THAILAND JOURNAL OF HEALTH PROMOTION AND ENVIRONMENTAL

HEALTH

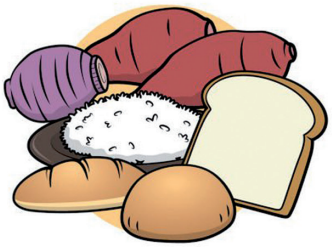
วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม • กระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 47 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2567 • Vol. 47 No.4 October - December 2024

ISSN : 3056-9877 (Print), ISSN : 3056-9885 (Online)

คนไทยห่างไกล NCDs

โปรตีนอย่าให้ขาด



คาร์บอย่าให้เกิน

เพิ่มเติมด้วยไขมันดี

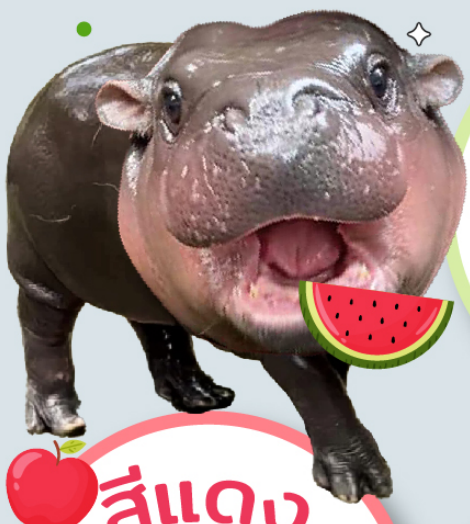
SCAN ME

กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

น้องนน หมูเด้ง

ชวนนุด...หม่ำผัก อร่อยดี มีประโยชน์

เพราะในผักมีใยอาหาร ช่วยทำความสะอาดลำไส้ ลดการดูดซึมไขมัน
มีวิตามินและแร่ธาตุ ช่วยปรับสมดุลระบบต่าง ๆ ในร่างกาย
และมีสารพฤกษเคมี ช่วยต้านอนุมูลอิสระ ช่วยป้องกันโรคมะเร็งบางชนิด



สีเขียว
เช่น ตำลึง คะน้า ชะพลู ถั่วลันเตา
ช่วยบำรุงสายตา บำรุงหัวใจ ลดไขมันในเลือด

สีม่วง
ดอกอัญชัน มะเขือม่วง กะหล่ำปลีม่วง
ช่วยปกป้องหลอดเลือด กระตุ้นการไหลเวียนของเลือด และลดความเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจ

สีแดง
เช่น แตงโม แอปเปิ้ลแดง องุ่นแดง มะเขือเทศ ทับทิม พริกแดง กระเจี๊ยบ
ช่วยต้านอนุมูลอิสระ ลดปริมาณไขมันในเลือด

สีขาว
เช่น ขิง เห็ด กะหล่ำดอก ผักกาดขาว กล้วย หัวไชเท้า
ช่วยลดคอเลสเตอรอล มีประโยชน์ต่อระบบหมุนเวียนโลหิตในร่างกาย

สีส้ม สีเหลือง
เช่น มะม่วง ส้ม แครอท ฟักทอง มะละกอ
ช่วยบำรุงสายตา บำรุงหัวใจ ลดไขมันในเลือด

"ต้าวเด้งที่เธอรัก ชอบกินผักมากนะรู้ไหม"

กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ
กันยายน 2567

สายด่วนกรมอนามัย 1478
กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

คิดตามสาระความรู้สุขภาพ ได้ที่
AnamaiMedia
สื่อมัลติมีเดีย กรมอนามัย

กรมอนามัย
Department of Health

ฝุ่นหนา...เสี่ยงใคร

หญิงตั้งครรภ์

อวัยวะต่าง ๆ
ของทารกในครรภ์กำลังพัฒนา
อาจจะได้รับผลกระทบจาก
มลพิษที่แม่ได้รับผ่านสายรก

เด็กเล็ก

ปอดกำลังพัฒนา
อัตราการหายใจถี่ ทำให้
ได้รับมลพิษมากกว่าผู้ใหญ่
ในช่วงเวลาที่เท่ากัน

ผู้สูงอายุ

ระบบหายใจเสื่อมตามวัย
มีโอกาสเกิดโรคต่าง ๆ เช่น
โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
โรคถุงลมโป่งพอง

มีโรคประจำตัว

อาจมีอาการกำเริบ
เช่น ภูมิแพ้ โรคหัวใจ
และหลอดเลือดเจ็บหน้าอก
หัวใจเต้นผิดจังหวะ

ผู้ทำงานกลางแจ้ง

เช่น พ่อค้าแม่ค้าริมทาง
วินมอเตอร์ไซค์รับจ้าง
คนทำงานนอกอาคาร
ได้รับสัมผัสฝุ่นเป็นเวลานาน
มีโอกาสเกิดผลกระทบต่อสุขภาพ
ในระยะยาวได้

แนะนำ

หากเลี่ยงการออกไปข้างนอก หรือทำกิจกรรมกลางแจ้งนาน ๆ ไม่ได้
อย่าลืมสวมหน้ากากอนามัยที่ป้องกัน ฝุ่น PM2.5 ได้ เช่น N95 R95 P95 KP95 KN95 FFP1

กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ
กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ
มกราคม 2568

สายด่วนกรมอนามัย 1478
กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี
AnamaiMedia
สื่อมัลติมีเดียกรมอนามัย

กรมอนามัย
Department of Health

ปรับเพื่อเปลี่ยน ไม่เสี่ยง NCDs

ค่าไต
อัตราการกรองของไต GFR > 60 ขึ้นไป

นอนหลับ
7 –9 ชั่วโมงต่อวัน

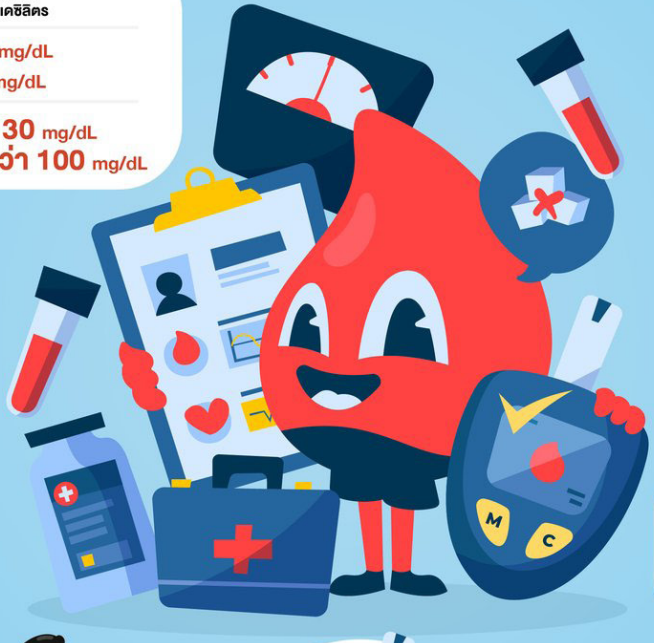
ระดับไขมันในเลือด

TG ไม่เกิน 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

HDL ชาย มากกว่า 40 mg/dL
หญิง มากกว่า 50 mg/dL

LDL คนทั่วไป น้อยกว่า 130 mg/dL
ผู้ป่วยเบาหวาน น้อยกว่า 100 mg/dL

คิด Carb เป็น
ไม่เกิน 6/7/8/9 คาร์บต่อวัน
(ทั้งนี้ขึ้นกับน้ำหนักตัว)



ค่าดัชนีมวลกาย
BMI
18.5 – 22.9
กิโลกรัมต่อตารางเมตร

ไม่สูบบุหรี่
ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ค่าความดันโลหิต
น้อยกว่า 120/80 มิลลิเมตรปรอท
คุมโซเดียม ไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน

ระดับน้ำตาลในเลือด
น้อยกว่า 100
มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ออกกำลังกาย
อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน
สะสม 150 นาทีต่อสัปดาห์

กรมอนามัย
กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ
ธันวาคม 2567

1478
กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

AnamaiMedia
สื่อมัลติมีเดียกรมอนามัย

ร่วมขับเคลื่อน “คนไทยห่างไกลโรค NCDs”

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบาย **“คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ”** เป็นหนึ่งในนโยบายสำคัญในปี 2568 เพื่อส่งเสริมสุขภาพประชาชนในทุกมิติ ให้มีวิถีชีวิตสุขภาพดี ลดโรค NCDs เน้นการแก้ไขปัญหาการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน รวมถึงการจัดบริการต่าง ๆ หวังลดอัตราผู้ป่วยโรค NCDs รายใหม่ ทั้งโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไตเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งจะช่วยลดต้นทุนทางเศรษฐกิจถึงปีละ 1.6 ล้านล้านบาท จากค่ารักษาพยาบาลทางตรงและทางอ้อม และลดอัตราการเสียชีวิตของคนไทยที่ต้องจากไปเพราะโรค NCDs ปีละเกือบ 400,000 ราย

กรมอนามัย ได้ดำเนินการขับเคลื่อนเพื่อลดโรค NCDs ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ด้วยการส่งเสริมสุขภาพประชาชนในทุกมิติ จัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ และสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะที่ดี ประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ และดูแลสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ได้แก่ กินอาหารที่มีประโยชน์ ลดหวาน มัน เค็ม เน้นผัก ผลไม้ มีการออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน ๆ ละ 30 นาที งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ งดสูบบุหรี่ พักผ่อนให้เพียงพอ ผ่อนคลายความเครียด และเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี อย่างน้อยปีละครั้ง

ในอนาคต กรมอนามัยยังคงสานต่อนโยบายโดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมทุกช่วงวัย ยกระดับการผสานพลังภาคีเครือข่าย เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงทั้งกายใจ มีความมั่นคงทางสุขภาพ อันจะบรรลุเป้าหมายการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนต่อไป

(แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์)
อธิบดีกรมอนามัย

กรมอนามัย
Department of Health

โภชนบัญญัติ 9 ประการ
เพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย

เริ่มต้นลำเลียงและเติบโต

16 ตุลาคม
วันอาหารโลก
(World Food Day)

1.
กินอาหารให้หลากหลาย ครบ 5 หมู่

2.
กินข้าวเป็นหลักสลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ

3.
กินพืชผักผลไม้เป็นประจำ

4.
กินปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ

5.

ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย

6.
กินอาหารที่มีไขมันแต่พอควร

7.
หลีกเลี่ยงอาหารรสหวานจัด และเค็มจัด

8.
กินอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน

9.
งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

สำนักโภชนาการ
กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ
ตุลาคม 2567

1478 กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

AnamaiMedia สื่อมัลติมีเดียกรมอนามัย

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 2568

ที่ปรึกษา	แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์	อธิบดีกรมอนามัย
	แพทย์หญิงนงนุช ภัทรอนันตนพ	รองอธิบดีกรมอนามัย
	นายแพทย์ปองพล วรปาณิ	รองอธิบดีกรมอนามัย
	นายแพทย์ธิติ แสวงธรรม	รองอธิบดีกรมอนามัย
บรรณาธิการ	นายแพทย์กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	นางสาวปิยาพัชร ชูชัยมังคลา	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
	นายธรรมรัฐ มณสวัสดิ์	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
กองบรรณาธิการวิชาการ	ทันตแพทย์หญิงวรางคณา เวชวิธี	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
	นายแพทย์มนัส รามเกียรติศักดิ์	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
	ดร.วิมล บ้านพวน	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
	แพทย์หญิงนันทา อ่วมกุล	ที่ปรึกษากรมอนามัย (ด้านส่งเสริมสุขภาพ)
	นายสุคนธ์ เจียสกุล	สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย
	ดร.ทวีสุข พันธุ์เพ็ง	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
	แพทย์หญิงนิพรรณพร วรมงคล	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
	ทันตแพทย์หญิงจันทนา อึ้งชูศักดิ์	ที่ปรึกษากรมอนามัย (ด้านทันตสาธารณสุข)
	ดร.วิระวรรณ ถิ่นยืนยง	นักวิชาการอิสระ
	ดร.พวงเพ็ญ ชั้นประเสริฐ	ที่ปรึกษากรมอนามัย (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ)
	รศ.ดร.มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.สสิธร เทพตระการพร	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
	แพทย์หญิงสายพิณ โชติวิเชียร	สำนักโภชนาการ
	นายแพทย์บุญฤทธิ์ สุขรัตน์	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์
	ทันตแพทย์ ดร.แมนสรวง วงศ์อภัย	ศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ
	แพทย์หญิงชมพูนุท โตโพธิ์ไทย	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
	ดร.สุพิชชา วงค์จันทร์	กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ
	ดร.เบญจวรรณ ธวัชสุภา	กองพยากรณ์สุขภาพ
	นายคัมภีร์ งานดี	กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ
เจ้าของ	กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	
ฝ่ายจัดการ	นางสาวเอกฤทัย สารนาค	กองคลัง
	นางอรุณี อินทร์ขำ	กองคลัง
	นางอรชา ตะกรุดเงิน	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

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

บทความปริทัศน์ (review article) เป็นบทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียน วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 8 หน้าพิมพ์

บทความพิเศษ(special article) เป็นบทความประเภทกึ่งบทความปริทัศน์กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษจากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้นๆ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

2. การเตรียมต้นฉบับ

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัดให้ได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่ใช้คำย่อ ความยาวไม่ควรเกิน 100 ตัวอักษร

ชื่อผู้เขียน (เจ้าของบทความ) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช้คำย่อ) 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 ศึกษาค้นคว้า ของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัด แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน ใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

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

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

วิจารณ์ ควรเขียนอภิปรายผลเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ว่าตรงหรือแตกต่างไปหรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

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

ข้อเสนอแนะ ข้อเสนอที่อาจนำผลการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือหรือมีผู้สนับสนุนที่สำคัญจากที่ใดบ้าง มีย่อหน้าเดียว

เอกสารอ้างอิง

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

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

3.1 การอ้างอิงวารสาร

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

วารสารภาษาอังกฤษ
ใช้ชื่อสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อ ใช้ชื่อวารสารเป็นชื่อย่อตามระบบ Index Medicus

วารสารภาษาไทย
ชื่อผู้แต่งให้ใช้ชื่อเต็ม ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็มที่ปรากฏที่หน้าปก
ในกรณีที่ผู้แต่งมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แล้วตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือ และคณะ (วารสารภาษาไทย)
ตัวเลขหน้า ใช้ตัวเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับหน้าสุดท้าย เช่น 131-156 ใช้เป็น 131-56 และไม่เว้นวรรคระหว่างเครื่องหมาย : และ ; ในการระบุปีที่พิมพ์ ปีที่(ฉบับที่) เลขหน้า โดยใส่เฉพาะ ปี (year) และเล่มที่ (volume) เท่านั้น ไม่ต้องใส่เดือน วันที่และฉบับที่

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

2. กติกา ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม, วิษิษย์ศักดิ์ สุขสะอาด, กนกวรรณ แสนไชยสุริยา และคณะ. การตรวจกรองฮีโมลโกลบินอี 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 การส่งเสริมพัฒนาของเด็กโดยครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2534.

รูปแบบอ้างบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา
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. สุขิต เผ่าสวัสดิ์. ระบาดวิทยาของเด็กตายคลอด. ใน: สุขิต 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 ศรีชัยรัตนกูล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

บทความในหนังสือพิมพ์

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

1. วฤตดา หาระภูมิ. 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 หรืออาจใช้ภาพสีขนาดโปสการ์ดแทนก็ได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในภาพ ควรกำกับหมายเลขของภาพประกอบ เพื่อการจัดเรียงพิมพ์ได้อย่างถูกต้อง

4.3 การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 3 ชุด ระบุสถานที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ อีเมล์ พร้อมหนังสือนำส่งถึงบรรณาธิการวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 หรือส่งบทความออนไลน์ที่ https://thaidj.org ไฟล์บทความใช้โปรแกรม word

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับการพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับการพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียน เรื่องละ 3 เล่ม

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ถือว่าเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน คณะบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง คณะบรรณาธิการมีสิทธิ์จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสมได้

ผลงานทุกเรื่องได้รับการพิจารณาแบบ Double-blind peer review
โดยกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 2 ท่าน ก่อนลงตีพิมพ์ในวารสารฯ

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'.

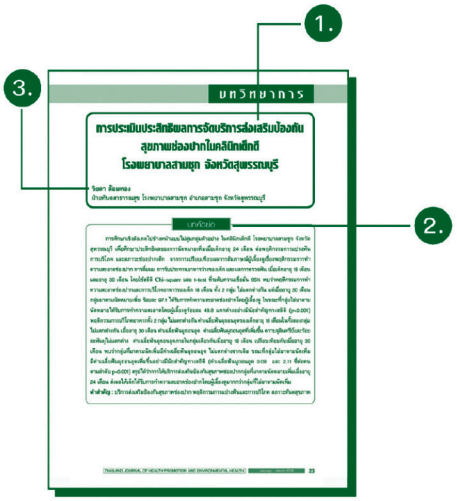
Abbreviations should be based on the U.S. National Library of Medicine in Index Medicus.

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.

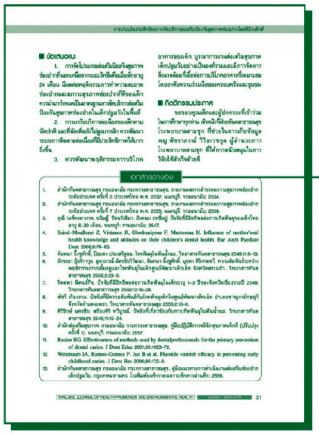
Three copies of the Journal will be supplied to principal author after the publication.

องค์ประกอบของบทวิทยาการที่มีมาตรฐาน



1. ชื่อเรื่องไทย/อังกฤษ
2. บทคัดย่อ/ABSTRACT ต้องไม่ยาวเกินไป และต้องไม่มีหัวข้อและย่อหน้ามาก
3. ชื่อผู้เขียนและสถานที่ทำงาน

เนื้อหามีการแบ่งหัวข้อชัดเจน อีกทั้งมีการสรุปเป็นกราฟ/ตาราง หรือมีรูปภาพประกอบ



เอกสารอ้างอิงใช้ระบบ VANCOUVER

NOTE : เพื่อความถูกต้องของข้อมูล ควรส่งต้นฉบับในรูปของแผ่นดิสก์ที่แก้ไขครั้งสุดท้ายแล้วมายังบรรณาธิการ รูปกราฟ ควรส่งต้นฉบับมา และรูปถ่ายประกอบบทความใช้ภาพสีขนาดปกติ

H E A L T H

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 พร้อมที่อยู่ เพื่อจัดส่งวารสาร)

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

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

รวมเป็นเงิน.....บาท (.....)

โดยได้แนบ ❑ ธนาณัติ (สั่งจ่าย ปณฝ.กระทรวงสาธารณสุข) ❑ ตั๋วแลกเงินไปรษณีย์

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

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนไทย จำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะและส่งผลกระทบโดยตรงต่อเศรษฐกิจและสังคม

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ซึ่งสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทั้งการบริโภคยาสูบ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การส่งเสริมให้คนไทยมีความรู้ ตระหนักถึงปัญหา และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี จึงเป็นเรื่องที่สำคัญที่จะนำไปสู่การป้องกันและแก้ไขปัญหา NCDs ในประเทศไทย

วารสารฉบับนี้ ประกอบด้วยบทความวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับทุกกลุ่มวัย รวมทั้งการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้สนใจสามารถติดตามได้ต่อไป

นายแพทย์กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง

บรรณาธิการ

ธันวาคม 2567

สารบัญ

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
THAILAND JOURNAL OF HEALTH PROMOTION AND ENVIRONMENTAL HEALTH
Vol.47 No.4 October - December 2024 ปีที่ 47 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2567

บทความปริทัศน์

กลยุทธ์เพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อควบคุมโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ

■ วิรุฬห์ พรพัฒน์กุล สุริธีรเวช นพรัตน์ชนม์ ภูดิท เตชาติวัฒน์ 11

บทวิทยาการ

ประสิทธิผลโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่

■ อัจฉรา จิตจง 26

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในประเทศไทย

■ มนัส รามเกียรติศักดิ์ ธีรชัย บุญยะลีพรรณ สุทิน ปุณฑริกภักดิ์ 43

การพัฒนาระบบโภชนาการเด็กปฐมวัยเพื่อการบรรลุเป้าหมายโภชนาการระดับโลก

■ ศศิพร ตัชชนานุสรณ์ นาตยา อังคนาวิน ภาสกร สุระผัด 61

การศึกษาความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ($PM_{2.5}$) กรณีศึกษา: พื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ

■ จิตติมา รอดสวาสดิ์ วรวรรณ พงษ์ประเสริฐ ประทุม สีดาจิตต์ 75

การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางในพื้นที่พิเศษ: กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพรุใน จังหวัดพังงา

■ นูรอัยนี คาวิจิตร ไกรสร ไถนาเพรียว จิรัชญา บิหนู 91

การพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านการส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ เพื่อพัฒนาประชากรและทุนมนุษย์

■ ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง ธัชณัท พันตรา กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง สุภาพร สมบัติ 107

กลยุทธ์เพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เพื่อควบคุมโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ

วิรุฬห์ พรพัฒน์กุล*
สุริธีรเวช นพรัตน์ชนม์**
ภูดิท เตชาติวัฒน์***

บทคัดย่อ

โรคเบาหวาน หนึ่งในปัญหาสุขภาพที่มีความชุกและอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศรายได้ปานกลางถึงสูง สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2563 ความชุกของโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 9.5 และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 300,000 คนต่อปี ภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดโรคเบาหวาน เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต และแผลเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังเป็นภาระทางเศรษฐกิจที่สำคัญ เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาและการจัดการภาวะแทรกซ้อนสูง ทั้งนี้สำหรับประเทศไทยกระบวนการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในปัจจุบันยังขาดการบูรณาการทั้ง 6 เสาหลักแห่งเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่เป็นรูปธรรม อันจะส่งผลต่อจำนวนของภาวะเบาหวานสู่ระยะสงบ การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมสาเหตุหลักของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในปัจจุบันพบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อาทิ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการลดน้ำหนัก สามารถควบคุมให้เบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ (Diabetes Remission) ภาวะที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติอย่างน้อย 3–6 เดือน โดยไม่ต้องใช้ยา เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) คือ ศาสตร์ที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรคเบาหวานระยะสงบได้อย่างมีประสิทธิภาพ การนำเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาใช้ร่วมกับการดูแลของทีมแพทย์และผู้เชี่ยวชาญอื่น ๆ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบได้อย่างยั่งยืน ลดภาระทางเศรษฐกิจและผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว บทความนี้จัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมทางการแพทย์ 26 วรรณกรรมและจากรายงานการประชุมจัดทำวิสัยทัศน์และแผนพัฒนาระบบบริหารจัดการและสนับสนุนการบริการเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการให้บริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 20 ท่าน โดยการใช้ Delphi technique เพื่อเสนอกลยุทธ์สนับสนุนการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อควบคุมโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ ประกอบด้วย การพัฒนาสถานบริการเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การพัฒนาบุคลากรเวชศาสตร์วิถีชีวิต การพัฒนาวิจัย นวัตกรรม และเทคโนโลยี และการพัฒนาระบบนิเวศน์ที่ส่งเสริมวิถีชีวิตที่ดีและสนับสนุนการควบคุมเบาหวานให้สงบ

คำสำคัญ: โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคเบาหวานระยะสงบ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เวชศาสตร์วิถีชีวิต กลยุทธ์

* คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
** แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1 สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์วิถีชีวิต กรมอนามัย
*** รองศาสตราจารย์ และผู้จัดการโครงการจัดการความรู้และพัฒนาวิชาการเวชศาสตร์วิถีชีวิต

The strategies to support lifestyle modications for achieving diabetes remission

Virul Pornpatkul*
Suriterawath Nopparatchon**
Phudit Tejativaddhana***

Abstract

Diabetes, one of the most prevalent health problems with increasing mortality rates worldwide, particularly in middle- to high-income countries. In Thailand, in 2020, the prevalence of diabetes was 9.5%, with 300,000 new cases annually. Complications from diabetes, such as cardiovascular disease, kidney disease, and chronic wounds, impact patients' health and quality of life. Furthermore, it imposes a significant economic burden due to high treatment and complication management costs. In Thailand, the current process of promoting lifestyle changes still lacks integration of the six pillars of Lifestyle Medicine in a concrete manner, affecting the rate of diabetes remission. Unhealthy lifestyle and improper diet are the primary causes of type 2 diabetes. It has been found that behavioral changes, such as dietary control, exercise, and weight loss, can lead to diabetes remission, a condition where patients can maintain normal blood sugar levels for at least 3-6 months without medication. Lifestyle Medicine is a recognized discipline that effectively promotes behavior change to control diabetes remission. Integrating Lifestyle Medicine with the care provided by medical teams and other specialists helps patients achieve sustained diabetes remission, reducing economic burdens and long-term health impacts. This article was developed from a review of 26 medical literatures and reports from a meeting to create visions and development plans for the management and support system for Lifestyle Medicine services. Twenty experts in Lifestyle Medicine and primary care for diabetic patients were involved using the Delphi technique to propose strategies supporting lifestyle changes for diabetes remission. These strategies include developing Lifestyle Medicine facilities for behavior modification, developing Lifestyle Medicine personnel, advancing research, innovation, and technology, and creating ecosystems that promote healthy lifestyles and support diabetes remission.

Keywords: type 2 diabetes, diabetes remission, lifestyle modification, lifestyle medicine, strategies.

