คือ ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี⁽⁵⁾ ข้อมูลสุขภาพบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมืองจากการตรวจสุขภาพประจำปีงบประมาณ 2565 พบว่า มีบุคลากรทั้งหมด 235 คน ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 234 คน คิดเป็นร้อยละ 99.57 บุคลากรมีค่าเฉลี่ย BMI อยู่ที่ 24.8 กก./ม² โดยมี BMI ต่ำกว่าเกณฑ์ จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 6.84 BMI ปกติ จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 35.04 BMI เกินเกณฑ์ จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 15.38 BMI อ้วนระดับ 1 จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 27.78 BMI อ้วนระดับ 2 จำนวน 35 คน

คิดเป็นร้อยละ 14.96 โดยพบว่า มีบุคลากรจำนวน 136 คน ที่มีระดับ BMI มากกว่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 58.12 ซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นและมีความเสี่ยงที่จะเกิดเป็นปัญหาสุขภาพต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นแนวคิดหนึ่งในการสร้างเสริมสุขภาพ บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เหมาะสมจะมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชนและมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพมีความสำคัญหรือเป็นอำนาจที่ทำให้เกิดสุขภาพดี และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เพราะบุคคลจะสามารถตัดสินใจจากข้อมูลที่ได้รับและเข้าใจจนนำไปใช้ได้⁽⁶⁾ สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมืองได้นำแนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้กำหนดเป็น 6 ระดับพฤติกรรมความรอบรู้ด้านสุขภาพของพลเมือง 4.0 (Smart Thai People 4.0) ได้แก่ เข้าถึง เข้าใจ ชักถาม ประเมิน ตัดสินใจ รับผิดชอบต่อสังคม และบอกต่อ⁽⁷⁾ มาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรผ่านการดำเนินกิจกรรมโครงการต่างๆ และสนับสนุนชมรมต่างๆ เช่น ชมรม IF ชมรมมวยไทย ชมรม Plant-based เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ตามหลัก 3อ. อีกทั้งในช่วงปี พ.ศ. 2563-2565 มีบุคลากรที่เกษียณอายุราชการ บุคลากรที่มีการโยกย้าย และมีบุคลากรใหม่จำนวนมาก ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. ของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง เพื่อประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. ของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง อันจะนำไปสู่การพัฒนาเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นองค์กรต้นแบบในเขตพื้นที่เขตเมืองต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. ของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. ของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง

■ นิยามศัพท์

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ มีความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน

พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. คือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอก พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้ และการเปลี่ยนแปลงในที่ไม่สังเกตไม่ได้แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้นเป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม การดูแลสุขภาพ ป้องกันโรคของตนเองโดยใช้หลัก 3อ. ประกอบไปด้วย

1. อ.อาหาร คือ การเลือกรับประทาน

อาหารที่มีสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ เน้นผักผลไม้ที่มีกากใยควรรับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ หลีกเลียงอาหารสุกๆ ดิบๆ อาหารค้างคืน อาหารที่มีรสจัด อาหารหมักดอง และดื่ม น้ำที่สะอาด

2. อ.ออกกำลังกาย คือ การทำกิจกรรมที่ได้ออกแรงหรือเคลื่อนไหวร่างกายซึ่งมีหลากหลายรูปแบบ ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ ถ้าเป็นการออกกำลังกายแบบไม่ใช้แรงมาก เช่น เดินเร็ว (brisk walking) ว่ายน้ำ และออกกำลังกายให้ได้สัปดาห์ละ 75 นาทีถ้าเป็นแบบใช้แรงมาก เช่น วิ่ง กีฬาที่เล่นเป็นทีม นอกจากนี้ยังควรฝึกกล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกายอย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์

3. อ.อารมณ์ คือ ความรู้สึกทางใจที่เปลี่ยนแปลงไปตามสิ่งเร้า เช่น วิตกกังวล เครียด โกรธ เศร้า เราสามารถจัดการอารมณ์ได้ เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลงที่ชอบ ร้องเพลง นั่งสมาธิ ทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว และการเห็นคุณค่าในตนเอง เพื่อให้จิตใจเราแจ่มใสอยู่เสมอ รวมทั้งควรนอนหลับพักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง

บุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง คือ บุคคลที่ปฏิบัติงานในสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมืองทุกตำแหน่ง ได้แก่ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงฯ จ้างเหมาบริการฯ

■ กรอบแนวคิดการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

1. ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ตามหลัก 3อ.
2. การเข้าถึงข้อมูล
3. การสื่อสารสุขภาพ
4. การจัดการตนเอง
5. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง
6. รู้เท่าทันสื่อ

พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย
3. พฤติกรรมการนอนหลับและการจัดการอารมณ์

■ วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. ของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. ของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง

● ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ศึกษาเป็นบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง ที่มีอายุระหว่าง 20-61 ปี จำนวน 241 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 6 ตุลาคม 2565)

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานที่สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง ปีงบประมาณ 2566 ซึ่งได้มาจากการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ ทาโร่ ยามาเน่ (Yamane, 1973)⁽⁸⁾ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยมีจำนวน 241 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางของ ทาโร่ ยามาเน่⁽⁸⁾ ยอมรับความคลาดเคลื่อนจากตัวอย่างได้ 5% ขนาดตัวอย่างที่ต้องการเท่ากับ 151 คน ทำการสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลาก โดยมีวิธีการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. รวบรวมรายชื่อบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง แยกตามประเภทตำแหน่ง และใช้หมายเลขแทนบุคลากรในแต่ละประเภทตำแหน่ง

2. ทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากในแต่ละประเภทตำแหน่งตามสัดส่วน ได้กลุ่มตัวอย่าง 154 คน ประกอบด้วย ข้าราชการ 68 คน ลูกจ้างประจำ 31 คน พนักงานราชการ 9 คน พนักงานกระทรวง 56 คน และจ้างเหมาบริการ 10 คน

● เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือ

ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. จำนวน 32 ข้อ แบ่งแบบสอบถามออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 5 ข้อ คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัวจากการวินิจฉัยของแพทย์ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (Check list) และแบบเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามหลัก 3อ. (พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับและการจัดการอารมณ์) จำนวน 16 ข้อ จากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁽⁹⁾ องค์กรประกอบที่ 1 ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ตามหลัก 3อ. จำนวน 4 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน องค์กรประกอบที่ 2 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ. จำนวน 2 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน องค์กรประกอบที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามหลัก 3อ. จำนวน 10 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบลิเกิตสเกล (Likert scale) ประเมินความถี่ในการปฏิบัติ 5 ระดับ คือ ไม่ได้ปฏิบัติ/ไม่เคย = 0 นานๆ ครั้ง = 1 บางครั้ง = 2 บ่อยครั้ง = 3 ทุกครั้ง = 4 คะแนนทั้งหมดรวมเท่ากับ 46 คะแนน ใช้การแปลผล ดังตารางที่ 1

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. ของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง ใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์วัยทำงาน 6 ด้านโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์วัยทำงานของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย⁽¹⁰⁾ จำนวน 11 ข้อ ข้อละ 4 คะแนน คะแนนทั้งหมดรวมเท่ากับ 44 คะแนน ใช้การแปลผล ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การแปรผลแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.

ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
ถ้าได้คะแนน 0-27.6 คะแนน หรือน้อยกว่า 60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนตามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
ถ้าได้คะแนน 27.7-32.2 คะแนน หรือ $\geq 60 - < 70\%$ ของคะแนนเต็ม	พอใช้	เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ และอาจจะมีการปฏิบัติตนตามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้ถูกต้องบ้าง
ถ้าได้คะแนน 32.3-36.8 คะแนน หรือ $\geq 70 - < 80\%$ ของคะแนนเต็ม	ดี	เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพดีเพียงพอ และมีการปฏิบัติตนตามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้ถูกต้อง
ถ้าได้คะแนน 36.9-46 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอ และมีการปฏิบัติตนตามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้ถูกต้องและสม่ำเสมอเป็นนิสัย

ตารางที่ 2 การแปรผลแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.

ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
ถ้าได้ 0-26.39 คะแนน หรือ $< 60\%$ ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	มีพฤติกรรมปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองได้ไม่ถูกต้อง
ถ้าได้คะแนน 26.40-30.79 คะแนน หรือ $\geq 60 - < 70\%$ ของคะแนนเต็ม	พอใช้	มีพฤติกรรมปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้องเป็นส่วนน้อย
ถ้าได้คะแนน 30.80-35.19 คะแนน หรือ $\geq 70 - < 80\%$ ของคะแนนเต็ม	ดี	มีพฤติกรรมปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่
ถ้าได้คะแนน 35.20-44 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	มีพฤติกรรมปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้องสม่ำเสมอ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา การวิจัยนี้ใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามหลัก 3อ. (พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับ และการจัดการอารมณ์) จำนวน 16 ข้อ จากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์วัยทำงาน ใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์วัยทำงาน 6 ด้าน

โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์วัยทำงานของสำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 คน เพื่อพิจารณาความชัดเจนของแบบสอบถามและระยะเวลาที่ใช้ตอบแบบสอบถาม โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามหลัก 3อ. (พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย

การนอนหลับและจัดการอารมณ์) เท่ากับ 0.89 และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์วัยทำงาน เท่ากับ 0.68

● **วิธีดำเนินการวิจัย**

1. การค้นคว้าจากหนังสือ รายงานการศึกษา วิทยานิพนธ์ รายงานการวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. เป็นต้น

2. พัฒนาแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. จากกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

3. ทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

4. ดำเนินการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยกรมอนามัย

5. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลในสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง ถึงผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมืองผ่านหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาองค์กรและขับเคลื่อนกำลังคน

6. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมสมัครใจที่จะให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถาม

7. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แบบสอบถามจำนวน 32 ข้อ การตอบแบบสอบถามจะใช้เวลาประมาณ 20 นาที

8. ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถามทุกฉบับ

9. วิเคราะห์ข้อมูล

● **ระยะเวลา** ระยะเวลาดำเนินการวิจัยระหว่าง 1 ตุลาคม 2565 – 30 กันยายน 2566

● **การวิเคราะห์ข้อมูล** ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ทางสถิติ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. วิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation) และมีเกณฑ์ในการพิจารณาระดับความสัมพันธ์ทั้งในทางบวกและลบ ดังนี้

ค่า r ระหว่าง ± 0.01 ถึง ± 0.29 หมายถึงระดับต่ำ

ค่า r ระหว่าง ± 0.30 ถึง ± 0.49 หมายถึงระดับปานกลาง

ค่า r ระหว่าง ± 0.50 ถึง ± 1.00 หมายถึงระดับสูง

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** ได้รับการอนุมัติรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ กรมอนามัย รหัสโครงการวิจัย 606/2565 ตั้งแต่วันที่ 24 พฤษภาคม 2566 ถึง 23 พฤษภาคม 2567

■ **ผลการศึกษา**

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. ของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. ของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 154 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการบรรยายประกอบตารางแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation) ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. ของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง (n = 154 คน)

ความรู้ด้านสุขภาพ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation) ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. (r)
ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ	0.13
การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ	0.35
การสื่อสารสุขภาพ	0.25
การจัดการตนเอง	0.34
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	-0.15
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	0.21
ภาพรวม	0.34

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.92 เพศชาย ร้อยละ 22.08 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 31 ปี (SD = 16.54) โดยมีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 27.28 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 41.56 มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 49.35 มีสถานภาพสมรสคู่ และร้อยละ 75.32 ไม่มีโรคประจำตัวจากการวินิจฉัยของแพทย์

ส่วนที่ 2 ระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามหลัก 3อ. (พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับและการจัดการอารมณ์)

ความรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามหลัก 3อ. ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 34.02 ($\bar{X} = 23.12, SD = 3.55$) รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 29.89 ($\bar{X} = 30.10, SD = 1.32$)

การจำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพรายด้าน ระดับความรู้ด้านสุขภาพภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 30.16, SD = 6.49$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ อยู่ในระดับดี

($\bar{X} = 2.65, SD = 0.16$) ระดับพอใช้ ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ ($\bar{X} = 2.80, SD = 0.91$) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($\bar{X} = 0.66, SD = 0.16$) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ($\bar{X} = 2.91, SD = 0.81$) และระดับไม่ดี ได้แก่ ด้านการสื่อสารสุขภาพ ($\bar{X} = 2.64, SD = 0.87$) ด้านการจัดการตนเอง ($\bar{X} = 2.69, SD = 0.83$)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. ของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง

ภาพรวมพฤติกรรมสุขภาพในระดับดี ($\bar{X} = 33.12, SD = 1.37$) คิดเป็นร้อยละ 43.30 ระดับดีมาก ($\bar{X} = 37.26, SD = 1.50$) คิดเป็นร้อยละ 35.05 ระดับพอใช้ ($\bar{X} = 29.38, SD = 0.81$) คิดเป็นร้อยละ 16.50 ระดับไม่ดี ($\bar{X} = 25.80, SD = 0.45$) คิดเป็นร้อยละ 5.15

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.

จากตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับ

ปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .34, p < .01$) และเมื่อจำแนกในรายด้านพบว่า ด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านการสื่อสารสุขภาพ และด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ และด้านการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามลำดับ

■ อภิปรายผล

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า บุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัดมีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ค่าเฉลี่ย 30.16 ซึ่งหมายถึง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ และอาจจะมีการปฏิบัติตนตามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้ถูกต้องบ้าง เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.65, SD = 0.16$) ระดับพอใช้ ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ ($\bar{X} = 2.80, SD = 0.91$) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($\bar{X} = 0.66, SD = 0.16$) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ($\bar{X} = 2.91, SD = 0.81$) และระดับไม่ดี ได้แก่ ด้านการสื่อสารสุขภาพ ($\bar{X} = 2.64, SD = 0.87$) และด้านการจัดการตนเอง ($\bar{X} = 2.69, SD = 0.83$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนวัยทำงานพบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกลุ่มประชาชนวัยทำงานก่อนถ่ายถอดความรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 52.00 รองลงมาคือระดับไม่ดี ร้อยละ 40.2 น้อยที่สุดคือ ระดับดีมาก

ร้อยละ 7.8 เท่านั้น⁽⁹⁾ อธิบายได้ว่าเนื่องจากข้อมูลทางด้านสุขภาพมักเป็นข้อมูลที่มีความซับซ้อนยากต่อการทำความเข้าใจ นอกจากนี้ความรู้ด้านสุขภาพจะต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา เพราะสถานการณ์ของสังคมเปลี่ยนแปลงไป ความรอบรู้และความเท่าทันด้านสุขภาพจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย⁽¹¹⁾

2. พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. (พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับและการจัดการอารมณ์)

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า บุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัดมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดี ($\bar{X} = 33.12, SD = 1.37$) คิดเป็นร้อยละ 43.30 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนวัยทำงานพบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 47.9⁽⁹⁾ อาจเป็นเพราะบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัด ซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุขต้องปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพ ตามนโยบายขับเคลื่อนสู่องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม⁽¹⁰⁾

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .34, p < .01$) และเมื่อจำแนกในรายด้านพบว่า ด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านการสื่อสารสุขภาพ และด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ และด้านการ

จัดการตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 ($r=0.456$)⁽¹²⁾

■ ข้อเสนอแนะ

● ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ อยู่ในระดับดี ด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ อยู่ในระดับพอใช้ และด้านการสื่อสารสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง อยู่ในระดับไม่ดี ควรมีการส่งเสริมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับบุคลากรผ่านวิธีการต่างๆ เช่น จัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การกำหนดค่าเป้าหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากร เป็นต้น

2. ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพในระดับดี ซึ่งการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องช่วยป้องกัน และลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา

สุขภาพ ลดการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยโดยเฉพาะโรคเรื้อรังต่างๆ เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพเป็นการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพ จึงควรสนับสนุนกิจกรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

● ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ออกแบบโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้มีเนื้อหาที่สอดคล้องกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และครอบคลุมองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน โดยให้ความสำคัญต่อความรอบรู้ในด้านที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าด้านอื่น ได้แก่ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เป็นต้น ตลอดจนคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยอื่น

2. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับผลการตรวจสุขภาพ

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ทำให้การศึกษาวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี และขอขอบคุณเพื่อนร่วมงาน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. รูปนี้ สิริรุ่งเรือง. ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส ของพนักงานบริษัท เบทาโกร จำกัด (มหาชน) [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 9 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://mis.krirk.ac.th>
2. สุภาวิณี แสงเรือน. สรุปเสนอผู้บริหารการศึกษาสถานการณพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนวัยทำงาน พ.ศ.2558 [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 27 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hed.go.th/news/4729>
3. ภมร ตรุณ, ประกันชัย ไกรรัตน์. ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2562;15(3):71-82.
4. เบญจวรรณ บัวชุ่ม. ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลป่าจิว อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2563;16(3):49-58.
5. อรเกษม บังคมเนตร. ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอขามเฒ่าลักษ์บุรี จังหวัดกาแพงเพชร [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 23 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://mis2.kpo.go.th/r2rkm/file/20220422154108.pdf>
6. ประไพพิศ สิงหเสม, พอเพ็ญ ไกรนรา, วรารัตน์ ทิพย์รัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตูด จังหวัดตรัง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2562;11(1):37-51.
7. วิชราพร เขยสุวรรณ. ความรู้ด้านสุขภาพ แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. วารสารแพทยธานี 2560;44(3):183-97.
8. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. New York: Harper & Row; 1973.
9. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขศึกษา. การประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนวัยทำงาน [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 9 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hed.go.th>
10. สุนันท์ณี ศรีประจันต์. ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 9 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://203.157.71.148/hpc7data/Res/ResFile/2562000901.pdf>
11. สกาวเนตร ไทรแจ่มจันทร์, วัลลภา อันดารา, อุษณีย์ บุญบรรจบ, รุณานุช ถิ่นสอน. ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.ของประชาชนในชุมชนบ้านเอื้ออาทรบางเขน (คลองถนน). วารสารพยาบาลทหารบก 2564;22(3):376-86.
12. อรุณี เสือสิงห์, บรรณกร เสือสิงห์, รุ่งพิทยา คณะช่าง, พงศ์พิชญ์ บุญดา. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 23 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2564/research/MA2564-002-01-0000000376-0000000302.pdf>

HEALTH

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพทางโภชนาการร่วมกับการฝึกสติที่มีต่อพฤติกรรม การฉันทนาการของสามเณรตามหลักโภชนาการมัธยมศึกษา

วีรฉัตร จรัสฉิมพลีกุล

สุกัญญา เขตอนันต์

รชยา สุวรรณพรหม

สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัด กรมอนามัย

จุไรรัตน์ ทนเสถียร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก

วันรับ 3 ตุลาคม 2566, วันแก้ไข 23 เมษายน 2567, วันตอบรับ 16 พฤษภาคม 2567

บทคัดย่อ

ภาวะโภชนาการเกินส่งผลกระทบต่อสามเณรทั้งด้านสุขภาพ พัฒนาการ และการเรียนรู้ ตลอดจนการใช้ชีวิตตามหลักธรรมสำหรับสามเณรที่อยู่ในวิถีทางศาสนาซึ่งการมีสุขภาพดีเป็นส่วนสำคัญในการปฏิบัติธรรมและการเจริญสติ การศึกษานี้ใช้แนวคิดความรู้ทางสุขภาพและแนวคิดการฝึกสติในการศึกษา ทำการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพทางโภชนาการร่วมกับการฝึกสติในกลุ่มสามเณรจำนวน 70 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่าง เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 35 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพทางโภชนาการร่วมกับการฝึกสติ และแบบสอบถามพฤติกรรมการฉันทนาการตามหลักโภชนาการมัธยมศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวัดความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า การเปรียบเทียบพฤติกรรมการฉันทนาการ ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมทั้งสองช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยในระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมฯ เท่ากับ 29.17 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมฯ เท่ากับ 20.37 และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมฯ เท่ากับ 28.06 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมฯ เท่ากับ 23.63 เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มพบว่า ในกลุ่มทดลองระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีพฤติกรรมการฉันทนาการ ดีขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 คือ จากค่าเฉลี่ยพฤติกรรมฯ ก่อนการทดลอง เท่ากับ 20.23 เพิ่มขึ้นเป็น 29.17 และ 28.06 ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลตามลำดับ ส่วนหลังทดลองและระยะติดตามผล พฤติกรรมการฉันทนาการ ไม่แตกต่างกัน สรุปโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพทางโภชนาการร่วมกับการฝึกสติ สามารถนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการฉันทนาการตามหลักโภชนาการมัธยมศึกษาของสามเณรได้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพ ในงานอนามัยโรงเรียนได้

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพทางโภชนาการ การฝึกสติ โภชนาการมัธยมศึกษา

Effectiveness of the Nutritional Health Literacy and Mindful Program on eating behavior among Novice that follow the Bhojane Mattannuta practice.

