

DOH Data Center



4 ภัย สุขภาพ ที่มากับน้ำท่วม

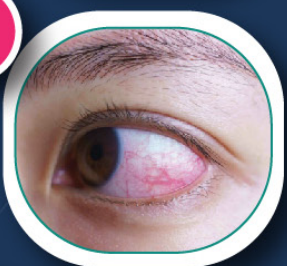
1



โรคน้ำกัดเท้า และโรคฉีหนู การป้องกัน

- หลีกเลี่ยงการเดินลุยน้ำ
- หากมีบาดแผลที่เท้า ให้สวมรองเท้าบูทเดินลุยน้ำ
- ผึ่งรองเท้า ตุงเท้าที่ใส่ลุยน้ำให้แห้ง ป้องกันเชื้อรา
- หลังลุยน้ำ **รับล้างเท้า** ให้สะอาดด้วยสบู่และน้ำ เช็ดให้แห้งสนิท

2



โรคตาแดง การป้องกัน

- กรณีน้ำท่วมขังกระเด็นเข้าตา **อย่าขยี้ตา** ให้รับล้างตาด้วยน้ำสะอาดทันที
- **ล้างมือให้สะอาด** ด้วยสบู่และน้ำ หลังสัมผัสน้ำท่วมขัง
- **ไม่นำมือสัมผัสดวงตา** เมื่อเป็นตาแดง ไม่ควรใช้อุปกรณ์และของใช้ร่วมกับผู้อื่น

3



โรคอุจจาระร่วง การป้องกัน

- กินอาหารปรุงสุกใหม่ จดกินอาหารที่มีกลิ่น หรือรสชาติผิดปกติ
- ดื่มน้ำสะอาดที่ฆ่าเชื้อโรค หรือต้มน้ำสุก
- เก็บอาหารให้มิดชิด ป้องกันแมลงวัน แมลงสาบ หรือหนู
- **ล้างมือให้สะอาด** ด้วยสบู่และน้ำทุกครั้ง ก่อนกินอาหารและหลังการใช้ห้องน้ำ

4



แมลงสัตว์มีพิษ กัดต่อย การป้องกัน

- เก็บสิ่งของในบ้านให้เป็นระเบียบ ไม่ให้มีมุมขึ้น หรือเป็นแหล่งหลบซ่อนของแมลงสัตว์มีพิษ
- เก็บกวาด กิ่งขยะ หรือเศษอาหาร ในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด
- ก่อนสวมรองเท้า ให้เคาะรองเท้าก่อนทุกครั้ง อาจมีสัตว์มีพิษหลบซ่อนในรองเท้า
- หากโดนแมลงสัตว์มีพิษสัมผัสกัดต่อย ให้รีบทายารักษา
- หากมีอาการผิดปกติให้รีบไปพบแพทย์





กรมอนามัย
Ministry of Public Health



นมแม่



ของขวัญล้ำค่า ในชีวิตลูก

น้ำนมแม่มีสารอาหารมากกว่า 200 ชนิด มีภูมิคุ้มกันสูง
เด็กทารกที่เกิดใหม่ยังมีภูมิคุ้มกันไม่สมบูรณ์ นมแม่จึงเปรียบเสมือนวัคซีนหยดแรกของชีวิตลูก

โคลอสตรัม



โคลอสตรัม

หรือน้ำนมเหลือง เป็นหัวน้ำนม
พบได้ใน 1 - 7 วันแรกหลังคลอด

อุดมไปด้วย



คาร์โบไฮเดรต



โปรตีน

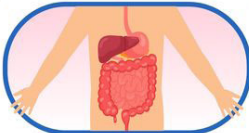


เกลือแร่



วิตามิน

ประโยชน์การกินนมแม่



ป้องกันการติดเชื้อ
ทางเดินอาหาร



ป้องกันการติดเชื้อ
ทางเดินหายใจ



ป้องกันโรคมุ้แม่



พัฒนาการสมองดี

องค์การอนามัยโลก (WHO)

แนะนำให้ลูกควรได้กินนมแม่อย่างเดียวตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 เดือน
และควรกินต่อเนื่องไปจนลูกอายุ 2 ปีหรือนานกว่านั้น ควบคู่กับอาหารตามวัย



สัปดาห์ที่ 1

แผนสุขภาพ

“กิจกรรม วัยเกษียณ”

รู้จักตัวเองก่อน

ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง
คำนวณดัชนีมวลกาย
และวัดรอบเอวเพื่อดูว่า
ร่างกายเราเป็นอย่างไร

ตั้งเป้าหมายสัปดาห์แรก

เริ่มต้นด้วยการเดินให้ได้
วันละ 10,000 ก้าว หรือ
ประมาณ 8 กิโลเมตร
เพื่อเผาผลาญพลังงาน

เตรียมอุปกรณ์

ใช้นาฬิกาหรือแอปพลิเคชัน
บนมือถือ เพื่อบันทึกจำนวน
ก้าวที่เดินในแต่ละวัน

จดบันทึก

บันทึกจำนวนก้าวที่เดินใน
แต่ละวัน เพื่อติดตามความ
สำเร็จของตัวเอง



ดัชนีมวลกาย และรอบเอว สามารถคำนวณได้ดังนี้

1. ดัชนีมวลกาย = น้ำหนักตัว ÷ (ส่วนสูง x ส่วนสูง หน่วยเป็นเมตร) ถ้ามากกว่า 22.9 คือ เกินมาตรฐาน
2. รอบเอวไม่เกินส่วนสูง ÷ 2 (หน่วยเป็นเซนติเมตร)



รายละเอียดเพิ่มเติม



รู้จัก...อาคาร DOH Data Center II: อาคารบ้านริ้นรมย์ Elderly Day Care Center

ในปี 2567 มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นมากมายในกรมอนามัย หนึ่งในนั้น คือ อาคาร DOH Data Center และ อาคารบ้านริ้นรมย์ Elderly Day Care Center

อาคาร DOH Data Center เป็นอาคารรูปแบบ Modular 2 ชั้น โดยชั้นที่ 1 เป็นห้องศูนย์บัญชาการด้านข้อมูลของกรมอนามัย หรือ War room ประกอบด้วย สถานีเฝ้าระวังการปฏิบัติงาน (Situation Room) และห้องประชุมที่มีอุปกรณ์ทันสมัย จอ LED Wall แบบ Wide Screen ขนาดใหญ่ พร้อมรองรับการปฏิบัติงานในทุกสถานการณ์ และยังเป็นศูนย์กลางข้อมูลด้านส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัยและข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศ เพื่อใช้ในการบริหารจัดการและการวางแผนงานที่มีประสิทธิภาพ ชั้นที่ 2 ประกอบด้วย 2 ห้อง คือ ห้อง Health Literacy and Media studio และห้อง Press Conference Room ที่มีอุปกรณ์การสื่อสารที่ทันสมัย และมีประสิทธิภาพสามารถผลิตและเผยแพร่สื่อได้อย่างรวดเร็ว ทันเหตุการณ์ รองรับการถ่ายทอดสดทั้งภาพนิ่ง วิดีโอ และรองรับการแถลงข่าวในกรณีฉุกเฉิน หรือเร่งด่วน เพื่อสื่อสารให้ประชาชนได้รับข้อมูลอย่างถูกต้อง และทั่วถึง ส่งผลให้คนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ



สำหรับอาคารหลังที่ 2 คือ บ้านริ้นรมย์ (Elderly Day Care Center) คือ อาคารต้นแบบบริการที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น ตั้งอยู่ในพื้นที่ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เพื่อพัฒนารูปแบบบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ผ่านกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) อาทิเช่น บริการตรวจสุขภาพทั่วไป กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยบ้านริ้นรมย์จะให้บริการดูแลผู้สูงอายุในช่วงเวลากลางวัน เวลาที่ลูกหลานหรือสมาชิกในครอบครัวออกไปทำงานข้างนอก ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพ พร้อมบริการอาหารกลางวัน อาหารว่าง และเครื่องดื่ม ตัวอาคารและพื้นที่โดยรอบถูกออกแบบให้คำนึงถึงสรีระผู้สูงอายุ มาตรฐานความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม ทำให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข เสมือนอยู่บ้านตนเอง ทั้งยังช่วยลดความกังวลของบุตรหลานได้อีกด้วย

(แพทย์หญิงอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล)

อธิบดีกรมอนามัย

กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH



คำแนะนำสำหรับผู้ประสบอุทกภัย เรื่อง

แนวทาง การจัดการขยะ

หลังน้ำลด

1 ขยะที่ย่อยสลายได้ (ขยะอินทรีย์)

เช่น เศษอาหาร เศษผัก ผลไม้ ให้ใส่ถุงมัดปากถุง ให้แน่นป้องกันสัตว์และแมลงพาหะนำโรค ให้ขุดหลุมฝัง หรือ นำไปใช้ประโยชน์โดยการหมักทำปุ๋ย



2 ขยะทั่วไป

- คัดแยกขยะที่ยังขายได้ (ขยะรีไซเคิล) เช่น ขวดพลาสติก แก้ว โลหะ กระจก นำไปขาย ส่วนที่ขายไม่ได้ (ขยะทั่วไปอื่น ๆ) ให้รวบรวมใส่ภาชนะบรรจุที่เหมาะสม รอท้องถิ่นหรือหน่วยงานรับผิดชอบนำไปกำจัด
- คัดแยกขยะมีคม เช่น เศษแก้ว กระจกแตก ให้ใช้กระดาษห่อหุ้ม หรือใส่ในกระป๋องที่มิดชิด เขียนข้อความ ระบุว่า **"แก้วแตก"** ก่อนนำไปทิ้งหรือส่งให้หน่วยงานที่รับผิดชอบต่อไป



3 ขยะชิ้นใหญ่

เช่น เครื่องใช้ไฟฟ้า โຕีเ เตียง เก้าอี้ - ชุดรับแขก เศษไม้ หรือเศษสิ่งก่อสร้างที่ชำรุด ให้รวบรวมไว้รอนำไปจัดการ หรือติดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปกำจัดอย่างเหมาะสม



ข้อมูลความรู้โดย : สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม
ออกแบบผลิตสื่อโดย : สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม
จัดทำเมื่อ : กันยายน 2567

สายด่วนกรมอนามัย

1 4 7 8

กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

ติดตามสาระความรู้สุขภาพ ได้ที่
AnamaiMedia
สื่อมวลชนพิเศษ กรมอนามัย



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 แพทย์หญิงหญิงงนุช ภัทรอนันตนพ นายแพทย์ปองพล วรปาดิ	อธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย
บรรณาธิการ	นายแพทย์สมพงษ์ ชัยโอภาณนท์	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	นายคัมภีร์ 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 ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่ควรเกิน 100 ตัวอักษร

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

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

บทนำ อธิบายความเป็นมา และความสำคัญของปัญหาที่นำไปสู่ความจำเป็นในการทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า ของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัด แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน ใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

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

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

วิจารณ์ ควรเขียนอภิปรายผลเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ว่าตรงหรือแตกต่างไปหรือไม่ เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

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

ข้อเสนอแนะ ข้อเสนอที่อาจนำผลการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) แจ้งให้ทราบว่ามี การช่วยเหลือหรือมีผู้สนับสนุนที่สำคัญจากที่ใดบ้าง มียอหน้าเดียว

เอกสารอ้างอิง 1) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสาร การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver

2) การอ้างอิงเอกสารใดให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ โดยใส่ตัวเลขไว้ในวงเล็บ วางไว้หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำๆ ให้ใช้หมายเลขเดิม สำหรับการเรียงลำดับรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ให้เรียงลำดับตามการอ้างอิงก่อน-หลังในเนื้อหา

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

3.1 การอ้างอิงวารสาร

รูปแบบมีดังนี้

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

วารสารภาษาอังกฤษ

ใช้ชื่อสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อ ใช้ชื่อวารสารเป็นชื่อย่อตามระบบ Index Medicus

วารสารภาษาไทย

ชื่อผู้แต่งให้ใช้ชื่อเต็ม ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็มที่น่าปาก

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

ตัวเลขหน้า ใช้ตัวเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับหน้าสุดท้าย เช่น 131-156

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

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

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

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

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

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

รูปแบบมีดังนี้

รูปแบบอ้างอิงหนังสือหรือตำราผู้แต่งเขียนทั้งเล่ม

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

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

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

รูปแบบอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

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

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

2. 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 หรือส่งบทความออนไลน์ที่ <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 ผู้เขียนต้องรับผิดชอบบทความของตนเอง คณะบรรณาธิการมีสิทธิ์จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสมได้

ผลงานทุกเรื่องได้รับการพิจารณาแบบ Double-blind peer review

โดยกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 2 ท่าน ก่อนลงตีพิมพ์ในวารสาร

ได้รับคัดเลือกให้อยู่ในฐานข้อมูลศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai Journal Citation Index : TCI)

INSTRUCTION FOR AUTHORS

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

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

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

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

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

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

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

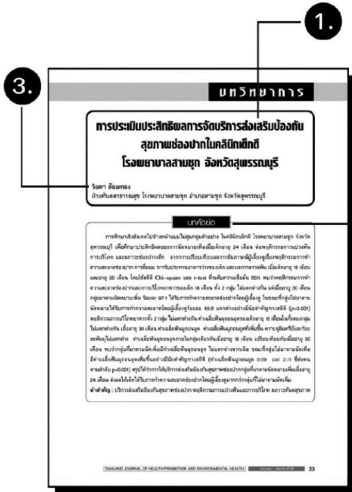
Abbreviations should be based on the U.S. National Library of Medicine in Index Medicus.

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

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

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

องค์ประกอบของบทความการที่มีมาตรฐาน



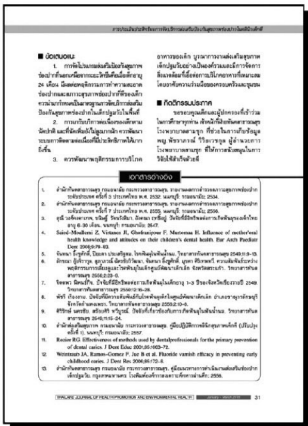
1. ชื่อเรื่องไทย/อังกฤษ

2. บทคัดย่อ/ABSTRACT ต้องไม่ยาวเกินไป และต้องไม่มีหัวข้อและย่อหน้ามาก

3. ชื่อผู้เขียนและสถานที่ทำงาน



เนื้อหาที่มีการแบ่งหัวข้อชัดเจน อีกทั้งมีการสรุปเป็นกราฟ/ตาราง หรือมีรูปภาพประกอบ



เอกสารอ้างอิงใช้ระบบ VANCOUVER

NOTE : เพื่อความถูกต้องของข้อมูล ควรส่งต้นฉบับในรูปแบบของแผ่นดิสก์ที่แก้ไขครั้งสุดท้ายแล้วมายังบรรณาธิการ รูปภาพ ควรส่งต้นฉบับมา และรูปถ่ายประกอบบทความใช้ภาพสีขนาดปกติ

HEALTH

ใบสมัครสมาชิก/สมาชิกอุปถัมภ์

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม THAILAND JOURNAL OF HEALTH PROMOTION AND ENVIRONMENTAL HEALTH

หมายเลขสมาชิก.....

วัน เดือน ปี.....

ชื่อ-สกุลผู้สมัคร.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

โทรศัพท์.....

มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกในนาม

สมาชิกใหม่

ต่ออายุสมาชิก

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

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

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

รวมเป็นเงิน.....บาท (.....)

โดยได้แนบ ธนาคัตติ (สั่งจ่าย ปณฝ.กระทรวงสาธารณสุข) ตัวแลกเงินไปรษณีย์

ที่อยู่ (เพื่อจัดส่งวารสาร)

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

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

โทรศัพท์.....

สั่งจ่าย ในนาม บรรณาธิการวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ไปรษณีย์กระทรวงสาธารณสุข 11000

ที่อยู่ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์

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



Editor's Desk

วารสารฉบับนี้ได้รับการเผยแพร่ในระยะเวลาท้ายปีงบประมาณ 2567 มีปัญหาอุทกภัยเข้ามาในภาคเหนือของประเทศ ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน ได้ร่วมมือกันเข้าช่วยเหลือ ขอให้ประชาชนในพื้นที่ผ่านพ้นเหตุการณ์ดังกล่าวด้วยดี ให้กลับสู่สภาวะปกติโดยเร็ว

เนื้อหาสาระในฉบับนี้ยังคงเนื้อหาด้านสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม ให้ท่านผู้สนใจได้ติดตาม

ท้ายฉบับนี้ กระผมได้ปฏิบัติหน้าที่ บรรณาธิการวารสารมาถึงวาระครบอายุ เกษียณราชการ ขอขอบพระคุณ นักวิชาการ ท่านผู้สนใจติดตามวารสาร และขออนุญาตอวยพรให้ทุกท่าน มีความสุข ความเจริญ สุขภาพแข็งแรง และขอส่งมอบหน้าที่บรรณาธิการให้บรรณาธิการท่านต่อไปได้เข้ามาดูแล พัฒนาวารสารให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้นสืบไป



นายแพทย์สมพงษ์ ชัยโอภาานนท์

บรรณาธิการ

กันยายน 2567

กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

บทความปริทัศน์

การนำหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาใช้ในการควบคุมและป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง

- เทอดศักดิ์ โรจน์สุรภิตติ ประภารัตน์ วัฒนกุล ภูติท เตชาติวัฒน์ 11

บทวิชาการ

ปริมาณการบริโภคเกลือและโซเดียมจากการประเมินปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง : การศึกษาภาคตัดขวางจังหวัดพัทลุง ปี 2565

- หทัยทิพย์ จุทอง สุภนิดา เรื่องประดับ ธัญญาภรณ์ เรื่องสุวรรณ 27

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะอ้วนในวัยทำงาน (15 – 59 ปี)

- สุพิชชา วงศ์จันทร์ ชลพันธ์ ปิยถาวรอนันต์ ณิชนนท์ แซมเพชร 42

สถานการณ์ ความต้องการ และแนวปฏิบัติที่ดีเพื่อจัดการสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัว ในศูนย์อนามัยเขต สังกัดกรมอนามัย

- กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง 55

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังชุมชนต่อความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดเพชรบุรี

- สำราญ เจริญผล อุไรรัตน์ บุญแท้ 73

แผนพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ผ่านระบบบัญชาการเหตุการณ์และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ระดับจังหวัดภูเก็ต

- ปฐมพงษ์ คำวิเศษณ์ 89

รูปแบบการพัฒนาครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่

- วิมล บ้านพวน ธีรพงษ์ คำพุด อัญชुरีย์ บุญมาประเสริฐ ปิยวดี พิศาลรัตนคุณ

- ประภัสสร นุชนิยม ทิพวรรณ พูลเอียด และคณะ 102

การพัฒนาเครื่องมือและโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทางดิจิทัลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ : การวิจัยผสานวิธี

- กิรณา เทวอักษร 119

การนำหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาใช้ในการควบคุม และป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง

เทอดศักดิ์ โรจน์สุรภิตติ*
ประภารัตน์ วัฒนกุล**
ภูติท เตชาติวัฒน์***

บทคัดย่อ

ความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นภาวะที่แรงดันโลหิตในหลอดเลือดแดงสูงเกินปกติอย่างต่อเนื่อง มักไม่มีอาการในระยะแรก แต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจทั้งในระดับโลกและประเทศ การรักษาความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การใช้ยาลดความดันโลหิตและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การรักษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นการใช้ยาซึ่งอาจมีผลข้างเคียง เช่น อาการเหนื่อยล้าและเวียนศีรษะ นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายสูง ในปัจจุบันพบว่า การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสามารถลดความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญ และลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจได้ถึง 30% การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยวิถีชีวิตที่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมเสี่ยงที่นำไปสู่ภาวะความดันโลหิตสูง และเพื่อทบทวนและเสนอหลักฐานเชิงประจักษ์ในการนำหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาใช้ในการควบคุมและป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง โดยการศึกษาใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบในการรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากเอกสารวิชาการที่เชื่อถือได้ทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย เช่น PubMed, ScienceDirect, Scopus และ ThaiJO เป็นต้น การศึกษานี้พบว่า ปัจจัยวิถีชีวิตที่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมเสี่ยงที่นำไปสู่ภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีความเค็ม ความหวาน ไขมันสูง และมีเส้นใยต่ำมากเกินไป การขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีความเครียดเรื้อรัง การนอนไม่เพียงพอ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตราย และการขาดการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมที่ดี และพบว่าเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) เป็นการแพทย์ที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการและป้องกันโรคไม่ติดต่อ รวมถึงโรคความดันโลหิตสูง ที่มีประสิทธิภาพ โดยมีหลักฐานยืนยันว่าการนำหลักการของเวชศาสตร์วิถีชีวิตไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างยั่งยืน เช่น การบริโภคอาหารรูปแบบ DASH การออกกำลังกายแบบแอโรบิก การจัดการความเครียด เช่น การทำสมาธิ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนอนหลับที่เพียงพอ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตราย และการมีเครือข่ายทางสังคมที่สนับสนุนและความสัมพันธ์ที่ดี ช่วยลดระดับความเครียด และลดความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตอีกด้วย ดังนั้น เวชศาสตร์วิถีชีวิตนับเป็นแนวทางใหม่ในการให้บริการสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคความดันโลหิตสูง อย่างมีประสิทธิภาพ โดยควรบูรณาการเข้ากับการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้อย่างครอบคลุมและเท่าเทียม นำไปสู่การลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและลดภาระทางเศรษฐกิจจากรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็นให้กับประเทศไทย

คำสำคัญ: ความดันโลหิตสูง เวชศาสตร์วิถีชีวิต การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การควบคุมและป้องกัน

* คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

** แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป อิสระ

*** ผู้จัดการโครงการจัดการความรู้และพัฒนาวิชาการเวชศาสตร์วิถีชีวิต

The Application of Lifestyle Medicine in the Management and Prevention of Hypertension

Terdsak Rojsurakitti *
Praparat Watthanakul**
Phudit Tejativaddhana***

Abstract

Hypertension is a condition where blood pressure in the arteries remains consistently higher than normal. It often presents no symptoms in the early stages but has long-term health impacts. Additionally, it has economic implications both globally and nationally. Treatment for hypertension typically involves antihypertensive medication and lifestyle modification. However, treatment approaches largely focus on medication, which can have side effects such as fatigue and dizziness, as well as high costs. Recent findings indicate that lifestyle modification can significantly reduce blood pressure and lower mortality rates from stroke and heart disease by up to 30%. This study aims to explore lifestyle factors contributing to risk behaviors leading to hypertension and to review and provide evidence-based insights into the application of lifestyle medicine principles for controlling and preventing hypertension. This research utilizes a systematic literature review approach to collect, analyze, and synthesize relevant information from credible academic sources, both international and national, such as PubMed, ScienceDirect, Scopus, and ThaiJO. This study found that lifestyle factors contributing to risk behaviors leading to hypertension include a diet high in salt, sugar, fat, and low in fiber, lack of regular exercise, chronic stress, insufficient sleep, smoking, high-risk alcohol consumption, and lack of positive social connection. Lifestyle Medicine, a field of Medicine that employs evidence-based practices to manage and prevent non-communicable diseases (NCDs), including hypertension, has proven effective. Evidence supports that applying lifestyle medicine principles to promote sustainable behavioral changes can effectively control and prevent hypertension. Such interventions include followings: having the DASH diet, engaging in aerobic exercise, managing stress through practices like meditation, improving sleep habits, avoiding smoking and high-risk alcohol consumption, and fostering supportive social networks. These measures help reduce stress levels and lower hypertension risks while enhancing quality of life. Thus, lifestyle medicine represents a novel approach to healthcare services aimed at effectively controlling and preventing NCDs, particularly hypertension. Integrating it into primary healthcare services can increase accessible and equitable care for patients, leading to a reduction in premature mortality and alleviating the economic burden from unnecessary healthcare costs in Thailand.

Keywords: Hypertension, Lifestyle Medicine, Lifestyle Modification, Prevention and Control.

* Faculty of Medicine, Western University, Thailand.

** General Practitioner. Freelance.

*** Project Manager of Knowledge Management and Academic Development for Lifestyle Medicine Project.

■ บทนำ

ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่แรงดันโลหิตในหลอดเลือดแดงสูงเกินระดับปกติอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้คำนิยามของความดันโลหิตสูง คือ ภาวะที่มีความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure) สูงกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure) สูงกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg⁽¹⁾ ความดันโลหิตสูงสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ 1. ความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ (Primary Hypertension) ซึ่งพบมากที่สุด ประมาณ 90-95% ของผู้ป่วย ไม่มีสาเหตุที่ชัดเจน แต่มักเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางพันธุกรรม อายุ และการมีวิถีชีวิตที่ไม่ดี เช่น การบริโภคเกลือที่มากเกินไป การสูบบุหรี่ และการไม่ออกกำลังกาย⁽²⁾ 2. ความดันโลหิตสูงทุติยภูมิ (Secondary Hypertension) มีสาเหตุที่สามารถตรวจพบได้ชัดเจน เช่น โรคไต โรคต่อมไทรอยด์ หรือการใช้ยาบางชนิด อาทิ ยาคุมกำเนิดหรือยาต้านการอักเสบ⁽³⁾ ภาวะความดันโลหิตสูงมักไม่มีอาการในระยะเริ่มต้น สามารถทำให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพอย่างรุนแรงในระยะยาว ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูงทำให้หัวใจทำงานมากขึ้น ส่งผลให้เกิดโรคหัวใจล้มเหลว หรือภาวะหัวใจโต โรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูงเพิ่มความเสี่ยงหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก นำไปสู่อัมพาตหรือเสียชีวิต โรคไตเรื้อรัง ความดันโลหิตสูงส่งผลเสียต่อการทำงานของไต สาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง⁽⁴⁾

ในระดับโลก ความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุหลักของการส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ข้อมูลจากรายงานของ Global Burden of Disease (GBD) ปี ค.ศ. 2019 ระบุว่าความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุของการ

เสียชีวิตประมาณ 10.8 ล้านคนต่อปีทั่วโลก⁽⁵⁾ สำหรับในประเทศไทย รายงานจากกระทรวงสาธารณสุข⁽⁶⁾ พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2564 พบว่าประชากรไทยมากกว่า 13 ล้านคนมีความดันโลหิตสูง คิดเป็น 1 ใน 4 ของประชากรวัยผู้ใหญ่⁽⁶⁾ ความดันโลหิตสูงไม่เพียงส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจระดับโลกและประเทศไทย เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงมีความต้องการการรักษาและการใช้ยาต่อเนื่องที่มีค่าใช้จ่ายที่สูง รวมถึงยังทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการขาดงานและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ในระดับโลกมีการประเมินว่ามีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 370 พันล้านเหรียญสหรัฐต่อปี⁽⁵⁾ ในประเทศไทยค่ารักษาพยาบาลและการสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้อง เช่น โรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง คาดว่าประเทศไทยสูญเสียทางเศรษฐกิจมากกว่า 200,000 ล้านบาทต่อปีจากโรคที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูง⁽⁶⁾

การรักษาความดันโลหิตสูง (Hypertension) ส่วนใหญ่มักให้การรักษาด้วยการใช้ยาลดความดันโลหิต โดยมียาหลายกลุ่มที่ใช้ ได้แก่ ยากลุ่ม ACE inhibitors, ARBs, Calcium channel blockers และกลุ่มยาขับปัสสาวะ ทั้งนี้แต่ละกลุ่มยามักใช้ในการลดความดันโลหิตที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม การใช้ยาอย่างต่อเนื่องมักทำให้เกิดผลข้างเคียง เช่น เวียนศีรษะ ความเหนื่อยล้า และบางครั้งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁽³⁾ และค่ารักษาความดันโลหิตสูงด้วยยามีค่าใช้จ่ายมากกว่า 370 พันล้านเหรียญสหรัฐต่อปี⁽⁵⁾ ส่วนในประเทศไทย คาดว่าเสียค่าใช้จ่าย

ในการรักษาความดันโลหิตสูงประมาณหลายหมื่นล้านบาทต่อปี ทั้งนี้เนื่องจากความต้องการใช้ยา รักษาอย่างต่อเนื่อง⁽⁶⁾ แม้ยาสามารถลดความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ผลข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น อาการเหนื่อยล้าและเวียนศีรษะ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงในบางกรณี ผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกว่ามีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวันเนื่องจากผลข้างเคียงจากการใช้ยา⁽³⁾ ในปัจจุบันพบว่า การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต อาทิ การลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย และการลดการบริโภคเกลือ สามารถช่วยลดความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽⁷⁾ และมีค่าใช้จ่ายที่น้อยกว่าการรักษาด้วยยา เนื่องจากไม่ต้องพึ่งพายาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้งบประมาณส่วนใหญ่สามารถใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การจัดโปรแกรมการออกกำลังกายหรือการให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ ทั้งในระดับโลกและในประเทศไทย งบประมาณที่ใช้ในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอยู่ในระดับที่สามารถบริหารจัดการได้ดี⁽²⁾ และพบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีประสิทธิภาพในการลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจ ลงได้ถึง 30%⁽⁸⁾ นอกจากนี้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังช่วยลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ ลดลงถึง 20-25% เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถลดความชุกของโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำถึงปานกลาง ส่งผลให้สามารถลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ นอกจากนี้ยังส่งผลในเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอและปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตมักมีอาการเครียดน้อยลง มีพลังในการทำงานดีขึ้น และมีความรู้สึกถึงการควบคุมสุขภาพของตนเองได้ดี

ขึ้น ผู้ป่วยมีความสุขในการใช้ชีวิตและสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้มากขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ที่ใช้การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว⁽⁹⁾

ในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่สามารถควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ เช่น ความดันโลหิตสูงและยังส่งผลต่อการมีสุขภาพดีนั้น เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) ได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมและรักษาภาวะความดันโลหิตสูงได้อย่างยั่งยืน รวมถึงสามารถช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทำให้โรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ⁽¹⁰⁾ โดยเป็นการดูแลรักษาทางคลินิกที่อ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตซึ่งประกอบด้วย 6 เสาหลัก ได้แก่ โภชนาการที่เหมาะสม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจัดการความเครียด การนอนหลับที่มีคุณภาพ การหลีกเลี่ยงสารเสพติด และการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในสังคม แนวทางนี้ส่งเสริมให้บุคคลและชุมชนปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างรอบด้าน เพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ป้องกันโรค และรักษา หรือแม้แต่ช่วยให้ระยะของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่แย่งสามารถฟื้นกลับสู่ภาวะปกติได้ โดยการระบุถึงสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาสุขภาพ⁽¹⁰⁾

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า ในการที่จะนำแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาปรับใช้ในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษาถึงแนวทางการนำเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาใช้ในการให้การดูแลภาวะความดันโลหิตสูงเพื่อให้เกิดการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างยั่งยืน ซึ่งต้องศึกษาให้ทราบถึงปัจจัยวิถีชีวิตที่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมเสี่ยงที่นำไปสู่ภาวะความดันโลหิตสูง รวมถึงหลักฐานเชิงประจักษ์ของการนำหลักการของเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาใช้ในการควบคุมและป้องกัน

โรคความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นที่จะนำไปสู่มาตรฐานการให้บริการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตของประเทศไทยต่อไป

■ วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยวิถีชีวิตที่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมเสี่ยงที่นำไปสู่ภาวะความดันโลหิตสูง
2. เพื่อทบทวนและเสนอหลักฐานเชิงประจักษ์ในการนำหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาใช้ในการควบคุมและป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง

■ วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบ (Systematic literature review) เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากเอกสารวิชาการที่เชื่อถือได้ทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย การค้นหาเอกสารและข้อมูลในการศึกษา โดยการกำหนดคำสำคัญในการค้นหาที่ครอบคลุมหัวข้อการศึกษา เช่น “Life-style Medicine”, “Hypertension Control”, “Blood Pressure Prevention” “เวชศาสตร์วิถีชีวิต” “ความดันโลหิตสูง” และ “การควบคุมและป้องกันโรค” โดยเลือกคำที่สอดคล้องกับแนวทางการป้องกันและควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิต ทั้งนี้ คำสำคัญที่เลือกจะใช้ในการค้นหาฐานข้อมูลทั้งในภาษาอังกฤษและภาษาไทย โดยค้นหาข้อมูลจากฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้ เช่น PubMed, Science-Direct, Scopus และ ThaiJO รวมถึงแหล่งข้อมูลระดับสากลและในประเทศไทย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมทั้งในบริบทสากลและภายในประเทศ โดยเลือกเฉพาะเอกสารที่มีการทบทวนโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (peer-reviewed articles) และเอกสาร

วิชาการที่เกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง คณะผู้นิพนธ์ทำการประเมินคุณภาพของเอกสารที่ค้นพบโดยพิจารณาแหล่งที่มาของข้อมูล ความทันสมัย โดยมีการตีพิมพ์ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา และความเกี่ยวข้องกับความเกี่ยวข้องกับการศึกษา โดยคัดเลือกเฉพาะเอกสารที่มีคุณภาพและมีข้อมูลที่สามารถสนับสนุนการศึกษานี้ได้ หลังจากนั้น คณะผู้นิพนธ์ ได้อ่าน วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารที่ผ่านการคัดเลือกเพื่อหาข้อสรุปเกี่ยวกับแนวทางการนำหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาใช้ในการควบคุมและป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง และได้ นำข้อมูลที่ได้มาจัดกลุ่มตามหัวข้อหลักๆ ของการศึกษา เช่น ปัจจัยเสี่ยงด้านวิถีชีวิตที่ส่งผลต่อความดันโลหิตสูง และแนวทางการนำเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาใช้ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์

ปัจจัยวิถีชีวิตที่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมเสี่ยงที่นำไปสู่ภาวะความดันโลหิตสูง

ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยที่ส่งผลต่อโรคส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) ระบุถึงหลักการ 6 เสาหลักในการดูแลสุขภาพและป้องกันโรค หลักการนี้สามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยงที่นำไปสู่ความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1. การมีโภชนาการที่ไม่เหมาะสม พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง องค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำให้บริโภคโซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน

งานวิจัยโดย Sacks และคณะ⁽⁷⁾ พบว่า การบริโภคโซเดียมเกิน 2,300 มิลลิกรัมต่อวันสามารถเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดความดันโลหิตสูงได้ถึง 25-30% (Relative Risk, RR 1.25-1.30) โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีอายุมากและผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ร่วมด้วย นอกจากนี้การบริโภคไขมันอิ่มตัวและน้ำตาลในปริมาณมากยังสัมพันธ์กับการเพิ่มความชุกของโรคอ้วน ปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มความดันโลหิต (Odd Ratio, OR 1.45)⁽⁸⁾ และการบริโภคน้ำตาลในปริมาณมาก โดยเฉพาะจากเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูงส่งผลให้เกิดการเพิ่มน้ำหนัก น้ำหนักตัวที่เกินมาตรฐานมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตที่สูงขึ้น รวมถึงการบริโภคน้ำตาลในปริมาณมากทำให้ระดับอินซูลินในเลือดสูงขึ้น มีผลกระทบต่อระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้การรับประทานอาหารแปรรูปซึ่งมักมีส่วนประกอบของโซเดียมและไขมันอิ่มตัวในปริมาณสูง อาทิ อาหารแช่แข็ง อาหารกระป๋อง และขนมขบเคี้ยว จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่บริโภคอาหารแปรรูปมีความเสี่ยงในการเกิดความดันโลหิตสูงสูงขึ้นถึง 20% (RR 1.20) เมื่อเทียบกับผู้ที่บริโภคอาหารสดและไม่ผ่านการแปรรูป การบริโภคอาหารเหล่านี้อย่างต่อเนื่องมีผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด และทำให้เกิดความดันโลหิตสูงในระยะยาว⁽¹¹⁾ และพบว่า การบริโภคอาหารที่มีเส้นใยต่ำมักทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบหลอดเลือดและนำไปสู่ภาวะความดันโลหิตสูง จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่บริโภคอาหารที่มีเส้นใยต่ำมีความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงสูงขึ้นถึง 10% (OR 1.10) เมื่อเทียบกับผู้ที่บริโภคอาหารที่มีเส้นใยสูง เส้นใยมีบทบาทสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับไขมันในเลือดมีผล

ต่อการควบคุมระดับของความดันโลหิต⁽¹²⁾

2. การขาดกิจกรรมทางกาย เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ชัดเจนต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง งานวิจัยหลายงานแสดงให้เห็นว่าผู้ที่ไม่มีการออกกำลังกายมีความเสี่ยงในการเกิดความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่มีกิจกรรมทางกายปานกลางถึงสูง (RR 1.35-1.40)⁽⁹⁾ การนั่งนิ่งๆ เป็นเวลานานส่งผลให้ระบบหลอดเลือดทำงานไม่ปกติ เนื่องจากการไม่มีการออกกำลังกายทำให้เลือดไหลเวียนช้าลง ส่งผลให้เกิดการสะสมของของเหลวในหลอดเลือด งานวิจัยแสดงว่าผู้ที่นั่งทำงานเป็นเวลามากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวันมีความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นถึง 25% (OR 1.25) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีการเคลื่อนไหวระหว่างวัน⁽¹³⁾

การขาดการออกกำลังกายหรือการไม่มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ จากการศึกษาของ Pescatello และคณะ⁽⁹⁾ พบว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์มีความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นถึง 35% (RR 1.35) เมื่อเทียบกับผู้ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่ใช้เวลานั่งดูโทรทัศน์มากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวันมีความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นถึง 20% (OR 1.20) เมื่อเทียบกับผู้ที่ใช้เวลาน้อยกว่า 1 ชั่วโมงในการทำกิจกรรม เช่นนี้ การนั่งเฉยๆ เวลานานยังทำให้ร่างกายไม่ได้รับการฟื้นฟูระบบหัวใจและหลอดเลือด มีผลกระทบต่อการทำงานของความดันโลหิตในระยะยาว⁽¹⁴⁾

3. ความเครียดและการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเกิดโรคความดัน

โลหิตสูง ซึ่งเกิดจากกลไกของร่างกายในการตอบสนองต่อความเครียด อาทิ การกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก และการหลั่งฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการกระตุ้นความดันโลหิต ส่งผลให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น⁽¹⁵⁾ ความเสี่ยงในการเกิดความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีความเครียดเรื้อรังมีอัตราส่วนความเสี่ยง (OR 1.40) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีความเครียดต่ำ นอกจากนี้ยังพบว่า ความเครียดจากการทำงานเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง การที่ต้องทำงานภายใต้ความกดดันเป็นเวลานาน อาทิ การมีภาระงานมากเกินไป การทำงานล่วงเวลา หรือการมีความรับผิดชอบที่สูง อาจส่งผลให้เกิดความเครียดที่ต่อเนื่อง งานวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้ที่มีความเครียดจากการทำงานมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะความดันโลหิตสูง สูงกว่าผู้ที่ไม่มีความเครียดประมาณ 20-25% (OR 1.20-1.25)⁽¹⁶⁾ โดยพบว่า การทำงานที่ต้องเผชิญกับความเครียดเรื้อรัง ยังมีผลกระทบต่อการทำงานของฮอร์โมนคอร์ติซอลซึ่งส่งผลให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น

4. การนอนหลับที่ไม่เพียงพอ หรือ นอนหลับไม่ถึง 6 ชั่วโมงต่อคืน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มความดันโลหิต งานวิจัยของ Buysse DJ และคณะ⁽¹⁷⁾ แสดงให้เห็นว่าการนอนหลับน้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อคืนสามารถเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดความดันโลหิตสูงได้ถึง 30% (RR 1.30) การนอนหลับที่มีคุณภาพต่ำยังส่งผลต่อการฟื้นฟูระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ระบบการควบคุมความดันโลหิตของร่างกายทำงานไม่เต็มประสิทธิภาพ ส่งผลให้ความเสี่ยงในการเกิดโรคนี้เพิ่มขึ้น ในระยะยาวการนอนหลับน้อยเกินไปยังสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากความดันโลหิตที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องมีผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจ

นอกจากนี้ คุณภาพของการนอนหลับยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความดันโลหิต งานวิจัยพบว่า ผู้ที่มีการนอนหลับไม่สนิท หรือมีการตื่นบ่อยๆ ในระหว่างคืน มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จากการศึกษาของ Gottlieb DJ และคณะ⁽¹⁸⁾ แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่มีคุณภาพการนอนหลับต่ำมีความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นถึง 20% (OR 1.20) เมื่อเทียบกับผู้ที่นอนหลับได้ดี

ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (Obstructive Sleep Apnea, OSA) เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีภาวะนี้มักมีการหยุดหายใจระหว่างการนอนหลับ ส่งผลให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง และทำให้ระบบประสาทซิมพาเทติกถูกกระตุ้นมากขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นในระหว่างการนอนหลับ จากการศึกษาของ Peppard PE และคณะ⁽¹⁹⁾ พบว่าผู้ที่มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงสูงถึง 45% (OR 1.45) เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีภาวะนี้ การตื่นกลางดึกบ่อยครั้ง การตื่นเพราะเสียงรบกวน หรือปัญหาสุขภาพ เช่น การปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ การศึกษาพบว่า ผู้ที่ตื่นกลางดึกบ่อยครั้งมีความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 25% (RR 1.25) เมื่อเทียบกับผู้ที่สามารถนอนหลับต่อเนื่องได้ดี⁽¹⁸⁾

5. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากและการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากเกินไปมีผลกระทบต่อโดยตรงต่อความดันโลหิตและการทำงานของระบบหลอดเลือด งานวิจัยแสดงให้เห็นว่าการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าสองดื่มมาตรฐาน (Standard drinks) ต่อวันสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความ

ดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure) และไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure) โดยเฉพาะในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ จากการศึกษาของ Fuchs FD และคณะ⁽²⁰⁾ พบว่าผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์เกินปริมาณที่แนะนำมีความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นถึง 40% (OR 1.40) เมื่อเทียบกับผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่น้อยกว่า โดยแอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Nervous System) และทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากยังส่งผลให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้น ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

การสูบบุหรี่ เป็นพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงต่อระบบหลอดเลือดและการทำงานของหัวใจ โดยสารนิโคตินในบุหรี่มีผลกระทบต่อระบบประสาทซิมพาเทติกให้ทำงานมากขึ้น ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นและหลอดเลือดหดตัว การสูบบุหรี่ยังทำให้เกิดการสะสมของคราบไขมันในหลอดเลือด (Atherosclerosis) เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดและโรคหัวใจ การศึกษาของ Viridis A และคณะ⁽²¹⁾ พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงสูงขึ้นไปถึง 25% (OR 1.25) เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้พบว่า การสูบบุหรี่ยังเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงแบบซ่อนเร้น (Masked Hypertension) ซึ่งเป็นภาวะที่ความดันโลหิตสูงขึ้นในช่วงที่มีความเครียดหรือการทำกิจกรรมทางกาย แต่ไม่แสดงอาการในช่วงเวลาปกติ จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตสูงแบบซ่อนเร้นสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 30%

(RR 1.30)⁽²¹⁾

การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทั้งการบริโภคแอลกอฮอล์ในปริมาณมากและการสูบบุหรี่ร่วมกัน ทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาของ Grassi G และคณะ⁽²²⁾ พบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมทั้งสองมีความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงดังกล่าวถึง 50% (OR 1.50) การที่แอลกอฮอล์และบุหรี่ทำงานร่วมกันในการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกทำให้หลอดเลือดหดตัว ส่งผลให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในระยะสั้นและเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

6. ความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่ดีหรือการขาดเครือข่ายทางสังคมที่สนับสนุน เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยพบว่าผู้ที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมมีโอกาสสูงขึ้นไปเกิดภาวะเครียดและมีพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพ เช่น การดื่มแอลกอฮอล์หรือการสูบบุหรี่ ซึ่งทั้งสองเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการมีความดันโลหิตที่สูงขึ้น งานวิจัยของ Holt-Lunstad J และคณะ⁽²³⁾ แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่ดีมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่มีเครือข่ายทางสังคมที่ดี (OR 1.35) โดยความเครียดที่เกิดจากความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่ดีทำให้ระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic Nervous System) ถูกกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดและทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ความเครียดยังทำให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองต่อความเครียด โดยมีผลกระทบต่อระบบหลอดเลือด โดยพบว่าการมี

ความขัดแย้งในครอบครัวหรือการไม่มีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีความขัดแย้งกับคู่สมรสหรือบุตรหลานมีความเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงสูงขึ้น 20% (RR 1.20) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว⁽²⁴⁾ นอกจากนี้ยังพบว่า การขาดเพื่อนสนิทหรือเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมเป็นอีกหนึ่งปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การที่ไม่มีใครที่สามารถพูดคุยหรือแบ่งปันความรู้สึกได้ทำให้เกิดความเครียดและความกดดันทางจิตใจ จากการศึกษาของ Holt-Lunstad J และคณะ⁽²³⁾ พบว่า ผู้ที่ไม่มีเพื่อนสนิทหรือเครือข่ายสนับสนุนทางอารมณ์มีความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงสูงขึ้นถึง 30% (OR 1.30)

นอกจากนี้ พบว่าความขัดแย้งในชุมชนหรือการขาดการสนับสนุนจากชุมชนเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีความขัดแย้ง เช่น ความขัดแย้งระหว่างเพื่อนบ้านหรือความขัดแย้งในเรื่องการเมือง มีความเสี่ยงที่จะเกิดความดันโลหิตสูงมากขึ้น จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่อาศัยในชุมชนที่มีความขัดแย้งมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 15% (RR 1.15)⁽¹⁷⁾ นอกจากความสัมพันธ์ทางสังคมในครอบครัวและชุมชนแล้ว ความสัมพันธ์ในที่ทำงานยังเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การที่ต้องเผชิญกับความขัดแย้งในที่ทำงาน เช่น การมีปัญหากับเพื่อนร่วมงานหรือผู้บังคับบัญชา ทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น มีผลต่อการเพิ่มความดันโลหิต การศึกษาของ Kivimäki M และคณะ⁽²⁵⁾ พบว่า ผู้ที่มีปัญหาความสัมพันธ์ในที่ทำงานมีความเสี่ยงต่อการเกิด

โรคความดันโลหิตสูงสูงขึ้น 25% (OR 1.25) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีความสัมพันธ์ที่ดีในที่ทำงาน นอกจากนี้การศึกษาของ Holt-Lunstad J และคณะ⁽²³⁾ พบว่า ผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่ดีในหลายด้านมีความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงสูงขึ้นถึง 50% (OR 1.50) และชี้ให้เห็นว่าการขาดการสนับสนุนทางอารมณ์และการมีความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่ดีทำให้เกิดความเครียดเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นในระยะยาว

การนำหลักการของเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาใช้ในการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

หนึ่งในแนวทางที่ได้รับการสนับสนุนอย่างมากในการจัดการกับปัญหาโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคความดันโลหิตสูง คือการนำแนวทางของเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) มาใช้เพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี นำสู่การลดอัตราการเกิดโรค Risk ratio (RR) ลดความเสี่ยงของการเกิดโรค Odd ratio (OR) ลดอัตราการเสียชีวิต Mortality rate (MR) และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนี้

1. การมีโภชนาการที่เหมาะสม เป็นพื้นฐานสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยการใช้แนวทางอาหารที่มีรูปแบบ DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) ซึ่งเน้นการบริโภคผัก ผลไม้ ธัญพืช และอาหารที่มีโพแทสเซียม แมกนีเซียม และแคลเซียมสูง และลดการบริโภคโซเดียม เป็นรูปแบบการรับประทานอาหารที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิต⁽¹⁰⁾ งานวิจัยแสดงว่า ผู้ที่ปฏิบัติตามแนวทางนี้สามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้เฉลี่ย 5.5 มม.ปรอท

และความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงเฉลี่ย 3 มม.ปรอท⁽⁶⁾ นอกจากนี้ พบว่าการบริโภคโซเดียมต่ำกว่า 2,300 มิลลิกรัมต่อวันลดความเสี่ยงในการเกิดโรคได้ถึง 30% (RR 0.70) และยังลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (OR 0.65)⁽⁷⁾ ซึ่งการปรับเปลี่ยนโภชนาการนับเป็นก้าวสำคัญในการลดความเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงช่วยลดการใช้ยาลดความดันโลหิต

2. การมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยควบคุมความดันโลหิต โดยพบว่าการมีกิจกรรมทางกายแบบแอโรบิก เช่น การเดินเร็ว การปั่นจักรยาน หรือการว่ายน้ำ สามารถช่วยลดความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญ งานวิจัย⁽⁹⁾ แสดงให้เห็นว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้เฉลี่ย 5-8 มม.ปรอท อัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงลดลงในกลุ่มผู้ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (RR 0.80) นอกจากนี้ อัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดยังลดลงในกลุ่มนี้ด้วย (MR 0.75) และการออกกำลังกายยังสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิต Quality of Life (QOL) โดยการส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย ลดความเครียด และทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตดีขึ้น และการออกกำลังกายยังช่วยในการควบคุมน้ำหนักซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อโรคความดันโลหิตสูง การลดน้ำหนักเพียง 5-10% สามารถลดความดันโลหิตลงได้อย่างมีนัยสำคัญ และลดความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงอีกด้วย⁽⁸⁾

3. การจัดการความเครียด การจัดการความเครียดอย่างเหมาะสมส่งผลให้สามารถควบคุมความดันโลหิตและป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง โดยมีเทคนิคการจัดการความเครียดที่

หลากหลาย อาทิ การฝึกสมาธิ การทำโยคะ และการฝึกการหายใจ ซึ่งสามารถส่งผลโดยตรงในการลดระดับความดันโลหิต งานวิจัยโดย Rainforth MV และคณะ⁽²⁶⁾ พบว่า การฝึกสมาธิสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้เฉลี่ย 4-5 มม.ปรอท และไดแอสโตลิกลดลง 2-3 มม.ปรอท การจัดการความเครียดส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยที่มีการจัดการความเครียดที่ดีมักมีความเครียดทางอารมณ์น้อยลง ช่วยให้ควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น อัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคแทรกซ้อนลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (OR 0.70) ในกลุ่มที่มีการจัดการความเครียดที่ดี⁽²⁶⁾ นอกจากนี้การศึกษาของ Rainforth MV และคณะ⁽²⁶⁾ ยังชี้ให้เห็นว่าผู้ที่ใช้เทคนิคการจัดการความเครียด เช่น การฝึกสมาธิ การทำโยคะ หรือการฝึกการหายใจ มีอัตราการลดความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย 4-5 มม.ปรอท และไดแอสโตลิกลดลง 2-3 มม.ปรอท ซึ่งสามารถลดอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ถึง 20% (RR 0.80) สำหรับกลุ่มผู้ที่จัดการความเครียดได้ดี การฝึกสมาธิเป็นหนึ่งในวิธีที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในการจัดการความเครียด เนื่องจากพบว่าสามารถช่วยลดระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่หลั่งออกมาเมื่อร่างกายตอบสนองต่อความเครียด โดยการลดระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลสามารถช่วยลดแรงดันในหลอดเลือด การศึกษาของ Schneider RH และคณะ⁽²⁷⁾ ชี้ให้เห็นว่าผู้ที่ฝึกสมาธิอย่างสม่ำเสมอสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (OR 0.70) เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ฝึกสมาธิ

4. การนอนหลับที่มีคุณภาพ การนอนหลับที่เพียงพอและมีคุณภาพช่วยให้ร่างกายฟื้นฟูการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด และลด