* Faculty of Medicine, Western University, Thailand.
** 1st Year Resident, Preventive Medicine (Lifestyle Medicine) Program, Department of Health.
*** Associate Professor, Project Manager of Knowledge Management and Academic Development for Lifestyle Medicine Project

■ บทนำ

เบาหวานโรคที่มีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางถึงสูง องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานในปี ค.ศ. 2021 ว่ามีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 537 ล้านคน ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมากจากจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในปี ค.ศ. 2000 ซึ่งมีประมาณ 151 ล้านคน คาดว่าในปี ค.ศ. 2045 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานจะเพิ่มขึ้นมากถึง 783 ล้านคน[1] ในประเทศไทย ความชุกของเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน ข้อมูลจากกรมควบคุมโรคพบว่า พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 5 ล้านคน หรือประมาณ 9.6% ของประชากรผู้ใหญ่ โดยมีแนวโน้มที่จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตและการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม[2]

เบาหวานสาเหตุของการเสียชีวิตสูงทั่วโลก ตามข้อมูลของ WHO มีผู้เสียชีวิตประมาณ 1.5 ล้านจากเบาหวานในปี 2021[3] ในประเทศไทยเบาหวานคือหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประเทศ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน อาทิ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต และการเกิดแผลที่ไม่สามารถรักษาได้[2] โดยมีแนวโน้มสูงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งความชุกของโรคเบาหวานในปี 2557 อยู่ที่ร้อยละ 8.9 มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 300,000 คนต่อปี หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและการดูแลอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญในการลดผลกระทบทางสุขภาพ เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและประเทศชาติ[4]

เบาหวานมีผลกระทบทางเศรษฐกิจอย่างมาก เนื่องจากต้องใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ในการดูแลรักษาจำนวนมาก ทั้งในรูปแบบของค่าใช้จ่ายในการรักษา การดูแลผู้ป่วย การป้องกันโรค และการจัดการภาวะแทรกซ้อน คาดว่า ในระดับโลกมีค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาโรคเบาหวานสูงถึง 966 พันล้านเหรียญสหรัฐ ในปี 2021 เพิ่มขึ้นจากปี 2007 ที่มีค่าใช้จ่ายประมาณ 232 พันล้านเหรียญสหรัฐ[1] สำหรับประเทศไทย คาดว่าค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการดูแลโรคเบาหวานมีจำนวนสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี รวมถึงค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการรักษาโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากเบาหวาน เช่น การรักษาภาวะไตวาย การผ่าตัด และการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย ทำให้ระบบสาธารณสุขต้องรับภาระอย่างหนัก และส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศในระยะยาวจากการสูญเสียกำลังแรงงานของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่[2]

การรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในปัจจุบันสามารถช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ต่ำกว่าเกณฑ์การวินิจฉัยโดยไม่ต้องใช้ยา เบาหวานระยะสงบ เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน และลดภาระทางเศรษฐกิจ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนมากมักมีภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกิน หลักฐานทางวิชาการแสดงเห็นว่าการลดน้ำหนักร้อยละ 10–15 ของน้ำหนักตัว สามารถเสริมให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบได้ การลดน้ำหนัก ลดไขมันในตับและตับอ่อน ส่งผลให้ลดการดื้ออินซูลินของตับและฟื้นฟูการทำงานของเบต้าเซลล์ในตับอ่อน ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติได้ หากผู้ป่วยสามารถลดน้ำหนักได้มากขึ้น โอกาสในการเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบก็จะเพิ่มขึ้นตามมา[5]

ข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าแนวทาง

ป้องกันเศรษฐกิจของประเทศ ในกระบวนการเปลี่ยนแปลงให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลายไปสู่ภาวะเบาหวานสู่ระยะสงบมีความสำคัญยิ่ง เบาหวานสู่ระยะสงบ (Remission) คือ โรคเบาหวานระยะสงบ (diabetes remission) หมายถึง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการดูแลรักษาจนสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าระดับที่ใช้เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานและคงอยู่อย่างน้อย 3 เดือน โดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด การระบุว่าโรคเบาหวานระยะสงบขึ้นอยู่กับวิธีการรักษา โดยการใช้ยาและการผ่าตัดสามารถระบุเวลารักษาและผลการรักษาได้ชัดเจนกว่าการรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งอาจใช้เวลาถึง 6 เดือน เพื่อให้ผลการรักษาคงที่ สำหรับการรักษาด้วยยาและการผ่าตัดต้องตรวจระดับ HbA1c อย่างน้อย 3 เดือนหลังหยุดยา ส่วนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องตรวจ HbA1c อย่างน้อย 6 เดือนหลังเริ่ม หากใช้ยาร่วมด้วย ต้องตรวจ HbA1c อย่างน้อย 3 เดือนหลังหยุดยา[5]

การควบคุมโรคเบาหวานสู่ระยะสงบสามารถทำได้โดยวิธีต่างๆ ในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต หนึ่งในปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนแนวทางนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาทิ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดน้ำหนัก การควบคุมสุขภาพจิต และการลดความเครียด[4] ทั้งนี้ประเทศไทยมีโครงการต่างๆ ที่แสดงให้เห็นถึงการมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อควบคุมเบาหวาน เช่น โครงการ “เบาหวานเป็นแล้วก็หายได้” ซึ่งเป็นโครงการที่จัดขึ้นโดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การส่งเสริมการออกกำลังกาย และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการควบคุมเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถลดน้ำหนักและรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ควบคุมได้[5] ทั้งนี้มีหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่าการบริการเวชศาสตร์วิถีชีวิตซึ่งใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสามารถนำไปสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้ โดยเน้นการควบคุมอาหาร รวมถึงการรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตต่ำ อาหารพลังงานต่ำ การอดอาหารบางช่วงเวลา และเพิ่มกิจกรรมทางกาย โดยอยู่ภายใต้การดูแลของทีมแพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร และสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ ซึ่งสามารถทำให้ผู้ป่วยลดน้ำหนักร้อยละ 10–15 ภายใน 3–6 เดือนได้อย่างมีประสิทธิภาพ[5]

เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) ได้รับการยอมรับว่าเป็นศาสตร์ทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวาน รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อทำให้โรคเบาหวานสู่ระยะสงบ เนื่องจากเป็นเวชปฏิบัติทางการแพทย์ที่อยู่บนพื้นฐานของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ อันประกอบไปด้วย 6 เสาหลัก ได้แก่ โภชนาการที่เหมาะสม กิจกรรมทางกายสม่ำเสมอ การจัดการความเครียด การนอนหลับที่มีคุณภาพ การหลีกเลี่ยงสารเสพติด การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในสังคม ในการส่งเสริมให้บุคคลและชุมชนปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างครอบคลุมกว้างขวาง เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และรักษา หรือแม้กระทั่งทำให้ระยะของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่แย่ลงกลับสู่สภาพปกติ โดยการระบุสาเหตุที่แท้จริงที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพดังกล่าว[6]

ทั้งนี้การให้บริการด้วยการใช้แนวทางการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตามหลักการของเวชศาสตร์วิถีชีวิตในปัจจุบันได้ดำเนินการอยู่ภายใต้หลากหลายหน่วยงาน ยังไม่เกิดกระบวนการ

บูรณาการอย่างเป็นระบบ ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้รับบริการที่ไม่ครอบคลุมในทั้ง 6 เสาหลัก อันส่งผลต่อกระบวนการควบคุมเบาหวานที่ยังไม่ดีเท่าที่ควร อาทิ กระบวนการปรับโภชนาการโดยปราศจากการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม อาจจะไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้ดีเท่ากับการมีกระบวนการปรับโภชนาการที่เหมาะสมพร้อมกับการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมและสม่ำเสมอ โดยเวชศาสตร์วิถีชีวิตมุ่งเน้นกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเชิงบูรณาการทั้ง 6 ด้าน เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทั้ง 6 ด้านให้ได้ไปพร้อมๆกัน[6]

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายในการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งรวมถึงการควบคุมให้เบาหวานสู่ระยะสงบด้วยการนำแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตและสุขภาพองค์รวมสู่การปฏิบัติ[7] ดังนั้น ในการที่จะทำให้นโยบายดังกล่าวได้รับการนำมาปฏิบัติอย่างมีประสิทธิผล จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีแนวทางส่งเสริมการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตโดยอาศัยเวชศาสตร์วิถีชีวิตทั้ง 6 เสาหลักให้สามารถนำสู่สภาวะเบาหวานระยะสงบได้อย่างเป็นรูปธรรม รวมถึงกลยุทธ์สนับสนุนการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อควบคุมโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบอย่างมีประสิทธิภาพ

■ วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์แนวทางส่งเสริมการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตโดยอาศัยเวชศาสตร์วิถีชีวิตทั้ง 6 เสาหลักให้สามารถนำสู่สภาวะเบาหวานระยะสงบได้อย่างเป็นรูปธรรม

2. เพื่อเสนอกลยุทธ์สนับสนุนการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อควบคุมโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ

■ วิธีการศึกษา

การสังเคราะห์กลยุทธ์เพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อควบคุมโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ ดำเนินการโดยการทบทวนเอกสารจากหลายแหล่งที่สามารถค้นพบได้จากฐานงานวิจัยทางการแพทย์ โดยมีกลยุทธ์ในการค้นหาเอกสาร คือ การศึกษากรอบแห่งศาสตร์เวชศาสตร์วิถีชีวิตตามแนว American College of Lifestyle Medicine นำสู่การวางโครงแห่งข้อมูลการใช้ศาสตร์ทางด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ การติดตามสถานการณ์โรคเบาหวานจากเอกสารที่มีความน่าเชื่อถือในระดับสากลและในระดับประเทศที่สามารถอธิบายแนวทางแห่งการส่งเสริมสภาวะเบาหวานให้เข้าสู่ภาวะสงบได้ และรายงานการประชุมเพื่อเสนอกลยุทธ์โดยอาศัยกระบวนการประชุมผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการให้บริการปฐมภูมิ จำนวน 20 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารของกรมอนามัย ผู้บริหารของศูนย์อนามัยและผู้ปฏิบัติงานในคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิตของกรมอนามัย ผู้บริหารเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข แพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน (เวชศาสตร์วิถีชีวิต) สหวิชาชีพที่ได้รับการอบรมด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต แพทย์ผู้เชี่ยวชาญผู้ให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในภาคเอกชน และแพทย์ประจำบ้านหลักสูตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยในการประชุมนี้ใช้ Delphi Technique ในการได้มาซึ่งข้อมูลจากผู้ทรงคุณวุฒิ จัดโดยสถาบันเวชศาสตร์วิถีชีวิต กรมอนามัย โดยการสนับสนุนของโครงการจัดการความรู้และพัฒนาวิชาการด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต มูลนิธิ

ศาสตราจารย์นายแพทย์สมบูรณ์วัชโรทัย ระหว่างวันที่ 30 สิงหาคม 2567 ถึงวันที่ 1 กันยายน 2567 ที่ รักษ วิลเลจ สามพราน จังหวัดนครปฐม ทั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดยุทธศาสตร์การพัฒนาเวชศาสตร์วิถีชีวิตของประเทศไทยเพื่อการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทยสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เสนอโดย พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และภูดิท เตชาติวัฒน์[8] และข้อเสนอการพัฒนาเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในประเทศไทยอย่างยั่งยืน เสนอโดย ศรีศิริ ศิริวนารังสรรค์ และภูดิท เตชาติวัฒน์[9] มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาบทความนี้

■ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสู่เบาหวานระยะสงบด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต

ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของศาสตร์เวชศาสตร์วิถีชีวิตอันนำสู่การผลักดันให้เกิดสภาวะเบาหวานระยะสงบ สามารถจัดเรียงได้ตามหลักแห่ง 6 เสาของเวชศาสตร์วิถีชีวิต ดังนี้

1. โภชนาการ (Nutrition) เป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมและจัดการโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากงานวิจัยในปัจจุบันพบว่า อาหารที่มีเส้นใยสูง โดยเฉพาะเส้นใยจากธัญพืชเต็มเมล็ด ผัก และผลไม้ สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดหลังมื้ออาหารและควบคุมน้ำตาลในเลือดในระยะยาว โดยมีงานวิจัยที่แสดงว่าผู้ที่บริโภคเส้นใยมากกว่า 50 กรัมต่อวัน สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดและ HbA1c ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[10]

การรับประทานอาหารที่มาจากพืช (Plant-Based Diet) อาทิ การรับประทานผัก ผลไม้ ถั่ว ธัญพืชไม่ขัดสี ลดการบริโภคอาหารแปรรูปและเนื้อสัตว์ สามารถเพิ่มการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น จากงานวิจัยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับประทานอาหารจากพืชสามารถลดระดับ HbA1c และน้ำหนักตัวได้อย่างมีนัยสำคัญ[11] นอกจากนี้การบริโภคอาหารที่มีไขมันต่ำสามารถลดการสะสมของไขมันในตับและกล้ามเนื้อ อันมีผลต่อการทำให้อินซูลินมีความไวมากขึ้น และการรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำสามารถลดระดับไขมันในเลือดและเพิ่มความไวของอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้[12]

การรับประทานอาหารรูปแบบเมดิเตอร์เรเนียน ที่เน้นการรับประทานผัก ผลไม้ น้ำมันมะกอก ปลา และธัญพืชไม่ขัดสี มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนว่าสามารถควบคุมเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดและลดการใช้ยา เมื่อเทียบกับผู้ที่รับประทานอาหารแบบควบคุมทั่วไป[13]

อาหารที่มีการจำกัดคาร์โบไฮเดรตเป็นอีกหนึ่งแนวทางที่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ พบว่าการรับประทานอาหารที่มีการจำกัดคาร์โบไฮเดรตน้อยกว่า 20 กรัมต่อวัน สามารถช่วยลดระดับ HbA1c ได้อย่างมีนัยสำคัญภายใน 6 เดือน และสามารถลดการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ในผู้ป่วยโรคอ้วนและเบาหวานชนิดที่ 2[14]

การรับประทานอาหารแบบคีโตเจนิก (อาหารที่มีไขมันสูงและคาร์โบไฮเดรตต่ำ) ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่รับประทานอาหารแบบคีโตเจนิก มีการลดระดับน้ำตาลในเลือดและน้ำหนักตัวอย่างมีนัยสำคัญ[15]

นอกจากนี้ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าการลดพลังงานและการลดน้ำหนัก สามารถช่วยทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น โดยมีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่สามารถลดน้ำหนัก

ได้มากกว่า 10 กิโลกรัม มีโอกาสที่หยุดการใช้ยาควบคุมเบาหวานและทำให้โรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบได้[16] อาหารที่มีดัชนีน้ำตาลต่ำ อาทิ ธัญพืชไม่ขัดสี ถั่ว และผักบางชนิด สามารถลดการเพิ่มขึ้นของน้ำตาลในเลือดหลังมื้ออาหาร และพบงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าการรับประทานอาหารที่มีดัชนีน้ำตาลต่ำช่วยลดระดับ HbA1c ได้อย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2[17]

2. การมีกิจกรรมทางกาย (Physical Activity) สามารถทำให้โรคเบาหวานชนิดที่ 2 สงบลง หรือควบคุมได้ดีขึ้น มีงานวิจัยที่แสดงถึงการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic Exercise) อาทิ การเดินเร็ว วิ่ง ปั่นจักรยาน หรือว่ายน้ำ สามารถส่งเสริมให้ร่างกายมีการใช้กลูโคสได้ดีขึ้น สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ ส่งผลในการลดระดับ HbA1c ได้ถึง 0.66%[18] นอกจากนี้การออกกำลังกายเป็นประจำสามารถเพิ่มความไวของอินซูลินได้ ซึ่งส่งผลให้ร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินได้ดีขึ้น ทำให้กลูโคสถูกดูดซึมไปใช้ได้มากขึ้น ผลการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายแบบแรงต้าน (Resistance Training) เพิ่มความไวของอินซูลินได้ดีขึ้น[19] ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การออกกำลังกายเป็นประจำมีผลในการลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน อาทิ โรคหัวใจและหลอดเลือด พบงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าการออกกำลังกายช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจซึ่งเป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน[20]

นอกจากนี้ การผสมผสานการออกกำลังกายแบบแอโรบิกและแรงต้าน อาทิ การวิ่งควบคู่กับการยกน้ำหนัก ได้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพที่เพิ่มมากขึ้นในการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 งานวิจัย[21] แสดงถึงการออกกำลังกายทั้งสองประเภทสามารถลดระดับ HbA1c ได้ดีกว่าการออกกำลังกายประเภทเดียว ในขณะที่การออกกำลังกายควบคู่กับการควบคุมอาหาร ส่งผลให้การลดน้ำหนักได้ดีขึ้น ซึ่งการลดน้ำหนักเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากงานวิจัยหนึ่งชี้ให้เห็นว่า ผู้ที่สามารถลดน้ำหนักและออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องมีโอกาสลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ถึง 58%[22] นอกจากนี้การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงแต่ช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แต่ยังมีผลในการช่วยลดความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือด มีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ออกกำลังกายประจำมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือดดีขึ้น ส่งผลให้ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับหัวใจ[23] และอีกหนึ่งงานวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ออกกำลังกายเป็นประจำสามารถลดปริมาณการใช้ยาได้ หรือในบางรายอาจไม่จำเป็นต้องใช้ยาเมื่อร่วมกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอื่นๆ[24]

3. การนอนหลับที่ดี สามารถควบคุมและทำให้โรคเบาหวานชนิดที่ 2 สงบลง งานวิจัย[25] พบว่า การนอนหลับที่ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินและความไวของอินซูลินลดลง 30% นอกจากนี้มีงานวิจัยที่พบว่า การนอนหลับที่สั้นและไม่ต่อเนื่องสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร[4] ซึ่งการนอนหลับอย่างน้อย 7-9 ชั่วโมงต่อคืน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[26] และพบว่า ผู้ที่นอนหลับน้อย มีระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลที่สูงขึ้นทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ส่งผลทำให้การควบคุมภาวะเบาหวานแย่ลง นอกจากนี้พบว่าภาวะหยุดหายใจขณะหลับ

(Obstructive Sleep Apnea: OSA) เป็นปัญหาการนอนหลับที่เกี่ยวข้องกับการขัดขวางการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยพบว่าผู้ป่วย OSA มักมีระดับ HbA1c ที่สูงขึ้น[27] การรักษา OSA ด้วยเครื่องช่วยหายใจ (CPAP) สามารถทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น[6] พบว่าการนอนหลับน้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อคืน สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักและโรคอ้วน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้การควบคุมเบาหวานแย่ลง[26] พบว่าการนอนหลับอย่างสม่ำเสมอ 7–8 ชั่วโมงต่อคืน ช่วยทำให้การเผาผลาญน้ำตาลกลูโคสดีขึ้นและลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานในระยะยาว

4. ความเครียด มีผลต่อการเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือดจากกระบวนการกระตุ้นฮอร์โมนเครียด อาทิ ฮอร์โมนคอร์ติซอล จากงานวิจัยพบว่า การจัดการความเครียดผ่านการทำสมาธิ โยคะ หรือเทคนิคการผ่อนคลาย สามารถลดความเครียดและส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดมีความเสถียรมากขึ้น[28]

5. การเลิกสูบบุหรี่และการลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่แสดงว่าการเลิกสูบบุหรี่และลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ให้อยู่ในระดับที่ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานได้[28]

■ กลยุทธ์สนับสนุนการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อควบคุมโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ

เบาหวานเป็นโรคที่เพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางถึงสูง มีผลกระทบต่อสุขภาพและเศรษฐกิจอย่างมาก การควบคุมเบาหวานสู่ระยะสงบ (DM Remission) ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต เช่น การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย ลดน้ำหนัก มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยจะช่วยส่งเสริมการป้องกันและรักษาโรคเรื้อรังด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวิถีชีวิต 6 เสาหลักอย่างครบวงจร จากการทบทวนวรรณกรรม 26 วรรณกรรม และรายงานการประชุมจัดทำวิสัยทัศน์และแผนพัฒนาระบบบริหารจัดการและสนับสนุนการบริการเวชศาสตร์วิถีชีวิต ที่จัดโดยสถาบันเวชศาสตร์วิถีชีวิต กรมอนามัย[29] ได้เสนอกลยุทธ์ที่สำคัญในการขับเคลื่อนเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อสนับสนุนให้เกิดการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อซึ่งรวมถึงการควบคุมโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ 4 ประเด็น ได้แก่

1. การพัฒนาสถานบริการเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต

ในการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) รวมถึงโรคเบาหวานนั้น ควรมีการตั้งเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการบริการทางสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างทั่วถึงและยุติธรรม ทั้งพื้นที่ห่างไกล และในเมืองใหญ่ ควรสนับสนุนให้มีบริการส่งเสริมสุขภาพในเชิงป้องกันมากกว่าการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาบูรณาการเข้ากับระบบบริการปฐมภูมิ ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ การบูรณาการนี้เสริมให้สถานพยาบาลสามารถจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การปรับเปลี่ยนโภชนาการ การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ที่มีหลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมว่าสามารถส่งเสริมเรื่องเบาหวานระยะสงบได้จริง ได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสมกับความต้องการของประชาชนแต่ละพื้นที่[30]

นอกจากนี้ ควรสนับสนุนการบูรณาการบริการเวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้ากับบริการของคลินิก

NCDs Plus ในระบบบริการของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ที่ให้บริการในปัจจุบันอยู่ในสถานบริการคลินิก NCDs ของโรงพยาบาลอยู่เดิมและส่งเสริมให้เกิดในระบบการให้บริการปฐมภูมิ[31] โดยมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้สามารถได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง การสร้างและขยายคลินิก NCDs Plus LM ที่มีการบูรณาการบริการเวชศาสตร์วิถีชีวิตทั้งในภาครัฐและเอกชน ช่วยเพิ่มขีดความสามารถในการรองรับผู้ป่วยเบาหวานและโรคไม่ติดต่ออื่นๆ ในแต่ละพื้นที่ ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และสามารถกระจายการบริการไปสู่กลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน อาทิ ผู้ที่มีน้ำหนักเกิน หรือมีประวัติครอบครัวมีเบาหวาน ทำให้สามารถตรวจพบโรคและป้องกันเบาหวานได้ตั้งแต่ในระยะแรก โดยการป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพสามารถลดภาระทางเศรษฐกิจและลดการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ในการรักษาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น[29]

2. การพัฒนาบุคลากรเวชศาสตร์วิถีชีวิต[29]

ประเด็นสำคัญในการยกระดับการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการนำเวชศาสตร์วิถีชีวิต ไปดำเนินการในการป้องกันและจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การพัฒนาบุคลากรเวชศาสตร์วิถีชีวิตในระดับต่างๆ มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของการบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตในระบบบริการสุขภาพ การเพิ่มพูนความรู้และทักษะด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตให้แพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยปกติแล้ว แพทย์มักเป็นผู้ให้การรักษาในแนวทางที่เน้นการใช้ยาเป็นหลัก หากแต่แพทย์เหล่านั้นได้มีความรู้และทักษะเวชศาสตร์วิถีชีวิต มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต อาทิ การจัดการอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด มีหลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมว่าสามารถส่งเสริมเรื่องเบาหวานระยะสงบได้จริง[30]

โดยหากแพทย์เหล่านั้นได้รับการอบรมเพิ่มเติมในด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสามารถส่งเสริมแพทย์ให้สามารถแนะนำวิธีการที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยโดยไม่ต้องพึ่งพายาเพียงอย่างเดียว สามารถให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ที่เสี่ยงเป็นโรคเบาหวานได้อย่างครอบคลุม นอกจากนี้ จากหลักฐานการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการปรับปรุงหลักสูตรแพทยศาสตร์บันฑิตให้มีการบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้าไปในหลักสูตรนับว่าเป็นสิ่งที่จำเป็น[32] เพื่อทำให้เกิดการผลิตแพทย์รุ่นใหม่ที่มีความรู้และทักษะในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตั้งแต่การเริ่มต้นในการออกไปปฏิบัติหน้าที่ โดยส่งเสริมให้แพทย์มีความเข้าใจลึกซึ้งในหลักการของเวชศาสตร์วิถีชีวิต รวมถึงส่งเสริมให้แพทย์สามารถนำความรู้ไปใช้ในการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ[29]

นอกจากนี้ การพัฒนาสหวิชาชีพให้มีความรู้และทักษะด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต อาทิ พยาบาล นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา ล้วนแล้วแต่เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การพัฒนาศักยภาพด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตให้แก่บุคลากรสหวิชาชีพ เสริมหนุนกระบวนการทำงานร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์วิถีชีวิตในการให้บริการที่ครอบคลุม เช่น การให้คำแนะนำเรื่องโภชนาการที่เหมาะสม การวางแผนการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วยและการจัดการความเครียดและส่งเสริมสุขภาพจิต การเสริมสร้างศักยภาพสหวิชาชีพช่วยให้การดูแลผู้

ป่วยเบาหวานมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องมากขึ้น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นหนึ่งในทีมดูแลผู้ป่วยที่มีบทบาทสำคัญในการเข้าถึงชุมชน และการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ อสม. สามารถเป็นตัวแทนการเปลี่ยนแปลงในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระดับชุมชน การพัฒนาองค์ความรู้และทักษะด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตให้กับ อสม. จะช่วยเสริมหนุน อสม.ให้เป็นที่ปรึกษาหรือโค้ชให้กับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป้องกันโรคเบาหวานตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น อาทิ การให้ความรู้เรื่องโภชนาการที่เหมาะสม การสนับสนุนให้ประชาชนในพื้นที่ให้มีการออกกำลังกาย และการให้คำแนะนำเบื้องต้นในการจัดการความเครียดและการดูแลสุขภาพจิต

3. การพัฒนาวิจัย นวัตกรรม และเทคโนโลยี[29]

เป็นองค์ประกอบสำคัญในการนำเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาใช้ในบริบทของการป้องกันและจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบของวิถีชีวิตที่มีต่อโรคเบาหวานและโรคเรื้อรังอื่นๆ ในบริบทของไทย จะทำให้ประเทศไทยมีข้อมูลที่ครอบคลุมเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อการป้องกันและรักษาโรค การวิจัยเหล่านี้ควรครอบคลุมทั้งด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การนอนหลับ และการจัดการความเครียดในบริบทของวัฒนธรรมและสังคมไทย เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบทของประชากรในพื้นที่ต่างๆ การนำเทคโนโลยีดิจิทัล อาทิ แอปพลิเคชันสุขภาพ การตรวจสุขภาพทางไกล (Telemedicine) และการติดตามสุขภาพด้วยอุปกรณ์สวมใส่ (Wearable Devices) เข้ามาใช้ในระบบสาธารณสุข ซึ่งจะทำให้ประชาชนสามารถตรวจสอบและดูแลสุขภาพของตนเองได้ง่ายขึ้น เช่น แอปพลิเคชันที่ช่วยในการนับแคลอรี่ การวางแผนอาหาร และการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล เทคโนโลยีเหล่านี้สามารถทำให้ประชาชนในพื้นที่ห่างไกลเข้าถึงบริการและความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างง่ายดาย

การพัฒนานวัตกรรมใหม่ๆ ในการดูแลผู้ป่วย เช่น การพัฒนาอาหารเสริมที่ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด การคิดค้นวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมถึงการใช้เครื่องมือตรวจวัดระดับน้ำตาลและการประเมินสุขภาพที่สามารถใช้ได้ในชีวิตประจำวันอย่างง่ายๆ นวัตกรรมเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับโรคเบาหวานได้ดีขึ้น ลดการพึ่งพายา และสามารถปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิตให้สอดคล้องกับการมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี[29]

4. การพัฒนาระบบนิเวศน์ที่ส่งเสริมวิถีชีวิตที่ดีและสนับสนุนการควบคุมเบาหวานให้สงบ[29]

การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชนในชุมชน แนวทางนี้เน้นไปที่การสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในชุมชน อาทิ การสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ให้มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีวิถีชีวิตที่ส่งผลต่อการมีสุขภาพดี เช่น การสร้างสถานที่ออกกำลังกายกลางแจ้ง การพัฒนาเส้นทางจักรยานและทางเดินในชุมชน การจัดงานส่งเสริมสุขภาพ การสร้างพื้นที่สีเขียวในชุมชนเพื่อให้ประชาชนได้มีพื้นที่พักผ่อนและออกกำลังกาย การจัดตั้งชมรมอาหารเพื่อสุขภาพ เพื่อให้มีบทบาทในการให้ความรู้เรื่องการเลือกบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ การส่งเสริมการทำอาหารจากวัตถุดิบท้องถิ่นที่มีประโยชน์

รวมถึงการจัดกิจกรรมให้ประชาชนเรียนรู้วิธีการทำอาหารที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การสร้างกลุ่มผู้บริโภคที่ใส่ใจสุขภาพ รวมถึงการทำให้ชุมชนมีความรอบรู้และสามารถจัดการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวานได้[29]

การสนับสนุนชมรมออกกำลังกายและชมรมลดน้ำหนักให้สามารถจัดกิจกรรมกลุ่ม อาทิ การวิ่ง เดินเร็ว หรือโยคะ กิจกรรมที่ประชาชนในชุมชนสามารถเข้าถึงง่ายและไม่ใช้ค่าใช้จ่ายที่สูง การสร้างกลุ่มลดน้ำหนัก หรือชมรมลดอ้วนในชุมชน สามารถเสริมหนุนให้ผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยงได้รับการสนับสนุนทางจิตใจและมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง การทำงานร่วมกันในชุมชนเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายและการลดน้ำหนัก สามารถลดอัตราการเกิดโรคเบาหวานและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การสร้างเครือข่ายสนับสนุนด้านสุขภาพจิต เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการควบคุมโรคเบาหวาน รวมถึงการสนับสนุนให้ชุมชนมีเครือข่ายในการให้คำปรึกษาทางจิตใจ เช่น การจัดตั้งกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือการจัดกิจกรรมสร้างความผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิและโยคะ สามารถช่วยทำให้ลดความเครียดที่อาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น ซึ่งการสร้างชุมชนที่สนับสนุนให้เกิดการมีสุขภาพจิตที่ดี ช่วยให้การพัฒนาสุขภาพโดยรวมของประชาชนดีขึ้น[29]

■ อภิปรายผล

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีการบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตโดยให้มีกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้ง 6 เสาหลักไปพร้อมกัน เพื่อลดภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และการควบคุมเบาหวานให้สงบ แนวทางสำคัญที่มีความจำเป็นต่อประเทศไทยที่ต้องเร่งดำเนินการให้มีรูปธรรมโดยการพัฒนาสถานบริการเวชศาสตร์วิถีชีวิตให้สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุมทั้งในพื้นที่ห่างไกลและในเมืองใหญ่ ซึ่งควรจะบูรณาการเข้ากับระบบการให้บริการปฐมภูมิที่มีอยู่เดิม ซึ่งจะก่อให้เกิดความมีประสิทธิภาพในระบบ เพื่อการส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้ง 6 ด้านได้อย่างสะดวกและมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ประเทศสหรัฐอเมริกาโดยความร่วมมือระหว่าง American Academy of Family Practitioners และ American College of Lifestyle Medicine ได้ร่วมกันพัฒนาศักยภาพแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้สามารถให้บริการด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้[33] เช่นเดียวกับประเทศอังกฤษที่ Royal College of General Practitioners ได้สนับสนุนให้แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวของสหราชอาณาจักรได้พัฒนาศักยภาพของตนเองในการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต[34] ทั้งนี้ ควรมุ่งเน้นการพัฒนาสถานพยาบาลเดิมให้มีการเปิดการให้บริการเวชศาสตร์วิถีชีวิตควบคู่กับการพัฒนาบุคลากรเวชศาสตร์วิถีชีวิต เช่น แพทย์ สหวิชาชีพ และ อสม. ที่มีการพัฒนาอยู่เดิมในโรงเรียนแพทย์ คณะต่างๆ ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยเพิ่มเติมผสมผสานองค์ความรู้และทักษะด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตลงไปในหลักสูตร เพื่อเสริมการดูแลผู้ป่วย NCDs ให้ครอบคลุมมากขึ้น ดังเช่นในประเทศสหรัฐอเมริกาและสหราชอาณาจักร เป็นต้น รวมถึงการพัฒนางานวิจัยและเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันสุขภาพและอุปกรณ์สวมใส่ ให้ประชาชนได้ตรวจสอบเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองได้ง่ายขึ้น การวิจัยเกี่ยวกับเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่ส่งผลต่อโรค

NCDs เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เหมาะสมในการปรับใช้ในบริบทประเทศไทย และยังต้องพัฒนาระบบนิเวศน์ที่ส่งเสริมการมีวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ เน้นการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชน อาทิ การสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ให้มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีวิถีชีวิตที่ส่งผลต่อการมีสุขภาพดี เช่น การเข้าถึงแหล่งอาหารที่ก่อให้เกิดสุขภาพดีโดยเน้นการรับประทานอาหารพวกพืชเป็นหลัก การพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดความปลอดภัยในการออกกำลังกาย การจัดกิจกรรมเพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในชุมชน การรณรงค์ลดละเลิกบุหรี่ แอลกอฮอล์ การจัดกิจกรรมเพื่อให้คนในชุมชนสามารถจัดการความเครียดและเกิดการนอนหลับที่ดี เป็นต้น กลยุทธ์ดังกล่าวนับว่าเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญที่หน่วยงานรับผิดชอบและภาคีเครือข่ายสามารถนำเสนอเพื่อการวางรากฐานเวชศาสตร์วิถีชีวิตบูรณาการเข้ากับระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยเพื่อนำไปสู่การควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งรวมถึงเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบได้อย่างมีประสิทธิภาพ[29]