Werachat Jaratchimpleekun

Sukanya Khetanan

Rachaya Suwanaprom

Metropolitan Health and Wellness Institution

Jurairat Thonsathien

Nakhon Nayok Provincial Public Health Office

Received 3 October 2023, Revised 23 April 2024, Accepted 16 May 2024

Abstract

The condition of overnutrition impacts novices in several aspects, including their health, development, learning, and their adherence to the principles of Dharma in their religious practice, where good health is essential for the practice of Dharma and the development of mindfulness. This study adopts the concepts of health literacy and mindfulness training in its methodology. It is a quasi-experimental research aimed at examining the effectiveness of a program developed to enhance health literacy in nutrition, combined with mindfulness training, among a group of 70 novices. The sample was randomly divided into an experimental group and a control group, each consisting of 35 individuals. The tools used in the experiment included the health literacy in nutrition program combined with mindfulness training, and a questionnaire on eating behaviors based on the principles of Sattvic food. Data were analyzed using one-way ANOVA with repeated measures. The study found that, in terms of eating behaviors, the experimental group performed significantly better than the control group in both the post-experiment phase and the follow-up phase, with statistical significance at the .05 level. In the post-experiment phase, the experimental group had an average behavior score of 29.17, compared to 20.37 for the control group. In the follow-up phase, these scores were 28.06 for the experimental group and 23.63 for the control group. Within-group comparisons revealed that, in the experimental group, there was a statistically significant improvement in eating behaviors, both in the post-experiment phase and at the follow-up, compared to the pre-experiment phase, with this significance noted at the .05 level, with scores rising from an average of 20.23 pre-experiment to 29.17 and 28.06, respectively. There was no significant difference in the eating behaviors between the post-experiment and follow-up phases. In conclusion, the program for developing nutritional health literacy combined with mindfulness training can effectively change the eating behaviors of novices in accordance with the principles of Sattvic food. This approach can be used as a guideline in health promotion activities in school health services.

Keywords: Nutritional Health Literacy, Mindfulness Training, Bhojane Mattannuta

■ บทนำ

ปัญหาภาวะโภชนาการเกินในกลุ่มเด็กวัยเรียน (อายุ 6 – 14 ปี) นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยด้วยเช่นกัน มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต การเรียน การใช้ชีวิตประจำวัน และคุณภาพชีวิต อีกทั้งยังนำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ ได้ในอนาคต สามเณรซึ่งเป็นหนึ่งในกลุ่มเด็กวัยเรียนเป็นอีกกลุ่มบุคคลที่พบปัญหาโภชนาการเกินเช่นเดียวกับเด็กวัยเรียนอื่นๆ ที่สำคัญยังเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพสูง และมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อเทียบกับเด็กทั่วไป จำเป็นต้องได้รับการดูแล สนับสนุน ปกป้อง และคุ้มครองด้านสุขภาพตามสิทธิขั้นพื้นฐานของเด็กที่พึงได้รับเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขต่อไป จากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของสามเณรใน 4 ภูมิภาคของประเทศไทย พ.ศ. 2564 พบสามเณรมีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 16.5 ซึ่งสูงกว่าเด็กชายไทยทั่วไปที่มีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 4.1 ซึ่งเมื่อศึกษาต่อไปพบว่า สามเณรที่มีภาวะน้ำหนักเกินส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนพระปริยัติธรรม โดยข้อมูลจากการสำรวจสถานการณ์สุขภาพของสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา พื้นที่กรุงเทพมหานคร 11 แห่ง ใน พ.ศ. 2566⁽¹⁾ พบว่า สามเณรมีภาวะสูงตีสมส่วน ร้อยละ 79.89 ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายร้อยละ 56 แต่กลับพบว่า มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 25.69 ภาวะผอม ร้อยละ 33.06 และภาวะเตี้ย ร้อยละ 16.89 ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนด คือ ไม่เกิน ร้อยละ 10, 5 และ 5 ตามลำดับ การมีภาวะโภชนาการเกินในสามเณรนั้น มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ได้แก่ การได้รับพลังงานจากอาหารเกินกว่าที่ร่างกายต้องการ ร่วมกับปัจจัยเสี่ยง เช่น

มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคอ้วน พฤติกรรมการฉันภัตตาหารที่ไม่ถูกต้อง ขาดการบริหารร่างกาย เป็นต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิต ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หรือเกิดโรคติดต่อไม่เรื้อรังได้ในระยะยาว⁽²⁾ จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยของภาวะน้ำหนักเกินในสามเณรเกิดจาก 1) ด้านโภชนาการ สามเณรฉันภัตตาหารที่มาจากการปรุงด้วยวิธีผัด ทอด แกงกะทิ ขนมที่มีแป้ง ที่มีส่วนประกอบของกะทิ และขนมถุงบ่อยครั้ง ฉันผักผลไม้ในปริมาณที่น้อย โดยอาหารส่วนใหญ่มาจากการถวายทั้งที่วัด โรงเรียน และซื้อด้วยตนเอง 2) ด้านน้ำปानะ พบว่า สามเณรมักฉันปानะที่มีน้ำตาลและพลังงานที่สูง เช่น น้ำอัดลม ชาขวด น้ำผลไม้กล่อง เครื่องดื่มชูกำลังนมเปรี้ยว และนมรสหวาน 3) ด้านการมีกิจกรรมทางกาย หรือการบริหารรูปชั้นท์ พบว่าสามเณรมีการบริหารรูปชั้นท์ที่น้อย ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่แฝงมาในรูปแบบกิจวัตรประจำวัน เช่น การบิณฑบาต กวาดถูลานวัด ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เคลื่อนไหวน้อย และไม่ต่อเนื่อง ไม่สามารถบริหารรูปชั้นท์ได้อย่างเต็มรูปแบบอย่างบุคคลทั่วไป เนื่องจากต้องอยู่ในพระธรรมวินัยและความสำรวม⁽³⁾

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นความสามารถของบุคคลในการค้นหาคำตอบที่ต้องการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่เป็นจริง ตรวจสอบทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับมา และตัดสินใจนำข้อมูลนั้นไปใช้ปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์ความจำเป็นเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ซึ่งความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพจัดเป็นแรงจูงใจในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี⁽⁴⁾ จากการศึกษาทบทวนทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลต่อภาวะอ้วนลงพุง พบว่า มีการศึกษามากมายที่สนับสนุนว่าความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ช่วยปรับเปลี่ยน

สังคมและทักษะทางปัญญา ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ทักษะการโต้ตอบซักถาม และทักษะการตัดสินใจ โดยองค์ประกอบทั้ง 4 เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคลเพื่อให้เกิดการเรียนรู้อันจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเป็นความสามารถในการประยุกต์การเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรมของตนเอง และการบอกต่อซึ่งเป็นการสื่อสารข้อมูลหรือประสบการณ์จากการเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรมของตนเองผ่านช่องทางต่างๆ ได้ มีรายละเอียดดังนี้

1.1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการค้นหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งข้อมูลใดๆ ที่มีความน่าเชื่อถือ โดยพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ

1.2 ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการอธิบายระบุเปรียบเทียบ หรือแปลความหมาย เกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ รวมทั้งสามารถวิเคราะห์พิจารณาข้อมูลสุขภาพที่ได้รับไปใช้

1.3 การโต้ตอบ ซักถาม แลกเปลี่ยน หมายถึง ความสามารถในการตั้งคำถาม โต้ตอบอภิปราย และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพได้

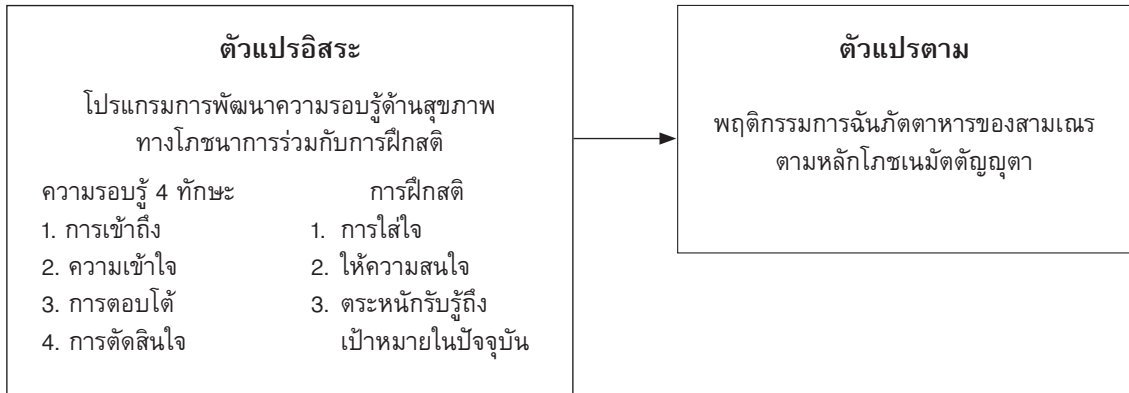
1.4 การตัดสินใจ หมายถึง ความสามารถในการนำข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและเชื่อถือได้มาใช้เป็นทางเลือก ที่จะลงมือปฏิบัติเพื่อสุขภาพของตนเอง