การหลังฮอริโมนที่เกี่ยวข้องกับความเครียด เช่น คอร์ติซอล ผลที่ตามมาคือ การลดความดันโลหิต และลดความเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในระยะยาว การนอนหลับที่มีคุณภาพยังสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (MR 0.75) และการปรับปรุงคุณภาพชีวิตโดยรวม⁽¹⁷⁾ การปรับพฤติกรรมด้านการนอนหลับที่มีคุณภาพเป็นหนึ่งในวิธีที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมความดันโลหิต ซึ่งการนอนหลับที่ไม่เพียงพอหรือนอนไม่หลับอย่างต่อเนื่อง สามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

การปรับปรุงพฤติกรรมกรนอนหลับ เช่น การปรับเวลานอนให้สม่ำเสมอ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับการนอน และการหลีกเลี่ยงการใช้สารกระตุ้นก่อนนอน สามารถช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้⁽²¹⁾ การวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้ที่มีการนอนหลับที่เพียงพอและมีคุณภาพดีมีอัตราการหายจากโรคความดันโลหิตสูงสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาของ Cappuccio FP และคณะ⁽²⁸⁾ พบว่า ผู้ที่นอนหลับได้ดีสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ถึง 25% (Risk Reduction, RR 0.75) นอกจากนี้ยังช่วยลดอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ลดอัตราการเสียชีวิตและเพิ่มคุณภาพชีวิตโดยรวม โดยผู้ที่นอนหลับได้ดีมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลงถึง 20% (MR 0.80) เมื่อเทียบกับผู้ที่นอนหลับไม่ดี⁽¹⁹⁾ และยังพบว่า การลดความดันโลหิตจากการนอนหลับที่มีคุณภาพส่งผลให้หัวใจทำงานน้อยลงและระบบหลอดเลือดทำงานได้ดีขึ้น ทำให้ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อนในระยะยาว เพิ่มคุณภาพชีวิต (Quality of Life: QOL) ของผู้ป่วยด้วย จากการศึกษ

ของ Gottlieb DJ และคณะ⁽¹⁸⁾ พบว่า ผู้ที่มีการนอนหลับที่ดีมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นถึง 25% เมื่อเทียบกับผู้ที่มีปัญหาการนอนหลับ การนอนหลับที่ดีช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสดชื่น มีพลังงานเพิ่มขึ้น ลดความเครียด และสามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น

5. การหลีกเลี่ยงสารเสพติด การหลีกเลี่ยงสารเสพติดไม่เพียงช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเท่านั้น แต่ยังช่วยลดอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตอีกด้วย การลดปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์หรือการเลิกสูบบุหรี่ช่วยลดอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (MR 0.70) การหลีกเลี่ยงสารเสพติดยังช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้นในระยะยาวและเพิ่มคุณภาพชีวิตอย่างชัดเจน⁽²⁰⁾ สามารถลดความเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญ งานวิจัยแสดงให้เห็นว่าผู้ที่เลิกสูบบุหรี่สามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ถึง 20% (RR 0.80)⁽²⁰⁾ การปรับพฤติกรรมในการหลีกเลี่ยงสารเสพติดได้รับการพิสูจน์แล้วว่า มีผลต่อการลดความดันโลหิตและลดความเสี่ยงของโรคที่เกี่ยวข้อง จากการศึกษาของ Fuchs FD และคณะ⁽²⁰⁾ พบว่า ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงลดลงถึง 25% (Odds Ratio, OR 0.75) เมื่อเทียบกับผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่

การบริโภคแอลกอฮอล์มากเกินไปสามารถเพิ่มความดันโลหิตและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การศึกษาของ Viridis A และคณะ⁽²¹⁾ พบว่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไปมีความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นถึง 40% (OR 1.40) เมื่อเทียบกับผู้ที่ดื่มในปริมาณที่น้อยกว่า นโยบายสาธารณสุข

ที่เน้นการลดการบริโภคแอลกอฮอล์ เช่น การจำกัดการโฆษณาและการควบคุมการขาย สามารถช่วยลดความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽²¹⁾

6. การสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี มีความสำคัญต่อสุขภาพจิตและส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิต ผู้ที่มีเครือข่ายทางสังคมที่สนับสนุนมีโอกาสน้อยที่จะเผชิญกับความเครียดและปัญหาทางจิตใจซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง งานวิจัยแสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดีมีความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่าผู้ที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม (OR 0.75)⁽²³⁾ โดยการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในชุมชนและครอบครัวช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและทำให้พวกเขา รู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์และมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้เกิดการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี เช่น การมีเพื่อนสนิท การมีครอบครัวที่เข้าใจและให้การสนับสนุน รวมถึงการเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนหรือกลุ่มทางสังคม มีบทบาทสำคัญในการลดระดับความเครียดและการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่อาจทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง⁽²³⁾ ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง และปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ได้ดีขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงและลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย

■ อภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่า ปัจจัยวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสมส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง โดยครอบคลุมวิถีชีวิตทั้ง 6 ด้านตามแนวทางของ

เวชศาสตร์วิถีชีวิต⁽¹⁰⁾ เช่น การมีโภชนาการที่ไม่เหมาะสม มีการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง บริโภคไขมันอิ่มตัวและน้ำตาลในปริมาณมาก การรับประทานอาหารแปรรูปซึ่งมักมีส่วนประกอบของโซเดียมและไขมันอิ่มตัวในปริมาณสูง รวมทั้งการบริโภคอาหารที่มีเส้นใยต่ำ ส่งผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับไขมันในเลือด ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น⁽⁸⁾ การขาดการออกกำลังกาย เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ชัดเจนต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์มีความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น การนั่งเฉยๆ เวลานานยังทำให้ร่างกายไม่ได้รับการฟื้นฟูระบบหัวใจและหลอดเลือด มีผลกระทบต่อ การเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตในระยะยาว⁽¹³⁾ ความเครียดส่งผลต่อการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก และการหลั่งฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการกระตุ้นความดันโลหิต ส่งผลให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น โดยพบมากในคนที่มีความเครียดเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความเครียดจากการทำงาน⁽¹⁵⁾

การนอนหลับที่ไม่เพียงพอ หรือนอนหลับไม่ถึง 6 ชั่วโมงต่อคืน และการมีคุณภาพของการนอนหลับที่ไม่ดี นอนหลับไม่สนิท รวมถึงการเป็นโรคภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (Obstructive Sleep Apnea, OSA) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง⁽¹⁹⁾ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากเกินไปมีผลกระทบต่อความดันโลหิตและการทำงานของระบบหลอดเลือด โดยแอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อตรงต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Nervous System) และทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น และการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก ยังส่งผลให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้นทำให้ความดัน

โลหิตเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในระยะยาว⁽²⁰⁾ การสูบบุหรี่ ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อระบบหลอดเลือดและการทำงานของหัวใจ โดยสารนิโคตินในบุหรี่มีผลกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้ทำงานมากขึ้น นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังก่อให้เกิดการสะสมของคราบไขมันในหลอดเลือด (Atherosclerosis) เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดและโรคหัวใจ⁽²¹⁾ และพบว่า การบริโภคแอลกอฮอล์ในปริมาณมากและการสูบบุหรี่ร่วมกัน ทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้น⁽²²⁾ โดยพบว่า ความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่ดีหรือการขาดเครือข่ายทางสังคมที่สนับสนุน รวมถึงการมีความขัดแย้งในชุมชน ครอบครัว และที่ทำงาน เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยอาจเกิดจากความเครียดที่ส่งผลต่อฮอร์โมนคอร์ติซอลที่สูงขึ้น⁽²²⁾ ซึ่ง UN (Thailand) กระทรวงสาธารณสุข และองค์การอนามัยโลก (ประเทศไทย)⁽²⁹⁾ ได้ชี้ให้เห็นว่าประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มากถึง 400,000 รายต่อปี ในปี พ.ศ. 2562 ซึ่งเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ซึ่งเป็นอัตราส่วนร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โดยประมาณครึ่งหนึ่งเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในประชากรอายุต่ำกว่า 70 ปี และชี้ให้เห็นว่าเป็นความท้าทายที่สำคัญของประเทศไทยในการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของโลก SDG3 เป้าหมายที่ 3.4 ที่มีเป้าหมายในการลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อลงหนึ่งในสามภายในปี พ.ศ. 2573 และชี้ให้เห็นว่าการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อนั้นมาจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารเค็มจัด การสูบบุหรี่ การดื่ม

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตราย และการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ การศึกษานี้ พบว่ามีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการนำหลักการของเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาใช้ในการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การมีโภชนาการที่เหมาะสม โดยการใช้แนวทางอาหารที่มีรูปแบบ DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) ซึ่งเน้นการบริโภคผัก ผลไม้ ธัญพืช และอาหารที่มีโพแทสเซียม แมกนีเซียม และแคลเซียมสูง และลดการบริโภคโซเดียม⁽⁷⁾ การมีกิจกรรมทางกายแบบแอโรบิก ช่วยควบคุมและลดความดันโลหิตสูง อีกทั้งยังช่วยควบคุมน้ำหนัก และเพิ่มคุณภาพชีวิต⁽⁹⁾ การมีเทคนิคการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ เช่น การฝึกสมาธิ การทำโยคะ และการฝึกการหายใจ สามารถช่วยลดระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล ส่งผลให้สามารถควบคุมความดันโลหิตและรักษาภาวะความดันโลหิตสูง รวมถึงลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด⁽²⁶⁾ การปรับปรุงพฤติกรรมการนอนหลับ เช่น การปรับเวลานอนให้สม่ำเสมอ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับการนอน และการหลีกเลี่ยงการใช้สารกระตุ้นก่อนนอน ส่งผลให้เกิดการนอนหลับที่เพียงพอและมีคุณภาพช่วยให้ร่างกายฟื้นฟูการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด และลดการหลั่งฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับความเครียด และสามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น⁽²⁸⁾ การลดปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์หรือการเลิกสูบบุหรี่ช่วยลดอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงลดอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อน ช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้นในระยะยาวและเพิ่มคุณภาพชีวิต⁽²⁰⁾ นอกจากนี้ การปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมเพื่อให้เกิดการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี มีความสำคัญต่อสุขภาพจิตและส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิต⁽²³⁾ ทั้งนี้ การให้บริการโดยการบูรณาการ 6 สาขาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิตจะสามารถก่อให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพที่สูงกว่าการให้บริการเพียงเรื่องใดเรื่องหนึ่งเท่านั้น⁽¹⁰⁾

สำหรับการให้บริการสุขภาพเพื่อควบคุมและรักษาโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่การให้การรักษา และการป้องกันที่ระดับทุติยภูมิ โดยการลดปัจจัยเสี่ยงชั้นกลาง เช่น การรักษาภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน ความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และระดับไขมันเลือดผิดปกติ ซึ่งในการทำให้เกิดการป้องกันและควบคุมเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหัวใจและหลอดเลือด⁽²⁹⁾ การป้องกันระดับปฐมภูมิ โดยการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมซึ่งเป็นสาเหตุต้นตอของโรคไม่ติดต่อเป็นแนวทางที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพมากที่สุด ได้แก่ การจัดการพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตราย รวมถึงการมีความเครียดเรื้อรัง การนอนหลับที่ไม่เพียงพอ และการไม่มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในสังคม⁽²⁹⁾ ซึ่งเวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นเวชปฏิบัติที่ใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมและรักษาภาวะความดันโลหิตสูงได้อย่างยั่งยืน ซึ่งนับเป็นแนวทางใหม่ของประเทศไทยที่จะสามารถบูรณาการเข้ากับการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้อย่างครอบคลุมและเท่าเทียมโดยจะส่งผลให้เกิดการดูแลสุขภาพของผู้

ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

■ สรุป

ความดันโลหิตสูง (Hypertension) คือภาวะที่แรงดันโลหิตในหลอดเลือดแดงสูงเกินปกติอย่างต่อเนื่อง โดยมักไม่มีอาการในระยะแรกแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ประมาณ 10.8 ล้านรายต่อปี ในประเทศไทยมีผู้ป่วยมากกว่า 13 ล้านคน ส่งผลให้เกิดการสูญเสียทั้งชีวิตและเศรษฐกิจอย่างมาก โดยการรักษาความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การใช้ยาและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ซึ่งการใช้ยารักษาเพียงอย่างเดียวอาจมีผลข้างเคียงและมีค่าใช้จ่ายสูง และในปัจจุบันพบว่า การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสามารถป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ โดยเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) เป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง รวมถึงโรคความดันโลหิตสูงด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต 6 ด้าน ได้แก่ การมีโภชนาการที่เหมาะสม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจัดการความเครียด การนอนหลับที่เพียงพอ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีทางสังคม การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต 6 ด้านนี้จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โดยสามารถลดความดันโลหิตและเพิ่มคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ

■ ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้มุ่งเน้นการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่ง

อาจมีข้อจำกัดในแง่ของความหลากหลายของข้อมูล เช่น การลดความดันโลหิต หรือปรับปรุงคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้น ควรมีการศึกษาในอนาคตที่เน้นงานวิจัยเชิงทดลองที่สามารถประเมินประสิทธิภาพของเวชศาสตร์วิถี

ชีวิตในบริบทที่หลากหลาย และสำรวจปัจจัยที่ส่งเสริมการนำเวชศาสตร์วิถีชีวิตไปปฏิบัติในชุมชน รวมถึงการพัฒนาโมเดลที่เหมาะสมสำหรับชุมชน และศึกษาความยั่งยืนของโปรแกรมในระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Hypertension [Internet]. 2021 [cited 2024 Sep 13]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
2. Mills KT, Stefanescu A, He J. The global epidemiology of hypertension. *Nat Rev Nephrol* 2020;16(4): 223–37.
3. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2018;71(19):e127–e248.
4. Forouzanfar MH, Liu P, Roth GA, Ng M, Biryukov S, Marczak L, et al. Global burden of hypertension and systolic blood pressure of at least 110 to 115 mm Hg, 1990–2015. *JAMA* 2017;317(2):165–82.
5. Stanaway JD, Afshin A, Gakidou E, Lim SS, Abate D, Abate KH, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018;392(10159):1923–94.
6. สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
7. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, Harsha D, et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet. *N Engl J Med* 2001;344(1):3–10.
8. Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Svetkey LP, Sacks FM, et al. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. *N Engl J Med* 1997;336(16):1117–24.
9. Pescatello LS, Franklin BA, Fagard R, Farquhar WB, Kelley GA, Ray CA. American College of Sports Medicine Position Stand. Exercise and hypertension. *Med Sci Sports Exerc* 2004;36(3):533–53.
10. American College of Lifestyle Medicine. Lifestyle Medicine Core Competencies Program. St. Louis: American College of Lifestyle Medicine; 2020.
11. Monteiro CA, Levy RB, Claro RM, de Castro IR, Cannon G. A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. *Cad Saude Publica* 2010; 26(11):2039–49.
12. Streppel MT, Arends LR, van 't Veer P, Grobbee DE, Geleijnse JM. Dietary fiber and blood pressure: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Arch Intern Med* 2005;165(2):150–6.
13. Diaz KM, Howard VJ, Hutto B, Colabianchi N, Vena JE, Blair SN, et al. Patterns of sedentary behavior and mortality in U.S. middle-aged and older adults: a national cohort study. *Ann Intern Med* 2017;167(7):465–75.

14. Ekelund U, Steene-Johannessen J, Brown WJ, Wang Fagerland M, Owen N, Powell KE, et al. Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *Lancet* 2016;388(10051):1302-10.
15. Patterson R, McNamara E, Tainio M, de Sá TH, Smith AD, Sharp SJ, et al. Sedentary behavior and risk of all-cause, cardiovascular, and cancer mortality, and incidence of cardiovascular disease: A systematic review and dose-response meta-analysis. *Eur J Epidemiol* 2018;33(9):811-29.
16. Landsbergis PA, Dobson M, Koutsouras G, Schnall P. Job strain and ambulatory blood pressure: a meta-analysis and systematic review. *Am J Public Health* 2013;103(3):e61-e71.
17. Buysse DJ, Germain A, Hall M, Monk TH, Nofzinger EA. A neurobiological model of insomnia. *Drug Discov Today Dis Models* 2008;8(4):129-37.
18. Gottlieb DJ, Punjabi NM, Newman AB, Resnick HE, Redline S, Baldwin CM, et al. Association of sleep time with diabetes mellitus and impaired glucose tolerance. *Arch Intern Med* 2005;165(8):863-7.
19. Peppard PE, Young T, Palta M, Skatrud J. Prospective study of the association between sleep-disordered breathing and hypertension. *N Engl J Med* 2000;342(19):1378-84.
20. Fuchs FD, Chambless LE, Whelton PK, Nieto FJ, Heiss G. Alcohol consumption and the incidence of hypertension: The Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Hypertension* 2001;37(5):1242-50.
21. Virdis A, Giannarelli C, Neves MF, Taddei S, Ghiadoni L. Cigarette smoking and hypertension. *Curr Pharm Des* 2010;16(23):2518-25.
22. Grassi G, Seravalle G, Calhoun DA, Bolla GB, Mancia G. Mechanisms responsible for sympathetic activation by cigarette smoking in humans. *Circulation* 2014;90(1):248-53.
23. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med* 2010;7(7):e1000316.
24. Uchino BN, Cacioppo JT, Kiecolt-Glaser JK. The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychol Bull* 1996;119(3):488-531.
25. Kivimäki M, Leino-Arjas P, Luukkonen R, Riihimäki H, Vahtera J, Kirjonen J. Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *BMJ* 2002;325(7369):857.
26. Rainforth MV, Schneider RH, Nidich SI, Gaylord-King C, Salerno JW, Anderson JW. Stress reduction programs in patients with elevated blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *Curr Hypertens Rep* 2007;9(6):520-8
27. Schneider RH, Alexander CN, Stagers F, Orme-Johnson DW, Rainforth MV, Salerno JW, et al. A randomized controlled trial of stress reduction for hypertension in older African Americans. *Hypertension* 2005;26(5):820-7.
28. Cappuccio FP, Cooper D, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Sleep duration predicts cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Eur Heart J* 2011;32(12):1484-92.
29. World Health Organization. Noncommunicable diseases investment case report – Thailand [Internet]. 2021 [cited 2024 Oct 27]. Available from: https://www.who.int/thailand/activities/NCDs_Investment_Case_Report

ปริมาณการบริโภคเกลือและโซเดียมจากการประเมินปริมาณ โซเดียมในปัสสาวะ: 24 ชั่วโมง: การศึกษาภาคตัดขวางจังหวัดพัทลุง ปี 2565

หทัยทิพย์ จุทอง*

สุนิศา เรืองประดับ

ธัญญาภรณ์ เรืองสุวรรณ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา

วันรับ 19 กรกฎาคม 2566, วันแก้ไข 28 สิงหาคม 2567, วันตอบรับ 2 กันยายน 2567

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์การศึกษาเพื่อประมาณการค่าเฉลี่ยการบริโภคเกลือโซเดียมต่อวัน และศึกษาคุณลักษณะประชากรที่สัมพันธ์กับการประมาณการค่าเฉลี่ยการบริโภคเกลือโซเดียม สุ่มตัวอย่างแบบ Stratified Two Stage Cluster Sampling 300 ราย การตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจหาปริมาณโซเดียมในปัสสาวะโดยวิธี Indirect ion selective electrode (Indirect ISE) พื้นที่ศึกษา จังหวัดพัทลุง จำนวน 11 อำเภอ ระยะเวลาเดือนมีนาคม - พฤษภาคม 2565 สถิติที่ใช้ คือ ค่าสัดส่วน และ 95% CI of proportion ปริมาณการบริโภคโซเดียมต่อวัน สถิติที่ใช้ คือ ค่าเฉลี่ย 95% CI of Mean ส่วนสถิติวิเคราะห์ปัจจัยความสัมพันธ์วิเคราะห์ด้วย General linear model ผลการศึกษาพบว่า บริโภคเกลือโซเดียมเฉลี่ย 4,880 มิลลิกรัมต่อวัน ปริมาณบริโภคเกลือเฉลี่ย 12.4 กรัมต่อวัน ปัจจัยด้านสถานภาพพบว่า ปริมาณการบริโภคเกลือโซเดียมต่อวันเพศชายมากกว่าเพศหญิง ค่าเฉลี่ย 5,344 มิลลิกรัมต่อวัน ปัจจัยด้านสถานภาพที่พบการบริโภคเกลือโซเดียมที่สูงมาก ได้แก่ เพศชาย กลุ่มอายุ 20-29 ปี สถานภาพโสด อยู่กับครอบครัวสมาชิกน้อยกว่า 5 คน นักเรียน นักศึกษา รับจ้างแบกหามกรรมกร ค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 kg/m^2 ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูง และไม่มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน การวิเคราะห์แบบ General linear Model ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคเกลือโซเดียมมากกว่า 2,000 มิลลิกรัม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากข้อมูลข้างต้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีมาตรการให้ชุมชนจังหวัดพัทลุงลดการบริโภคเกลือโซเดียม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีปริมาณการบริโภคที่สูงมาก โดยใช้มาตรการปรับเปลี่ยนรายการอาหารและการปรุงรส รวมทั้งปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

คำสำคัญ : เกลือโซเดียม ปัสสาวะ 24 ชั่วโมง จังหวัดพัทลุง

*ผู้วิจัยหลัก, เมล: Hataitipju@gmail.com

Sodium-salt intake assessed through 24-hour urinary sodium excretion: a cross-sectional study in Phatthalung province, 2022

Hataitip Juthong

Supanida Ruangpradub

Tanyaporn Ruangsuan

Office of Disease Prevention and Control 12 Songkhla Province

Received 19 July 2023, Revised 28 August 2024, Accepted 2 September 2024.

Abstract

This cross-sectional study aimed to estimate the average daily sodium consumption and investigate the demographic factors associated with sodium intake. A stratified two-stage cluster sampling method was employed to select 300 participants. Sodium levels in urine were measured using the Indirect Ion Selective Electrode (Indirect ISE) method. The study was conducted in Phatthalung Province, which encompasses 11 districts, from March to May 2022. The statistical analyses included calculating proportions and 95% confidence intervals (CI) for sodium intake, as well as mean values and 95% CI of the mean for daily sodium consumption. Relationships between variables were examined using the General Linear Model. Results revealed that the average daily sodium intake was 4,880 milligrams, corresponding to an average salt consumption of 12.4 grams per day. Men had a higher average sodium intake than women, with men consuming an average of 5,344 milligrams per day. Elevated sodium consumption was particularly associated with males, individuals aged 20–29 years, single status, living in households with fewer than five members, students, casual laborers, and those with a Body Mass Index (BMI) over 25 kg/m². The General Linear Model did not identify any statistically significant factors associated with sodium consumption exceeding 2,000 milligrams. Base on these findings, it is recommended that relevant authorities implement strategies to reduce sodium intake within the Phatthalung community, especially among high-consumption groups. Measures should include modifying dietary and seasoning practices and promoting healthier eating habits to prevent potential increases in non-communicable diseases in the future.

Keywords: Sodium salt, Urine 24 hours, Phatthalung Province

*Corresponding Authors, e-mail: Hataitipju@gmail.com

■ บทนำ

เกลือแกง (salt) หรือโซเดียมคลอไรด์ (sodium chloride) เป็นแร่ธาตุที่มีความสำคัญต่อร่างกาย⁽¹⁾ โซเดียมมีบทบาทในการรักษาระดับสมดุลของระบบของเหลว โดยปริมาณเกลือโซเดียมบริโภคที่เหมาะสมตามท้องที่การอนามัย

โลกกำหนดไว้ คือ ไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน และ Institute of Medicine ของประเทศสหรัฐอเมริกากำหนดค่าความต้องการเกลือโซเดียมที่เพียงพอต่อการทำงานของหัวใจไว้เพียง 1,500 มิลลิกรัมต่อวัน⁽²⁾ การบริโภคเกลือโซเดียมในปริมาณที่สูงเกินความต้องการอย่างต่อเนื่อง

ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต โรคความดันโลหิตสูง และเพิ่มความรุนแรงของโรคเบาหวาน⁽³⁾ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากรจากทุกประเทศทั่วโลกถึงร้อยละ 63 ของอัตราการเสียชีวิตทั้งหมดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย กลุ่มโรคไม่ติดต่อยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิต และภาระโรคโดยรวม ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับสถานการณ์ระดับโลก จากการรายงานข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขระหว่างปี พ.ศ. 2557-2561 พบอัตราการเสียชีวิตอย่างหยาบอันมีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประชากรไทย โดยในปี พ.ศ. 2561 โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการตาย 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็งรวมทุกประเภท รองลงมาคือ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 123.3 47.1 และ 31.8 ต่อประชากรแสนคน⁽⁴⁾ จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยใน พ.ศ. 2561-2562 พบปริมาณการบริโภคโซเดียมโดยประเมินจากการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมงในประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 2,388 ราย พบว่าร้อยละ 67 บริโภคโซเดียมเกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน และค่าเฉลี่ยการบริโภคต่อคน เท่ากับ 3,636 มิลลิกรัม คนไทยป่วยด้วยโรคที่สัมพันธ์กับการติดเค็มประมาณ 22 ล้านคน (โรคความดันโลหิตสูง 13.2 ล้านคน โรคไต 7.6 ล้านคน โรคหัวใจขาดเลือด 0.75 ล้านคน โรคหลอดเลือดสมอง 0.5 ล้านคน)⁽⁵⁾ จากการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนไทยอายุ 35 ปีขึ้นไปในปี

พ.ศ. 2564 จำนวน 17,003,311 คน (ร้อยละ 87.66) เพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ที่ยังไม่มีอาการ พบกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 814,234 คน (ร้อยละ 4.79) กลุ่มสงสัยป่วยได้รับการตรวจติดตาม จำนวน 620,597 คน (ร้อยละ 76.22)⁽⁶⁾ ข้อมูลจากเขตสุขภาพที่ 12 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2564 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกกลุ่มอายุจำนวน 578,799 คน เสียชีวิตจำนวน 10,928 คน อัตราป่วยร้อยละ 1.99 จังหวัดที่มีอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกกลุ่มอายุมากที่สุด คือ จังหวัดพัทลุงพบ 18,478 ต่อประชากรแสนคน⁽⁶⁾ ส่วนอัตราป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง อยู่ลำดับที่ 2 รองจากจังหวัดตรัง 1,247.43 ต่อประชากรแสนคน จากการคัดกรองเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าจังหวัดพัทลุงสามารถคัดกรองประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้ร้อยละ 92.29 ซึ่งพบกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 8.08 กลุ่มสงสัยป่วยร้อยละ 3.93 และอัตราการป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 1.89⁽⁶⁾

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง มีการขับเคลื่อนนโยบายลดการบริโภคเกลือและโซเดียม โดยต้องการข้อมูลสำคัญเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สะท้อนการบริโภคเกลือโซเดียมที่สามารถนำผลที่วิเคราะห์ไปวางแผนจัดกิจกรรม เพื่อให้ประชาชนจังหวัดพัทลุงได้ตระหนักถึงความสำคัญและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคเกลือโซเดียม

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อประมาณการค่าเฉลี่ยการบริโภคเกลือโซเดียมต่อวันของประชาชน ด้วยวิธีการวัดปริมาณโซเดียมจากการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง

ของประชากรอายุ 20-69 ปี

2. ศึกษาคุณลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ค่าดัชนีมวลกาย ภาวะความดันโลหิตสูง และประวัติเป็นโรคเบาหวานที่สัมพันธ์กับการประมาณการค่าเฉลี่ยการบริโภคเกลือโซเดียม

■ วิธีการศึกษา

การศึกษาปริมาณการบริโภคเกลือโซเดียมจากการประเมินปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง พ.ศ. 2565 เป็นการสำรวจตัวอย่าง (Sample Survey) ประชากรเป้าหมายการสำรวจอายุ 20-69 ปี ที่ได้รับการสุ่มแบบ Stratified Two Stage Cluster Sampling เป็นตัวอย่างจำนวน 300 ราย

- **พื้นที่ศึกษา** จังหวัดพัทลุง จำนวน 11 อำเภอ
- **ระยะเวลา** เดือนมีนาคม - พฤษภาคม 2565

● **ประชากรเป้าหมาย** ประชากรเป้าหมายการศึกษาอายุ 20-69 ปี ที่อาศัยในจังหวัดพัทลุง ได้รับการสุ่มเลือกแบบอิสระเพื่อเป็นตัวอย่างการวิจัย

ขนาดตัวอย่างและวิธีการเลือกตัวอย่าง ขนาดตัวอย่าง กำหนดขนาดตัวอย่างจากการทบทวนงานวิจัยที่มีการดำเนินการศึกษา และมีลักษณะคล้ายคลึงกับประเทศไทยด้วยค่าความคลาดเคลื่อน 0.45 และประมาณขนาดความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้จากการสุ่มตัวอย่าง 50% การหาขนาดตัวอย่างสำหรับการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรให้มีความคลาดเคลื่อนไม่เกินระดับ 0.05 ได้จาก

$$N_0 = Z^2_{\alpha/2} S^2 / d^2 = 311 \text{ ราย}$$

เมื่อ n_0 เป็นจำนวนตัวอย่างโดยประมาณ $Z^2_{\alpha/2}$ เป็นค่าคงที่จากตารางสุ่มปกติมาตรฐานที่ระดับนัยสำคัญ

S^2 เป็นความแปรปรวนของประชากร

d^2 เป็นขนาดความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

จำนวนตัวอย่างน้อยที่สุดในการศึกษาคือ 311 ราย เพิ่มตัวอย่างกรณีมีตัวอย่างสูญหายร้อยละ 15.0 ขนาดตัวอย่างการศึกษาควรเท่ากับ 420 รายต่อจังหวัด

การเลือกตัวอย่าง มีการสุ่มเลือกตัวอย่างแบบความน่าจะเป็น (probability sampling) ด้วยวิธีสุ่มเลือกสองขั้นตอนแบบมีชั้นภูมิ (stratified two-stage cluster sampling) การสุ่มเลือกครั้งที่ 1 เลือกหมู่บ้าน ในเขตเทศบาล 7 หมู่บ้าน และนอกเขตเทศบาล 7 หมู่บ้าน โดยวิธี Probability proportional to size sampling (PPS) สุ่มเลือกครั้งที่ 2 เลือกบุคคลตัวอย่างที่มีอายุ 20-69 ปี โดยแบ่งกลุ่มอายุออกเป็น 5 ชั้นภูมิ มีค่าอันตรายภาคชั้นเท่ากับ 10 หมู่บ้านละ 30 ราย โดยวิธี Systematic Sampling จาก 10 ชั้นภูมิ คือ เพศชายมี 5 ชั้นภูมิและเพศหญิงอีก 5 ชั้นภูมิ ชั้นภูมิละ 3 คน และสุ่มรายชื่อชั้นภูมิละ 3 คน รวมทั้งสิ้น 420 ราย เป็นเพศหญิง 210 ราย และเพศชาย 210 ราย

ขนาดตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมและเกณฑ์คัดออกจากการศึกษา อาสาสมัครการวิจัยหรือตัวอย่างการวิจัย คือ ช่วงกลุ่มอายุ 20-69 ปี ในการศึกษาหาค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคเกลือโซเดียมจากปัสสาวะ 24 ชั่วโมง กำหนดหลักเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างออกไม่อยู่ในการวิจัย เพื่อขจัดความแปรปรวนที่มาจากปัจจัยภายในของตัวอย่างที่ส่งผลต่อปริมาณการ

ตารางที่ 1 การจัดเก็บตัวอย่างจำนวน 420 ตัวอย่าง ชาย 210 ตัวอย่าง และ หญิง 210 ตัวอย่าง

เขต เทศบาล	ชื่อหมู่บ้าน	20-29 ปี		30-39 ปี		40-49 ปี		50-59 ปี		60-69 ปี		รวม	
		ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ในเขตเทศบาล	ชุมชนวัดประดู่หอม	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	15	15
ในเขตเทศบาล	หนองปร่าง	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	15	15
ในเขตเทศบาล	เกาะซูด	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	15	15
ในเขตเทศบาล	ทะเลน้อย	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	15	15
ในเขตเทศบาล	ใสกลิ้ง	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	15	15
ในเขตเทศบาล	ห้วยศรีเกษร	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	15	15
ในเขตเทศบาล	ห้วยท่ามั่ง	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	15	15
นอกเขตเทศบาล	เตาปูน	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	15	15
นอกเขตเทศบาล	สะทัง	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	15	15
นอกเขตเทศบาล	ศาลาม่วง	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	15	15
นอกเขตเทศบาล	สำนักวา	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	15	15
นอกเขตเทศบาล	ห้วยแดน	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	15	15
นอกเขตเทศบาล	ห้วยซี้ใต้	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	15	15
นอกเขตเทศบาล	หาดไข่เต่า	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	15	15
นอกเขตเทศบาล	ตันเลียม	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	15	15

บริโภคโซเดียม ดังนี้ ผู้ที่ทราบว่าตนป่วยโรคไตไปนี้ คือ โรคไตระยะที่ 3-4 โรคไต โรคทางระบบทางเดินอาหาร สตรีที่ตั้งครรภ์ สตรีที่กำลังให้นมบุตร หรือสตรีที่กำลังมีประจำเดือน ผู้ที่แพทย์ให้จำกัดอาหารประเภทโปรตีนสูง (high protein diet) หรืออาหารพลังงานต่ำ (hypocaloric diet) ปริมาณปัสสาวะ 24 ชั่วโมงที่รวบรวมได้ ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสำหรับทำฐานข้อมูลวิเคราะห์ คือ

น้อยกว่า 500 มิลลิกรัมต่อคน ผู้มีปริมาณครีเอตินิน (creatinine excretion) น้อยกว่า 720 mg/day สำหรับผู้หญิง และน้อยกว่า 980 mg/day สำหรับผู้ชาย อาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยแต่ไม่สามารถร่วมกระบวนการวิจัยได้จนถึงสิ้นสุด มีความต้องการออกจากการศึกษา หรือมีสาเหตุให้ไม่สามารถร่วมการศึกษาต่อได้ เช่น มีการย้ายที่อยู่ หรือมีการเจ็บป่วยกะทันหัน เป็นต้น สามารถ

ประสานผู้ช่วยนักวิจัยภาคสนาม ให้คำแนะนำกับอาสาสมัครที่เข้าร่วมตามหลักเกณฑ์การออกจากการวิจัยและดำเนินเรื่องให้หยุดกระบวนการศึกษาที่เหลืออยู่ทั้งหมด

● **เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา** ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกน้ำหนัก-ส่วนสูง ค่าความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก และแบบบันทึกการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ประกอบด้วย วันเวลาเริ่มต้นและวัน-เวลาที่ครบ ปริมาณปัสสาวะ 24 ชั่วโมงที่รวบรวมได้และจำนวนครั้งที่ปัสสาวะหก/หาย

การบันทึกข้อมูลแบบสอบถามและบันทึกผลปัสสาวะ การบันทึกข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก คือ

ส่วนที่ 1 การตรวจร่างกายมีการชั่งและวัด: น้ำหนัก ส่วนสูง วัดระดับความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก 3 ครั้ง และสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั่วไป มีคำถามมี 4 ส่วน 1) ข้อมูลทั่วไป 2) การรับรู้สภาวะสุขภาพโดยรวม 3) พฤติกรรมดูแลสุขภาพ/พฤติกรรมสุขภาพ 4) ลักษณะการบริโภคอาหาร

ส่วนที่ 2 บันทึกการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง

ส่วนที่ 3 บันทึกผลการตรวจปัสสาวะ ค่าผล Lab ทั้ง 3 ค่า การบันทึก web application ชื่อ Urine 24 เข้าใช้ลิงค์ <http://www.thaincd.com/urinesurvey/index.htm>

วิธีการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง

1. ในระหว่างช่วงเวลากการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง อาสาสมัครการวิจัยมีสุขภาพแข็งแรง ต้องไม่มีไข้หรือเป็นไข้หวัด ไม่มีอาเจียนหรือท้องเสีย หรือมีประจำเดือน ถ้ามีสภาพไม่พร้อมดังกล่าว ให้เลื่อนการเก็บปัสสาวะออกไปจนกว่าร่างกายปกติ-แข็งแรง

2. ควรเริ่มต้นเข้าเมื่อดึนนอนให้ปัสสาวะครั้งแรกทิ้งไป (ถือว่าเป็นเวลาเริ่มต้น) เก็บปัสสาวะทุกครั้ง รวบรวมใส่ภาชนะที่จัดให้ไม่ต้องใส่สารกันบูด และควรเก็บภาชนะที่รองรับปัสสาวะไว้ในที่เย็น อาสาสมัครการวิจัยทำกิจกรรมประจำวันตามปกติจนกระทั่งเข้านอนแล้วไป ให้เก็บปัสสาวะครั้งแรกเมื่อดึนนอนลงภาชนะรองรับจะเป็นปัสสาวะเป็นครั้งสุดท้ายของการเก็บ (ถือเป็นเวลาที่สิ้นสุด/เสร็จสิ้น)

3. ระหว่างการรวบรวมปัสสาวะ ภาชนะที่รองรับปัสสาวะ ควรเก็บไว้ในที่เย็นและให้อยู่พ้นแสงแดด ไม่วางตากแดดหรือในที่ที่มีแสงสว่างจ้ามาก

4. ส่งปัสสาวะทั้งหมด มาที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ

5. ผู้ช่วยนักวิจัยภาคสนาม แบ่งตัวอย่างปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ใส่ภาชนะที่เตรียมไว้ประมาณ 30-50 cc. ติดชื่ออาสาสมัคร-รหัสลำดับที่ ส่งตัวอย่างปัสสาวะห้องปฏิบัติการ

หมายเหตุ: ปริมาณปัสสาวะ 24 ชั่วโมงที่รวบรวมได้น้อยกว่า 500 มิลลิลิตรต่อคน หรือมีปัสสาวะหก/หก เกิน 50 cc. ต้องเก็บใหม่

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจหาปริมาณโซเดียมในปัสสาวะโดยวิธี Indirect ion selective electrode (Indirect ISE) ส่งตรวจกับห้องปฏิบัติการบริษัทเอกชน หลักการตรวจ คือ การทำให้สิ่งส่งตรวจซึ่งถือว่าเป็นสารละลาย ผ่านเข้าไปสัมผัสกับด้านหนึ่งด้านใดของแผ่นเยื่อ (Electrochemical membrane) ที่กั้นระหว่างสารละลายมาตรฐานอยู่ในอิเล็กโทรด ทำให้เกิดประจุไอออนที่จับอยู่ที่แผ่น Electrochemical membrane เปลี่ยนแปลงไป เกิดความต่างศักย์ไฟฟ้าตามสมการของเนิร์นส์ (Nernst equation) แล้วคำนวณกลับเป็นความเข้มข้นของไอออน โดย

เปรียบเทียบกับสารละลายมาตรฐาน การวัดโดยอ้อม (Indirect method) เป็นการวัดค่าของไอออนในสารตัวอย่างที่เจือจางมาก่อนแล้ว ตรวจวิเคราะห์ด้วยเครื่อง ARCHITECT

● **การวิเคราะห์ข้อมูล** การเปรียบเทียบค่าปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง จากหน่วยมิลลิโมลเป็นมิลลิกรัม เพื่อประมาณการบริโภคโซเดียมร้อยละ 90 วิเคราะห์ข้อมูลแบบ Complex survey design รายงานผลค่าสถิติพารามิเตอร์ประมาณการสัดส่วนประชากร (weighted percentage) และค่า 95% ช่วงความเชื่อมั่นของค่าประมาณการสัดส่วนประชากร (95% Confidence interval of percentage) การประมาณการค่าเฉลี่ยประชากร (weighted means) และค่า 95% ช่วงความเชื่อมั่นของค่าประมาณการค่าเฉลี่ยประชากร (95% Confidence interval of means) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะประชากร ข้อมูลสุขภาพ สุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สถิติที่ใช้ คือ ค่าสัดส่วน และ 95% CI of proportion ปริมาณการบริโภคโซเดียมต่อวัน สถิติที่ใช้ คือ ค่าเฉลี่ย 95% CI of Mean ส่วนสถิติวิเคราะห์ปัจจัยความสัมพันธ์วิเคราะห์ด้วย General linear model

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** การใช้ตัวอย่างปัสสาวะ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทยทหารบกที่ IRBRTA0174/2564 เลขที่ EC116/วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2564

■ ผลการศึกษา

ข้อมูลลักษณะประชากร

จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างอายุ 20-69 ปี มีปริมาณปัสสาวะได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

จำนวน 300 คน จากเป้าหมายกลุ่มตัวอย่าง 420 ตัวอย่าง เนื่องจากมีปริมาณปัสสาวะไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้คือ ปริมาณปัสสาวะ 24 ชั่วโมงที่รวบรวมได้น้อยกว่า 500 มิลลิลิตรต่อคน หรือมีปัสสาวะ หาย/หก เกิน 50 cc. ผลการสำรวจพบว่าสัดส่วนเพศหญิง (ร้อยละ 52.1) สูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 47.9) เล็กน้อย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 50-59 ปี ร้อยละ 23.7 รองลงมาอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 22.7 และอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 19.1 ส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัวหรือญาติมีสมาชิกรวมกันน้อยกว่า 5 คน ร้อยละ 59.3 รองลงมาอยู่กับครอบครัวหรือญาติสมาชิกมากกว่า 5 คน ร้อยละ 19.7 และอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 17.3 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 39.5 รองลงมาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 29.3 และปริญญาตรี ร้อยละ 14.1 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนา/ทำสวน/ทำไร่ ร้อยละ 32.9 รองลงมารับจ้างทั่วไป ร้อยละ 23.6 และประมงน้ำจืด/เลี้ยงสัตว์ ร้อยละ 8.1 มีรายได้ 5,001-10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 31.2 รองลงมาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 24.2 และ 10,001-15,000 บาท/เดือน ร้อยละ 23.9 ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายเท่ากับหรือมากกว่า 25.0 kg/m² ร้อยละ 58.4 ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 77.3 ไม่มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 93.1

ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ประเมินสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 58.3 รองลงมาระดับดีมาก ร้อยละ 19.7 ได้ตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 55.7 ดูแลสุขภาพตนเองโดยสม่ำเสมอ ร้อยละ 68.8 สนใจเมื่อป่วย ร้อยละ 29.7 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 71.7 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 76.6 ส่วนใหญ่รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ร้อยละ 74.2 รองลงมารับประทานไม่ครบ ไม่กินมื้อเช้า ร้อยละ 16.6 และรับ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคโซเดียมต่อวันของประชากรอายุ 20 - 69 ปี จังหวัดพัทลุง พ.ศ. 2565

ปริมาณการบริโภค	ค่าเฉลี่ยประชากร	ค่ามาตรฐาน	95% CI of Mean
ปริมาณการบริโภคโซเดียม (มิลลิกรัม)	4,880	2,000	4,112.2-5,647.8
ปริมาณการบริโภคเกลือ (กรัม)	12.4	≤ 5	10.4-14.3

ประทานไม่ครบ ไม่กินเมื่อกลางวัน ร้อยละ 5.5 ส่วนใหญ่รับประทานผักเกือบทุกวันหรือ 3-5 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 51.3 รองลงมารับประทานทุกวันหรือ 6-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 29.6 ประุงรสเค็มด้วยน้ำปลา ซีอิ๊ว หรือเกลือเพิ่ม ขณะรับประทานหรือประุงเพิ่มที่โต๊ะอาหาร เค็มเป็นบางครั้ง (น้อยกว่า 50%) ร้อยละ 64.7 รองลงมาไม่มีเค็มเพิ่ม ร้อยละ 25.1 และเค็มบ่อยครั้ง (50-90%) ร้อยละ 6.6 ส่วนใหญ่รับประทานอาหารแปรรูป เช่น กุนเชียง ไส้กรอก หมูยอ แฮม เบคอน หรือปลากระป๋องเป็นบางครั้ง ร้อยละ 61.3 รองลงมาไม่รับประทานเลย ร้อยละ 32.0 และรับประทานบ่อยครั้ง (50-90%) ร้อยละ 6.7 ส่วนใหญ่รับประทานบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปบางครั้ง (น้อยกว่า 50%) ร้อยละ 51.2 รองลงมาไม่รับประทานเลย ร้อยละ 45.0 และรับประทานบ่อยครั้ง (50-90%) ร้อยละ 3.8 ค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคโซเดียม 4,880 มิลลิกรัมต่อวัน และปริมาณการบริโภคเกลือ 12.4 มิลลิกรัมต่อวัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคโซเดียม

ค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคโซเดียมต่อวันเพศชาย 5,344 มิลลิกรัม สูงกว่าเพศหญิง 4,453 มิลลิกรัม กลุ่มอายุ 20-29 ปี มีค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคโซเดียมต่อวันสูงสุด 6,010 มิลลิกรัม รองลงมา กลุ่มอายุ 30-39 ปี 4,923 มิลลิกรัม และกลุ่มอายุ 40-49 ปี 4,774 มิลลิกรัม สถานภาพโสด มีค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคโซเดียมต่อวันสูงสุด 5,363 มิลลิกรัม รองลงมา

สมรส 5,000 มิลลิกรัม และเป็นหม้าย 3,827 มิลลิกรัม สถานที่อยู่อาศัยอยู่กับครอบครัวหรือญาติมีสมาชิกรวมกันน้อยกว่า 5 คน มีค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคโซเดียมต่อวันสูงสุด 5,179 มิลลิกรัม รองลงมาอยู่กับครอบครัวหรือญาติ มีสมาชิกรวมกันมากกว่า 5 คน 4,667 มิลลิกรัม และอยู่คู่สมรส/คู่ (2 คน) 4,648 มิลลิกรัม ระดับการศึกษา ปวช./ปวส./อนุปริญญา มีค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคโซเดียมต่อวันสูงสุด 6,868 มิลลิกรัม รองลงมาไม่ได้เรียน/ไม่เคยเรียนหนังสือ 4,705 มิลลิกรัมและมีมัธยมศึกษา 4,590 มิลลิกรัม รายได้ 5,001-10,000 บาท มีค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคโซเดียมต่อวันสูงสุด 5,509 มิลลิกรัม รองลงมารายได้ 15,001-20,000 บาท 5,421 มิลลิกรัม และไม่มีรายได้ 4,857 มิลลิกรัม อาชีพรับจ้างแบกหาม/กรรมกรมีค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคโซเดียมต่อวันสูงสุด 7,268 มิลลิกรัม รองลงมานักเรียน/นักศึกษา 7,016 มิลลิกรัม และขับรถรับจ้าง 5,735 มิลลิกรัม ค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 18.5-24.9 kg/m² มีค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคโซเดียมต่อวันสูงสุด 4,985 มิลลิกรัม รองลงมาเท่ากับหรือมากกว่า 25.0 kg/m² 4,897 มิลลิกรัม และน้อยกว่า 18.5 kg/m² 3,919 มิลลิกรัม ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคโซเดียมต่อวัน 4,916 มิลลิกรัม มีภาวะความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคโซเดียมต่อวัน 4,755 มิลลิกรัม ไม่มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน ค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคโซเดียมต่อวัน 4,912 มิลลิกรัม

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคโซเดียมต่อวัน (มิลลิกรัม) ของประชากรอายุ 20-69 ปี จำแนกตามลักษณะทางประชากร จังหวัดพัทลุง พ.ศ. 2565

ลักษณะทางประชากร	จำนวนตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียม (มิลลิกรัม)	95% CI of Mean
เพศ			
ชาย	143	5,344	3,942 – 6,746
หญิง	157	4,453	4,106 – 4,799
กลุ่มอายุ			
อายุ 20-29 ปี	58	6,010	3,475 – 8,545
อายุ 30-39 ปี	60	4,923	3,824 – 6,023
อายุ 40-49 ปี	52	4,774	3,896 – 5,653
อายุ 50-59 ปี	71	4,508	3,932 – 5,083
อายุ 60-69 ปี	59	4,433	3,583 – 5,283
สถานภาพสมรส			
โสด	54	5,363	4,456 – 6,270
สมรส	216	5,000	4,160 – 5,840
หย่าร้าง	10	3,126	101 – 6,150
หม้าย	14	3,827	3,433 – 4,220
แยกกันอยู่	4	2,827	944 – 4,709
อื่น ๆ	2	3,080	3,080 – 3,080
สถานที่อยู่อาศัย			
อยู่ลำพัง	10	2,363	276 – 4,450
อยู่คู่สมรส/คู่ (2 คน)	54	4,648	3,748 – 5,547
อยู่กับครอบครัวหรือญาติ	183	5,179	4,120 – 6,237
มีสมาชิกรวมกันน้อยกว่า 5 คน			
อยู่กับครอบครัวหรือญาติ	53	4,667	4,061 – 5,274
มีสมาชิกรวมกันมากกว่า 5 คน			
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้เรียน/ไม่เคยเรียนหนังสือ	10	4,705	4,130 – 5,281
ประถมศึกษา	101	4,551	3,891 – 5,212
มัธยมศึกษา	95	4,590	3,496 – 5,685
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	47	6,868	4,146 – 9,590
ปริญญาตรี	45	4,507	3,462 – 5,552
ปริญญาโท/สูงกว่า	2	3,496	1,073 – 5,919
อาชีพ			
ไม่ประกอบอาชีพ	26	4,697	3,854 – 5,539
ทำนา/ทำสวน/ทำไร่	97	4,557	3,382 – 5,732
ประมงน้ำจืด/เลี้ยงสัตว์	19	4,320	1,858 – 6,782
ค้าขาย ร้านเช่า	17	4,432	3,339 – 5,524
หาบแร่ แฝงลอย รถเข็น	1	1,199	1,199 – 1,199
รับจ้างทั่วไป	60	5,574	3,913 – 7,235
รับจ้างแบกหามกรรมกร	1	7,268	7,268 – 7,268

**ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคโซเดียมต่อวัน (มิลลิกรัม) ของประชากรอายุ 20-69 ปี
จำแนกตามลักษณะทางประชากร จังหวัดพัทลุง พ.ศ. 2565 (ต่อ)**

ลักษณะทางประชากร	จำนวนตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียม (มิลลิกรัม)	95% CI of Mean
ข้าราชการ	2	5,735	5,735 – 5,735
ธุรกิจค้าขาย ส่วนตัว	27	5,484	3,794 – 7,174
พนักงานบริษัท ลูกจ้างเอกชน	7	4,232	2,361 – 6,104
ราชการ พนักงานรัฐ	9	4,817	3,107 – 6,526
รัฐวิสาหกิจ	1	958	958 – 958
แม่บ้าน พ่อบ้าน	11	3,717	2,277 – 5,158
นักเรียน/นักศึกษา	8	7,016	3,445 – 10,588
อื่น ๆ	14	4,996	4,074 – 5,918
รายได้ต่อเดือน			
ไม่มีรายได้	25	4,857	3,231 – 6,484
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	70	4,512	3,120 – 5,904
5,001-10,000 บาท	95	5,509	4,491 – 6,527
10,001-15,000 บาท	67	4,312	3,646 – 4,977
15,001-20,000 บาท	24	5,421	4,211 – 6,631
20,001-25,000 บาท	12	4,109	2,923 – 5,295
ระดับค่าดัชนีมวลกาย (BMI: kg/m²)			
น้อยกว่า 18.5 kg/m ²	15	3,919	2,531 – 5,308
ระหว่าง 18.5-24.9 kg/m ²	113	4,985	3,787 – 6,184
เท่ากับหรือมากกว่า 25.0 kg/m ²	172	4,897	4,132 – 5,662
มีภาวะความดันโลหิตสูง			
ไม่มี	236	4,916	4,096 – 5,737
มี	64	4,755	3,734 – 5,777
มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน			
ไม่มี	281	4,912	4,148 – 5,676
มี	19	4,445	3,329 – 5,561