■ สรุป

โรคเบาหวานปัญหาสุขภาพที่เพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยมีผู้ป่วย 537 ล้านคนในปีค.ศ. 2021 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 783 ล้านคนภายในปีค.ศ. 2045 ประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 5 ล้านคน ส่งผลให้ระบบสาธารณสุขต้องเผชิญภาระหนักและผลกระทบทางเศรษฐกิจจากภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ โรคไต และแผลเรื้อรัง การควบคุมเบาหวานสู่ระยะสงบ (DM Remission) สามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต โดยเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) ที่ประกอบด้วย การมีโภชนาการที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การนอนหลับที่เพียงพอ การจัดการความเครียด การลดละเลิกการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ และการหลีกเลี่ยงสารพิษที่ทำอันตรายต่อสุขภาพ รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในสังคม ดังนั้นควรมีการสนับสนุนให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานโดยการบูรณาการแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้ากับบริการรักษาโรค NCDs โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับปฐมภูมิ ซึ่งในปัจจุบันยังไม่ได้มีการจัดบริการที่ครบองค์ประกอบตามแนวทางของเวชศาสตร์วิถีชีวิต รวมถึงการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บทความนี้เสนอกลยุทธ์ในการนำแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตไปสู่การปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อควบคุมโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ ซึ่งรวมถึงการพัฒนาการบริการและสถานบริการ การพัฒนากำลังคนสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต และ อสม. การพัฒนาวิจัยนวัตกรรมและเทคโนโลยีเพื่อสนับสนุน และการพัฒนาสิ่งแวดล้อมระบบนิเวศน์ที่เอื้อต่อการมีวิถีชีวิตที่ดีของประชาชน เพื่อสนับสนุนการดูแลโรคเบาหวานสู่ระยะสงบอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas. 10th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2021.
2. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, สุธิดา แก้วทา. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวานความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2562.
3. World Health Organization. Global report on diabetes 2021. Geneva: World Health Organization; 2021.
4. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย; 2565.
5. กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. แนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้เป็นเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (Remission service). นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2566.
6. American College of Lifestyle Medicine. Lifestyle medicine core competencies program. St. Louis: American College of Lifestyle Medicine; 2020.
7. The Coverage. 'สมศักดิ์' มอบ 7 นโยบาย สธ. ปี 68 มุ่งลดผู้ป่วย NCDs ดูแลความเป็นอยู่บุคลากรแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 3 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thecoverage.info/news/content/7457
8. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ภูดิท เตชาติวัฒน์. เวชศาสตร์วิถีชีวิต: เวชปฏิบัติแนวใหม่แบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทยสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย 2565;1(4):456–63.
9. ศรีศิริ ศิริวนารังสรรค์, ภูดิท เตชาติวัฒน์. ข้อเสนอการพัฒนาเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในประเทศไทยอย่างยั่งยืน. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2567;14(1):209–29.
10. Post RE, Mainous AG, King DE, Simpson KN. Dietary fiber for the treatment of type 2 diabetes mellitus: A meta-analysis. J Am Board Fam Pract 2003;16(5):432–8. doi: 10.3122/jabfm.16.5.432.
11. Barnard ND, Cohen J, Jenkins DJ, Turner-McGrievy G, Gloede L, Jaster B, et al. A low-fat vegan diet and a conventional diabetes diet in the treatment of type 2 diabetes: A randomized, controlled, 74-wk clinical trial. Am J Clin Nutr 2009;89(5):1588S–96S. doi: 10.3945/ajcn.2009.26736H.
12. Kahleova H, Fleeman R, Hlozkova A, Holubkov R, Barnard ND. A plant-based diet in overweight individuals in a 16-week randomized clinical trial: Metabolic benefits of plant protein. Nutrients 2018;10(11):1672. doi: 10.3390/nu10111672.
13. Esposito K, Maiorino MI, Ciotola M, Di Palo C, Scognamiglio P, Gicchino M, et al. Effects of a Mediterranean-style diet on the need for diabetes drugs and remission of newly diagnosed type 2 diabetes: A randomized trial. Ann Intern Med 2009;151(5):306–14. doi: 10.7326/0003-4819-151-5-200909010-00004.
14. Westman EC, Yancy WS, Mavropoulos JC, Marquart M, McDuffie JR. The effect of a low-carbohydrate, ketogenic diet versus a low-glycemic index diet on glycemic control in type 2 diabetes mellitus. Nutr Metab (Lond) 2008;5:36. doi: 10.1186/1743-7075-5-36.
15. Shan Z, Ma H, Xie M, Yan P, Guo Y, Bao W, et al. Sleep duration and risk of type 2 diabetes: A meta-analysis of prospective studies. Diabetes Care 2015;38(3):529–37. doi: 10.2337/dc14-2073.
16. Lean ME, Leslie WS, Barnes AC, Brosnahan N, Thom G, McCombie EL, et al. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): An open-label, cluster-randomised trial. Lancet 2018;391(10120):541–51.

17. Jenkins DJ, Kendall CW, McKeown-Eyssen G, Josse RG, Silverberg J, Booth GL, et al. Effect of a low-glycemic index or a high-cereal fiber diet on type 2 diabetes: A randomized trial. JAMA 2008;300(23):2742–53.
18. Colberg SR, Sigal RJ, Fernhall B, Regensteiner JG, Blissmer BJ, Rubin RR, et al. Exercise and type 2 diabetes: The American College of Sports Medicine and the American Diabetes Association: Joint position statement. Diabetes Care 2010;33(12):4–10.
19. Kirwan JP, Solomon TP, Wojta DM, Staten MA, Holloszy JO. Effects of 7 days of exercise training on insulin sensitivity and responsiveness in type 2 diabetes mellitus. Am J Physiol Endocrinol Metab 2009;297(2):2–3.
20. Boulé NG, Haddad E, Kenny GP, Wells GA, Sigal RJ. Effects of exercise on glycemic control and body mass in type 2 diabetes mellitus: A meta-analysis of controlled clinical trials. JAMA 2001;286(10):1218–27.
21. Church TS, Blair SN, Cocreham S, Johannsen N, Johnson W, Kramer K, et al. Effects of aerobic and resistance training on hemoglobin A1c levels in patients with type 2 diabetes: A randomized controlled trial. JAMA 2010;304(20):2253–62.
22. Magliano DJ, Boyko EJ. IDF Diabetes Atlas 10th edition scientific committee. IDF diabetes atlas [Internet]. 10th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2021.
23. Sigal RJ, Kenny GP, Boule NG, Wells GA, Prud'homme D, Fortier M, et al. Effects of aerobic training, resistance training, or both on glycemic control in type 2 diabetes: A randomized trial. Ann Intern Med 2007;147(6):357–69. doi: 10.7326/0003-4819-147-6-200709180-00005.
24. DiPietro L, Dziura J, Yeckel CW, Neufer PD. Exercise and improved insulin sensitivity in older women: Evidence of the enduring benefits of higher intensity training. J Appl Physiol 2006;100(1):142–9. doi: 10.1152/japplphysiol.00474.2005.
25. Spiegel K, Leproult R, Van Cauter E. Impact of sleep debt on metabolic and endocrine function. Lancet 1999;354(9188):1435–9. doi: 10.1016/S0140-6736(99)01376-8.
26. Leproult R, Van Cauter E. Role of sleep and sleep loss in hormonal release and metabolism. Endocr Dev 2010;17:11–21. doi: 10.1159/000262524.
27. Sharma SK, Agrawal S, Damodaran D, Sreenivas V, Kadhiravan T, Lakshmy R, et al. Obstructive sleep apnea in type 2 diabetes mellitus. Indian J Med Res 2010;131:125–30.
28. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ; 2566.
29. สถาบันเวชศาสตร์วิถีชีวิต กรมอนามัย. รายงานการประชุมจัดทำวิสัยทัศน์และแผนพัฒนาระบบบริหารจัดการและสนับสนุนการบริการเวชศาสตร์วิถีชีวิต; วันที่ 30 สิงหาคม – 1 กันยายน 2567; ณ รักษ วิลเลจ สามพรานนครปฐม; 2567.
30. Tripathi P, Kadam NS, Sharma B, Vyawahare AR, Ganla MH, Das Biswas M, et al. Effectiveness of an intensive lifestyle modification program on type 2 diabetes remission in Indian population. Diabetes 2023;72(Suppl1):1790–PUB. doi: 10.2337/db23-1790-PUB.
31. กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2562.
32. American College of Preventive Medicine. Strategic roadmap for integrating lifestyle and preventive medicine into undergraduate medical education [Internet]. Washington, DC: ACPM; 2019 [cited 2024 Dec 1]. Available from: https://www.acpm.org/getmedia/eabd1148-b01b-4024-bdfa-d8d4857f1f07/ACPM-White-Paper_Strategic-Roadmap-for-Integrating-Lifestyle-and-Preventive-Medicine-into-UME_Final.pdf

33. Benigas S, Shurney D, Stout R. Making the Case for Lifestyle Medicine. Journal of Family Practice 2022;71(Suppl 1):s2-s4.
34. Royal College of General Practitioners. Lifestyle medicine in general practice [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 1]. Available from: https://www.rcgp.org.uk/your-career/gp-extended-roles/lifestyle-medicine-framework-practice.

ประสิทธิผลโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่

อัจฉรา จิตจง
กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลร้องกวาง

วันรับ 8 ตุลาคม 2567, วันแก้ไข 7 มกราคม 2568, วันตอบรับ 8 มกราคม 2568.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ในด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองและปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็ก การศึกษาเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ปกครองเด็กและเด็กปฐมวัยที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในสังกัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นของอำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วยการพัฒนาทักษะทั้ง 6 ด้านได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจ การสื่อสารสุขภาพ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับบริการตามขั้นตอนปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก แบบทดสอบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในผู้ปกครอง แบบประเมินปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็ก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Multivariable Gaussian regression ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม 2.80 คะแนน ($p=0.001$) และมีคะแนนคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็กรวมน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 8.71 คะแนน ($p<0.001$) ผลจากการศึกษานี้สรุปได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากช่วยเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและลดปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย เด็กปฐมวัย แผ่นคราบจุลินทรีย์

ผู้นิพนธ์หลัก, อีเมล: sakso_at@hotmail.com

Effectiveness of oral health literacy program among parents of early childhood in child development center, Rongkwang District, Phrae Province

Atchara Jitjong
Dental Department, Rong Kwang Hospital

Received 8 October 2024, Revised 7 January 2025, Accepted 8 January 2025.

Abstract

This study aimed to determine the effectiveness of oral health literacy programs, regarding oral health literacy among parents and dental plaque in children. The quasi-experimental study with 2 groups pretest-posttest design among parents and early childhood in child development centers of the local administrative organization, Rong Kwang District, Phrae Province. The samples were drawn to be classified as experimental and control groups, each consisting of 30 parents. The experimental group received an oral health literacy program in 6 weeks with six skills, including access skill, cognitive skill, communication skill, decision-making skill, self-management skill, and media literacy skill, while the control group received the routine activity. The research instrument included an oral health literacy program, an oral health literacy questionnaire, and a dental plaque case record form. Data were analyzed using Multivariable Gaussian regression. The study found that the experimental group had oral health literacy score of 2.80 points more than the control group ($p=0.001$), and had children's dental plaque score of 8.71 points less than the control group ($p<0.001$). The oral health literacy program could effectively increase oral health literacy, and reduce dental plaque.

Keywords: oral health literacy program, oral health literacy, early childhood parents, early childhood, dental plaque

Corresponding authors, email : sakso_at@hotmail.com

■ บทนำ

โรคฟันผุเป็นปัญหาสุขภาพช่องปากที่สำคัญในเด็กปฐมวัย ช่วงอายุ 3–5 ปี จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากของประเทศไทย ครั้งที่ 9 พ.ศ. 2566 พบว่าเด็กอายุ 3 ปี มีฟันผุระยะเริ่มต้นร้อยละ38.0 มีความชุกในการเกิดโรคฟันผุร้อยละ 47.0 เด็กอายุ 5 ปี พบว่ามีฟันผุระยะเริ่มต้นร้อยละ 45.5 ความชุกในการเกิดโรคฟันผุร้อยละ 72.1 โดยภาคเหนือมีความชุกในการเกิดโรคฟันผุร้อยละ 45.1 ในเด็กอายุ 3 ปี และร้อยละ 70.4 ในเด็กอายุ 5 ปี[1] ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัยกลุ่มอายุ 3 ปี ในจังหวัดแพร่ พบว่ามีความชุกฟันน้ำนมผุ ปี 2563–2565 ร้อยละ 22.30, 17.23 และ 21.31 ตามลำดับ[2] และจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) พบการเกิดโรคฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี ในเขตอำเภอร้องกวาง ตั้งแต่ปี 2561–2565 ร้อยละ 31.86 30.59 21.64 29.55 และ 35.11 ตามลำดับ[3] ปัญหาการเกิดโรคฟันผุส่งผลให้เด็กเกิดความเจ็บปวด เคี้ยวอาหารไม่มีประสิทธิภาพ รับประทานอาหารน้อยลง อาจทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหารที่ส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตของร่างกายเด็ก รวมถึงส่งผลต่อการพัฒนากล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าและช่องปาก การเจริญเติบโตของกระดูกขากรรไกร ทำให้เด็กมีการออกเสียงที่ผิดปกติ[4] ตลอดจนการสูญเสียฟันก่อนกำหนด เกิดการซ้อนเกของฟันแท้ อีกทั้งทำให้เด็กต้องหยุดเรียน ไม่กล้ายิ้มหรือหัวเราะ ไม่คุยกับเพื่อน จนสูญเสียความมั่นใจในการเข้าสังคมได้[5]

โรคฟันผุเป็นโรคที่มีปัจจัยการเกิดโรคหลายปัจจัย คือ ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Host) ได้แก่ ตำแหน่ง รูปร่าง ส่วนประกอบ โครงสร้างอายุฟัน น้ำลาย แผ่นคราบน้ำลาย การรับประทานอาหารที่เป็นคาร์โบไฮเดรตจำพวกแป้งน้ำตาลและแผ่นคราบจุลินทรีย์ ปัจจัยสิ่งทำให้เกิดโรค (Agent) ได้แก่ เชื้อแบคทีเรียที่ทำให้เกิดกรด และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม (Environment) ได้แก่ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรม โดยกระบวนการเกิดโรคฟันผุนี้จะเกิดขึ้นเมื่อปัจจัย 3 ปัจจัยรวมกัน[6] ถึงแม้ว่ากระบวนการเกิดโรคฟันผุจะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางเคมี แต่ปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ คือ ปัจจัยทางพฤติกรรม ทั้งพฤติกรรมในเด็กและผู้ปกครองของเด็กเอง ซึ่งมีงานวิจัยพบว่าปัญหาทันตสุขภาพและการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครองที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การปล่อยให้เด็กหลับคาขวดนม การรับประทานขนมหวานหรือน้ำอัดลม และการให้เด็กแปรงฟันเอง[7]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก (Oral Health Literacy) หมายถึง ระดับที่บุคคลมีความสามารถที่จะได้รับการคิดวิเคราะห์และเข้าใจข้อมูลสุขภาพขั้นพื้นฐานในช่องปากและบริการที่จำเป็นในการตัดสินใจสุขภาพที่เหมาะสม[8] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก แบ่งเป็น 6 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึง การเข้าใจ การตอบโต้ซักถามและแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรมและการบอกต่อ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองนั้นมีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[9–11] ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่ ที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในผู้ปกครองและการเกิดแผ่นคราบจุลินทรีย์ในเด็กปฐมวัย เพื่อใช้เป็น

แนวทางในการพัฒนางานทันตสาธารณสุขในเด็กปฐมวัยให้มีประสิทธิภาพต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองและปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่

■ นิยามศัพท์

โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง หมายถึง ชุดกิจกรรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัยที่จัดให้กับกลุ่มทดลอง ใช้ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองในการดูแลช่องปากของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยการประยุกต์ใช้ความรอบรู้ทางสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจ การสื่อสารสุขภาพ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ โดยมีคำจำกัดความในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเลือกแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก รู้วิธีค้นหาและเลือกใช้อุปกรณ์ในการค้นหาข้อมูลที่ถูกต้อง ตลอดจนความสามารถในการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเองและได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

ความรู้ ความเข้าใจ หมายถึง การมีความรู้และจำในเนื้อหาสาระสำคัญด้านสุขภาพช่องปาก โดยสามารถอธิบายถึงความเข้าใจในประเด็นเนื้อหาสาระเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากในการที่จะนำไปปฏิบัติ ตลอดจนการมีความสามารถในการวิเคราะห์ เปรียบเทียบเนื้อหา และแนวทางการปฏิบัติได้อย่างมีเหตุผล

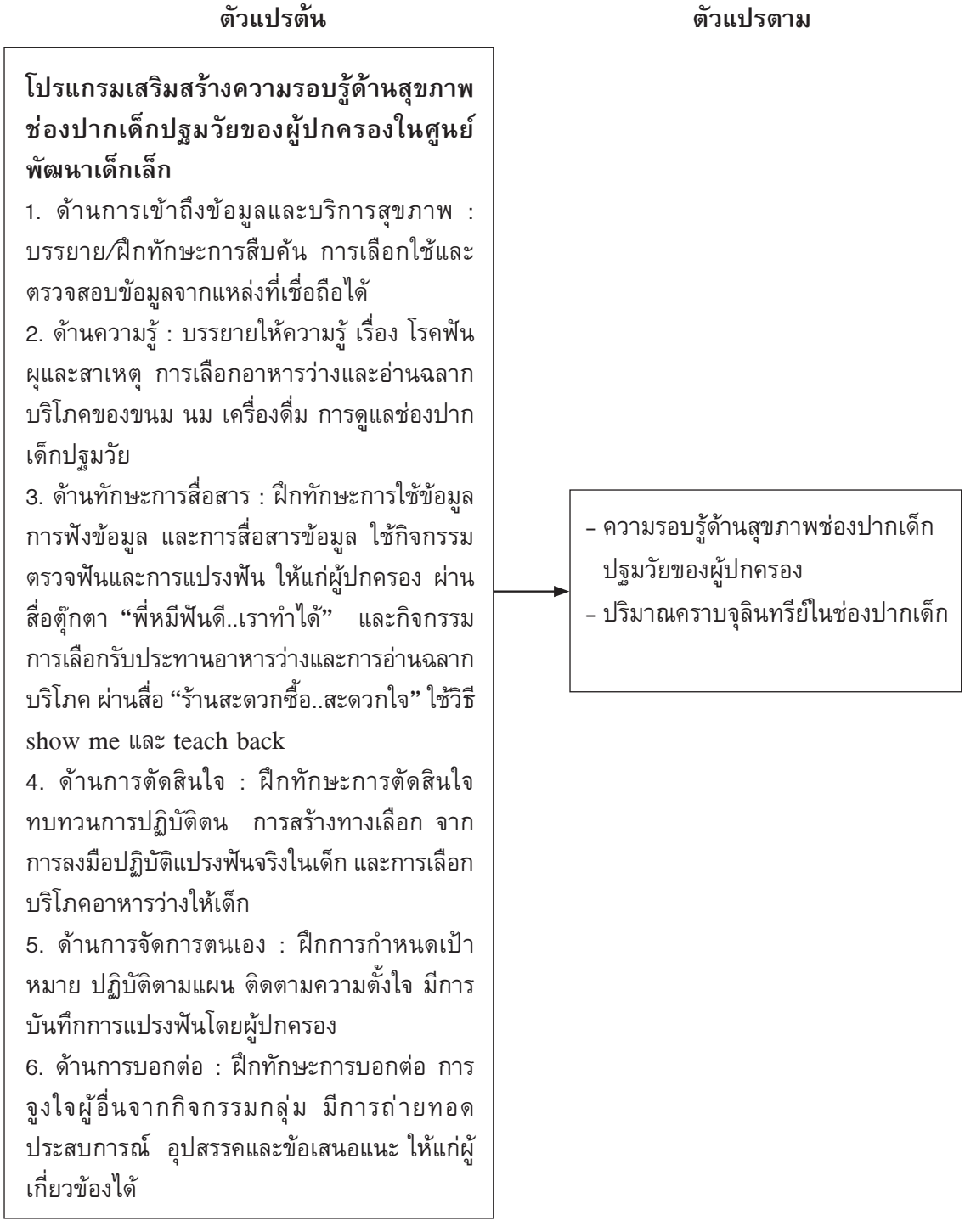
การสื่อสารสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารเพื่อให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก และสื่อสารข้อมูลความรู้ทางสุขภาพช่องปากด้วยวิธีการ อ่าน เขียนให้บุคคลอื่นเข้าใจรวมทั้งสามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลสุขภาพช่องปาก

การจัดการตนเอง หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติ ตลอดจนสามารถปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ รวมถึงมีการทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติ เพื่อให้มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง

การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ที่สื่อนำเสนอและเปรียบเทียบมีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น ตลอดจนสามารถประเมินข้อความจากสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับบุคคลในครอบครัว ชุมชนและสังคมได้

การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพช่องปากที่ดี รวมทั้งการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสีย เพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง/ปฏิบัติอีกทั้งยังหมายถึงความสามารถในการแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเองและผู้อื่นหรือแสดงข้อมูลหักล้างความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม

■ กรอบแนวคิดการวิจัย



■ วิธีการศึกษา

การศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-groups, pretest-posttest design)

● **ประชากรที่ใช้ในการศึกษา** ผู้ปกครองและเด็กปฐมวัยที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในสังกัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นของอำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่

เกณฑ์คัดเข้า

1. ผู้ปกครองที่มีส่วนเกี่ยวข้องและผูกพันทางสายเลือดหรือในทางกฎหมายกับเด็ก เป็นผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก มีความสามารถในการรับรู้พูดคุยสื่อสาร อ่าน เขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาในการได้ยิน สามารถใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ที่เชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ตได้

2. กลุ่มเด็กปฐมวัยที่กำลังศึกษาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นของอำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่ เป็นเด็กที่มีซี่ฟันครบทุกด้านในซี่เป็นตัวแทนที่ใช้ในการตรวจคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก

เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ปกครองและเด็กปฐมวัยมีปัญหาสุขภาพ หรือภาวะเจ็บป่วย หรือย้ายที่อยู่ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมในกระบวนการไม่สามารถติดตามผลได้ครบถ้วน

● **กลุ่มตัวอย่าง** คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.7 กำหนดระดับความเชื่อมั่น 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ 0.8 ค่าอิทธิพล (effect size) 0.8[12] ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้นจะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนต่อกลุ่ม รวมทั้งสิ้น 60 คน

กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย

กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลรักษาตามปกติ

ทำการเลือกแบบเจาะจงจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 2 แห่ง เลือกกลุ่มทดลอง/กลุ่มควบคุมตามศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีเศรษฐานะ ถิ่นอาศัยในชนบท สิ่งแวดล้อมใกล้เคียงกัน และเป็นศูนย์ที่ทันตบุคลากรไม่เคยอบรมด้านทำความสะอาดช่องปากเด็กปฐมวัยแก่ผู้ปกครองมาก่อน

● **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากคู่มือกลยุทธ์การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ[13] ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย[14] กระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก[12] ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย กระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก มี 6 กิจกรรม ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านความรู้ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านการตัดสินใจ ด้านการจัดการตนเอง และด้านการบอกต่อ ใช้ระยะเวลารวมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

– แบบทดสอบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในผู้ดูแลเด็กอายุ 2- 5 ปี พัฒนาโดย ปิยภา สอนชม[9] ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตการใช้เครื่องมือวิจัย จากบัณฑิตวิทยาลัย สาขาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเลขหนังสือ ที่ อว 8393(3)7.4.2/831 ซึ่ง

ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ทั่วไปด้านทันตสุขภาพ ได้แก่ อาหารที่ทำให้ฟันผุ ช่วงที่ควรเริ่มแปรงฟันให้เด็ก อายุที่ควรให้เลิกดูดขวดนม ยาสีฟันที่เหมาะกับเด็กก่อนวัยเรียน และประโยชน์การเคลือบฟลูออไรด์ให้เด็ก

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากขั้นพื้นฐาน เกี่ยวกับโรคฟันผุ

ส่วนที่ 4 แบบทดสอบความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุ

ส่วนที่ 5 แบบทดสอบความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากขั้นพื้นฐาน ในส่วนการอ่านฉลากยาสีฟัน

ส่วนที่ 6 แบบทดสอบความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากด้านการสื่อสารและวิพากษ์

– แบบประเมินปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็ก หมายถึง แบบบันทึกปริมาณคราบจุลินทรีย์ของเด็กกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยตรวจปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันเด็กก่อนและหลังการทดลองโดยประยุกต์ตาม OHI-S (Simplified Oral Hygiene) ของ Green J.C. and Vermillion, J.R[15] วิธีการตรวจ โดยการย้อมคราบจุลินทรีย์ด้วยสีย้อมฟันที่ผสมจากสีผสมอาหารขององค์การเภสัชกรรมสีชมพู (Erythrosine) ทำการตรวจฟันจำนวน 6 ซี่ คือ ซี่ 54 ด้านติดแก้ม, ซี่ 51 ด้านติดริมฝีปาก, ซี่ 64 ด้านติดแก้ม, ซี่ 84 ด้านติดลิ้น, ซี่ 74 ด้านติดลิ้น, ซี่ 71 ด้านติดริมฝีปาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง โดยผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสมของการใช้ภาษา หลังจากผ่านการตรวจสอบความตรงตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

- **วิธีดำเนินการวิจัย**

ขั้นตอนการดำเนินการในกลุ่มทดลอง ปฏิบัติกิจกรรมตามขั้นตอนของโปรแกรมจำนวน 6 กิจกรรม เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ฝึกทักษะความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพและฝึกทักษะการสื่อสาร การโต้ตอบการซักถาม มีการทำแบบทดสอบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากครั้งที่ 1 (ก่อนการทดลอง) และเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม โดยกิจกรรมที่ 1 คือ บรรยาย/ฝึกทักษะการสืบค้น การเลือกใช้และตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งที่เชื่อถือได้ โดยสืบค้นข้อมูลจากอินเตอร์เน็ต ให้ผู้ปกครองสืบค้นด้วยตัวเอง กิจกรรมที่ 2 คือ บรรยายให้ความรู้เรื่อง โรคฟันผุและสาเหตุ การเลือกอาหารว่างและอ่านฉลากบริโภคของขนม นม เครื่องดื่ม การดูแลช่องปากเด็กปฐมวัย กิจกรรมที่ 3 คือ ฝึกทักษะการใช้ข้อมูล การฟังข้อมูล และการสื่อสารข้อมูลใช้กิจกรรมตรวจฟันและการแปรงฟันให้แก่ผู้ปกครอง ผ่านสื่อตุ๊กตา “พี่หมีฟันดี..เราทำได้” และกิจกรรมการเลือกรับประทานอาหารว่างและการอ่านฉลากบริโภค ผ่านสื่อ “ร้านสะดวกซื้อ.. สะดวกใจ” มีการใช้เทคนิคการสอนกลับ (Teach back) เป็นเทคนิคที่ให้ผู้ปกครองพูดทบทวนข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับด้วยคำพูดของตนเอง และเทคนิคการทำให้ดู (Show me) เป็นการให้ผู้ปกครองสาธิตย้อนกลับขั้นตอนการปฏิบัติที่ถูกต้อง

สัปดาห์ 2 มีการทำกิจกรรมที่ 4 คือ ให้ผู้ปกครองฝึกแปรงฟันจริงในเด็ก

สัปดาห์ที่ 3-5 มีการทำกิจกรรมที่ 5 คือ ให้ผู้ปกครองนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติจริงในเด็กปฐมวัยและบันทึกกิจกรรมการแปรงฟัน

สัปดาห์ที่ 6 มีการทำกิจกรรมที่ 6 คือ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ อุปสรรคและข้อเสนอแนะของผู้ปกครองหลังจากที่ได้นำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ทำแบบทดสอบ และประเมินคราบจุลินทรีย์ในเด็ก ครั้งที่ 2 (หลังการทดลอง)

ขั้นตอนการดำเนินการในกลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง โดยมีการทำแบบทดสอบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากชุดเดียวกับกลุ่มทดลอง และตรวจประเมินคราบจุลินทรีย์ของเด็กปฐมวัย และแนะนำไปรับบริการตามสิทธิการรักษา

สัปดาห์ที่ 2-5 กลุ่มควบคุมได้รับบริการส่งเสริมป้องกันตามปกติ ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปากเด็กโดยครูผู้ดูแลเด็กและทันตบุคลากร การแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน

สัปดาห์ที่ 6 ทำแบบทดสอบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและตรวจประเมินคราบจุลินทรีย์ของเด็กปฐมวัย

ขั้นตอนการศึกษา ดังแผนภาพที่ 1

- **การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. อธิบายข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและคะแนนประเมินคราบจุลินทรีย์ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโดยใช้สถิติ paired t-test, Wilcoxon Signed rank test

3. เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและคะแนนประเมินคราบจุลินทรีย์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ independent t-test, Wilcoxon rank sum test

4. วิเคราะห์ผลลัพธ์ของโปรแกรมด้วย Multivariable Gaussian regression

- **การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง** งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เลขที่ 3/2567 ลงวันที่ 14 สิงหาคม 2567