2. กิจกรรมการฝึกสติในการฉันภัตตาหาร สร้างจากแนวคิดของ mindfulness eating เป็นการใส่ใจ ให้ความสนใจและตระหนักรับรู้ถึงเป้าหมายในปัจจุบัน ณ ขณะนั้น ในการ

ศึกษานี้การมีสติ หมายถึง การฉันภัตตาหารอย่างมีสติโดยที่สามเณรมีความตระหนักรู้ใจและสนใจในรสชาติ คุณค่า สภาวะอารมณ์และความรู้สึกก่อนที่จะฉันภัตตาหารทุกครั้ง การฉันภัตตาหารอย่างมีสติโดยการให้ความใส่ใจถึงความหิว ความอยากและความอึดของร่างกายก่อนที่จะฉันภัตตาหาร ซึ่งในการศึกษานี้จะใช้วิธีสร้างสติด้านความตระหนักจากการเรียนรู้ โดยการฝึกสมาธิจดจ่อต่อการรับรู้สิ่งแวดล้อมและใช้ลมหายใจให้เกิดสติ พร้อมทั้งฝึกการควบคุมกิเลสและฝึกการมีสติในการฉันภัตตาหาร การยอมรับกับความรู้สึกอยากฉันภัตตาหารความหิวและโหย การแยกแยะอารมณ์และความรู้สึกของความอยากอาหารในมือนั้น

3. พฤติกรรมกรณฉันภัตตาหารตามหลักโภชนาการตามคัมภีร์ หมายถึง การปฏิบัติของสามเณรในการฉันภัตตาหาร ดังนี้ 1) รู้จักประมาณในการรับ โดยรับบิณฑบาตพอบริหารท้อง และรับอาหารอย่างมีสติ 2) รู้จักประมาณในการฉันภัตตาหาร โดยพิจารณาตัดสินใจโดยเน้นฉันภัตตาหารที่มีคุณค่าต่อชีวิต รู้จักประมาณในการฉันภัตตาหารโดยไม่ปล่อยกายปล่อยใจให้เพละเลเลินหลงใหลในการฉัน หากฉันมากจนทำให้แน่นอึดอัด จนไม่สุขสบาย หรือฉันน้อยก็ทำให้ร่างกายไม่มีกำลังอ่อนเพลียอิดโรย ซึ่งได้แนวคิดจากการฉันภัตตาหารของพระสงฆ์และสามเณรตามหลักพระพุทธศาสนาในประเทศไทย โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ลักษณะคำถามเป็นมาตรประเมินค่า 4 ระดับ จำนวน 12 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 0 ถึง 3 ผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่ามีพฤติกรรมการฉันภัตตาหารของสามเณรตามหลักโภชนาการตามคัมภีร์ที่ดีกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำ

■ กรอบแนวคิดการวิจัย



■ วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experiment Research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มควบคุม (Control Group) ซึ่งเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยมีรูปแบบการวิจัยแบบทดสอบก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (Two-groups pretest – posttest design with follow up)

● ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นสามเณรที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1- 3 ปีการศึกษา 2565 ของโรงเรียนพระปริยัติธรรมสังฆคตสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 10 แห่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi Stage Random Sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มโรงเรียนแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับสลากโรงเรียนมา 2 แห่ง เพื่อสุ่มโรงเรียนเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้โรงเรียนกุศลสมาครเป็นกลุ่มทดลอง และโรงเรียนพรหมวชิรญาณเป็นกลุ่มควบคุม

ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random sampling) โดยใช้ระดับชั้นเป็นชั้นภูมิ เพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างจากนักเรียนให้ครอบคลุมทั้งระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 3

กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยการคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G power 3.1.9.4 กำหนดค่า Alpha เท่ากับ .05 และค่าอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 3 อ.วังทรายพูน จ.พิจิตร⁽¹¹⁾ ได้ค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ .63 เมื่อแทนค่าในโปรแกรม G power 3.1.9.4 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างรวม 64 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการศึกษาจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมเป็น 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุม 35 คน ดังตารางที่ 1

จากตารางที่ 1 การแบ่งกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระดับชั้น คิดจากส่วนต่างของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกกับจำนวนสามเณรทั้งหมดของแต่ละโรงเรียน คือ 1) โรงเรียนกุศลสมาคร (กลุ่มทดลอง) จำนวนสามเณรทั้งหมด 44 คน คัดเลือก

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
2.01 – 3.00	พฤติกรรมการณ์ัดอาหารตามหลักโภชนาการที่ดีเยี่ยม อยู่ในระดับดี
1.01 – 2.00	พฤติกรรมการณ์ัดอาหารตามหลักโภชนาการที่ดี อยู่ในระดับปานกลาง
0 – 1.00	พฤติกรรมการณ์ัดอาหารตามหลักโภชนาการที่ไม่ดี อยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางพฤติกรรมสุขภาพทางพุทธศาสนา และการสร้างเครื่องมือวัด จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง ครอบคลุมของเนื้อหา และนิยามพฤติกรรมที่ต้องการศึกษา โดยการหาค่า IOC (Index of Item-objective Congruence) มีค่าเท่ากับ 0.67-1.00

2. การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับนักเรียนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเป็นสามเณรที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3 ของโรงเรียนพระปริยัติธรรมแห่งหนึ่งพื้นที่กรุงเทพมหานคร และนำไปวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงคุณภาพโดยหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.77

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือหลักที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพทางโภชนาการ ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 6 กิจกรรม ดำเนินการ 3 ครั้ง ใช้เวลาในการดำเนินการทั้งหมด 2 สัปดาห์ โดยใช้เวลาในครั้งที่ 1 จำนวน 2 ชั่วโมง ใช้เวลาในครั้งที่ 2 และ 3 ครั้งละ 3 ชั่วโมง ในคาบวิชาซึ่งไม่มีการเรียนการสอน หรือช่วงเวลาที่โรงเรียนสะดวก

ให้ทำกิจกรรมได้

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ หลังจากปรับปรุงโปรแกรมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้ว จึงนำโปรแกรมที่ได้รับการปรับปรุงไปทดลองใช้กับนักเรียนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเป็นสามเณรที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3 ของโรงเรียนพระปริยัติธรรมแห่งหนึ่งพื้นที่กรุงเทพมหานคร เพื่อทำการประเมินความเหมาะสม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง รายละเอียดของโปรแกรม ดังตารางที่ 2

● **การเก็บรวบรวมข้อมูล** ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 10 สัปดาห์ ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 - กรกฎาคม 2566 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) ติดต่อประสานงานกับครูหรือผู้ประสานงานของโรงเรียน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยและกำหนดวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินการ

2) ประเมินพฤติกรรมการณ์ัดอาหารของสามเณรตามหลักโภชนาการที่ดี โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการณ์ัดอาหารตามหลักโภชนาการที่ดีจากผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 70 คน เพื่อศึกษาพฤติกรรมการณ์ัดอาหารของสามเณรตามหลักโภชนาการที่ดีก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ตารางที่ 2 โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพทางโภชนาการ ร่วมกับการฝึกสติที่มีต่อพฤติกรรมการฉันทาอาหารของสามเณรตามหลักโภชนาการหมัดตัญญูตา

สัปดาห์	ครั้งที่	ระยะเวลา	วัตถุประสงค์	รายละเอียดกิจกรรม	แนวคิดที่ใช้
1	ครั้งที่ 1	30 นาที	เพื่อสร้างสัมพันธภาพและทำความรู้จักระหว่างผู้วิจัยกับสามเณร สร้างบรรยากาศให้สามเณรกล้าแสดงออก	ละลายพฤติกรรมด้วยกิจกรรมตารางบิงโกที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการฉันทาอาหาร	กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์/ละลายพฤติกรรม
1	ครั้งที่ 1	90 นาที	1. เพื่อให้สามเณรมีความเข้าใจเกี่ยวกับกิเลสที่เกิดจากความรู้สึกอยากฉันทาอาหาร 2. เพื่อฝึกทักษะการรู้เท่าทันกิเลสที่เกิดจากความรู้สึกอยากฉันทาอาหาร 3. เพื่อฝึกทักษะการใช้สติในการควบคุมตนเองให้ฉันทาอาหารโดยใช้ทางสายกลางตามหลักโภชนาการหมัดตัญญูตา	1. ฝึกให้สามเณรรับรู้สิ่งแวดล้อมด้วยประสาทสัมผัส 2. ฝึกสามเณรปิดตาและใช้ประสาทสัมผัสอื่น แนะนำเรื่องการมีสติในการรับรู้สิ่งแวดล้อม ใช้ประสาทสัมผัสในการตีความ 3. เล่นนิทานเรื่องการไม่รู้จักพอในการกิน และฝึกทักษะการรู้เท่าทันกิเลสโดย 3.1 ยอมรับความอยากกินและพิจารณาสาเหตุของกิเลส 3.2 ฝึกแยกแยะอารมณ์และความรู้สึกของความอยากกิน 4.สรุปกิจกรรมโดยให้นำทักษะการมีสติไปใช้ในชีวิตประจำวันและเลือกอาหารอย่างถูกต้องก่อนการรับประทานอาหารทุกครั้ง	แนวคิด mindfulness eating
1	ครั้งที่ 2	90 นาที	เพื่อส่งเสริมการเข้าใจข้อมูลเบื้องต้นที่จำเป็นในการดูแลตนเอง	สามเณรดูคลิป “แรงบันดาลใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง” และให้ค้นหาปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง วางแผน และตั้งเป้าหมายในการจัดการพฤติกรรม	แนวคิด Health literacy องค์ประกอบเข้าใจข้อมูลสุขภาพ
1	ครั้งที่ 2	90 นาที	เพื่อฝึกทักษะการเข้าถึงและประเมินข้อมูลจากแหล่งข้อมูลออนไลน์	ใช้สถานการณ์สมมติและให้สามเณร ฝึกปฏิบัติการค้นหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลออนไลน์ และนำมาอภิปรายถึงความน่าเชื่อถือของข้อมูล	แนวคิด Health literacy โดยใช้องค์ประกอบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ

ตารางที่ 2 โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพทางโภชนาการ ร่วมกับการฝึกสติที่มีต่อพฤติกรรมการฉันทาอาหารของสามเณรตามหลักโภชนาการ (ต่อ)

สัปดาห์	ครั้งที่	ระยะเวลา	วัตถุประสงค์	รายละเอียดกิจกรรม	แนวคิดที่ใช้
2	ครั้งที่ 3	90 นาที	เพื่อให้สามเณรมีความสามารถในการตั้งคำถามได้ตอบ อภิปราย และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพได้	ใช้สถานการณ์สมมติการดูแลสุขภาพและหน่วยงาน/บุคคลที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ ให้สามเณรนำมาได้ตอบซักถาม ข้อสงสัยและได้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ต้องการพร้อมแลกเปลี่ยนการสนทนาข้อมูลสุขภาพ	แนวคิด Health literacy องค์ประกอบการโต้ตอบ ซักถามแลกเปลี่ยน
2	ครั้งที่ 3	90 นาที	เพื่อให้สามเณรเกิดความสามารถในการนำข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและเชื่อถือได้มาใช้เป็นทางเลือกที่จะลงมือปฏิบัติเพื่อสุขภาพของตนเอง	สร้างสถานการณ์สมมติเกี่ยวกับข้อมูลภาวะสุขภาพและข้อปฏิบัติของสามเณรและให้สามเณรอภิปราย โดยใช้สถานการณ์ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต	แนวคิด Health literacy องค์ประกอบ การตัดสินใจ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ)	ค่าสถิติ	P-value
อายุ	M =13.59, SD=1.23	M=13.94, SD = 1.136	.202 ^a	.841
12 ปี	4 (11.4)	1 (2.9)		
13 ปี	12 (34.3)	9 (25.7)		
14 ปี	14 (40.4)	17 (48.6)		
มากกว่า 15 ปี	5 (14.3)	8 (22.8)		
ระดับการศึกษา			2.083 ^b	.353
มัธยมศึกษาปีที่ 1	12 (34.4)	9 (25.7)		
มัธยมศึกษาปีที่ 2	13 (37.1)	19 (54.3)		
มัธยมศึกษาปีที่ 3	10 (28.6)	7 (20.0)		
ภาวะการเจริญเติบโต (น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง)			5.948 ^c	.311
ผอม	1 (2.9)	4 (11.4)		
ค่อนข้างผอม	2 (5.7)	-		
สมส่วน	24 (68.6)	24 (68.6)		
ท้วม	3 (8.6)	1 (2.9)		
เริ่มอ้วน	3 (8.6)	3 (8.6)		
อ้วน	2 (5.7)	3 (8.6)		

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการฉันทาอาหารของสามเงื่อนไข กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อความ	กลุ่มทดลอง						กลุ่มควบคุม					
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ติดตามผล		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ติดตามผล	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
1. ท่านรับบิณฑบาตตามความจำเป็น โดยรับบาตรเพียงเสมอปากบาตร	1.63	0.84	2.66	0.54	2.46	0.51	1.66	0.84	1.86	0.91	2.14	0.81
2. ท่านรับบิณฑบาตพอบริหารท้องตนเอง โดยไม่รับเผื่อผู้อื่น	1.40	0.81	2.14	0.81	2.37	0.49	1.31	0.96	1.49	1.07	2.00	0.94
3. ก่อนที่จะท่านจะฉันทาอาหาร ท่านใช้เวลาในการพิจารณาถึงสีและรสชาติของอาหาร	1.51	0.85	2.46	0.66	2.34	0.54	1.14	0.81	1.60	1.06	2.14	0.73
4. ขณะฉันทาอาหารท่านสังเกตว่าท่านกำลังเคี้ยวอาหารอยู่	1.46	1.15	2.49	0.56	2.40	0.50	1.29	1.05	1.57	0.88	1.91	1.07
5. ท่านฉันทาอาหารช้าๆ และเคี้ยวอาหารอย่างละเอียด	1.51	0.89	2.63	0.49	2.40	0.50	1.74	0.89	1.69	1.08	2.03	0.92
6. ท่านฉันทาอาหารโดยที่เน้นอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการมากกว่าอาหารที่ท่านชอบ	1.63	0.81	2.29	0.71	2.43	0.50	1.77	0.73	1.94	0.87	2.06	0.87
7. ท่านฉันทาอาหารจนให้รู้สึกอิ่มอัดแน่นท้อง หรือ่วงนอน	1.43	0.70	2.37	0.65	2.09	0.89	1.14	0.81	1.46	0.95	1.34	1.00
8. เมื่อท่านเครียด ท่านจะหาอาหารบางอย่างฉัน เพื่อผ่อนคลายความเครียด	1.80	0.87	2.31	0.76	2.26	0.74	1.40	0.91	1.51	0.98	1.54	1.04
9. ท่านจะรู้สึกผ่อนคลายเมื่อฉันทาอาหารที่มีรสชาติที่น่ารับประทาน	2.06	0.73	2.40	0.85	2.34	0.64	1.51	0.85	1.66	0.80	1.80	0.93
10. ท่านฉันทาน้ำปานะเพื่อความสมดุลร่างกาย โดยไม่เพิลิตเพลินหลงใหลในการบริโภค	1.89	0.83	2.43	0.61	2.37	0.55	1.74	0.95	2.00	1.00	2.11	0.72
11. ท่านเน้นฉันทาอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายตามหลักโภชนาการ โดยไม่บริโภคมากเกินไป	1.86	0.77	2.46	0.74	2.23	0.43	1.74	0.78	1.83	0.86	2.29	0.67
12. ท่านฉันทาอาหารเพียงเพื่อทำให้หยุดความหิว	2.06	0.73	2.54	0.51	2.37	0.49	2.11	0.83	1.77	0.84	2.26	0.74

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการฉันทัดอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล

ช่วงเวลาการวัด	กลุ่ม	M (SD)	MD	P-value
ก่อนทดลอง	ทดลอง	20.23 (7.83)	1.657	.299
	ควบคุม	18.57 (5.15)		
หลังทดลอง	ทดลอง	29.17 (4.49)	8.829*	<.001
	ควบคุม	20.34 (6.38)		
ติดตามผล	ทดลอง	28.06 (4.00)	4.429*	<.001
	ควบคุม	23.63 (5.55)		

*P<.05, *P<.01

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการฉันทัดอาหาร ระหว่างก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรแกรมและระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	ทดลอง		ควบคุม	
	MD	P-value	MD	P-value
ก่อนทดลอง - หลังทดลอง	-8.943*	<.05 ^b	-1.771	.152
หลังทดลอง - ระยะติดตามผล	1.114	.225 ^b	-3.286*	.001
ก่อนทดลอง - ระยะติดตามผล	-7.829*	<.05 ^b	-5.057*	.001

*P<.05, *P<.01

หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการฉันทัดอาหาร เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนหลังทดลองและระยะติดตามผล ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการฉันทัดอาหาร ไม่แตกต่างกัน 2) สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่า ระยะก่อนและหลังการทดลองค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการฉันทัดอาหาร ไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบก่อนทดลองกับระยะติดตามผล และหลังทดลองกับระยะติดตามผล พบว่า ระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการฉันทัดอาหาร เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง และหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 6)

■ อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการ

พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพทางโภชนาการร่วมกับการฝึกสติมีประสิทธิผลต่อพฤติกรรมการฉันทัดอาหารของสามเงื่อนไขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสรุปได้ว่า ประเด็นที่ 1 ในระยะก่อนทดลองคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในด้านพฤติกรรมการฉันทัดอาหารไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แสดงว่าทั้งสองกลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีพฤติกรรมการฉันทัดอาหารที่คล้ายคลึงกัน แสดงให้เห็นว่าคะแนนพฤติกรรมการฉันทัดอาหารก่อนการทดลองไม่มีอิทธิพลต่อความแปรเปลี่ยนของตัวแปรตาม ประเด็นที่ 2 ในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผล คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการฉันทัดอาหารของกลุ่มทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยเฉพาะหลังจากการทดลองและในระยะติดตามผลชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมอาจมีผลกระทบที่ยั่งยืนต่อ

พฤติกรรมการฉันทัดอาหาร ประเด็นที่ 3 การเปรียบเทียบกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง การเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการฉันทัดอาหารในกลุ่มทดลองชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมนี้มีประสิทธิภาพในการพัฒนาพฤติกรรมการฉันทัดอาหาร ประเด็นที่ 4 ในกลุ่มควบคุมไม่พบว่าการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการฉันทัดอาหารก่อนและหลังการทดลอง แต่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการฉันทัดอาหารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในระยะติดตามผล เมื่อเทียบกับก่อนทดลองและหลังทดลอง การเพิ่มขึ้นนี้อาจเป็นผลมาจากปัจจัยภายนอกที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทดลองหรือการขาดการแทรกแซงที่มีในกลุ่มทดลอง เช่น กลุ่มควบคุมได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้านพฤติกรรมการฉันทัดอาหารจากบุคลากรครูภายในโรงเรียน หรือการมีหน่วยงานภายนอกเข้ามาสนับสนุนการจัดกิจกรรม และถวายภัตตาหารที่เหมาะสมตามวัยและสุขภาพของสามเณรในกลุ่มควบคุม เป็นต้น

สรุปได้ว่าประสิทธิผลของโปรแกรมผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพทางโภชนาการร่วมกับการฝึกสติมีประสิทธิผลในการพัฒนาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการฉันทัดอาหารของกลุ่มทดลอง ทั้งในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผล บ่งชี้ว่าโปรแกรมไม่เพียงแต่ช่วยปรับปรุงพฤติกรรมในระยะสั้น แต่ยังส่งผลกระทบยาวนานต่อพฤติกรรมการฉันทัดอาหาร ทั้งนี้การศึกษานี้ยังแสดงให้เห็นว่าการรวมการฝึกสติและความรู้ด้านสุขภาพทางโภชนาการเข้าด้วยกัน ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการฉันทัดอาหารที่ดีในกลุ่มสามเณร ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาการจัดการตัวเองด้วยสติและการสนับสนุนของครอบครัวในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การวิจัยแบบสุ่มและมีการควบคุม ผลการศึกษา

พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีระดับน้ำตาลในเลือดค่าน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงมีการรับประทานอาหารอย่างเหมาะสมเพิ่มการออกกำลังกายเกิดความร่วมมือในการรับประทานยา การรับประทานอาหารอย่างมีสติ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในสัปดาห์ที่ 12 และสัปดาห์ที่ 16 ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับสัปดาห์แรก⁽¹³⁾ ซึ่งจากข้อค้นพบดังกล่าวเนื่องจากผลการดำเนินกิจกรรมมาจากการทบทวนวรรณกรรมได้แก่ แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ แนวทางการฝึกสติซึ่งต้องสอดคล้องตามแนวทางการฉันทัดอาหารตามหลักโภชนาการตามหลักพระพุทธศาสนา โดยกิจกรรมในโปรแกรมจะเน้นเรื่องฝึกทักษะ และการฝึกปฏิบัติจึงทำให้กลุ่มทดลองเกิดความรู้อึ้งทักษะ และสามารถนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเองส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการฉันทัดอาหารของสามเณรที่ดีขึ้น และยังสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพของสามเณรโรงเรียนพระปริยัติธรรมวัดภูเก็ต อำเภอบัว จังหวัดน่าน ที่พบว่าหลังการเสริมสร้างความรู้ทางสุขภาพสามเณรมีความรู้ทางสุขภาพภาพรวม ความรู้ความเข้าใจพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างความรู้ทางสุขภาพสามเณร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้สามเณรควรได้รับการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในสามเณรอย่างต่อเนื่องเพื่อประสิทธิผลที่ดียิ่งขึ้น⁽¹⁴⁾ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาโดยใช้รูปแบบในการดำเนินกิจกรรมที่ใกล้เคียงกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกิน⁽¹⁵⁾ ผลการศึกษาพบว่า ทั้งสองการศึกษาภายหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของกลุ่ม

ทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงานที่พบว่าหลังเข้าโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมสามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพได้ และควรดำเนินกิจกรรมและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะๆ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับสภาพบริบทที่มีการเปลี่ยนแปลง และกระตุ้นให้มีความคงอยู่ของความรอบรู้ และพฤติกรรมสุขภาพต่อไป⁽¹⁶⁾

การศึกษาครั้งนี้ แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นเป็นการพัฒนาทักษะทางสังคม และปัญญาต่อการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจทางสุขภาพซึ่งเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคลส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเป็นความสามารถในการประยุกต์การเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรมของตนเอง หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งในด้านความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพจะส่งผลถึงพฤติกรรม การกระทำ การแสดงออกที่ก่อให้เกิดผลกระทบกับสุขภาพตนเอง ซึ่งเป็นผลที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ จากข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลรักษาสุขภาพของตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽¹⁷⁾ แต่อย่างไรก็ตามแนวคิดความรอบรู้ยังไม่ครอบคลุมในด้านจิตใจและอารมณ์ที่ส่งผลให้เกิดความตระหนักของบุคคลต่อสถานการณ์ทางสุขภาพต่างๆ ได้ ซึ่งพบว่าแนวคิดความรอบรู้ร่วมกับแนวทางการฝึกสติที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นแนวทางปฏิบัติที่สามารถ

เพิ่มความตระหนักและความใส่ใจของบุคคลได้เป็นอย่างดีรวมทั้งทำให้เกิดทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้⁽⁷⁾ ทั้งสองแนวคิดเป็นแนวคิดที่ช่วยทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและแนวทางการฝึกสติของสามเณรต้องสัมพันธ์กับแนวคิดเกี่ยวกับการบริโภคตามหลักพุทธธรรมด้วย ซึ่งต้องให้เหมาะกับบริบทของสามเณร ในการฉันภัตตาหารตามแนวทางการฉันภัตตาหารตามหลักโภชนะ-มัตตัญญูตา จากการศึกษา การบูรณาการหลักพุทธธรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี ผลการศึกษาพบว่า หลักพุทธธรรมที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ได้แก่ ด้านอินทริยสังวร ด้านกัลยาณมิตตา ด้านโภชนะมัตตัญญูตา และจากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับหลักพุทธธรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี หลักพุทธธรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี หลักพุทธธรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี⁽¹⁸⁾ สรุปได้ว่าหลักเบื้องต้นในการให้ความรู้ด้านการบริโภคอาหารจึงเน้นที่การศึกษาพื้นฐานเรื่องการบริโภคปัจจัย 4 การดูตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ ไม่ให้การรับรู้ต่อรูป เสียง กลิ่น รส สัมผัส ถ้าเราับทุกสิ่งทุกอย่างรอบตัวเข้ามาโดยไม่กลั่นกรอง หรือห้ามใจจะเป็นเหตุให้เกิดความอยากบริโภคในอาหารที่เกิดโทษต่อตัวเอง ต้องมีความรู้จึงจะดำเนินชีวิตและทำกิจการต่างๆ ได้สำเร็จ สามารถเอามาพัฒนาชีวิตและทำการสร้างสรรค์สิ่งต่างๆ ได้

■ สรุป

สามารถสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้ ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสามเณรมีพฤติกรรมฉันภัตตาหารฯ ของกลุ่ม

ทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมทั้งสองช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มพบว่า ในกลุ่มทดลองระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล สามเกณฑ์พฤติกรรมการณ์โภชนาการดีขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนหลังทดลองและระยะติดตามผล พฤติกรรมการณ์โภชนาการฯ ไม่แตกต่างกัน

■ ข้อเสนอแนะ

1. นโยบายของรัฐควรให้ความสำคัญกับกระบวนการความรู้ด้านสุขภาพเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มสามเกณฑ์ที่เป็นทายาทของพระพุทธศาสนา และส่งเสริมความเข้มแข็งของโรงเรียนพระปริยัติธรรม
2. สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติควรมีการระดมเครือข่ายทางสังคมที่เกี่ยวข้องจัดทำแผนพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของสามเกณฑ์ในโรงเรียนพระปริยัติธรรม

■ ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. การเพิ่มระยะเวลาการติดตามผลอาจช่วยให้เห็นผลลัพธ์ที่ยั่งยืนของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางโภชนาการและการฝึกสติ
2. นอกจากการวิจัยเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพทางโภชนาการแล้วอาจมีการศึกษาผลกระทบทางจิตวิทยาและสังคม เพื่อให้ได้ภาพรวมของผลลัพธ์ที่ครอบคลุมมากขึ้น

■ กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สามารถดำเนินการจนประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์และสนับสนุนเป็นอย่างดีจาก ผศ.ดร.อารยา เขียงของ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชินราช ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนกระทั่งการวิจัยครั้งนี้สำเร็จเรียบร้อยด้วยดี และขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกคนที่อำนวยความสะดวกและช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Health Data Center ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข. ร้อยละของเด็ก 6 – 14 ปี สูงดีสมส่วน [อินเทอร์เน็ต]. 2556-2567 [เข้าถึงเมื่อ 13 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/>
2. ปุณวิรัช ทองแดง, จันทร์จิรา สีสว่าง. ภาวะน้ำหนักเกินในเด็กไทย. ราชบัณฑิตยบาลสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 13 มีนาคม 2566];18(3):287-97. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/8884>
3. รัชฎาพร แก้วสิงาม, สุวลี โสวีรกรรม. ภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการณ์โภชนาการของสามเกณฑ์ศึกษาในโรงเรียนบาลีสาริตศึกษาหจกพาลงกรณราชวิทยาลัย วัดศรีษะเกษ จังหวัดหนองคาย. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2566];10(1):29-37. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/article/view/119534>
4. อรรวรรณ นามมนตรี. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy). วารสารทันตภิบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2566];29(1):122-8. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TDNJ/article/view/112495/87684>

5. Faruqi N, Spooner C, Joshi C, Lloyd J, Dennis S, Stocks N, et al. Primary health care-level interventions targeting health literacy and their effect on weight loss: a systematic review. BMC Obes [Internet]. 2015 [cited 2023 Mar 13];2(6). Available from: <https://doi.10.1186/s40608-015-0035-7>
6. Bánfai-Csonka H, Betlehem J, Deutsch K, Derzsi-Horváth M, Bánfai B, Fináncz J, et al. Health Literacy in Early Childhood: A Systematic Review of Empirical Studies. Children (Basel) [Internet]. 2022 [cited 2023 Mar 14];9(8):1131. Available from: <https://doi:10.3390/children9081131>
7. Mason AE, Epel ES, Kristeller J, Moran PJ, Dallman M, Lustig RH, et al. Effects of a mindfulness-based intervention on mindful eating, sweets consumption, and fasting glucose levels in obese adults: data from the SHINE randomized controlled trial. J Behav Med [Internet]. 2016 [cited 2023 Mar 21];39(2):201-13. Available from: <https://doi:10.1007/s10865-015-9692-8>
8. Friis AM, Johnson MH, Cutfield RG, Consedine NS. Kindness Matters: A Randomized Controlled Trial of a Mindful Self-Compassion Intervention Improves Depression, Distress, and HbA1c Among Patients With Diabetes. Diabetes Care [Internet]. 2016 [cited 2023 Mar 21];39(11):1963-71. Available from: <https://doi:10.2337/dc16-0416>
9. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. Clinical Psychology: Science and Practice [Internet]. 2003 [cited 2023 Mar 23];10(2):144-56. Available from: <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
10. Lattimore P. Mindfulness-based emotional eating awareness training: taking the emotional out of eating. Eat Weight Disord [Internet]. 2019 [cited 2023 Mar 23];25(3):649-57. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00667-y>
11. กิ่งแก้ว สำรวัยรีน. ผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 อ.วังทรายพูน จ.พิจิตร. วารสารไทยเภสัชศาสตร์ และวิทยาการสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 23 มีนาคม 2566];15(4):259-65. เข้าถึงได้จาก: <https://ejournals.swu.ac.th/index.php/pharm/article/view/13187/10797>
12. Bloom BS. Taxonomy of Education Objective Handbook II [Internet]. New York: David McKay Company; 1964 [cited 2024 Mar 23]. Available from: https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/43808/11217_2004_Article_BF00373956.pdf;sequence=1
13. นิตยา สุขชัยสงค์, ปาหนัน พิษขยัญญู, สุนีย์ ละกำป็น, Laura R Saslow, James E Aikens. ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยสติและการสนับสนุนของครอบครัวในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. Pacific Rim International Journal of Nursing Reserch [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 23 มีนาคม 2566];26(3): 517-32. เข้าถึงได้จาก: <http://db.hitap.net/articles/3540>
14. จินตนา จันทรดี, กิ่งดาว โพธิ์สุยะ. ประสิทธิผลของรูปแบบสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพสามเณร โรงเรียนพระปริยัติธรรมวัดกุฎีเกิด อำเภอป่า จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 19 พฤศจิกายน 2566];7(4):56-71 เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/252484/174318>
15. ศศิธร ดันติเอกรัตน์, วนลดา ทองใบ, นิตยา ตากวิริยะนันท์. ประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันโรคอ้วนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนัก. วารสารพยาบาลวิทยาลัยบรมราชชนนี กรุงเทพ [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 23 มีนาคม 2566];31(3):47-61. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/56410>
16. เอื้อจิต สุขพูล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวณิ แพงสุข, ธวัชชัย ยืนยาว, วัชรวิรงค์ หวังมัน. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 19 พฤศจิกายน 2566];29(3):419-29. เข้าถึงได้จาก: <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/9207/8357>