หมายเหตุ: ค่ามาตรฐาน = 2,000 มิลลิกรัม

มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน ค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคโซเดียมต่อวัน 4,445 มิลลิกรัม ดังตารางที่ 3

สถิติวิเคราะห์

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและปริมาณการบริโภคโซเดียม แบบ General linear Model โดยศึกษาปัจจัย คือ

เพศ กลุ่มอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระดับค่าดัชนีมวลกาย ภาวะความดันโลหิตสูง และประวัติเป็นโรคเบาหวาน เมื่อควบคุมปัจจัยอิทธิพลแล้วพบไม่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคโซเดียมมากกว่า 2,000 มิลลิกรัม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคโซเดียมมากกว่า 2,000 มิลลิกรัม กับปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร จังหวัดพัทลุง พ.ศ. 2565

ลักษณะทางประชากร	Total	Adjusted Odds ratio	95% CI	p-value
เพศ				0.419
ชาย	143	1	-	
หญิง	157	1.312	0.625-2.757	
กลุ่มอายุ (ปี)				0.133
20 - 29	58	0.379	0.073-1.969	
30 - 39	60	0.194	0.016-2.388	
40 - 49	52	2.939	0.188-46.004	
50 - 59	71	0.172	0.036-0.814	
60 - 69	59	1	-	
ระดับการศึกษา				0.000
ประถมศึกษา	111	1.01	0.461-2.210	
มัธยมศึกษาขึ้นไป	189	1	-	
อาชีพ				0.000
ไม่ประกอบอาชีพ	26	25241342.36	0-∞	
ทำนา/ทำสวน/ทำไร่	97	0.46	0.05-4.01	
ประมงน้ำจืด/เลี้ยงสัตว์	19	1	-	
ค้าขาย ร้านเช่า	17	0.39	0.03-5.1	
รับจ้างทั่วไป	60	0.73	0.07-7.25	
ธุรกิจค้าขาย ส่วนตัว	27	1.36	0.07-25.5	
พนักงานบริษัท ลูกจ้างเอกชน	7	14094309.17	0-∞	
ราชการ พนักงานรัฐ รัฐวิสาหกิจ	10	0.2	0.01-2.97	
แม่บ้าน พ่อบ้าน	11	0.8	0.04-17.44	
นักเรียน/นักศึกษา	8	0.98	0.04-22.91	
อื่น ๆ	18	1.08	0.05-21.35	
รายได้ (บาท)				0.588
< 10,000	190	1	-	
≥ 10,000	110	3.557	0.687-18.407	
ระดับค่าดัชนีมวลกาย (BMI : kg/m²)				0.513
< 18.5	15	1	-	
18.5 - 24.9	113	2.424	0.792-7.421	
≥ 25.0	172	3.023	1.087-8.4707	
ภาวะความดันโลหิตสูง				0.159
ไม่เป็น	236	1.41	0.548-3.625	
เป็น	64	1	-	
มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน				0.000
ไม่มี	281	1	-	
มี	19	N/A	N/A	

■ อภิปรายพล

การศึกษาปริมาณการบริโภคโซเดียมจากการประเมินปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง: การศึกษาแบบตัดขวาง จังหวัดพัทลุง โดยการวัดปริมาณโซเดียมที่ขับออกทางปัสสาวะเป็นวิธีที่นิยมสำหรับดำเนินการในระดับประชากรที่มีจำนวนตัวอย่างขนาดใหญ่ จากเป้าหมายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 420 ตัวอย่าง สามารถนำมาวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการได้จำนวน 300 ตัวอย่าง เนื่องจากมีตัวอย่างที่มีปริมาณปัสสาวะไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้คือ ปริมาณปัสสาวะ 24 ชั่วโมงที่รวบรวมได้น้อยกว่า 500 มิลลิลิตรต่อคน หรือมีปัสสาวะ หาย/หก เกิน 50 cc. ผลการศึกษา พบลักษณะโครงสร้างประชากร ได้แก่ เพศ กลุ่มอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสมีความคล้ายคลึงกันกับโครงสร้างประเทศ อาชีพของกลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพทำนา/ทำสวน/ทำไร่ ร้อยละ 32.9 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ราม รังสินธุ์ และคณะ⁽⁷⁾ การศึกษาปริมาณการบริโภคโซเดียมจากการประเมินปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง: การศึกษาแบบภาคตัดขวางจังหวัดศรีสะเกษ, จังหวัดอุบลราชธานี, จังหวัดอำนาจเจริญและจังหวัดพะเยา ที่กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพทำนา/ทำสวน/ทำไร่ ร้อยละ 43 การประมาณการค่าเฉลี่ยการบริโภคโซเดียมจากการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมงของประชากร อายุ 20-69 ปี พบค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4,880 มิลลิกรัม หรือบริโภคเกลือ 12.4 กรัม ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของ ราม รังสินธุ์ และคณะ⁽⁷⁾ ที่พบว่า จังหวัดพะเยามีค่าเฉลี่ยปริมาณ 4,054.8 มิลลิกรัมหรือบริโภคเกลือ 10.3 กรัม ซึ่งสูงมากกว่าสองเท่าของคำแนะนำจากองค์การอนามัยโลก⁽⁷⁾ สอดคล้องกับการศึกษาระดับภาค Estimated dietary sodium intake in Thailand: A nation-

wide population survey with 24 hours urine collection⁽⁸⁾ พบว่าภาคใต้บริโภคเกลือมากเป็นอันดับที่ 1 ของประเทศ กลุ่มเพศชายมีค่าเฉลี่ยการบริโภคโซเดียมต่อวันมากกว่าเพศหญิงเช่นเดียวกับหลายการศึกษาในต่างประเทศ⁽⁹⁻¹⁰⁾ และระดับการศึกษา ปวช./ปวส./อนุปริญญา มีค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคโซเดียมต่อวันสูงสุด 6,868 มิลลิกรัม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ราม รังสินธุ์ และคณะ⁽⁷⁾ ที่พบว่ากลุ่มผู้มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรือสูงกว่ามีการบริโภคโซเดียมมากกว่ากลุ่มผู้มีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า สำหรับกลุ่มอายุ 20-29 ปี มีค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคโซเดียมต่อวันสูงสุด 6,010 มิลลิกรัม และลดลงในกลุ่มผู้สูงอายุเช่นเดียวกับหลายการศึกษาพบวัยทำงานบริโภคโซเดียมสูงที่สุด⁽¹¹⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ราม รังสินธุ์ และคณะ⁽⁷⁾ ที่พบว่า จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดอำนาจเจริญ และจังหวัดพะเยา พบมีค่าเฉลี่ยในกลุ่มอายุ 20-29 ปี และกลุ่มอายุ 30-39 ปี สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ และจะลดลงในกลุ่มผู้สูงอายุ การเพิ่มการบริโภคของกลุ่มวัยอายุ 20-29 ปี และกลุ่มอายุ 30-39 ปี ก่อนถึงวัยกลางคน แสดงถึงแนวโน้มการเพิ่มการบริโภคในอนาคต อาชีพรับจ้างแบกหาม/กรรมกร มีค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคโซเดียมต่อวันสูงสุด 7,268 มิลลิกรัม ปริมาณการบริโภคโซเดียมสูงมีความสัมพันธ์กับการใช้พลังงานในแต่ละวัน เพศ ขนาดร่างกาย กิจกรรมประจำวัน แหล่งอาหารโซเดียม⁽¹²⁾ ได้แก่ อาหารที่ให้พลังงานสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ อาหารรสเค็มจัด เป็นต้น จากการศึกษากลุ่มผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงกับกลุ่มผู้ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูงพบว่าผู้ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคโซเดียมต่อวัน 4,916 มิลลิกรัม สูงกว่าผู้ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้อง

กับการศึกษาของ ราม รังสินธุ์ และคณะ⁽⁷⁾ ที่พบว่า จังหวัดอุบลราชธานีและพะเยา พบกลุ่มผู้ไม่มีความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยการบริโภคโซเดียมสูงกว่ากลุ่มผู้มีความดันโลหิตสูง ค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคโซเดียมต่อวันของประชาชนจังหวัดพัทลุง 4,445 มิลลิกรัม ซึ่งสูงกว่าปริมาณโซเดียมที่บริโภคเพียงพอต่อวันที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของ ราม รังสินธุ์ และคณะ⁽⁷⁾ ที่พบว่าค่าเฉลี่ยการบริโภคโซเดียมต่อวันของประชาชนจังหวัดพะเยา 4,054 มิลลิกรัม และการศึกษาของ ปรัดณี ศรีกัน และคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของปริมาณโซเดียมในปัสสาวะของนักศึกษาและบุคลากรของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพพะเยาเท่ากับ 2,432 มิลลิกรัมต่อวัน และการศึกษาของ สิริมนต์ ชายเกตุ⁽¹⁴⁾ ที่พบปริมาณโซเดียมโดยเฉลี่ยจากอาหารที่บริโภค 2,113 มิลลิกรัมต่อวัน ของนักศึกษามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร และการสำรวจการบริโภคโซเดียมตลอดไรต์ของประชากรไทย ดำเนินการโดยกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมมือกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าครัวเรือนในภาคใต้ได้รับโซเดียมตลอดไรต์โดยเฉลี่ยจากเกลือมากที่สุด 4,568 มิลลิกรัมต่อคนต่อวัน⁽¹⁴⁾

การได้รับโซเดียมในปริมาณที่สูงเกินความต้องการอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต โรคความดันโลหิตสูง และเพิ่มความรุนแรงของโรคเบาหวาน⁽³⁾ เมื่อศึกษาเชิงวิเคราะห์พบว่า เพศ กลุ่มอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระดับค่าดัชนีมวลกาย ภาวะความดันโลหิตสูง และประวัติเป็นโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์การบริโภค

โซเดียมมากกว่า 2,000 มิลลิกรัมต่อวันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า ผู้ที่มีดัชนีมวลกายเท่ากับหรือมากกว่า 30 kg/m² มีโอกาสเสี่ยงบริโภคโซเดียมมากกว่า 2,000 มิลลิกรัมต่อวันสูงเป็น 10.08 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18 kg/m² (95%CI=1.79-56.77)

จุดแข็งของการศึกษานี้ คือ เป็นการศึกษารายบุคคลที่ใช้วิธีการมาตรฐานและเชื่อถือได้ในการประเมินโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ซึ่งบ่งบอกถึงปริมาณการบริโภคโซเดียมมีการจัดการตัวอย่างปัสสาวะอย่างมีมาตรฐาน คือ หากเก็บปริมาณปัสสาวะไม่ครบตามเกณฑ์ จะไม่นำมาวิเคราะห์ในการศึกษารั้งนี้ และการสุ่มเก็บตัวอย่างประชากรเป็นตัวแทนของประชากรจังหวัดพัทลุง โดยการสุ่มเลือกตัวอย่าง ด้วยความน่าจะเป็น (probability selection) และการจัดทำค่าถ่วงน้ำหนัก แบบ design weight จึงไม่ส่งผลต่อการประมาณค่าเฉลี่ยประชากร

ข้อจำกัดของการศึกษา คือ เป็นการศึกษารายบุคคลตัดขวาง ทำให้ผลการศึกษาที่ได้เป็นเพียงช่วงจุดเวลาหนึ่ง ไม่บ่งบอกถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงที่พบระยะยาว การใช้แบบสอบถามเพื่อลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประชากรนั้น ประสิทธิภาพและคุ้มค่าต่อการลงทุนการศึกษาในหลายประเทศให้ผลสอดคล้องกัน โดยแสดงให้เห็นถึงผลของการลดเกลือต่อสุขภาพ รวมทั้งประหยัดค่าใช้จ่ายของระบบบริการสุขภาพ องค์การส่วนท้องถิ่นและส่วนกลางควรเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการควบคุมปริมาณเกลือในอาหารสำเร็จรูปและอาหารที่ปรุงขึ้นตามร้านค้าภัตตาคาร เพื่อให้มีอาหารที่มีเกลือและโซเดียมต่ำ รวมทั้งควรพัฒนาฉลากและสัญลักษณ์โภชนาการหน้าผลิตภัณฑ์ให้มีความชัดเจนและง่ายต่อการ

เข้าใจของผู้บริโภค นอกจากนี้ควรส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างและพัฒนาเครื่องมือ เพื่อการติดตามประเมินการบริโภคเกลือ รวมทั้งวิจัยและพัฒนานวัตกรรมในการใช้สารทดแทนเกลือภาครัฐร่วมกับภาคที่เกี่ยวข้องต้องดำเนินการเฝ้าระวัง กำกับและประเมินผล ภาวะโรค พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม ที่เกี่ยวเนื่องกับการบริโภคเกลือและโซเดียมในประชาชน⁽¹⁶⁾ ข้อเสนอแนะในระดับพื้นที่ 1. ส่งเสริมให้ผู้บริโภค/ประชาชนมีความรู้และความตระหนักถึงความเสี่ยงถึงอันตรายและผลเสียต่อสุขภาพของการบริโภคอาหารที่มีปริมาณเกลือโซเดียมสูงผ่านช่องทางต่างๆ เช่น Social media ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วิทยุชุมชน 2. การใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ กำหนดเป็นนโยบาย/มาตรการบริโภคเกลือโซเดียมในระดับชุมชน จัดกระบวนการศึกษาปัญหา ระบุกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับผลกระทบจากการบริโภคเกลือโซเดียมสูงและกำหนดมาตรการระดับชุมชนให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

■ สรุป

ค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคโซเดียม 4,880 มิลลิกรัมต่อวัน และปริมาณการบริโภคเกลือ 12.4 มิลลิกรัมต่อวัน จากการประมาณการค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมจากการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ของประชากร อายุ 20-69 ปี โดยประชากรกลุ่มอายุ 20-29 ปี มีค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคโซเดียมต่อวันสูงสุด 6,010 มิลลิกรัม และอาชีพนักเรียนนักศึกษา มีค่าเฉลี่ย 7,016 มิลลิกรัม

ต่อวัน เมื่อวิเคราะห์แบบ General linear Model ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคโซเดียมมากกว่า 2,000 มิลลิกรัม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จังหวัดพัทลุงควรกำหนดการลดปริมาณการบริโภคเกลือและโซเดียมเป็นวาระของจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสร้างความรอบรู้ให้ประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงสูง ที่มีน้ำหนักตัวมาก ให้รู้ถึงผลกระทบต่อสุขภาพจากการบริโภคเกลือและโซเดียมสูง โดยนำผลการศึกษาครั้งนี้ไปคืนข้อมูลให้กับชุมชน สื่อมวลชน ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษา สถานประกอบการ ร้านอาหาร และครัวเรือน ต้องปรับสูตรอาหารเพื่อลดปริมาณเกลือและโซเดียม ร้านอาหารในชุมชนไม่มีเครื่องปรุงบนโต๊ะอาหาร และมีส่วนร่วมในการลดปริมาณเกลือและโซเดียม

■ กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการสำรวจปริมาณการบริโภคเกลือและโซเดียมจากการประเมินปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง : การศึกษาแบบภาคตัดขวาง ภายใต้โครงการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย (พ.ศ. 2559 – 2568) ของกรมควบคุมโรค ขอขอบคุณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดพัทลุง ที่ให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. ชิดารัตน์ อภิญา. รายงานผลการทบทวนรูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไม่ติดต่อในวิถีชีวิตด้วยการลดการบริโภคเกลือ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2556.
2. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.
3. กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดดีไซน์; 2563.
4. สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552. นนทบุรี: เดอะกราฟิก ชิสเต็มส์; 2555.
5. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรอดเจริญ และวราภรณ์ เสถียรนพเก้า. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดดีไซน์; 2564.
6. กระทรวงสาธารณสุข. ฐานข้อมูล HDC [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 23 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page_kpi.php?flag_kpi_level=9&flag_kpi_year=2022
7. ราม รั้งสินธุ์, บุญทรัพย์ ศักดิ์บุญญารัตน์, สุภัต อุกฤษชน, กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, ยุภาพร ศรีจันทร์ และอัฐสิมา มาศโอสธ. การศึกษาปริมาณการบริโภคโซเดียมจากการประเมินปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 23 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=14262&tid=&gid=1-015-005>
8. World Health Organization. Global action plan for Noncommunicable Diseases 2013-2020. Geneva: WHO; 2013
9. United Nation. 2011 High Level Meeting on prevention and control of non-communicable [Internet]. 2554 [cited 2022 May 23]. Available from: <http://www.un.org/en/ga/ncdmeeting2011/>
10. Brown IJ, Tzoulaki I, Candeiias V, Elliott P, Salt intakes around the world: implications for public health. International Journal of Epidemiology 2009;38(3):791-813.
11. John P, Saman F, Renata M, Shahab K, Peilin S, Majid E, et.al. Global, regional and nation sodium intakes in 1990 and 2010: a systematic analysis of 24 hr. urinary sodium excretion and dietary surveys worldwide. BMJ open 2013;3(12):e003733. doi:10.1136/bmjopen-2013-003733
12. McLean RM. Measuring Population Sodium Intake: A review of Methods. Nutrients 2014;6(11):4651-62. doi:10.3390/nu6114651
13. ปรีศณี ศรีกัน. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง และปริมาณโซเดียมในปัสสาวะของนักศึกษาและบุคลากรของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ 2561;34(3):21-33.
14. สิริมนต์ ชายเกตุ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโซเดียมจากอาหารที่บริโภคของนิสิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. วารสารหน่วยวิจัยวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้ 2559;7(1):103-14.
15. แสงโสม สีนะวัฒน์. การสำรวจการบริโภคโซเดียมคลอไรด์ของประชากรไทย. นนทบุรี: กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
16. กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, ราม รั้งสินธุ์, บุญทรัพย์ ศักดิ์บุญญารัตน์, ยุภาพร ศรีจันทร์, อัฐสิมา มาศโอสธ และสุภัต อุกฤษชน. ปริมาณการบริโภคโซเดียมของประชากรไทยจากการประเมินปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2566;32(2):5-18.
17. กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. ยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2568. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและ ความรอบรู้สุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะอ้วนในวัยทำงาน (15 – 59 ปี)

สุพิชชา วงศ์จันทร์

ชลพันธ์ ปิยถาวรอนันต์

ณัฐนันท์ แชมเพชร

กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย

วันรับ 11 มิถุนายน 2567, วันแก้ไข 30 สิงหาคม 2567, วันตอบรับ 10 กันยายน 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะอ้วนของวัยทำงาน กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยทำงานที่อยู่ในสถานประกอบการขนาดใหญ่ 1 แห่ง ในจังหวัดระยอง โดยเลือกแบบสะดวก และสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงต้องอายุ 15 – 59 ปี มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กก./ม.² จำนวน 186 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มละ 93 คน วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ Independent t-test และ paired t – test ระยะเวลาทำการวิจัย มิถุนายน 2564 – มิถุนายน 2565 ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพด้วยแพลตฟอร์มดิจิทัลออนไลน์ มีดัชนีมวลกาย (\bar{X} =26.35 SD=2.92, P<.05) ความรอบรู้สุขภาพ (\bar{X} =141.97 SD=15.27, P<.05) การมีกิจกรรมทางกาย (\bar{X} =1350.66 SD=804.62, P<.05) การบริโภคอาหาร (\bar{X} =32.07 SD=2.54, P<.05) ความเครียด (\bar{X} =2.44 SD=2.05, P<.05) และคุณภาพการนอน (\bar{X} =4.98 SD=2.92, P<.05) ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและกลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกาย ความรอบรู้สุขภาพ การมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร ความเครียด และคุณภาพการนอนดีกว่าก่อนระยะทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าการเข้าร่วมการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพส่งผลให้ดัชนีมวลกาย ความรอบรู้สุขภาพ การมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร ความเครียด และคุณภาพการนอนดีขึ้น

คำสำคัญ : รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพ ภาวะอ้วน

Developing a model for health promotion and health literacy that affects obesity in working adults (15 - 59 years).

Supitcha Wongchan

Chonlaphan Piyathawornanan

Nattanun Sampet

Division of Physical Activity and Health, Department of Health

Received 11 June 2024, Revised 30 August 2024, Accepted 10 September 2024.

Abstract

This research is a quasi-experimental research with the objective of studying and developing a model for health promotion and health literacy that affects obesity among working age people. The sample group consisted of working people living in 1 large establishments in Rayong Province, selected conveniently. And the specific random sample must be aged 15 - 59 years with a body mass index of 25 kg/m² or more. The sample group was 186 people of working age in establishments in the Rayong province, divided into an experimental and control group by simple random sampling 93 people per group. Data analysis included mean, percentage, independent t-test, and paired t-test. Research conducted June 2021 - June 2022. The results of the study found that after the experiment, the experimental group participated in health promotion and health literacy through a digital platform in the form of an online digital platform had a body mass index (\bar{X} =26.35 SD=2.92, P<.05) health literacy (\bar{X} =141.97 SD=15.27, P<.05) physical activity (\bar{X} =1350.66 SD=804.62, P<.05) dietary intake (\bar{X} =32.07 SD=2.54, P<.05) stress (\bar{X} =2.44 SD=2.05, P<.05) and sleep quality (\bar{X} =4.98 SD=2.92, P<.05) were significantly better than the control group. The experimental group had a body mass index, health literacy, physical activity, dietary intake, stress and sleep quality were significantly better than before the experimental periods. It shows that participation in health promotion and Health literacy resulted in body mass index. Health literacy physical activity dietary intake stress and sleep quality improved.

Keywords : Model for health promotion and health literacy, Obesity

■ บทนำ

ภาวะอ้วน คือภาวะที่ร่างกายมีปริมาณไขมันมากเกินไป มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน โดยวัยทำงานมีแนวโน้มภาวะอ้วนสูงขึ้นจนถึงจุดวิกฤตของประเทศ ซึ่งจะก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและความมั่นคงของประเทศอย่าง

หลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะผู้ที่มีภาวะอ้วนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าคนปกติประมาณ 1-2 เท่าตัว โรคความดันโลหิตสูง 2.9 เท่า เบาหวานเพิ่มขึ้น 10 เท่า และผู้ที่เป็นภาวะอ้วนมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่อ้วน

ถึงร้อยละ 36 มีค่าใช้จ่ายทางด้านยามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่อ้วนถึงร้อยละ 77 และผู้ที่เป็นภาวะอ้วนใช้สิทธิ์เรียกร้องคำรักษาพยาบาลและค่าชดเชยรายได้ที่สูญเสียไปขณะเจ็บป่วยจากประกันสุขภาพมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่อ้วนถึง 7 เท่า⁽¹⁾ และจากการศึกษาภาวะสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการเขตเมืองใหญ่ พบว่า มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติร้อยละ 45.0 มีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 16.60 มีภาวะอ้วนร้อยละ 24.90 และอ้วนลงพุงร้อยละ 34.80⁽²⁾ และในสถานประกอบการขนาดกลางและขนาดเล็ก พบว่า พนักงานมีดัชนีมวลกายผิดปกติ ร้อยละ 57.67 ความดันโลหิตผิดปกติ ร้อยละ 45.83 ระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ ร้อยละ 10.60 ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ร้อยละ 72.14⁽³⁾ ซึ่งประชากรวัยทำงาน เป็นประชากรกลุ่มที่เป็นกำลังหลักในการพัฒนาประเทศ และยังคงแบกรับภาระในการดูแลรับผิดชอบประชากรกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มเด็กและกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น ดังนั้นสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชากรวัยทำงานจึงมีความสำคัญ สามารถใช้เป็นตัวบ่งชี้ ถึงประสิทธิภาพและความสามารถในการผลิตของประเทศ ถ้าประเทศมีประชาชนวัยทำงานที่มีสุขภาพไม่ดีย่อมบ่งถึงกำลังผลิตที่อ่อนแอ และยังบ่งบอกถึงสภาวะสุขภาพของประชากรกลุ่มอื่นๆ ที่จะมีผลกระทบติดตามมาอีกด้วย โดยความรู้ทางสุขภาพ เป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพและเป็นกุญแจหลักสำคัญในการแก้ปัญหาภาวะอ้วนที่กำลังทวีความรุนแรงขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งการที่ประชากรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่แย่ลง มีการใช้บริการคลินิกที่เพิ่มขึ้น มีระยะเวลาการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลนานขึ้น อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น ต่างกับประชาชนทั่วไปที่มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพดี จะสามารถ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดี ซึ่งส่งผลให้ประชากรมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น⁽⁴⁾ ซึ่งแนวทางการควบคุมและแก้ไขปัญหาอันมีหลักการตรงกับการจัดทำเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) และยังสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพดี ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยมีระบบตอบสนองต่อภัยสุขภาพต่างๆ ตลอดจนมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพที่ดี อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีส่งผลให้ อายุขัยเฉลี่ยและคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยมีเป้าหมายประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดี⁽⁵⁾ ปัจจุบันประชาชนได้มีการใช้เทคโนโลยีด้านการสื่อสารสมัยใหม่บนอุปกรณ์แบบพกพาซึ่งมีแอปพลิเคชันที่ตอบสนองความต้องการหลากหลายรูปแบบรวมถึงกระแสรายการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพที่กำลังมาแรง ทำให้เกิดแอปพลิเคชันเกี่ยวกับสุขภาพเกิดขึ้นมากมายและได้รับความนิยมอย่างต่อเนื่องทั้งบนอุปกรณ์ต่างๆ เช่น คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต นาฬิกา และอุปกรณ์บันทึกกิจกรรมการออกกำลังกายต่างๆ จะเห็นว่าบทบาทของเทคโนโลยีเข้ามามีผลต่อชีวิตของประชาชนมากขึ้นในสังคมปัจจุบัน รวมทั้งสถานการณ์โควิด-19 ทำให้เสี่ยงต่อสถานการณ์โรคติดต่อ จากความสำคัญดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนา รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะอ้วนในวัยทำงานด้วยการใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลออนไลน์ เพื่อนำไปใช้กำหนดแนวทางในการแก้ปัญหาสุขภาพในกลุ่มที่มีภาวะอ้วน รวมทั้งสามารถนำข้อมูลไปปรับใช้เป็นกลยุทธ์ในการปรับ

เปลี่ยนพฤติกรรมและเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชนในระยะยาวต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

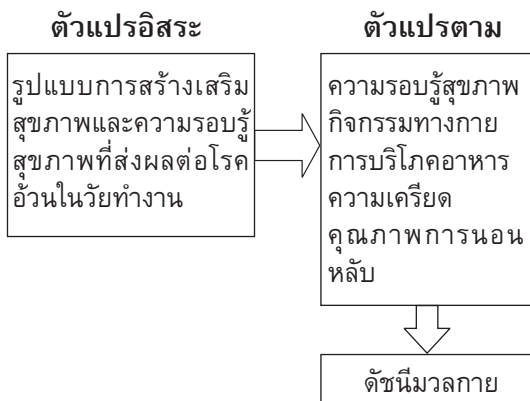
เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะอ้วนของวัยทำงาน

■ นิยามศัพท์

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพ หมายถึง รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร ความเครียด และคุณภาพการนอนเพื่อป้องกันภาวะอ้วน

ภาวะอ้วน หมายถึง บุคคลที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กก./ม.² ขึ้นไป อ้วน ซึ่งสามารถคำนวณได้โดยนำน้ำหนักตัว (หน่วยเป็นกิโลกรัม) หารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง (หน่วยเป็นเมตร)

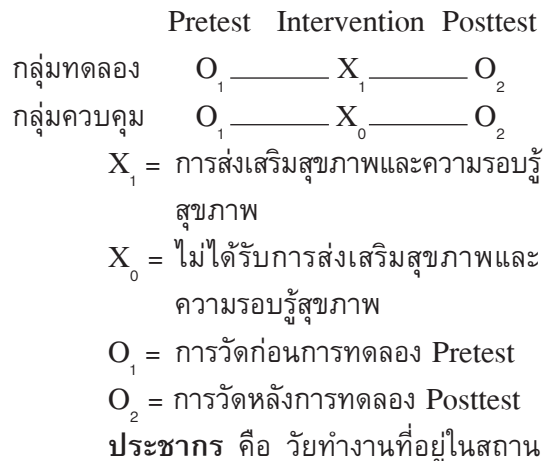
■ กรอบแนวคิดการวิจัย



■ วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งเชิงทดลอง

โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยรวบรวมข้อมูลตามตัวแปรในการวิจัยทั้ง 2 กลุ่ม ระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองตามรูปแบบการวิจัย ดังนี้



ประชากร คือ วัยทำงานที่อยู่ในสถานประกอบการจังหวัดระยอง

กลุ่มตัวอย่าง วัยทำงานที่อยู่ในสถานประกอบการจังหวัดระยองโดยการคัดเลือกแบบสะดวก และสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ต้องอายุ 15 – 59 ปี มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กก./ม.² จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 186 คนที่ได้จากความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ แบ่งกลุ่มด้วยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 93 คน เพื่อให้ครอบคลุมต่อการค้นพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของดัชนีมวลกาย โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยใช้จำนวนตามที่เนเม็ดและคณะ⁽⁶⁾ แนะนำ จำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำอย่างน้อย 11 คนต่อกลุ่ม เพื่อพบการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก และอย่างน้อย 20 คนต่อกลุ่มเพื่อพบการเปลี่ยนแปลงของดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และที่ระดับอำนาจของการทดสอบเท่ากับ 95%

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria) คนที่

ทำงานในสถานประกอบการอายุ 15 – 59 ปี มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กก./ม.² สัญชาติไทย ไม่มีโรคประจำตัว มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยสามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทย (ฟัง พูด อ่าน เขียน) ได้

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria) ไม่มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรม เก็บข้อมูลตัวแปรที่ศึกษาได้จากเครื่องมือวัดและแปลผลพฤติกรรมสุขภาพน้อยกว่าร้อยละ 80

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria) หากมีความกังวลหรือรู้สึกไม่สบายสามารถบอกเลิกได้ทันที ถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการ ไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้เกินร้อยละ 80

ตัวแปรที่ทำการศึกษา ตัวแปรในงานวิจัยนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

ตัวแปรอิสระ คือ รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพ

ตัวแปรตาม คือ ดัชนีมวลกาย ความรอบรู้สุขภาพ การมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร ความเครียด และคุณภาพการนอนหลับ

● **สถานที่ศึกษาวิจัย** สถานประกอบการขนาดใหญ่ในจังหวัดระยอง

● **เครื่องมือในการวิจัย** ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เพื่อศึกษาลักษณะบางประการของกลุ่มตัวอย่างประกอบไปด้วย น้ำหนักเป็นกิโลกรัม ส่วนสูงเป็นเซนติเมตร เป็นต้น

2. แบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพ จำนวน 36 ข้อโดยประยุกต์ใช้แบบสอบถามความ

รอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษา⁽⁷⁾ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.85 เป็นแบบสอบถามประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุด จนถึง น้อยที่สุด เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าตอบ มากที่สุด จะได้ 5 คะแนน และลดลงจนถึง 1 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบจะมีคะแนนตรงข้ามกัน ถ้าผู้ตอบได้คะแนนรวมมากกว่าแสดงถึงมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมต่ำกว่า

3. พฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย

3.1 แบบสอบถามการบริโภคอาหาร จำนวน 10 ข้อ ประยุกต์ใช้แบบสอบถามการบริโภคอาหารของ ฌ็องฟงส์ โจบาล⁽⁸⁾ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.85 แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “ปฏิบัติมากที่สุด” จนถึง “ไม่ได้ปฏิบัติเลย” เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าตอบ “ปฏิบัติมากที่สุด” จะได้ 6 คะแนน และลดลงมาตามลำดับ จนถึง “ไม่ได้ปฏิบัติเลย” จะได้ 1 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบจะมีคะแนนตรงกันข้าม ถ้าผู้ตอบได้คะแนนรวมมากกว่าแสดงถึงมีบริโภคอาหารที่ดีกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมต่ำกว่า

3.2 แบบสอบถามการมีกิจกรรมทางกาย จำนวน 16 ข้อ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบสอบถามการมีกิจกรรมทางกาย (Global Physical Activity Questionnaire: GPAQ)⁽⁹⁾ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.95 นำค่าที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาคำนวณพลังงานมีหน่วยเป็น MET (Metabolic Equivalent) MET เป็นหน่วยบอกจำนวนเท่าของการใช้พลังงานในกิจกรรมใดๆ เทียบกับขณะนั่งพัก ซึ่งพลังงาน 1 MET มีค่าเท่ากับปริมาณออกซิเจนที่ร่างกายต้องการขณะพักเท่ากับ 3.5 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อนาที โดยความหนักระดับเบา มีค่าใช้พลังงาน

ต่ำกว่า 3 METs ความหนักระดับปานกลางมีค่าใช้พลังงาน 4 METs และ ความหนักระดับมากมีค่าใช้พลังงาน 8 METs

3.3 แบบสอบถามความเครียด จำนวน 5 ข้อ⁽¹⁰⁾ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.85 แบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ ถ้ารู้สึกน้อยมากหรือไม่มีจะได้ 0 คะแนน และเพิ่มขึ้นจนถึง เป็นประจำจะได้ 3 คะแนน ถ้าผู้ตอบได้คะแนนรวมน้อยกว่า แสดงถึงมีความเครียดน้อยกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมสูงกว่า

3.4 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ จำนวน 9 ข้อ เป็นแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิตส์เบิร์กฉบับภาษาไทย¹⁰ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.81 เป็นคำถามมิติของการนอนหลับ 7 องค์ประกอบ แต่ละข้อแบ่งเทียบค่าคะแนนไว้ 0 – 3 คะแนน การประเมินมี 2 ลักษณะ คือ การนอนเชิงปริมาณมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ระยะเวลาการเข้านอนจนนอนหลับ ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืนและประสิทธิภาพการนอนหลับ และการนอนหลับเชิงคุณภาพ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย การรบกวนการนอนหลับ การใช้ยานอนหลับ และผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจกรรมในเวลากลางวัน คะแนนที่ได้ 0 – 21 คะแนน แล้วถ้าผลที่ได้แต่ละองค์ประกอบมารวมกันหากได้คะแนนรวมตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป แสดงว่าคุณภาพการนอนหลับไม่ดี

โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแล้วจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงของการศึกษา

จำนวน 30 คน มาทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค⁽¹¹⁾ มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามระหว่าง .80 ถึง .95 และมีค่า r อยู่ในช่วงระหว่าง 0.2 ถึง 0.85

● การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชั้นเตรียมการ

1) ผู้วิจัยขอจริยธรรมเพื่อดำเนินการวิจัยในมนุษย์กับคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมอนามัย

2) ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากกรมอนามัย เพื่อติดต่อขอความร่วมมือในการขอความอนุเคราะห์ดำเนินการวิจัยกับพนักงานและเจ้าหน้าที่ในสถานประกอบการ

3) ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตไปยังผู้บริหารของสถานประกอบการ พร้อมชี้แจงเหตุผลและความสำคัญของปัญหา รายละเอียดโครงการศึกษาวิจัย ระยะเวลาการศึกษาวิจัยเพื่อขอความอนุเคราะห์ดำเนินการวิจัยกับพนักงานและเจ้าหน้าที่ในสถานประกอบการ

4) ผู้วิจัยพัฒนากิจกรรมความรอบรู้สุขภาพตามโปรแกรม โดยการออกแบบและวางโครงสร้างของเนื้อหาในหลักสูตรตลอดจนการจัดหาเอกสาร วัสดุอุปกรณ์ประกอบที่ใช้เป็นสื่อในการสอนเพื่อให้สอดคล้องกับงานวิจัย จากนั้นตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงต่อเนื้อหา (Content Validity) ความชัดเจน ความเหมาะสม ความเข้าใจทางภาษาเพื่อความเข้าใจตรงกัน

2. ชั้นดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการเข้าร่วมการทดลอง 13 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลส่วนตัว ความรอบรู้สุขภาพ การมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร ความเครียด และการนอนหลับ ของประชาชนวัยทำงานในสถาน

ประกอบการ ก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมครั้งที่ 1 ความรอบรู้สุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยรูปแบบของโปรแกรมในดิจิทัลแพลตฟอร์มผ่านระบบ zoom ออนไลน์ ระยะเวลา 2 ชั่วโมง วัตถุประสงค์เพื่อให้เรียนรู้เรื่องความรอบรู้สุขภาพที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมครั้งที่ 2 การจัดการอารมณ์ การนอนหลับ โดยรูปแบบของโปรแกรมในดิจิทัลแพลตฟอร์มผ่านระบบ zoom ออนไลน์ ระยะเวลา 1 ชั่วโมง วัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ถึงประโยชน์ของการจัดการอารมณ์ ความเครียด และการนอนหลับ

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมครั้งที่ 3 การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ โดยรูปแบบของโปรแกรมในดิจิทัลแพลตฟอร์มผ่านระบบ zoom ออนไลน์ ระยะเวลา 1 ชั่วโมง วัตถุประสงค์เพื่อให้เรียนรู้ถึงการบริโภคอาหารเพื่อการมีสุขภาพที่ดี

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมครั้งที่ 4 การออกกำลังกายและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยรูปแบบของโปรแกรมในดิจิทัลแพลตฟอร์มผ่านระบบ zoom ออนไลน์ ระยะเวลา 1 ชั่วโมง สุขภาพ วัตถุประสงค์เพื่อให้เรียนรู้การออกกำลังกายเพื่อการมีสุขภาพที่ดีและลดน้ำหนัก

สัปดาห์ที่ 6 - 12 อาสาสมัครดำเนินการใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลออนไลน์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการส่งผลออกกำลังกาย ด้วยการกรอกเวลาและกิจกรรมการออกกำลังกาย และแพลตฟอร์มจะคำนวณแคลอรีที่ใช้ในกิจกรรม ออกกำลังกายทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถนำไปควบคุมการรับประทานอาหารให้สอดคล้องกับการออกกำลังกายที่ทำได้ และประเมินดัชนีมวลกาย

ด้วยตนเอง ด้วยการกรอกน้ำหนักและส่วนสูงในแพลตฟอร์มดิจิทัลออนไลน์จะคำนวณค่าดัชนีมวลกายให้กับกลุ่มตัวอย่างและจะมีคำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมอาหารและออกกำลังกายให้สอดคล้องกับค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยจะมีการให้คำแนะนำปรึกษาผ่านระบบไลน์

สัปดาห์ที่ 13 ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถามตัวแปรตาม

3. วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผล

3.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.2 วิเคราะห์กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่มีความเป็นอิสระต่อกัน ด้วย Independent Sample T-test

3.3 วิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มไม่อิสระ ด้วย Paired Sample T-test

● ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย วันที่ 14 มิถุนายน 2564 ถึง 13 มิถุนายน 2565

● การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โครงการนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย รหัส 468/2564 วันที่ 14 มิถุนายน 2564

■ wการศีกษา

1. การศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะอ้วนของวัยทำงาน พบว่า

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบตัวแปรที่ทำการศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ

ภาพและความรอบรู้สุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะอ้วนในวัยทำงานด้วยแพลตฟอร์มดิจิทัลออนไลน์ พบว่า ดัชนีมวลกาย ความรอบรู้สุขภาพ การมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร ความเครียด การนอนหลับ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 2 การเปรียบเทียบตัวแปรที่ทำการศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ภายหลังจากเข้าร่วมรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะอ้วนในวัยทำงานด้วยแพลตฟอร์มดิจิทัลออนไลน์ พบว่า

ดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพด้วยแพลตฟอร์มดิจิทัลออนไลน์มีค่าเฉลี่ย 26.35 กก./ม.² ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.92 ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 27.57 กก./ม.² ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.36 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพด้วยแพลตฟอร์มดิจิทัลออนไลน์ส่งผลให้มีดัชนีมวลกายลดลง

ความรอบรู้สุขภาพของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพ

ด้วยแพลตฟอร์มดิจิทัลออนไลน์มีค่าเฉลี่ย 141.97 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.21 เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 134.26 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.96 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพด้วยแพลตฟอร์มดิจิทัลออนไลน์ส่งผลให้มีความรอบรู้สุขภาพเพิ่มขึ้น

การมีกิจกรรมทางกายของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพด้วยแพลตฟอร์มดิจิทัลออนไลน์มีค่าเฉลี่ย 1350.66 METs ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 951.34 เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ย 875.48 METs ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 804.62 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพด้วยแพลตฟอร์มดิจิทัลออนไลน์ส่งผลให้กิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น

การบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพด้วยแพลตฟอร์มดิจิทัลออนไลน์มีค่าเฉลี่ย 32.07 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.54 ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 27.57 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.36 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพด้วย

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบตัวแปรที่ทำการศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent Sample T-test ระยะเวลาการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	sig
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
1. ดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²)	27.62	3.34	27.88	3.15	0.54	0.58
2. ความรอบรู้สุขภาพ (คะแนน)	133.44	19.28	133.64	18.87	0.73	0.94
3. การมีกิจกรรมทางกาย (MET)	963.51	907.74	1001.59	981.93	0.51	0.60
4. การบริโภคอาหาร (คะแนน)	29.94	4.47	29.93	3.57	0.18	0.98
5. ความเครียด (คะแนน)	3.23	2.69	3.54	2.99	0.74	0.45
6. คุณภาพการนอนหลับ (คะแนน)	7.46	2.87	6.73	2.73	1.77	0.08

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบตัวแปรที่ทำการศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
Independent Sample T-test ระยะเวลาหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	sig
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
1.ดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²)	27.57	3.36	26.35	2.92	2.63*	0.00
2. ความรอบรู้สุขภาพ (คะแนน)	134.26	16.96	141.97	15.21	3.26*	0.00
3. การมีกิจกรรมทางกาย (MET)	875.48	804.62	1350.66	951.34	3.67*	0.00
4. การบริโภคอาหาร (คะแนน)	30.51	3.68	32.07	2.54	3.35*	0.00
5. ความเครียด (คะแนน)	3.18	2.43	2.44	2.05	2.24*	0.00
6. คุณภาพการนอนหลับ (คะแนน)	7.36	2.85	4.98	2.29	6.26*	0.00

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แพลตฟอร์มดิจิทัลออนไลน์ส่งผลให้มีการบริโภคอาหารดีขึ้น

ความเครียดของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพด้วยแพลตฟอร์มดิจิทัลออนไลน์มีค่าเฉลี่ย 2.44 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.05 ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 3.18 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.43 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพด้วยแพลตฟอร์มดิจิทัลออนไลน์ส่งผลให้มีความเครียดลดลง

คุณภาพการนอนหลับของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพด้วยแพลตฟอร์มดิจิทัลออนไลน์มีค่าเฉลี่ย 4.98 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.29 ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 7.36 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.85 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพด้วยแพลตฟอร์มดิจิทัลส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับดีขึ้น

จากตารางที่ 3 การเปรียบเทียบตัวแปรระยะก่อนการทดลองและระยะเวลาหลังการทดลองของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมการสร้างเสริม

สุขภาพและความรอบรู้สุขภาพด้วยแพลตฟอร์มดิจิทัลออนไลน์ พบว่า

ดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพด้วยแพลตฟอร์มดิจิทัลออนไลน์มีค่าเฉลี่ย 26.37กก./ม.² ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.36 ลดลงกว่าก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย 27.89 กก./ม.² ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.36 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพด้วยแพลตฟอร์มดิจิทัลออนไลน์ส่งผลให้ดัชนีมวลกายลดลง

ความรอบรู้สุขภาพของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพด้วยแพลตฟอร์มดิจิทัลออนไลน์มีค่าเฉลี่ย 133.65 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 18.89 เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย 141.98 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.21 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพด้วยแพลตฟอร์มดิจิทัลออนไลน์ส่งผลให้มีความรอบรู้สุขภาพเพิ่มขึ้น

การมีกิจกรรมทางกายของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพซึ่งเป็นแพลตฟอร์มดิจิทัล

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบตัวแปรที่ทำการศึกษาระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลอง ด้วยสถิติ pair t – test ของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	sig
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
1. ดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²)	27.89	3.36	26.37	3.36	24.93*	0.00
2. ความรอบรู้สุขภาพ (คะแนน)	133.65	18.87	141.98	15.21	7.81*	0.00
3. การมีกิจกรรมทางกาย (MET)	981.93	1001.59	1350.66	951.34	3.16*	0.00
4. การบริโภคอาหาร (คะแนน)	29.94	3.57	32.08	2.54	6.60*	0.00
5. ความเครียด (คะแนน)	3.54	2.99	2.44	2.05	3.42*	0.00
6. คุณภาพการนอนหลับ (คะแนน)	6.73	2.73	4.98	2.29	11.63*	0.00

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ออนไลน์มีค่าเฉลี่ย 1350.66 METs ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 951.34 เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ย 981.93 METs ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1001.59 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพด้วยแพลตฟอร์มดิจิทัลส่งผลให้มีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น

การบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพด้วยแพลตฟอร์มดิจิทัลออนไลน์มีค่าเฉลี่ย 32.08 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.54 ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ย 29.94 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.57 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพด้วยแพลตฟอร์มดิจิทัลออนไลน์ส่งผลให้มีการบริโภคอาหารดีขึ้น

ความเครียดของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพซึ่งเป็นแพลตฟอร์มดิจิทัลออนไลน์มีค่าเฉลี่ย 2.44 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.05 ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ย 3.54 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.99 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า รูปแบบ

การสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพด้วยแพลตฟอร์มดิจิทัลออนไลน์ส่งผลให้มีความเครียดลดลง

คุณภาพการนอนหลับของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพซึ่งเป็นแพลตฟอร์มดิจิทัลออนไลน์มีค่าเฉลี่ย 4.98 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.29 ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ย 6.73 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.73 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพด้วยแพลตฟอร์มดิจิทัลออนไลน์ส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับดีขึ้น

2. การพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะอ้วนของวัยทำงาน

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะอ้วนของวัยทำงาน ด้วยการดำเนินการผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัลออนไลน์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยกิจกรรมผ่านระบบ zoom ระบบออนไลน์ กิจกรรมประกอบด้วย การสร้างความรอบรู้สุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การจัดการอารมณ์

การนอนหลับ การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกายและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และดำเนินใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลออนไลน์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการส่งผลออกกำลังกายและประเมินดัชนีมวลกายด้วยตนเอง

หลักสูตรการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ

หลักสูตรพื้นฐานที่จะช่วยให้เข้าใจในประเด็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ บริโภคอาหารอย่างไรจะช่วยให้คุณน้ำหนัก ลดปัจจัยเสี่ยง ต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงการทดสอบสมรรถภาพทางกาย และการออกโปรแกรมการออกกำลังกายอย่างง่าย

เข้าถึงได้จาก <https://www.kaotajai.com/home>

■ อภิปรายผล

1. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะอ้วนในวัยทำงานด้วยแพลตฟอร์มดิจิทัลออนไลน์ส่งผลดีต่อการเปลี่ยนแปลงดัชนีมวลกาย ความรอบรู้สุขภาพ กิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร ความเครียด และคุณภาพการนอนของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมและก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะอ้วนในวัยทำงานด้วยแพลตฟอร์มดิจิทัลออนไลน์มีผลต่อความรอบรู้สุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งในด้านการออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้อง รวมถึงการมีทัศนคติ ความรู้ที่ดีเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ เป็นเพราะว่า เรื่องการดูแลสุขภาพ เป็นสิ่งที่กำลังอยู่ในความสนใจของสังคมเป็นอย่างมาก เนื่องจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากอดีตเป็นอย่างมากของสังคมไทย กล่าวคือ ในอดีตวิถีชีวิตประจำวัน กระตุ้นให้การเคลื่อนไหว การมีกิจกรรมทางกาย เป็นไปอย่างสม่ำเสมอ การเดินทางจะอาศัยการเดินทางเป็นประจำ แต่ในปัจจุบัน

ความก้าวหน้าทางด้านระบบคมนาคม ประกอบกับ ผู้คนมีรถส่วนตัวเพิ่มมากขึ้น ทำให้การเดินทางด้วยการเดินลดลง การรับประทานอาหารก็เช่นเดียวกัน ในอดีตผู้คนในสังคมไทยจะเลือกรับประทานอาหารปรุงสุก หรือทำเองมาจากที่บ้าน ซึ่งทำให้สามารถที่จะเลือกรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพได้ แต่ในปัจจุบัน วิถีชีวิตที่เร่งรีบมากยิ่งขึ้น ประกอบกับ ในภาคธุรกิจอาหาร ก็มีจำนวนผู้ขายอาหารเพิ่มมากขึ้น รวมถึงอาหารฟาสต์ฟู้ด ที่มีปริมาณของไขมัน และแป้งสูง จึงทำให้คุณภาพในการเลือกรับประทานอาหารของผู้คนในปัจจุบันมีลดน้อยลง ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงส่งผลอย่างสำคัญ ทำให้คนไทยโดยทั่วไปเกิดปัญหาด้านสุขภาพมากขึ้นตามมาด้วยสอดคล้องกับการศึกษาของ ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อดัชนีมวลกายและพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมสุขภาพดีและค่าดัชนีมวลกายดีขึ้น⁽¹²⁾

2. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะอ้วนของวัยทำงานด้วยการดำเนินการผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัลออนไลน์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นระยะเวลา 13 สัปดาห์ โดยกิจกรรมผ่านระบบ zoom ออนไลน์ กิจกรรมประกอบด้วย การสร้างความรู้สุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การจัดการอารมณ์ การนอนหลับ การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกายและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและดำเนินการใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลออนไลน์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการส่งผลออกกำลังกายและประเมินดัชนีมวลกายด้วยตนเอง และส่งผลให้มีดัชนีมวลกาย ความรอบรู้สุขภาพ การมีกิจกรรม

ทางกาย การบริโภคอาหาร ความเครียด และคุณภาพการนอนหลับ สอดคล้องกับการศึกษา กลุ่มผู้ใช้แอปพลิเคชัน OBEST เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งเป็นแอปพลิเคชันในการดูแลเรื่องการบริโภคอาหารลดภาวะอ้วน โดยพบว่าผู้ใช้แอปพลิเคชันมีดัชนีมวลกายลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคดีขึ้น⁽¹³⁾ และนอกจากนี้ จากการวิเคราะห์ความรอบรู้สุขภาพ พบว่า การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ สามารถวางแผนการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับตัวเอง มีวิธีจัดการกับความเครียดได้ด้วยวิธีที่เหมาะสมกับตนเองได้ ทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพฟันเพื่อนำมาใช้ในการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับการบดเคี้ยวได้⁽¹⁴⁾ ดังนั้นสรุปได้ว่า รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะอ้วนในวัยทำงาน ด้วยแพลตฟอร์มดิจิทัลออนไลน์ ส่งผลดีต่อการเปลี่ยนแปลงของดัชนีมวลกาย ความรอบรู้สุขภาพ การบริโภคอาหาร ความเครียด และคุณภาพการนอนดีขึ้น

■ ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพไปใช้ในกลุ่มวัยอื่น เช่น ผู้สูงอายุ วัยเรียนวัยรุ่น โดยสามารถปรับเปลี่ยนรายละเอียดในรูปแบบดังกล่าวให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เป็นผู้ที่มีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งกายและใจ และเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ

ชาติต่อไป

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ร่วมด้วย โดยในการวิจัยครั้งต่อไป อาจศึกษาสาเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนในกลุ่มวัยทำงาน และหาแนวทางแก้ไข โดยบูรณาการเข้ากับรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพที่พัฒนาขึ้น เพื่อให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นตอบสนองต่อปัจจัยเชิงสาเหตุ

3. ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการติดตามผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพต่อเนื่อง เพื่อเป็นประเมินผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพ และเป็นการกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมพึงประสงค์อย่างต่อเนื่องยั่งยืน

4. ในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในสถานประกอบการขนาดใหญ่ในจังหวัดระยองซึ่งมีนโยบายและสวัสดิการในการดูแลสุขภาพ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษากับสถานประกอบการขนาดกลางและเล็ก เพื่อพิจารณาว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพที่มีผลต่อภาวะอ้วนของวัยทำงานจะมีประสิทธิผลกับกลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการขนาดแตกต่างกันได้ผลดีเช่นกันหรือไม่

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหารกรมอนามัย บุคลากรกรมอนามัย ที่ให้การสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. วิชัย เอกพลการ, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดส์ดีไซน์; 2557.
2. มงคล กาญจนงามพรรณ, สุदारัตน์ สุวารี และนันทนา น้าฝน. พฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของคนทำงานในสถานประกอบการเขตเมืองใหญ่. กรณีศึกษาพื้นที่เขตสาทร กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2555;32(3):51-66.
3. จันทร์ทิพย์ อินทวงศ์, เกษสุดา คำแก้ว, สุนทร เจริญภูมิการกิจ และระพีพร ศรีจันทร์. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของพนักงานในสถานประกอบการขนาดกลางและขนาดเล็ก จังหวัดระยอง. ธรรมศาสตร์เวชสาร 2556;13(3):340-51.
4. Gazmararian J, Williams M, Peel J, Baker D. Health literacy and knowledge of chronic disease. Pediatrics 2003;51(3):267-75
5. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561. เอกสารเผยแพร่.
6. Nemet D, Barkan S, Epstein Y, Friedland O, Kowen G, Eliakim A. Short-and Long-Term Beneficial Effects of a Combined Dietary-Behavioral-Physical Activity Intervention for the Treatment of Childhood Obesity. Pediatrics 2005;115:e443-9.
7. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขศึกษา. การจัดการความเครียดสำหรับกลุ่มวัยทำงาน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2555.
8. ณัฐพงศ์ ใจบาล. ผลลัพธ์ของการควบคุมโรคเบาหวาน และพฤติกรรมเสี่ยงในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลห้วยแก้ว อำเภอแม่อน จังหวัดเชียงใหม่ [ปริญญานิพนธ์มหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2559.
9. World Health Organization. Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) [internet]. 2021 [cited 2021 Feb 13]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/gpaq-analysis-guide.pdf>.
10. Jirapramukpitak T, Tanchaiswad W. Sleep disturbances among nurses of Songklanagarind Hospital. J Med Assoc Thai 1994;42:122-31.
11. พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. สำนักทดสอบการศึกษาและจิตวิทยา. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2540.
12. วิดาพร ทับทิมศรี และจินตนา รังษา. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อดัชนีมวลกายและพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2564;37(2):251-62.
13. Likhitweerawong N, Boonchooduang N, Kittisakmontri K, Chonchaiya w, Louthrenoo O. Short-term outcomes of tablet/ smartphone-based (OBEST) application among obese Thai school-aged children and adolescents: A randomized controlled trial hort. Obesity Medicine 2020;21(1):499.
14. Srisaeng P, Deenamjued W. Health literacy of healthy Aging among Elderly in Bangkok Metropolitan: Development and Validation of Health literacy Scale. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2019;20(20):340-50.