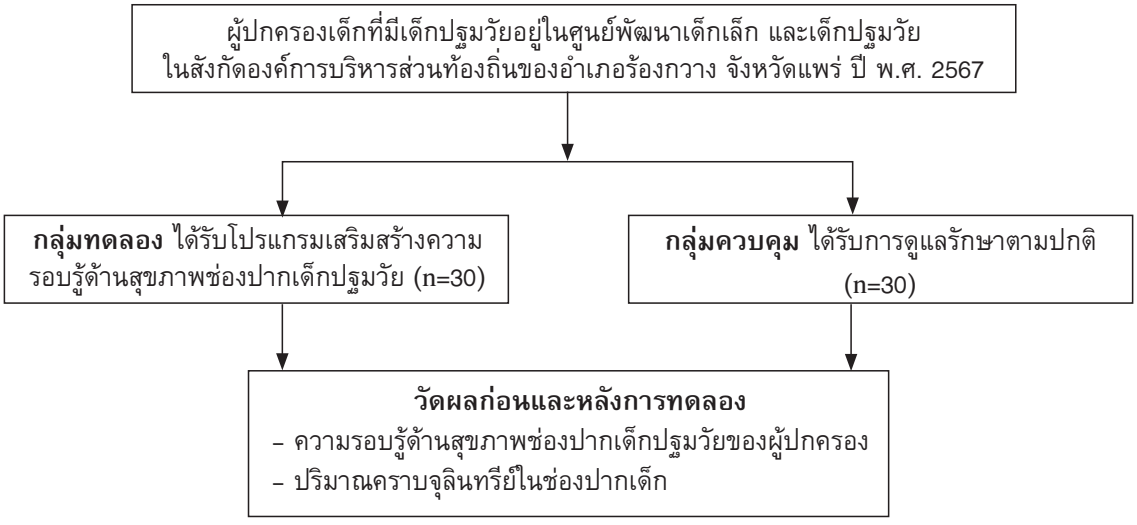
■ ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่ ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะที่คล้ายคลึงกันได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก (p=0.731, 0.418, 0.325, 0.157, 0.368, 0.453) ส่วนลักษณะที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ช่องทางการได้รับข้อมูลทางสุขภาพช่องปากจากบุคลากรทันตสาธารณสุข (p=0.037) และจำนวนครั้งที่เข้ารับบริการทันตกรรมใน 1 ปีที่ผ่านมา (p=0.038) (ตารางที่ 1)

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก

เมื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากขั้นพื้นฐาน (p=0.003, 0.024) และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001, 0.016) สำหรับในกลุ่มทดลอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากขั้นพื้น



แผนภาพที่ 1 ขั้นตอนการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	6	20.0	4	13.3	0.731
หญิง	24	80.0	26	86.7	
อายุ (ปี)					
เฉลี่ย (SD)	51.5	(12.9)	48.7	(13.3)	0.418
อาชีพ					
รับจ้าง	11	36.7	11	36.6	0.325
เกษตรกรรม	10	3.3	12	40.0	
ค้าขาย	0	0	3	10.0	
รับราชการ	2	6.7	2	6.7	
แม่บ้าน	6	20.0	2	6.7	
นักศึกษา	1	3.3	0	0	
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เข้าระบบการศึกษา	2	6.7	1	3.3	0.157
ประถมศึกษา	17	56.7	9	30.0	
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	3.3	4	13.3	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	7	23.3	9	30.0	
ประกาศนียบัตร/ปวส.	1	3.3	2	6.7	
ปริญญาตรีขึ้นไป	2	6.7	5	16.7	

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
รายได้ (บาท/เดือน)					
ต่ำกว่า 9,000	26	86.6	23	76.7	0.368
9,001 – 15,000	2	6.7	3	10.0	
15,001 – 21,000	0	0	3	10.0	
21,001 – 33,000	2	6.7	1	3.3	
ความสัมพันธ์กับเด็ก					
พ่อ แม่	9	30.0	14	46.7	0.453
ปู่ ย่า ตา ยาย	19	63.3	15	50.0	
ลุง ป้า	2	6.7	1	3.3	
ช่องทางการได้รับข้อมูลทางสุขภาพช่องปาก					
สื่อโทรทัศน์ /วิทยุ	10	33.3	10	33.3	1.000
เพื่อน ญาติ คนรู้จัก	5	16.7	5	16.7	1.000
บุคลากรทันตสาธารณสุข	18	60.0	9	30.0	0.037
อินเตอร์เน็ต/สื่อออนไลน์	10	33.3	16	53.3	0.192
แผ่นพับ/โปสเตอร์	11	36.7	4	13.3	0.072
จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการทันตกรรมใน 1 ปีที่ผ่านมา					
ไม่ได้ไป	23	76.7	17	56.7	0.038
1–2	7	23.3	10	33.3	
มากกว่า 2	0	0	3	10.0	

ตารางที่ 2 คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อน เฉลี่ย±SD	หลัง เฉลี่ย±SD	p-value	ก่อน เฉลี่ย±SD	หลัง เฉลี่ย±SD	p-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากขั้นพื้นฐาน	19.6±2.6	21.3±1.7	0.003	19.5±2.9	19.9±2.2	0.024
โรคฟันผุ	7.3±1.4	8.3±0.9	0.006	7.7±1.2	7.7±1.0	0.326
การป้องกันโรคฟันผุ	7.9±1.2	8.4±0.9	0.026	7.7±1.4	7.9±1.1	0.083
การอ่านฉลากยาสีฟัน	4.4±0.7	4.6±0.5	0.206	4.1±1.0	4.3±1.0	0.031
ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากด้านการสื่อสารและวิพากษ์	17.7±0.8	17.9±0.6	0.258	17.4±1.6	17.5±1.5	0.326
ความรู้ทั่วไปด้านทันตสุขภาพ	2.7±1.2	3.8±0.8	<0.001	2.7±1.1	2.9±1.0	0.043
ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากรวม	40.0±3.8	43.0±2.1	<0.001	39.6±4.9	40.3±3.8	0.016

ตารางที่ 3 คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	เฉลี่ย	SD	เฉลี่ย	SD	
ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากขั้นพื้นฐาน	21.3	1.7	19.9	2.2	0.007
โรคฟันผุ	8.3	0.9	7.7	1.0	0.022
การป้องกันโรคฟันผุ	8.4	0.9	7.9	1.1	0.075
การอ่านฉลากยาสีฟัน	4.6	0.5	4.3	1.0	0.094
ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากด้านการสื่อสารและวิพากษ์	17.9	0.6	17.5	1.5	0.172
ความรู้ทั่วไปด้านทันตสุขภาพ	3.8	0.8	2.9	1.0	<0.001
ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากรวม	43.0	2.1	40.3	3.8	0.001

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็ก เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผิวฟันที่ตรวจ	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อน เฉลี่ย±SD	หลัง เฉลี่ย±SD	p-value	ก่อน เฉลี่ย±SD	หลัง เฉลี่ย±SD	p-value
ซี่ 54 ด้านติดแก้ม	2.6±0.7	1.4±1.0	<0.001	2.7±0.5	2.7±0.4	0.536
ซี่ 51 ด้านติดริมฝีปาก	1.6±0.7	0.2±0.4	<0.001	2.0±0.8	2.0±0.7	0.839
ซี่ 64 ด้านติดแก้ม	2.8±0.5	1.3±1.0	<0.001	3.0±0.2	2.8±0.4	0.012
ซี่ 74 ด้านติดลิ้น	1.5±0.6	0.5±0.5	<0.001	1.9±0.9	1.9±0.6	0.813
ซี่ 71 ด้านติดริมฝีปาก	1.0±0.4	0.1±0.3	<0.001	1.3±0.6	1.5±0.6	0.169
ซี่ 84 ด้านติดลิ้น	1.6±0.6	0.4±0.6	<0.001	1.6±0.7	1.7±0.5	0.293
รวมทั้งหมด	**11.1±2.2**	**4.0±2.9**	**<0.001**	**12.4±2.4**	**12.6±2.1**	**0.553**

ฐานในด้านการอ่านฉลากยาสีฟัน และความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากด้านการสื่อสารและวิพากษ์ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกัน (p=0.206, 0.258) (ตารางที่ 2)

เมื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากขั้นพื้นฐานและความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.007, 0.001) (ตารางที่ 3)

ส่วนที่ 3 ปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็ก

เมื่อเปรียบเทียบคราบจุลินทรีย์ในช่อง

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็ก ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผิวฟันที่ตรวจ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	เฉลี่ย	SD	เฉลี่ย	SD	
ซี่ 54 ด้านติดแก้ม	1.4	1.0	2.7	0.4	<0.001
ซี่ 51 ด้านติดริมฝีปาก	0.2	0.4	2.0	0.7	<0.001
ซี่ 64 ด้านติดแก้ม	1.3	1.0	2.8	0.4	<0.001
ซี่ 74 ด้านติดลิ้น	0.5	0.5	1.9	0.6	<0.001
ซี่ 71 ด้านติดริมฝีปาก	0.1	0.3	1.5	0.6	<0.001
ซี่ 84 ด้านติดลิ้น	0.4	0.6	1.7	0.5	<0.001
รวมทั้งหมด	**4.0**	**2.9**	**12.6**	**2.1**	**<0.001**

ตารางที่ 6 ประสิทธิผลโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในกลุ่มทดลอง ภายหลังปรับอิทธิพลของเพศ ระดับการศึกษา การได้รับข้อมูลทางสุขภาพช่องปากจากบุคลากรทันตสาธารณสุข และจำนวนครั้งที่เข้ารับบริการทันตกรรมใน 1 ปีที่ผ่านมา

ผลลัพธ์	difference*	95%CI	p-value
คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากรวม	2.80	1.28, 4.31	0.001
คะแนนเฉลี่ยคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็กทุกผิวฟันที่ตรวจ	−8.71	−10.23, −7.20	<0.001

* เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

ทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกผิวฟันที่ตรวจ (p<0.001) ส่วนในกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็กพบผิวฟันที่ตรวจซี่ 64 ด้านติดแก้ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.012) (ตารางที่ 4)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็กภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ยคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกผิวฟันที่ตรวจ (p<0.001) (ตารางที่ 5)

ประสิทธิผลโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ในกลุ่มทดลองเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ภายหลังปรับอิทธิพลของเพศ ระดับการศึกษา การได้รับข้อมูลทางสุขภาพช่องปากจากบุคลากรทันตสาธารณสุข และจำนวนครั้งที่เข้ารับบริการทันตกรรมใน 1 ปีที่ผ่านมา ด้วยการวิเคราะห์แบบ Multivariable Gaussian regression พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากรวมมากกว่า 2.80 คะแนน (95%CI=1.28, 4.31, p=0.001) และมีคะแนนเฉลี่ยคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็กทุกผิวฟันที่ตรวจน้อยกว่า 8.71 คะแนน (95%CI= −10.23, −7.20, p<0.001) (ตารางที่ 6)

■ อภิปรายผล

โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นโปรแกรมที่ออกแบบเฉพาะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก โดยมีกิจกรรมแตกต่างจากโปรแกรมอื่น ได้แก่ การฝึกแปรงฟันในตุ๊กตา ร้านค้าจำลอง การใช้เทคนิคการสอนกลับ และเทคนิคการทำให้ดู กิจกรรมฝึกทักษะจริง เมื่อเปรียบเทียบโปรแกรมนี้กับการศึกษาอื่น พบว่ามีประสิทธิผลไม่แตกต่างกัน กล่าวคือ ทำให้ผู้ปกครองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น ปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็กลดลง ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก

การศึกษานี้พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากรวมทั้งหมดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่ผ่านมา[12,16] ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากิจกรรมที่จัดขึ้นตามโปรแกรมมีความหลากหลายและสามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยได้ ประกอบด้วย การพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพช่องปาก โดยมีเนื้อหาสาระที่ครอบคลุมในเรื่องของการดูแลสุขภาพช่องปาก มีการฝึกทักษะให้ผู้ดูแลสืบค้นข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพช่องปากด้วยตัวเอง และสามารถตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[17] นอกจากนี้กิจกรรมการฝึกทักษะความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ด้วยการบรรยาย ถามตอบ ให้ความรู้เรื่องโรคฟันผุและสาเหตุ การเลือกอาหารว่างและอ่านฉลากบริโภคของขนม นม เครื่องดื่ม การดูแลช่องปากเด็กปฐมวัย ส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองเพิ่มสูงขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาก่อนหน้านี้[18-21] สำหรับในกลุ่มทดลองความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากขั้นพื้นฐานในด้านการอ่านฉลากยาสีฟัน และความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากด้านการสื่อสารและวิพากษ์ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกัน ซึ่งจะเห็นจากผลการศึกษานี้ที่พบช่องทางการได้รับข้อมูลทางสุขภาพช่องปากในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจากบุคลากรทันตสาธารณสุข โดยการศึกษานี้มีข้อสังเกตที่พบว่า ส่วนใหญ่บุคลากรมีการใช้คำศัพท์เฉพาะทางการแพทย์ ซึ่งไม่ใช่ภาษาที่ใช้สื่อสารกันในชีวิตประจำวันของคนทั่วไป ซึ่งอาจทำให้ผู้ปกครองไม่สามารถเข้าใจข้อมูลนั้นๆ ได้ จึงไม่สามารถนำไปปฏิบัติให้ถูกต้องได้ ดังนั้นทันตบุคลากรควรให้ความสำคัญในการสื่อสารที่เหมาะสม นอกจากนี้ทักษะการรู้หนังสือของผู้ปกครองอาจแตกต่างกัน ผู้ปกครองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งเป็นปัจจัยที่อาจมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากด้วยเช่นกัน

กระบวนการวิจัยนี้ยังมีการฝึกทักษะการใช้ข้อมูล การฟังข้อมูล และการสื่อสารข้อมูล ใช้กิจกรรมตรวจฟันและการแปรงฟันให้แก่ผู้ปกครองผ่านสื่อตุ๊กตา และกิจกรรมการเลือกรับประทานอาหารว่างและการอ่านฉลากบริโภค มีการใช้เทคนิคการสอนกลับ และเทคนิคการทำให้ดู กิจกรรมนี้จึงสามารถสร้างเสริมความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองได้ดีกว่าการ

ดำเนินงานตามปกติ เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมา[12] กิจกรรมการฝึกทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องของผู้ดูแล เป็นอีกกิจกรรมหนึ่งที่มีการฝึกทักษะการตัดสินใจ ทบทวนการปฏิบัติตน การสร้างทางเลือก จากการจัดกิจกรรมสาธิตและฝึกปฏิบัติจริงเกี่ยวกับทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธี และการเลือกบริโภคอาหารว่างให้เด็ก เป็นวิธีที่มีแนวโน้มว่าจะสามารถดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้กิจกรรมฝึกทักษะการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง เป็นความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย ปฏิบัติตามแผนที่กำหนด ตลอดจนมีการปรับเปลี่ยนวิธีการ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น มีการบันทึกการแปรงฟันโดยผู้ปกครอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ทักษะการจัดการตนเองเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[22] กิจกรรมฝึกทักษะการบอกต่อ การจูงใจผู้อื่นจากกิจกรรมกลุ่ม มีการถ่ายทอดประสบการณ์ อุปสรรคและข้อเสนอแนะให้แก่ผู้ปกครอง โดยกลุ่มทดลองได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนวิเคราะห์ อุปสรรคปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวันในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย มีการใช้ตัวแบบได้เล่าประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย ซึ่งตัวแบบที่ผู้วิจัยคัดเลือก เป็นผู้ปกครองที่มีการควบคุมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยที่ดี เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้จากการได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนเอง จะทำให้กลุ่มทดลองเห็นความสำคัญจนเกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเองว่าจะทำได้เช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[23]

ปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็ก

การศึกษานี้พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็กรวมทั้งหมดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าจากการให้ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากร่วมกับการฝึกทักษะการแปรงฟันจริง โดยจากการสังเกตพบว่า การเริ่มฝึกแปรงฟันกับตุ๊กตาสอนแปรงฟันให้ชำนาญก่อนฝึกแปรงฟันให้เด็กจริง จะทำให้ผู้ปกครองมีความมั่นใจในการแปรงฟันเด็กเพิ่มขึ้น และการแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์อย่างถูกวิธีจะช่วยกำจัดคราบจุลินทรีย์ และช่วยป้องกันการลุกลามของโรคฟันผุในระยะเริ่มต้นได้สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า การแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์อย่างถูกวิธีจะช่วยกำจัดคราบจุลินทรีย์และช่วยป้องกันการลุกลามของโรคฟันผุในระยะเริ่มต้นได้[24] นอกจากนี้เมื่อผู้ปกครองมีความรู้มากก็จะส่งผลถึงการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กด้วย ทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กและมีการแปรงฟันที่ถูกวิธี ส่งผลให้มีคราบจุลินทรีย์ในช่องปากลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การพัฒนาความสามารถในการดูแลช่องปากโดยการใช้เทคนิควิธีการเฉพาะที่มีการดูแลแบบใกล้ชิดและใส่ใจอย่างต่อเนื่อง มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก[25]

■ สรุปผล

โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ที่ประกอบด้วยกิจกรรมการเข้าถึงข้อมูลและบริการ

ทางสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องเหมาะสม การได้รับความรู้ทางสุขภาพช่องปาก การฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง รวมถึงการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ปกครอง มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองและลดแผ่นคราบจุลินทรีย์ในเด็กปฐมวัยได้ สามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย

■ ข้อเสนอแนะ

ผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในเครือข่ายบริการสุขภาพ ตามความเหมาะสมของบริบทในแต่ละพื้นที่ และสามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ที่เกี่ยวข้องเช่น ครู ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย เป็นต้น

● **ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป**

1. การติดตามผลระยะยาวด้านสุขภาพช่องปากเด็กหลังการดำเนินกิจกรรม ประเมินผลที่ระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป เพื่อประเมินติดตามความยั่งยืนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองได้อย่างต่อเนื่อง

2. การพัฒนาโปรแกรมให้มีความทันสมัยเช่น พัฒนาเป็น Application เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองได้สะดวกยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย สำนักทันตสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2567.
2. จีรภัทร์ รัตนชมภู, สุมาลี ปวงจันทร์, ณัฐญา อยู่สมบูรณ์. รายงานผลการสำรวจเพื่อประเมินผลการดำเนินงานทันตสาธารณสุข จังหวัดแพร่ ปี 2565. แพร่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่; 2565.
3. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC): ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 3 ปี มีฟันผุในฟันน้ำนม เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ปีงบประมาณ 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 11 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://nsn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformated/format1.php&cat_id=db30e434e30565c12fbac44958e338d5&Id=e9f3192f523c79cbbbcf7b405e879384
4. สุภา คำมะฤทธิ์. บทบาทของผู้ปกครองในการดูแลป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2563;31(2):257-68.
5. สัมภาษณ์ ชาติอลงกรณ์, สุดาดวง กฤษฎาพงษ์, สุภาภรณ์ ฉัตรชัยวิวัฒน์. สุขภาพช่องปากเด็กและคุณภาพชีวิตในเด็กปฐมวัย. วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2566;16(1):57-64.
6. กรมอนามัย กองทันตสาธารณสุข. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดฟันผุของเด็กไทยอายุ 6-30 เดือน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2547.
7. ปณิธาน สนพะเนา และคงเดช กล้าผจญ. ปัญหาทันตสุขภาพและการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2561;4(2):1-14.

8. National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institute of Health, U.S. Public Health Service, Department of Health and Human Services. The invisible barrier: literacy and its relationship with oral health. A report of a workgroup sponsored by the National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institute of Health, U.S. Public Health Service, Department of Health and Human Services. J Public Health Dent 2005;65(3):174–82. doi: 10.1111/j.1752–7325.2005.tb02808.x. PMID: 16171263.
9. ปิยะภา สอนชม, ปิยะนารถ จาติเกตุ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลและสภาวะโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียน ในอำเภอกงไกรลาส จังหวัดสุโขทัย. Journal of Dental association of Thailand 2022;72(2):329–39.
10. Vichayanrat T, Sittipasoppon T, RujiraphanT, Meeprasert N, Kaveepansakol P, Atamasirikun Y. Oral health literacy among mothers of pre–school children. M Dent J 2014;34(3):243–52.
11. Firmino RT, Ferreira FM, Martins CC, Granville–Garcia AF, Fraiz FC, Paiva SM. Is parental oral health literacy a predictor of children's oral health outcomes? Systematic review of the literature. Int J Paediatr Dent 2018;25(5):459–71. doi: 10.1111/ipd.12378. Epub ahead of print. PMID: 29984431.
12. พรรณิภา เลาหเพ็ญแสง, ปิยะนารถ จาติเกตุ. ผลการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2565;27:28–40.
13. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขศึกษา. กลยุทธ์การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิชย์ (กรุงเทพ); 2561.
14. หยาดฤทัย โก้สกุล. คู่มือดูแลสุขภาพฟันและช่องปากเจ้าตัวเล็ก. กรุงเทพฯ: แปลนพริ้นท์ติ้ง; 2562.
15. Greene JC, Vermillion JR. The simplified oral hygiene index. J Am Dent Assoc 1964;68:7–13. doi: 10.14219/jada.archive.1964.0034. PMID: 14076341.
16. วุฒิพงศ์ ธนะขว้าง. ประสิทธิผลโปรแกรมสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณรโรงเรียนพระปริยัติธรรม อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2564;7(1):87–97.
17. ศิริภา คงศรี, สดใส ศรีสอาด. ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตาภิบาล 2563;31(1):133–47.
18. รัตนาภรณ์ บทมาตย์, รุจิรา ดวงสงค์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโดยผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลโพนทอง อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย. วารสารทันตาภิบาล 2555;23(1):28–39.
19. ณภัทรพงษ์ หงษ์ทอง. ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาในผู้ปกครองต่อสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ในเขตอำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตาภิบาล 2566;34(2):84–96.
20. อดินาต ธรรมรัชสุนทร. ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพในเด็กอายุ 0–3 ปี ตำบลผักปัง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2560;11(26):62–79.
21. พิมพ์นิภา กาวิน, อนุกูล มะโนทน. ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก 9 เดือน – 2 ปี 6 เดือน ของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับบริการคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย. วารสารทันตาภิบาล 2563;31(2):107–20.

22. ศิริภา คงศรี, สดใส ศรีสะอาด. องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุจังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตาภิบาล 2561;29(2):55-68.
23. ศรสวรรค์ จันทร์ประเสริฐ. ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ต่อการควบคุมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลหนองกุลา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2564;16(1):28-39.
24. ภัทราภรณ์ หัสดิเสวี, จารินี ภาษิตตานนท์, กาญจนา ขำจันทร์, ศิวพร บุบผาหอมร. โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-2 ปี. วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2566;16(2):43-56.
25. ธาราทิพย์ ก้อนทอง, จีระศักดิ์ เจริญพันธ์, ประวิ อ่ำพันธุ์. ผลของโปรแกรมประยุกต์การพัฒนาความสามารถในการดูแลช่องปากแบบใกล้ชิดต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของเด็กในปกครองของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านตะดอบ ตำบลตะดอบ อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารทันตาภิบาล 2557;25(1):57-68.

HEALTH

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในประเทศไทย

มนัส รามเกียรติศักดิ์*
สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ธีรชัย บุญยะลีพรรณ
สุทิน ปุณฑริกภักดิ์
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

วันรับ 3 ธันวาคม 2567, วันแก้ไข 13 มกราคม 2568, วันตอบรับ 14 มกราคม 2568

บทคัดย่อ

การพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นรากฐานที่มีผลต่อคุณภาพและประสิทธิภาพของคนตลอดช่วงชีวิต ประกอบกับสังคมในปัจจุบันที่ผู้ปกครองมีความจำเป็นต้องอาศัยสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในการดูแลบุตร การพัฒนาคุณภาพของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยและบุคลากรจึงเป็นความจำเป็นเร่งด่วนทั้งจากมุมมองของการพัฒนาคุณภาพมนุษย์และการพัฒนารูปแบบการศึกษา ผู้ดูแลเด็กจึงมีบทบาทสำคัญ และควรได้รับการเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลเด็กปฐมวัยโดยเฉพาะอายุแรกเกิดถึง 2 ปี การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ปี โดยกระบวนการวิจัยและพัฒนา แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 การทบทวนองค์ความรู้ร่วมกับการศึกษาเชิงคุณภาพ ระยะที่ 2 การพัฒนา นำรูปแบบไปใช้ และประเมินประสิทธิผลและความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผ่านการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดมีกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะที่ 3 การปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมต่อการใช้งานผ่านการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน – ธันวาคม 2567 ผลการพัฒนาได้รูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ประกอบด้วย การขับเคลื่อนเชิงระบบ และระบบสนับสนุน โดยผ่านศูนย์อนามัย และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผ่านกรอบการพัฒนาระบบสุขภาพของ WHO (Six building blocks) โดย 1) เน้นการสร้างศักยภาพวิทยากรระดับ ครู ก. และครู ข. ร่วมกับเครือข่ายการศึกษาในพื้นที่ 2) การเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปีหลักสูตร 6 โมดูล รวมถึงการพัฒนาหลักสูตร e-learning แบบ Massive Open Online Course และ 3) ระบบสนับสนุนการขับเคลื่อนผ่านกลยุทธ์ PIRAB และมีระบบฐานข้อมูลระดับประเทศ เพื่อติดตามและประเมินผล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเด็กที่ได้รับเสริมสร้างศักยภาพในรูปแบบที่พัฒนา มีความรู้ และทักษะการปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งไม่ได้รับเสริมสร้างศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญ มีความพึงพอใจในระดับดี ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและพัฒนาการของเด็กที่ได้รับการดูแล อยู่ในเกณฑ์ที่ผ่านมาตรฐานและสูงกว่าภาพรวมของเด็กปฐมวัยไทย ผลการพัฒนารูปแบบสามารถนำไปเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อให้ศูนย์อนามัยและเขตสุขภาพใช้ดำเนินการขับเคลื่อนโดยปรับตามบริบทของพื้นที่

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ รูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพ ผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

* ผู้รับผิดชอบบทความ, อีเมล: dr.manusram@gmail.com

Model development for building the capacity of child caregivers for children from birth to 2 years old in early childhood development centers in Thailand.

Manus Ramkiattisak*
Office of the Advisory Committee, Department of Health.
Teerachai Boonyaleepan
Sutin Poondarikaphak.
Bureau of Health Promotion, Department of Health.

Received 3 December 2024, Revised 13 January 2025, Accepted 14 January 2025

Abstract

Early childhood development is the foundation that influences the quality and efficiency of individuals throughout their lives. Under current social conditions, parents need to rely on early childhood development centers to take care of their children. Therefore, improving the quality of early childhood development centers and their personnel is an urgent necessity, both from the perspective of human quality development and the development of educational models. Child caregivers therefore play an important role and should be empowered to provide care for early childhood children, especially those aged from birth to 2 years. This study aimed to develop a model for building the capacity of child caregivers for children from birth to 2 years old in early childhood development centers in Thailand. The sample group consisted of child caregivers for children from birth to 2 years old in early childhood development centers, each with at least 1 year of experience. The research and development process was divided into three phases: Phase 1 involved a review of existing knowledge combined with qualitative research; Phase 2 focused on developing, implementing, and evaluating the effectiveness and satisfaction with the developed model through a quasi-experimental study using a pretest-posttest design with a non-equivalent control group; and Phase 3 entailed improving the model to ensure suitability through qualitative data collection between September to December 2024. The results of the development led to a model for capacity building of caregivers for children from birth to 2 years old, comprising system-level drivers and support mechanisms. This was achieved through health promotion centers and collaboration with network partners, guided by WHO's health system development framework (Six Building Blocks). The model included: 1) Capacity building for trainers in collaboration with local educational networks; 2) Strengthening the capacity of caregivers for children from birth to 2 years old through a 6-module curriculum, including the development of e-learning courses in the form of Massive Open Online Courses; and 3) Support systems for implementation through the PIRAB strategy, adapted to local contexts, and a national database system for monitoring and evaluation. The results of the study found that caregivers who received capacity building in the developed format had significantly higher knowledge and practical skills compared to the control group who did not receive capacity building. Moreover, the sample group reported a good

level of satisfaction. The health and development outcomes of the children under their care met the standard criteria and were higher than the overall average of Thai early childhood children. The development model can be used as policy proposals for health centers and health districts to implement and drive according to the local context.

Keywords: Model development, capacity building, child caregivers for children from birth to 2 years old, early childhood development centers.