17. อาเนช โออิน. ความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง. วารสารการวิจัยการพัฒนากิจการบริหาร [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 23 มีนาคม 2566];9(1):113-32. เข้าถึงได้จาก: <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/9469>
18. ปัญญา ครุทวงศ์. การบูรณาการหลักพุทธธรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี. วารสาร มจร พุทธปัญญาปริทรรศน์ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 23 มีนาคม 2566];7(3):46-58. เข้าถึงได้จาก: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jmbr/article/view/256328>

HEALTH

มุมมองเรื่อง... เป็นคอลัมน์เพื่อให้ผู้ที่สนใจส่งบทความที่เกิดจากการเขียนประสบการณ์การทำงาน ทั้งเชิงความรู้ และการบริหารจัดการ ซึ่งเป็นความรู้ฝังลึกในตัวคน (Tacit Knowledge) เรียบเรียง กลั่นกรอง เขียนออกมาเป็นความรู้ในรูปแบบการเขียน บันทึก ออกมาเป็นตัวหนังสือ (Explicit Knowledge) ทั้งนี้ จะเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และนำไปปฏิบัติ จนเกิดการหมุนเวียนความรู้ เพื่อยกระดับ จากความรู้ในบุคคล เป็นความรู้ขององค์กร วารสารฯ ขอขอบคุณอาจารย์ สุรพันธ์ แสนานุช วิทยากรอิสระด้านการจัดการความรู้และ ถอดบทเรียน ถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ วิธีการในการเขียนบทความการจัดการความรู้ ที่อนุญาตให้นำ บทความที่อาจารย์เขียนในเว็บไซต์ <https://www.ftpi.or.th/2022/104875> มานำเสนอไว้ในฉบับนี้

ความรู้ ง่าย ใช้สะดวก

โดย สุรพันธ์ แสนานุช*

คงมีหลายครั้งที่พบว่าหนังสือบางเล่ม งานวิจัยหรือบทความบางชิ้นมีหัวข้อน่าสนใจ แต่เปิดเข้าไปอ่านก็รู้สึกท้อแท้ด้วยภาษาที่ยากจะเข้าใจ รวากับอ่านภาษาเทพ จนคิดไปว่าคงฉลาดไม่พอที่จะทำความเข้าใจได้

ในความเป็นจริง ระดับของการใช้ภาษา ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของงานเขียนนั้นเป็นสำคัญ ซึ่งถ้าหากเป็นงานที่เขียนขึ้นเพื่อต้องการเผยแพร่ความรู้ ระดับของภาษาควรต้องให้ง่ายสำหรับผู้เรียนรู้ การทำให้ภาษาเป็นอุปสรรคการเข้าถึงความรู้จึงเป็นความล้มเหลวมากกว่าการแสดงความสามารถของผู้เขียน

เช่นกันในกระบวนการจัดการความรู้ เมื่อดำเนินการสร้างและแสวงหาความรู้มาแล้ว ด้วยการใช้เครื่องมือการถอดบทเรียน ก่อนที่จะนำความรู้มาถ่ายทอด ความรู้นั้นต้องผ่านขั้นตอน

จัดระบบ ประมวลและกลั่นกรองเพื่อให้เข้าใจง่าย เข้าถึงง่าย สามารถไปใช้ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อประยุกต์ใช้ในการทำงานต่อไป

ที่ผ่านมา การจัดเก็บองค์ความรู้ ด้วยการสร้างคลังความรู้ไว้ในระบบสารสนเทศ มักมีรูปแบบที่หลากหลาย เช่น ไฟล์เวิร์ดหรือพีดีเอฟอย่างงานวิจัย บทความ การสรุปผลงาน การสรุปองค์ความรู้ในการปฏิบัติงานในแบบฟอร์มที่กำหนด ต้นฉบับกฎระเบียบต่างๆ ไฟล์

การทำให้ภาษาเป็น
อุปสรรคการเข้าถึงความรู้
จึงเป็นความล้มเหลว
มากกว่าการแสดงความ
สามารถของผู้เขียน



*วิทยากรอิสระด้านการจัดการความรู้และถอดบทเรียน, email: surephan02@gmail.com
ที่มา: <https://www.ftpi.or.th/2022/104875>

เป้าหมายสำคัญของการจัดการความรู้



อยู่ที่การนำความรู้ไปใช้ในการ
สร้างความสำเร็จให้คนทำงาน
ทีมงาน และองค์กร

การนำความรู้ไปจัดเก็บแต่ไม่มี
การนำไปใช้จึงไม่ใช่การจัดการ
ความรู้ที่บรรลุเป้าหมาย

เพาเวอร์พอยท์ที่ได้มาจากการไปร่วมอบรมสัมมนา เป็นต้น ถ้ามีการติดตามผลว่ามีคนนำไปใช้อย่างไร ส่วนใหญ่มักไม่มีคำตอบ เพราะดูเหมือนว่าการจัดเก็บองค์ความรู้เสร็จสิ้นสมบูรณ์แล้ว เมื่อมีการนำเอาข้อมูลที่คิดว่าเป็นองค์ความรู้เข้าไปไว้ในระบบสารสนเทศที่จัดทำไว้

ซึ่งในความเป็นจริง เป้าหมายสำคัญของการจัดการความรู้อยู่ที่การนำความรู้ไปใช้ในการสร้างความสำเร็จให้คนทำงาน ทีมงาน และองค์กร การนำความรู้ไปจัดเก็บแต่ไม่มีการนำไปใช้จึงไม่ใช่การจัดการความรู้ที่บรรลุเป้าหมาย ความรู้ที่นำไปจัดเก็บไว้ ไม่ใช่ความรู้ที่เปล่าประโยชน์ แต่เป็นเสมือนอาหารดิบที่ยังไม่ได้ผ่านกระบวนการปรุงให้พร้อมรับประทาน การออกแบบงานเขียนในการนำความรู้มาถ่ายทอดจึงเป็นขั้นตอนที่สำคัญอีกขั้นตอนหนึ่ง

งานเขียนในการถ่ายทอดความรู้ไม่ได้ต้องการภาษาเขียนที่สละสลวยสวยงาม แต่ภาษาต้องกระชับ ชัดเจน การจัดกลุ่มหรือหมวดหมู่ที่ถูกต้อง ซึ่งทำได้ในหลายรูปแบบ เช่น ในการถอดบทเรียนการปฏิบัติอาจใช้เขียนเป็นตารางแบ่งช่องตามขั้นตอน มีการระบุถึงจุดสำคัญในแต่ละขั้นตอนซึ่งมาจากประสบการณ์การทำงาน เอกสารที่เกี่ยวข้อง ฯลฯ หรือถ้าเป็นเรื่องของกฎระเบียบต่างๆ เพื่อให้เข้าใจง่าย แทนที่จะนำเอกสารกฎระเบียบจำนวนหลายหน้าเข้าไปเก็บไว้ในคลัง

ความรู้ อาจเอามาจัดทำเป็นอินโฟกราฟิกให้ดูง่าย ย่อมจะสร้างความเข้าใจได้ดีกว่า เป็นต้น

ทักษะการเขียนจึงควรเป็นทักษะที่คนในองค์กรทุกระดับควรฝึกฝนให้ใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่จำเป็นต้องได้ชื่อว่าเขียนเก่งเพียงสามารถใช้ภาษาเขียนให้มีความความชัดเจนในการสื่อสารประจำวัน ด้วยการใช้คำที่กระชับ ที่สำคัญที่สุดคือบอกเล่าด้วยภาษาของตนเอง ไม่ใช่การไปคัดลอกมาจากที่อื่น

ขั้นตอนของการที่จะเริ่มเขียนอะไรก็ตาม ต้องทำความเข้าใจว่าเป้าหมายในการเขียนนั้นคืออะไร ประเด็นหลักคืออะไร ใครคือกลุ่มเป้าหมายที่จะรับสารนั้น และจะเขียนในแพลตฟอร์มใด เพราะกลุ่มเป้าหมายที่จะรับสารจะเป็นตัวกำหนดภาษาที่จะใช้ เช่น เพื่อนร่วมงานกับผู้บริหารการเลือกใช้คำย่อจะต่างกัน แต่ที่เหมือนกันคือความชัดเจน ส่วนแพลตฟอร์มคือการกำหนดขนาดของการเขียนว่าจะสั้น ยาวแค่ไหน

งานเขียนในการถ่ายทอดความรู้
ไม่ได้ต้องการภาษาเขียนที่สละ
สลวยสวยงาม แต่ภาษาต้อง
กระชับ ชัดเจน การจัดกลุ่มหรือ
หมวดหมู่ที่ถูกต้อง