สถานการณ์ ความต้องการ และแนวปฏิบัติที่ดีเพื่อจัดการ สถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัว ในศูนย์อนามัยเขต สังกัดกรมอนามัย

กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง

สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย

วันรับ 26 สิงหาคม 2567, วันแก้ไข 9 ตุลาคม 2567, วันตอบรับ 18 ตุลาคม 2567

บทคัดย่อ

การจัดสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัว ช่วยสร้างสมดุลชีวิตการทำงานกับครอบครัวของกลุ่มวัยทำงาน เพื่อสนับสนุนการมีบุตร การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ความต้องการ และแนวปฏิบัติที่ดีเพื่อจัดการสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัวในศูนย์อนามัยเขต สังกัดกรมอนามัย การศึกษาแบบผสมผสานใน 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพถึงสถานการณ์ ความต้องการ และแนวปฏิบัติที่มีอยู่เพื่อจัดการสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัว โดยสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้บริหาร 5 ราย และสนทนากลุ่มบุคลากร 35 ราย พบความต้องการใน 5 ด้าน ได้แก่ ความยืดหยุ่นในการทำงาน การเลี้ยงดูบุตร การดูแลพ่อแม่ที่ชราภาพ การสร้างรายได้ และการสงเคราะห์บุตร พบว่าบางศูนย์มีแนวปฏิบัติที่ดีให้กับบุคลากร เช่น ลดค่าบริการสถานเลี้ยงเด็กเล็กลงครึ่งหนึ่ง ปลูกผักสวนครัวหรือออกหน่วยบริการสร้างรายได้ ออมเงินและมีสวัสดิการร้านค้าเพื่อปันผลกับสมาชิก ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงปริมาณ สำรวจความต้องการและแนวปฏิบัติที่ดี โดยใช้แบบสอบถาม ผ่าน Google Form บุคลากรอายุ 20-49 ปี จำนวน 234 ราย ที่สุ่มคัดเลือกจากตำแหน่งการปฏิบัติงานในทุกศูนย์เขต พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 37.74±7.26 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี เกินกว่าครึ่งแต่งงานแล้ว 1 ใน 3 เป็นคนโสดที่มีทั้งอยากและไม่อยากแต่งงาน สาเหตุที่ไม่อยากแต่งงานคือ ปัญหาเศรษฐกิจและไม่มีคนเลี้ยงดูบุตร คนที่อยากแต่งงานเพราะต้องการมีครอบครัวและมีบุตร กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าปัจจุบันอัตราการเกิดที่ลดลงเป็นปัญหาเร่งด่วนของประเทศที่ต้องร่วมกันแก้ไข มีความต้องการการสนับสนุนใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความยืดหยุ่นในการทำงาน เช่น มีอิสระในการทำงานตามระเบียบราชการ บริหารจัดการให้เสร็จในเวลา ประชุมออนไลน์ ด้านส่งเสริมการเลี้ยงดูบุตร เช่น มีสวัสดิการสถานเลี้ยงดูเด็กที่ลดค่าบริการครึ่งหนึ่งหรือฟรี มีห้องเด็กเล่น/สนามเด็กเล่นในร่มที่ปลอดภัยช่วงปิดเทอม และให้สิทธิการลา 15 วันของสามีครอบครัวและลูกจ้างชั่วคราว ด้านการดูแลพ่อแม่ที่ชราภาพ เช่น สนับสนุนการลาไปดูแลยามเจ็บป่วย มีสวัสดิการ/กองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์ และมีสวัสดิการเยี่ยมไข้เมื่อเข้าโรงพยาบาล ด้านการสร้างรายได้ เช่น จัดกิจกรรมสร้างรายได้ จัดตั้งสหกรณ์/ร้านค้าสวัสดิการ และออกหน่วยให้บริการนอกสถานที่สร้างรายได้ และด้านการสงเคราะห์บุตร เช่น มีทุนการศึกษา/รางวัลเรียนดี มีสวัสดิการกัญยืมด้านการศึกษา แนวปฏิบัติที่ดีเพื่อจัดการ ควรประกอบด้วย การจัดเวทีประชาคมสร้างการรับรู้และมีส่วนร่วม จัดลำดับความสำคัญในบางด้านที่ทำได้ทันที เช่น ลดค่าบริการสถานเลี้ยงดูเด็กลงครึ่งหนึ่ง จัดห้องพักเด็กช่วงปิดเทอม ส่งเสริมการสร้างรายได้ในหน่วยงาน สิทธิการลาของสามีครอบครัวและลูกจ้างชั่วคราว โดยจัดทำแนวปฏิบัติที่ดีจากส่วนกลาง และประกาศไปยังทุกหน่วยงาน ผลการศึกษาที่ได้จะใช้เป็นแนวทางให้หน่วยงานภาครัฐอื่นได้นำไปใช้วางแผนจัดการสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัว เพื่อสนับสนุนให้คนวัยทำงานได้วางแผนมีบุตรช่วยเพิ่มจำนวนประชากรของประเทศได้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: สถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัว แนวปฏิบัติที่ดี ศูนย์อนามัยเขต

Situation, Needs, and Good-Guideline Practices of Family Friendly Workplace (FFW) among Health Promotion Centers, Department of Health

Kittipong Saejeng

Office of the Advisory Committee, Department of Health

Received 26 August 2024, Revised 9 October 2024, Accepted 18 October 2024.

Abstract

This study investigates the current situation, needs, and good practices to create a family-friendly workplace (FFW) among personnel at Regional Health Promotion Centers, Department of Health. A mixed-methods study was employed in two phases. In phase 1 qualitative study, qualitative data was collected through in-depth interviews with 5 directors and focus group discussions with 35 personnel to explore the existing situation, needs, and practices to create the FFW. Five key areas were identified: work flexibility, childcare, parental care, income generation, and child allowance. Some centers demonstrated good practices, such as halving childcare costs, cultivating vegetable gardens or providing income-generating services, and offering members savings and cooperative store benefits. In phase 2 quantitative study, a survey was conducted using Google Forms to collect quantitative data from 234 randomly selected personnel aged 20–49 from all health regions. The majority were females, with an average age of 37.74 years, holding at least a bachelor's degree. Over half were married, while one-third were single and had mixed feelings about marriage. Economic concerns and lack of childcare were cited as reasons for not wanting to marry. Those who desired marriage sought to have a family and children. Respondents recognized the declining birth rate as a pressing national issue requiring collective action. They expressed a need for support in five areas: work flexibility (e.g., having freedom to work according to government regulations, complete work in time, and online meetings), childcare (e.g., subsidized childcare, indoor playrooms/playgrounds for school holidays, and 15-day paternity leave for both permanent and temporary employees), elderly parent care (e.g., leave for sick care, welfare/funeral funds, and hospital visitation benefits), income generation (e.g., income-generating activities, cooperatives/welfare stores, and off-site service provision), and child allowance (e.g., scholarships/academic awards, educational loans). Recommended practices to create the FFW include organizing community forums to raise awareness and foster participation, prioritizing possible areas for action such as halving childcare costs, providing children's accommodation during school holidays, promoting income generation within the organization, and extending paternity leave to both permanent and temporary employees. The findings of this study can serve as a guideline for other government agencies to develop plans to create FFWs, thereby encouraging working-age adults to plan for childbearing and contribute to increasing the country's population.

Keywords: Family Friendly Workplace, Good-Guideline Practices, Regional Health Promotion Center

■ บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีอัตราการเกิดลดต่ำอย่างต่อเนื่อง พบว่าอัตราการเจริญพันธุ์ในปี พ.ศ. 2565 มีเพียง 1.08⁽¹⁾ จากการคาดประมาณของ World Population ปี ค.ศ.2019 พบว่าประเทศไทยจะมีอัตราตายรวมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2568 เป็นต้นไป สูงกว่าอัตราการเกิด⁽²⁾ ส่งผลต่อสัดส่วนประชากรวัยเด็กและวัยทำงานมีแนวโน้มลดลงต่อเนื่อง ขณะที่ประชากรวัยสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และคาดว่าอัตราการพึ่งพาของผู้สูงอายุต่อประชากรวัยทำงาน 100 คน จะเพิ่มขึ้นจาก 14 คน ในปี พ.ศ. 2558 เป็น 22 คน ในปี พ.ศ. 2568⁽³⁾ สถานการณ์นี้จะทำให้ในปี พ.ศ. 2643 มีวัยแรงงานเพียง 23 ล้านคน ส่งผลต่อกำลังการผลิตและผลผลิตมวลรวมประชาชาติ⁽⁴⁾ นอกจากนี้ประเทศไทยยังประสบปัญหาด้านคุณภาพการเกิดและการเจริญเติบโต พบอัตราการคลอดในแม่วัยรุ่นเกินกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นปี พ.ศ. 2560–2569⁽⁵⁾ ผลการสำรวจของนิด้าชี้ให้เห็นว่า หนุ่มสาววัยทำงานครองตนเป็นโสดหรือแต่งงานแต่ไม่ต้องการมีบุตรมากขึ้น โดยเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 44) ของคู่สมรสไม่ต้องการมีบุตรด้วยเหตุผลทางเศรษฐกิจ และไม่มีผู้ดูแลบุตรขณะที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน⁽⁶⁾

แผนพัฒนาประชากร พ.ศ. 2565–2580 มุ่งเป้าเพื่อพัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ⁽⁷⁻⁸⁾ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์พัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์ฉบับที่ 2 ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ⁽⁹⁾ นอกจากนี้นโยบายของรัฐบาลที่กำหนดให้การส่งเสริมการเกิดเป็นวาระสำคัญของชาติที่ต้องจัดการอย่างเร่งด่วน โดยหนึ่งใน

แนวทางส่งเสริมการมีบุตรก็คือ การจัดสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัว (Family Friendly Workplace, FFW) เพื่อช่วยให้คนวัยทำงานที่วางแผนมีบุตร สามารถบริหารจัดการความสมดุลของชีวิตการทำงานกับชีวิตครอบครัว ลดความวิตกกังวลต่อภาระในการเลี้ยงดูบุตรได้ ทางหนึ่ง องค์การแรงงานระหว่างประเทศได้ให้นิยามของการจัดสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัว ว่าหมายถึง แนวทางการสร้างสมดุลชีวิตการทำงานกับครอบครัวของกลุ่มวัยทำงานให้ทุกคนสามารถบริหารจัดการการทำงานควบคู่ไปกับชีวิตครอบครัวได้ ภายใต้การสนับสนุนของผู้ประกอบการหรือเจ้าของกิจการ ลดความวิตกกังวลและเพิ่มประสิทธิภาพของงาน⁽¹⁰⁻¹¹⁾ จากการศึกษาสถานการณ์และแนวปฏิบัติในการจัดสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัวขึ้นในสถานประกอบการในประเทศไทย ของโครงการพัฒนาเครือข่ายองค์กรและสถานประกอบการที่เป็นมิตรต่อเด็กและครอบครัว เมื่อปี พ.ศ. 2563 พบว่าแนวปฏิบัติประกอบด้วย ความยืดหยุ่นในการทำงานที่บ้าน การสนับสนุนนมแม่ ศูนย์เด็กเล็ก และค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลรักษาพ่อแม่⁽¹²⁾

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักของประเทศที่ทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อให้คนไทยมีสุขภาพดี หน่วยงานสำคัญของกรมอนามัยที่ปฏิบัติการกิจในระดับพื้นที่ ได้แก่ ศูนย์อนามัยเขตเพื่อนำนโยบายและยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดีของทุกช่วงวัยไปปฏิบัติ จัดทำมาตรฐานการดำเนินงาน ค้นคว้าวิจัยนวัตกรรมด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์เพื่อสังคม และสนับสนุนทางวิชาการให้กับหน่วยงานภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน จากภารกิจดังกล่าว ทำให้บุคลากรต้องทำงานในหน้าที่ที่

หลากหลาย ส่งผลต่อระดับความสุขในการทำงาน จากผลการสำรวจความสุขในการทำงานภาพรวม ร้อยละ 63.92 โดยความสุขในด้านสุขภาพการเงิน มีเพียงร้อยละ 52.9 ด้านสมดุลชีวิตกับงานร้อยละ 57.1 และความผูกพันต่อองค์กรร้อยละ 66.5 ตามลำดับ⁽¹³⁾ จะเห็นได้ว่าสมดุลชีวิตการทำงานกับครอบครัวของกลุ่มบุคลากรอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งการขาดสมดุลนี้เป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการไม่มีบุตร⁽¹⁴⁾ และจากการศึกษานำร่องในบุคลากรกรมอนามัยใน 2 หน่วยงาน พบว่าจำนวนผู้ให้ข้อมูล 164 คน มีสถานภาพสมรสเพียงร้อยละ 55.5 ในจำนวนนี้ไม่มีบุตรร้อยละ 8.8 ส่วนสถานภาพโสด ร้อยละ 44.1 ในจำนวนนี้หากแต่งงานพร้อมที่จะมีบุตรเพียงร้อยละ 5.9 และจากผลการศึกษานำร่อง ถึงการจัดการสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัว โดยผู้วิจัยเมื่อวันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2566 พบว่าศูนย์อนามัยเขต 1, 3, 5, 7, 9, 10 และ 12 มีการจัดสถานเลี้ยงดูเด็กเล็ก เพื่อเป็นสวัสดิการให้กับบุคลากร ดังนั้นจึงควรได้ทำการศึกษาเพื่อประเมินสถานการณ์และความต้องการการจัดสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัว ในศูนย์อนามัยเขตที่รับผิดชอบงานทุกภูมิภาคของกรมอนามัย เพื่อนำไปสู่การกำหนดแนวปฏิบัติที่ดีเพื่อการจัดการ เพราะหากหน่วยงานที่ทำหน้าที่ระดับภูมิภาค ได้มีแนวปฏิบัติเพื่อการจัดการที่ชัดเจน ก็จะเป็นต้นแบบในการจัดสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัวที่หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนอื่นๆ ได้นำไปประยุกต์ใช้ เพื่อเอื้อต่อคนวัยทำงานที่วางแผนจะมีบุตร และเป็นการสนับสนุนนโยบายส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตที่มีคุณภาพที่กำลังเป็นวาระเร่งด่วนของชาติในปัจจุบัน

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. ศึกษาสถานการณ์และแนวปฏิบัติที่มีอยู่ เพื่อจัดการสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัวของศูนย์อนามัยเขต กรมอนามัย
2. สำรวจความต้องการและจัดทำแนวปฏิบัติที่ดี เพื่อจัดการสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัวของศูนย์อนามัยเขต กรมอนามัย

■ วิธีการศึกษา

● **รูปแบบการศึกษา** การวิจัยแบบผสมผสานแบบมีขั้นตอน (Sequential Mixed-methods Study) โดยเก็บข้อมูลใน 2 ระยะ

ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study) เพื่อศึกษาสถานการณ์ นโยบายและแนวทางการจัดสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัวของศูนย์อนามัย ปัญหาและความต้องการของบุคลากร โดยใช้แนวคิดและผลการศึกษาที่ผ่านมาเป็นแนวทางกำหนดประเด็นคำถามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักตามวิธีสามเส้า (Triangulation Method) ได้แก่ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ผู้อำนวยการศูนย์อนามัย และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) บุคลากรที่สังกัดศูนย์อนามัยเขต และนำข้อมูลที่ได้ใช้เป็นแนวทางจัดทำแบบสอบถามเพื่อการสำรวจความต้องการการจัดสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัว ในระยะที่ 2

ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative study) โดยการสำรวจภาคตัดขวาง กลุ่มบุคลากรที่ศูนย์อนามัย เพื่อศึกษาความต้องการการจัดสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัว และหาแนวปฏิบัติที่ดีเพื่อขับเคลื่อนการจัดสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัวของกรมอนามัย

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์คัดเลือก ขนาดตัวอย่าง วิธีเก็บข้อมูลในแต่ละระยะของการศึกษา

กลุ่มเป้าหมาย	เกณฑ์คัดเลือก	จำนวน	วิธีเก็บข้อมูล
ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงคุณภาพ			
กลุ่มผู้บริหาร ได้แก่ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัย	คัดเลือกตามบทบาทหน้าที่เป็นผู้บริหาร ที่กำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการจัดการที่เป็นมิตรกับครอบครัวในสถานที่ทำงาน	สุ่มคัดเลือกแบบ simple random sampling จำนวน 5 ศูนย์อนามัยเขต บพทบาทหน้าที่ ได้จำนวน 1 คนต่อส่วนงาน รวมทั้งสิ้น 5 คน	สัมภาษณ์ แบบเจาะลึก
กลุ่มบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในศูนย์อนามัยเขต (แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข ฯลฯ)	มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบจัดบริการด้านสาธารณสุขในศูนย์อนามัยเขต คัดเลือกตามความสมัครใจและยินดีที่จะให้ข้อมูล ด้วยการสนทนากลุ่ม และอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 18-49 ปี)	7 คนจาก 5 ศูนย์อนามัยเขตที่เลือกได้จากการ เก็บข้อมูลในกลุ่มผู้บริหาร รวม 35 คน (แพทย์/ทันตแพทย์ 1 คน พยาบาล 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน พนักงานราชการ 1 คน ลูกจ้าง 1 คน) สุ่มเลือกแบบ เฉพาะเจาะจง รวมทั้งสิ้น 35 คน	สนทนากลุ่ม
ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงปริมาณ			
กลุ่มบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในศูนย์อนามัย 12 เขต และสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง (แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข ฯลฯ)	ตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบจัดบริการด้านสาธารณสุขในหน่วยงานระดับศูนย์อนามัย ยินดีสมัครใจให้ข้อมูลและอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 18-49 ปี)	การสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน (Stratify sampling with proportion to size) เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากศูนย์อนามัย 12 เขต และสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง เพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เขตละ 18 คน ทั้งนี้จำนวนที่สุ่มจะพิจารณาตามสัดส่วนของการจ้างงานข้าราชการ, ลูกจ้าง, พนักงานราชการ, พนักงานกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 63.3, 7.0, 8.3, 21.2) ได้ข้าราชการ 12 คน ลูกจ้าง 1 คน พนักงาน 2 คน และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข 3 คน ต่อหน่วยงาน รวมทั้งสิ้น 234 คน	แบบสอบถาม ชนิดตอบด้วยตนเองผ่านทาง Google Form
รวม		274 คน	

● **ประชากรที่ศึกษา** ประกอบด้วย กลุ่มผู้บริหารและบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์อนามัยทั้ง 12 เขต และสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมืองในสังกัดกรมอนามัย จำนวนทั้งสิ้น 2,289 คน จำแนกตามลักษณะการจ้างงานเป็นข้าราชการ 1,453 คน ลูกจ้างประจำ 160 คน พนักงานราชการ 190 คน และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข

486 คน คิดเป็นร้อยละ 63.3, 7.0, 8.3, 21.2 ตามลำดับ⁽¹⁵⁾

● **การกำหนดขนาดตัวอย่าง และการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง**

ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้บริหารร่วมกับการสนทนากลุ่มบุคลากร มีจำนวนกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

ทั้งสิ้น 40 ราย เพื่อได้ข้อมูลที่อ้อมตัวและครอบคลุมทุกประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการจัดสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัว และนำไปสู่การจัดทำแบบสอบถามในการสำรวจเชิงปริมาณ (ตารางที่ 1)

ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเองผ่านทาง Google form คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรการคำนวณตัวอย่างกลุ่มเดียว (Lemeshow S, et al.)⁽¹⁶⁾ จากการประมาณค่าสัดส่วนของการจัดสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัว ของโครงการพัฒนาเครือข่ายองค์กรและสถานประกอบการที่เป็นมิตรที่ดีต่อเด็กและครอบครัว ที่พบการจัดมมนมแม่ของสถานประกอบการ 3 แห่ง จาก 9 แห่ง⁽¹²⁾ คิดเป็นร้อยละ 33.3 ($p=0.33$) และให้ค่าความคลาดเคลื่อนเป็นร้อยละ 20 ของการศึกษาเดิมและบวกเพิ่มอีกร้อยละ 20 กรณีข้อมูลสูญหายไม่ครบถ้วน ได้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 234 ราย (ตารางที่ 1)

● **เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา** ประกอบด้วย

1. แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้บริหาร เพื่อศึกษานโยบายและแนวปฏิบัติที่ทำอยู่ ปัญหา/อุปสรรค และแนวทางที่ควรเป็นเพื่อสนับสนุนการจัดสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัว จำนวน 7 ข้อ

2. แนวคำถามการสนทนากลุ่มบุคลากรเพื่อศึกษาปัญหาสถานการณ์ ความต้องการได้รับการสนับสนุนการจัดสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัว จำนวน 7 ข้อ

3. แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเองผ่าน Google Form พัฒนาขึ้นจากผลการศึกษาเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา

ตำแหน่ง สถานภาพสมรส การมีบุตร สาเหตุที่ยังไม่แต่งงานหรือมีบุตร และการรับรู้ต่อนโยบายส่งเสริมการเกิดเป็นคำถามปลายปิดและเติมคำในบางข้อจำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 การรับรู้ต่อนโยบายและมาตรการส่งเสริมการเกิดเพื่อทดแทนจำนวนประชากร เป็นคำถามแบบมาตรวัด 4 ระดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 12 ข้อ และคำถามปลายเปิดความคิดเห็นต่อนโยบาย 1 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนเรียงลำดับจากเห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 คะแนน ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน ส่วนที่ 3 ความต้องการต่อการสนับสนุนให้มีสมดุลชีวิตการทำงานและชีวิตครอบครัว เป็นคำถามแบบมาตรวัด 5 ระดับจากมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ใน 5 ด้าน คือด้านความยืดหยุ่นในการทำงาน 8 ข้อ ด้านส่งเสริมการเลี้ยงดูบุตร 6 ข้อ ด้านการดูแลพ่อแม่/ผู้สูงอายุที่ชราภาพหรือเจ็บป่วย 4 ข้อ ด้านการสร้างรายได้ 4 ข้อ และด้านการสงเคราะห์บุตร 3 ข้อ รวมจำนวน 25 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนเรียงลำดับจากมากที่สุด 5 คะแนน ถึงน้อยที่สุด 1 คะแนน ส่วนที่ 4 การรับรู้ต่อปัญหา/อุปสรรค และแนวปฏิบัติที่ดีเพื่อการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย เป็นคำถามแบบปลายเปิดและให้เลือกตอบจำนวน 2 ข้อ

การประเมินคุณภาพของเครื่องมือ
แนวคำถามเชิงคุณภาพและแบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำแบบสอบถามไปทดสอบความเที่ยงกับบุคลากรที่สังกัดหน่วยงานส่วนกลางจำนวน 30 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาช (Alpha coefficient of Cronbach) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนที่ 2 การรับรู้ต่อนโยบายและ

มาตรการส่งเสริมการเกิดเพื่อทดแทนจำนวนประชากร 0.890 และส่วนที่ 3 ความต้องการการสนับสนุนให้มีสมดุลชีวิตการทำงานและครอบครัว 0.869 ตามลำดับ

● **การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ตามทฤษฎีของผู้ให้ข้อมูล เพื่อสรุปประเด็นหลักและประเด็นรองของสถานการณ์การจัดสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัว ปัญหาและความต้องการของบุคลากร ที่นำไปสู่การจัดทำแบบสอบถามเพื่อสำรวจการรับรู้ ความต้องการและแนวปฏิบัติที่ดีเพื่อสนับสนุนการจัดสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัวของศูนย์อนามัยทั้ง 12 เขต และสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด (พิสัย) เพื่อบรรยายข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง การรับรู้ ความต้องการ และแนวปฏิบัติที่ดีเพื่อการจัดสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัว

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** ผู้วิจัยยื่นเอกสารขอรับรองจริยธรรมและยื่นขอรับรองเพิ่มเติม (Amendment protocol) เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลระยะที่ 2 ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย เลขที่ 687/2567 วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2567

■ **ผลการศึกษา**

ระยะที่ 1 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้อำนวยการศูนย์อนามัย 5 เขต และการสนทนากลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ในศูนย์อนามัยเดียวกับผู้บริหารทั้ง 5

ศูนย์ พบความต้องการใน 5 ด้าน ได้แก่ ความยืดหยุ่นในการทำงาน ส่งเสริมการเลี้ยงดูบุตร การดูแลพ่อแม่ยามเจ็บป่วย การสร้างรายได้ และการสงเคราะห์บุตร แนวปฏิบัติที่ดีที่มีอยู่ในบางศูนย์ เช่น สถานเลี้ยงเด็กเล็กที่ลดค่าบริการครั้งหนึ่งปลูกผักสวนครัวหรือออกหน่วยบริการสร้างรายได้ การออมเงินและมีสวัสดิการร้านค้าเพื่อปันผลกับสมาชิก สามารถสรุปประเด็นหลักและรอง ดังตารางที่ 2

ระยะที่ 2 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดมีทั้งสิ้น 240 ราย คิดเป็นอัตราคืนกลับร้อยละ 102.6 เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.3) มีอายุระหว่าง 30-39 ปี และ 40-49 ปี ในสัดส่วนที่เท่ากัน (ร้อยละ 41.4 และ 41.8) โดยมีอายุเฉลี่ย 37.74±7.26 ปี จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 64.2 รองลงมาคือ ระดับปริญญาโท ร้อยละ 22.5 และ ปวช./ปวส./อนุปริญญา ร้อยละ 8.7 เกินกว่าครึ่งปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการ (สาธารณสุข/คอมพิวเตอร์/สถิติ/การเงินและบัญชี/พัสดุ) ร้อยละ 64.5 รองลงมาคือ พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 22.6 และพนักงานราชการ ร้อยละ 9.3 มีแพทย์และทันตแพทย์อย่างละ 2 รายที่ตอบแบบสอบถาม คิดเป็นร้อยละ 0.3 และ 0.3 ของทั้งหมด โดยมีระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 11.07±9.06 ปี สูงสุด 28 ปี ต่ำสุด 5 เดือน กลุ่มตัวอย่างเกินกว่าครึ่งหรือจำนวน 142 ราย (ร้อยละ 59.2) มีสถานภาพสมรสแต่งงานแล้ว รองลงมาคือ เป็นโสดแต่ไม่อยากแต่งงาน จำนวน 46 ราย (ร้อยละ 19.2) และเป็นโสดแต่อยากแต่งงาน จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 13.3) ซึ่งในจำนวนนี้หากได้แต่งงานต้องการมีจำนวนบุตร 1 คน 2 ราย และ

ตารางที่ 2 ประเด็นหลักและรองของความต้องการของบุคลากรเพื่อจัดการสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัว

ประเด็นหลัก	ประเด็นรอง	แหล่งที่มา
ความยืดหยุ่นในการทำงาน	-มีอิสระในการทำงานตามระเบียบราชการ บริหารจัดการให้เสร็จในเวลา -ประชุมออนไลน์ในบางวาระ และลาไปทำธุระที่จำเป็นได้ -การสลับเวรลดยเข้าหลังคลอดหรือหาคนทดแทน -เพิ่มสวัสดิการที่พักร/แพลดใกล้ที่ทำงาน -ให้สิทธิการออกนิเทศงานตามสมัครใจในรายที่ดั่งครมภ์	ผู้บริหาร และบุคลากร
การส่งเสริมการเลี้ยงดูบุตร	-มีห้องปัมนมแม่/ตู้เย็นเก็บน้ำนม/หาเวลามานมปัมนมได้ -มีสถานรับเลี้ยงเด็กทั้ง Nursery และ Daycare เป็นสวัสดิการ ให้บุคลากรโดยจ่ายค่าเลี้ยงดูที่ถูกลงกว่าคนภายนอกครั้งหนึ่งหรือให้บริการฟรี -ให้สิทธิการลาของสามี 15 วันครอบคลุมพนักงานและลูกจ้างชั่วคราว -มีสถานที่ที่ปลอดภัยให้สามารถนำบุตรมาเลี้ยงดูช่วงปิดเทอม -ปลูกต้นไม้ให้ร่มเงาแก่เด็ก ๆ ได้วิ่งเล่นยามปิดเทอม	ผู้บริหาร และบุคลากร
การดูแลพ่อแม่ยามเจ็บป่วย	-สวัสดิการ/กระเช้าของเยี่ยมไข้พ่อแม่ยามเจ็บป่วย -สามารถลาจกกลับไปดูแลพ่อแม่ที่เจ็บป่วยได้ -เงินฌาปนกิจสงเคราะห์ยามเสียชีวิต	ผู้บริหาร และบุคลากร
การสงเคราะห์บุตร	-ทุนการศึกษา/รางวัลเรียนดี -เงินสงเคราะห์กู้ยืมเพื่อการศึกษาของบุตร	ผู้บริหาร และบุคลากร
การสร้างรายได้	-จัดตลาดนัดขายของสร้างรายได้ในหน่วยงาน -ปลูกพืชผักสวนครัวในหน่วยงานเพื่อสร้างรายได้	ผู้บริหาร และบุคลากร

จำนวนบุตร 2 คน 2 รายเท่ากัน โดยระบุความต้องการที่จะมีบุตรเพียง 1-2 คนว่า ต้องการเพิ่มประชากร 1 ราย เป็นครอบครัวที่สมบูรณ์ 1 ราย และไม่มีภาระค่าใช้จ่ายที่หนักเกินไป 1 ราย ในกลุ่มที่ยังเป็นโสดและไม่ต้องการแต่งงานจำนวน 46 ราย มีเหตุผลที่สำคัญของการไม่แต่งงาน (ตอบได้หลายข้อ) ได้แก่ ปัญหาเศรษฐกิจเงินไม่พอใช้ ร้อยละ 84.7 ไม่มีคนช่วยเลี้ยงดูบุตร ร้อยละ 50 ยังหาคู่ไม่ได้ ร้อยละ 33.6 งานหนักจนไม่มีเวลา ร้อยละ 19.5 จัดสมดุลเวลางานกับเวลาส่วนตัวไม่ได้ ร้อยละ 15.2 ต้องดูแลพ่อแม่ที่เจ็บป่วยและไม่มีคนดูแล ร้อยละ 8.7 และมีภาวะมีบุตรยาก 3 ราย หรือร้อยละ 6.5 ขณะที่กลุ่มแต่งงานแล้ว มี

ระยะเวลาเฉลี่ยในการแต่งงานเท่ากับ 10.94±6.87 ปี โดยมีระยะเวลาสูงสุด 27 ปีและต่ำสุด 0.5 ปี ทั้งนี้ในกลุ่มที่แต่งงานแล้ว 103 ราย ส่วนใหญ่มีบุตร (ร้อยละ 72.5) โดยจำนวนบุตรที่มีคือ 1 คน (ร้อยละ 50.5) รองลงมาคือ 2 คน (ร้อยละ 41.7)

กลุ่มตัวอย่างรับรู้ต่อนโยบายส่งเสริมการเกิดว่าเป็นภาระเร่งด่วนที่ต้องเร่งแก้ไขอย่างจริงจังเพราะส่งผลต่อการพัฒนาประเทศ ร้อยละ 57.5 รองลงมาคือ รู้สึกเฉยๆ ไม่เดือดร้อน ร้อยละ 17.5 เป็นเรื่องไกลตัวที่ส่งผลกระทบต่อตนเอง ร้อยละ 12.9 และเป็นเรื่องไกลตัวและไม่ส่งผลกระทบต่อตนเอง ร้อยละ 9.1

การรับรู้ต่อนโยบายและมาตรการส่งเสริม

ตารางที่ 3 การรับรู้ต่อนโยบายและมาตรการส่งเสริมการเกิดเพื่อทดแทนจำนวนประชากร (N=240)

การรับรู้ต่อนโยบายและมาตรการส่งเสริมการเกิด	ร้อยละ			
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. ปัจจุบันอัตราการเกิดเพื่อทดแทนจำนวนประชากรที่ลดลงเป็นปัญหาเร่งด่วนของประเทศ	46.7	43.3	9.2	0.8
2. ปัญหาการเกิดเพื่อทดแทนจำนวนประชากรที่ลดลง เป็นวาระแห่งชาติที่ทุกหน่วยต้องร่วมกันแก้ไขอย่างจริงจัง	43.3	45.4	10.0	1.2
3. รัฐบาลรณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักในสังคมต่อปัญหาการลดลงของประชากร	37.9	50.8	10.4	0.8
4. วิวาท์สร้างชาติเป็นมาตรการที่กรมอนามัยเร่งดำเนินการเพื่อส่งเสริมให้หญิงชายแต่งงานเพื่อสร้างครอบครัวและมีบุตร	35.0	50.8	11.7	2.5
5. กฎหมายให้ผู้หญิงสามารถลาคลอดเพื่อเลี้ยงดูบุตรได้ 98 วัน	57.1	36.7	5.4	0.8
6. กฎหมายให้ผู้ชายสามารถลาช่วยภรรยาเลี้ยงดูบุตรได้ 15 วัน	55.8	36.2	4.6	0.4
7. รัฐมีนโยบายลดหย่อนภาษีผู้มีบุตร 30,000 บาท/คน/ปี	63.3	32.1	3.8	0.8
8. สถานบริการของรัฐในทุกระดับจัดบริการให้คำปรึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมคู่สมรสก่อนมีบุตรฟรี	63.3	33.3	3.0	0.4
9. มาตรการส่งเสริมการมีบุตรด้วยการรักษาภาวะมีบุตรยาก อยู่ภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	65.0	32.1	2.5	0.4
10. รัฐให้เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 ปี ในครอบครัวที่มีรายได้น้อย	65.8	28.3	4.6	1.3
11. สมดุลชีวิตการทำงานและชีวิตครอบครัวเป็นหนึ่งในมาตรการสำคัญที่หน่วยงานต้องดำเนินการเพื่อส่งเสริมการมีบุตร	66.7	31.7	1.3	0.4
12. ควรสนับสนุนให้บุคลากรมีสมดุลชีวิตการทำงานและครอบครัว โดยแบ่งเวลาให้กับงานและครอบครัวเท่าๆ กัน	69.6	28.8	1.3	0.4

เสริมการเกิดเพื่อทดแทนจำนวนประชากร

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และเห็นด้วย (ร้อยละ 46.7 และ 43.3) ต่อการรับรู้ว่ายปัจจุบันอัตราการเกิดเพื่อทดแทนจำนวนประชากรที่ลดลงเป็นปัญหาเร่งด่วนของประเทศ และปัญหาการเกิดเพื่อทดแทนจำนวนประชากรที่ลดลง เป็นวาระแห่งชาติที่ทุกหน่วยต้องร่วมกันแก้ไขอย่างจริงจัง (ร้อยละ 43.3 และ 45.4) รัฐบาลรณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักในสังคมต่อปัญหาการลดลงของประชากร (ร้อยละ 37.9 และ 50.8)

วิวาท์สร้างชาติเป็นมาตรการที่กรมอนามัยเร่งดำเนินการเพื่อส่งเสริมให้หญิงชายแต่งงานเพื่อสร้างครอบครัวและมีบุตร (ร้อยละ 35.0 และ 50.8) กฎหมายให้ผู้หญิงสามารถลาคลอดเพื่อเลี้ยงดูบุตรได้ 98 วัน (ร้อยละ 57.1 และ 36.7) กฎหมายให้ผู้ชายสามารถลาช่วยภรรยาเลี้ยงดูบุตรได้ 15 วัน (ร้อยละ 55.8 และ 36.2) รัฐมีนโยบายลดหย่อนภาษีผู้มีบุตร 30,000 บาท/คน/ปี (ร้อยละ 63.3 และ 32.1) สถานบริการของรัฐในทุกระดับจัดบริการให้คำปรึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมคู่

สมรสก่อนมีบุตรฟรี (ร้อยละ 63.3 และ 33.3) มาตรการส่งเสริมการมีบุตรด้วยการรักษาภาวะมีบุตรยาก อยู่ภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ร้อยละ 65.0 และ 32.1) รัฐให้เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 ปีในครอบครัวที่มีรายได้น้อย (ร้อยละ 65.8 และ 28.3) สมดุลชีวิตการทำงานและชีวิตครอบครัวเป็นหนึ่งในมาตรการสำคัญที่หน่วยงานต้องดำเนินการเพื่อส่งเสริมการมีบุตร (ร้อยละ 66.7 และ 31.7) และควรสนับสนุนให้บุคลากรมีสมดุลชีวิตการทำงานและครอบครัว โดยแบ่งเวลาให้กับงานและครอบครัวเท่าๆ กัน (ร้อยละ 69.6 และ 28.8) ดังตารางที่ 3

ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมต่อ นโยบายส่งเสริมการเกิด

กลุ่มตัวอย่างให้ข้อเสนอแนะว่าควรจัดทำเป็นวาระแห่งชาติที่หลายหน่วยงานร่วมมือกัน แก้ไขปัญหา ไม่ควรเป็นบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว โดยมีมาตรการเร่งด่วนเริ่มตั้งแต่การสนับสนุนค่าครองชีพ แก้ไขปัญหาเศรษฐกิจ ส่งเสริมให้เกิดมีคุณภาพด้วยการตั้งครรภ์ที่มีความพร้อม ขยายศูนย์เลี้ยงเด็กเล็กให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ส่งเสริมระเบียบการลาคลอดเป็น 120 วัน สนับสนุนสวัสดิการค่าใช้จ่ายการเลี้ยงดูบุตรและการหักภาษีที่มากกว่าปัจจุบัน

ความต้องการการสนับสนุนให้มี สมดุลชีวิตการทำงานและชีวิตครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างระบุถึงความต้องการในการสนับสนุนให้มีสมดุลชีวิตการทำงานและชีวิตครอบครัวใน 5 ด้าน ประกอบด้วย

ด้านความยืดหยุ่นในการทำงาน กลุ่มตัวอย่างต้องการการสนับสนุนมากจนถึงมากที่สุด ใน 3 อันดับแรก ได้แก่ การเพิ่มสวัสดิการที่พักอาศัย/แฟลตเพื่อเอื้อต่อการทำงานและประหยัดค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 67.9 และ 25.4) การให้สิทธิ์

ในการโอนย้ายเพื่อติดตามครอบครัวหรือดูแลบุพการี (ร้อยละ 63.8 และ 25.8) และการให้สิทธิ์การลาเพื่อไปรักษาภาวะมีบุตรยากซึ่งต้องใช้เวลาหลายครั้ง (ร้อยละ 56.3 และ 28.8)

ด้านส่งเสริมการเลี้ยงดูบุตร กลุ่มตัวอย่างต้องการการสนับสนุนมากจนถึงมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การเพิ่มพื้นที่สีเขียวปลูกต้นไม้ให้ร่มเงาที่นำอยู่เด็กได้วิ่งเล่น (ร้อยละ 72.5 และ 22.1) การมีห้องเด็กเล่น/สนามเด็กเล่นในร่มที่ปลอดภัย เพื่อนำบุตรมาที่ทำงานช่วงที่เด็กปิดเทอมและไม่มีคนดูแลที่บ้าน (ร้อยละ 70.0 และ 25.0) และการให้สิทธิ์การลา 15 วันของสามีเพื่อช่วยเลี้ยงดูบุตรหลังคลอด ควรครอบคลุมพนักงานและลูกจ้างชั่วคราวของกรมอนามัย (ร้อยละ 68.8 และ 24.2)

ด้านการดูแลพ่อแม่ที่ชราภาพหรือเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างต้องการการสนับสนุนมากจนถึงมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ สนับสนุนการลาเพื่อกลับไปดูแลพ่อแม่ยามเจ็บป่วย (ร้อยละ 75.8 และ 20.4) มีสวัสดิการ/กองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์พ่อแม่ที่เสียชีวิต (ร้อยละ 75.8 และ 19.6) และมีสวัสดิการของเยี่ยมไข้พ่อแม่ที่เข้าโรงพยาบาล (ร้อยละ 72.1 และ 21.7)

ด้านการสร้างรายได้ กลุ่มตัวอย่างต้องการการสนับสนุนมากจนถึงมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ จัดกิจกรรมสร้างรายได้ในหน่วยงาน เช่น การตั้งกลุ่มไลน์ขายของ/ปลูกผักสวนครัวขาย นำเงินเข้าสวัสดิการ/จัดตลาดนัดประจำเดือนเพื่อขายของ (ร้อยละ 61.7 และ 29.2) จัดตั้งสหกรณ์/ร้านค้าสวัสดิการเพื่อส่งเสริมการสร้างรายได้และลดรายจ่าย (ร้อยละ 55.8 และ 32.1) และการออกหน่วยให้บริการนอกสถานที่สร้างรายได้ใช้เป็นกองทุนสวัสดิการให้บุคลากร (ร้อยละ 54.2 และ 35.4)

ด้านการสงเคราะห์บุตร กลุ่มตัวอย่างต้องการการสนับสนุนมากจนถึงมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ มีทุนการศึกษา/รางวัลเรียนดี (ร้อยละ 68.8 และ 25.8) จัดสรรค่าไถ่จากสหกรณ์กรมอนามัย เพื่อเป็นสวัสดิการกู้ยืมด้านการศึกษาแก่สมาชิก (ร้อยละ 62.9 และ 27.5) และมีสวัสดิการเงินยืม/กู้เงินเพื่อการศึกษาของกรมอนามัย (ร้อยละ 61.3 และ 26.7) ดังตารางที่ 4

แนวปฏิบัติที่ดีเพื่อขับเคลื่อนการจัดการสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัว
กลุ่มตัวอย่างให้ข้อเสนอแนะแนวปฏิบัติที่ดีต่อการขับเคลื่อนการจัดการว่าควรมีการประกาศเป็นนโยบายสาธารณะจากส่วนกลางที่ชัดเจนเพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกัน (ร้อยละ 81.2) รองลงมาคือ ควรจัดให้มีเวทีประชาคมสร้าง

การรับรู้และมีส่วนร่วมของบุคลากรในกรมอนามัย (ร้อยละ 53.4) และควรมีการสั่งการจากผู้บริหารสูงสุดของกรมอนามัยไปยังผู้บริหารทุกหน่วยงานให้ถือปฏิบัติ (ร้อยละ 44.0) ตามลำดับ ทั้งนี้ควรจัดลำดับความสำคัญของบางประเด็นที่สามารถดำเนินการได้ทันที เช่น ลดค่าบริการสถานเลี้ยงดูเด็กลงครึ่งหนึ่ง จัดห้องพักสำหรับการรวมตัวของเด็กที่ติดตามพ่อแม่มาที่ทำงานช่วงปิดเทอม ส่งเสริมการสร้างรายได้ในหน่วยงาน ปรับแก้ไขระเบียบการให้สิทธิการลาของสามีที่ครอบคลุมพนักงานและลูกจ้างชั่วคราว

แนวปฏิบัติที่ดีเพื่อขับเคลื่อนการจัดการสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัว กรมอนามัย สรุปดังแผนผังที่ 1

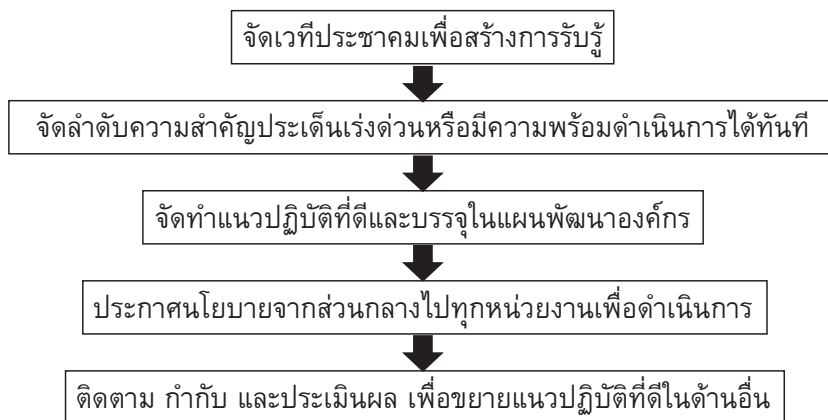
ตารางที่ 4 ความต้องการการสนับสนุนให้มีสมดุลชีวิตการทำงานและชีวิตครอบครัว

ความต้องการการสนับสนุนสมดุลชีวิตงานกับชีวิตครอบครัว	ร้อยละ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านความยืดหยุ่นในการทำงาน					
1. การนำงานกลับมาทำที่บ้าน/การทำงานที่บ้าน ลดชั่วโมงการทำงาน	33.8	21.3	26.3	9.2	9.6
2. ประชุมออนไลน์ที่บ้านแทนการเข้าประชุมที่ทำงานกรณีที่ไม่เร่งด่วน	40.0	31.7	17.5	6.7	4.2
3. ขยายชั่วโมงการทำงานเพื่อเพิ่มวันหยุด	25.8	18.8	29.6	16.3	9.6
4. สลับเวรอยู่เลยเข้าในคนหลังคลอดจนกว่าบุตรจะอายุครบ 1 ปี	36.3	30.4	24.2	6.7	2.5
5. ให้สิทธิในการออกนอกสถานที่ตามสมัครใจในรายได้ที่ตั้งครุภ	43.3	34.6	16.7	4.6	0.8
6. ให้สิทธิในการโอนย้ายเพื่อติดตามครอบครัวหรือดูแลบุพการี	63.8	25.8	8.3	1.8	0.8
7. เพิ่มสวัสดิการที่พักอาศัย/แฟลตเพื่อเอื้อต่อการทำงานและประหยัดค่าใช้จ่าย	67.9	25.4	5.0	0.8	0.8
8. ให้สิทธิการลาเพื่อไปรักษาภาวะมีบุตรยากซึ่งต้องใช้เวลาหลายครั้ง	56.3	28.8	12.9	0.8	1.3
ด้านส่งเสริมการเลี้ยงดูบุตร					
1. สิทธิการลา 15 วันของสามีเพื่อช่วยเลี้ยงดูบุตรหลังคลอด ควรครอบคลุมพนักงานและลูกจ้างชั่วคราวของกรมอนามัย	68.8	24.2	7.1	0	0
2. ทุกหน่วยงานควรมีห้องปั้มนมแม่/ตู้เย็นเก็บน้ำนม ที่ปลีกเวลาไปปั้มนมได้	65.4	26.3	7.1	1.3	0
3. สนับสนุนให้มีสถานเลี้ยงเด็กอ่อน (Nursery) และเด็กเล็ก (Daycare) ในทุกหน่วยงาน	63.8	28.3	6.7	0.8	0.4
4. ให้บริการ Nursery/Daycare ฟรีหรือลดค่าใช้จ่ายลงครึ่งหนึ่ง เพื่อเป็นสวัสดิการแก่บุคลากร	67.9	27.1	3.8	0.8	0.4

ตารางที่ 4 ความต้องการการสนับสนุนให้มีสมดุลชีวิตการทำงานและชีวิตครอบครัว (ต่อ)

ความต้องการการสนับสนุนสมดุลชีวิตงานกับ ชีวิตครอบครัว	ร้อยละ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
5. มีห้องเด็กเล่น/สนามเด็กเล่นในร่มที่ปลอดภัย เพื่อนำบุตรมาที่ทำงาน ช่วงที่เด็กปิดเทอมและไม่มีคนดูแลที่บ้าน	70.0	25.0	4.2	0.8	0
6. เพิ่มพื้นที่สีเขียวปลูกต้นไม้ให้ร่มเงาที่นำอยู่เด็กได้วิ่งเล่น	72.5	22.1	4.6	0.4	0.4
ด้านการดูแลพ่อแม่ที่ชราภาพหรือเจ็บป่วย					
1. มี Daycare เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้เป็นสวัสดิการให้กับ บุคลากร	66.3	27.1	5.4	1.3	0
2. สนับสนุนการลาเพื่อกลับไปดูแลพ่อแม่ยามเจ็บป่วย	75.8	20.4	3.3	0.4	0
3. มีสวัสดิการ/กองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์พ่อแม่ที่เสียชีวิต	75.8	19.6	4.2	0.4	0
4. มีสวัสดิการของเยี่ยมไข้พ่อแม่ที่เข้าโรงพยาบาล	72.1	21.7	5.4	0.4	0.4
ด้านการสร้างรายได้					
1. จัดกิจกรรมสร้างรายได้ในหน่วยงาน เช่น การตั้งกลุ่มไลน์ขายของ/ ปลูกผักสวนครัวขายนำเงินเข้าสวัสดิการ/จัดตลาดนัดประจำเดือนเพื่อขายของ	61.7	29.2	6.7	0.8	1.7
2. การออกหน่วยให้บริการนอกสถานที่สร้างรายได้ใช้เป็นกองทุน สวัสดิการให้บุคลากร	54.2	35.4	7.1	1.3	2.1
3. จัดตั้งชมรมออมเงินในหน่วยงาน	50.4	30.4	13.3	2.5	3.3
4. จัดตั้งสหกรณ์/ร้านค้าสวัสดิการเพื่อส่งเสริมการสร้างรายได้และลดรายจ่าย	55.8	32.1	8.8	0.8	2.8
ด้านการสงเคราะห์บุตร					
1. มีสวัสดิการเงินยืม/กู้เงินเพื่อการศึกษาของกรมอนามัย	61.3	26.7	11.3	0.4	0.4
2. มีทุนการศึกษา/รางวัลเรียนดี	68.8	25.8	4.2	0.8	0.4
3. จัดสรรกำไรจากสหกรณ์กรมอนามัย เพื่อเป็นสวัสดิการกู้ยืมด้านการศึกษา แก่สมาชิก	62.9	27.5	7.9	1.3	0.4