*Corresponding Author, email: dr.manusram@gmail.com

■ บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาจำนวนการเกิดที่ลดลงและจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นไปพร้อมกัน (Shrinking and ageing demographics) หนึ่งในมาตรการสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขในการแก้ปัญหา คือนโยบายส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ ด้วยการสนับสนุนการเพิ่มจำนวนและคุณภาพสถานรับเลี้ยงเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะช่วงเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี สนับสนุนหน่วยงานที่มีศักยภาพในการจัดตั้งและดำเนินงานสถานรับเลี้ยงเด็กให้ผ่านการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ[1] ข้อมูลจากสถิติการศึกษาปี 2564 มีเด็กอายุ 0 – 5 ปี จำนวน 3,809,576 ราย และเข้าสู่สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จำนวน 1,616,709 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.44 สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญในการสนับสนุนการดูแลเด็กร่วมกับพ่อแม่[2] จากสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่เปิดดำเนินการอยู่ทั่วประเทศ 52,202 แห่ง มีจำนวน 41,380 แห่งที่ได้นำมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ. 2562 ไปใช้ดำเนินงาน และผ่านการประเมินคุณภาพตามมาตรฐานขั้นต้น (ระดับ C) เพียงร้อยละ 76.40 แห่ง ที่สำคัญมีเพียง 1,700 แห่งที่สามารถดูแลเด็กอายุแรกเกิดถึง 2 ปี[3] การพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยให้ได้ตามมาตรฐานโดยเฉพาะด้านสุขภาพจึงเป็นปัจจัยบ่งชี้ว่าเด็กปฐมวัยจะได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐาน โดยผู้ดูแลเด็กมีบทบาทในการอบรมเลี้ยงดู ส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กแต่ละคนอย่างเหมาะสมตามวัย เน้นความเป็นธรรมชาติที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของครอบครัว รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติในการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ มี 4 องค์ประกอบ โดยใช้ข้อมูลและบริบทของเด็กเป็นตัวตั้งในการพัฒนา ได้แก่ 1) การสร้างความรู้ (Knowledge) 2) การบูรณาการ (Integration) 3) การพัฒนาแบบก้าวกระโดด (Development) และ 4) การใช้ชุมชนเป็นฐาน (Social)[4] องค์ประกอบที่สำคัญในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็ก ที่จะช่วยสร้างความเข้าใจในหลักการดูแลและอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอย่างเหมาะสม ประกอบด้วยความรู้ด้านสิทธิเด็ก ทฤษฎีและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาการและจิตวิทยาเด็กปฐมวัย ซึ่งจะช่วยปูพื้นฐานให้เกิดความเข้าใจถึงสิ่งที่เด็กต้องการและจำเป็นต้องเรียนรู้ วิธีการสื่อสาร การเลี้ยงดู การสร้างวินัยเชิงบวก เพื่อให้เด็กปฐมวัยพัฒนาสมวัยและรอบด้านอย่างเต็มศักยภาพ อย่างไรก็ตามมักเป็นรูปแบบสำหรับเด็กอายุตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป[5] ปัจจุบันยังไม่พบรูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปีที่ชัดเจน อีกทั้งรูปแบบการพัฒนายังขาดการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครองและชุมชน มีเนื้อหาทฤษฎีมากเกินไป หรือใช้สำหรับในหลักสูตรการศึกษา ยากต่อการนำไป

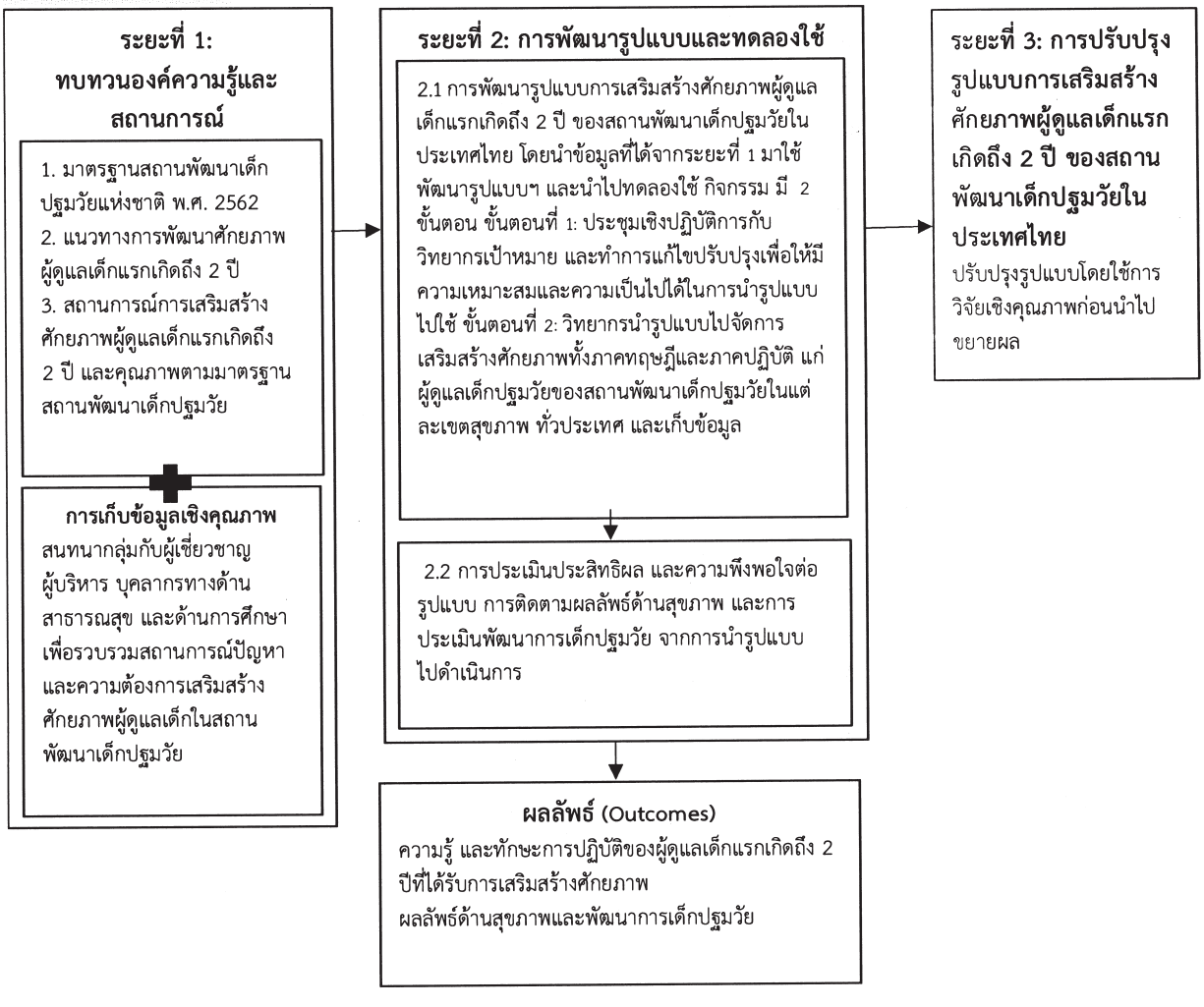
เป็นแนวทางในการปฏิบัติจริงเพื่อใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันระดับประเทศ จำเป็นต้องมีหลักสูตรที่มีคุณภาพ มีความเชื่อมโยงกับเป้าหมายการศึกษาของประเทศ มีความร่วมมือกันระหว่างผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก และชุมชนในการจัดการที่มุ่งเน้นให้เด็กมีพัฒนาการแบบองค์รวม และมีการเรียนรู้ที่เหมาะสมตามวัย[6,7] การพัฒนาคุณภาพและบุคลากรของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยจึงเป็นโครงการสำคัญและเร่งด่วน โดยการเสริมสร้างศักยภาพให้แก่ผู้ดูแลเด็กให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี เพื่อส่งผลให้เด็กปฐมวัยมีโอกาสพัฒนาอย่างเต็มศักยภาพ มีพัฒนาการสมวัย สุขภาพแข็งแรง เติบโตทั้งทางกาย ใจและสติปัญญา

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในประเทศไทย

2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในประเทศไทย

■ กรอบแนวคิดการวิจัย



■ วิธีการศึกษา

● **รูปแบบการศึกษา** เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development)[8] โดยมีขั้นตอนการวิจัยและพัฒนา 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การทบทวนสถานการณ์ปัญหาความต้องการ องค์ความรู้และมาตรการดำเนินงานเพื่อพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ได้มาตรฐาน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากรายงานเอกสาร ร่วมกับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่ม โดยใช้แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) กับผู้เชี่ยวชาญ ผู้บริหาร บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ด้านการศึกษา และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จากทั้งส่วนกลาง เขตสุขภาพที่ 1 – 12 และสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง รวมจำนวน 20 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ เป็นผู้ทำงานด้านเด็กปฐมวัยอย่างน้อย 5 ปี ยินดีเข้าร่วมโครงการได้จนเสร็จสิ้น วัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมปัญหา ความต้องการ องค์ความรู้และมาตรการ เพื่อการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ใช้เวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยและนำไปทดลองใช้ โดยนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาใช้พัฒนารูปแบบฯ ประกอบด้วยเนื้อหาทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ความเข้าใจในหลักการดูแลเด็กเพื่อสุขภาวะที่ดี สามารถรายงานผลการประเมินพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็ก พร้อมทั้งวางแผนและออกแบบในการดูแล การเรียนรู้ของเด็ก รวมทั้งสามารถแก้ปัญหาพื้นฐานที่พบเป็นประจำได้ ใช้เวลาดำเนินการ 11 สัปดาห์ กิจกรรม มี 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประชุมเชิงปฏิบัติการกับวิทยากรเป้าหมาย จำนวน 85 คน ได้แก่ ทีมภาคีเครือข่ายทั้งด้านสาธารณสุข และการศึกษาในทุกเขตสุขภาพ พร้อมทั้งวิเคราะห์ ประเมินผล และทำการแก้ไขปรับปรุงเพื่อให้มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้

ขั้นตอนที่ 2 นำรูปแบบไปใช้และประเมินประสิทธิผลและความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

1) จัดการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติแก่ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกสังกัด ทั้งภาครัฐและสังกัดอื่นๆ โดยวิทยากรขั้นตอนที่ 1 ในแต่ละเขตสุขภาพ ทั่วประเทศ จำนวน 585 คน

2) การประเมินประสิทธิผลและความพึงพอใจต่อรูปแบบ โดยใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดมีกลุ่มเปรียบเทียบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยมีกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ มีประสบการณ์ปฏิบัติหน้าที่อย่างน้อย 1 ปี และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ที่เจ็บป่วยจนต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือถอนตัวจากการศึกษา กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรการคำนวณของ Krejcie & Morgan[9] ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 123 คน และเก็บข้อมูลเพิ่มร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายและความไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 135 คน ประกอบด้วย กลุ่มทดลอง (Experimental group) คือ ผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ที่ได้รับการเสริมสร้างศักยภาพ 135 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ (Control group) คือ ผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ที่ยังไม่ได้รับการเสริมสร้างศักยภาพ 135 คน

ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบ 2 ขั้นตอน (Two-stage sampling) ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การแบ่งตามภูมิภาค (Stratify sampling technique) 4 ภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ และขั้นที่ 2 การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนในแต่ละภูมิภาค ประกอบด้วย กลุ่มทดลอง ภาคละ 35 คน และกลุ่มควบคุม ภาคละ 35 คน ประเมินประสิทธิผลและความพึงพอใจต่อรูปแบบ โดยวัดความรู้ก่อนการเสริมสร้างศักยภาพในกลุ่มทดลอง วัดความรู้และประเมินทักษะหลังการเสริมสร้างศักยภาพในกลุ่มทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพและพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ได้รับการดูแล และความพึงพอใจต่อรูปแบบในกลุ่มทดลอง

ระยะที่ 3 การปรับปรุงรูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในประเทศไทย ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยการสนทนากลุ่มโดยใช้แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญ ผู้บริหาร ผู้แทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย บุคลากรทางด้านสาธารณสุข และด้านการศึกษา จำนวน 10 คน ใช้เวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์

● **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) เพื่อรวบรวมแนวคิด ประสบการณ์และมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อเนื้อหาและองค์ประกอบของการพัฒนารูปแบบที่ควรจะเป็น

ระยะที่ 2 (1) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี

(2) แบบวัดความรู้การเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี

(3) แบบประเมินทักษะการปฏิบัติในการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี

(4) แบบบันทึกการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)

(5) แบบสรุปผลประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย

(6) แบบประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพเด็กปฐมวัย (4D)

ระยะที่ 3 แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) เพื่อสรุปประเด็นจากผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการปรับปรุงรูปแบบ เพื่อขยายผลการใช้งาน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คนพิจารณาความตรงและความสอดคล้องตามเนื้อหา ก่อนนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ปี จำนวน 30 คน

การวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบประเมินความพึงพอใจรูปแบบ แบบวัดความรู้การเสริมสร้างศักยภาพ และแบบประเมินทักษะการปฏิบัติ วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสำรวจ จากสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Conbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.863, 0.824, 0.841 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าความเที่ยงในระดับสูง

● **การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. ข้อมูลทั่วไป ความพึงพอใจ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และพัฒนาการเด็กปฐมวัย วิเคราะห์ด้วยข้อมูลสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบความรู้ และทักษะการปฏิบัติในการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ การเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการเสริมสร้างศักยภาพด้วยสถิติเชิงอนุมาน Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value 0.05

3. การสนทนากลุ่มโดยใช้แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อสรุปและตีความจากข้อมูลที่ได้ ณ ศูนย์เด็กเล็กวัลลภ ไทยเหนือ กรมอนามัย

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกันยายน – ธันวาคม 2567

● **การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง** ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ กรมอนามัย โครงการวิจัย 769 วันที่ 11 ตุลาคม 2567

■ ผลการศึกษา

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในประเทศไทย

ระยะที่ 1 จากสถานการณ์ ความต้องการ องค์ความรู้และมาตรการ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี มีการกำหนดเป้าหมายในการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กปฐมวัยให้ครอบคลุมทุกประเด็น รวม 8 ประเด็น ได้แก่ ด้านสิทธิเด็ก กฎหมายและสวัสดิการของรัฐเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว หลักการดูแลเด็ก ด้านอาหารโภชนาการและการเจริญเติบโต ด้านพัฒนาการและพฤติกรรมของเด็ก การดูแลเด็กเพื่อสุขภาวะที่ดี การป้องกันโรคและการดูแลเมื่อเจ็บป่วย การทำงานร่วมกับผู้ปกครอง ชุมชน และการบริหารสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี นำไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย และประเมินประสิทธิผลและความพึงพอใจต่อรูปแบบ

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ ประเมินผล ทำการแก้ไขปรับปรุงเพื่อพัฒนาหลักสูตรให้มีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จัดการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ 8 โมดูล

ขั้นตอนที่ 2 จัดการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติแก่ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย และประเมินประสิทธิผลและความพึงพอใจต่อรูปแบบ มีผลการศึกษา ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองจำนวน 135 คน ทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 42.41 ปี (SD=10.95) ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 58.5 และระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 72.6 ซึ่งมีลักษณะข้อมูลทั่วไปใกล้เคียงกับกลุ่มเปรียบเทียบ ดังตารางที่ 1

2. ระดับความรู้ในกลุ่มทดลองก่อนการเสริมสร้างศักยภาพเปรียบเทียบกับหลังการเสริมสร้างศักยภาพมีระดับค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 7.217$ ($df=134$), $P < 0.001$) และก่อนการเสริมสร้างศักยภาพเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งไม่ได้รับการเสริมสร้างศักยภาพ พบว่า ระดับความรู้ก่อนการเสริมสร้างศักยภาพเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยในระดับใกล้เคียงกัน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01 ($t= 0.620$ ($df=134$), $P= 0.537$) และกลุ่มทดลองหลังการเสริมสร้างศักยภาพเปรียบเทียบกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		χ^2(df)	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					-	-
หญิง	135	100.0	135	100.0		
ชาย	0	0	0	0		
อายุ (ปี)					8.758(4)	0.067
< 30	23	17.0	14	10.4		
30-39	28	20.7	26	19.3		
40-49	40	29.6	47	34.8		
50-59	39	28.9	48	35.6		
≥ 60	5	3.7	0	0.0		
ระดับการศึกษา					8.535(2)	0.568
มัธยมศึกษา	32	23.7	34	25.2		
ปริญญาตรี	79	58.5	84	62.2		
สูงกว่าปริญญาตรี	24	17.8	17	12.6		
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน (ปี)					6.789(3)	0.342
1	5	3.7	10	7.4		
2-3	16	11.9	38	28.1		
4-5	16	11.9	9	6.7		
>5	98	72.6	78	57.8		

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับความรู้การเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเสริมสร้างศักยภาพ และกลุ่มเปรียบเทียบ (n=135)

ความรู้การเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี	ก่อน		หลัง		t	df	P-value
	$\bar{\chi}$	SD	$\bar{\chi}$	SD			
กลุ่มทดลอง (คะแนนเต็ม 33 คะแนน)	19.08	3.14	27.80	3.22	7.217	134	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ (คะแนนเต็ม 33 คะแนน)	18.95	3.05	-	-	0.620	134	0.537
					10.056	134	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<.01

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับทักษะการปฏิบัติในการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

โมดูล	กลุ่มทดลอง (n=135)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=135)		t (df)	P-value
	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD		
โมดูลที่ 1 สิทธิเด็ก กฎหมาย นโยบายและสวัสดิการของรัฐเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว	2.21	0.67	1.27	0.41	13.662(268)	<0.001*
โมดูลที่ 2 หลักการดูแลเด็กเล็ก	2.62	0.46	2.05	0.37	11.221(268)	<0.001*
โมดูลที่ 3 อาหาร โภชนาการและการเจริญเติบโตของเด็ก	2.69	0.50	2.03	0.56	10.028(268)	0.068
โมดูลที่ 4 พัฒนาการและพฤติกรรมของเด็ก	2.40	0.69	1.30	0.52	14.649(268)	<0.001*
โมดูลที่ 5 การดูแลเด็กเพื่อสุขภาวะที่ดี	2.73	0.42	2.28	0.39	9.112(268)	0.502
โมดูลที่ 6 การป้องกันโรคและการดูแลเมื่อเจ็บป่วย	2.61	0.52	1.96	0.38	11.540(268)	<0.001*
โมดูลที่ 7 การทำงานร่วมกับผู้ปกครอง ชุมชน	2.59	0.59	1.61	0.41	15.637(268)	<0.001*
โมดูลที่ 8 การบริหารสถานรับเลี้ยงเด็ก	2.42	0.66	1.28	0.36	17.393(268)	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<.01

พบว่า มีระดับค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ($t = 10.056$ ($df=134$), $P < 0.001$) ดังตารางที่ 2

3. การเปรียบเทียบระดับทักษะการปฏิบัติในการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติในการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อเปรียบเทียบแยกตามโมดูลจะเห็นได้ว่า กลุ่มทดลองมีทักษะการปฏิบัติในการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ได้แก่ โมดูลที่ 1,2,4,6,7 และ 8 ดังตารางที่ 3

4. ความพึงพอใจต่อรูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 85.9 รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 13.3 โดยเมื่อแบ่งเป็นรายด้าน พบว่า ความพึงพอใจสูงที่สุด 3 อันดับแรก คือ ด้านเนื้อหาที่นำเสนอมีความสอดคล้องกับหัวข้อที่ใช้ในการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี $\overline{X}$= 4.53, SD=0.55 รองลงมา คือการเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นและซักถาม $\overline{X}$=4.51, SD= 0.60 และความสามารถในการนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ $\overline{X}$=4.51, SD=0.55 สำหรับความพึงพอใจที่น้อยที่สุด 3 อันดับแรก คือ ความสามารถในการให้คำปรึกษาแก่เพื่อนร่วมงานและ Coaching ร่วมกับทีมในพื้นที่ได้ $\overline{X}$=4.38, SD=0.71 รองลงมาคือความสามารถในการนำความรู้ไปเผยแพร่ การ

เป็นวิทยากรสอน $\overline{X}$ = 4.38, SD = 0.71 และความรู้ความเข้าใจเรื่อง สิทธิเด็ก กฎหมายและสวัสดิการฯ $\overline{X}$ = 4.39, SD = 0.58

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและพัฒนาการเด็กปฐมวัย (4D) ที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลอง จำนวน 416 คน พบว่า ด้านการเจริญเติบโตและโภชนาการ (Diet) เด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วน ร้อยละ 92.79 ด้านสุขภาพช่องปากและฟัน (Dental) พบว่า เด็กปฐมวัยปราศจากฟันผุ ร้อยละ 84.86 ด้านสิ่งแวดล้อมความปลอดภัยและการป้องกันควบคุมโรค (Disease) ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในรอบ 3 เดือนที่ดำเนินการเก็บข้อมูล จำนวน 65 แห่ง พบการระบาดของโรคติดต่อในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป จำนวน 23 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 35.38 ส่วนใหญ่พบการระบาด 1 ครั้ง ร้อยละ 66.7 โดยโรคที่พบบ่อย 3 ลำดับแรก คือ ไข้หวัดใหญ่ โรคมือเท้าปาก และโรคติดเชื้อไวรัส RSV ส่วนด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยทั้ง 5 ด้าน (Development and Play) ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว, ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา, ด้านการเข้าใจภาษา, ด้านการใช้ภาษา และด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 88.46 พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 11.54 และได้มีการติดตามผลพัฒนาการเด็กปฐมวัยภายใน 1 เดือน ซึ่งสามารถติดตามผลการประเมินพัฒนาการเด็กได้ ร้อยละ 100 พบว่าเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า เหลือเพียงร้อยละ 5.77 คือ ด้านการใช้ภาษา รองลงมาคือ ด้านการเข้าใจภาษา

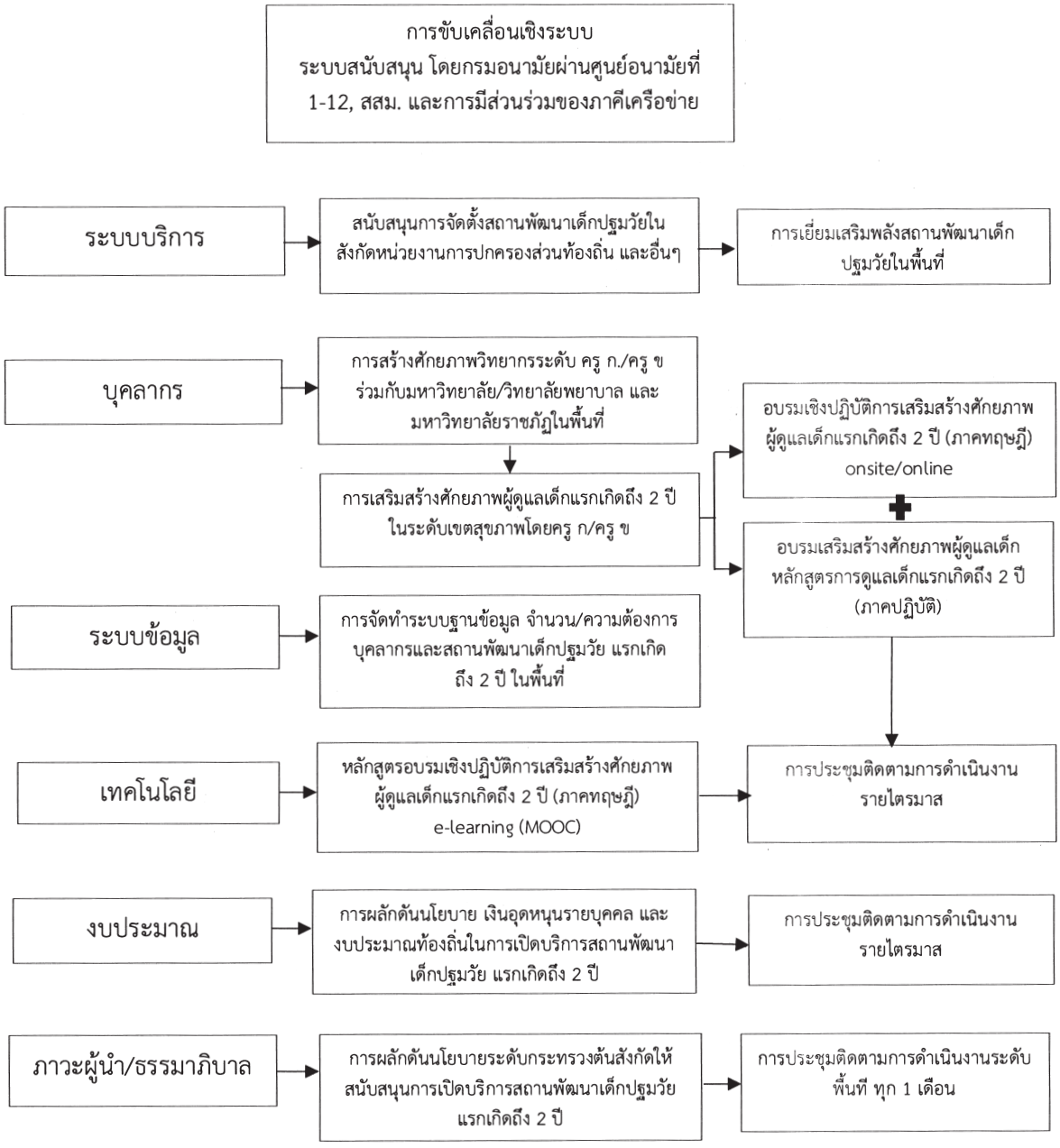
ระยะที่ 3 มีการปรับปรุงรูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเพื่อให้สอดคล้องกับการประเมินประสิทธิผล ความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กและความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ผู้บริหาร ผู้แทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย บุคลากรทางด้านสาธารณสุขและด้านการศึกษา สรุปผลใน 4 ประเด็น ได้แก่

ประเด็นที่ 1 ส่วนใหญ่ให้การสนับสนุนและให้ความเห็นว่ารูปแบบมีความเหมาะสมและครอบคลุมประเด็นสำคัญในการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี และผู้ที่ได้รับการเสริมสร้างศักยภาพจะมีสมรรถนะเพียงพอในการส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้แบบองค์รวมเพื่อให้พร้อมต่อการดูแลเด็กอย่างมีคุณภาพ และสนับสนุนให้มีรูปแบบหรือมาตรฐานในระดับประเทศ เพื่อให้ง่ายต่อหน่วยปฏิบัติและการมีผลบังคับใช้ รวมถึงการติดตามประเมินผล

ประเด็นที่ 2 ส่วนใหญ่เห็นความสำคัญและความจำเป็นที่ต้องเร่งดำเนินการ เพราะเป็นการส่งเสริมการผลิตและพัฒนาบุคลากรที่มีความรู้และความสามารถในการดูแล พัฒนาและส่งเสริมเด็กปฐมวัยอย่างมีคุณภาพ อีกทั้งเป็นการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อโครงสร้างและวิถีชีวิตของครอบครัว ชุมชน

ประเด็นที่ 3 รูปแบบหรือลักษณะที่เหมาะสมต่อการจัดกิจกรรม พบว่า การสร้างทีมภาคีเครือข่ายร่วมด้านสาธารณสุข และภาคการศึกษาในแต่ละเขตสุขภาพให้มีการสร้างเสริมความรู้ ทักษะ ให้กับวิทยากร ครู ก. และ ข.ด้านทฤษฎีและปฏิบัติในระดับเขตสุขภาพ สำหรับข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ควรให้มีการจัดอบรมทฤษฎีผ่านระบบออนไลน์ MOOC (Massive Open Online Courses) Anamai โดยเน้นด้านพัฒนาการ ด้านสุขภาพ ด้านการเจริญเติบโตและการกินนมแม่

ประเด็นที่ 4 ปัจจัยความสำเร็จ คือ การ



ภาพที่ 2 รูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในประเทศไทย

มีทีมภาคีเครือข่ายทั้งด้านสาธารณสุข และภาคการศึกษาในแต่ละเขตสุขภาพที่เข้มแข็ง การให้ความสำคัญของผู้บริหารและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนที่พร้อมให้การสนับสนุนโดยมีเป้าหมายเดียวกันที่ชัดเจน สำหรับปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ พบว่า การพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นการดำเนินงานที่มีความเชื่อมโยงกับหลายหน่วยงาน จึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกกระทรวง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบูรณาการดำเนินงานร่วมกันเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนในทางปฏิบัติ และเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างเป็นรูปธรรม การผลักดันนโยบายระดับกระทรวงต้นสังกัดของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยให้สนับสนุนการเปิดบริการรับเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี และเงินอุดหนุนรายบุคคล การผลักดันให้การเปิดรับบริการดูแลเด็กต่ำกว่า 2 ปี ให้อยู่ในบทบาทของกระทรวงมหาดไทย พร้อมทั้งสร้างความร่วมมือในการจัดทำเกณฑ์การเปิดรับบริการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม และการสนับสนุนการประเมินคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแรกเกิดถึง 2 ปี ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ รวมถึงในสังกัดเอกชน

การปรับปรุงรูปแบบ โดยใช้การขับเคลื่อนเชิงระบบ และระบบสนับสนุนโดยกรมอนามัย ผ่านศูนย์อนามัยที่ 1–12 และ สสม. และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผ่านกรอบการพัฒนาระบบสุขภาพของ WHO (Six Building Blocks) โดย 1) เน้นการสร้างศักยภาพวิทยากรระดับ ครู ก. และครู ข.ร่วมกับมหาวิทยาลัย/วิทยาลัยพยาบาล และมหาวิทยาลัยราชภัฏในพื้นที่ 2) การเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ปรับหลักสูตร เป็น 6 โมดูล ได้แก่ ด้านสิทธิเด็ก กฎหมายและสวัสดิการของรัฐเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว หลักการดูแลเด็กรวมถึงการทำงานร่วมกับผู้ปกครอง ชุมชน ในด้านอาหาร โภชนาการและการเจริญเติบโต ด้านพัฒนาการและพฤติกรรมของเด็ก การดูแลเด็กเพื่อสุขภาวะที่ดี การป้องกันโรคและการดูแลเมื่อเจ็บป่วย และ 3) การมีระบบสนับสนุนการขับเคลื่อนเชิงระบบ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ดังแสดงในภาพที่ 2