Thailand Productivity Institute

ออกแบบงานเขียนยังง ให้การถ่ายทอดความรู้ บรรลุเป้าหมาย

ไม่อยากให้ภาษาและงานเขียน
เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงความรู้
มาตุภูมิสำคัญ

ฝึกฝนทักษะการเขียน

ไม่จำเป็นต้องได้ชื่อว่าเขียนเก่ง
เพียงสามารถใช้ภาษาเขียนให้
ความชัดเจน ในการสื่อสารประจำวัน
ด้วยการใช้คำที่กระชับ ที่สำคัญที่สุด
คือออกสำด้วยภาษาของตนเอง
ไม่ใช่การไปคัดลอกมาจากผู้อื่น

Content
is
King



สิ่งที่ควรรู้ ก่อนเริ่มการเขียน

1

เป้าหมายขององค์ความรู้
นำไปใช้ในเรื่องใด
และประเด็นหลักคืออะไร

2

กลุ่มเป้าหมายที่ต้องการ
ได้รับความรู้

3

รูปแบบของแพลตฟอร์ม
เพื่อกำหนดขนาดความสั้น ยาว

ปรับรูปแบบงานเขียนให้ดูง่าย ใช้สะดวก

เช่น ใช้ตารางแบ่งช่องตามขั้นตอนที่
ระบุถึงจุดสำคัญในแต่ละขั้นตอน หรือหากเป็น
เอกสารกฎระเบียบต่างๆ เพื่อให้เข้าใจง่าย
อาจจัดทำเป็นอินโฟกราฟิก เป็นต้น



ที่มา : FTPI Productivity Knowledge มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย ภาควิชา วิชาความรู้ โดย ศูนย์ผลิตนุ้ ผลิตนุ้

www.ftpi.or.th

**ทักษะการเขียน
จึงควรเป็นทักษะที่คน
ในองค์กรทุกระดับควร
ฝึกฝนให้ใช้งานได้อย่างมี
ประสิทธิผล**



การเขียนเพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้ก็เช่นกัน ขึ้นต้นต้องให้ความสำคัญกับเป้าหมายขององค์ความรู้นั้นว่าจะนำไปใช้ในเรื่องใด ประเด็นหลักขององค์ความรู้คืออะไร ใครคือกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการให้รับความรู้นั้นไปใช้ และรูปแบบของแพลตฟอร์มเป็นอย่างไร ทั้งหมดนี้จะนำมาสู่การออกแบบงานเขียนในการถ่ายทอดให้ดูง่าย ใช้สะดวกตามต้องการ ถ้าจะให้มีประสิทธิภาพและ

ไม่ยากลำบากเกินไปเพราะบางคนอาจไม่สามารถเขียนได้จริงๆ ก็ควรมีบรรณาธิการเป็นตัวช่วยในการแก้ไข ปรับงานเขียนก่อนที่จะนำลงไปในแพลตฟอร์มนั้น

การถ่ายทอดความรู้ที่มีคุณค่า จะไร้ค่าไปทันทีถ้าความรู้นั้นเข้าใจยาก เข้าถึงยาก แพลตฟอร์มจัดเก็บองค์ความรู้ก็จะกลายเป็นถึงขยะความรู้โดยปริยาย

HEALTH

หวานพอดี 4 กรัม

ปริมาณน้ำตาล

เหมาะสมในเครื่องดื่มไม่ควรเกิน 4 กรัม/100มิลลิลิตร

4 โรคฮิตเป็นแน่นอน

หากมีการบริโภคน้ำตาลมากเกินไป



โรคอ้วน



โรคฟันผุ



โรคเบาหวาน



โรคความดันโลหิตสูง

ขอ “หวานน้อย” ทุกครั้งที่คุณสั่ง



โร้มา้ย ? (รู้โหม)

แกงไตปลา

หรอยจ้งหู้ มีดีหนักหนึยน
(อรอยมาก) (มีดีมากมาย)



เนื้อปลาทุ

มีไอโอดีน
และกรดไขมัน
โอเมก้า 3
โปรตีนสูง
• บำรุงประสาท
และสมอง



ถั่วฝักยาว

มีวิตามินเอ
และวิตามินบี 1
• เสริมสร้างภูมิคุ้มกัน
• บำรุงสายตา

พลังงาน 91.78 แคลอรี
โปรตีน 8.04 ก.
ไขมัน 2.17 ก.
คาโบไฮเดรต 9 ก.
แคลเซียม 53.93 มก.
โซเดียม 1191 มก.
โพแทสเซียม 455 มก.

1 หน่วยบริโภคต่อชาม
(100กรัม)



หน่อไม้

มีธาตุเหล็ก
• บำรุงหัวใจ
• ช่วยเสริมสร้าง
ระบบภูมิคุ้มกัน
• ป้องกันภาวะโลหิตจาง



มะเขือพวง มะเขือเปราะ

มีวิตามินซีสูง
• ลดน้ำตาลในเลือด

'พริกแกง' จะประกอบด้วยสมุนไพรที่มีฤทธิ์ร้อน
ช่วยในการเผาผลาญในร่างกายที่ดีต่อสุขภาพ ข่า ช่วยขับลม ,
ตะไคร้ ช่วยเจริญอาหารและขับเหงื่อ หอมแดง แก้ไข้หวัด เป็นต้น



ข้อควรระวัง !! แกงไตปลาจะมีรสชาติเค็ม ผู้ป่วยโรคไต
หรือมีภาวะความดันโลหิตสูง ควรเลี่ยงหรือกินแต่น้อย
ในมื้ออาหารควรกินควบคู่กับผักเคียงเพื่อเพิ่มคุณค่าทางโภชนาการ
และความอร่อย

#Saveแกงไตปลา



ปิดทอมใหญ่

เล่นเกม (พ่อ แม่) ไม่ว่าวุ่น



สร้างความสัมพันธ์

ใช้เวลาทำกิจกรรมร่วมกันมากขึ้น
รู้จักรับฟังและให้คำแนะนำอย่างเหมาะสม
เมื่อลูกมีปัญหา หลีกเลี่ยง
การใช้อารมณ์และความรุนแรง



สร้างแรงจูงใจ

พ่อแม่ควรเป็นแบบอย่างในการสนับสนุน
ให้กิจกรรมที่เป็นประโยชน์เสริมทักษะ
ให้ลูกแกร่ง เช่น กีฬา ดนตรี ศิลปะ เป็นต้น
ส่งเสริมให้ลูกค้นพบความสามารถ
และมองเห็นข้อดีของตนเอง



ตั้งเป้าหมายร่วมกัน

พ่อแม่ควรให้เด็กมีส่วนร่วม
ในการกำหนดเวลาที่เหมาะสม
ในการเล่นตามข้อตกลง
รู้จักให้รางวัล และคำชมเชย
เมื่อลูกทำตามข้อตกลงได้

หลีกเลี่ยงการใช้อารมณ์และความรุนแรง ในการแก้ปัญหา หรือลงโทษ



ข้อแนะนำ

การดูหนัง ดูการ์ตูน ดูรายการออนไลน์ และเล่นเกม ที่เหมาะสมกับวัย
จะเสริมสร้างจินตนาการเพิ่มทักษะทางภาษาและสังคม แต่ผู้ปกครองควรเรียนรู้รูปแบบ
และให้รู้เท่าทันเทคโนโลยีเกม เพื่อสามารถให้คำแนะนำในการเล่นเกมที่ลูกได้อย่างเหมาะสม



“แตกต่าง” อย่าง “เท่าเทียม”

(1 มีนาคม 2567) เป็นวันยุติการเลือกปฏิบัติ

โลกที่ก้าวล้ำด้วยวิทยาการ ที่ผ่านมาสังคมได้กำหนดกฎเกณฑ์ไว้ เพียง “หญิง” และ “ชาย” แต่ยังมีกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศ หรือเพศทางเลือก ที่เรียกว่า LGBTQ+ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอัตลักษณ์ทางเพศ หรือรสนิยมทางเพศที่แตกต่าง

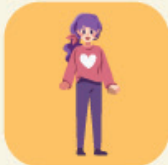
“LGBTQ+ คือ”



L - Lesbian
กลุ่มผู้หญิงรักผู้หญิง



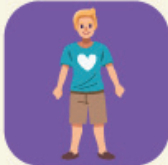
G - Gay
กลุ่มชายรักชาย



B - Bisexual
กลุ่มที่รักได้ทั้งผู้ชายและผู้หญิง



T - Transgender
กลุ่มคนข้ามเพศจาก ชายเป็นเพศหญิง หรือ เพศหญิงเป็นเพศชาย



Q - Queer
กลุ่มคนที่พึงพอใจต่อเพศใดเพศหนึ่ง โดยไม่ได้จำกัดในเรื่องเพศ และความรัก

กรมอนามัย ขอสนับสนุนให้ปฏิบัติกับ LGBTQ+ ที่มีความ “แตกต่าง” อย่าง “เท่าเทียม” ให้เกียรติและปฏิบัติกับพวกเขาเฉกเช่นมนุษย์คนหนึ่งในสังคม เพื่อที่พวกเขาจะได้ใช้ชีวิตอย่างมีความสุข





กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH



ขอเชิญ ส่งผลงาน วิชาการ เข้าร่วมนำเสนอ

ในงานวิชาการส่งเสริมสุขภาพ
และอนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ครั้งที่ 17 พ.ศ.2567

HARMONY HEALTH : A JOURNEY TO WELL-BEING

สมดุลสุขภาพ และเส้นทางสุขภาพที่ดี

ขยายเวลา

รับสมัครผลงาน
ถึงวันที่

31 พ.ค. 67

ประเภทผลงานและรูปแบบการนำเสนอ

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

ภาคภาษาไทย

- ด้านส่งเสริมสุขภาพ
- ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

ภาคภาษาอังกฤษ

- ด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

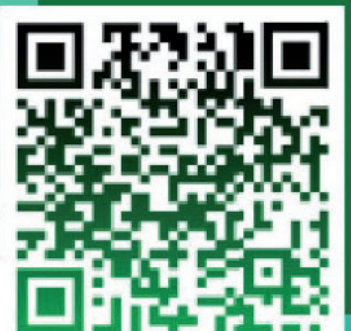
นำเสนอด้วยบอร์ดวิชาการ (Poster Presentation)

- 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