แผนผังที่ 1 แนวปฏิบัติที่ดีเพื่อจัดสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัว กรมอนามัย



■ อภิปรายผล

ผลการศึกษาศถานการณ์และแนวปฏิบัติที่ดีเพื่อจัดสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัวพบว่า บุคลากรกรมอนามัยมีความต้องการการสนับสนุนใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความยืดหยุ่นในการทำงาน ด้านส่งเสริมการเลี้ยงดูบุตร ด้านการดูแลพ่อแม่ที่ชราภาพ ด้านการสร้างรายได้ และด้านการสงเคราะห์บุตร สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ และกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ^(10, 17) ที่ระบุว่า ควรส่งเสริมให้หน่วยงานมีความยืดหยุ่นในการทำงาน สนับสนุนให้มีการดูแลเด็กและผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้พนักงานสามารถลางาน ทั้งตามสิทธิที่ระบุในกฎหมายและที่เป็นนโยบายหรือระเบียบขององค์กรที่กำหนดขึ้น ด้านความต้องการด้านความยืดหยุ่นในการทำงาน สอดคล้องกับบริษัทเอกชน⁽¹⁸⁻²²⁾ ที่พบว่า พนักงานส่วนใหญ่ต้องการความยืดหยุ่นในการทำงานและการทำงานจากที่บ้านโดยไม่จำเป็นต้องเข้าบริษัท มีนโยบายการดูแลครอบครัวพนักงาน เช่น บริษัท Amazon กำหนดโปรแกรม Amazon FamilyFlex ที่พนักงานกำหนดตารางการทำงานของตนเองได้ พนักงานสามารถลงทะเบียนกับศูนย์ดูแลเด็ก การเข้าถึงบริการให้คำปรึกษาผ่านวิดีโอคอล เรื่องการสร้างครอบครัวและอนามัยเจริญพันธุ์ นโยบาย “วันหยุด เลือกลงได้” โดเนใจพนักงาน โดยพนักงานสามารถจัดวันหยุดเองได้ เพื่อให้มีเวลาสำหรับครอบครัวเพิ่มขึ้น ปัจจุบันมีแนวโน้มเรื่องการยืดหยุ่นเวลาการทำงานของพนักงาน “Chrono-working” โดยพนักงานสามารถจัดการเวลาทำงานให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนเอง ซึ่งจะทำให้พนักงานมีความสุขในชีวิต และส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน ความต้องการด้านส่งเสริมการเลี้ยงดูบุตร โดยเสนอให้มีสถานเลี้ยง

เด็กเล็ก ห้องปัมมม ซึ่งสอดคล้องกับบริษัทเอกชน⁽²³⁻²⁵⁾ ที่สนับสนุนให้บุคลากรสามารถนำบุตรมาเลี้ยงดูที่ทำงานอย่างใกล้ชิด ควบคู่ไปกับการทำหน้าที่ของตนได้โดยไม่ต้องออกจากงาน พนักงานลาคลอดได้เป็นหกเดือน รับเงินเดือนเต็ม สร้างห้องเลี้ยงเด็ก เพื่อให้พ่อแม่ได้ดูแลลูก นอกจากนี้จะช่วยให้ครอบครัวมีความพร้อมทั้งรายได้ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และสนับสนุนการมีบุตรหรือมีบุตรเพิ่มได้อย่างมีคุณภาพต่อไป ความต้องการด้านการดูแลพ่อแม่ที่ชราภาพ สอดคล้องกับบริษัทเอกชน⁽²⁶⁻²⁹⁾ ที่พบว่า พนักงานอยู่ในกลุ่ม “แซนด์วิช” ซึ่งต้องดูแลเด็กและพ่อแม่หรือญาติที่แก่ชราในครอบครัว จึงมีการปรับสวัสดิการเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลครอบครัวของพนักงาน เช่น การเพิ่มวันลาคลอดจาก 18 สัปดาห์ เป็น 24 สัปดาห์ การเพิ่มวันลาดูแลบุตรจาก 12 สัปดาห์ เป็น 18 สัปดาห์ พนักงานสามารถลาเพื่อดูแลครอบครัว สามารถลาเพื่อช่วยภรรยาเลี้ยงดูบุตรได้สูงสุด 10 วัน โดยได้รับค่าจ้างตามปกติ การให้ลางานโดยได้รับค่าตอบแทนจะส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี ความรักองค์กรและการคงอยู่ของบุคลากรในองค์กร สอดคล้องกับรายงานของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ⁽³⁰⁾ ในเรื่อง Sandwich Generation กับการดูแลคนหลายรุ่นของประชาชนไทย โดยได้เสนอแนวทางในการลดภาระที่จะเกิดขึ้นกับครัวเรือน คือ 1) การส่งเสริมทักษะทางการเงินตั้งแต่ก่อนวัยเกษียณ 2) การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีงานทำสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการทำงาน 3) การใช้บริการผู้ช่วยดูแลและเทคโนโลยีในการดูแลสมาชิกในครัวเรือน และ 4) การสนับสนุนศูนย์ดูแลเด็กและผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาโดยธนาคารแห่งประเทศไทย⁽³¹⁾ เรื่องสังคมสูงวัยกับความท้าทาย

ของตลาดแรงงานไทย พบว่าแรงงานจะเริ่มออกจากตลาดตั้งแต่อายุ 45 ปี สาเหตุหลักที่ตัดสินใจออกจากตลาดแรงงานเนื่องจากมีภาระดูแลสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการหารายได้และความมั่นคงทางการเงิน ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่การออกแบบนโยบาย จะต้องพิจารณาปัจจัยด้านครอบครัวของผู้มีงานทำ เนื่องจากภาวะสังคมสูงวัยนั้น ส่งผลทางอ้อมต่อการทำงานของแรงงานวัยทำงานในปัจจุบัน ความต้องการด้านการสงเคราะห์บุตร มีความสอดคล้องกับบริษัทเอกชน⁽³²⁾ ที่ได้มีการจัดตั้ง “กองทุนเงินยืม” เมื่อพนักงานเผชิญวิกฤติครอบครัว สามารถยื่นเรื่องเพื่อขอรับเงินยืม และนำมาใช้คืนผ่านการหักรายเดือน โดยไม่ต้องเสียดอกเบี้ย ความต้องการด้านการสร้างรายได้และการสงเคราะห์บุตร เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้คนที่เป็นโสดไม่ยอมแต่งงานและไม่อยากมีบุตร เพราะรายได้ไม่พอใช้จ่าย ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเรื่องการรับมือกับอัตราการเจริญพันธุ์ต่ำในประเทศไทย โดย สรภพ เกียรติพงษ์สาร และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่ระบุถึงสาเหตุที่คนไทยอยู่เป็นโสด มาจากความไม่พร้อมที่จะรับผิดชอบเลี้ยงดูครอบครัวและมีบุตร และยังพบว่าการไม่มีบุตรหรือไม่มีบุตรเพิ่ม มีสาเหตุจากค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตรสูงเกินไป และต้องดูแลครอบครัวและ/หรือคนในอุปการะของตนเอง

ผลการศึกษาการรับรู้ของบุคลากรต่อสถานการณ์ปัญหาการเกิดที่ลดลงและต้องมีการจัดการแก้ไข พบว่าสอดคล้องกับ (ร่าง) วาระแห่งชาติประเด็นส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ⁽³³⁾ ซึ่งได้ให้ความสำคัญในประเด็นการส่งเสริมนโยบายสถานที่ทำงานเป็นมิตรกับครอบครัว ทั้งสถานประกอบการ/หน่วยงานของทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น โครงการ Anywhere can work รวม

ถึงสนับสนุนให้มีการปรับเวลาและรูปแบบในการทำงานให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น และส่งเสริมการจัดตั้งสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยอายุต่ำกว่า 6 ปี โดยเน้นให้การดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี พร้อมทั้งพิจารณาการจัดบริการในรูปแบบความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐและเอกชน (Public - Private Partnerships) การผลักดันกฎหมายขยายระยะเวลาในการหยุดงานเพื่อลาคลอดและเลี้ยงดูบุตร โดยได้รับและไม่ได้รับค่าจ้าง การผลักดันการออกกฎหมายเพิ่มสิทธิการลาในการเลี้ยงดูบุตรของพ่อ การผลักดันการออกกฎหมายคุ้มครองแรงงานและสิทธิของแรงงานในการมีบุตร เพื่อป้องกันการกีดกันจากนายจ้างในกรณีที่ลูกจ้างเตรียมตัวจะมีบุตร และสนับสนุนให้ลูกจ้างสามารถใช้การลาหยุดงานเพื่อไปรับบริการดูแลรักษาภาวะมีบุตรยากได้

การศึกษาค้นคว้านี้ได้ผลตามวัตถุประสงค์ เพราะใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานแบบมีขั้นตอน (Sequential Mixed-methods study) สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทราวดี มากมี⁽³⁴⁾ และวัลนิกา ฉลากบาง⁽³⁵⁾ เรื่องการออกแบบการวิจัยแบบผสมผสาน ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในระยะที่หนึ่ง และสรุปประเด็นเพื่อใช้พัฒนาแบบสอบถามความต้องการของบุคลากรในการจัดสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัวในระยะที่สอง ซึ่งมีความสำคัญที่ทำให้สามารถตอบคำถามการวิจัยได้อย่างชัดเจนและลึกซึ้ง มากกว่าการวิจัยเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพวิธีใดวิธีหนึ่ง ก่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจในประเด็นที่ศึกษาได้อย่างกว้างขวางลุ่มลึก และสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันของประเทศ เนื่องจากผลการวิจัยทำให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ใช้พัฒนาแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณที่สรุปผลทางตัวเลขที่ชัดเจน นอกจากนี้การใช้รูปแบบการ

วิจัยที่ผสมผสานจะเพิ่มความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง และเป็นการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีวิทยา ที่ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในผลงานวิจัยมากขึ้น

การศึกษาการจัดสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัวในครั้งนี้ เป็นการศึกษาในร่องในกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานภาครัฐ โดยในประเทศไทยยังมีการศึกษาในหน่วยงานภาครัฐค่อนข้างน้อยมาก เมื่อเปรียบเทียบกับ การดำเนินงานในหน่วยงานภาคเอกชน ผลการศึกษาในครั้งนี้ จึงมีข้อจำกัดที่จะนำไปใช้กับหน่วยงานอื่น เนื่องจากหน่วยงานภาครัฐมีลักษณะงานที่แตกต่างกัน เช่น การอยู่เวร การออกพื้นที่ในเทศงานหรือเดินทางไปราชการต่างจังหวัด ดังนั้น การนำผลการศึกษามาจัดสถานที่ทำงานที่มีมิตรกับครอบครัวในครั้งนี้ไปใช้ จะต้องประยุกต์ให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานนั้นๆ ต่อไป

■ สรุป

การศึกษาสถานการณ์ ความต้องการ และแนวปฏิบัติที่ดีเพื่อจัดการสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัว พบว่า บุคลากรกรมอนามัย มีความต้องการการสนับสนุนใน 5 ด้าน ได้แก่ ความยืดหยุ่นในการทำงาน การเลี้ยงดูบุตร การดูแลพ่อแม่ที่ชราภาพหรือเจ็บป่วย การสร้างรายได้ และการสงเคราะห์บุตร ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าว สอดคล้องกับแนวทางการสร้างสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัว (Family friendly workplace) ของ UNICEF และ ILO และยังสอดคล้องกับการดำเนินงานในองค์กรภาคเอกชนหลายแห่ง การศึกษานี้ยังพบว่าศูนย์อนามัยแต่ละแห่งมีแนวปฏิบัติที่ดีให้กับบุคลากรแตกต่างกันไป ซึ่งสามารถถอดบทเรียนเพื่อ

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และนำผลการศึกษามากำหนดเป็นนโยบายของกรมอนามัย เพื่อขับเคลื่อนการสนับสนุนให้สถานที่ทำงานในสังกัดมีความเป็นมิตรกับครอบครัว ดำเนินการกำกับติดตามการดำเนินงานตามนโยบายอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของนโยบาย และสามารถเป็นต้นแบบนำไปขยายผลในการจัดสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัว สำหรับหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนอื่นๆ ทั้งนี้เพื่อเอื้อต่อคนวัยทำงานให้มีความสมดุลของชีวิตและการทำงาน เป็นปัจจัยเชิงบวกต่อการวางแผนที่จะสร้างครอบครัวและมีบุตร รองรับภาวะสังคมสูงวัย นอกจากนี้ยังเป็นการสนับสนุนนโยบายส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตที่มีคุณภาพที่กำลังเป็นวาระเร่งด่วนของชาติในปัจจุบัน

■ ข้อเสนอแนะ

● ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ส่งเสริมการสร้างความเข้าใจและตระหนักของคนในสังคมต่อปัญหาการลดลงของจำนวนประชากรที่มาจากอัตราการเจริญพันธุ์ที่ต่ำลง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาคการทดแทนกำลังคนเพื่อการพัฒนาประเทศในทุกๆ ด้าน

2. ส่งเสริมการจัดการสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัว ทั้งในหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน โดยกำหนดเป็นนโยบายที่มุ่งเน้นการสนับสนุนการสร้างสมดุลของชีวิตและการทำงาน เพื่อเอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของพนักงานรวมทั้งสมาชิกในครอบครัว

3. กำหนดแนวทางการกำกับ ติดตาม และประเมินผลนโยบายการจัดการสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัว และมีการปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมและความต้องการของบุคลากรในองค์กรที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่าง

ต่อเนื่อง

4. นำผลการศึกษาเสนอต่อที่ประชุม คณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ อนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และมีกรรมการจากภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ผู้แทนองค์กรภาคเอกชน และภาควิชาการ ได้ร่วมกัน พิจารณาข้อเสนอและกำหนดให้การจัดสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัว เป็นนโยบาย สนับสนุนให้หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนได้นำไปประยุกต์และขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติต่อไป

● ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

กรมอนามัยสามารถกำหนดนโยบายการจัดสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัว โดยผู้บริหารควรสั่งการให้ทุกหน่วยงานในสังกัดดำเนินการ ดังนี้

1. ด้านความยืดหยุ่นในการทำงาน อนุญาตให้ทำงานจากที่บ้าน การประชุมออนไลน์ และลาไปทำธุระที่จำเป็นได้ การสลับเวรหรือหาคนทดแทน โดยไม่กระทบกับระเบียบราชการ และหน้าที่การงาน

2. ด้านส่งเสริมการเลี้ยงดูบุตร เพิ่มพื้นที่สำหรับเด็ก จัดให้มีห้องเด็กเล่น มุมนมแม่ และสนามเด็กเล่นที่ปลอดภัย ให้สวัสดิการลดค่าบริการสถานเลี้ยงดูเด็กแก่บุคลากรในหน่วยงาน

3. ด้านการดูแลพ่อแม่ที่เจ็บป่วย สนับสนุนการลาเพื่อกลับไปดูแลพ่อแม่ยามเจ็บป่วย มีสวัสดิการ/กองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์พ่อแม่ที่เสียชีวิต และมีสวัสดิการของเยี่ยมไข้พ่อแม่ที่เข้าโรงพยาบาล

4. ด้านการสร้างรายได้ สนับสนุนการจัดกิจกรรมสร้างรายได้ในหน่วยงาน เช่น การตั้งกลุ่มไลน์ขายของ/ปลูกผักสวนครัวขายนำเงินเข้าสวัสดิการ จัดตลาดนัดประจำเดือนเพื่อขายของ การจัดตั้งสหกรณ์/ร้านค้าสวัสดิการเพื่อส่งเสริม

การสร้างรายได้และลดรายจ่าย และการออกหน่วย ให้บริการนอกสถานที่สร้างรายได้ใช้เป็นกองทุนสวัสดิการให้บุคลากร

5. ด้านการสงเคราะห์บุตร จัดตั้งกองทุนสวัสดิการในหน่วยงาน ประสานความร่วมมือไปยังสหกรณ์ของกรมอนามัย เพื่อให้มีการปรับสวัสดิการด้านการศึกษา สนับสนุนทุนการศึกษา/รางวัลเรียนดี สวัสดิการกู้ยืมด้านการศึกษาแก่สมาชิก

● ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. สนับสนุนการศึกษาวิจัยในหน่วยงานภาครัฐให้มากขึ้น ทั้งหน่วยงานในสังกัดส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค

2. สนับสนุนให้มีการจัดการความรู้ โดยการถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อหาองค์กรต้นแบบที่ดี ตลอดจนการศึกษาวิจัยและปัญหา/อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการจัดสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัว

3. สนับสนุนการศึกษาวิจัยประเมินผล การจัดสถานที่ทำงานที่เป็นมิตรกับครอบครัว

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการศูนย์และบุคลากรของศูนย์อนามัยทั้ง 12 ศูนย์เขต และสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ความอนุเคราะห์ สนับสนุนการเก็บข้อมูล และตอบแบบสอบถาม สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาและปรับปรุงแก้ไข จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จเรียบร้อยด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์. รายงานประจำปี 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 14 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://rh.anamai.moph.go.th/th/department-yearly-report/download/?did=212085&id=100907&reload=>
2. United Nations. World Population Prospect 2019 [Internet]. 2019 [cited 2023 Nov 17]. Available from: <https://population.un.org/wpp2019/>.
3. กรมอนามัย สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์. สถานการณ์คาดประมาณประชากรไทย. เอกสารประกอบการประชุมคณะอนุกรรมการที่ปรึกษาวิชาการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และประชากร ครั้งที่ 1/พ.ศ. 2565. มปท.; 2564.
4. ปราโมทย์ ประสาทกุล. สถานการณ์และแนวโน้มผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556-2573 [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 14 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://ltc-older.dop.go.th/download/knowledge/knowledge_th_20160106135752_1.pdf.
5. กรมอนามัย สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์. ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560-2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เทพพิชญานิสัย; 2560.
6. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (นิด้า). NIDA Poll: ผลการสำรวจ มีลูกกันเถอะนะ [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 14 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://nidapoll.nida.ac.th/survey_detail?survey_id=658.
7. สำนักงานสภาพัฒนาการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว (พ.ศ. 2565-2580) [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nesdc.go.th/ewt_w3c/ewt_dl_link.php?nid=13500.
8. สำนักงานสภาพัฒนาการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ.2566-2570) [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nesdc.go.th/main.php?filename=plan13>.
9. กรมอนามัย สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2560.
10. International Labor Organization (ILO). Work and family: Creating a family-friendly workplace [Internet]. 2019 [cited 2023 Nov 14]. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/briefingnote/wcms_410189.pdf.
11. UNICEF. Family-Friendly workplaces: Policies and practices to advance decent work in global supply chain [Internet]. 2019 [cited 2023 Nov 14]. Available from: <https://www.unicef.org/indonesia/media/7046/file/Family-friendly%20workplaces.pdf>.
12. สำนักสนับสนุนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว. รายงานการวิจัยโครงการพัฒนาเครือข่ายองค์กรและสถานประกอบการที่เป็นมิตรต่อเด็กและครอบครัวภายใต้การดำเนินงานของสำนักสนับสนุนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; ม.ป.ป.
13. กองการเจ้าหน้าที่ กรมอนามัย. การประเมินความสุข (Happinometer) สำหรับบุคลากร และการประเมินสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index, HPI) กรมอนามัย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://person.anamai.moph.go.th/th/pa413/download?id=104585&mid=37749&mkey=m_document&lang=th&did=30909.
14. สรภพ เกียรติพงษ์สาร, ลักษิกา อุดมศรีสำราญ, ราวีณา ปาวา, พลากร ดวงเขต, ปภาวี ไชยรักษ์. บทวิเคราะห์เรื่องอัตราการเจริญพันธุ์ต่ำ ชุดโครงการการเจริญพันธุ์และสุขภาวะ. มปท.; 2563.
15. กรมอนามัย กองการเจ้าหน้าที่. ข้อมูลอัตรากำลังบุคลากรที่สังกัดหน่วยงานระดับศูนย์เขตทั้ง 15 แห่ง. มปท.; 2566
16. Lemeshow S, Hosmer DW. Jr, Klar J, Lwanga SK. Adequacy of sample size in health studies. West Sussex: John Wiley & Sons; 1990.

17. UNICEF. EAP Handbook on Family-Friendly Policies [Internet]. 2020 [cited 2023 Nov 17]. Available from: <https://www.unicef.org/mongolia/media/3666/file/Family-friendly%20policies.pdf>.
18. Amazon. อเมซอน ดูแลครอบครัวพนักงานอย่างไร –เรื่องที่คุณส่วนใหญ่ไม่รู้ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.aboutamazon.com/workplace/employee-benefits>.
19. Family-Friendly Workplace. โบว์เบเกอรี่เฮาส์ “วันหยุดเลือกได้” โดนใจพนักงาน [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ffwthailand.net/2024/07/23/bow-bakery/>.
20. ลอริอัล แคนาดา. เอกชนเพื่อชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.benefitscanada.com/>
21. Benefits Canada. Survey finds employees seeking more control over workday through flexible hours, remote working [Internet]. 2023 [cited 2024 Aug 18]. Available from <https://www.benefitscanada.com/news/bencan/survey-finds-employees-seeking-more-control-over-workday-through-flexible-hours-remote-working/>
22. Roe B. Chronoworking Is A Workplace Trend We Can Get Behind [Internet]. 2024 [cited 2024 Aug 15]. Available from: <https://www.women.com/1615485/chronoworking-workplace-trend-explained/>
23. Family-Friendly Workplace. คุณพ่อลาดูแลลูกหลังคลอด ประสบการณ์ดีๆ ที่ “ไทยพีบีเอส” [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ffwthailand.net/2023/08/15/thaipbs/>
24. Family-Friendly Workplace. “Well-being คือชุมพลัง-ความคิดสร้างสรรค์” วิสัยทัศน์ รวิศ หาญอุตสาหะ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ffwthailand.net/interview/well-being/>
25. มูลนิธิกระจกเงา. พื้นที่ซัพพอร์ตให้สามารถทำงานได้ โดยไม่สูญเสียหน้าที่ความเป็นพ่อแม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2523 [เข้าถึงเมื่อ 20 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.facebook.com/mirrorf/post/พื้นที่ซัพพอร์ตให้สามารถทำงานได้-โดยไม่สูญเสียหน้าที่ความเป็นพ่อแม่-เมื่อหลายเดือน/695840755923915/>
26. กูเกิล. ปรับสิทธิประโยชน์ ตอบโจทย์ “เจนแซนด์วิช” [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.google.com/about/careers/applications/benefits/>
27. Family-Friendly Workplace. Yuedpao ประกาศสิทธิประโยชน์พนักงาน LGBTQ+ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 14 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ffwthailand.net/2024/06/11/lgbtq-yuedpao/>.
28. Tilson. 2024 Benefits Trend [Internet]. 2023 [cited 2024 Aug 18]. Available from: <https://www.tilsonhr.com/wp-content/uploads/2023/09/2024-Benefits-Trends.pdf>
29. Maven. Maven’s State of Women’s and Family Health Benefits 2024 [Internet]. 2023 [cited 2024 Aug 14]. Available from <https://www.mavenclinic.com/reports/annual-maven-fertility-report>
30. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. Sandwich Generation กับการดูแลคนหลายรุ่น สภาพัฒนา - ภาวะสังคมไทย ไตรมาส 1 ปี 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=5491.
31. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สังคมสูงวัยกับความท้าทายของตลาดแรงงานไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1614761244-457_0.pdf.
32. Family-Friendly Workplace. Twin Lotus นครศรีฯ เสริม “กองทุนเงินยืม” เพื่อพนักงานและครอบครัว [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ffwthailand.net/2022/01/26/financial-support/>.
33. บุญฤทธิ์ สุจริตณ์, บรรณาธิการ. ร่างวาระแห่งชาติประเด็นส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ. การประชุมคณะกรรมการพัฒนาอำนวยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ครั้งที่ 2/2566; วันที่ 25 ธันวาคม 2566; ห้องประชุม 2 อาคาร 1 ชั้น 2 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักอำนวยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย; 2566.
34. ภัทราวดี มากมี. การออกแบบการวิจัยสำหรับการวิจัยแบบผสมผสาน. วารสารสมาคมนักวิจัย 2559;21(2):19-31.
35. วิลนิกา ฉลากบาง. การวิจัยแบบผสมผสาน. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม 2560;7(2):124-32.

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังชุมชนต่อความผาสุก และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี

สำราญ เจริญผล

อุไรรัชต์ บุญแท้

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

วันรับ 27 สิงหาคม 2567, วันแก้ไข 30 ตุลาคม 2567, วันตอบรับ 6 พฤศจิกายน 2567

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี (2) สร้างและพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังชุมชนต่อความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี (3) ประเมินประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังชุมชนฯ ดำเนินการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี ด้วยแบบประเมินและแบบสัมภาษณ์ความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังชุมชนต่อความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี โดยผู้วิจัยนำผลการวิจัยจากขั้นตอนที่ 1 มาวางรูปแบบ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างพลังชุมชน ของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นรูปแบบ PHETCHARA Model และแบบประเมินความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพ และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ขั้นตอนที่ 4 ประเมินประสิทธิผลของการเสริมสร้างพลังชุมชนต่อความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจากระยะที่ 3 จำนวน 60 คนหลังจากสิ้นสุดการทดลองแล้ว ประเมินรูปแบบการพัฒนาจากกลุ่มทดลอง โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุมีความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง 2) รูปแบบการเสริมสร้างความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี คือ PHETCHARA Model ประกอบด้วย (1) P:Phetchaburi/Personal (2) H:Health Behavior (3) E:Empowerment/Elderly (4) T:Team/Technology (5) C:Community (6) H:Happiness (7) A:Activity (8) R:Reflection (9) A:Active Aging หลังใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังชุมชน ค่าคะแนนเฉลี่ยความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.01, 0.03$ ตามลำดับ) ผลการประเมินรูปแบบการพัฒนาพบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ พลังชุมชน ความผาสุก พฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุ

Development of the Community Empowerment to Well-Being and Health Behaviors of the Elderly in Phetchaburi Province

Samran Charoenphon

Urairach Boontae.

Phetchaburi Provincial Public Health Office

Received 27 August 2024, Revised 30 October 2024, Accepted 6 November 2024.

Abstract

The objectives of this research and development were (1) to study Well-Being and Health Behaviors of the elderly in Phetchaburi Province (2) to develop the pattern of the Community Empowerment for the elderly in Phetchaburi Province and (3) to study the Community Empowerment to Well-Being and Health Behaviors of the Elderly in Phetchaburi Province. The research was divided into 4 steps including: 1) survey of Well-Being and Health Behaviors for the elderly in Phetchaburi Province. The research instrument used was a questionnaire and in-depth interviews. Data analysis included percentages, means, standard deviations; 2) developing of the Community Empowerment to Well-Being and Health Behaviors of the Elderly in Phetchaburi Province. The researcher used the findings from the first step to develop Community Empowerment to Well-Being and Health Behaviors of the Elderly in Phetchaburi Province model namely PHETCHARA Model 3) Study the effectiveness of the PHETCHARA Model. Sample was 60 elderly. The research instruments were the PHETCHARA Model, and the questionnaire Well-Being and Health Behaviors. Data were analyzed by correlation coefficient testing using Pearson correlative and 4) Evaluate effectiveness of the Community Empowerment to Well-Being and Health Behaviors of the Elderly in Phetchaburi Province by Satisfaction Survey. The results revealed as follows; 1) Overall, the elderly in Phetchaburi Province. had Well-Being and Health Behaviors at moderate level 2) The PHETCHARA Model included (1) P:Phetchaburi/Personal (2) H:Health Behavior (3) E:Empowerment/Elderly (4) T:Team/Technology (5) C:Community (6) H:Happiness (7) A:Activity (8) R:Reflection (9) A:Active Aging. After using the PHETCHARA Model, the experimental group had higher Well-Being and Health Behaviors level than before using the model and higher than control group with statistical significance at 0.05 ($p=0.01, 0.03$). Effective of model at very good level.

Keywords: model development, Community Empowerment, Well-being, health behavior, elderly

■ บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัย (Aging society) เนื่องจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุได้มีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งในเชิงขนาดและสัดส่วน โดยในปี พ.ศ. 2565 มีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 19 และคาดว่าจะในปี พ.ศ. 2574

ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) คือ มีประชากรผู้สูงอายุถึงร้อยละ 28⁽¹⁾ ในวัยสูงอายุมีปัญหาความเสื่อมถอยของสภาพร่างกายและจิตใจสะสมมาอย่างต่อเนื่องตามอายุที่เพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อ

ต่อวิถีชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม ทำให้ต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัว ในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ รู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย กังวลถึงความตายที่ใกล้เข้ามา รู้สึกกังวลไม่แน่ใจในสิ่งพึงพิงทางจิตวิญญาณที่ตนเคารพนับถือ สูญเสียคุณค่าและพลังอำนาจในตนเอง สิ้นหวัง และไม่อยากจะใช้ชีวิตต่อไป⁽¹⁾ ซึ่งจากปัญหาที่กล่าวมาพบว่า ถ้าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จะส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้สูงมากนำไปสู่แนวโน้มสถานการณ์ของภาวะซึมเศร้าตามมา รวมทั้งขาดความสุข อาจมีความคิดฆ่าตัวตายเกิดขึ้นได้ แต่สิ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดพลังในการเยียวยาตนเอง เกิดการยอมรับการเปลี่ยนแปลง และปรับเปลี่ยนความคาดหวังต่อตนเองได้ คือ การพัฒนาพลังอำนาจในตนเองของผู้สูงอายุ โดยในกลุ่มผู้สูงอายุนั้นมีปัจจัยบางประการที่มีผลต่อพลังอำนาจทางด้านสุขภาพ เช่น อายุ การศึกษา บุคคลที่เกี่ยวข้องในชีวิต เมื่อไม่มีพลังอำนาจด้านสุขภาพอาจทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ก็จะทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมได้ อีกทั้งยังส่งผลต่อความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุอีกด้วย⁽¹⁾ ซึ่งการที่จะพัฒนาต้องการให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองในด้านต่างๆ ได้นั้น จำเป็นต้องเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนต่างๆ ของการพัฒนาให้มากที่สุด เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบการแก้ปัญหาของผู้สูงอายุและยังเป็นการพัฒนาขีดความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นและนำมาซึ่งสภาพความเป็นอยู่ความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ดีขึ้น⁽²⁾

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและเอกสารวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ผู้สูงอายุทั่วไปมีความวิตกกังวลสูงกว่าช่วงวัยอื่นๆ ส่งผลให้รู้สึกทุกข์และไม่มีความสุขในชีวิตปกติ ซึ่งถ้าผู้สูงอายุมีความผาสุกก็จะช่วยให้ชีวิตมีความสุขและรู้สึก

สงบจากภายใน ช่วยให้เห็นคุณค่าของตนเอง มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวและผู้อื่น มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณ มีความหวังและเป้าหมายชีวิตที่สอดคล้องกับความเป็นจริง ตัวบ่งชี้สำคัญความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความสุขสงบ ความเข้าใจตนเองและธรรมชาติของชีวิต การมีความหวังและความรู้สึกถึงการมีสิ่งยึดเหนี่ยว ความเบิกบาน การมีความศรัทธาในศาสนา การมีเป้าหมายชีวิต การให้ความรัก การให้อภัย ยอมรับและให้เกียรติผู้อื่น การมีความรับผิดชอบต่อส่วนรวม มีสติรู้ตัวมีปัญญา รู้คิด จิตใจเบิกบานในการทำหน้าที่และการใช้ชีวิตจะก่อให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต⁽³⁾ จากการศึกษาพบว่า การเกี่ยวพันทางสังคมมีอิทธิพลต่อความผาสุกของผู้สูงอายุ มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต โดยเฉพาะครอบครัวและสังคม เช่นเดียวกับการศึกษาของ พรทิพย์ มาลาธรรม และคณะ⁽⁴⁾ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยครอบครัวและเพื่อนมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในเขตชนบทจะเห็นได้ว่าชุมชนรอบตัวผู้สูงอายุมีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อความผาสุก และความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุไทย สิ่งที่เกิดขึ้นตามหลังของความผาสุกในผู้สูงอายุคือ มีความสุข ความยินดี และมีความพึงพอใจกับชีวิต ไม่มีภาวะบีบคั้นทางจิตใจ ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงถึงการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ เมื่อผู้สูงอายุมีความผาสุกในชีวิตก็จะส่งผลให้มีแรงกำลังในการปรับพฤติกรรมทางสุขภาพ ส่งผลให้ร่างกายแข็งแรงขึ้นและไม่เข้าสู่ภาวะติดบ้านติดเตียงตามมา⁽⁵⁾ โดยสิ่งที่ช่วยและส่งเสริมความผาสุกจากการศึกษาพบว่า การมีพลังอำนาจในการควบคุมชีวิตความเป็นอยู่ของตนเอง รวมทั้งการควบคุม การตัดสินใจ และควบคุมทรัพยากรที่มีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของตน (Empowerment) การเสริมพลังต้องเริ่มจากการมองเห็นคุณค่าของความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุก่อนเป็น

ลำดับแรก จึงจะส่งผลให้มีสุขภาพที่ดีตามมา⁽⁵⁾

จังหวัดเพชรบุรีมีผู้สูงอายุจำนวน 76,971 คน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปี⁽⁶⁾ จากการสำรวจพบว่า จังหวัดเพชรบุรีมีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมจำนวน 69,987 คน คิดเป็นร้อยละ 90.92 กลุ่มติดบ้าน จำนวน 6,444 คน คิดเป็นร้อยละ 8.37 และกลุ่มติดเตียงจำนวน 549 คน คิดเป็นร้อยละ 0.71 จากข้อมูลดังกล่าวพบว่า จำนวนผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรีมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี และเป็นกลุ่มติดเตียงร้อยละ 0.71 ซึ่งถ้าได้รับการดูแลหรือดูแลตนเองไม่ดี จะมีโอกาสที่ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมและติดบ้าน อาจจะกลายเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงได้ในเวลาอันรวดเร็ว⁽⁷⁾ ผู้สูงอายุเหล่านี้จึงต้องการการดูแลจากทุกภาคส่วนอย่างใกล้ชิดและยังเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับประเทศไทยในอนาคต เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุดังที่กล่าวมาข้างต้นต้องอาศัยการพึ่งพาผู้ดูแล จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยได้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะปกติและที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่จะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุอีกด้วย ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ต้องการที่จะได้ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุและชุมชนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่สำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงวัยอื่นๆ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง สุขศิริ ประสมสุข และคณะ⁽⁸⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการพัฒนาสมรรถนะผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดเพชรบุรี พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพลังอำนาจของผู้สูงอายุภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .05$) และจาวรี คณิตาภิรักษ์ณี และคณะ⁽⁹⁾ ได้ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด

เลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .05$) เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยของร่างกายและเปลี่ยนเป็นกลุ่มติดเตียง รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จึงควรตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาที่พบในการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี ทั้งในด้านของตัวผู้ดูแล ความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จึงควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี ผู้วิจัยรับผิดชอบควบคุมกำกับงานของฝ่ายส่งเสริมสุขภาพซึ่งดูแลบุคคลทุกช่วงวัย ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการบริหารจัดการระบบสุขภาพของจังหวัดเพชรบุรี จึงมีความสนใจศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังชุมชนต่อความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี ซึ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยมีผู้ดูแลและบุคคลในชุมชนที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ไม่เข้าสู่ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงเร็วเกินไป การชะลอความเสื่อมของร่างกายได้อย่างต่อเนื่องและเกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป โดยการทำงานเป็นทีมและดึงเทคโนโลยีมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

จากที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นได้ว่าการเสริมสร้างพลังชุมชนให้แก่ผู้สูงอายุเมื่อผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีพลังอำนาจในตนเอง ก็จะเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ก็จะส่งผลให้ผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป จึงนับว่าเป็นประโยชน์อย่างมากทั้งในด้านบริการสุขภาพ และจะเป็นข้อมูลที่สำคัญในการ

กำหนดนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศไทยต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังชุมชนต่อความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังชุมชนต่อความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี

■ กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้บูรณาการจากกรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังของกิบสัน (Gibson)⁽¹⁰⁾ โดยผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดดังกล่าวมาใช้ในกระบวนการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรีเพื่อนำไปสู่ความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน โดยได้นำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี จนเกิดเป็นแนวคิด PHETCHARA Model ผู้วิจัยกำหนดเป็นแนวปฏิบัติ ดังนี้ 1) ต้องมีความเชื่อมั่นว่ามนุษย์ทุกคนมีคุณค่า ผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรีต้องมีคุณค่าในตนเอง (P:Phetchaburi/Personal) 2) การวิเคราะห์สภาวะของผู้ที่จะได้รับการเสริมพลัง ประเมินจากความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพ 3) วิเคราะห์ปัจจัยกำหนดสุขภาพที่มีผลต่อการมีสภาวะที่ดี โดยผู้วิจัยมองว่าพลังอำนาจในตัวของผู้สูงอายุมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและความผาสุกของผู้สูงอายุเอง (H:Health Behavior H:Happiness E:Empowerment/Elderly) 4) การวิเคราะห์ปัญหาของกลุ่มเป้าหมายเน้น

เทคนิคการสะท้อนคิด และการยอมรับ (R:Reflection/Receive) 5) การกำหนดกิจกรรมที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์การเสริมสร้างสุขภาพ ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีม ชุมชน และเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง (T:Team/Technology, C:Community) 6) การติดตามผลลัพธ์จากการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน โดยการดำเนินการจัดกิจกรรมเสริมสร้างพลังชุมชนและผู้สูงอายุที่สุขภาพดี (A:Activity A:Active Aging) 7) ทบทวนการเรียนรู้จากการลงมือทำ ในการเสริมพลังชุมชน

■ วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เป็นการศึกษา รูปแบบการเสริมสร้างพลังชุมชนของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี โดยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี เก็บข้อมูลเชิงปริมาณในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมและติดบ้าน โดยกลุ่มตัวอย่างมาจาก 8 อำเภอ อำเภอละ 2 ตำบล สุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยจับสลากแบบไม่แทนที่ (Simple random sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 238 ราย และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมและติดบ้าน จำนวนอย่างน้อย 16 คน (จาก 8 อำเภอ) บุคคลในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ คือ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน อสม. หรือบุคคลในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 16 แห่ง จำนวนอย่างน้อย 16 คน (จาก 8 อำเภอ) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวนอย่างน้อย 16 คน (จาก 8 อำเภอ) หรือ จนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว โดยการวิเคราะห์เนื้อหาตามเนื้อหาที่ปรากฏ ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงเจาะลึก ประมาณ 45-60 นาที ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า

โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ

- 1) อาศัยอยู่ในจังหวัดเพชรบุรี ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
- 2) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ/และบุคคลในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า 3 เดือน
- 3) สามารถสื่อสารและอ่านหนังสือภาษาไทยได้ดี
- และ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

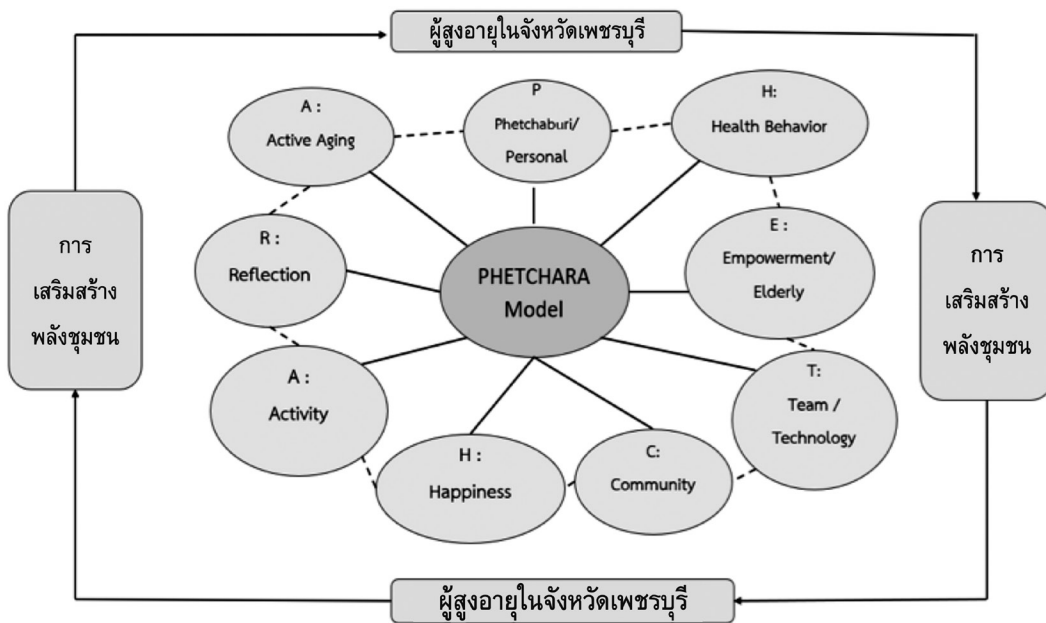
ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังชุมชนต่อความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี โดยมีผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และบุคคลในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น อสม. ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นผู้ร่วมพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังชุมชน 7 ประเด็น ได้แก่

- 1) ต้องมีความเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีคุณค่า
- 2) การวิเคราะห์สภาวะของผู้ที่จะได้รับการเสริมพลัง
- 3) วิเคราะห์ปัจจัยกำหนดสุขภาพที่มีผลต่อการมีสภาวะที่ดี
- 4) การวิเคราะห์ปัญหาของกลุ่มเป้าหมาย
- 5) การกำหนดกิจกรรมที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์การเสริมสร้างสุขภาพ
- 6) การติดตามผลลัพธ์จากการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน
- 7) ทบทวนการเรียนรู้จากการลงมือทำในการเสริมพลังชุมชนจึงได้เป็นโปรแกรม คู่มือ และแอปพลิเคชันและนำคู่มือและแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นมาไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ 5 ท่าน นำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง (Pilot study) จำนวน 10 คน จากอำเภอบ้านลาด 5 คน และอำเภอเมือง 5 คน

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังชุมชนต่อความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการเสริมสร้างพลังชุมชน 7 ขั้นตอนและดำเนินการเก็บข้อมูลโดยนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดำเนินการคำนวณกลุ่ม

ตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power Version 3.⁽¹¹⁾ กำหนดขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยโดยการคำนวณหาค่าอำนาจจำแนกในการทดสอบ (Power Analysis) ตามแบบของโคเฮน⁽¹⁹⁾ เพื่อควบคุม Type 2 Error ได้กำหนดค่า Effect Size เพื่อใช้ในการหาค่าอำนาจจำแนกในการทดสอบแบบมีจำนวนมากและเท่ากันที่ระดับเท่ากับ 0.8 กำหนดค่าแอลฟาเท่ากับ 0.05 ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาผลการศึกษาของ สุขศิริ ประสมสุข และคณะ⁽⁸⁾ ซึ่งได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 23 คน แต่ป้องกันการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20⁽¹²⁾ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน รวมเป็น 60 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดสังคมจาก 8 อำเภอ อำเภอละ 2 ตำบล โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยจับสลากแบบไม่แทนที่ (Simple random sampling) ได้จำนวน 16 ตำบล ได้กลุ่มทดลองตำบลละ 2 คน จำนวน 14 ตำบล ส่วนอีก 2 ตำบลจำนวน 1 คน รวมเป็น 30 คน และกลุ่มควบคุมตำบลละ 2 คน จำนวน 14 ตำบล ส่วนอีก 2 ตำบลจำนวน 1 คน รวมเป็น 30 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น โดยคัดเลือกกลุ่มทดลองตามเกณฑ์การคัดเลือกและดำเนินการตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น เป็นเวลา 12 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยดำเนินการด้วยตนเอง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหรือบ้านของผู้สูงอายุ ที่คัดเลือกเป็นกลุ่มทดลอง โดยแจกคู่มือและแอปพลิเคชันไลน์ในการเสริมสร้างพลังชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีกิจกรรม ดังนี้

- กิจกรรมที่ 1 “กิจกรรมเราทุกคนมีคุณค่าในตัวเอง”
- กิจกรรมที่ 2 “รู้เท่าทันตนเองและผู้อื่น”
- กิจกรรมที่ 3 “ยิ้มรับมีความสุขกับการดูแลสุขภาพ”
- กิจกรรมที่ 4 “ยอมรับ ตั้งใจ ลงมือทำด้วยความมุ่งมั่น”
- กิจกรรมที่ 5 “อบอุ่น สุขสันต์



ภาพที่ 1 รูปแบบการเสริมสร้างพลังชุมชนต่อความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี “PHETCHARA Model”

ผูกพัน ปลอดภัย” กิจกรรมที่ 6 “เมตตาตนเอง และรักตนเอง” กิจกรรมที่ 7 “แอปพลิเคชันเพื่อสุขภาพ” กิจกรรมที่ 8 “พลังชุมชนสู่การปฏิบัติ” ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ และแจกคู่มือและแอปพลิเคชันไลน์ในการเสริมสร้างพลังชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนให้กับกลุ่มควบคุมเมื่อดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้น

ระยะที่ 4 ประเมินประสิทธิผลของการเสริมสร้างพลังชุมชนต่อความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัด กลุ่มตัวอย่างจาก ระยะที่ 3 จำนวน 60 คน หลังจากสิ้นสุดการทดลองแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นผู้ประเมินรูปแบบการพัฒนาโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

● เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structure Interview) กับผู้สูงอายุ ผู้ดูแล

ผู้สูงอายุ และบุคคลในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในการเสริมสร้างพลังชุมชนต่อความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 7 ข้อ

2. รูปแบบการเสริมสร้างพลังชุมชนต่อความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี ที่ได้จากการศึกษาในขั้นตอนที่ 2 ได้แนวคิด PHETCHARA Model ประกอบด้วย 1) P:Phetchaburi/Personal 2) H:Health Behavior 3) E:Empowerment/Elderly 4) T:Team/Technology 5) C:Community 6) H: Happiness 7) A:Activity 8) R:Reflection 9) A:Active Aging กรอบแนวคิดในการศึกษาคั้งนี้บูรณาการจากกรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังของกิบสัน (Gibson)⁽¹⁰⁾ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจลงมือปฏิบัติ

และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างพลังชุมชนต่อความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี โดยการประเมินระดับความพึงพอใจ จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์ให้คะแนนรายข้อแบ่งเป็น 5 คะแนน โดยมีระดับ 5, 4, 3, 2 และ 1 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ตามลำดับ แปลผลระดับความพึงพอใจตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale)

4. แบบสอบถามความผาสุกของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดของ Ryff และ Keyes⁽¹³⁾ ประกอบด้วย 6 ด้าน จำนวน 50 ข้อ คือ การยอมรับตนเอง จำนวน 13 ข้อ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น จำนวน 10 ข้อ ความเป็นตัวของตัวเอง จำนวน 7 ข้อ ความสามารถในการควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อมจำนวน 7 ข้อ การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต จำนวน 5 ข้อ และความเจริญงอกงามของบุคคล จำนวน 8 ข้อ

5. แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 32 ข้อ การรับประทานอาหาร จำนวน 10 ข้อ การดูแลตนเองเรื่องการไ้ยา จำนวน 10 ข้อ การออกกำลังกาย จำนวน 3 ข้อ การจัดการความเครียด จำนวน 5 ข้อ การหลีกเลี่ยงสารพิษ จำนวน 4 ข้อ ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (health promotion life style profile) ซึ่งประยุกต์ใช้จากแบบสอบถามของจิระพรรณ สุปัญญา และคณะ⁽¹⁴⁾

6. คู่มือและแอปพลิเคชันไลน์ในการเสริมสร้างพลังชุมชนต่อความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

เครื่องมือวิจัยทั้ง 6 ชิ้น ผ่านการตรวจ

สอบความตรงเชิงโครงสร้าง ตรวจสอบความถูกต้องการใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา นำมาแก้ไขปรับปรุง แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้งหนึ่ง จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการเสริมสร้างพลังอำนาจ จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญผู้สูงอายุ 1 ท่าน เจ้าหน้าที่ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ 1 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี ได้แก่ อำเภอเมือง 5 คน อำเภอบ้านลาด 5 คน ซึ่งมีบริบทชุมชนเมืองและชุมชนชนบทที่แตกต่างกัน 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) แบบประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ แบบสอบถามความผาสุกของผู้สูงอายุ และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86, 0.81 และ 0.84 ตามลำดับ

● การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard division: SD) วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-

test) และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติการทดลองที่แบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาเก็บให้เป็นระบบระเบียบ ให้ความหมายกับข้อมูล จัดหมวดหมู่ความหมายของข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปรวบรวมความหมายที่ได้จากการสังเกต การจดบันทึก และการถอดเทป การ

สัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม

● การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ คจม.พบ. 016/2566 ลงวันที่ 25 เมษายน 2566

■ ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 238 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=238)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	90	37.81
หญิง	148	62.19
อายุ (ปี)		
60-64 ปี	118	49.58
65-69 ปี	90	37.81
70-74 ปี	18	7.56
75 ปีขึ้นไป	12	5.04
Mean ±SD	66.50 ±5.18	
Min-Max	60-85	
สถานภาพสมรส		
โสด	32	13.44
คู่	155	65.13
หม้าย/หย่า/แยก	51	21.43
การศึกษา		
ประถมศึกษา	10	4.20
มัธยมศึกษา	101	42.44
อนุปริญญา	70	29.41
ปริญญาตรี/สูงกว่า	57	23.95
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	74	31.09
เกษตรกร	84	35.29
ค้าขาย/ธุรกิจ	35	14.71
ข้าราชการบำนาญ	30	12.61
รับจ้าง	15	6.30
โรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว	201	84.45
ความดันโลหิตสูง	112	55.72
เบาหวาน	34	16.91
ไขมันในเลือดสูง	55	27.36
ไม่มีโรคประจำตัว	37	15.55

62.19 เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-64 ปี ร้อยละ 49.58 มีอายุเฉลี่ย 66.50±5.18 ปี อายุ น้อย-มากที่สุด 60-85 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.13 การศึกษาส่วนใหญ่จบระดับมัธยม ศึกษา ร้อยละ 42.44 ด้านอาชีพประกอบอาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 35.29 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 84.45 ซึ่งเป็นโรคความดันโลหิตสูง มากที่สุด ร้อยละ 55.72 (ดังแสดงในตารางที่ 1)

จากการศึกษาความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี มีคะแนนรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 141.48±0.52 ส่วน พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุคะแนนรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง คะแนนรวมเท่ากับ 110.55±0.54 (ดังแสดงในตารางที่ 2) การศึกษาสถานการณ์ การเสริมสร้างพลังชุมชน ความผาสุกและ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี จากการศึกษพบประเด็นที่เป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุคือ 1) ไม่มีรูปแบบหรือกิจกรรมที่ชัดเจน 2) ขาดการติดตามการประเมินความผาสุกและ