■ อภิปรายผล

ผลการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในประเทศไทย สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย พบว่า กระบวนการในการระดมความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ เพื่อการวิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนาทักษะด้านต่างๆ พร้อมทั้งวิเคราะห์ ประเมินผล และทำการแก้ไข ปรับปรุงเพื่อให้มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้ และสอดคล้องกับแนวคิดของทิศนา แขมมณี[10] ที่ได้สรุปองค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบการเรียนการสอน ต้องประกอบด้วย ทฤษฎีหรือหลักการ วัตถุประสงค์ กระบวนการของรูปแบบ และผลที่ได้รับจากการใช้รูปแบบ นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการจัดการศึกษาปฐมวัยให้มีประสิทธิภาพ เกิดประสิทธิผลตามเป้าหมาย ตลอดจนได้รับการยอมรับ คือ ต้องเลือกสรรผู้ที่มีความเป็นผู้นำ

ทางการศึกษาปฐมวัยเข้ามารับผิดชอบการจัดการให้มีบริการที่ดี มีความเข้าใจในการให้การดูแลเด็กปฐมวัย สอดคล้องกับ พิภพ ธรรมประชา[11] พบว่า กลยุทธ์ในการพัฒนาบุคลากรด้านปฐมวัย คือการศึกษาเอกสาร การอบรมเชิงปฏิบัติการ และการนิเทศภายในทำให้ครูมีความรู้ สามารถสร้างเครื่องมือ และสามารถจัดประสบการณ์การเรียนรู้แบบบูรณาการสำหรับเด็กปฐมวัยได้ดี และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ทัศนียา วังสะจันทานนท์ และคณะ[12] ที่พบว่า ครูผู้ดูแลเด็กมีบทบาทสำคัญในการคัดกรองและการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และต้องเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพกับผู้ปกครองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เด็กได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ครูผู้ดูแลเด็กจึงต้องได้รับการอบรมความรู้และฝึกทักษะในการใช้เครื่องมือคัดกรองประเมินพัฒนาการเด็กเพื่อติดตามพัฒนาการและส่งต่อข้อมูลให้กับผู้ปกครอง และหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่เพื่อออกแบบการส่งเสริมพัฒนาการและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี นำไปทดลองใช้ และประเมินประสิทธิผล ความพึงพอใจต่อรูปแบบทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ พบว่า กลุ่มทดลองมีลักษณะข้อมูลทั่วไปใกล้เคียงกับกลุ่มเปรียบเทียบ การเปรียบเทียบระดับความรู้และระดับทักษะการปฏิบัติในการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี หลังการเสริมสร้างศักยภาพมีระดับสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจต่อรูปแบบหลังการเสริมสร้างศักยภาพส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ใน ระดับมาก ร้อยละ 85.9 สอดคล้องกับการศึกษาของบุหลง ศุภศิลป์[13] พบว่า ผลการประเมินความพึงพอใจของครูปฐมวัยที่มีต่อรูปแบบการจัดประสบการณ์แบบบูรณาการในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เนื่องมาจากหลักสูตรได้สร้างความรอบรู้ในการดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้วยหลัก 4D ส่งผลให้ครูพี่เลี้ยงได้รับการสร้างเสริมศักยภาพด้านความรอบรู้ การดูแลสุขภาวะเด็กปฐมวัย กระบวนการพัฒนาที่เชื่อมโยงกับกระบวนการจัดการเรียนการสอน ซึ่งสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้จริงและมีประสิทธิภาพ[14]

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและพัฒนาการเด็กปฐมวัย (4D) ที่ได้รับการดูแลจากกลุ่มทดลอง พบว่า เด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วน ร้อยละ 92.79 ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 84.86 เมื่อเปรียบเทียบกับระบบฐานข้อมูลกรมอนามัย (DOH Dashboard, 2567) เด็กอายุ 0–5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 60.57 และเด็กอายุ 3 ปีปราศจากฟันผุ ร้อยละ 73.41 โดยมีสัดส่วนของเด็ก 0–2 ปีได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากเพียงร้อยละ 49.9[15] จะเห็นว่าภาพรวมด้านสุขภาพทั้ง 2 ประเด็นดีกว่าภาพรวมในระดับประเทศ สำหรับพัฒนาการเด็กปฐมวัยทั้ง 5 ด้าน มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 88.46 พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 11.54 โดยสามารถติดตามผลภายใน 1 เดือนได้ครบ คงเหลือพัฒนาการสงสัยล่าช้าเพียงร้อยละ 5.77 ในด้านการใช้ภาษา รองลงมาคือด้านการเข้าใจภาษา เมื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์การตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กในภาพรวมประเทศ ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการร้อยละ 80.8 พบว่า มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 78.4 พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 21.4 การติดตามเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้ ร้อยละ 88.7[16] ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของวัลลภ ไทยเหนือ[17] และสถิติองค์การอนามัยโลก (พ.ศ. 2562 – 2566) พบเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษาสูงถึง ร้อยละ 15–20 ของเด็กทั่วโลกและมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ในด้านการใช้ภาษา (Expressive Language: EL) ร้อยละ 75.3

และรองลงมา คือ ด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language: RL) ร้อยละ 61.3 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและพัฒนาการของเด็กปฐมวัยในประเทศที่ประสบความสำเร็จต้องประกอบไปด้วยนโยบายและการสนับสนุนงบสวัสดิการในกลุ่มมารดาและเด็กปฐมวัย การดูแลเด็กปฐมวัยที่มีมาตรฐานทั้งจากครอบครัวหรือในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย มีระบบการกำกับติดตามสุขภาพ การเฝ้าระวังและคัดกรองพัฒนาการ[18–19] ทั้งนี้กรมอนามัยได้ผลักดันให้มีการเฝ้าระวังและคัดกรองพัฒนาการเด็กในสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกแห่ง และมีการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ผ่านการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) การเพิ่มทักษะการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแก่พ่อแม่ ครูผู้ดูแลเด็ก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งจะช่วยให้เด็กได้รับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการตั้งแต่เริ่มต้นและต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอในทุกช่วงวัย เมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นก็จะสามารถค้นพบและแก้ไขได้ทันท่วงที[20] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์ภา รัตน์ ไชยชนะแสง[21] ซึ่งพบว่า การให้ครอบครัวและชุมชนเข้าร่วมดำเนินการตลอดกระบวนการร่วมกำกับติดตาม ส่งผลให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีความเข้าใจในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กและเกิดการขับเคลื่อนไปสู่การพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อุษณีย์ เทพวรชัย[22] ที่พบว่าการที่ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการดำเนินงาน ส่งผลต่อการพัฒนาศักยภาพของเด็กและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ เนื่องจากผู้ปกครองมีบทบาทในการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น การช่วยตัดสินใจการติดตามประเมินผล การให้ข้อเสนอแนะในกิจกรรมและแหล่งการเรียนรู้ที่หลากหลายสำหรับเด็กทำให้เด็กได้รับการดูแลและพัฒนาศักยภาพอย่างเต็มที่ ส่วนด้านสิ่งแวดล้อมความปลอดภัยและการป้องกันควบคุมโรค ถึงแม้จะสำรวจพบการระบาดของโรคติดต่อในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 35.38 ซึ่งส่วนใหญ่มีการระบาด 1 ครั้ง ร้อยละ 66.7 โดยมีโรคที่พบบ่อย 3 ลำดับแรก คือ ไข้หวัดใหญ่ โรคมือเท้าปาก และโรคติดเชื้อไวรัส RSV เนื่องจากในช่วงเวลาที่ทำการวิจัยเป็นช่วงฤดูกาลระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่และโรคมือ เท้า ปาก โดย ปี พ.ศ. 2567 เป็นปีที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงกว่าปีที่ผ่านมามากเมื่อเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2562–2566)[23–24] โดยเป้าหมายที่สำคัญพบว่า ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและพัฒนาการในกลุ่มเด็กปฐมวัยที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลเด็กที่ผ่านการเสริมสร้างศักยภาพในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย มีผลลัพธ์ที่ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับภาพรวมของประเทศ ปี 2567

ระยะที่ 3 การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อปรับปรุงรูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในประเทศไทย มุ่งให้การพัฒนารูปแบบสามารถนำไปใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับเขตสุขภาพโดยความร่วมมือระหว่างกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายด้านการศึกษา ทั้งกระทรวงศึกษา กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงมหาดไทยโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งจะทำให้ทุกฝ่ายเห็นบทบาทและศักยภาพของตนเองและเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นอันจะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนสอดคล้องกับการศึกษาของ กานติมา พิมธิค้อ[25] ที่พบว่า การส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมระหว่างชุมชนครูและผู้ปกครอง

เป็นกลไกสำคัญของการดำเนินงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นวิธีสร้างเครือข่ายการทำงานที่ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านพัฒนาการเด็กที่เป็นไปอย่างสม่ำเสมอและยั่งยืน เป้าหมายในระยะยาวคือ มีการติดตามผลด้านศักยภาพของบุคลากร การผ่านประเมินมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแรกเกิดถึง 2 ปี ผลลัพธ์ด้านสุขภาพเด็ก (4D) ได้อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ[4] สามารถพัฒนาหลักสูตรให้สอดคล้องตามบริบทจากผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการนำหลักสูตรพัฒนาเป็นหลักสูตรแบบ e-learning หรือ MOOC (Massive Open Online Courses) โดยปรับเป็น 6 โมดูลเพื่อเหมาะสมกับระยะเวลา และสอดคล้องกับสมรรถนะตามมาตรฐานอาชีพและคุณวุฒิวิชาชีพ สาขาวิชาชีพบริการสุขภาพ ผู้ดูแลเด็ก[26] สร้างเครือข่ายความร่วมมือในการฝึกทักษะด้านปฏิบัติในส่วนกลางและทุกเขตสุขภาพ ซึ่งการพัฒนารูปแบบจะเป็นการวางโครงการบริหารยุทธศาสตร์ ผ่านกรอบการพัฒนาระบบสุขภาพของ WHO (Six Buillding Blocks)[27] ในการพัฒนากำลังคนและการบริหารจัดการงบประมาณและสิ่งสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรมตามกลยุทธ์ PIRAB ซึ่งเน้นการทำงานแบบบูรณาการทุกภาคส่วน ให้คนในสังคมร่วมกันพัฒนาฐานรากของชุมชน เพื่อให้สามารถบริหารจัดการสุขภาพได้ด้วยตนเอง ลดความเสี่ยง เพิ่มปัจจัยปกป้อง เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ สร้างชุมชน ท้องถิ่นและองค์กรรอบรู้สุขภาพ ขยายวงอย่างกว้างขวางสู่สังคมรอบรู้สุขภาพ (Health Literate Societies) ทั้งนี้กลยุทธ์ PIRAB ประกอบด้วย P : Partner ชักชวนพันธมิตรทุกภาคส่วนทุกระดับ ให้เห็นความสำคัญและร่วมกันทำงานส่งเสริมสุขภาพแบบยั่งยืน I : Invest กระตุ้นให้เกิดการเกิดลงทุน โดยเฉพาะด้านงบประมาณที่เพียงพอจากระดับนโยบายในทุกภาคส่วนเพื่อจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ R : Regulate and Legislate การตรากฎและออกกฎหมาย เพื่อคุ้มครองประชาชนจากความเสี่ยงต่อสุขภาพทุกด้าน A : Advocate ชี้นำ ชูประเด็น และสนับสนุนให้ทุกภาคส่วน ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ บนพื้นฐานสิทธิมนุษยชนและความเท่าเทียม สร้างการทำงานร่วมกัน และ B : Build Capacity พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกภาคส่วนให้สามารถพัฒนานโยบายทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ รวมทั้งการวิจัย การกระจายความรู้เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน[28]

■ สรุปผล

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในประเทศไทย เพื่อตอบสนองความต้องการและสร้างความพร้อมในการเปิดบริการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยอายุแรกเกิดถึง 2 ปี ของประเทศ รูปแบบประกอบด้วยการขับเคลื่อนเชิงระบบ และระบบสนับสนุนโดยกรมอนามัยผ่านศูนย์อนามัยที่ 1-12 และ สสม. รวมถึงการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผ่านกรอบการพัฒนาระบบสุขภาพของ WHO (Six Building Blocks) โดย 1) เน้นการสร้างศักยภาพวิทยากรระดับ ครู ก. และครู ข.ร่วมกับมหาวิทยาลัย/วิทยาลัยพยาบาล และมหาวิทยาลัยราชภัฏในพื้นที่ 2) การเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี หลักสูตร 6 โมดูล รวมถึงการพัฒนาหลักสูตร e-learning แบบ Massive Open Online Course และ 3) ระบบสนับสนุนการขับเคลื่อนเชิงระบบผ่าน

กลยุทธ์ PIRAB ปรับตามบริบทของพื้นที่ และมีระบบฐานข้อมูลระดับประเทศเพื่อติดตามและประเมินผล

■ ข้อเสนอแนะ

● ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อนำเสนอรูปแบบในการส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยในคณะกรรมการนโยบายการพัฒนาเด็กปฐมวัย

2. ศูนย์อนามัยและเขตสุขภาพ สามารถนำรูปแบบไปพัฒนาโดยปรับตามบริบทของพื้นที่และสร้างระบบเครือข่ายการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติในรูปแบบมาตรฐาน และรูปแบบออนไลน์ผ่านระบบ e-learning และ MOOC (Massive Open Online Course) ให้ทั่วถึงครอบคลุม และเป็นมาตรฐาน

3. พัฒนาระบบฐานข้อมูลสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในด้านความต้องการและความพร้อมในการเปิดบริการ สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยอายุแรกเกิดถึง 2 ปี และความต้องการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปีของประเทศ

● ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป

การศึกษาเชิงปฏิบัติการในระยะต่อไปเพื่อติดตาม ปรับปรุง และประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพและพัฒนาการของเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยจากการนำรูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ไปใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในระยะยาว รวมถึงการขยายผลไปยังสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในสังกัดอื่นมากขึ้น เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดที่สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่พร้อมเข้าร่วมส่วนใหญ่อยู่ในสังกัดภาครัฐ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://rh.anamai.moph.go.th/th/download-03/download?id=39711&mid=31985&mkey=m_document&lang=th&did=13759
2. กนกวรา พวงประยงค์. ความต้องการมีบุตรในอนาคต: หลักฐานเชิงประจักษ์จากสตรีที่สมรสในประเทศไทย. วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์) 2561;10(19):1-20.
3. กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานปลัดกระทรวง. สถิติการศึกษาประจำปี 2564. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรไทย; 2565.
4. กรมอนามัย สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ. แนวทางการส่งเสริมคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D) ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2564. .
5. นิภา ชมภูป่า, มานพ ใจติขะ. คู่มือการฝึกอบรมครูและผู้ดูแลเด็ก ในการดำเนินการจัดโปรแกรมให้ความรู้การอบรมเลี้ยงดูเด็กแก่พ่อแม่ ผู้ปกครอง และการจัดบริการให้คำปรึกษาแก่พ่อแม่ ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยช่วงอายุ 2-5 ปี. กรุงเทพฯ: วาย เค เอช กราฟิก แอนด์ เพรส; 2561.
6. กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย. กรุงเทพฯ: พริกหวานกราฟฟิค; 2562.
7. กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. แผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560 – 2579. กรุงเทพฯ: พริกหวานกราฟฟิค; 2560.

8. ปิยะ บูชา, นิพิฐพนธ์ แสงด้วง. การวิจัยและพัฒนา:กระบวนการและการประยุกต์ใช้. วารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา 2564;1(1):77–89.
9. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement 1970;30(3):607–10.
10. ทิศนา แขมมณี. ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
11. พิภพ ธรรมประชา. การพัฒนาบุคลากรด้านการจัดประสบการณ์ระดับปฐมวัยศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลธัญญา อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ [การศึกษาค้นคว้าอิสระการศึกษามหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2550.
12. Wangsachantanon T, Wattanaamorn S, Jirarattanawanna N, Buntumporn N. The role of caregivers in day care centers to screening and development promoting of early childhood. Srinakharinwirot University (Journal of Science and Technology) 2014; 6(12):114–21.
13. บุหลง ศุภศิลป์. รูปแบบการจัดประสบการณ์แบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสามารถทางการฟัง–พูดภาษาอังกฤษสำหรับเด็กปฐมวัย [วิทยานิพนธ์หลักสูตรครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการการศึกษา และการเรียนรู้]. นครสวรรค์: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์; 2559.
14. กาญจนา พรหมเรืองฤทธิ์, วรรณิตา สอนกองแดง, กรรณิการ์ ชัยสิทธิ์สงวน, ณัทกวี ศิริรัตน์. การดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็ก : บทบาทของผู้ดูแลเด็ก. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน 2562;25(2):109–18.
15. กรมอนามัย. ระบบสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก:https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/dspm67?year=2025&kid=4270
16. กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ. รายงานสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ปีงบประมาณ 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://nich.anamai.moph.go.th/th/kpr67/download?id=121329&mid=38799&mkey=m_document&lang=th&did=35617
17. Thaineua V, Sirithongthaworn S, Kanshana S, Isaranurak S, Karnkawinpong O, Benjaponpitak A, et al. A 9-year retrospective cohort study of the monitoring and screening of childhood developmental delay in Thailand. Child Care Health and Development 2024;50(2):e13233. doi: 10.1111/cch.13233
18. Heuvel M, Hopkins J, Biscaro A, Srikanthan C, Feller A, Bremberg S, et al. A comparative analysis of early child health and development services and outcomes in countries with different redistributive policies. BMC Public Health 2013;13:1049. doi: 10.1186/1471–2458–13–1049
19. ภักดีกุล รัตนา. การจัดการศึกษาระดับปฐมวัยเพื่อความเป็นพลเมืองในโลกยุคดิจิทัล: บทเรียนจากต่างประเทศ. วารสารสังคมวิจัยและพัฒนา 2564;3(4):1–23.
20. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2562.
21. Chaichanasang T. The community participation in 1–2 years old child development promotion. Journal of Nursing and Health Care 2017;35(4):176–84.
22. Tepvorachai U, Cheunarom K. The study of Child Development Center services in Muang Pathum Thani. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2017;27(spec):184–95.
23. กรมควบคุมโรค กองระบาดวิทยา. รายงานผลการเฝ้าระวังไข้หวัดใหญ่และเชื้อสาเหตุโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2//files/wk342024.pdf
24. กรมควบคุมโรค กองระบาดวิทยา. สถานการณ์และผลการเฝ้าระวังเชื้อก่อโรคมือ เท้า ปาก และสงสัยติดเชื้อเอนเทอโร

ไวรัส ประจำเดือน กันยายน 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2//files/1.1%20DOE-Labsur-HFM-09.2567.pdf

25. Pimpikoh K, Prommasatayaport V, Glangkarn S. Early childhood development of child development center in Koodsaijor Sub-district, Kantharawichai District, Maha Sarakham Province. UBRU Journal for Public Health Research 2018;7(2):127-35.
26. สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ (องค์การมหาชน) และมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. มาตรฐานอาชีพและคุณวุฒิวิชาชีพ Occupational Standard and Professional Qualifications สาขาวิชาชีพบริการสุขภาพ ผู้ดูแลเด็ก. กรุงเทพฯ: สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ (องค์การมหาชน); 2562.
27. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health system: A handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: WHO document production services; 2010.
28. พิเชษฐ์ เท่งประกิจ. การนำเครื่องมือ ความรู้เกี่ยวกับ A2IM และ PIRAB เพื่อพัฒนางานการปฏิบัติราชการตามคำรับรองปฏิบัติราชการของหน่วยงาน (กพร.) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hpc12.anamai.moph.go.th/web- upload/37x999d733dc85b5a04c0a90046141e26d0/202208/m_

HEALTH

การพัฒนาระบบโภชนาการเด็กปฐมวัย เพื่อการบรรลุเป้าหมายโภชนาการระดับโลก

ศศิพร ตัชชนานุสรณ์*
นาตยา อังคนาวิน
ภาสกร สุระผัด
สำนักโภชนาการ กรมอนามัย

วันรับ 12 กันยายน 2567, วันแก้ไข 11 มกราคม 2568, วันตอบรับ 24 มกราคม 2568

บทคัดย่อ

กรมอนามัยเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนการพัฒนาที่ยั่งยืนประเด็นโภชนาการ ความท้าทาย คือ การเร่งดำเนินการแก้ไขปัญหาเพื่อยุติภาวะทุพโภชนาการในเด็กปฐมวัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายการพัฒนาระบบโภชนาการเด็กปฐมวัยเพื่อการบรรลุเป้าหมายโภชนาการระดับโลก วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะโภชนาการตามเป้าหมายโภชนาการระดับโลก ทบทวนระบบโภชนาการเด็กปฐมวัย และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระบุปัญหาและวิเคราะห์ข้อมูล ศึกษาสถานการณ์ภาวะโภชนาการตามเป้าหมายโภชนาการระดับโลก จากเอกสารการสำรวจระดับชาติจำนวน 8 ฉบับ สัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้อง 24 คน ทบทวนระบบโภชนาการเด็กปฐมวัยจากรายงานประจำปีของกรมอนามัย 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2563 – 2565) ระยะที่ 2 วิเคราะห์ช่องว่าง ความท้าทาย และโอกาส ระยะที่ 3 พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายโดยการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 45 ฉบับและตรวจสอบนโยบายโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารกรมอนามัยและผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการเด็กปฐมวัย จำนวน 6 คน ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์ด้านโภชนาการของประเทศไทยยังไม่บรรลุตามเป้าหมายโภชนาการระดับโลก หญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัยส่วนหนึ่งมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การทบทวนระบบโภชนาการเด็กปฐมวัยพบปัญหาสำคัญ ได้แก่ ขาดความเข้มแข็งในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และนโยบายระดับชาติ การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ ขาดกลไกการควบคุมกำกับและประเมินผล งานวิจัยไม่สามารถตอบสนองต่อปัญหาที่แท้จริง ระบบเฝ้าระวังมีปัญหาด้านอุปกรณ์และทักษะบุคลากร และการให้โภชนศึกษายังเป็นการสื่อสารทางเดียวและไม่ครอบคลุม ข้อเสนอเชิงนโยบายประกอบด้วย 7 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) เพิ่มประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ 2) พัฒนากลไกการขับเคลื่อนแผนสู่การปฏิบัติ 3) พัฒนากลไกการทำงานของภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ 4) สนับสนุนและขับเคลื่อนกฎหมายปกป้องสุขภาพเด็ก 5) พัฒนาระบบเฝ้าระวังและงานวิจัย 6) พัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยแม่และเด็กเน้นการสร้างความรอบรู้ด้านโภชนาการ 7) ปรับเปลี่ยนรูปแบบการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ข้อเสนอเชิงนโยบายเหล่านี้จะมีส่วนสำคัญในการกำหนดทิศทางการดำเนินงานของกรมอนามัยเพื่อแก้ปัญหาทุพโภชนาการในเด็กปฐมวัยของประเทศไทยให้บรรลุตามเป้าหมายโภชนาการระดับโลกต่อไป

คำสำคัญ: ข้อเสนอเชิงนโยบาย ระบบโภชนาการ เด็กปฐมวัย เป้าหมายโภชนาการระดับโลก

*ผู้รับผิดชอบบทความ, อีเมล: sasiporn.t@anamai.mail.go.th

Developing a Nutrition System for Early Childhood to Achieve Global Nutrition Targets

Sasiporn Tutchananusorn*
Narttaya Ungkanavin
Passakorn Suraphad
Bureau of Nutrition, Department of Health

Received 12 September 2024, Revised 11 January 2025, Accepted 24 January 2025

Abstract

The Department of Health is Thailand's primary agency responsible for sustainable nutrition development, focusing on accelerating efforts to address early childhood malnutrition. This policy research aimed to develop policy recommendations for improving the early childhood nutrition system to achieve global nutrition targets. The objectives are to analyze nutritional status in accordance with global nutrition targets, examine the current early childhood nutrition system, and develop practical policy recommendations. The research was conducted in 3 phases. Phase 1 involved problem identification and data analysis, examining nutritional status against Global Nutrition Targets through eight national surveys and in-depth interviews with 24 stakeholders, along with reviewing three years of Department of Health annual reports (2020-2022). Phase 2 analyzed gaps, challenges, and opportunities. Phase 3 developed policy recommendations by reviewing 45 papers and conducting in-depth interviews with six Department of Health executives and nutrition experts. The research found that Thailand has not yet achieved its Global Nutrition Targets, with some pregnant women and young children continuing to engage in unhealthy eating patterns. The review of the early childhood nutrition system identified several system weaknesses, including a lack of strong national strategy and policy implementation, ineffective policy implementation at the local level, inadequate monitoring and evaluation mechanisms, research that does not addressing actual problems, surveillance system issues with equipment and staff skills, and ineffective nutrition education approaches in health services. Seven key policy recommendations were developed 1) strengthen policy implementation efficiency 2) develop mechanisms for implementing plans 3) enhance local partnership networks 4) reinforce child health protection laws 5) improve maternal and child health services focusing on nutrition literacy 6) improve surveillance systems and research and 7) modernize personnel development approaches. These policy recommendations will be crucial in guiding the Department of Health's operations to address early childhood malnutrition in Thailand and achieve Global Nutrition Targets.

Keywords: Policy recommendations, Nutrition System, Early Childhood, Global Nutrition Targets

*Corresponding Author, email : sasiporn.t@anamai.mail.go.th

■ บทนำ

ประเทศไทยดำเนินการตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ขององค์การสหประชาชาติตั้งแต่ปี 2558 รายงานความก้าวหน้าเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทย พ.ศ. 2559 – 2563[1] ประเด็นด้านโภชนาการตามเป้าหมายย่อยที่ 2.1 การยุติความหิวโหยและเสริมสร้างความมั่นคงทางอาหารและโภชนาการ เปรียบเทียบสถานการณ์ในปี 2558 และปี 2562 พบว่าประเทศไทย มีความชุกของภาวะขาดสารอาหารเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 7.3 เป็นร้อยละ 8.2 สอดคล้องกับข้อมูลความชุกของความไม่มั่นคงทางอาหารของประชากรในระดับปานกลางหรือรุนแรงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.1 เป็นร้อยละ 29.8 ขณะเดียวกันยังพบว่าเด็กที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนยากจนมักขาดสารอาหารและมีภาวะเตี้ยแคระแกร็นมากกว่ากลุ่มอื่นๆ เป้าหมายย่อยที่ 2.2 การยุติภาวะทุพโภชนาการ พบว่าความชุกของภาวะทุพโภชนาการในเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปีทั้งที่มีภาวะเตี้ยแคระแกร็น ภาวะผอมแห้ง และภาวะอ้วนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและสูงกว่าค่าเป้าหมายโภชนาการระดับโลก พ.ศ. 2568 (Global Nutrition Targets 2025)

ข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562[2] พบเด็กอายุ 0 – 5 ปีมีภาวะเตี้ย ร้อยละ 13.3 ผอม ร้อยละ 7.7 มีภาวะอ้วน ร้อยละ 9.2 เด็กแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 11.1 มีแนวโน้มสูงกว่าการสำรวจฯ ในปี พ.ศ.2555[3] และในปี พ.ศ. 2558 – 2559[4] อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือนร้อยละ 14 ต่ำกว่าการสำรวจในปี 2555 รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6[5] พบภาวะโลหิตจางในหญิงวัยเจริญพันธุ์ลดลงจากร้อยละ 22.6 เหลือร้อยละ 16 แต่ยังสูงกว่าค่าเป้าหมาย จะเห็นว่าสถานการณ์ภาวะโภชนาการในประเทศไทย ยังไม่บรรลุตามเป้าหมายโภชนาการระดับโลกทุกตัวชี้วัด

ในการขับเคลื่อนการพัฒนาที่ยั่งยืน กระทรวงสาธารณสุขมอบหมายให้กรมอนามัยเป็นเจ้าภาพหลัก ในเป้าหมายย่อยที่ 2.2 การยุติภาวะทุพโภชนาการ กรมอนามัยจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570[6] กำหนดพันธกิจหลัก ในการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างมีส่วนร่วม ระบบโภชนาการเป็นส่วนหนึ่งของระบบส่งเสริมสุขภาพ เป็นกรอบหรือชุดของนโยบายที่เหมาะสมต่อการแก้ไขปัญหาด้านโภชนาการ ระบบโภชนาการในการวิจัยฉบับนี้ปรับจากแนวคิด ระบบสุขภาพ ขององค์การอนามัยโลก[7] ประกอบด้วย นโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนงานระดับชาติ (National Policy) ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง (Partnership and Co – ordination) กฎ ระเบียบ กฎหมาย (Legal and Regulator) ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Health Information) และระบบบริการสุขภาพและการสร้างความรอบรู้ด้านโภชนาการ (Service Delivery Nutrition education and Nutrition Literacy) บทบาทของกรมอนามัยในการอภิบาลระบบโภชนาการต่อการยุติภาวะทุพโภชนาการเด็กปฐมวัย จึงต้องมีความชัดเจนในการชี้นำนโยบายและยุทธศาสตร์สำคัญ โดยมองว่า ระบบโภชนาการ (Nutrition System) เป็นมิติด้านการบริหารจัดการ (Management Dimension) ที่จะขับเคลื่อนงานด้านโภชนาการนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อ

การพัฒนาระบบโภชนาการเด็กปฐมวัยเพื่อการบรรลุเป้าหมายโภชนาการระดับโลก จะเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการกำหนดทิศทางการดำเนินงานของกรมอนามัยต่อการแก้ปัญหาทุพโภชนาการเด็กปฐมวัยของประเทศ เพื่อการบรรลุเป้าหมายโภชนาการระดับโลก

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะโภชนาการ ตามเป้าหมายโภชนาการระดับโลก
2. เพื่อทบทวนระบบโภชนาการเด็กปฐมวัยที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายโภชนาการระดับโลกในปัจจุบัน
3. เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายการพัฒนาระบบโภชนาการเด็กปฐมวัยเพื่อการบรรลุเป้าหมายโภชนาการระดับโลก