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ชัดเจนและ ต่อเนื่อง

2. การสร้างและพัฒนารูปแบบการเสริม สร้างพลังชุมชนต่อความผาสุกและพฤติกรรม สุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี ผู้วิจัย ดำเนินการพัฒนาแบบการเสริมสร้างพลังชุมชน ในผู้สูงอายุ โดยดำเนินกิจกรรมภายใต้แนวคิด PHETCHARA Model โดยการประเมินผลรูปแบบฯ จากการศึกษาพบว่า หัวใจที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาโมเดลนี้ขึ้นมาได้นั้นคือ Personal ผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี และชุมชนและผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ที่เป็นแรงขับเคลื่อนแรงผลักดันให้เกิด รูปแบบการเสริมสร้างพลังชุมชนนี้ขึ้นมา เพราะ เชื่อว่าการเรียนรู้ โอกาสต่างๆ เกี่ยวกับการดูแล สุขภาพแบบเป็นองค์รวมที่เข้ามา จะเป็นส่วนหนึ่ง ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองให้ดียิ่งขึ้น เพราะสุขภาพเป็นสิ่งที่สำคัญ การเปิดใจ การรับ ฟัง การมองโลกในแง่ดี การเข้าถึงศาสนา ทุกอย่าง เหล่านี้คือพลังอำนาจที่จะนำมาสู่การเรียนรู้

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยรายข้อและคะแนนเฉลี่ยรวมของความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี (n=238 คน)

รายการ	Mean	SD	ระดับ
ความผาสุก			
การยอมรับตนเอง	32.84	0.49	ปานกลาง
การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่น	30.03	0.56	ปานกลาง
การเป็นตัวของตัวเอง	20.02	0.44	ต่ำ
การเจริญงอกงามของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ	24.06	0.47	ปานกลาง
ความสามารถในการควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อมและชุมชน	21.65	0.55	ปานกลาง
การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต	12.88	0.64	ปานกลาง
รวม	141.48	0.52	ปานกลาง
พฤติกรรมสุขภาพ			
การรับประทานอาหาร	35.36	0.47	ปานกลาง
การดูแลตนเองและการใช้ยา	34.61	0.51	ปานกลาง
การออกกำลังกาย	10.35	0.65	ปานกลาง
การจัดการความเครียด	16.35	0.54	ปานกลาง
การหลีกเลี่ยงสารพิษ	13.88	0.53	ปานกลาง
รวม	110.55	0.54	ปานกลาง

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 60)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n =30)		กลุ่มควบคุม (n =30)		กลุ่มตัวอย่าง (n =60)		χ ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ							0.72	0.35 ^a
หญิง	20	66.66	21	70	41	68.33		
ชาย	10	33.34	9	30	19	31.67		
อายุ (ปี)							0.99	0.15 ^a
60-64 ปี	15	50	13	43.33	28	46.67		
65-69 ปี	10	33.33	10	33.34	20	33.33		
70-74 ปี	5	16.67	5	16.67	10	16.67		
75 ปีขึ้นไป	0	0.00	2	6.66	2	3.33		
Mean ±SD	65.52 ± 5.02		64.52 ± 5.33					
Min-Max	60-80		60-82					
สถานภาพ							4.21	0.26 ^a
โสด	10	33.33	9	30	19	31.67		
คู่	14	46.67	16	53.33	30	50.00		
หม้าย	6	20	5	16.67	11	18.33		
ระดับการศึกษา							0.86	0.71 ^a
ประถมศึกษา	9	30	6	20	15	25		
มัธยมศึกษา	8	26.67	9	30	17	28.33		
อนุปริญญา	7	23.33	7	23.33	14	23.33		
ปริญญาตรีและสูงกว่า	6	20	8	26.67	14	23.33		
อาชีพ							0.78	0.25 ^a
ไม่มีงานทำ	5	16.67	6	20	11	18.33		
ค้าขาย	3	10	4	13.33	7	11.67		
รับจ้าง	8	26.67	4	13.33	12	20.00		
ธุรกิจส่วนตัว	2	6.66	2	6.67	4	6.67		
เกษตรกรรม	12	40	14	46.67	26	43.33		
โรคประจำตัว							0.32	0.72 ^a
มีโรคประจำตัว	19	63.33	18	60	37	61.67		
ความดันโลหิตสูง	11	36.66	10	55.55	21	56.75		
เบาหวาน	5	16.66	6	33.33	11	29.73		
ไขมันในเลือดสูง	3	10	2	11.2	5	13.52		
ไม่มีโรคประจำตัว	11	36.67	12	40	23	38.33		

*a = p-value<0.05 โดยใช้สถิติ Chi-square test

แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ ในการพัฒนาตนเอง จนนำมาสู่ PHETCHARA Model ที่ขับเคลื่อนด้วยพลังของผู้สูงอายุในชุมชน รูปแบบการเสริมสร้างพลังชุมชนต่อความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรีที่พัฒนาขึ้น

3. ประเมินประสิทธิผลของการพัฒนา

รูปแบบการเสริมสร้างพลังชุมชนต่อความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี จากการศึกษาคพบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 60 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.33 เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-64 ปี ร้อยละ 46.67 (โดยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 65.52±5.02 ปี อายุน้อย-มากที่สุด

60-80 ปี กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 64.52 ± 5.33 ปี อายุน้อย-มากที่สุด 60-82 ปี มีสถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 50.00 การศึกษาจบระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 28.33 ด้านอาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 43.33 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 61.67 ซึ่งเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 56.75 (ดังแสดงในตารางที่ 3)

จากการศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังชุมชน ผลการวิจัยพบว่า ผลการเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value = 0.01, 0.02 ตามลำดับ) (ดังแสดงตารางที่ 4)

ผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังชุมชน ผลการวิจัยพบว่า ผลการเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value = 0.01, 0.03 ตามลำดับ) (ดังแสดงตารางที่ 5)

4. ผลการประเมินรูปแบบการเสริมสร้างพลังชุมชนต่อความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการเสริมสร้างพลังชุมชนต่อความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี อยู่ในระดับมากที่สุด ผู้สูงอายุสามารถนำรูปแบบดังกล่าวไปประยุกต์หรือปรับใช้ในชีวิต

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังชุมชนในจังหวัดเพชรบุรี (n=30)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		95%CI	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความผาสุก	142	11.18	178	13.70	29.71, 42.68	0.01*
พฤติกรรมสุขภาพ	110	2.87	137	4.09	25.16, 28.69	0.02*

* = p -value<0.05 โดยใช้สถิติ Chi-square Test

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของคะแนนเฉลี่ยความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังชุมชนในจังหวัดเพชรบุรี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=30)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		Mean difference (95%CI)	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความผาสุก	178	13.70	133	11.99	13.31 (38.07, 51.38)	0.01*
พฤติกรรมสุขภาพ	137	4.09	115	2.46	3.49 (20.45, 23.94)	0.03*

* = p -value<0.05 โดยใช้สถิติ Chi-square Test

ตารางที่ 6 ระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการเสริมสร้างพลังชุมชนต่อความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี (n=60)

รายการ	Mean	SD	ระดับ
1. กิจกรรมช่วยให้ท่านสามารถนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อให้เกิดความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพในชีวิต	4.57	0.65	มากที่สุด
2. กิจกรรมช่วยเพิ่มความสามารถของท่านในการส่งเสริมพลังอำนาจของผู้สูงอายุได้เหมาะสม	4.58	0.45	มากที่สุด
3. วิธีการจัดโปรแกรมมีความเหมาะสม	4.12	0.71	มาก
4. ได้รับความรู้เพิ่มเติมในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ	4.52	0.65	มากที่สุด
5. ผู้วิจัย/ผู้สอนมีความเหมาะสม	4.60	0.65	มากที่สุด
6. คู่มือ/สื่อ มีความเหมาะสม	4.58	0.68	มากที่สุด
7. การจัดกิจกรรมมีจำนวนครั้งในการส่งเสริมพลังชุมชนได้เหมาะสม	4.12	0.55	มาก
8. เวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมมีความเหมาะสม	4.42	0.72	มาก
9. สถานที่ที่ใช้ในการจัดโปรแกรมมีความเหมาะสม	4.53	0.45	มากที่สุด
10. ความพึงพอใจในภาพรวมต่อรูปแบบ	4.59	0.55	มากที่สุด
รวม	4.55	0.61	มากที่สุด

ประจำวันได้ตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล และเผยแพร่ให้กับผู้สูงอายุคนอื่นๆ ได้ (ดังแสดงตารางที่ 6)

■ อภิปรายผล

1. ความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี มีค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง สืบเนื่องมาจากการศึกษาที่ผ่านมาในจังหวัดเพชรบุรียังไม่มีรูปแบบหรือกิจกรรมที่ชัดเจนในการเสริมสร้างพลังชุมชนของผู้สูงอายุ⁽¹⁵⁾ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการเสริมสร้างพลังชุมชนที่มีความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุขศิริ ประสมสุข และคณะ⁽⁸⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการพัฒนาสมรรถนะผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตตำบลไร่สะท้อน จังหวัดเพชรบุรี พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับค่าเฉลี่ยพลังอำนาจสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ

หากโปรแกรมเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนในการประเมินความต้องการ ระบุปัญหาและออกแบบกิจกรรมเพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ เกิดทักษะปฏิบัติและความมั่นใจในการดูแลสุขภาพ ก็จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุต่อไป⁽¹⁶⁾ ในส่วนของสถานการณ์การเสริมสร้างพลังชุมชนในจังหวัดเพชรบุรี พบประเด็นที่เป็นปัญหาที่สำคัญคือ 1) ไม่มีรูปแบบหรือกิจกรรมที่ชัดเจน 2) ขาดการติดตามประเมินความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรีที่ชัดเจน และต่อเนื่อง สอดคล้องกับ กองสุขศึกษา⁽¹⁾ ที่กล่าวว่าในการเสริมสร้างพลังชุมชนให้ไปสู่ผลสำเร็จ จนส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพที่ดีนำไปสู่สภาวะที่ดีและยั่งยืน ต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนที่สอดรับกันและไปในทิศทางเดียวกันเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยเสริมพลังอำนาจ ส่งผลต่อการพัฒนาสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม

นอกจากนี้ยังช่วยให้เกิดความยั่งยืนของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป⁽¹⁷⁾

2. รูปแบบการเสริมสร้างพลังชุมชนต่อความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี ที่พัฒนาขึ้นและดำเนินกิจกรรมภายใต้แนวคิด PHETCHARA Model ซึ่งกลวิธีและโปรแกรมจะเป็นในลักษณะของการเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมที่จะช่วยเพิ่มศักยภาพด้านสุขภาพได้อย่างเต็มที่และเท่าเทียมกันซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความผาสุกและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อไป⁽¹⁸⁾ การเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองของผู้สูงอายุจะเกิดขึ้นได้โดยผู้สูงอายุครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม เมื่อบุคคลมีพลังอำนาจในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเองก็จะส่งผลให้มีความผาสุกและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นรวมทั้งยังช่วยแนะนำสิ่งที่ถูกต้องให้แก่บุคคลใกล้เคียง ครอบครัว ชุมชนที่เกี่ยวข้องอีกด้วยสรุปได้ว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังชุมชนแล้ว ทำให้ผู้สูงอายุมีพลังอำนาจในตนเองและมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้น และยังพบว่าความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ซึ่งผลการเปลี่ยนแปลงความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว เกิดจากรูปแบบการเสริมสร้างพลังชุมชนของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ขึ้นจากแนวคิด การเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson)⁽¹⁰⁾ อีกทั้งการวิจัยครั้งนี้ได้มีการใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ที่ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ แกนนำผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัว ผู้นำชุมชน กลุ่มคนวัยอื่นๆ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนที่ร่วมเสนอแนะความต้องการระบุปัญหาและร่วมออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ในทุกขั้นตอนของการเสริมสร้าง

พลังอำนาจ จึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าตนเองได้รับการยอมรับในความคิดเห็นสามารถคุมหรือจัดการกับปัญหาได้ดี รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเองที่ดีขึ้นส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นต่อไป สิ่งที่เกิดขึ้นตามหลังของความผาสุกในผู้สูงอายุที่มีความผาสุกจะเป็นผู้ที่มีความสุข ความยินดี และมีความพึงพอใจกับชีวิตจะมีความสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ความสามารถในการควบคุม จัดกระทำกับสิ่งแวดล้อมในการเลือกสรรสภาพแวดล้อมให้สอดคล้องกับเงื่อนไขของตนเป็นคุณสมบัติอย่างหนึ่งของการมีสุขภาพจิตที่ดี การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น มีความไว้วางใจในผู้อื่น ผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีมักจะมีความรู้สึกที่ดีและเห็นใจต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน มีความรักและมิตรภาพที่ดีให้แก่ผู้อื่นเสมอ จึงเป็นสิ่งสำคัญอีกสิ่งหนึ่งของความผาสุก การรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตของตนเองได้

การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นวิธีการที่สำคัญ ที่เป็นการดำเนินกิจกรรมเองโดยประชาชน ซึ่งต้องเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากความสมัครใจของประชาชนในชุมชน รวมทั้งประชาชนเป็นผู้มีส่วนร่วมทุกขั้นตอน คือ ร่วมในการตัดสินใจ ร่วมคิดค้นปัญหา ร่วมวางแผนดำเนินการ ร่วมติดตามประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์ โดยมีเป้าหมายของชุมชนร่วมกัน และนำมาซึ่งสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นของประชาชน ดังนั้นแนวทางการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน จึงหมายถึงการที่ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ตนเองมีส่วนได้ส่วนเสียในทุกขั้นตอน การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนถือเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งคมให้ ความสนใจและมุ่งให้ “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” พร้อมทั้งปรับเปลี่ยนวิธีการพัฒนาเป็นบูรณาการแบบองค์รวมเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่สมดุล

3. ผลการประเมินประสิทธิผลของการ

พัฒนา รูปแบบการเสริมสร้างพลังชุมชนต่อความผาสุก และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี พบว่า ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งรูปแบบการเสริมสร้างพลังชุมชนต่อความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี มีเนื้อหาที่ครอบคลุมวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ มีความถูกต้อง ผู้สูงอายุสามารถอ่านและเข้าใจได้ง่ายตรงไปตรงมา ขนาดตัวอักษรเหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีการนำภาพมาใช้ประกอบเพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ รูปแบบของคู่มือก็มีความน่าสนใจ น่าอ่าน มีจุดเน้นที่ดึงดูดความสนใจของผู้สูงอายุลำดับเนื้อหาได้เชื่อมโยง มีความสอดคล้อง ผู้สูงอายุสามารถนำไปประยุกต์หรือปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล และสามารถนำไปเผยแพร่หรือบอกต่อให้กับผู้สูงอายุในชุมชนหรือผู้สูงอายุท่านอื่นๆ ได้

■ สรุป

รูปแบบการเสริมสร้างพลังชุมชนต่อความผาสุกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรีที่พัฒนาขึ้นและดำเนินกิจกรรมภายใต้แนวคิด PHETCHARA Model สามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดสังคมในจังหวัดเพชรบุรีมีความผาสุกและมีพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

■ ข้อเสนอแนะ

- ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้
 1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและระดับจังหวัดสามารถนำรูปแบบ

ไปใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ

2. นำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาความผาสุก พฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระดับอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพได้

3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำรูปแบบฯ ของงานวิจัยที่พัฒนาขึ้น นำมาประยุกต์ใช้กับกลุ่มเป้าหมายอื่น เช่น วัยผู้ใหญ่ วัยเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง และพื้นที่ใกล้เคียงกับงานวิจัยนี้

● ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยเพื่อพัฒนาแสวงหา หรือพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชนเพื่อเสริมสร้างความยั่งยืนของชุมชนแห่งการเรียนรู้ เป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับนักวิจัยที่จะหาแนวทาง กระบวนการ หรือวิธีการที่จะนำเอาแบบดังกล่าวไปทดลองใช้กับชุมชนที่ประสบปัญหาในการพัฒนา หรือเป็นชุมชนที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้

2. ควรดำเนินการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับพื้นที่ และแกนนำ เพื่อให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานในลักษณะเชิงรุก และสร้างความรู้สึกการเป็นเจ้าของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง โดยประเมินคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางทุกคน เพื่อให้เกิดการคงอยู่และยั่งยืน

3. ควรดำเนินการวิจัยโดยนำรูปแบบฯ ของงานวิจัยที่พัฒนาขึ้น นำมาประยุกต์ใช้กับกลุ่มเป้าหมายอื่น เช่น วัยผู้ใหญ่ วัยเด็ก รวมถึงผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ในพื้นที่ใกล้เคียงกับงานวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขภาพ. ความฉลาดทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ นิวธรรมดา การพิมพ์ (ประเทศไทย); 2561.
2. กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกรมอนามัย. กรุงเทพฯ: อมรินทร์ พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2562.
3. นารีรัมย์ รัตนสัมฤทธิ, เรณูมาศ มาอุ่น. รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพตนเองตามแนวคิดพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วารสารมหาจุฬานาครธรรมศน์ 2562;6(9):4455-72.
4. พรทิพย์ มาลาธรรม, กรรณิการ์ การิสรพ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง. ราชบัณฑิตยบาลสาร 2560;25(3):280-95.
5. เกิดศิริ หงษ์ไทย. การวิเคราะห์หมโนทัศน์ความผาสุกตามมุมมองในผู้สูงอายุ. วารสารสภาการพยาบาล 2564;36(4): 1-10.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกครองที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2565. เพชรบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี; 2565.
7. สาธิต บวรสันติสุทธิ. บทความคนไทยเตรียมพร้อมเพื่อวัยเกษียณกันหรือยัง. กรุงเทพฯ: ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย; 2558.
8. สุขศิริ ประสมสุข, ณัฐกร นิลเนตร, พันธ์ ชัยรัมย์, มารยาท นำมะนา. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการพัฒนาสมรรถนะผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตตำบลไร่สะห่อน จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี 2563;10(3):4-15.
9. จารวี คณิตาภิรักษ์ณ, ทศพร คำผลศิริ, ลินจง โปธิบาล. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง. พยาบาลสาร 2563;47(1):222-30.
10. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. Journal of Advanced Nursing 1991;16(3):354-61.
11. Paul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Method 2009;39(2):175-91.
12. กัลยา วานิชย์บัญชา, จูฑา วาณิชย์บัญชา. การใช้ SPSS for Window ในการวิเคราะห์ข้อมูล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ สามลดา; 2566.
13. Ryff CD., Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. Journal of Personality and Social Psychology 1995;69(4):719-27.
14. จิระพรรณ สุปัญญา, ศิริรัตน์ ศรีสุทธิพันธ์พร, เบญจวรรณ กิจควรดี และวิรัชพัชร คงตระกูลพิทักษ์. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุบ้านหนองไผ่ ต.หนองไผ่ อ.เมือง จ.อุดรธานี. วิทยาลัยพยาบาลราชชนนีอุดรธานี; 2553
15. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. รายงานผลการสำรวจการดำเนินงานเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มประชาชนอายุ 15 - 59 ปี จังหวัดเพชรบุรี. เพชรบุรี; 2565.
16. พินทุสร โพธิ์อุไร. แนวคิดว่าด้วยการเสริมพลังชุมชนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ วารสารพัฒนาสังคม 2562;21(2): 65-77.
17. เพ็ญวิภา นิลเนตร และณัฐกร นิลเนตร. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนวัยทำงานในพื้นที่หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเขตสุขภาพที่ 6. วารสารการสาธารณสุขชุมชน 2566;5(1):27-38.
18. นงพิมล นิมิตรอนันท์, วิชุดา กลิ่นหอม, จูฑิตมา หมอทรัพย์. การเสริมสร้างชุมชน: หมโนทัศน์และการประยุกต์ในการปฏิบัติ การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2563;14(1):13-23.
19. Cohen JA. power primer. Psychol bull 1992;112(1):155-9.

แผนพัฒนาการการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ผ่านระบบบัญชาการเหตุการณ์และศูนย์ปฏิบัติการ ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ระดับจังหวัดภูเก็ต

ปฐมพงษ์ คำวิเศษณ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต

วันรับ 30 สิงหาคม 2567, วันแก้ไข 4 พฤศจิกายน 2567, วันตอบรับ 26 พฤศจิกายน 2567

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน การปฏิบัติการด้านจัดการภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข และการบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข สาธารณภัยและภัยพิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว และครบวงจร ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข สาธารณภัยและภัยพิบัติ ผ่านระบบบัญชาการ เหตุการณ์และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับจังหวัด (Emergency Operations Center : EOC จังหวัด) ทำการศึกษาในช่วงเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2567 ในกลุ่มผู้บริหารและบุคลากรเครือข่ายสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต จำนวน 112 คน ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารและผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กลุ่มผู้บริหารและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล กลุ่มผู้ปฏิบัติงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยใช้กรอบแนวคิดของ McKinsey 7'S Framework วิเคราะห์ปัจจัยภายใน และใช้กรอบแนวคิดของ PESTEL วิเคราะห์ปัจจัยภายนอก เพื่อกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ในการจัดทำแผนพัฒนาการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และ สาธารณสุข โดยใช้ SWOT Analysis, SFAS และ TOWS Matrix ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ภูเก็ต สามารถจัดทำแผนยุทธศาสตร์ (Strategic Map) ด้านการพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ผ่านระบบบัญชาการเหตุการณ์และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับจังหวัดภูเก็ต ได้ประเด็น ยุทธศาสตร์ 3 ยุทธศาสตร์ ดังนี้ (1) กำหนดนโยบายส่งเสริมการลดความเสี่ยงต่อสาธารณภัยทางการแพทย์และการ สาธารณสุขที่มีมาตรฐาน (2) บูรณาการระบบและให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข ในภาวะฉุกเฉินและ สาธารณภัยอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ (3) พัฒนาศักยภาพและกลไกการบริหารจัดการเชิงบูรณาการทางการแพทย์และการสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินและสาธารณภัยด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรม เกิด 3 ยุทธศาสตร์ 13 กลยุทธ์ 8 แผนงาน

คำสำคัญ: แผนพัฒนาการการจัดการภาวะฉุกเฉิน ระบบบัญชาการเหตุการณ์

Public Health Emergency Management Development Plan, Incidence Command System and Emergency Operation Center, Phuket Province

Patomphong Khamvisat

Phuket Provincial Public Health Office.

Reviewed 30 August 2024, Revised 4 November 2024, Accepted 26 November 2024.

Abstract

This qualitative research aimed to develop surveillance, prevention, and emergency management operations in public health, and to integrate work between relevant agencies to effectively, quickly, and comprehensively respond to public health emergencies, disasters, and disasters in the event of a medical emergency and public health, disasters, and disasters through the incident command system and the provincial public health emergency operation center (Emergency Operations Center : EOC). The study was conducted during July - August 2024 among 112 executives and personnel of the Phuket Provincial Public Health Office network, including executives and personnel of the provincial public health office, executives and hospital staff, and personnel of the district public health office. The McKinsey 7'S Framework was used to analyze internal factors and the PESTEL framework to analyze external factors to determine strategic issues and strategies for developing a medical and public health emergency response development plan using SWOT Analysis, SFAS, and TOWS Matrix. The results of this study show that the Phuket Provincial Public Health Office was able to create a Strategic Map for the development of public health emergency management through the incident command system and the Phuket Provincial Public Health Emergency Operations Center. The strategic issues are as follows: (1) Establish a policy to promote risk reduction for medical and public health disasters with standards. (2) Integrate systems and provide medical and public health services in emergencies and disasters comprehensively and efficiently. (3) Develop potential and mechanisms for integrated medical and public health management in emergencies and disasters with technology and innovation. There are 3 strategies, 13 tactics, and 8 plans.

Keywords : Emergency Management Development Plan, Incident Command System

■ บทนำ

ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) ด้านสาธารณสุข ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ที่มีความเป็นเลิศ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ 2) บริการเป็นเลิศ 3) บุคลากรเป็นเลิศ และ 4) บริหารจัดการเป็น

เลิศ โดยยุทธศาสตร์ที่ 2 แผนงานที่ 7 : ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ (Excellence Center) มีเป้าหมายเพื่อยกระดับความมั่นคงทางสุขภาพด้านการเตรียมความพร้อมรับภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศในอนาคต พัฒนาการเตรียมรับและการตอบโต้

ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข⁽¹⁾

จังหวัดภูเก็ต เป็นจังหวัดที่มีความสำคัญด้านยุทธศาสตร์ของภาคใต้ฝั่งอันดามัน⁽²⁾ ด้วยมีโครงสร้างพื้นฐานการคมนาคมขนส่งต่างๆ ทั้งทางบก ทางน้ำ และทางอากาศ มีความเสี่ยงต่อการเกิดสาธารณภัย โดยเฉพาะด้านการระบาดของโรคอุบัติใหม่⁽³⁾ ปัจจุบันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข พบได้บ่อยขึ้น มีแนวโน้มความรุนแรงมากขึ้น และส่งผลกระทบต่อหลายด้าน อาทิ การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 เป็นการระบาดใหญ่ (Pandemic) ที่แพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center: EOC) และระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System: ICS) เพื่อรองรับภาวะฉุกเฉิน (Preparedness) ของกระทรวงสาธารณสุข จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นดังกล่าว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต ไม่มีแผนปฏิบัติการการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินที่เป็นแบบแผนที่ชัดเจน ในกรณีที่มีการระบาดที่รุนแรง ในขณะที่มีการระบาดของโรคอย่างต่อเนื่องและมีการขยายการระบาดเป็นวงกว้าง สร้างความตื่นตระหนกให้กับประชาชนผู้ซึ่งได้รับผลกระทบของการระบาดอย่างเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ตจึงต้องใช้แผนเผชิญอุบัติภัยโดยอิงจากแผนปฏิบัติการการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽⁴⁾ เกิดการเรียนรู้พร้อมวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตามระลอกของการระบาด ดำเนินการควบคุม เรียนรู้การป้องกันและการรักษา จนสามารถควบคุมการระบาดของโรค กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้กลายเป็นโรคประจำถิ่น ดำเนินการรณรงค์การรับวัคซีนพร้อมเกิดแนวทางการป้องกันการติดต่อของโรคดังกล่าว

จากสถานการณ์การระบาดของโรค

ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 ผู้ศึกษาเล็งเห็นความสำคัญต่อการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ให้สามารถตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยเฉพาะการระบาดของโรคติดเชื้อต่างๆ หรือภัยพิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพรวดเร็ว และครบวงจรอย่างทันทั่วถึง จึงเกิดแนวคิดเพื่อพัฒนาการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และการจัดการภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขเกิดขึ้น

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

- 1) เพื่อพัฒนาการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และการจัดการภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขผ่านกระบวนการการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขผ่านระบบบัญชาการเหตุการณ์และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับจังหวัด (Emergency Operations Center : EOC จังหวัด)
- 2) เพื่อพัฒนาแผนปฏิบัติการการจัดการภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข สาธารณภัยและภัยพิบัติ ผ่านระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจังหวัด (Emergency Operations Center : EOC จังหวัด)
- 3) เพื่อพัฒนาแนวทางการบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข สาธารณภัยและภัยพิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพรวดเร็ว และครบวงจร

■ วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ บุคลากรตามคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข

ตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS) สำหรับโรคและภัยสุขภาพและศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (EOC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต ทั้งสิ้นจำนวน 140 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณที่ทราบประชากรแน่นอน ของ Daniel (2010) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 102 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลในการส่งคืนแบบสอบถามโดยเก็บเพิ่มอีก 10% ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 112 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลแบบสอบถามโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์สภาวะแวดล้อมภายในด้วย McKinsey 7'S Framework แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยพอ และน้อยที่สุด ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์สภาวะแวดล้อมภายนอกด้วย PESTEL แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยพอ และน้อยที่สุด ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ผลกระทบต่อแผนพัฒนาการการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ด้วยการทำ SWOT Analysis ผู้ศึกษาได้สร้างแบบสอบถาม จากการสังเคราะห์และประยุกต์จากเอกสาร รายงาน บทความแนวคิดทำตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม เพื่อหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้และคำนวณค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.864 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1) เป็นผู้ปฏิบัติงานตามคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานเตรียมความพร้อมและตอบโต้ ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์ และ

สาธารณสุข ตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS) สำหรับโรคและภัยสุขภาพและศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (EOC) และผัง ICS ของโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

2) เป็นผู้ที่สามารถอ่านเข้าใจภาษาไทย และสามารถกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองได้

3) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย (โดยได้มีการบอกข้อมูลโครงการวิจัยอย่างครบถ้วน)

เกณฑ์การตัดกลุ่มตัวอย่างออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1) เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

2) ไม่เคยปฏิบัติงาน EOC /ประสานงานให้ข้อมูลเกี่ยวกับกรณีการเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

● **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data) หรือข้อมูลเชิงประจักษ์ (Empirical data) กำหนดเป็นแบบเอกสารสอบถามแบบปลายเปิด (Opened question) และการสัมภาษณ์เป็นกลุ่มหรือสนทนากลุ่ม (Focus group interview)

● **ขั้นตอนการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล**

1) ดำเนินการสัมภาษณ์เป็นกลุ่มหรือสนทนากลุ่ม (Focus group interview) โดยการสอบถามแบบปลายเปิด (Opened question) ในผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต จำนวน 7 คน เพื่อทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการจัดทำแผนพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข ผ่านระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับจังหวัด (Emergency Operations Center : EOC จังหวัด)

2) เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามในกลุ่มบุคลากรตามคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะ

ฉุกเฉิน จำนวน 112 คน เพื่อตรวจสอบสภาวะแวดล้อมทางยุทธศาสตร์ที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาแผนการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข สาธารณภัยและภัยพิบัติ ผ่านระบบบัญชาการเหตุการณ์ทางสาธารณสุขระดับจังหวัด ดังนี้

2.1) ตรวจสอบสภาวะแวดล้อมภายในตามกรอบแนวคิดของ McKinsey 7'S Framework⁽⁵⁾ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยภายในที่มีผลกระทบกับการบริหารองค์กร ดังนี้ 1) Structure โครงสร้างขององค์กร 2) Strategy กลยุทธ์ขององค์กร 3) Systems ระบบในการดำเนินงานขององค์กร 4) Style ลักษณะแบบแผนหรือพฤติกรรมของผู้บริหารองค์กร 5) Staff บุคลากรในองค์กร 6) Skills ความรู้ความสามารถของบุคลากร 7) Shared values ค่านิยมขององค์กร

2.2) ตรวจสอบสภาวะแวดล้อมภายนอกตามกรอบแนวคิดของ PESTEL⁽⁶⁾ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกที่มีผลกระทบต่อการบริหารจัดการองค์กร ดังนี้ 1) Political มิติด้านการเมือง 2) Economics มิติด้านเศรษฐกิจ 3) Society มิติด้านสังคม 4) Technology มิติด้านเทคโนโลยี 5) Environmental มิติด้านสิ่งแวดล้อม 6) Legal มิติด้านกฎหมาย

3) วิเคราะห์และประเมินสภาวะแวดล้อมภายในและภายนอก โดยใช้ SWOT Analysis⁽⁷⁾ (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) SFAS (Strategic Factor Analysis Summary) และ TOWS Matrix⁽⁸⁾ เพื่อกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ในการพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับจังหวัด

4) จัดทำแผนพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ผ่านระบบบัญชาการเหตุการณ์และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับจังหวัดและแปลงแผนไปสู่

การปฏิบัติโดยใช้ BSC (Balanced Scorecard)

● การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต รหัสโครงการ PKPH 013/67 ลงวันที่ 23 กรกฎาคม 2567

■ ผลการศึกษา

ผลการศึกษาการจัดทำแผนพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขผ่านระบบบัญชาการเหตุการณ์และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับจังหวัดจากการวิเคราะห์สภาวะแวดล้อมทางยุทธศาสตร์ (SWOT Analysis) พบว่า ปัจจัยภายใน “ด้านระบบในการดำเนินงานขององค์กร (System)” และปัจจัยภายนอก “ด้านมิติด้านสังคม (Social)” มีความสำคัญต่อการพัฒนาการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต มีจุดแข็งที่สอดคล้องกับโอกาสที่เอื้อต่อความสำเร็จของการพัฒนาการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และการจัดการภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา กล่าวคือ

1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ตเกิดการพัฒนาการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และการจัดการภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข โดยการจัดตั้งคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS) สำหรับโรคและภัยสุขภาพและศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (EOC) จัดทำแผนผังโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข มีการจัดทำผังโครงสร้างศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข ระดับกระทรวง เขตสุขภาพ และจังหวัด เพื่อดำเนินงานรายงานเหตุการณ์ได้

ถูกต้องตามลำดับการปฏิบัติการมีแนวทางการปฏิบัติงานด้านการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ทางสาธารณสุข เป็นต้น

2) มีการพัฒนาแผนปฏิบัติการการจัดการภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข เช่น ถอดบทเรียนจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการดำเนินงานกรณีที่มีการระบาดของโรคต่อไป มีการตั้งคำสั่งคณะทำงานทีมพิเศษฉุกเฉินสุขภาพ Special Health Emergency Response Team (SHERT) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต พร้อมจัดตั้งทีมปฏิบัติงานตอบโต้ข่าวสารฉุกเฉิน โดยใช้ภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล ทั้ง 4 และสาธารณสุขอำเภอทั้ง 3 เพื่อสื่อสารข้อมูลเชิงรุก ลดผลกระทบหรือยุติสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง พร้อมรายงานข้อมูลสถานการณ์ต่อผู้บริหารในสถานการณ์เร่งด่วน และสื่อสารสาธารณะอย่างรวดเร็วทันต่อเหตุการณ์ ส่งผลให้ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานด้านการควบคุมโรคเกิดความพึงพอใจในแบบแผนนี้ชัดเจน เป็นรูปธรรม

3) ด้านการบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข มีการซ้อมแผนแบบบนโต๊ะ (Tabletop) ส่งผลให้ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานด้านการควบคุมโรคและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เข้าใจรูปแบบ บทบาทหน้าที่ และแนวทางการดำเนินงาน และการประสานงานระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง มีการบริหารทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด เช่น บุคลากรทางการแพทย์ ยา และเวชภัณฑ์ที่จำเป็น เกิดศูนย์รวบรวมข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ป้องกันความคลาดเคลื่อน มีผู้รับผิดชอบด้าน

ข้อมูลแยกเป็นการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพชัดเจน

โดยมีประเด็นยุทธศาสตร์ 3 ยุทธศาสตร์ ดังนี้ (1) กำหนดนโยบายส่งเสริมการลดความเสี่ยงต่อสาธารณสุขทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน (2) บูรณาการระบบและให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินและสาธารณสุขอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ (3) พัฒนาศักยภาพและกลไกการบริหารจัดการเชิงบูรณาการทางการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินและสาธารณสุขด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรม เกิด 3 ยุทธศาสตร์ 13 กลยุทธ์ 8 แผนงาน

การวิเคราะห์สภาวะแวดล้อมภายในและสภาวะแวดล้อมภายนอกองค์กร

1) ปัจจัยสภาวะแวดล้อมภายในตาม McKinsey 7'S Framework

พบว่า ปัจจัยสภาวะแวดล้อมภายในที่มีความสำคัญต่อการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต มีจุดแข็ง คือ (System) “มีระบบในการดำเนินงานสั่งการในกรณีการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขชัดเจน และมีฐานข้อมูลด้านทรัพยากร บุคลากรด้านสาธารณสุขเป็นปัจจุบันง่ายในการบริหารจัดการ” และ มีจุดอ่อน “การที่ผู้ปฏิบัติงานในบางกลองของการสั่งการยังขาดความเข้าใจในบริบทของงาน และการทำงานของระบบปฏิบัติการด้านการฉุกเฉินทางการแพทย์”

2) ปัจจัยสภาวะแวดล้อมภายนอกตาม PESTEL

พบว่า ปัจจัยสภาวะแวดล้อมภายนอกที่มีความสำคัญต่อการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต มีโอกาสในการพัฒนา คือ มิติด้านสังคม (Social) “การเปลี่ยนแปลง

โครงสร้างประชากรทำให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป แบบแผนชีวิตประจำวันมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสารสนเทศ การเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการสื่อสาร โดย Internet of things เช่น WFH รัฐบาลมีนโยบาย Social distancing ลดการระบาดของโรค” และมีภัยคุกคาม คือ “การสูญเสียการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์จากการระบาดของโรค และนโยบายปิดโรงเรียนและข้อจำกัดของการเรียนแบบออนไลน์ซึ่งมีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดความถดถอยด้านการเรียนรู้อของนักเรียนในระยะยาว”

3) การวิเคราะห์สภาวะแวดล้อมทางยุทธศาสตร์ (SWOT Analysis)

การวิเคราะห์ SWOT เป็นการวิเคราะห์เพื่อให้ทราบสภาวะแวดล้อมภายใน และสภาวะแวดล้อมภายนอกองค์กร⁽⁷⁾ แบ่งเป็น ปัจจัยเชิงบวก ได้แก่ จุดแข็ง (Strengths) และโอกาส (Opportunities) ค่าคะแนนเฉลี่ยจะแสดงเป็นจำนวนเต็มบวก (+) ส่วนปัจจัยลบ ได้แก่ จุดอ่อน (Weaknesses) และภัยคุกคาม (Threats) เป็นการชี้ให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบันและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในอนาคตที่อาจเกิดขึ้น โดยข้อมูลเหล่านี้จะใช้เป็นข้อมูลสำหรับการกำหนดกรอบยุทธศาสตร์ หรือทิศทางในการพัฒนาหน่วยงานได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

4) การประเมินสภาวะแวดล้อมทางยุทธศาสตร์ (SFAS : Strategic Factor Analysis Summary)

การประเมิน SFAS Matrix เป็นตารางสรุปปัจจัยเชิงยุทธศาสตร์ขององค์กรที่ได้จากการวิเคราะห์สภาวะแวดล้อม (SWOT analysis) โดยการรวมปัจจัยภายนอก (External Factors) กับปัจจัยภายใน (Internal Factors) ซึ่งการจัดทำ SFAS Matrix โดยหาค่าความสำคัญปัจจัยที่เป็นจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและภัย

คุกคามทั้งหมด ให้เหลือน้อยกว่า 10 ปัจจัย⁽⁹⁾ จากนั้นนำมาสู่กระบวนการวิเคราะห์โดยผ่านการประเมินตำแหน่งทางยุทธศาสตร์ โดยใช้แนวคิด TOWS Matrix ซึ่งสามารถระบุตำแหน่งทางยุทธศาสตร์ได้เป็น 4 พื้นที่ที่มีความหมายต่างกัันดังนี้

- 1) SO เป็นตำแหน่งที่แสดงว่า องค์กรมีจุดแข็งที่สอดคล้องกับโอกาส
- 2) WO เป็นตำแหน่งที่แสดงถึงโอกาสที่ได้เปรียบ มุ่งเน้นการพัฒนาองค์กร
- 3) ST เป็นตำแหน่งที่ระบุว่าองค์กรสามารถพึ่งพาตัวเองได้ แก้ไขวิกฤต หรือสร้างโอกาส
- 4) WT เป็นตำแหน่งที่แสดงให้เห็นถึงสิ่งที่อาจจะเป็นวิกฤตในอนาคต

การวิเคราะห์ TOWS Matrix

เมื่อพิจารณาผลที่ได้จากการทำ SWOT Analysis โดยเรียงลำดับของ จุดแข็ง (Strengths: S) จุดอ่อน (Weaknesses : W) โอกาส (Opportunities : O) และอุปสรรค (Threats : T) จากคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้ผลดังนี้

1) จุดแข็ง (Strengths : S) 5 อันดับแรก

- S7 : มีการมอบอำนาจในการบริหารงานที่ชัดเจน
- S3 : เป็นหน่วยงานที่รับคำสั่งตามผังการบังคับบัญชาไม่เกิดการข้ามขั้นตอน
- S2 : เป็นหน่วยงานและมีผังการบังคับบัญชาตามคำสั่งของกระทรวงสาธารณสุข
- S4 : มีแผนกลยุทธ์ที่ถ่ายทอดมาจากยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บท แผนพัฒนาฉบับที่ 13⁽⁸⁾ แผนกระทรวงสาธารณสุขสำหรับใช้ขับเคลื่อน
- S6 : มีฐานข้อมูลด้านทรัพยากรบุคลากรด้านสาธารณสุขเป็นปัจจุบัน ง่ายในการบริหารจัดการ

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์แนวทางยุทธศาสตร์ด้วย TOWS Matrix

<p>ปัจจัยภายใน</p> <p>ปัจจัยภายนอก</p>	<p>จุดแข็ง (Strengths)</p> <ul style="list-style-type: none"> - S7 : มีการมอบอำนาจในการบริหารงานที่ชัดเจน - S3 : เป็นหน่วยงานที่รับคำสั่งตามผังการบังคับบัญชาไม่เกิดการข้ามขั้นตอน - S2 : เป็นหน่วยงานและมีผังการบังคับบัญชาตามคำสั่งของกระทรวงสาธารณสุข - S4 : มีแผนกลยุทธ์ที่ถ่ายทอดมาจากยุทธศาสตร์ชาติแผนแม่บท แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 13 แผนกระทรวงสาธารณสุขสำหรับใช้ขับเคลื่อน - S6 : มีฐานข้อมูลด้านทรัพยากร บุคลากรด้านสาธารณสุขเป็นปัจจุบันง่ายในการบริหารจัดการ 	<p>จุดอ่อน (Weaknesses)</p> <ul style="list-style-type: none"> - W11 : ไม่มีแผนการพัฒนาบุคลากรที่ทำงานด้านการควบคุมโรคที่ชัดเจน - W2 : การขับเคลื่อนนโยบายและแผนการดำเนินงานต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินการสั่งการ - W6 : การบังคับบัญชาที่มีลำดับชั้นหลายลำดับชั้น ทำให้ขาดความยืดหยุ่นและสิ้นเปลืองเวลา - W12 : บุคลากรขาดทักษะการถ่ายทอดความรู้ลำดับการปฏิบัติงานกรณีมีคำสั่งเปิด EOC - W10 : บุคลากรยังไม่มีความเชี่ยวชาญที่หลากหลาย
<p>โอกาส (Opportunities)</p> <ul style="list-style-type: none"> - O5 : การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรทำให้พฤติกรรมการใช้ชีวิตเปลี่ยนแปลงไป - O8 : การใช้อินเทอร์เน็ตอย่างแพร่หลาย ทำให้คนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการเคลื่อนไหวด้านสาธารณสุขและภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์ได้มากขึ้นและรวดเร็วขึ้น - O4 : สถานการณ์การระบาดโควิด-19 ทำให้มีการใช้เงินดิจิทัล ระบบพร้อมเพย์ (True Wallet) ชำระสินค้าและบริการช่วยให้ลดการแพร่กระจายเชื้อโรคและสร้างสุขนิสัยที่ดี - O9 : สถานการณ์ของสังคมเมืองเกิดมาตรฐานในการปฏิบัติการ การบริหารจัดการด้านสิ่งแวดล้อม สารเคมีและกำจัดขยะติดเชื้อ เกิดการเตรียมพร้อมเผชิญภัย - O6 : การเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิตประจำวัน มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสารสนเทศ การเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการสื่อสาร โดย Internet of things เช่น WFH 	<p>กลยุทธ์เชิงรุก (SO)</p> <p>S7O9 : เกิดแนวทางการปฏิบัติการเตรียมพร้อมเผชิญภัย การบริหารจัดการด้านสิ่งแวดล้อม สารเคมี และกำจัดขยะติดเชื้อถูกต้องตามแผนการบังคับบัญชา</p> <p>S3O4 : การทำงานโดยการบูรณาการของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในกรณี สถานการณ์ฉุกเฉินทางการแพทย์ หรือโรคระบาดของโรค โดยมีผังการบังคับบัญชาที่ชัดเจน</p> <p>S2O8 : สื่อสารการทำงานของหน่วยงานโดยระบบเทคโนโลยีและอินเทอร์เน็ต และข้อมูลข่าวสารและการเคลื่อนไหวด้านสาธารณสุขและภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์ให้ประชาชนรับทราบ</p> <p>S4O5 : ใช้แผนกลยุทธ์จากยุทธศาสตร์ชาติแผนแม่บท แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 13 แผนกระทรวงสาธารณสุข มาขับเคลื่อนประชากรเพื่อให้เกิดพฤติกรรมบริโภคเปลี่ยนแปลง</p> <p>S6O6 : ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ในการจัดการฐานข้อมูลด้านทรัพยากร บุคลากรด้านสาธารณสุขเป็นปัจจุบันง่ายในการบริหารจัดการที่มีความถูกต้องน่าเชื่อถือ</p>	<p>กลยุทธ์เชิงแก้ไข (WO)</p> <p>W11O8 : สร้างแผนการพัฒนาบุคลากรโดยใช้อินเทอร์เน็ตเป็นเครื่องมือประกอบการทำแผน</p> <p>W2O8 : ปรับใช้ระบบเทคโนโลยีช่วยในการขับเคลื่อนนโยบายโดยเน้นให้คนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการเคลื่อนไหวด้านสาธารณสุข รวมถึงภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์ได้รวดเร็วยิ่งขึ้น</p> <p>W6O8 : ปรับใช้ระบบเทคโนโลยีสมัยใหม่มา Lean Process เพื่อลดขั้นตอนการดำเนินงานในระดับผู้บังคับบัญชา</p> <p>W12O6 : เพิ่มทักษะของบุคลากรในการถ่ายทอดความรู้ลำดับการปฏิบัติงานกรณีมีคำสั่งเปิด EOC โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมาพัฒนากระบวนการสื่อสารถ่ายทอดความรู้</p> <p>W10O6 : เพิ่มความเชี่ยวชาญของบุคลากรโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเป็นสื่อในการพัฒนา</p>
<p>ภัยคุกคาม (Threats)</p> <ul style="list-style-type: none"> - T9 : การใช้งานอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่แพร่หลาย มีความเสี่ยง Digital Divide, Cyber Security ทักษะการเข้าถึงเทคโนโลยี ซึ่งยากต่อการเข้าถึง - T8 : นโยบายปิดโรงเรียนและข้อจำกัดของการเรียนแบบออนไลน์ ซึ่งมีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดความถดถอยด้านการเรียนรู้ของนักเรียนในระยะยาว - T7 : สูญเสียการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์จากการระบาดของโรค - T6 : ขาดแคลนทรัพยากรในการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็น การผลิตอุตสาหกรรมลดลง ส่งผลกระทบต่อสินค้าขาดแคลน เช่น เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ - T10 : การบริหารจัดการทรัพยากรและบริการด้านสุขภาพาลังแวดล้อม 	<p>กลยุทธ์เชิงป้องกัน (ST)</p> <p>S7T9 : ใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย เช่น ระบบ AI มาควบคุมด้านการบริหารข้อมูลซึ่งสามารถป้องกันความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น ยากต่อการเข้าถึง</p> <p>S3T10 : บริหารจัดการทรัพยากรและบริการด้านสุขภาพาลังแวดล้อมโดยสร้างแผนการบังคับบัญชาและแนวทางที่ชัดเจนให้หน่วยงานที่รับคำสั่ง</p> <p>S4T8 : นำแผนยุทธศาสตร์ชาติแผนแม่บท แผนกระทรวงสาธารณสุขมาใช้ขับเคลื่อนด้านการศึกษาส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ของนักเรียน</p> <p>S4T7 : นำแผนยุทธศาสตร์ชาติมาใช้แก้ไขปัญหาด้านการแพทย์เพื่อป้องกันการเสียชีวิตจากการระบาดของโรค</p> <p>S6T6 : ใช้ฐานข้อมูลด้านทรัพยากร บุคลากรด้านสาธารณสุข เป็นส่วนสนับสนุนในด้านของการขอเพิ่มอัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้เพียงพอต่อการตอบสนองการป้องกัน ควบคุมโรค และภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์</p>	<p>กลยุทธ์เชิงรับ (WT)</p> <p>W11T9 : จัดทำแผนการพัฒนาบุคลากร และการใช้ระบบเทคโนโลยีที่เป็นปัจจุบันให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการควบคุมโรค</p> <p>W2T9 : นำระบบเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในขับเคลื่อนนโยบายและแผนการดำเนินงาน ลดขั้นตอนระยะเวลาในการดำเนินการสั่งการ</p> <p>W6T6 : จัดทำแผนปฏิบัติการ EOC โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ปฏิบัติให้ชัดเจน รวมทั้งจัดทำทะเบียนควบคุมวัสดุที่สำคัญเพื่อสะดวกต่อการตรวจเช็ค</p> <p>W12T10 : ทวนสอบหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการควบคุมโรคให้มีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจน บริหารทรัพยากรที่มีอยู่ให้เพียงพอ</p> <p>W10T7 : สนับสนุนให้บุคลากรเกิดการเรียนรู้อบรมให้เกิดความเชี่ยวชาญหลากหลายสามารถปฏิบัติงานในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง สามารถใช้ศักยภาพของบุคลากรได้สูงสุด</p>

2) จุดอ่อน (Weaknesses : W) 5 อันดับแรก

- W11 : ไม่มีแผนการพัฒนาบุคลากรที่ทำงานด้านการควบคุมโรคที่ชัดเจน
- W2 : การขับเคลื่อนนโยบายและแผนการดำเนินงานต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินการสั่งการ
- W6 : การบังคับบัญชาที่มีลำดับชั้นหลายลำดับชั้น ทำให้ขาดความยืดหยุ่นและสิ้นเปลืองเวลา
- W12 : บุคลากรขาดทักษะการถ่ายทอดความรู้ลำดับการปฏิบัติงานกรณีมีคำสั่งเปิด EOC
- W10 : บุคลากรยังไม่มี ความเชี่ยวชาญที่หลากหลาย

3) โอกาส (Opportunities : O) 5 อันดับแรก

- O5 : การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรทำให้พฤติกรรมการบริโภคเปลี่ยนแปลงไป
- O8 : การใช้อินเทอร์เน็ตอย่างแพร่หลาย ทำให้คนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการเคลื่อนไหวด้านสาธารณสุขและภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์ได้มากขึ้นและรวดเร็วขึ้น
- O4 : สถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ทำให้มีการใช้เงินดิจิทัล (ระบบพร้อมเพย์ True Wallet) ชำระสินค้าและบริการ ช่วยให้การแพร่กระจายเชื้อโรคและสร้างสุขนิสัยที่ดี
- O9 : สถานการณ์ของสังคมเมืองเกิดมาตรฐานในการปฏิบัติการ การบริหารจัดการด้านสิ่งแวดล้อม สารเคมีและกำจัดขยะติดเชื้อ เกิดการเตรียมพร้อมเผชิญภัย
- O6 : การเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิตประจำวัน มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสารสนเทศ การเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการสื่อสาร โดย Internet of things เช่น WFH

4) ภัยคุกคาม (Threats : T) 5 อันดับแรก

- T9 : การใช้งานอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่แพร่หลายมีความเสี่ยง Digital Divide, Cyber Security ทักษะการเข้าถึงเทคโนโลยี ซึ่งยากต่อการเข้าถึง
 - T8 : นโยบายปิดโรงเรียนและข้อจำกัดของการเรียนแบบออนไลน์ ซึ่งมีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดความถดถอยด้านการเรียนรู้ของนักเรียนในระยะยาว
 - T7 : สูญเสียการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์จากการระบาดของโรค
 - T6 : ขาดแคลนทรัพยากรในการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นการผลิตอุตสาหกรรมลดลง ส่งผลต่อสินค้าขาดแคลน เช่น เครื่องมือ อุปกรณ์ ทางกายภาพ
 - T10 : การบริหารจัดการทรัพยากรและบริการด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อม
- ผลการวิเคราะห์ครั้งนี้ พบว่า องค์กรมีจุดแข็งที่สอดคล้องกับโอกาส ดังนั้นการกำหนดกลยุทธ์ควรเน้นการกำหนดทิศทางและกลยุทธ์เชิงรุกเพื่อรักษาความได้เปรียบเชิงยุทธศาสตร์ (ตารางที่ 1)

■ อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต สามารถจัดทำแผนยุทธศาสตร์ (Strategic Map) ด้านการพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขผ่านระบบบัญชาการเหตุการณ์และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับจังหวัดภูเก็ต ด้วยองค์กรมีจุดแข็งที่สอดคล้องกับโอกาสที่เอื้อต่อความสำเร็จของการพัฒนาการจัดการการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยด้านการพัฒนาการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันฯ พบว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้จัดตั้งคำสั่งแต่งตั้งคณะ

กรรมการและคณะทำงานเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข จัดทำแผนผัง และตั้งศูนย์ปฏิบัติการบัญชาการเหตุการณ์ด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นปัจจุบันทันต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ในขณะที่ด้านการพัฒนาแผนปฏิบัติการการจัดการภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข มีการจัดตั้งทีมงาน และคำสั่งคณะทำงานที่มพิเศษฉุกเฉินสุขภาพ Special Health Emergency Response Team (SHERT) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต เพื่อสื่อสารข้อมูลเชิงรุกและด้านการบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการซ้อมแผนแบบบนโต๊ะ (Tabletop) เพื่อให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานเข้าใจรูปแบบ บทบาทหน้าที่ แนวทางการดำเนินงานและการประสานงานระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด เช่น บุคลากรทางการแพทย์ ยา และเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด เกิดศูนย์รวบรวมข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันป้องกันความคลาดเคลื่อน มีผู้รับผิดชอบด้านข้อมูลแยกเป็นการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพชัดเจน ผู้บริหารระดับจังหวัดและผู้ปฏิบัติงานด้านการควบคุมโรค และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพึงพอใจต่อแผนการพัฒนาด้านการดำเนินงาน และรูปแบบแผนผังการบัญชาการเหตุการณ์ด้านการแพทย์และสาธารณสุขด้วย สามารถดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ตามแนวทางที่ระบุไว้ชัดเจน มีประสิทธิภาพ รวดเร็ว และครบวงจร ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ ณรงค์ ลือชา และคณะ⁽⁷⁾ เรื่องการบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขฯ ตามหลักการ 2P2R และเน้นการปรับโครงสร้างการบัญชาการเหตุการณ์ ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาในพื้นที่และศักยภาพองค์กร โดยผ่านการวิเคราะห์ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก เกิดการพัฒนาการ

จัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข มีแผนปฏิบัติการการจัดการภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข สาธารณภัยและภัยพิบัติ เป็นรูปธรรม จากแผนการพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขฯ ดังกล่าว สามารถทำแผนยุทธศาสตร์ได้ 3 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issues) และเป้าประสงค์ (Goals)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมการลดความเสี่ยงต่อสาธารณภัยทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน โดยมีเป้าประสงค์ : เพื่อพัฒนาขีดความสามารถในการบริหารความเสี่ยง มาตรการและแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการลดผลกระทบที่เกิดจากภาวะฉุกเฉินและสาธารณภัย การเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมาตรฐาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต ได้จัดทำแผนรองรับสาธารณภัยทางการแพทย์และการสาธารณสุข มีการซ้อมแผนแบบบนโต๊ะ (Tabletop) เพื่อรองรับการลดการสูญเสีย รวมทั้งการจัดตั้งศูนย์ โดยแบ่งเป็นการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพชัดเจน

จากประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 สัมพันธ์กับการศึกษาของ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี⁽¹¹⁾ ศึกษากรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน และระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การจัดแผนพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขต้องมีโครงสร้างพื้นฐานที่เหมาะสมสำหรับการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและมีคลังข้อมูลที่สามารถใช้ในการสั่งการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 บูรณาการ

ระบบและให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินและสาธารณสุขอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าประสงค์ : เพื่อพัฒนาระบบปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้สามารถจัดการภาวะฉุกเฉินและสาธารณสุขได้ทุกมิติ ทุกรูปแบบ และทุกระดับ ความรุนแรงเป็นเอกภาพ และมีประสิทธิภาพ ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่เกิดจากภาวะฉุกเฉินและสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต มีการบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต โรงพยาบาลเอกชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งด้านข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน มีผู้รับผิดชอบด้านข้อมูลการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

จากประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 สัมพันธ์กับการศึกษาของ พีรยศ ย่อมสูงเนิน และคณะ⁽¹²⁾ ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดำเนินงาน เฝ้าระวังป้องกัน และการจัดการภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขและภัยสุขภาพ กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (โควิด-19) : กรณีศึกษา อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิพบว่า การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่เป็นระบบมีขั้นตอนที่ชัดเจน ส่งผลให้ระดับการดำเนินงานจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและภัยสุขภาพมีประสิทธิภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาศักยภาพและกลไกการบริหารจัดการเชิงบูรณาการทางการแพทย์และการสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินและสาธารณสุขด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรม โดยมีเป้าประสงค์ : เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรมการบริหารจัดการและบูรณาการทุกภาคส่วนในการให้ความช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และการสาธารณสุข ให้มีคุณภาพและมาตรฐาน สำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดภูเก็ตมีการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ เช่น ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มีการใช้ Platform การสื่อประชาสัมพันธ์ที่เข้าถึงได้ง่าย เช่น Tiktok Youtube ด้านข้อมูลข่าวสารที่สำคัญ รวมทั้งอบรมเพิ่มศักยภาพให้บุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งการทำงานร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องภายใต้คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมโรค จังหวัดภูเก็ต

จากประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 สัมพันธ์กับการศึกษาของ สรัญธรรม บุตรชัย⁽¹³⁾ ศึกษาการบูรณาการงานป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของคณะกรรมการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร ของ คลัสเตอร์ หมู่ที่ 4 ตำบลหนองโสน และคลัสเตอร์ หมู่ที่ 13 ตำบลสามง่าม พบว่า การปฏิบัติงานภายใต้คณะกรรมการฯ ในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคและการดำเนินงานโดยสะดวก

ทั้งนี้ จากการศึกษาแผนการพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ผ่านระบบบัญชาการเหตุการณ์และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับจังหวัดภูเก็ตครั้งนี้ สามารถนำเป็นแนวทางในการดำเนินงานของการพัฒนาระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขแก่หน่วยงานที่สนใจในการวางแผนดำเนินการพัฒนาระบบได้ โดยสามารถใช้กระบวนการศึกษาจากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้กรอบแนวคิดของ McKinsey 7'S Framework เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยภายใน และใช้กรอบแนวคิดของ PESTEL ในการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก โดยผ่านกระบวนการ SWOT Analysis, SFAS และ TOWS Matrix เพื่อนำมาพัฒนางานต่อไป

■ ข้อเสนอแนะทางยุทธศาสตร์และการนำยุทธศาสตร์ไปใช้

ผลจากการศึกษาและจัดทำแผนพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขผ่านระบบบัญชาการเหตุการณ์และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับจังหวัดภูเก็ต ในครั้งนี้ ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะในการจัดทำแผนพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินฯ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ดังนี้

1. ประเด็นยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมการลดความเสี่ยงต่อสาธารณสุขทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน

1.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ตควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาองค์ความรู้ด้านสาธารณสุข ภัยพิบัติทางการแพทย์และสาธารณสุขให้กับบุคลากรเป็นสำคัญและรณรงค์ให้กับประชาชนได้รับทราบ พร้อมสร้างความตระหนักรู้ในการสังเกตและให้ความสำคัญต่อสาธารณสุข ภัยพิบัติทางการแพทย์และสาธารณสุข

1.2 ควรนำระบบเทคโนโลยีที่ทันสมัย เช่น ระบบ AI เข้ามาร่วมในการเฝ้าระวังการเกิดสาธารณสุข ภัยพิบัติทางการแพทย์และสาธารณสุข เป็นต้น เพื่อลดขั้นตอนการทำงาน ลดการใช้ดุลยพินิจ

2. ประเด็นยุทธศาสตร์ด้านการบูรณาการระบบและให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินและสาธารณสุขอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

2.1 กำหนดนโยบายและแผนในการดำเนินการด้านการแพทย์ฉุกเฉินสาธารณสุข ภัยพิบัติทางการแพทย์ เพื่อให้บุคลากรทางสาธารณสุขรับทราบและปฏิบัติ

2.2 ส่งเสริมการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ ทันต่อสถานการณ์

และเข้าถึงได้ทุกกลุ่มเป้าหมาย ควบคู่ไปกับการพัฒนาทักษะองค์ความรู้ของเจ้าหน้าที่

2.3 ส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะท้องถิ่นเร่งจัดทำแผนการรองรับด้านการแพทย์ฉุกเฉิน สาธารณภัย ภัยพิบัติทางการแพทย์ ที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้

2.4 เร่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนให้เกิดจิตสำนึกที่ดี และรับผิดชอบต่อสังคมร่วมกัน สร้างความตระหนักรู้ในทุกระดับให้สามารถปรับตัวต่อผลกระทบที่อาจเกิดจากภัยฉุกเฉิน สาธารณภัย ภัยพิบัติทางการแพทย์ เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและได้รับผลกระทบจากสาธารณสุขที่อาจเกิดขึ้นได้ทุกเมื่อ

3. ประเด็นยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาศักยภาพและกลไกการบริหารจัดการเชิงบูรณาการทางการแพทย์และการสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินและสาธารณสุขด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรม

3.1 กำหนดนโยบายและแผนด้านบริหารจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสม และได้ตามมาตรฐานทางการแพทย์สาธารณสุข

3.2 ใช้สื่อช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ยุคใหม่ ในการนำเสนอข่าวสารด้านความปลอดภัย และผลกระทบอันเกิดจากกรณีภัยพิบัติ สภาวะฉุกเฉินการแพทย์และการสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินและสาธารณสุขให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายทุกช่วงวัย โดยเฉพาะกลุ่มช่วงวัยศึกษา โดยการใช้ Platform การสื่อประชาสัมพันธ์ที่เข้าถึงได้ง่าย เช่น Tiktok Youtube เป็นต้น

3.3 จัดทำ Platform ในการดำเนินงานสถานการณ์ที่สำคัญและเร่งด่วนที่ประชาชนต้องรับทราบ เพื่อให้ประชาชนสามารถตั้งรับต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งแนวทางการปฏิบัติตามมาตรฐานทางสาธารณสุขที่กำหนดไว้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 8 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nesdc.go.th/download/document/SAC/NS_SumPlanOct2018.pdf
2. สำนักงานจังหวัดภูเก็ต. แผนพัฒนาจังหวัดภูเก็ต พ.ศ.2566 – 2570 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 8 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nesdc.go.th/download/document/SAC/NS_SumPlanOct2018.pdf
3. กรมควบคุมโรค. การจัดการโรคอุบัติใหม่ (บทเรียนจากโควิด-19) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2//files/covid19.pdf>
4. กรมควบคุมโรค. การจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ระบบบัญชาการเหตุการณ์และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 9 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://www.ppho.go.th/webppho/dl_strat/F20170616075301.pdf
5. มหาวิทยาลัยรามคำแหง. กรอบแนวคิดของแมคคินซี (McKinsey 7-S Framework) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 8 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://www.excmba-abstract.ru.ac.th/AbstractPdf/2564-1-2_1661917182.pdf
6. มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. PESTEL Analysis : เครื่องมือในการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 8 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ubu.ac.th/web/mod/km/files/cf202208251435205698.pdf>
7. กระทรวงสาธารณสุข. การวิเคราะห์ SWOT (SWOT Analysis) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 8 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://psdg.anamai.moph.go.th/th/internal02/download?id=84102&mid=29662&mkey=m_document&lang=th&did=26440
8. Mandala Team. TOWS Matrix : เครื่องมือวิเคราะห์ต่อจาก SWOT Analysis [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 8 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://blog.mandalasystem.com/th/tows-matrix>
9. มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี. ปัจจัยเชิงกลยุทธ์ (SFAS Matrix) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 8 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hiperc.sru.ac.th/pluginfile.php/133161/mod_resource/content/0/กลยุทธ์%206.pdf
10. ณรงค์ ลือชา, ณัฐกานต์ ปวะบุตร. การบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านกายภาพและสาธารณสุข กรณีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 8 มีนาคม 2567];15(3):9-24. เข้าถึงได้จาก: [https:// https://he01.tci-thaijo.org/index.php/crmjournal/article/view/264486/180290](https://he01.tci-thaijo.org/index.php/crmjournal/article/view/264486/180290)
11. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. กรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ.2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 8 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2//files/กรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์%20EOC%20สคร.10%20ปี%202566.pdf>
12. พีรยศ ย่อมสูงเนิน, สุวัลลีย์ บุตรพรหม, นายนิธิต ศรีเมือง, ปราณ สุขุมลันนันทน์. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและการจัดการภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขและภัยสุขภาพ กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 (โควิด 19) : กรณีศึกษา อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ [อินเทอร์เน็ต]. ชัยภูมิ; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 8 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.tako.moph.go.th/librarybook/web/files/f0a0459ba7dc34602fae317933a23618.pdf>
13. สรัญธรณ์ บุตรชัย. การบูรณาการงานป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของคณะกรรมการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และระบบบัญชาการเหตุการณ์ อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 8 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:172691>

รูปแบบการพัฒนาครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพ ภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่

วิมล บ้านพวน
ธีรพงษ์ คำพูน
อัญชรัย บัญมาประเสริฐ
ปิยวดี พิศาลรัตนคุณ
ประภัสสร นุชนิยม
ทิพวรรณ พูลเอียด
และคณะ
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

วันรับ 11 ตุลาคม 2567, วันแก้ไข 8 พฤศจิกายน 2567, วันตอบรับ 10 พฤศจิกายน 2567.

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของครอบครัวและพื้นที่ ประชากรประกอบด้วย แกนนำซึ่งเป็นอาสาสมัครจากครอบครัว ชุมชนในพื้นที่ดำเนินงานจาก 77 ชุมชนทุกจังหวัดทั่วประเทศ กลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณจากโปรแกรม G*Power3 วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน และแกนนำยินดีเข้าร่วมโครงการจาก 11 จังหวัด 11 ชุมชน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 361 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 436 คน รวมทั้งสิ้น 797 คน การศึกษามี 4 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมการ เป็นการกำหนดกรอบประเด็นการพัฒนารูปแบบและเครื่องมือ คู่มือ 2) ระยะดำเนินการ เป็นขั้นการนำรูปแบบที่ได้พัฒนาไปใช้ มีรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่มโดยดำเนินการวัดก่อน - หลังการนำรูปแบบไปใช้ 3) ระยะการติดตามผลการดำเนินงาน 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามและข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม 2566 ถึงเดือนธันวาคม 2566 ผลการศึกษารูปแบบการพัฒนาครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ ในระยะที่หนึ่งได้ชุดความรู้แนวทางการยกระดับครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ สำหรับแกนนำครอบครัว ชุมชน รูปแบบเป็น E-book ที่เข้าถึงได้ง่ายและคู่มือแนวทางการคัดเลือกพื้นที่ต้นแบบ ครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ สำหรับเจ้าหน้าที่ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระยะที่สองเป็นขั้นการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการพัฒนาครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ดีสูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบ โดยก่อนได้รับรูปแบบมีค่าคะแนนเฉลี่ย $\bar{X}=2.63$, S.D.=0.41 หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ย $\bar{X}=2.86$, S.D.=0.29 p-value<0.001 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ย $\bar{X}=2.87$ S.D.=0.38 กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ย $\bar{X}=2.65$ S.D.=0.27 p-value .001 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ระยะที่ 3 ระยะการติดตามผลการดำเนินงาน และ ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน พบว่าแกนนำครอบครัว ชุมชนมีการนำองค์ความรู้ไปใช้อย่างต่อเนื่อง มีการบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพที่ดีโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ข้อเสนอ รูปแบบการพัฒนาครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ เป็นรูปแบบที่มีกระบวนการแนวทางการดำเนินงาน เครื่องมือ คู่มือเพื่อทำให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ควรพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมที่เข้าถึงได้ง่าย และกรมอนามัยควรมอบใบประกาศนียบัตรให้ผ่านการอบรม และกำหนดหรือเพิ่มเป็นนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพครอบครัว ชุมชน

คำสำคัญ: รูปแบบการพัฒนา ครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพ แกนนำครอบครัว ชุมชน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันโรค

Adapting to Change: A Mixed-Methods Study on Health Literate Family and Community Development in a New Normal Lifestyle

Vimol Banpoun
Theerapong Khamput
Unchuree Boonmaprasert
Piyawadee Phisarnrattanakhun
Prapassorn Nuchniyom
Thippawan Phooleiad
et.al.

Bureau of Health Promotion, Department of Health.

Received 11 October 2024, Revised 7 November 2024, Accepted 10 November 2024.

Abstract

This research aims to develop a family upliftment model. Health-aware community under the new normal way of life to apply it to suit the context of the family and area. The population consisted of leaders who were volunteers from their families. Local communities carry out project work from 77 communities in every province across the country. The sample group was calculated from the G*Power3 program. The sample selection method was multi-stage random sampling and leaders willing to participate in the project from 11 provinces, 11 communities, divided into an experimental group of 361 people and a comparison group. 436 people, totaling 797 people. The study has 4 phases: 1) preparation phase. It sets the framework for the development of models and manual tools. 2) Implementation phase. It is the step of applying the developed model. There is a quasi-experimental research design in 2 groups by measuring before - after implementing the model, 3) the performance monitoring phase. and 4) reflecting on the performance results. Quantitative data were collected by questionnaire and qualitative data by focus group and in-depth interviews. Data analysis used descriptive statistics and content analysis. Operated between January-December 2023, Results of the study: Develop a family upliftment model. The community is well versed in health under the new normal way of life. In the first phase, they received a set of knowledge on ways to raise the level of their families. Health-aware community under the new normal way of life for family and community leaders, the format is an easily accessible E-book and guideline for selecting prototype areas. Family and community knowledge about health under the new normal way of life for officials to drive the implementation of healthy behavior change the second phase is the experimental phase. It was found that the experimental group that received the family enhancement model Health-aware community under the new normal way of life had higher scores on healthy behavior than before receiving the model Before receiving the model, the mean score $\bar{X}=2.63$, S.D.=0.41, after the experiment the mean score $\bar{X}=2.87$, S.D.=0.29 p-value<0.001 The difference was statistically significant at 0.05. The experimental group had a higher mean score in health behavior than the comparison group. Mean score $\bar{X}=2.87$ S.D. = 0.38 comparison group. There is a mean score $\bar{X}=2.65$ S.D. =0.27 p-value .001, which is significantly different at 0.05. Phase 3, performance monitoring and Phase 4, performance reflection. Found that the family leader The community continually applies knowledge. There is integration of good health promotion work by participate in families, communities, and local government organizations. Recommendations: Proposal for developing a family upliftment model

Health-aware community under the new normal way of life. It is a format that has a process. Operational guidelines, tools, manuals to make people, families, and communities knowledgeable about health and have desirable health behaviors. Easily accessible training courses should be developed, and the Department of Health should provide certificates to those who complete the training and establish or add policies to promote family and community health.

Keywords: development model, family, health-informed community, family and community leaders, health promotion behavior, disease prevention

■ บทนำ

ปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก คือ ปัญหากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable Diseases : NCDs) ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO)⁽¹⁾ พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 38 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 68 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 41 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 71 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2559 โดยกลุ่มโรค NCDs ที่พบการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44) รองลงมาคือโรคมะเร็ง (9.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (3.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9) และโรคเบาหวาน (1.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4) ซึ่งในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ในกลุ่มอายุ 30 - 69 ปี หรือเรียกว่า “การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร” มากถึง 15 ล้านคน โดยร้อยละ 85 เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำ และกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง โดยปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง สถานการณ์ตัวชี้วัดโรคไม่ติดต่อในประเทศไทยที่กำหนดโดยคณะผู้เชี่ยวชาญทางด้านนโยบายในแต่ละประเด็นโรค และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2556 คือ

ความน่าจะเป็นของการเสียชีวิต ที่อายุ 30 ปี ถึง 70 ปีจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง ลดลงจากร้อยละ 15.3 ใน ปี 2550 เป็นร้อยละ 15.1 และร้อยละ 14.1 ในปี 2553, 2557 ตามลำดับ⁽¹⁾ หากพิจารณาอัตราการตายตามอายุพบว่า อัตราการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจาก 343.06 ต่อแสนคนใน ปี พ.ศ. 2552 เป็น 355.30 ต่อแสนคนในปี พ.ศ. 2556 ประกอบกับในปี พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา พบสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน⁽²⁾

จากการประเมินความเสี่ยงและพฤติกรรมป้องกันโรคของครอบครัว พบว่าประชาชนในพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ไม่มีการประเมินความเสี่ยงของคนในบ้าน ร้อยละ 67.5 ส่วนพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ในบ้านที่ประชาชนเห็นด้วยและสามารถทำได้มากที่สุดคือ การแยกกันกินเมื่ออยู่ในบ้าน ร้อยละ 53.1 รองลงมาคือ การเว้นระยะห่าง ร้อยละ 50.1 และการสวมหน้ากากในบ้านตลอดเวลา ร้อยละ 49.9 ตามลำดับ ล้างมือก่อนกินอาหารด้วยสบู่และน้ำหรือเจลแอลกอฮอล์ ทำประจำร้อยละ 89.35 ไม่ทำเลย ร้อยละ 0.67⁽³⁾ มีกิจกรรมทางกาย ร้อยละ 53.1 ซึ่งลดลงถึงร้อยละ 21.5 และจากการสำรวจข้อมูลของประชาชนในปี 2562 โดยสำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ในกลุ่ม

ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 17,530 คน พบว่าประชาชนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับเพียงพอ ร้อยละ 80.91 ซึ่งข้อเสนอแนะจากผลการสำรวจ หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาคการศึกษา สังคมและสุขภาพ ควรสร้างความตระหนักและความเข้าใจเรื่องผลกระทบของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากบริการต่างๆ ของกลุ่มผู้ใช้บริการที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอแก่บุคลากรในหน่วยงานผู้กำหนดนโยบายและผู้ทำงานด้านความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ การสำรวจฯ นี้แสดงให้เห็นว่า คนไทยร้อยละ 19.09⁽⁴⁾ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการพัฒนาครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ ซึ่งครอบครัวถือเป็นสถาบันที่สำคัญ เป็นฐานรากของสังคม เป็นต้นนำในการอบรมบ่มเพาะของชีวิตครอบครัวที่มีความเข้มแข็ง มีความรักความอบอุ่น ดูแลใส่ใจซึ่งกันและกัน มีพื้นที่ปลอดภัยในครอบครัว จึงเป็นเหมือนเกราะที่จะปกป้องคุ้มครองสมาชิกทุกคนในครอบครัวทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต พฤติกรรมสุขภาพที่มีพื้นฐานมาจากครอบครัว การพัฒนาครอบครัวให้มีความรอบรู้สุขภาพจึงมีความสำคัญ จากหลายๆ ครอบครัวขยายผลสู่ชุมชนโดยแกนนำครอบครัวเป็นโซ่ข้อกลางในการนำองค์ความรู้ที่ได้ไปพัฒนาตนเอง บุคคลในครอบครัว และนำสู่ชุมชนตามบริบทของพื้นที่ กรมอนามัยมีบทบาทหน้าที่ในการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัย ทั้งในครอบครัว ชุมชน โดยไม่เลือกปฏิบัติไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง ผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรของกรมอนามัยจึงได้ดำเนินการศึกษารูปแบบการพัฒนาครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ เพื่อ

เป็นต้นแบบ ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพครอบครัว ชุมชน และขยายผลสู่พื้นที่อื่นๆ ได้ต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. พัฒนารูปแบบครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของครอบครัว และพื้นที่
2. ศึกษาผลการนำรูปแบบครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ไปใช้ รวมทั้งความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย

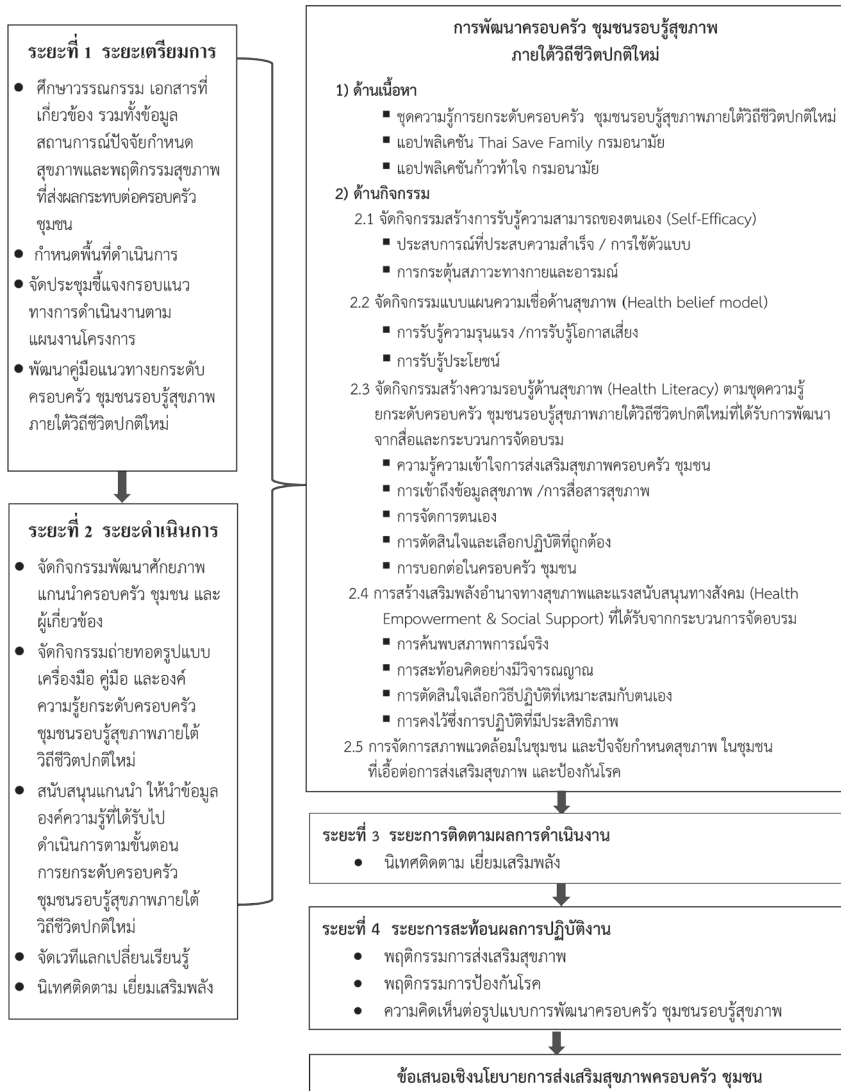
■ นิยามศัพท์

รูปแบบการพัฒนาครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ หมายถึง กระบวนการในการทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์สังเคราะห์เพื่อพัฒนารูปแบบ เครื่องมือ คู่มือชุดความรู้แนวทางการยกระดับครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ และเครือข่าย ดำเนินการตามรูปแบบการพัฒนาครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ โดยสปีดาร์ทที่หนึ่ง เป็นกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพแกนนำและผู้เกี่ยวข้อง ถ่ายทอดรูปแบบเครื่องมือ คู่มือตามชุดความรู้ สปีดาร์ทที่ 2 แกนนำครอบครัว ชุมชน เรียนรู้ผ่านชุดความรู้และสื่อสารผ่านระบบออนไลน์ สปีดาร์ทที่ 3 - 4 แกนนำปฏิบัติตามขั้นตอนการยกระดับครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ สปีดาร์ทที่ 4 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สะท้อนผลการดำเนินงาน และประเมินผล

ครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพ หมายถึง ครอบครัว ชุมชนที่เข้าร่วมกระบวนการ

ตามรูปแบบการพัฒนาครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ โดยมีแกนนำครอบครัว ชุมชนเป็นโซ่ข้อกลางเข้ารับการพัฒนาศักยภาพและนำองค์ความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติให้ถูกต้องเหมาะสมตามบริบทของแกนนำ ขยายผลสู่ครอบครัว ชุมชนตามขั้นตอนแนวทางการยกระดับครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตใหม่อย่างเป็นระบบ

■ กรอบแนวคิดการวิจัย



■ วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธีทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (mixed-method study)⁽⁵⁾ เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามแกนนำและข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group) และสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) มีการศึกษา 4 ระยะ 1) ระยะเตรียมการ เป็นขั้นการศึกษาและเตรียมความพร้อมการดำเนินงาน กำหนดกรอบประเด็นการพัฒนา รูปแบบและเครื่องมือ คู่มือ

แนวทางการยกระดับครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ 2) ระยะดำเนินการ เป็นขั้นการนำรูปแบบที่ได้พัฒนาไปใช้ มีรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 2 กลุ่มโดยดำเนินการวัดก่อน-หลังการนำรูปแบบไปใช้ (Two Group Pretest-Posttest Research Design) โดยดำเนินการในกลุ่มแกนนำครอบครัว ชุมชน เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยความสมัครใจ ยินดีเข้าร่วมโครงการ มีรูปแบบการจัดกิจกรรม 4 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1 เป็นการอบรมพัฒนาศักยภาพตามรูปแบบ สัปดาห์ที่ 2 แกนนำครอบครัว ชุมชน เรียนรู้ผ่านคู่มือ ชุดความรู้ ประชุมปรึกษาหารือผ่านระบบออนไลน์ เช่น ไลน์กลุ่ม สัปดาห์ที่ 3 - 4 แกนนำครอบครัว ชุมชนปฏิบัติตามแผนการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในครอบครัว ชุมชน รวม 4 สัปดาห์ โดยจะมีการวัดผลก่อนการฝึกอบรม หลังการฝึกอบรมและระยะติดตามเมื่อเสร็จสิ้นโปรแกรมหลัง 4 สัปดาห์ ทั้งนี้กลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับโปรแกรมดังกล่าวหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 3) ระยะการติดตามผลการดำเนินงาน และ 4) ระยะการสะท้อนผลการปฏิบัติงานหลังการใช้รูปแบบ เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยแบบสอบถามและข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก

การศึกษาเชิงปริมาณ ประชากร คือ ประชากรแกนนำซึ่งเป็นอาสาสมัครจากครอบครัวอาศัยอยู่ในชุมชนตลอดเวลาที่ดำเนินการศึกษาวิจัยในพื้นที่ชุมชน 77 ชุมชน จากทุกจังหวัดทั่วประเทศ จำนวนแกนนำรวม 1,300 คน (ซึ่งเป้าหมายการดำเนินงานตามแผนงานโครงการยกระดับครอบครัวชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตใหม่ตามแผนงานกรมอนามัย พ.ศ. 2566) กลุ่ม

ตัวอย่าง ขนาดของตัวอย่าง คำนวณจากโปรแกรม G*Power ข้อมูลการกำหนดตัวอย่าง มีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.80 ค่าระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.95 และอัตราส่วนการจัดสรรขนาดตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเท่ากับ 1 ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 35 คน ผู้วิจัยเพิ่มอัตราการสูญหาย ร้อยละ 15 จำนวน 5 คน ดังนั้นสรุปกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คนต่อพื้นที่ ในการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่นั้น ผู้วิจัยจะนำรูปแบบไปใช้กับสมาชิกทุกคนของชุมชน โดยสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย จากแกนนำครอบครัว ชุมชนที่ยินดีเข้าร่วมวิจัยภาคละ 2 จังหวัด รวมกรุงเทพมหานคร รวมทั้งสิ้น 880 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร

การศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลแกนนำครอบครัว ชุมชนและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ประเด็นความคิดเห็นต่อรูปแบบการยกระดับครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ ประชากร คือ 1) กลุ่มแกนนำครอบครัว ชุมชน 2) เจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัย/โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/กองสาธารณสุข (อปท.) 3) ครอบครัวของแกนนำที่เข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากกลุ่มแกนนำ และครอบครัวที่เข้าร่วมกิจกรรมตลอดโครงการ และผู้รับผิดชอบงานหลักจากพื้นที่ดำเนินงานโครงการหลังเสร็จสิ้นการดำเนินงานในระยะที่สอง ระยะดำเนินการ และระยะที่สี่ ระยะการสะท้อนผลการปฏิบัติงานหลังการใช้รูปแบบโดยดำเนินการในทุกจังหวัด

● **การเก็บรวบรวมข้อมูล** การสนทนากลุ่ม คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง ได้แก่

1) แกนนำครอบครัว 5 - 10 คน/จังหวัด 2) เจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัย/โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/กองสาธารณสุข (อปท.) 5 คน/จังหวัด และ 3) คนในครอบครัวของแกนนำที่เข้าร่วมกิจกรรมตลอดโครงการ 1 คนต่อครอบครัวแกนนำ จำนวน 5 คน/5 ครอบครัว/จังหวัด

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) 1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป (นับจากวันที่เริ่มดำเนินงานโครงการ) 2) เป็นแกนนำชุมชน สมาชิกครอบครัวที่ดูแลกลุ่มเปราะบางในครอบครัว เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง หรือสมาชิกชุมชนที่อยู่อาศัยในพื้นที่ดำเนินการมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3) อ่านและเขียนหนังสือไทยได้ 4) มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถดาวน์โหลดแอปพลิเคชัน Thai Save Family และแอปพลิเคชันก้าวทำใจกรมอนามัยได้ 5) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ตลอด 6) มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

● **สถานที่และระยะเวลาทำการวิจัย** ดำเนินการในพื้นที่โครงการพัฒนาครอบครัวชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ภาคละ 2 จังหวัด รวมกรุงเทพมหานคร ระยะเวลาในการวิจัย เดือนมกราคม 2566 ถึงธันวาคม 2566

● **เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา** 1) ชุดความรู้คู่มือแนวทางการยกระดับครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่แอปพลิเคชัน Thai Save Family และแอปพลิเคชันก้าวทำใจกรมอนามัย 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคลของแกนนำครอบครัว 2) การรับรู้ความสามารถของตนเอง 3) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 4) ความรอบรู้

ด้านสุขภาพ 5) พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัว ชุมชน 6) การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบเครื่องมือด้านเนื้อหา ความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมในด้านเนื้อหา รวมทั้งเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย แล้วนำมาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการนำผลของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านมารวมกันคำนวณหาความตรงตามเนื้อหาซึ่งคำนวณความสอดคล้องระหว่างประเด็นที่ต้องการวัดกับคำถามที่สร้างขึ้น (Item-Objective Congruence Index : IOC) จากนั้นนำข้อเสนอมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้อง โดยมีผลค่า IOC เกินกว่า 0.5 ทุกตัวแปร การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรในการวิจัย จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยวิธีแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.870 นำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ และปรับแก้ไขความสมบูรณ์ให้ถูกต้อง

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

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ กรมอนามัย เลขที่ 598 ลงวันที่

23 มกราคม 2566

■ ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ผลการพัฒนารูปแบบการยกระดับครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่

ได้รูปแบบครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพ ภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ ด้วยกระบวนการพัฒนาครอบครัว ชุมชนอย่างเป็นระบบ 1) มีการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในครอบครัว ชุมชน 2) การอบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำครอบครัว ชุมชน 3) แกนนำครอบครัว ชุมชนจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน ตามหลัก 3อ 2ส 1พ 1น และอนามัยสิ่งแวดล้อม การป้องกันโรคโควิด-19 โดยมีแผนส่งเสริมสุขภาพดีรายครัวเรือน (Wellness Family)⁽⁶⁾ และ Health Literacy Family Platform เป็นเครื่องมือในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแกนนำครอบครัว ชุมชน ตามความคาดหวังผลลัพธ์สุขภาพ ได้คู่มือแนวทางการคัดเลือกพื้นที่ต้นแบบ ครอบครัวชุมชนรอบรู้สุขภาพ ภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ สารสำคัญประกอบด้วย 1) นิยามของชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ 2) วัตถุประสงค์ 3) เป้าหมายการดำเนินงาน 4) ข้อมูลทั่วไปของชุมชน 5) รูปแบบ

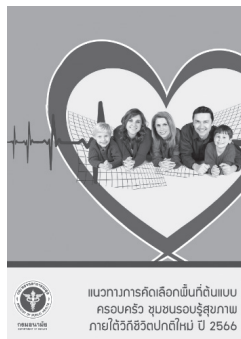
แนวทางการคัดเลือกพื้นที่ต้นแบบครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ 6) แนวทางการให้คะแนน ซึ่งประกอบด้วย ด้านการบริหารจัดการ ด้านกระบวนการดำเนินงาน ด้านผลผลิตและผลลัพธ์ และด้านผลกระทบด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 2 ผลของรูปแบบการยกระดับครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่

2.1 ผลการศึกษา ผลของรูปแบบการพัฒนาครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 84.5 เช่นเดียวกับกลุ่มเปรียบเทียบ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.5 ด้านอายุ พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุ 51 – 60 ปี ร้อยละ 26.4 เช่นเดียวกับกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอายุ 51 – 60 ปี ร้อยละ 34.4 ด้านระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับ ปวส./อนุปริญญา ร้อยละ 58.2 กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 54.1 สถานภาพในครอบครัวของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 90 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 76.8 ด้านบุคคลที่คอยแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็น อสม. ร้อยละ 48.2 เช่นเดียวกับกลุ่ม



ภาพที่ 2



ภาพที่ 3

ภาพที่ 2 ชุดความรู้แนวทางการสร้างพลังครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่

เข้าถึงได้จาก : <https://hp.anamai.moph.go.th/th/ebook-hp>

ภาพที่ 3 คู่มือแนวทางการคัดเลือกพื้นที่ต้นแบบครอบครัวชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่

เข้าถึงได้จาก : <https://hp.anamai.moph.go.th/th/ebook-hp>

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามชุดความรู้แนวทางการสร้างพลังครอบครัว ชุมชนหรือรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัว ชุมชน และการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n= 361)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		\bar{d}	S.D.	t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.				
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	2.59	0.37	2.83	0.25	-0.2408	0.4632	-9.879	0.001
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	2.65	0.41	2.68	0.61	-0.0305	0.7442	-.778	0.437
ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามชุดความรู้แนวทางการสร้างพลังครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่	1.84	0.31	2.01	0.16	-0.1732	0.3589	-9.172	0.001
พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัว ชุมชน	2.63	0.41	2.87	0.29	-0.2275	0.5152	-8.388	0.001
การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม	2.80	0.34	2.97	0.12	-0.1676	0.3574	-8.909	0.001

เปรียบเทียบ ร้อยละ 49.8 ทั้งนี้พบว่า กลุ่มทดลองที่อยู่จนครบตามโปรแกรมการพัฒนามีจำนวน 361 คน เนื่องจากมีการย้ายที่อยู่ บางรายไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบตามโปรแกรม สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า มีจำนวนลดลงเล็กน้อยจากการย้ายที่อยู่ และไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้ คงเหลือ 436 คน

2.2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบตัวแปรปัจจัย ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามชุดความรู้สร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู้โควิด-19 พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัว ชุมชน และการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม (Health Empowerment & Social Support)

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตามชุดความรู้แนวทางการสร้างพลังครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัว ชุมชน และการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ซึ่งสูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบการพัฒนาครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ยกเว้นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีค่า p-value 0.437 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพตามชุดความรู้แนวทางการสร้างพลังครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ในกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สำหรับการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัว ชุมชน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามชุดความรู้แนวทางสร้างพลังครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัว ชุมชน และการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n= 436)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		\bar{d}	S.D.	t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.				
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	2.65	0.27	2.74	0.22	-0.0896	0.3197	-1.8590	0.070
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	2.75	0.28	2.90	0.18	-0.1506	0.3608	-2.7690	0.008
ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามชุดความรู้ แนวทางการสร้างพลังครอบครัว ชุมชน รอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่	1.92	0.20	2.00	0.13	-0.0769	0.2419	-2.1100	0.040
พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัว ชุมชน	2.74	0.32	2.83	0.23	-0.0884	0.3898	-1.5040	0.140
การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม	2.94	0.18	2.98	0.09	-1.3600	0.4300	-1.8100	0.181

และการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัว ชุมชน และการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามชุดความรู้แนวทางการสร้างพลังครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัว ชุมชน และการสร้างเสริม

พลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม ตามชุดความรู้แนวทางการสร้างพลังครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ ระยะติดตามผล หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

การศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการนำทฤษฎีระบบ⁽⁷⁾ มาประยุกต์ใช้ในการถอดบทเรียนครอบครัว ชุมชน รอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ พบว่า

ปัจจัยนำ (Input) เป็นการศึกษา

สถานการณ์ บริบทที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ค้นหาปัญหาวิเคราะห์ภาวะสุขภาพของครอบครัว ได้แก่ 1) ทรัพยากรพื้นฐานของพื้นที่ ทรัพยากรกายภาพ ทรัพยากรมนุษย์ ทรัพยากรแหล่งเงินทุน และ ทรัพยากรความรู้ 2) กระบวนการ ได้แก่ ระบบการวางแผนระบบฐานข้อมูล และระบบควบคุมคุณภาพการดำเนินงาน 3) บทบาทของภาครัฐ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามชุดความรู้แนวทางการสร้างพลังครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัว ชุมชน และการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงบันดาลใจทางสังคม ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (กลุ่มทดลอง n=361 กลุ่มเปรียบเทียบ n=436)

พฤติกรรม	\bar{X}	S.D.	t	df	Mean Difference	p-value
การรับรู้ความสามารถของตนเอง						
กลุ่มทดลอง	2.83	0.25	0.133	692	0.0024	0.894
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.83	0.23	0.133			
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ						
กลุ่มทดลอง	2.68	0.61	-5.937	692	-0.2184	0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.89	0.29	-6.094			
ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามชุดความรู้แนวทางการสร้างพลังครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่						
กลุ่มทดลอง	2.01	0.16	-1.504	692	-0.0178	0.133
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.03	0.15	-1.510			
พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัว ชุมชน						
กลุ่มทดลอง	2.86	0.29	-1.096	692	-0.0232	0.273
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.88	0.27	-1.099			
การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ						
กลุ่มทดลอง	2.97	0.12	-0.405	692	-0.0035	0.685
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.97	0.11	-0.406			

ได้แก่ การรับนโยบายของภาครัฐ การใช้ประโยชน์จากการส่งเสริมและสนับสนุนของภาครัฐ 4) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ แรงบันดาลใจของคนทำงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องเข้าสู่องค์กร ในลักษณะปัจจัยนำเข้าสู่ระบบ (Input) โดยมีข้อมูลดังนี้ “ในเรื่องของชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ เรามีที่มาจากเดิมก็คือเรื่องของการแก้ไขกฎหมายชุมชนในพื้นที่ และชัดเจนเรื่องที่เกิดจากแรงบันดาลใจก่อน เราก็มีชุมชนรอบรู้ที่ทำมาหลายปี แล้วก็รวบรวมประสบการณ์ที่ทักษะต่างๆ เริ่มต้น

จากชุมชนลดโรคลดเสี่ยง”

กระบวนการ (Process) เป็นการดำเนินงานของหน่วยงาน ในการขับเคลื่อน ชุมชนต้นแบบด้านครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพ โดยมีกลวิธีในการดำเนินงานที่โดดเด่น ได้แก่ การใช้กลไก 3 หมอ การบูรณาการกับกิจกรรมที่ทำประจำ การดำเนินการผ่านบ้าน วัด โรงเรียน การสร้างบุคคลต้นแบบ การใช้ตัวแบบคือ **Health Leader** การนำ Digital Caregiver กิจกรรม 7week เพื่อสุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพ การเสริม

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามชุดความรู้แนวทางการสร้างพลังครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัว ชุมชน และการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาติดตามผล หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (กลุ่มทดลอง n= 361 กลุ่มเปรียบเทียบ n= 436)

พฤติกรรม	\bar{X}	S.D.	t	df	Mean Difference	p-value
การรับรู้ความสามารถของตนเอง						
กลุ่มทดลอง	2.60	0.33	-10.155	347	-0.2230	0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.82	0.23				
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ						
กลุ่มทดลอง	2.65	0.40	-9.587	347	-0.2371	0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.88	0.30				
ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามชุดความรู้แนวทางการสร้างพลังครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่						
กลุ่มทดลอง	1.84	0.30	-10.315	347	-0.1857	0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.03	0.16				
พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัว ชุมชน						
กลุ่มทดลอง	2.87	0.38	-9.010	347	-0.2254	0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.65	0.27				
การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม						
กลุ่มทดลอง	2.82	0.33	-8.275	347	-0.1530	0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.97	0.11				

สร้าง Empowerment การสร้างภาวะผู้นำ การสร้าง HL coach ในชุมชน มีระบบและกลไกการดำเนินงานสายวัดพุงพิชิตโรค สร้างความมั่นใจ สร้างความปลอดภัย การจัดกิจกรรมตามความพร้อมของพื้นที่ ใช้แนวคิด “เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา” จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดีรายครัวเรือน บูรณาการหลากหลายภายใต้ความยั่งยืนกิจกรรมบัดดีสุขภาพดี “ใช้ตนเองเป็นสื่อบุคคลที่สำคัญได้ในชุมชน ที่อยากไปถ่ายทอดความรู้ ถ่ายทอด

ประสบการณ์ แล้วก็เป็นสื่อที่ไม่ได้พูดถึงแต่วิชาการ แต่เราสามารถที่จะพูด ฟัง ได้เหมือนมีวิชาการ อันนี้ก็เป็นแอสเซสที่สำคัญ เป็นสิ่งที่บันดาลใจให้กับพวกเรา”

ผลลัพธ์ (Output) เป็นผลผลิตที่ได้ออกมาภายหลังจากการดำเนินงาน เช่น ครอบครัวเป็นหนึ่งเดียวในชุมชน ความภูมิใจของคนในชุมชน เช่น ชุมชนสุขภาพดี 6 มิติ ใน 4 กลุ่มวัย ความรอบรู้สุขภาพของครอบครัวไทย “เชื่อมได้เชื่อม

ช่วยกันแชร์ แล้วก็ผลกระทบที่ดีก็คือตอนนี้หลาย ๆ หมู่บ้านที่เขาเห็นผลสำเร็จของหมู่บ้านโน่นนี่นั่น ก็จะมาต่อยอด ระดับความรอบรู้เพิ่มขึ้น แล้วเมื่อมีการประเมินปัจจัยเสี่ยงพบว่าลดลง”

ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) เพื่อพัฒนาปัจจัยนำเข้าอีกครั้ง ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ขององค์กร ภายในระบบขององค์กร ชุมชนนี้ ประกอบด้วย ระบบย่อยต่าง ๆ ซึ่งทุกฝ่ายต้องทำหน้าที่ช่วยแปรสภาพปัจจัยทั้ง 4 ปัจจัย จนกระทั่งสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงในชุมชนได้ นำไปสู่ความสามารถในการแข่งขันให้กับชุมชน และผลการดำเนินงานของชุมชนที่ดี “มีการประชุม แล้วก็มีปัญหาอะไรเราก็จะมาช่วยกันแก้ไขร่วมกัน อย่างใช้กลไกของ 3 หมอ และสหวิชาชีพเข้ามาช่วยด้วย”

มุมมองของแกนนำชุมชนต่อโครงการ ซึ่งแกนนำได้สะท้อน “เรื่องของชุมชนนี้ที่สำคัญระดับความรอบรู้เพิ่มขึ้น แล้วมีการประเมินปัจจัยเสี่ยงลดลง ถึงจะลดลงเล็กน้อย แต่ก็ดีกว่ากระบวนการไหนเราเข้าไปสู่ชุมชนแล้วมีผลต่อเขาสิ่งที่ทำทางสังคมสงบ อยากให้เขาภูมิใจด้วยหมู่บ้านที่เขาเห็นความสำเร็จของหมู่บ้านเรา เขาก็อยากทำบ้าง มีหมู่บ้านหนึ่งที่ชื่อกองทุน BEF ขึ้นมาได้ เรื่องของหมู่บ้านจัดการตนเองได้ด้วย แล้วตอนนี้จะพัฒนาต่อเนืองก็คือ เรื่องของเคล็ดจิตตอล นำมาใช้ปรับเปลี่ยนสุขภาพรายบุคคล แต่ว่ายังไม่ประสบผลสำเร็จมาก ยังเล็ก ๆ อยู่”

นอกจากแกนนำชุมชนได้สะท้อนถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังนี้ “จากสิ่งที่เราได้ทำมา...ถามว่าผู้หญิงที่อยู่ในวงกลมสวยไหม จากพี่เดิมน้ำหนัก 86 กิโลกรัม ตอนนั้นเหลือ 75.5 กิโลกรัมแล้วนะคะ ตั้งใจมากที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพราะว่าพี่มีพ่อแม่ เป็นโรคเบาหวาน ความดัน และพ่อเสียชีวิตแล้ว

ตอนนี้เหลือแต่แม่ แม่ น้ำตาลสูงระดับ 300 กว่า ณ ปัจจุบันนี้หลังจากที่เป็นต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ...นำความรู้ไปใช้กับแม่ ซึ่งทำให้น้ำตาลแม่อยู่ในระดับปกติ น้ำตาลไม่เกิน 100 ค่ะตอนนี้”

มุมมองข้อคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบ คือ โดยส่วนใหญ่มองว่าโครงการพัฒนารูปแบบครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ จริง ๆ แล้วเป็นกระบวนการที่สามารถนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีการเชื่อมโยงแกนนำครอบครัว ไปสู่ชุมชน จะเกิดกระบวนการประกันสุขภาพด้านบวกให้มากยิ่งขึ้น หลายชุมชนก็จะนำไปขยายผลและทำให้อยิ่งยืนยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการบูรณาการเข้าสู่แผนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงควรดำเนินการต่อเนื่อง

■ อภิปรายผล

รูปแบบการพัฒนาครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ เป็นกระบวนการในการทบทวนวรรณกรรม เอกสารที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งข้อมูลสถานการณ์สุขภาพครอบครัวในประเทศไทย ต่างประเทศ และในระดับพื้นที่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์เพื่อพัฒนาเครื่องมือ ชุดความรู้ในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในครอบครัว การพัฒนาศักยภาพแกนนำ การถ่ายทอดรูปแบบ เครื่องมือ คู่มือ และองค์ความรู้ สนับสนุนกลุ่มตัวอย่างดำเนินการตามขั้นตอนและการติดตามผลการดำเนินงาน โดยการประยุกต์แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทาง

สังคมและแนวความคิดเกี่ยวกับ Health Literacy เพื่อให้แกนนำเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ในครอบครัว ชุมชน ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมการวิเคราะห์ครอบครัว ชุมชนแบบมีส่วนร่วม และการเรียนรู้กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นวิธีที่สามารถช่วยให้ครอบครัว ชุมชนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ วิเคราะห์เกี่ยวกับสภาพการเป็นอยู่ของครอบครัวชุมชน ปัญหา อุปสรรค มองภาพครอบครัวที่ควรจะเป็น และพัฒนาวิถีที่จะแก้ไขอุปสรรคนำไปสู่แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในครอบครัว ชุมชน จากการศึกษาพบว่า จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร สังคมและการรับเอาวัฒนธรรม เทคโนโลยีต่างชาติเข้ามา บทบาทของครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนไป พบปัญหาความรุนแรงในครอบครัวเพิ่มขึ้น และพบว่า เพศหญิงยังมีอิทธิพลในการเป็นแกนนำทั้งในระดับครอบครัวและชุมชนได้ดี มีเครือข่ายการทำงานในชุมชนเป็นฐานเดิม เช่น กลุ่มแม่บ้าน ระดับการศึกษาส่งผลต่อการเข้าถึงแอปพลิเคชัน และ E-book ผู้ที่มีการศึกษาดี จะเข้าใจเทคโนโลยี แอปพลิเคชันได้ดี และเป็นพี่เลี้ยงให้กับเพื่อนๆ ได้ การมีบุคคลที่คอยแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็น อสม. ร้อยละ 48.2 เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ร้อยละ 36.6 จากการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า “มีการประชุม แล้วก็มีการช่วยกันแก้ไขปัญหาอะไรเราก็จะมาช่วยกันแก้ไขร่วมกันอย่างใช้กลไกของ 3 หมอ และสหวิชาชีพเข้ามาช่วยด้วย” มีการทำงานที่ดีทั้งเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ และแกนนำครอบครัว ชุมชน ซึ่งเป็นจุด

แข็งในการพัฒนายกระดับครอบครัวชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ อาภาพร เฝ้าวัฒนา และคณะ⁽⁶⁾ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเกิดจากการสร้างความร่วมมือของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อปรับเปลี่ยนภาวะสุขภาพส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม และสอดคล้องกับ Pender⁽⁹⁾ ที่อธิบายถึงลักษณะความหลากหลายมิติของบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมส่วนบุคคลและทางกายภาพ ตามที่พวกเขาแสวงหาสุขภาพร่างกายที่ดี ได้อธิบายรายละเอียดในตัวแบบ เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลหรืออิทธิพลต่อกันทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การดำเนินงานขับเคลื่อนผ่านแกนนำครอบครัว ชุมชน ตามโปรแกรมการยกระดับครอบครัวชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามชุดความรู้แนวทางการสร้างพลังครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ และการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพและแรงบันดาลใจ สนับสนุนทางสังคม การนำคู่มือชุดความรู้เทคโนโลยี E-book แอปพลิเคชันมาใช้ ทำให้อแกนนำครอบครัว ชุมชน เข้าถึงได้ง่าย รูปแบบน่าสนใจ และเป็นความรู้ที่สามารถส่งตรงถึงประชาชนได้โดยตรง ประชาชนสามารถประเมินพฤติกรรมของตนเองและคนในครอบครัวได้พร้อมทั้งมีคำแนะนำที่เข้าถึงง่ายและนำไปปฏิบัติได้จริง ซึ่งพบว่า กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามชุดความรู้แนวทางการสร้างพลังครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพ ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ในระดับมาก ($\bar{X}=0.85$, S.D.=0.36) ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตามชุดความรู้สร้างพลังครอบครัวรอบรู้สู้โควิด-19 ของแกนนำ ($\bar{X}=2.69$,

S.D.=0.53) การจัดการตนเองตามชุดความรู้ แนวทางการสร้างพลังครอบครัว ชุมชนรอบรู้ สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ของแกนนำ ครอบครัว ชุมชน (\bar{X} =2.69, S.D.=0.53) ส่วนกลุ่ม เปรียบเทียบ พบว่า ภาพรวมความรู้ด้าน สุขภาพ ตามชุดความรู้แนวทางการสร้างพลัง ครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติ ใหม่ อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =1.48, S.D.=0.17) พฤติกรรมสุขภาพของแกนนำครอบครัวชุมชนสูง กว่าก่อนได้รับโปรแกรม (\bar{X} =2.87, S.D.=0.29) สอดคล้องกับการศึกษาของ รจนารถ ชูใจ และ คณะ⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการ ป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ตำบลตอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค โควิด-19 เป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์ ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของ กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความ รอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโควิด-19 ($M=104.69$, S.D.=5.34) สูงกว่าก่อนได้รับ ($M=100.89$, S.D.=6.73) อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.01

จะเห็นได้ว่าการใช้รูปแบบการพัฒนา ครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตใหม่ โดยประยุกต์ องค์ความรู้ วิชาการด้วยเทคโนโลยี ที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ในรูปแบบของ E-book และแอปพลิเคชัน เป็นการสร้างแรงจูงใจ สร้าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประชาชนเข้าถึงข้อมูล ข่าวสารที่ถูกต้อง มีโอกาสโต้ตอบซักถามจาก เจ้าหน้าที่ในระดับพื้นที่ สอดคล้องกับนโยบาย 3 หมอของกระทรวงสาธารณสุข หมอคนที่หนึ่งคือ

อสม.ใกล้บ้านใกล้ใจ หมอคนที่สองคือ เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขจากหน่วยบริการในพื้นที่ และหมอคนที่ สามคือ บุคลากรทางการแพทย์ในระดับโรง พยาบาลชุมชน การสนับสนุนให้ประชาชนดูแล ตนเอง เชื่อมั่นในพลังอำนาจของตนเอง และแรง สนับสนุนจากสังคมชุมชน ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงเป็นสร้างเสริมพฤติกรรม สุขภาพดี สอดคล้องกับการศึกษาของ วิมล บ้านพวน และคณะ⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาการพัฒนาแบบ การสร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู่โควิด-19 อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ได้ รับรูปแบบตามโปรแกรม 4 สัปดาห์ ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพดีของ แกนนำครอบครัว (\bar{X} =.85, S.D.=0.093) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (\bar{X} =2.33, S.D.=0.194) และสอดคล้องกับนโยบายเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) กรมอนามัย ซึ่งเป็น รูปแบบการบริการทางการแพทย์แนวใหม่ ที่เน้น การปรับเปลี่ยนปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเพื่อ สุขภาพดี ร่วมกับการผสมผสานและบูรณาการ ศาสตร์ทางการแพทย์ มาวางแผนเพื่อสนับสนุนให้ ผู้รับบริการสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ครอบครัวทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านโภชนาการ เน้นกินในปริมาณที่เหมาะสม สะอาด ปลอดภัย และมีคุณค่าทางโภชนาการ และกินอย่างมีความสุข 2) ด้านการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ การสร้างความยืดหยุ่นและความแข็งแรงให้กับ โครงสร้างทางร่างกาย 3) ด้านการนอนหลับ ส่ง เสริมการนอนหลับอย่างมีคุณภาพ 4) ด้านการ จัดการความเครียด และจัดการด้านอารมณ์ ให้มี สติรับมือกับความเครียด และความวิตกกังวลที่ อาจเกิดขึ้น 5) ด้านการลดเลิกบุหรี่ สุรา และ 6) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล นับเป็นหัวใจ สำคัญ เนื่องจากบางคนไม่มีทักษะการเรียนรู้ใน

สังคม แต่บางคนมีการปรับตัวได้ดี และสามารถทำให้ตัวเองรู้สึกมีคุณค่าด้วยการเป็นจิตอาสาในองค์กรต่างๆ เป็นต้น

■ ข้อเสนอแนะ

● ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กรมอนามัยหรือหน่วยงานส่งเสริมสุขภาพ ควรพัฒนาเป็นหลักสูตรการฝึกอบรมแกนนำครอบครัว ชุมชน เช่น หลักสูตร 18 ชั่วโมง เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และควรมีใบประกาศนียบัตรสำหรับผู้ผ่านการอบรม

2. สร้างแกนนำครอบครัว ชุมชนต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นโช้ช่อกลางในการนำความรู้ดูแลจัดการสุขภาพของคนในครอบครัว ชุมชน โดยกระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป็นนโยบายร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3. แผนส่งเสริมสุขภาพดีรายครัวเรือน เป็นเครื่องมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เสนอให้กรมอนามัยนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Life-style Medicine) ในชุมชน

● ข้อเสนอในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การพัฒนารูปแบบและใช้แอปพลิเคชันที่เข้าถึงได้ง่ายสำหรับแกนนำที่สามารถใช้เทคโนโลยี โทรศัพท์ได้ แต่ยังมีข้อจำกัดสำหรับแกนนำที่มีอายุมาก

2. การสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายและภาคส่วนต่างๆ ในการบูรณาการการทำงาน รวมถึงภาคเอกชน สามารถนำรูปแบบไปปรับใช้ในครอบครัวของพนักงานได้

3. สนับสนุนการดำเนินงานและติดตามการทำงานของแกนนำครอบครัวและอบรมพัฒนา

อย่างต่อเนื่อง

● ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป

1. ศึกษาความยั่งยืนของการนำรูปแบบการพัฒนาครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่ ไปใช้ นวัตกรรมจากการประยุกต์ใช้ตามบริบทของพื้นที่ และศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพประสิทธิผลการดำเนินระหว่างพื้นที่ เช่น รูปแบบเขตเมือง เขตชนบท หรือพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ (EEC) เพื่อปรับปรุงพัฒนารูปแบบการสร้างพลังแกนนำครอบครัว ชุมชน

2. ศึกษาความพึงพอใจของแกนนำครอบครัว ชุมชน จากการเข้าร่วมโครงการเพื่อพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพภายใต้วิถีชีวิตปกติใหม่สู่วิถีชุมชนอย่างยั่งยืน

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล อธิบดีกรมอนามัย, นายแพทย์ สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย อธิบดีกรมอนามัย, นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา รองอธิบดีกรมอนามัย, นายแพทย์พีระยุทธ สาณกุล ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ, อาจารย์ที่ปรึกษา ประกอบด้วย รศ. นายแพทย์ สมชาติ โตรักษา, ดร.จินตนา พัฒนพงศ์ธร, อาจารย์วิมล โรมา, รศ.สุพัฒน์ ชีวเวชเจริญชัย, รศ.ดร.พนิต เข้มทอง, ผศ.ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล, ดร.มาสรีน ศุกลบัณฑิ, ผู้รับผิดชอบงานโครงการยกระดับครอบครัวชุมชน ศูนย์อนามัยและระดับพื้นที่ พร้อมทั้งแกนนำครอบครัว ชุมชน ที่สนับสนุน ชี้นำ ให้กำลังใจงานวิจัยเสร็จสิ้น สมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เมาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ.2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf>
2. World Health Organization. Global Situation. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. 2021 [cited 2021 Nov 20]. Available from: <https://covid19.who.int>
3. กรมอนามัย. ผลสำรวจอนามัยโพลประเด็น “การประเมินความเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันโรคของครอบครัว” [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 9 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/090864/>
4. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 18 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5216?locale-attribute=th>
5. Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and Conducting Mixed Methods Research [Internet]. 2017 [cited 2022 Sep 20]. Available from: <https://us.sagepub.com/en-us/nam/designing-and-conducting-mixed-methods-research/book/241842>.
6. วิมล บ้านพวน, จุฑาทักตร์ เจนจิตร, วลัยภินันท์ สืบศักดิ์. การพัฒนาระบบแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2564;11(1):107-27.
7. เฉลียว นุรีภักดิ์. ทฤษฎีระบบและการพัฒนาที่ยั่งยืน. ศูนย์ประชาสัมพันธ์สำนักงานสถาบันราชภัฏ. กรุงเทพฯ: แอล.ที.เพรส; 2536.
8. อภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุนีย์ ละกะปิ่น, ขวัญใจ อำนวยสัตย์ชื้อ. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน : การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://myblogcomnurse.blogspot.com/>
9. Pender NJ, Murdaugh CL, Parson MA. Health Promotion in Nursing Practice. 4th ed. Upper Saddle River, N.J: Prentia Hall; 2002.
10. รจนารถ ชูใจ, ชลธิชา บุญศิริ และกมลพร แพทย์ชีพ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2564;8(1):250-62.
11. วิมล บ้านพวน, พนิต เข้มทอง, สุพัฒน์ วีระเวชเจริญชัย. การพัฒนารูปแบบการสร้างพลังแกนนำครอบครัวรอบรู้สู่โควิด-19 อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2566;46(4): 29-43.



การพัฒนาเครื่องมือและโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อมทางดิจิทัลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการ ป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ : การวิจัยผสานวิธี

กิริณา เทวอักษร

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

วันรับ 1 สิงหาคม 2567, วันแก้ไข 4 พฤศจิกายน 2567, วันตอบรับ 5 พฤศจิกายน 2567

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหาของการรับรู้ข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทางดิจิทัลที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และ 2) เพื่อสร้างเครื่องมือและโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทางดิจิทัลที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเหมาะสม โดยเป็นการวิจัยแบบผสมผสาน เริ่มต้นด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบด้วยเทคนิค PICO วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยด้วยคำสำคัญจนได้งานวิจัยที่ถูกลีขิ้นค้นทั้งสิ้น 31,982 เรื่อง ผ่านการสังเคราะห์ทั้งสิ้น 9 เรื่อง แล้วใช้วิธีวิจัยเชิงทดลองกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 26 คนเท่ากัน เก็บข้อมูลด้วย 1) แบบประเมินความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทางดิจิทัล 2) แบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ และ 3) โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทางดิจิทัล ผลการศึกษาพบว่า 1) โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทางดิจิทัลควรเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการประกอบสื่อการเรียนรู้เสริมทักษะ 5 ด้าน คือ (1) ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทางดิจิทัล (2) ทักษะการใช้แหล่งข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมทางดิจิทัล (3) ทักษะการสนับสนุนทางสังคมและเครือข่าย (4) การติดตามพฤติกรรมและข้อเสนอแนะ (5) การประเมินและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง 2) การวัดความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทางดิจิทัล วัดได้จาก 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม (2) การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม (3) การประเมินข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม (4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยผลการวิจัยพบว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์มีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทางดิจิทัล และพฤติกรรมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม ความรอบรู้ทางดิจิทัล พฤติกรรม สตรีวัยเจริญพันธุ์

Measurement and Development Program of Digital Environmental Literacy Affecting Behavior of Preventing Health Impacts in women of reproductive age : Mixed-Methods

Kirana Dheva-aksorn

Bureau of Reproductive Health, Department of Health

Received 1 August 2024, Revised 4 November 2024, Accepted 5 November 2024.

Abstract

The objectives of this research are 1) the situation of digital environmental health in reproductive women through a systematic review, and 2) to design and develop the effectiveness of tools and a digital environmental health program for women of reproductive age. This study used a systematic review using the PICO technique to analyze and synthesize research on keywords, 31,982 articles were searched and met the inclusion criteria, and 9 studies were synthesized. The experimental group and the control group were equal to 26 people. Data were collected using the Digital Environmental Health Awareness Scale of Reproductive Women and the Behavior Assessment for women of reproductive age developed by the researcher based on relevant concepts and theories. The results showed that 1) an effective development program should be an online activity along with learning materials to enhance skills in 5 areas, namely (1) Digital environmental health literacy (2) Digital environmental health information skills (3) Social support and networking skills (4) Behavior and feedback improvement and (5) Evaluation and improvement skills 2) Digital environmental health literacy was measured by four components: (1) access to environmental health information (2) understand environmental health information (3) appraise environmental health information and (4) apply environmental health information. The results showed that reproductive women who participated in the program had significantly higher digital environmental health literacy and developed competencies at the statistically significant level of .05.

Keywords: Environmental health, Health literacy, Digital literacy, Behavior, women of reproductive age

■ บทนำ

ในปี 2566 ประเทศไทยมีสตรีวัยเจริญพันธุ์เพิ่มขึ้นเป็น 16,129,000 คน คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรวัยแรงงานเท่ากับ 75%⁽¹⁾ ซึ่งส่งผลต่อการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศอย่างเห็นได้ชัด การมีภาวะความแข็งแรงสมส่วนของร่างกายจะช่วยให้สามารถทำหน้าที่ในการเจริญพันธุ์ได้อย่างสมบูรณ์⁽²⁾ ในปี พ.ศ. 2565 พบว่าสตรีวัย

เจริญพันธุ์ เจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น ทั้งการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลัน คออักเสบ หลอดลมอักเสบ หอบหืดและปอดบวม⁽³⁻⁴⁾ โดยการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า ลักษณะทางสังคมและประชากรและความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพในสตรีวัยเจริญพันธุ์⁽⁵⁻⁶⁾ และจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่

บ่งชี้ถึงประสิทธิภาพของการเตือนตนเองในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ⁽⁷⁻⁸⁾ ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทางดิจิทัล จึงมีบทบาทสำคัญในการกำหนดและเสริมสร้างทัศนคติและการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพในสตรีวัยเจริญพันธุ์ ส่งผลให้สตรีวัยเจริญพันธุ์ สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ เช่น อินเทอร์เน็ต เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์⁽⁹⁾ ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาและพัฒนาเครื่องมือและโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทางดิจิทัลที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุระหว่าง 15 – 49 ปี อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร โดยนำแนวคิดการเตือนตนเอง (Self-monitoring) ของ Kanfer and Gaelick-Buys⁽¹⁰⁻¹¹⁾ มาประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพสามารถลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคติดต่อเรื้อรังและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีและความสุขของสตรีวัยเจริญพันธุ์อย่างยั่งยืน

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาของการรับรู้ข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทางดิจิทัลที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ
2. เพื่อสร้างเครื่องมือและโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทางดิจิทัลที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเหมาะสม

■ วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยผลานวิธี โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ

ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและสาเหตุของผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Literature Review) ตามกรอบ PICO โดยกำหนดช่วงเวลาของวรรณกรรมในระหว่างปี พ.ศ. 2557 – 2567 ใช้แบบประเมินคุณภาพของงานวิจัย และแบบบันทึกผลการสกัดข้อมูลตามแนวทางของ The Joanna Briggs Institute (JBI)⁽¹²⁾ ซึ่งใช้หลักการประเมินคะแนนค่าสหสัมพันธ์ภายในชั้น (ICC) โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้น ประกอบด้วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ทางดิจิทัล อนามัยสิ่งแวดล้อม ผลกระทบต่อสุขภาพ และสตรีวัยเจริญพันธุ์ ใช้ Content analysis ในการวิเคราะห์คุณภาพของงานวิจัย และการจัดกระทำ (Intervention) และใช้การวิเคราะห์เชิงสรุปเนื้อหาในการวิเคราะห์รูปแบบเครื่องมือและโปรแกรมฯ

ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อออกแบบและพัฒนาเครื่องมือและโปรแกรมฯ ในการปรับพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเหมาะสม ด้วยวิธีการวิจัยกึ่งทดลองและการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ (One-way MANOVA) โปรแกรมนี้เป็นการจัดประสบการณ์เรียนรู้ต่อเนื่อง 8 ชั่วโมง ใช้ระยะเวลา 1 วัน จำนวน 1 ครั้ง ผ่านช่องทางออนไลน์ โดยมีการแบ่งกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสังเกตการณ์เพื่อสะท้อนการร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุ ตั้งแต่ 15 – 49 ปี สัญชาติไทย มีทะเบียนบ้านอยู่ในประเทศไทย และอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 52 คน

● **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทางดิจิทัล มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพทางดิจิทัล ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถาม โดยทดสอบอัตราส่วนความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) ซึ่งค่าดัชนีนี้ได้มีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.76-1.00 เมื่อข้อคำถามผ่านเกณฑ์ IOC แล้ว ผู้วิจัยจึงนำข้อคำถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาไปทดลองใช้ (Try out) ในกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์รายคำถาม (Item analysis) ด้วยการหาค่าจำแนก (Discrimination power) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ซึ่งจะต้องมีค่าตั้งแต่ .21 ขึ้นไป พบว่าค่าอำนาจจำแนกของเครื่องมือนี้อยู่ระหว่าง 0.42 - 1 สรุปได้ว่าแบบประเมินนี้สามารถจำแนกหรือจัดกลุ่มได้ จากนั้นจึงนำแบบประเมินมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของคำถาม (Reliability) โดยวิธีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbach's coefficient of alpha) ซึ่งผลการตรวจสอบของแบบประเมินที่ใช้ในงานวิจัยนี้เท่ากับ 0.89 ซึ่งถือว่ามีความเชื่อมั่นสูง⁽¹³⁾ เมื่อพิจารณาตัดหรือปรับปรุงข้อคำถามที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation) พบว่าต่ำกว่า 0.811⁽¹⁴⁾ จึงสามารถนำแบบประเมินไปเก็บข้อมูลได้จริง

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

กรมอนามัย รหัสโครงการ 725/2567 วันที่ 2 พฤษภาคม 2567

ผลการศึกษา

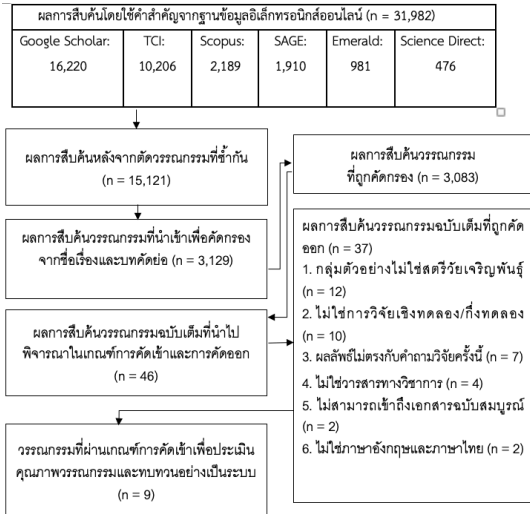
จากงานวิจัยที่ถูกสืบค้นทั้งสิ้น 31,982 เรื่อง พบบางงานวิจัยซึ่งเข้าเกณฑ์การคัดเลือกตาม Inclusion Criteria จำนวน 15,121 เรื่อง เมื่อคัดกรองจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อจะพบว่าเหลือจำนวน 3,129 เรื่อง จากนั้นจึงสืบค้นวรรณกรรมฉบับเต็มและนำไปพิจารณาในเกณฑ์การคัดเข้าและการคัดออกจนเหลือ 46 เรื่อง โดยวรรณกรรมฉบับเต็มถูกนำไปวิเคราะห์คุณภาพผลงานตามเกณฑ์ของ The Joanna Briggs Institute⁽¹²⁾ จะพบว่ามีงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าทั้งสิ้น 9 เรื่อง โดยมีคะแนนการประเมินคุณภาพไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60 ลักษณะทั่วไปของงานวิจัย ดังภาพที่ 1

พบว่า เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา จำนวน 4 เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง จำนวน 3 เรื่อง และเป็นงานวิจัยเชิงผสมผสาน 2 เรื่อง โดยเป็นงานวิจัยเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 4

ภาพที่ 1 รายการฐานข้อมูลและคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น

รายการฐานข้อมูล	คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น (Keywords)
Science Direct	environmental health AND health literacy AND digital health literacy AND health impact AND reproductive age AND woman
SAGE	environment? health AND health literacy AND digital health literacy OR e?health literacy AND health impact AND reproductive age AND wom?n
Scopus	TITLE-ABS-KEY (environment AND health) AND TITLE-ABS-KEY (health AND literacy) AND ALL (digital AND health AND literacy) OR ALL (e?health AND literacy) OR ALL (health AND impact) OR ALL (reproductive AND age) OR ALL (wom?n)
Emerald	title:"environmental health" AND (title:"health literacy") OR (title:"e?health literacy") OR (title:"digital health literacy") AND (health impact) AND (reproductive age) AND (wom?n)
Thai Journal	Article title "อนามัยสิ่งแวดล้อม" OR "ความรู้ด้านสุขภาพ" OR "ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางดิจิทัล" OR "ผลกระทบต่อสุขภาพ" OR "วัยเจริญพันธุ์" OR "สตรี"
Citation Index Centre (TCI)	"สตรี"
Google Scholar	(ภาษาอังกฤษ) " environmental health" AND "health literacy" OR "digital health literacy" OR "e?health literacy" AND " health impact" OR " reproductive age" OR "wom?n" (ภาษาไทย) อนามัยสิ่งแวดล้อม, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางดิจิทัล, ผลกระทบต่อสุขภาพ, วัยเจริญพันธุ์, สตรี

ภาพที่ 2 ผลการคัดเลือกงานวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ



เรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 3 เรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล จำนวน 1 เรื่อง และ พฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 1 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย สตรีวัยเจริญพันธุ์ในสถานศึกษา สถานประกอบการ และบ้านพักอาศัย ดังภาพที่ 2

1. สถานการณ์ปัญหาของการรับรู้ข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทางดิจิทัลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า 1) ระดับความรู้ทางสุขภาพของวัยรุ่นทั่วโลกอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนาและมีการศึกษาเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างจำกัด⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ 2) การขาดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน⁽¹⁷⁾ 3) การประเมินผลกระทบของมลพิษทางอากาศที่มีต่อสตรีวัยเจริญพันธุ์ และระดับมลภาวะต่อสิ่งแวดล้อม ส่งผลต่อความตระหนักรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยในสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ⁽¹⁸⁾ 4) การสำรวจประสิทธิผลของโปรแกรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับ

สุขภาพมีจำกัด⁽¹⁹⁾ 5) คนส่วนใหญ่แสดงทัศนคติเชิงบวกแต่มีพฤติกรรมที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ ความเครียด ความสัมพันธ์ และการดูแลตัวเอง⁽¹⁸⁾ 6) ขาดข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ รวมถึงผลลัพธ์ที่ได้ ข้อมูลเพื่อรับมือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและลดความเสี่ยง รวมถึงการพัฒนาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยเทคโนโลยีดิจิทัลที่นำไปใช้มีข้อจำกัด ด้านการออกแบบและวิธีการนำไปใช้ ขาดการตรวจสอบข้อมูลความถูกต้อง ซึ่งส่งผลต่อการปรับพฤติกรรมในการแสวงหาสุขภาพที่ดี ภาวะทางอารมณ์ที่ดี การมีระดับความรู้ด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เพิ่มขึ้น และการมีพฤติกรรมรักสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น⁽¹⁹⁾

นอกจากปัญหาและสาเหตุดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีปัจจัยภายนอก ได้แก่ ปัจจัยทางสังคมที่ซับซ้อน บรรทัดฐานทางเพศที่เน้นความเป็นมารดา บรรทัดฐานทางวัฒนธรรมที่ลดคุณค่าของวัยรุ่นและเยาวชน บรรทัดฐานทางศาสนา ความไม่เท่าเทียม การเลือกปฏิบัติ ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ ความรุนแรง การเมือง กฎหมาย เศรษฐกิจ การศึกษาที่มีคุณภาพ ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด สิ่งอำนวยความสะดวกด้านสุขภาพ ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าบริการ ค่าเดินทาง รวมถึงความครอบคลุมในการดำเนินงาน⁽¹⁵⁻¹⁹⁾

2. การพัฒนาเครื่องมือและโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทางดิจิทัลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ทั้ง 9 เรื่อง และการวิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม (กลุ่มควบคุม) จำนวน 52 คน พบว่า เครื่องมือในการวัดผลควรใช้คำถามสำรวจทั้งแบบปลายปิดและปลายเปิดที่ได้รับการออกแบบมา

ภาพที่ 3 ค่าความแตกต่างของคะแนนหลังการทดลองเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ค่าความแตกต่างของคะแนนเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทางดิจิทัล			
การเข้าถึงข้อมูล	1.0471	0.12638	26
การเข้าใจข้อมูล	1.0274	0.08101	26
การประเมินข้อมูล	1.0331	0.10149	26
การนำข้อมูลไปใช้	0.5255	0.28554	26
พฤติกรรมกำบังผลกระทบต่อสุขภาพ			
ความรู้	1.0433	0.1767	26
เจตคติ	1.0343	0.1807	26
พฤติกรรม	1.0240	0.5075	26

โดยเฉพาะและมีรูปแบบและความยากง่ายแตกต่างกันไป โดยใช้มาตราส่วน Likert scale⁽¹⁹⁻²²⁾ ซึ่งในการศึกษานี้ เครื่องมือสำหรับการวัด (DEHL Scale) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 1) แบบประเมินความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทางดิจิทัล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ และ 2) แบบประเมินพฤติกรรมกำบังผลกระทบต่อสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ สำหรับโปรแกรมเสริมสร้างความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทางดิจิทัล พบว่า การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทางดิจิทัลคิดเป็นร้อยละ 75^(17,19) โดยระยะเวลาในการจัดโปรแกรมฯ ตั้งแต่ 8 - 12 ชั่วโมง^(16,23) เทคนิคที่นำไปใช้ในการจัดโปรแกรมฯ มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การฝึกอบรม คิดเป็นร้อยละ 30 การเรียนรู้ผ่านแนวทางปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 25 การสนับสนุนทางสังคมและการเมืองเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพและสิ่งแวดล้อม คิดเป็นร้อยละ 20 โดยหัวข้อในการฝึกอบรมในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 หน่วยการเรียนรู้ ได้แก่ 1) ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทางดิจิทัล 2) ทักษะการใช้แหล่งข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมทางดิจิทัล 3) ทักษะการสนับสนุนทางสังคมและเครือข่าย 4) การติดตามพฤติกรรมและข้อเสนอแนะ และ 5) การประเมินและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น

ภาพที่ 4 ค่าความแตกต่างของคะแนนหลังการทดลองเปรียบเทียบกับการทดลองก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง

ค่าความต่างของคะแนนหลังการทดลองเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	จำนวน
ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทางดิจิทัล			
การเข้าถึงข้อมูล	1.3291	0.4667	26
การเข้าใจข้อมูล	1.2473	0.5578	26
การประเมินข้อมูล	1.3571	0.4682	26
การนำข้อมูลไปใช้	0.8462	0.5269	26
พฤติกรรมกำบังผลกระทบต่อสุขภาพ			
ความรู้	1.3125	0.4991	26
เจตคติ	1.2320	0.3841	26
พฤติกรรม	0.1732	0.5257	26

โดยใช้ทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม ความรู้ทางดิจิทัล พฤติกรรมกำบังผลกระทบต่อสุขภาพ ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ของ Bandura⁽²⁹⁾ ทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) ของ David Kolb⁽³⁰⁾ และทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of Change) โดยใช้ระยะเวลาในการจัดโปรแกรม 1 วัน รวม 8 ชั่วโมง เครื่องมือที่นำมาใช้ประกอบด้วย สื่อสิ่งพิมพ์ โปรแกรมคอมพิวเตอร์มัลติมีเดียเชิงโต้ตอบ และคลิปวิดีโอ เป็นต้น ผู้วิจัยทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทางดิจิทัลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ โดยการใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลองด้วยเครื่องมือสำหรับการวัด (DEHL Scale) ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมฯ

การศึกษานี้พบว่า ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม (กลุ่มควบคุม) ตัวแปรอิสระส่งผลต่อตัวแปรตาม คือ ความรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การเข้าถึงข้อมูล (2) การเข้าใจข้อมูล (3) การประเมินข้อมูล และ (4) การนำข้อมูลไปใช้ และพฤติกรรมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์

ทั้ง 3 ด้าน อันได้แก่ (1) ด้านความรู้ (2) ด้านเจตคติ และ (3) ด้านพฤติกรรม พบว่าในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเพิ่มสูงขึ้นหลังจากได้รับโปรแกรม 104.19 และ 137.96 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม 115.69 และ 115.69 การวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ (One-Way MANOVA) ในระยะก่อนได้รับโปรแกรมเทียบกับหลังการได้รับโปรแกรม Wilk's lambda = .285, F = 23.092, df = 5, P = .000 ในการทดสอบสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ในระยะก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรม ผลการทดสอบพบว่า คะแนนเฉลี่ยรายด้านของความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทางดิจิทัลเกิดการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระยะหลังได้รับโปรแกรมเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมฯ ดังภาพที่ 3 และ 4

■ อภิปรายผล

ระยะที่ 1 ผลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ มีความสอดคล้องกับแนวคิดและทฤษฎีของการศึกษาก่อนหน้าที่อ้างถึงความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทางดิจิทัลว่าได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญต่อการปรับปรุงสุขภาพของประชาชนโดยสามารถป้องกันความพิการและโรคจากสิ่งแวดล้อม⁽²⁴⁾ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่ผู้วิจัยได้ศึกษามา นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Sorensen⁽¹¹⁾ ที่กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวข้องกับความรู้และความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพที่ซับซ้อนในสังคมสมัยใหม่ พบว่าสถานการณ์ปัญหาของการรับรู้ข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทางดิจิทัลที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพของ

สตรีวัยเจริญพันธุ์คือ ระดับความรู้ทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วโลกอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา โดยสตรีวัยเจริญพันธุ์ส่วนใหญ่แสดงทัศนคติเชิงบวกแต่มีพฤติกรรมที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ ความเครียด ความสัมพันธ์ และการดูแลตัวเอง ตลอดจนเทคโนโลยีดิจิทัลที่ถูกละทิ้งไปใช้มีข้อจำกัดด้านการออกแบบและวิธีการนำไปใช้ ขาดการตรวจสอบข้อมูลความถูกต้องของความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมซึ่งส่งผลต่อการปรับพฤติกรรมในการแสวงหาสุขภาพที่ดี

ระยะที่ 2 จากการนำผลของการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในระยะที่ 1 ผู้วิจัยออกแบบกิจกรรมทั้งหมด 7 กิจกรรม เป็นจำนวน 1 ครั้ง โดยมุ่งหวังให้เกิดการพัฒนาทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การเข้าถึงข้อมูล (2) การเข้าใจข้อมูล (3) การประเมินข้อมูล และ (4) การนำข้อมูลไปใช้ โดยสามารถอภิปรายผลได้ว่า ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทางดิจิทัล ด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านการเข้าใจข้อมูล และด้านการประเมินข้อมูลไม่แตกต่างกัน สำหรับการนำข้อมูลไปใช้ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด อาจเป็นเพราะความสามารถในการนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้ในการสร้างความรอบรู้ยังมีข้อจำกัด เช่น การเข้าถึงเทคโนโลยี การใช้เทคโนโลยีสื่อสารสร้างความเข้าใจแก่ผู้อื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รามอน แคมป์ เมเจอร์⁽²⁵⁾ ที่พบว่าผู้ใช้เทคโนโลยีต้องปรับตัวให้เท่าทันเทคโนโลยีเพื่อรองรับข้อมูลที่เพิ่มประสิทธิภาพยิ่งขึ้น หากไม่มีข้อมูลที่เพียงพอแล้วก็อาจไม่สามารถนำไปใช้ได้ตรงตามความต้องการการศึกษาของ กอร์ดอน และฮอร์นบรูค⁽²⁶⁾ ที่พบว่าช่องทางดิจิทัลช่วยลดความเหลื่อมล้ำข้อจำกัดที่พบในความรู้ด้านสุขภาพภายใต้แนวทางและมาตรการที่เป็นสากลในการ

ออกแบบบริการสำหรับผู้รับบริการทุกคนอย่างเท่าเทียม⁽²⁷⁾ และสอดคล้องกับแนวคิดของ Sørensen⁽¹¹⁾ ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพและการใช้บริการด้านสุขภาพ ตลอดจนส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน

สำหรับพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ด้าน (KAB) ได้แก่ (1) ความรู้ (Knowledge) (2) เจตคติ (Attitudes) และ (3) พฤติกรรม (Behaviors) โดยสามารถอธิบายได้ว่า ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนความรู้มากที่สุด รองลงมาคือ เจตคติ และพฤติกรรม ตามลำดับ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่าความรู้ของบุคคล คือการรู้ข้อมูล ข้อเท็จจริง หรือสถานการณ์อันเป็นผลจากการศึกษา สังเกตและประสบการณ์ ประกอบด้วย บุคลิกส่วนตัว ข้อเท็จจริง และความเชี่ยวชาญ ซึ่งเมื่อประกอบกับความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจข้อมูล การประเมินข้อมูล และการประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทางดิจิทัลแล้ว จึงส่งผลให้ค่าคะแนนความรู้สูงสุด รองลงมาคือ เจตคติที่มีต่อการป้องกันการเจ็บป่วยจากมลพิษทางสิ่งแวดล้อม ซึ่งรวมถึงการแสดงความคิดเห็นของบุคคลต่อสิ่งที่กระทบซึ่งแสดงออกเป็นพฤติกรรม ประกอบด้วย ความรู้สึก ความเชื่อ และพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Carlton Cooper⁽²⁷⁾ ที่กล่าวว่า ถ้าบุคคลมีความรู้และทักษะที่จำเป็น ประกอบด้วยเจตคติที่ดี เขาจะสามารถปฏิบัติตัวได้ดีที่สุด และยิ่งเมื่อได้รับการฝึกฝนเขาจะสามารถรับมือกับสถานการณ์ต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น

■ สรุปผล

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Sørensen⁽¹¹⁾ แนวคิดการเตือนตนเอง (Self-

monitoring) ของ Kanfer and Gaelick-Buys⁽¹⁰⁾ ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ของ เบนดูรา⁽²⁸⁾ ภายใต้กรอบแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) ของโคลสบี⁽²⁹⁾ เพื่อนำไปสู่การเรียนรู้และสามารถนำไปปฏิบัติให้เกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ร่วมกับการเสริมแรงทางบวกเพื่อให้เกิดพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การใช้คลิปวิดีโอประกอบจะช่วยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถทบทวนสิ่งที่เรียนรู้ได้อย่างดี การให้ผู้เข้าร่วมได้ร่วมเล่นเกมหรือบทบาทสมมติผ่านบทสนทนาหรือเป็นลายลักษณ์อักษร จะช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเข้าถึงบริบทของตนได้ดียิ่งขึ้น และการวัดผลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมมีความกระตือรือร้นในการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับเนื้อหาที่จะเข้าร่วมมากขึ้น ทั้งนี้ ควรมีการวัดผลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และการติดตามผลในระยะเวลาที่เหมาะสม เมื่อเปรียบเทียบพบว่า 1) สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทางดิจิทัลและพฤติกรรมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ ในระยะหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และ 2) สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทางดิจิทัลและพฤติกรรมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ ในระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทางดิจิทัลและพฤติกรรมไม่แตกต่างกันจากเดิม

■ ข้อเสนอแนะ

รูปแบบของการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทางดิจิทัลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ (DHL-EH) ควรเน้นการพัฒนา

3 ด้าน (KAB) (1) ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทางดิจิทัล (Knowledge) หมายถึง การรู้ข้อมูลข้อเท็จจริง หรือสถานการณ์อันเป็นผลจากการศึกษา การสังเกตและประสบการณ์อันประกอบด้วย บุคลิกส่วนตัว (Personality) ข้อเท็จจริง (Factual) ความเชี่ยวชาญ (Professional) (2) ด้านเจตคติ (Attitude) หมายถึง ความคิดเห็นซึ่งแสดงออกเป็นพฤติกรรม ประกอบด้วย ความรู้สึก (Feelings) และความเชื่อ (Beliefs) (3) ด้านพฤติกรรม (Behavior) ในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ หมายถึง การกระทำที่เกิดจากการสั่งสมประสบการณ์จนกลายเป็นความชำนาญ ประกอบด้วย ทักษะ (Skills) ความตระหนักรู้ (Awareness) ความคุ้นเคย (Familiarity) และความเข้าใจ (Understanding) เพื่อช่วยให้สตรีวัยเจริญพันธุ์มีพฤติกรรมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและเท่าเทียม

● ข้อเสนอแนะการวิจัยต่อไป

การศึกษาครั้งถัดไปควรขยายผลกับ

ประชากรอื่นๆ ได้แก่ เยาวชน กลุ่มเปราะบางและด้อยโอกาส เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้อย่างไรบ้าง และอาจมีการศึกษาตัวแปรอื่นที่มีความเกี่ยวข้องกับการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากมลพิษทางสิ่งแวดล้อม เพื่อก่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ในการพัฒนาเครื่องมือและโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทางดิจิทัลที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ เกิดแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ทั้งยังสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นข้อเสนอแนะและนโยบายของหน่วยงานหรือสถานประกอบการ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทางดิจิทัลแก่ประชาชนและผู้รับบริการให้เกิดประโยชน์ต่อการดำเนินงานและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. รายงานสตรีวัยเจริญพันธุ์. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2566.
2. Marsha A, Sain S, Heaton M, Monaghan A, Wilhelmi O. Influences of climatic and population changes on heat-related mortality in Houston, Texas, USA. *Climatic change* 2018;146(3):471-85.
3. กรมอนามัย. รายงานการแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศและผลกระทบ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สถิติสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
5. Winichagoon P, Pongcharoen T, Fadjarwati T, Winarno E, Karim NA, Purevsuren E, et al. Discordance in exclusive breastfeeding between maternal recall and deuterium dose-to-mother technique during the first 6 months of infants: A multi-country study in Asia. *Eur J Clin Nutr* 2024;78(2):135-40.
6. World Health Organization. *World health statistics 2020*. Geneva: WHO; 2019.
7. Chanpet P, Chomsuwan K, Murphy E. Online project-based learning and formative assessment. *Tech Know Learn* 2020;25(3):685-705.
8. อังคินันท์ อินทรคำแหง และสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
9. Dheva-aksorn K, Intarakamhang U. The Effectiveness of Digital Reproductive Health Literacy Enhancement Program on Competency of Service Providers in Health Clinics for Adolescents and Youths. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2023.
10. Kanfer FH, Gaelick-Buys L. *Self-management methods*. Oxford: Pergamon Press; 1991.
11. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*. 2012;12:1-13.

12. Joanna Briggs Institute. The Joanna Briggs Institute best practice information sheet: Music as an intervention in hospitals. *Nurs Health Sci* 2011;13(1):99-102.
13. Panayides P. Coefficient alpha: interpret with caution. *Europe's Journal of Psychology* 2013;9(4):687-96.
14. Cohen I, Huang Y, Chen J, Benesty J. Pearson correlation coefficient. Noise reduction in speech processing. 2009:1-4.
15. Peters JJ. An environmental justice fictional case study for engaging non-majors in human biology. *J Microbiol Biol Educ* 2024;25(1):e0000524.
16. Khanal SP, Budhathoki CB, Okan O. Improving adolescent health literacy through school-based health literacy intervention: a mixed-method study protocol. *BMC Public Health* 2023;23(1):407.
17. Vrotsou K, Subiza-Pérez M, Lertxundi A, Vergara I, Marti-Carrera I, de Retana LO, et al. Environmental health knowledge of healthcare professionals: Instrument development and validation using the Rasch model. *Environ Res* 2023;235:116582.
18. Kim JH, Moon N, Heo SJ, Kwak JM. Effects of environmental health literacy-based interventions on indoor air quality and urinary concentrations of polycyclic aromatic hydrocarbons, volatile organic compounds, and cotinine: a randomized controlled trial. *Atmospheric Pollution Research* 2024;15(1):101965.
19. Jafree SR, Muzammil A, Burhan SK, Bukhari N, Fischer F. Impact of a digital health literacy intervention and risk predictors for multimorbidity among poor women of reproductive years: Results of a randomized-controlled trial. *Digital Health* 2023;9:20552076221144506.
20. Khandehroo M, Tavakoly Sany SB, Oakley D, Peyman N. Health literacy intervention and quality of life in menopausal women: a randomized controlled trial. *International Journal of Health Promotion and Education* 2022;60(2):114-26.
21. Karimi N, Saadat-Gharin S, Tol A, Sadeghi R, Yaseri M, Mohebbi B. A problem-based learning health literacy intervention program on improving health-promoting behaviors among girl students. *J Educ Health Promot* 2019;8:251.
22. Kim JH, Alzahrani HS, Lee SR, Kim SH, Chae HD. Outcomes of fertility preservation for female cancer patients in a single tertiary center. *Yonsei Med J* 2023;64(8):497-504.
23. Prihanto JB, Nurhayati F, Wahjuni ES, Matsuyama R, Tsunematsu M, Kakehashi M. Health literacy and health behavior: Associated factors in Surabaya high school students, Indonesia. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021;18(15):8111.
24. Lindsey M, Chen S-R, Ben R, Manoogian M, Spradlin J. Defining environmental health literacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021;18(21):11626.
25. Kampmeijer R, Pavlova M, Tambor M, Golinowska S, Groot W. The use of e-health and m-health tools in health promotion and primary prevention among older adults: a systematic literature review. *BMC Health Serv Res* 2016;16(Suppl5):467-79.
26. Gordon NP, Hornbrook MC. Differences in access to and preferences for using patient portals and other eHealth technologies based on race, ethnicity, and age: a database and survey study of seniors in a large health plan. *J Med Internet Res* 2016;18(3):e50.
27. Cooper KC. Effective competency modeling & reporting: a step-by-step guide for improving individual & organizational performance. New York: Amacom Books; 2000.
28. Bandura A. Social cognitive theory of mass communication. *Media effects*. England: Routledge; 2009 p. 110-40.
29. Kolb DA. *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. New Jersey, United States: FT press; 2014.



ถึงไม่อ้วนก็ต้องลดเสี่ยง เลี้ยงเบาหวาน



นี่เธอ
ทำไมเธอเลือกซื้อของหวาน
เยอะขนาดนี้
เอาไปฝากที่บ้านหรือ



อ้อ เปล่าหรอก
เราซื้อกลับไปกินเอง
คนเดียวล่ะ



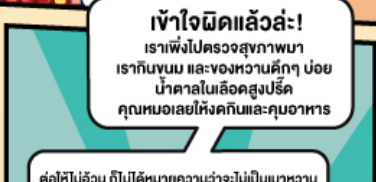
ใช่แล้ว
เรากินตอนดูซีรีส์ดีกว่านะ
มันเพลินดี



เราว่าเธอควร
'งดกินขนมในตอนดึก'
แล้วก็เลือกกินอาหาร
ที่มีประโยชน์ดีกว่านะ

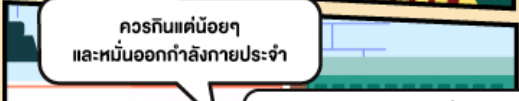


แต่เราก็กินไม่อ้วนนี่
ไม่เป็นอะไรหรอก



เข้าใจผิดแล้วล่ะ!
เราเพิ่งไปตรวจสุขภาพมา
เรากินขนม และของหวานคึกๆ บ่อย
น้ำตาลในเลือดสูงปรี๊ด
คุณหมอเลยให้งดกินและคุมอาหาร

ผอ.ให้ไม่อ้วน ก็ไม่ได้หมายความว่าจะไม่เป็นเบาหวาน
หรือโรคที่มาจากการกินนะ
มันสะสมในร่างกาย
และไปทำลายสุขภาพภายในอนาคตเอาได้



ควรกินแต่น้อยๆ
และหมั่นออกกำลังกายประจำ



เลือกกินขนมหรือของว่างที่รสจืด
มีน้ำตาล ไขมัน โซเดียมที่อยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย
และไม่กินมากเกินไปแบบนี้



เราก็กินบ้าง
เปลี่ยนตัวเองนะ

สู้!

ดาวน์โหลด
“หลักสูตรครอบครัวรอบรู้สุขภาพ”

กรมอนามัย
Department of Health

สอบถามเพิ่มเติม :
☎ 02 5904922
🌐 <https://borc.anamai.moph.go.th>

คลิกเลย ➡

49 หรือ 56

หากไม่ป้องกัน ต้องเท่ากันนะ

ข้อดี!
การใช้
ถุงยางอนามัย

ป้องกันการท้องไม่พร้อม
ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

พกพาสะดวก หาชื้อได้ง่าย
ใช้แล้วทิ้งได้เลย

ปลอดภัย ไม่มีผลข้างเคียง
เห็นผลง่ายและป้องกันได้ทันที

ช่วยยืดระยะเวลาหลังน้ำอสุจิ
และไม่มีผลต่อการเจริญพันธุ์

วิธีใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง

1



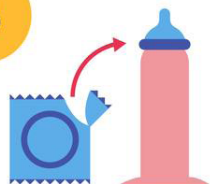
ดูวันหมดอายุ

2



ใช้มือรีดถุงยางอนามัย
ป้องกันการฉีกขาด

3



ฉีกซองระวังเลื้บที่เยว

4



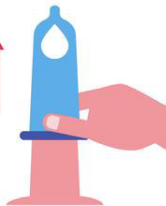
มึบปลายของถุงยาง

5



รีดถุงยางอนามัย
หอบม้วนอยู่ด้านนอก

6



ถอดถุงยางอนามัยทันที

7



ถุงยางอนามัยใช้แล้ว
ทิ้งมิดชิด ไม่ใช่ซ้ำ





คู่มือ SEX อย่างปลอดภัย



สวมใส่ถุงยางอนามัยทุกครั้ง
ที่มีเซ็กส์ ลดการติดเชื้อ
ทางเพศสัมพันธ์มากกว่า 90%



ไม่ควรเปลี่ยน
คู่นอนหลายคน

ชำระล้างร่างกายและ
จุดซ่อนเร้น ก่อนและหลัง
มีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง



ชวนคู่ไปตรวจคัดกรอง
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
เพื่อรักที่ปลอดภัย



ไม่ควรสวนล้างช่องคลอด
เพราะจะทำให้แบคทีเรีย
ชนิดดีหายไป



ไม่ควรมีเพศสัมพันธ์
ในช่วงมีประจำเดือน
เพราะอาจติดเชื้อได้ง่าย



1. คนไทยทุกคนมีสิทธิตรวจเลือดฟรีปีละ 2 ครั้ง ในโรงพยาบาล
ภายใต้หลักประกันสุขภาพ ทั่วประเทศ เพียงแสดงบัตรประชาชน
2. นัดหมายรับบริการตรวจ HIV ด้วยตนเองได้ที่ WWW.HIVSST.com



ผัก ผลไม้ดีทุกช่วงวัย

RED / YELLOW

ประโยชน์

สีแดง



จะมีสารไลโคปีน (Lycopene)
และเบตาไซซีน (Betacycin)
ช่วยลดความเสี่ยง
มะเร็งต่อมลูกหมาก
ลดการอุดตันของไขมันในเส้นเลือด
กระตุ้นการไหลเวียนโลหิต
ทำให้ผิวพรรณเปล่งปลั่ง

สีเหลือง



มี เบตาแคโรทีน (Betacarotene)
และลูทีน (Lutein) สูง
ซึ่งสารในกลุ่มนี้จะถูกเปลี่ยน
เป็นวิตามินเอ ซึ่งช่วยเรื่อง
การบำรุงสายตา การเจริญเติบโต
ของร่างกาย กระตุ้นระบบภูมิคุ้มกัน
มีสารต้านอนุมูลอิสระ ผิวพรรณดี

กินทั้ง 2 สี ได้ยิ่งดี

จะช่วยเสริมสารอาหารและวิตามินต่าง ๆ สร้างประโยชน์ให้กับร่างกายได้ทั้ง 2 สี
เพราะจะเน้นกินร่วมกันได้ไม่ตีกัน แต่ถึงแม้จะมีคุณประโยชน์มากมาย
ก็ควรรับประทานอย่างพอเหมาะ เพราะหากทานเยอะเกินไปแทนที่จะได้ประโยชน์
อาจจะเปลี่ยนเป็นความเสี่ยงในการเกิดโรคแทนเนื่องจากได้รับสารอาหารเกินพอดี





งานวิชาการ

ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ครั้งที่ 17

7-9 ตุลาคม 2567 โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร

ภายใต้หัวข้อ

สมดุลสุขภาพ และเส้นทางสุขภาวะที่ดี

HARMONY HEALTH : A JOURNEY TO WELL-BEING



กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี



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