■ กรอบแนวคิดการวิจัย

■ วิธีการศึกษา

● **รูปแบบการวิจัย** การวิจัยเชิงนโยบาย Policy Research

ระยะที่ 1 ระบุปัญหาและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อความเข้าใจต่อปัญหาทุพโภชนาการในเด็กปฐมวัย

1.1 ศึกษาสถานการณ์ภาวะโภชนาการตามเป้าหมายโภชนาการระดับโลก

● **การเก็บรวบรวมข้อมูล** โดยการทบทวนจากเอกสารการสำรวจระดับประเทศที่เป็นแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับเด็กและสตรีที่มีความน่าเชื่อถือทางสถิติ คือ โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย ที่ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติร่วมกับองค์การยูนิเซฟประเทศไทยและข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ที่ดำเนินการโดยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และมหาวิทยาลัย 4 แห่งทั่วภูมิภาค ได้แก่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

1.2 ศึกษาเอกสารการสำรวจสถานการณ์ภาวะโภชนาการในเด็กปฐมวัยระดับประเทศ คัดเลือกจากเอกสารการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคและการรับบริการด้านสาธารณสุขของหญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ เด็กอายุ 0 – 5 ปี ระดับประเทศที่มีความน่าเชื่อถือทางสถิติ เอกสารการสำรวจสามารถสะท้อนประเด็นของพฤติกรรมการบริโภคและการรับบริการด้านสาธารณสุขของหญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ เด็กอายุ 0 – 5 ปี

1.3 สัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มเป้าหมายหญิงตั้งครรภ์ พ่อ แม่ และผู้เลี้ยงดูเด็ก เด็กอายุ 0– 5 ปี ในประเด็นการได้รับบริการด้านโภชนาการ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การประเมินภาวะโภชนาการ แบบการเลี้ยงดูเด็ก บุคลากรสาธารณสุขที่คลินิกฝากครรภ์ บุคลากรใน รพ.สต. สัมภาษณ์การให้บริการด้านโภชนาการ ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และครูโรงเรียนอนุบาลที่ดูแลเด็กปฐมวัย สัมภาษณ์ในประเด็น การดูแลด้านโภชนาการให้กับเด็กและการได้รับการพัฒนาศักยภาพ เพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย โดยเลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจง คือ จังหวัดนนทบุรี และจังหวัดสมุทรสาคร กำหนดจำนวนผู้ให้ข้อมูลจำนวนกลุ่มละ 2 คน หากพบว่ายังขาดข้อมูลที่สำคัญ ต้องมีการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายเพิ่มเติมจนกว่าคำตอบที่ได้ ไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติม นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่ออธิบายสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย

ระยะที่ 2 ทบทวนระบบโภชนาการเด็กปฐมวัยที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายโภชนาการระดับโลกในปัจจุบัน

2.1 ทบทวนการดำเนินงานและช่องว่างการดำเนินงานที่ผ่านมาของกรมอนามัย โดยศึกษาจากรายงานประจำปีของสำนักโภชนาการและสำนักส่งเสริมสุขภาพ 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2563–2565) และเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดขอบเขตการทบทวนตามระบบโภชนาการทั้ง 5 ด้าน ตรวจสอบความสอดคล้องของผลการดำเนินงาน และช่องว่างหรืออุปสรรค

2.2 วิเคราะห์ช่องว่าง ความท้าทาย ของระบบโภชนาการเด็กปฐมวัย วิเคราะห์ช่องว่าง (Gap Analysis) จากการประเมินสถานการณ์ปัจจุบันเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดหรืออุปสรรคใน

การดำเนินงาน เพื่อระบุความท้าทายในการพัฒนาระบบโภชนาการเด็กปฐมวัย

ระยะที่ 3 พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการเด็กปฐมวัย เพื่อการบรรลุเป้าหมายโภชนาการระดับโลก

3.1 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหาด้านโภชนาการตามประเด็นที่ศึกษา โดยใช้รูปแบบการวิจัยเอกสาร (Documentary Research)

3.2 สังเคราะห์ข้อมูลจากข้อ 1 จัดทำร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย

3.3 ตรวจสอบร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย โดย การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารกรมอนามัยและผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ จำนวน 6 ท่าน ตรวจสอบ 4 ด้าน ตามแนวคิดของ Stufflebeam[8-9] คือ 1) ความเหมาะสม (propriety) 2) ความสอดคล้อง (Congruity) 3) ความเป็นไปได้ (feasibility) และ 4) ความเป็นประโยชน์ (utility)

● **การพิทักษ์สิทธิ์ของอาสาสมัคร** การศึกษานี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์กรมอนามัยเลขที่ 789 วันที่ 25 พฤศจิกายน 2567 ก่อนทำการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และเปิดโอกาสให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยระบุข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับปกปิดแหล่งข้อมูลอย่างเคร่งครัด การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมไม่ชี้เฉพาะและไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใด ๆ ทั้งต่อบุคคลและองค์กร

ตารางที่ 1 สถานการณ์ภาวะโภชนาการตามเป้าหมาย Global Nutrition Targets ในประเทศไทย

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ตาม GNTs	Baseline Data ปี 2555	เป้าหมาย ปี 2568	สถานการณ์ ปี 2565
ภาวะเตี้ยในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี	ลดลง ร้อยละ 40	ร้อยละ 16.3	ร้อยละ 9.7	ร้อยละ 12.5
ภาวะน้ำหนักเกินในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี	ไม่เพิ่มขึ้น	ร้อยละ 10.9	≤ร้อยละ 10.9	ร้อยละ 10.9
ภาวะผอมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี	ไม่เกิน ร้อยละ 5	ร้อยละ 6.7	< ร้อยละ 5	ร้อยละ 7.2
หญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15 – 49 ปี) มีภาวะโลหิตจาง	ลดลง ร้อยละ 50	ร้อยละ 22.6*	ร้อยละ 11.3	ร้อยละ16.0**
เด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม	ลดลง ร้อยละ 30	ร้อยละ 7.6*	ร้อยละ 5.3	ร้อยละ 10.3
สัดส่วนแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน	อย่างน้อย ร้อยละ 50	ร้อยละ 12.3*	≥ร้อยละ 50	ร้อยละ 28.6

ที่มา : Baseline Data ปี 2555 จากโครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2555 หรือ MICS4[3]
สถานการณ์ปี 2565 จากโครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2565 หรือ MICS7[10]
* การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5[11]
** การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6[5]

■ ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ระบุปัญหาและวิเคราะห์ข้อมูล

1.1 สถานการณ์ภาวะโภชนาการ ตามเป้าหมาย Global Nutrition Targets จากการทบทวนเอกสารการสำรวจระดับชาติ จำนวน 4 ฉบับ พบสถานการณ์ภาวะโภชนาการตามเป้าหมายโภชนาการระดับโลก ดังตารางที่ 1

สถานการณ์ด้านโภชนาการมารดา ทารก และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในประเทศไทย พบว่า ภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัยหรือเด็กอายุ 0– 5 ปีมีภาวะเตี้ยและผอม สูงว่าเป้าหมาย มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนได้ตามเป้าหมาย แต่หากดูข้อมูลจากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยครั้งที่ 5 และ 6 พบภาวะน้ำหนักเกินในเด็กมีแนวโน้มสูงขึ้น จากร้อยละ 9.2 เป็นร้อยละ 10.9 แม้ว่าการสำรวจในปีล่าสุดจะบรรลุได้ตามเกณฑ์เป้าหมายก็ตาม ส่วนภาวะโลหิตจางในหญิงวัยเจริญพันธุ์ น้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม สูงกว่าค่าเป้าหมายเกือบ 1.5 – 2 เท่า การกินนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน ยังต่ำกว่าค่าเป้าหมาย จะเห็นได้ว่า สถานการณ์ด้านโภชนาการของประเทศไทยยังไม่บรรลุตามเป้าหมายโภชนาการระดับโลก

1.2 ศึกษาเอกสารการสำรวจสถานการณ์ภาวะโภชนาการในเด็กปฐมวัยระดับประเทศ จำนวน 4 ฉบับ พบว่า ไม่มีตัวชี้วัดใดที่บรรลุตามเป้าหมาย ซึ่งเป็นไปตามข้อมูลที่แสดงในตารางที่ 1 ข้อมูลด้านระบบบริการ ข้อมูลพฤติกรรมการบริโภค และการให้ความรู้ด้านโภชนาการกับกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

1.2.1 ระบบบริการด้านโภชนาการ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 88.3 ได้รับการฝากครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้ง[2] และได้รับยา Triferdine ทุกวัน ร้อยละ 89.1 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 17.2 หญิงหลังคลอดและเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือน ร้อยละ 31 ที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน[12]

1.2.2 ด้านพฤติกรรมการบริโภคและภาวะสุขภาพ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 43.8 รับประทานอาหารหลักครบ 5 หมู่ ร้อยละ 40.6 กินไข่ทุกวัน ร้อยละ 67.2 ดื่มนมทุกวัน ร้อยละ 70 มีปัญหาสุขภาพช่องปาก พบแม่มีปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ร้อยละ 30 และพบว่ามีการให้น้ำเมื่อเด็กมีอายุเฉลี่ย 3.9 เดือน และเริ่มให้อาหารอื่นนอกเหนือจากนมแม่ เมื่อเด็กอายุเฉลี่ย 5.4 เดือน[5] เด็กอายุ 6 ถึง 24 เดือน กินอาหารหลัก 5 หมู่ ทุกวัน ร้อยละ 22.1 กินไข่ทุกวัน ร้อยละ 38.3 ไม่กินผัก ร้อยละ 30.5 – 38.3 ได้รับการเยี่ยมบ้านร้อยละ 44.8[13] พฤติกรรมการบริโภคในเด็กปฐมวัย (อายุ 1 – 5 ปี) พบว่า ร้อยละ 73.3 กินผัก ผลไม้ไม่เพียงพอ[5] บริโภคไข่เฉลี่ยไม่ถึงวันละ 1 ฟอง บริโภคนมจืด ร้อยละ 60.4 พบการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ[13]

1.2.3 การให้ความรู้ด้านโภชนาการ พบว่า หญิงตั้งครรภ์เพียง ร้อยละ 28.1 ที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการบริโภคอาหาร[12]

1.3 จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย ดังนี้

1.3.1 ระบบบริการด้านโภชนาการ พบว่า การให้คำแนะนำด้านโภชนาการแก่หญิงตั้งครรภ์ ผู้ดูแลเด็ก ไม่ครอบคลุมและขาดการประเมินความเข้าใจ ระบบการสนับสนุนทางสังคมช่วยเพิ่มความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แนวทางการเริ่มอาหารเสริมในเด็กไม่สอดคล้อง พ่อแม่และผู้ดูแลขาดความรู้และความมั่นใจในการจัดโภชนาการที่เหมาะสม ขาดการตระหนักถึงผลเสียของพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม

ต่อเด็ก

1.3.2 การดำเนินงานในชุมชน ขาดการเชื่อมโยงระหว่างศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียน และหน่วยสาธารณสุข และไม่มีโครงการแก้ปัญหาทุพโภชนาการที่เป็นระบบ

1.3.3 ระบบเฝ้าระวังทางโภชนาการการดำเนินการส่วนใหญ่เป็นเชิงรับในสถานบริการ ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานเพื่อแก้ไขปัญหาโภชนาการอย่างเป็นระบบ

1.3.4 การพัฒนาศักยภาพบุคลากร บุคลากรขาดความรู้และความมั่นใจในการแก้ปัญหาทุพโภชนาการ การพัฒนาศักยภาพครูยังไม่ครอบคลุม

ระยะที่ 2 ทบทวนระบบโภชนาการเด็กปฐมวัยที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายโภชนาการระดับโลกในปัจจุบัน

2.1 ทบทวนระบบส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการเด็กปฐมวัยที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายโภชนาการระดับโลกในปัจจุบัน โดยศึกษาจากเอกสารของกรมอนามัย ได้แก่ รายงานประจำปีของสำนักโภชนาการและสำนักส่งเสริมสุขภาพ 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2563 – 2565) และเอกสารที่เกี่ยวข้องจำนวน 4 ฉบับ พบว่า

นโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนงานระดับชาติ (National Policy) กรมอนามัยได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการในเด็กปฐมวัย ผ่านแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570)[6] โดยมีกลยุทธ์ในการสร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย ขับเคลื่อนผ่านกลไกในระดับพื้นที่ จังหวัดและเขต ด้านโภชนาการมีแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการแห่งชาติ ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2566 – 2570)[14] ที่เน้นโภชนาการหญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็กปฐมวัย เพื่อรากฐานโภชนาการที่ดี และการสร้างความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของโภชนาการในช่วง 1,000 วันแรกของชีวิต ประเด็นบริการด้านอนามัยแม่และเด็ก การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการแก้ไขภาวะโลหิตจางในหญิงวัยเจริญพันธุ์ กำหนดอยู่ในนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 – 2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ[15] นอกจากนี้ มีแผนพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2564 – 2570 ที่บูรณาการทุกกระทรวงและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดบริการแก่เด็กปฐมวัยอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ[16]

กฎ ระเบียบ กฎหมาย (Legal and Regulator) มีการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 โดยการสร้างกลไกการบริหารจัดการและการติดตามประเมินผล นอกจากนี้ ยังมี (ร่าง) พระราชบัญญัติควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก ซึ่งอยู่ระหว่างการพิจารณาของกระทรวงสาธารณสุข

ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง (Partnership and Co ordination) โครงการตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน ได้รับความร่วมมือจาก 6 กระทรวงในการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต โดยมอบหมายบทบาทหน้าที่แต่ละกระทรวงและกำหนดกลไกการดำเนินงานผ่านคณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Health In- formation) รวมทั้งระบบเฝ้าระวังทางโภชนาการและงานวิจัย มีการปรับปรุงระบบเฝ้า

ระวังภาวะโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย และปรับปรุงกราฟการเจริญเติบโตเด็ก 0 – 5 ปี และมีงานวิจัยอย่างต่อเนื่อง

ระบบบริการสุขภาพ การให้โภชน-ศึกษา และการสร้างความรอบรู้ด้านโภชนาการ (Service Delivery and Nutrition Literacy) มีการจัดทำคู่มือแนวทางการให้บริการอนามัยแม่และเด็กในช่วงตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด มีการให้ความรู้และการรณรงค์ เช่น โครงการวิวาห์สร้างชาติ โครงการสาวไทยแก้มแดง โครงการรณรงค์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และจัดทำข้อปฏิบัติการกินเพื่อสุขภาพที่ดีสำหรับหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็กอายุ 0 – 5 ปี (Food Based Dietary Guidelines : FBDGs)

2.2 วิเคราะห์ช่องว่าง ความท้าทาย ของระบบโภชนาการเด็กปฐมวัย ผลการวิเคราะห์ช่องว่างของระบบโภชนาการ พบว่า

1. ขาดการติดตาม ประเมินผลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ระดับชาติอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

2. ขาดกลไกการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่

3. ขาดการติดตามประเมินผลการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

4. กลไกการติดตามและตรวจสอบการบังคับใช้พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม

5. การสื่อสารความรู้ด้านโภชนาการเป็นไปในรูปแบบทางเดียว ไม่มีการประเมินประสิทธิผล ความท้าทายของระบบโภชนาการ พบว่า

1) การพัฒนาระบบโภชนาการเพื่อการบรรลุเป้าหมายโภชนาการระดับโลก

2) ความตระหนักของผู้ดูแลเด็กในการเฝ้าระวังการเจริญเติบโต

3) การเข้าถึงบริการและการให้ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการไม่ครอบคลุมและขาดประสิทธิภาพ

4) หญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัยยังมีพฤติกรรมการบริโภคไม่เหมาะสม

5) การเฝ้าระวังภาวะโภชนาการที่มีความแม่นยำ ขาดความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน

6) งานวิจัยเพื่อสนับสนุนนโยบายมีน้อย ไม่สามารถตอบโจทย์ต่อสถานการณ์

ระยะที่ 3 พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการเด็กปฐมวัยเพื่อการบรรลุเป้าหมายโภชนาการระดับโลก

3.1 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหาด้านโภชนาการตามประเด็นที่ศึกษา โดยใช้รูปแบบการวิจัยเอกสาร (Documentary Research) จำนวน 45 ฉบับ

3.2 นำผลการวิเคราะห์ช่องว่าง ความท้าทายของระบบโภชนาการ และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหา มาสรุปเป็นร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย จำนวน 7 ข้อ ดังนี้

ข้อเสนอแนะที่ 1 เพิ่มประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์

ข้อเสนอแนะที่ 2 พัฒนากลไกการขับเคลื่อนแผนสู่การปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะที่ 3 พัฒนากลไกการทำงานของภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่

ข้อเสนอแนะที่ 4 สนับสนุนและขับเคลื่อนกฎหมายปกป้องสุขภาพเด็ก

ข้อเสนอแนะที่ 5 พัฒนาระบบเฝ้าระวัง

และงานวิจัย

ข้อเสนอแนะที่ 6 พัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก เน้นการสร้างความรอบรู้ด้านโภชนาการ

ข้อเสนอแนะที่ 7 ปรับเปลี่ยนรูปแบบการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

3.3 ตรวจสอบร่างข้อเสนอเชิงนโยบายโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารกรมอนามัยและผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ จำนวน 6 ท่าน ผลการตรวจสอบ พบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ข้อเสนอเชิงนโยบายมีความเหมาะสม สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ยุทธศาสตร์และภารกิจของกรมอนามัย มีความเป็นไปได้ และเป็นประโยชน์ต่อกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอดและเด็กปฐมวัย

■ อภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า สถานการณ์ด้านโภชนาการของประเทศไทย ยังไม่บรรลุตามเป้าหมายโภชนาการระดับโลก จากการสำรวจพบว่าหญิงตั้งครรภ์ไม่ถึงร้อยละ 50 ที่มีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือนไม่ถึงร้อยละ 30 พบการให้อาหารอื่นนอกจากนมแม่ก่อนเด็กอายุ 6 เดือน สาเหตุส่วนใหญ่เนื่องมาจากหญิงตั้งครรภ์ พ่อแม่และผู้ดูแลเด็กขาดความรู้เกี่ยวกับโภชนาการที่ถูกต้อง เหมาะสม สะท้อนให้เห็นถึงระบบบริการด้านโภชนาการที่ยังไม่ครอบคลุมและไม่สามารถสร้างความมั่นใจในการดูแลด้านโภชนาการเด็กปฐมวัย ประกอบกับยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการ เด็กปฐมวัยที่มีข้อจำกัด ไม่สามารถขับเคลื่อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการวิเคราะห์สถานการณ์ระบบโภชนาการ ช่องว่างและความท้าทายในทุกด้านของระบบโภชนาการ ทบทวนเอกสาร พัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายการพัฒนาระบบโภชนาการเด็กปฐมวัยเพื่อการบรรลุเป้าหมายโภชนาการระดับโลกและตรวจสอบจากผู้บริหารและผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ สรุปข้อเสนอต่อการพัฒนาระบบโภชนาการเด็กปฐมวัย เพื่อการบรรลุเป้าหมายโภชนาการระดับโลก จำนวน 7 ข้อ ดังนี้

ข้อเสนอแนะที่ 1 เพิ่มประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ กรมอนามัยควรให้ความสำคัญกับการสร้างความเข้มแข็งในการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ที่มีอยู่ ในประเด็นการเป็นยุทธศาสตร์หรือนโยบายระดับชาติ การมีกลไกการติดตามผลการดำเนินงานโดยคณะกรรมการระดับชาติ สอดคล้องกับข้อเสนอสำคัญจากองค์การอนามัยโลก[17] ที่ให้ประเทศสมาชิกทบทวนนโยบายให้ครอบคลุมกับปัญหาทุพโภชนาการ หรือกำหนดยุทธศาสตร์หรือนโยบายการแก้ปัญหาทุพโภชนาการในเด็กปฐมวัย[18] การศึกษาของ Pines JM[19] Ibrahim Kasirye[20] Nishida และคณะ[21] ที่พบว่าการมีนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนสามารถลดอัตราการขาดสารอาหารในเด็กปฐมวัยได้อย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะที่ 2 พัฒนากลไกการขับเคลื่อนแผนสู่การปฏิบัติ กรมอนามัยควรพัฒนากลไกการขับเคลื่อนแผนสู่การปฏิบัติควบคู่ไปกับการประกาศและสื่อสารนโยบาย เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน สอดคล้องกับคู่มือการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ.2561– 2580) ของกระทรวงศึกษาธิการ[22] ที่เน้นการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ การจัดสรรทรัพยากรอย่างเพียงพอจากทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอขององค์การอนามัยโลกใน Global nutrition policy review:

What does it take to scale up nutrition action?[23] ว่าแผนโภชนาการที่ดีควรเป็นนโยบายที่มีเป้าหมายที่ชัดเจน การจัดสรรทรัพยากรที่เพียงพอ การประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วน และการมีระบบติดตามประเมินผลที่ดี นอกจากนี้ การศึกษาของ Nishida และคณะ ยังชี้ให้เห็นว่าการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของยุทธศาสตร์[21]

ข้อเสนอแนะที่ 3 พัฒนากลไกการทำงานของภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ กรมอนามัยควรพัฒนากลไกการทำงานของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เช่น การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) การสร้างครัวชุมชน มาตรการทางสังคม การจัดสวัสดิการช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตรและเด็กอายุ 0 – 5 ปี ให้ได้รับอาหารที่มีคุณภาพและเพียงพอ ภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงการผลักดันให้มีแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัยอยู่ในแผนงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Schwarzenberg[24] ที่เน้นให้ผู้นำและผู้กำหนดนโยบายตระหนักถึงความสำคัญของโภชนาการ กำหนดนโยบายสาธารณะของรัฐในการจัดหาสารอาหารที่เพียงพอให้กับหญิงตั้งครรภ์และเด็ก

ข้อเสนอแนะที่ 4 สนับสนุนและขับเคลื่อนกฎหมายปกป้องสุขภาพเด็ก กรมอนามัยควรสนับสนุนการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 สู่การปฏิบัติและผลักดัน (ร่าง) พระราชบัญญัติควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็กเข้าสู่กระบวนการตรากฎหมาย เป็นไปตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกต่อการพัฒนา Global Nutrition Targets 2025 Double-duty actions for nutrition[25] Childhood overweight policy brief[26] และข้อเสนอจาก UNICEF[18]

ข้อเสนอแนะที่ 5 พัฒนาระบบเฝ้าระวังและงานวิจัย กรมอนามัยควรพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางโภชนาการเด็กปฐมวัย โดยการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องและนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ รวมถึงการพัฒนาอุปกรณ์ในการชั่งน้ำหนัก วัดความยาวและส่วนสูงให้ได้มาตรฐาน ประกอบกับการพัฒนากลไกการใช้ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังเพื่อการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ ลดช่องว่างที่เกิดขึ้นในด้านบุคลากร ระบบ และอุปกรณ์ เพื่อให้ข้อมูลมีคุณภาพสำหรับการตัดสินใจเชิงนโยบาย[27] นอกจากนี้ กรมอนามัยควรจัดทำแผนการวิจัยระยะ 3 – 5 ปี กำหนดเป็นทิศทางในการทำวิจัยเพื่อส่งเสริมป้องกันและแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กปฐมวัย และสนับสนุนการตัดสินใจในการกำหนดนโยบาย

ข้อเสนอแนะที่ 6 พัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก เน้นการสร้างความรอบรู้ด้านโภชนาการ กรมอนามัยควรเน้นการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก โดยให้ความสำคัญกับการสร้างความรอบรู้ด้านโภชนาการ และการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริโภคอาหารแก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ พ่อ แม่ และผู้ดูแลเด็ก สอดคล้องกับการวิจัยของ Ibrahim Kasirye[20] ที่ระบุว่า ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ลดปัญหาทุพโภชนาการในประเทศแถบแอฟริกาตะวันออก คือ สุขภาพและการศึกษาของมารดาและการศึกษา นอกจากนี้ งานวิจัยของ Kiran Rupakhetee และ

คณะ[28]

ข้อเสนอแนะที่ 7 ปรับเปลี่ยนรูปแบบการพัฒนาศักยภาพบุคลากร กรมอนามัยจึงควรมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบให้สอดคล้องกับข้อจำกัด เน้นรูปแบบการให้ความรู้ในระยะสั้นและมีการเสริมทักษะโดยการปฏิบัติจริงในพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชมพูนุช สุภาพวานิช และคณะ[29] นอกจากนี้ควรสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ภายในองค์การ และการสร้างแรงจูงใจการพัฒนาบุคลากร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาสมรรถนะในการทำงานของบุคลากรกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (ส่วนกลาง) ของ ทิพวรรณ พูนเอียด[30]

■ สรุปผล

ประเทศไทยยังไม่บรรลุเป้าหมายโภชนาการระดับโลก โดยพบว่า หญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแลเด็กขาดความรู้ด้านโภชนาการส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การวิเคราะห์ระบบโภชนาการ ชี้ให้เห็นปัญหาสำคัญ ได้แก่ การขับเคลื่อนนโยบายหรือยุทธศาสตร์ระดับชาติที่ไม่มีประสิทธิภาพ การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติที่ขาดความชัดเจน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ที่ยังจำกัด การบังคับใช้กฎหมายพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็ก พ.ศ.2560 ยังไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม บุคลากรขาดองค์ความรู้และความมั่นใจในการแก้ปัญหาทุพโภชนาการในหญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย ระบบเฝ้าระวังทางโภชนาการยังขาดประสิทธิภาพ งานวิจัยเพื่อสนับสนุนนโยบายและแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่มีน้อย การเข้าถึงบริการอนามัยแม่และเด็กไม่ครอบคลุม การให้ความรู้ด้านโภชนาการไม่เพียงพอที่จะสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์และดูแลเด็กปฐมวัย จึงมีข้อเสนอเชิงนโยบาย ในการเพิ่มประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ การพัฒนากลไกการขับเคลื่อนแผนสู่การปฏิบัติ การพัฒนากลไกการทำงานของภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ การสนับสนุนและขับเคลื่อนกฎหมายปกป้องสุขภาพเด็ก การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและงานวิจัย การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก เน้นการสร้างความรอบรู้ด้านโภชนาการ และการปรับเปลี่ยนรูปแบบการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

■ ข้อเสนอแนะ

- **ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ**

ผู้บริหารกรมอนามัยสามารถนำข้อเสนอที่ได้จากการศึกษาไปเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการกำหนดทิศทางการดำเนินงานของกรมอนามัย เพื่อให้เกิดประสิทธิผลต่อการแก้ปัญหาทุพโภชนาการของประเทศ

- **ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย**

การศึกษาข้อเสนอเชิงนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพประเด็นอื่น ๆ เพื่อใช้ประกอบการกำหนดนโยบายของผู้บริหารให้สอดรับกับบริบทและสภาพปัญหา

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณแพทย์หญิงสายพิณ โชติวิเชียร ผู้อำนวยการสำนักโภชนาการ และ รศ.ดร.ประสิทธิ์ ลีระพันธ์ ที่ให้การสนับสนุนและเป็นที่ปรึกษาสำหรับการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานความก้าวหน้าเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทย พ.ศ. 2559-2563. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2564.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562. รายงานผลฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2563.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2555. รายงานผลฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2556.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559 รายงานผลฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2559.
5. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
6. กองแผนงาน กรมอนามัย. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
7. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [cited 2023 Oct 5]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf
8. Stufflebeam DL. The methodology of meta-evaluation as reflected in meta-evaluations by the Western Michigan University Evaluation Center. J Pers Eval Educ 2000;14:95-125.
9. Stufflebeam DL. Evaluation models: new directions for evaluation. San Francisco: Jossey-Bass; 2001.
10. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2565 รายงานผลฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2566.
11. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2559.
12. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และยูนิเซฟ ประเทศไทย. การประเมินผลระหว่างการดำเนินโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต ในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 12 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.unicef.org/thailand/media/10646/file/Formative%20evaluation%20of%20the%201000%20days%20programme%20TH.pdf
13. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานโครงการศึกษาสถานการณ์การบริโภคอาหาร ความมั่นคงทางอาหาร และความรอบรู้ด้านอาหารของประชากรไทยระดับประเทศ. 2567. กรมอนามัย. แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการแห่งชาติ ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2566-2570) [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 12 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://nutritionanamai.moph.go.th/th/nutrition-action-plan/download?id=115988&mid=31953&mkey=m_document&lang=th&did=31604
14. กรมอนามัย สำนักโภชนาการ. แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการแห่งชาติ ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2566-2570) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 24 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/nutrition-action-plan/download?id=115988&mid=31953&mkey=m_document&lang=th&did=31604
15. กรมอนามัย. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
16. คณะกรรมการนโยบายการพัฒนาเด็กปฐมวัย. แผนพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2564-2570. กรุงเทพมหานคร: พริกหวานกราฟฟิค; 2564.
17. World Health Organization. Global nutrition targets 2025: Stunting Policy Brief [Internet]. 2024 [cited 2024 Jan 10]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.3

18. United Nations Children's Fund (UNICEF). Fed to fail? The crisis of children's diets in early life. Child nutrition report. New York: UNICEF; 2021.
19. Pines JM. National nutrition planning: lessons of planning: lessons of experience. Food Policy. 1982;7(4):275–301.
20. Kasirye I. What are the successful strategies for reducing malnutrition among young children in East Africa? New York: Human Development Report Office, United Nations Development Programme; 2010.
21. Nishida C, Mutru T, Imperial R. Strategies for effective and sustainable national nutrition plans and policies. Forum Nutr. 2003;56:264–6..
22. กระทรวงศึกษาธิการ. คู่มือการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ.2561– 2580) ของกระทรวงศึกษาธิการ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 23 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ops.moe.go.th/wp-content/uploads/2022/02/คู่มือการขับเคลื่อน1.pdf
23. World Health Organization. Global nutrition policy review: what does it take to scale up nutrition action? Geneva: WHO Document Production Services; 2013.
24. Schwarzenberg SJ, Georgieff MK, Committee on Nutrition. Advocacy for improving nutrition in the first 1000 days to support childhood development and adult health. Pediatrics. 2018;141(2):e20173716.
25. World Health Organization. Double-duty actions for nutrition policy brief [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [cited 2023 Oct 5]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-17.2
26. World Health Organization. Global nutrition targets 2025: childhood overweight policy brief [Internet]. 2014 [cited 2023 Oct 5]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.6
27. Sahyoun NR. Nutrition surveillance/developed countries. In: Allen L, Caballero B, Prentice A, editors. Encyclopedia of human nutrition. 2nd ed. San Diego: Elsevier Academic Press; 2005. p. 363–71.
28. Rupakhetee K, Shrestha ML, Neupane BR. Meeting the global nutrition targets 2025: Nepal's unfinished agenda [Internet]. 2024 [cited 2024 Jan 10]. Available from: https://www.ennonline.net/attachments/3353/NEX-13_p7-8_Nepal.pdf
29. ชมพูนุช สุภาพวานิช, ไพสิฐ จิรรัตนโสภา,เบญจวรรณ พูนธนานิวัฒน์กุล, บุญแทน กิ่งสายหยุด. การพัฒนาสมรรถนะการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในมุมมองผู้บริหารของเขตสุขภาพที่ 1 –12 วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2022;25(5): 158–53.
30. ทิพวรรณ พูลเอียด. สมรรถนะในการทำงานของบุคลากรกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (ส่วนกลาง)[อินเทอร์เน็ต]. 2567[เข้าถึงเมื่อ 2 มค.2567]. เข้าถึงได้จาก: http://www.mpa-mba.ru.ac.th/images/Project/treatise_bangkok14_09092021/6217950062.pdf

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
ปีที่ 47 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2567

การศึกษาความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ($PM_{2.5}$) กรณีศึกษา: พื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ

จิตติมา รอดสวาสดิ์*
วรวรรณ พงษ์ประเสริฐ
ประทุม สีดาจิตต์
กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย

วันรับ 25 พฤศจิกายน 2567, วันแก้ไข 24 มกราคม 2568, วันตอบรับ 28 มกราคม 2568.

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ($PM_{2.5}$) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ 2) ศึกษาเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม จำแนกตามปัจจัยทางชีวสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 3) ศึกษาอิทธิพลของความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ ใน 15 จังหวัด จำนวน 266 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน และใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 – 0.95 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90.2 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.8 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 55 มีประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่ำกว่า 13 ปี ร้อยละ 55.6 มีอายุต่ำกว่า 60 ปี ร้อยละ 53.0 อาศัยอยู่ในชุมชน มากกว่า 40 ปี ร้อยละ 53.8 มีระดับการศึกษาสูงสุดเป็นระดับประถมศึกษา และร้อยละ 40.2 ไม่ได้ทำงาน ผลการศึกษาความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.34 และรายด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม และการตัดสินใจเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.30, 3.23, 3.38 และ 3.46 ตามลำดับ ผลการศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมกับปัจจัยทางชีวสังคม พบว่า ประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อายุ และระดับการศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขที่แตกต่างกัน มีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 (p-value = 0.024, 0.001, 0.008) ตามลำดับ นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่าการเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลทางตรงต่อการตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม และการตัดสินใจเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชนจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน รวมทั้งพฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชน มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 0.94, 0.94 และ 0.84 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชน และส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ข้อเสนอแนะจากการศึกษาในครั้งนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ ควรได้รับการพัฒนาเพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน จากโปรแกรมการจัดการเรียนรู้ที่เน้นการพัฒนาแนวคิดและสมรรถนะเกี่ยวกับการเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ และการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชน และควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน

คำสำคัญ: เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ ฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

*ผู้รับผิดชอบบทความ, อีเมล: jrodsawad@gmail.com

A Study of Environmental Health Literacy for Fine Particulate Matter ($PM_{2.5}$) Prevention among Village Health Volunteers: A Case Study of Eco Industrial Town

Jittima Rodsawad*
Worawan Pongprasert
Pratoom Seedajit
Division of Health Impact Assessment, Department of Health

Received 25 November 2024, Revised 24 January 2025, Accepted 28 January 2025.

Abstract

This study aimed to: 1) examine environmental health literacy of village health volunteers in Eco Industrial Town regarding the prevention of health effects from fine particulate matter ($PM_{2.5}$); 2) differentiate environmental health literacy among village health volunteers based on their sociodemographic factors; and 3) investigate the influence of environmental health literacy on preventive behaviors related to fine particulate matter. The study was conducted among 266 village health volunteers in 15 provinces of Eco Industrial Town, selected using multi-stage random sampling. Data were collected using a questionnaire with a reliability from 0.80 to 0.95. Descriptive and inferential statistics were used for analysis. Of the sample group, 90.2% were female, 59.8% were married, and 55% had less than 13 years of experience as village health volunteers. 55.6% were under 60 years old, 53% had lived in the community for more than 40 years, 53.8% had completed primary

school as their highest level of education, and 40.2% were not housewives/househusbands. The results showed that overall environmental health literacy among village health volunteers was at a moderate level, with an average score of 3.34. The dimensions of environmental health literacy accessing, understanding, verifying and decision-making were also at a moderate level, with average scores of 3.30, 3.23, 3.38 and 3.46, respectively. When comparing the average environmental health literacy scores with sociodemographic factors, the study found statistically significant differences in environmental health literacy among village health volunteers with varying levels of experience as a health village volunteer, age and education at the 0.01 and 0.05 levels (p-value = 0.024, 0.001, 0.008 respectively). The study also found that understanding environmental health information directly influenced verifying that information. Furthermore, decisions made to protect health directly influenced behaviors related to monitoring self and the community health regarding fine particulate matter. Finally, monitoring self and the community health directly influenced behaviors to prevent exposure to fine particulate matter. These relationships were statistically significant at the 0.05 level, with large effect sizes of 0.94, 0.94, and 0.84, respectively. These findings demonstrate that the components of environmental health literacy are key factors that strongly influence health surveillance behaviors in individuals and communities, and consequently affect behaviors related to preventing exposure to fine particulate matter. Based on these findings, it is recommended that targeted development programs be implemented for village health volunteers in Eco Industrial Town to enhance their environmental health literacy regarding the prevention of health impacts from fine particulate matter. These programs should aim to develop specific skill and competency related to understanding environmental health information, making decisions about health prevention, and monitoring health risks in their communities. In conclusion, further experimental studies are recommended to evaluate the effectiveness of these training programs in changing behaviors and preventing health problems related to fine particulate matter.

Keywords: Eco Industrial Town, $PM_{2.5}$, Environmental health literacy

*Corresponding Author, email : jrodsawad@gmail.com

■ บทนำ

การพัฒนาพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ เป็นการดำเนินงานภายใต้กรอบยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579) ซึ่งกำหนดแนวทางการพัฒนาและยกระดับอุตสาหกรรมให้เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของพื้นที่ด้วยการสร้างความสมดุลระหว่างปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ควบคู่ไปกับการให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้อุตสาหกรรมสามารถอยู่ร่วมกันกับชุมชนได้อย่างยั่งยืน โดยได้ดำเนินการในพื้นที่ 15 จังหวัดทั่วประเทศไทย ถึงแม้ว่านโยบายดังกล่าวได้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังพบว่าหลายจังหวัดในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ มีสารมลพิษทางอากาศ ได้แก่ ฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 10 ไมครอน (PM_{10}) ฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ($PM_{2.5}$) ที่เกินค่ามาตรฐาน[1] นอกจากนี้ จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center-HDC) พบว่า ประชาชนในพื้นที่ดังกล่าวมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ และผู้ที่อยู่อาศัยในเขตใกล้นิคมอุตสาหกรรมมีแนวโน้มการเจ็บป่วยมากกว่าผู้ที่อยู่อาศัยไกลออกไป[2] การกำหนดมาตรการในการดูแลป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ดังกล่าวจึงมีความสำคัญในการลดอัตราการเจ็บป่วยและ

เสียชีวิตที่สามารถป้องกันได้

ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health Literacy-EHL) เป็นแนวคิดที่เกิดขึ้นใหม่ที่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยพัฒนามาจากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผสมผสานกับการสื่อสารความเสี่ยง และวิทยาศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อม[3] จากผลการวิจัยในต่างประเทศพบว่า ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นเครื่องมือที่เป็นประโยชน์ต่อการสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับชุมชนแบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การหลีกเลี่ยงการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคลจนถึงระดับชุมชน[4] โดยใช้ข้อมูลข่าวสารด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจในการลดความเสี่ยง และสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้ดีขึ้น[5] ในขณะที่ระบบสุขภาพชุมชนของสังคมไทยนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นทรัพยากรกำลังคนที่สำคัญ หรือเป็นสื่อบุคคลที่สามารถสื่อสารบอกต่อข้อมูลสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปสู่ประชาชนในพื้นที่ และมีทักษะการสื่อสารที่สามารถแปลงภาษาวิชาการเป็นภาษาที่ประชาชนสามารถเข้าถึงหรือเข้าใจได้ง่าย อย่างไรก็ตาม การให้ความรู้นั้นจะต้องอยู่บนพื้นฐานของวิชาการที่ถูกต้อง ชัดเจน และเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ จึงมีความจำเป็นที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะต้องมีความรู้ ทักษะ และสมรรถนะที่รองรับการเปลี่ยนแปลง และยกระดับไปสู่การมีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่สามารถนำไปถ่ายทอดให้กับชุมชนในการเลือกรับปรับใช้ ตัดสินใจในการจัดการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อม และส่งเสริมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่างานวิจัยที่เกี่ยวกับการพัฒนาเครื่องมือสำหรับการวัดหรือประเมินความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีจำนวนน้อย และความรอบรู้ด้านสุขภาพยังมีขอบเขตที่ไม่ครอบคลุมไปถึงการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อม ที่เป็นสาเหตุปัจจัยของการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระดับบุคคลและชุมชน ในขณะเดียวกัน การกำหนดมาตรการหรือกลยุทธ์ในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กของประชาชน จำเป็นต้องเข้าใจถึงสถานการณ์หรือบริบทของพื้นที่ เพื่อจะนำไปสู่การวางแผนในการผลักดันและขับเคลื่อนมาตรการสำคัญได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล ดังนั้น การประเมินความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการศึกษาถึงปัจจัยและองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน จึงมีความสำคัญที่จะสะท้อนให้เห็นถึงระดับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เป็นกลไกการดำเนินงานสาธารณสุขที่สำคัญในระดับชุมชน รวมถึงการวิเคราะห์อิทธิพลของความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน เพื่อจะใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ดังกล่าว และนำไปสู่การเป็นต้นแบบในการสร้างเสริมความรอบรู้

ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในประเด็นผลกระทบต่อสุขภาพจากปัจจัยเสี่ยงทางด้านสิ่งแวดล้อมในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1) เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ

2) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม จำแนกตามปัจจัยทางชีวสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3) เพื่อศึกษาอิทธิพลของความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน

■ วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ และการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ ดำเนินการศึกษาในเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 โดยประชากรที่ศึกษา ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ ใน 15 จังหวัดของประเทศไทย รวมทั้งสิ้น 15,228 คน และกำหนดขนาดตัวอย่างตามแนวคิดของไคลน์ที่แนะนำว่าจำนวนขนาดตัวอย่าง 200 คนนั้นเพียงพอต่อการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์ที่ไม่ซับซ้อนได้[6] การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) โดยขั้นที่ 1 ใช้การสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) ตามสัดส่วนของจังหวัดที่มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ขนาดละ 1 จังหวัด (ขนาดเล็ก ขนาดกลาง ขนาดใหญ่ และขนาดใหญ่พิเศษ) จึงได้กลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร ชลบุรี ระยอง และราชบุรี ตามลำดับ และขั้นที่ 2 ใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Proportional Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วนประชากรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้กลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 200 คน

● **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ใช้แบบสอบถามประเมินความรอบรู้ด้านอนามัยในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิสามท่าน จากนั้นนำผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ (Index of item-objective congruence: IOC) แล้วคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC เท่ากับหรือมากกว่า 0.50 มาเป็นข้อคำถามในแบบสอบถามฯ และตรวจสอบความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.93 - 0.95 โดยแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส ประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อายุ ระยะเวลาที่อยู่ในชุมชน ระดับการศึกษา และลักษณะงานหลักที่ทำ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม และการตัดสินใจเพื่อป้องกัน

ผลกระทบต่อสุขภาพ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “จริงมากที่สุด” ถึง “จริงน้อยที่สุด”

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ประกอบด้วย พฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชนจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน และพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “ปฏิบัติมากที่สุด” ถึง “ปฏิบัติน้อยที่สุด”

● **การวิเคราะห์ข้อมูล**

(1) การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ในแบบสอบถามประเมินความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน จะใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

(2) การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงเปรียบเทียบด้วยสถิติค่า t (Independent t-test) เพื่อทดสอบเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่ไม่เกี่ยวข้องกัน ซึ่งการศึกษานี้ใช้ทดสอบค่าเฉลี่ยของระดับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน และปัจจัยทางชีวสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอยู่ 2 กลุ่ม ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อายุ ระยะเวลาที่อยู่ในชุมชน ระดับการศึกษา และลักษณะงานหลักที่ทำ

(3) การวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพล (Paths Analysis) ด้วยโปรแกรมลิสเรล โดยข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพลนั้น ใช้การตรวจสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง (Structural Equation Model-SEM) ว่ามีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือไม่ จากนั้นจึงพิจารณาขนาดอิทธิพลที่ปรากฏในโมเดลเส้นทางอิทธิพลของความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ซึ่งระหว่างทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ SEM ด้วยโปรแกรมลิสเรลนี้ หากพบว่าโมเดลไม่มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยจึงดำเนินการปรับแก้โมเดลให้มีความกลมกลืนมากยิ่งขึ้น โดยพิจารณาจากรายงานค่าดัชนีปรับแก้ (Modification index) และยอมให้ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรในโมเดลบางคู่มีความสัมพันธ์กันได้ รวมทั้งคำนึงถึงความเหมาะสมและความเป็นไปได้ทางแนวคิดและทฤษฎีตลอดจนผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาสนับสนุนและมาอภิปรายผลการวิจัยหลังจากการแก้ไขโมเดล

- เกณฑ์การประเมินการจัดระดับคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน โดยแบ่งได้เป็น 3 ระดับ[7] ดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย 4.01 – 5.00 หรือมากกว่า 80% ของคะแนนเต็ม แสดงว่า อยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4.00 หรือตั้งแต่ 60 – 80% ของคะแนนเต็ม แสดงว่า อยู่ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 3.00 หรือน้อยกว่า 60% ของคะแนนเต็ม แสดงว่า อยู่ในระดับน้อย

● **การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง** ผู้วิจัย

ได้มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามกระบวนการวิจัย โดยดำเนินการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมอนามัย ใบรับรองรหัสโครงการที่ 387 เมื่อวันที่ 27 มีนาคม 2563 โดยผู้ศึกษาได้แจ้งวัตถุประสงค์การศึกษาในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยไม่เปิดเผยชื่อหรือระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูล และการรายงานผลการศึกษาจะรายงานในภาพรวม

■ ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 30 คน จังหวัดระยอง จำนวน 66 คน จังหวัดชลบุรี จำนวน 70 คน และจังหวัดราชบุรี จำนวน 100 คน รวมทั้งสิ้น 266 คน (จากที่กำหนดไว้ 200 คน เพื่อชดเชยข้อมูลที่อาจสูญหายไป ทำให้มีจำนวนข้อมูลเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ที่น่าเชื่อถือ) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.2 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.8 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 55 มีประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่ำกว่า 13 ปี ร้อยละ 55.6 มีอายุต่ำกว่า 60 ปี ร้อยละ 53.0 อาศัยอยู่ในชุมชนมากกว่า 40 ปี ร้อยละ 53.8 มีระดับการศึกษาสูงสุดเป็นระดับประถมศึกษา และร้อยละ 40.2 ไม่ได้ทำงานเป็นพ่อบ้านแม่บ้าน

ส่วนที่ 2 ระดับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน

ภาพรวมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=3.34, S.D.= 0.63) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม และการตัดสินใจเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยการเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\overline{X}$=3.23, S.D.= 0.68) และการตัดสินใจเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\overline{X}$=3.46, S.D.=0.75) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ (n = 266 คน)

ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม	3.30	0.76	ปานกลาง
การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม	3.23	0.68	ปานกลาง
การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม	3.38	0.74	ปานกลาง
การตัดสินใจเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ	3.46	0.75	ปานกลาง
ภาพรวมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	**3.34**	**0.63**	**ปานกลาง**

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน จำแนกตามปัจจัยทางชีวสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 266 คน)

ปัจจัยชีวสังคม	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
เพศ				
ชาย	3.446	0.738	0.889	0.375
หญิง	3.330	0.620		
สถานภาพสมรส				
สมรส	3.393	0.609	1.657	0.099
หม้าย/หย่า/แยก	3.249	0.681		
ประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน				
ต่ำกว่า 13 ปี	3.429	0.577	2.270	0.024*
13 ปีขึ้นไป	3.252	0.681		
อายุ				
ต่ำกว่า 60 ปี	3.441	0.569	3.521	0.001**
60 ปีขึ้นไป	3.162	0.701		
ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน				
ต่ำกว่า 40 ปี	3.396	0.633	1.513	0.131
40 ปีขึ้นไป	3.299	0.628		
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา	3.250	0.636	-2.352	0.008**
ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป	3.455	0.612		
ลักษณะงานหลักที่ทำ				
ทำงาน	3.250	0.636	1.179	0.240
ไม่ได้ทำงาน	3.455	0.612		

หมายเหตุ: ** p-value < .01, * p-value < .05

ตารางที่ 3 ค่าดัชนีวัดความสอดคล้องก่อนและหลังการปรับแก้โมเดล

ดัชนี	เกณฑ์	ค่าดัชนีความสอดคล้องก่อนปรับแก้โมเดล	ผลการพิจารณา	ค่าดัชนีความสอดคล้องหลังปรับแก้โมเดล	ผลการพิจารณา
χ^2/df	ต่ำกว่า 5.00	7.730	ไม่ผ่านเกณฑ์	1.240	ผ่านเกณฑ์
RMSEA	< .08	0.160	ไม่ผ่านเกณฑ์	0.030	ผ่านเกณฑ์
SRMR	< .08	0.081	ไม่ผ่านเกณฑ์	0.020	ผ่านเกณฑ์
CFI	> .90	0.97	ผ่านเกณฑ์	1.00	ผ่านเกณฑ์
TLI	> .90	0.92	ผ่านเกณฑ์	1.00	ผ่านเกณฑ์

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน

ภาพรวมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=3.57, SD=0.74) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า พฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ($\overline{X}$=3.59, SD=0.80) มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าพฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชนจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ($\overline{X}$=3.55, SD=0.75)

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอนกับปัจจัยทางชีวสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมกับปัจจัยทางชีวสังคม ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส ประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อายุ ระยะเวลาที่อยู่ในชุมชน ระดับการศึกษา และลักษณะงานหลักที่ทำ กับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน พบว่า ประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อายุ และระดับการศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขที่แตกต่างกัน มีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ดังตารางที่ 2

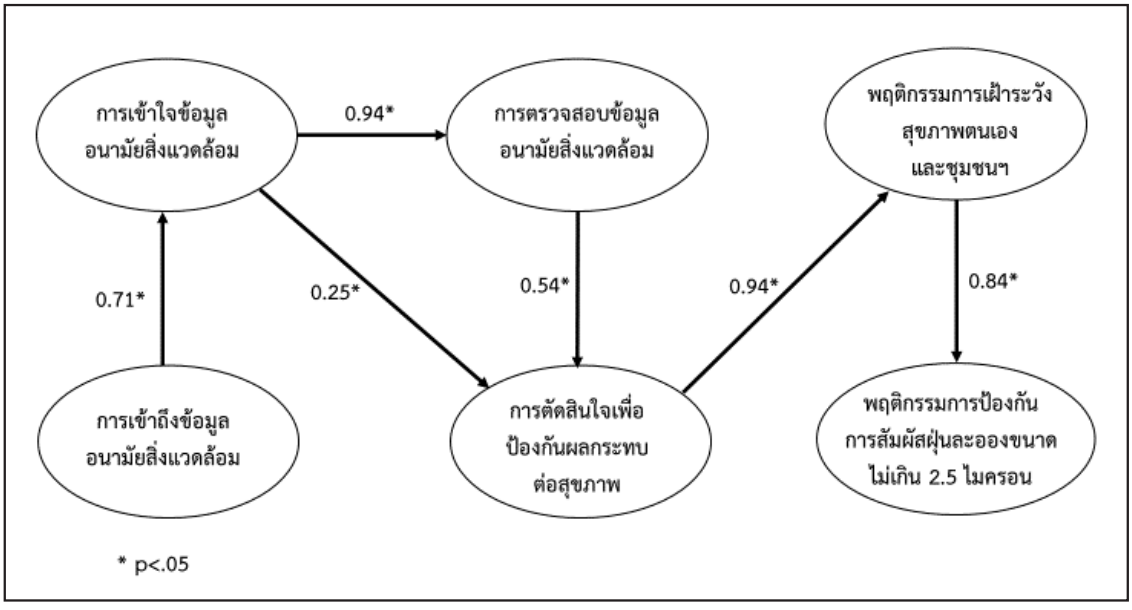
ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพลของความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน

ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพล (Paths Analysis) นั้น ใช้การตรวจสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง (Structural Equation Model -SEM) ว่ามีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้หรือไม่ จากนั้นจึงพิจารณาขนาดอิทธิพลที่ปรากฏในโมเดลเส้นทางอิทธิพลของความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ซึ่งในการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมลิสเรลในเบื้องต้นพบว่า โมเดลยังไม่มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยพิจารณาจากค่าสถิติ คือ ค่าไค-สแควร์ (X^2) มีค่าเท่ากับ 46.38, df = 6, p-value = 0.000, ค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ (X^2/df) มีค่าเท่ากับ 7.730, RMSEA = 0.160, SRMR = 0.081, CFI = 0.97 และ TLI = 0.92 ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงค่าดัชนีวัดความกลมกลืนเหล่านี้กับเกณฑ์ที่บ่งชี้ว่าโมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า โมเดลตามสมมติฐานยังไม่มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เนื่องจากค่า RMSEA และ SRMR ยังมีค่ามากกว่า 0.08 รวมทั้งค่าไค-สแควร์ยังมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจึงได้ปรับแก้โมเดลโดยการนำเส้นอิทธิพลออกจำนวน 3 เส้น ประกอบด้วย เส้นอิทธิพลจากตัวแปรการเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมไปยังการตัดสินใจเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ เส้นอิทธิพลจากตัวแปรการตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมไปยังพฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชนจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน และเส้นอิทธิพลจากตัวแปรการตัดสินใจเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพไปยังพฤติกรรม

ตารางที่ 4 ค่าขนาดอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวมระหว่างตัวแปร

ตัวแปรตาม	R^2	อิทธิพล	ตัวแปรอิสระ: การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม	การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม	การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม	การตัดสินใจเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ	พฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชนจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน	พฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน
การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม	0.50	DE	0.71*	–	–	–	–	–
		IE	–	–	–	–	–	–
		TE	0.71*	–	–	–	–	–
การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม	0.49	DE	–	0.94*	–	–	–	–
		IE	0.67*	–	–	–	–	–
		TE	0.67*	0.94*	–	–	–	–
การตัดสินใจเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ	0.55	DE	–	0.25*	0.54*	–	–	–
		IE	0.54*	0.51*	–	–	–	–
		TE	0.54*	0.76*	0.54*	–	–	–
พฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชนจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน	0.39	DE	–	–	–	0.94*	–	–
		IE	0.51*	0.71*	0.50*	–	–	–
		TE	0.51*	0.71*	0.50*	0.94*	–	–
พฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน	0.70	DE	–	–	–	–	0.84*	–
		IE	0.42*	0.60*	0.42*	0.78*	–	–
		TE	0.42*	0.60*	0.42*	0.78*	0.84*	–

* p<.05, DE – Direct Effect คือ ค่าอิทธิพลทางตรง, IE – Indirect Effect คือ ค่าอิทธิพลทางอ้อม,
TE – Total Effect คือ ค่าอิทธิพลรวม



รูปที่ 1 เส้นทางและค่าอิทธิพลระหว่างองค์ประกอบความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน

การป้องกันการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน เมื่อตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดลภายหลังการปรับแก้โมเดลตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่าโมเดลตามสมมติฐาน มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ด้วยค่าดัชนีวัดความสอดคล้องในระดับที่ยอมรับได้ผ่านเกณฑ์ ด้วยค่าสถิติที่ดีขึ้นคือ ค่าไค-สแควร์ (X^2) มีค่าเท่ากับ 7.44, df = 6, p-value = 0.282, ค่าไคสแควร์สัมพัทธ์ (X^2/df) มีค่าเท่ากับ 1.240, RMSEA = 0.030, SRMR = 0.020, CFI = 1.00 และ TLI = 1.00 ดังตารางที่ 3

จากนั้น ผู้วิจัยจึงได้วิเคราะห์เส้นทางและขนาดอิทธิพลของตัวแปรเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการวิเคราะห์ปรากฏดังตารางที่ 4 และรูปที่ 1

การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลทางตรงต่อการเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 0.71 ส่วนการเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม ไม่ส่งผลทางตรงต่อการตัดสินใจเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ แต่มีอิทธิพลทางอ้อมผ่านตัวแปรปัจจัยด้านการเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม

การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลทางตรงต่อการตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมและการตัดสินใจเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลอยู่ในระดับสูงและปานกลาง เท่ากับ 0.94, และ 0.25 ตามลำดับ

การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลทางตรงต่อการตัดสินใจเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 0.54 และการตรวจสอบข้อมูล

อนามัยสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชนจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน โดยส่งผ่านการตัดสินใจเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ

การตัดสินใจเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชนจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 0.94 ส่วนการตัดสินใจเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสฝุ่นละอองฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน โดยผ่านพฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชนจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน

พฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชนจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสฝุ่นละอองฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 0.84

การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน โดยผ่านการเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ และพฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชนจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลระดับปานกลางเท่ากับ 0.42

จากผลการวิจัยกล่าวได้ว่า องค์ประกอบทั้ง 4 ด้านของความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชน และส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน

■ อภิปรายผล

จากวัตถุประสงค์การวิจัยในการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ ผลการวิจัยพบว่า ภาพรวมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม และการตัดสินใจเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางด้วยเช่นกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะประเด็นความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจากปัญหาฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ อาจจะยังมีการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อมและผลกระทบต่อสุขภาพในวงจำกัด ประกอบกับภาครัฐมีนโยบายในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในด้านความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการพัฒนาศักยภาพให้เป็น อสม. 4.0 ที่มุ่งเน้นทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สมรัฐ นัยรัมย์[8] ที่ศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมในกลุ่มอาสา

สมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

การศึกษาเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม จำแนกตามปัจจัยทางชีวสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อายุ และระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะคนที่มีประสบการณ์ในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านน้อย ส่วนใหญ่จะมีอายุน้อย และมีระดับการศึกษาที่สูงกว่า ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพในการเข้าถึงและสามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารในปัจจุบันได้อย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับงานวิจัยของ เจริญชัย หมื่นห่อ และคณะ[9] ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครพนมที่พบว่า อายุ และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน

การวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ที่ปรับแก้ให้มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผลการวิจัยพบว่า การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลทางตรงต่อการเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.71 สอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบบูรณาการของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่มุ่งเน้นความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคล ที่มีลักษณะเป็นกระบวนการ โดยการได้มาและการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ มีผลต่อการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ[10] นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลทางตรงต่อการตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.94 สะท้อนให้เห็นว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศสามารถเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ จะส่งผลให้มีการตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม[7] บุคคลจะเรียนรู้และถ่ายโยงความรู้และทักษะได้ เมื่อผู้เรียนมีความเข้าใจในข้อมูลนั้นๆ โดยการตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ[11] สะท้อนถึงการประเมินข้อมูลสุขภาพ เนื่องจากการมีประสบการณ์และมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ เมื่อมีความรู้ความเข้าใจในข้อมูลฝุ่นละอองขนาดเล็ก ก็จะส่งผลให้สามารถที่จะตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับมลพิษฝุ่นละอองขนาดเล็กที่ได้มาว่าถูกต้องและเชื่อถือได้หรือไม่ รวมทั้งสามารถทำให้เกิดการตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพได้[12]

ผลการวิจัยยังพบว่า การตัดสินใจเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชนจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.94 รวมทั้งพฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชนจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน มีอิทธิพลทาง

ตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.84 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการเฝ้าระวังทางด้านสาธารณสุข เป็นการดำเนินงานที่ต่อเนื่องจากการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการแปลผลข้อมูล ร่วมกับการเผยแพร่ข้อมูล เพื่อให้เกิดการป้องกันและควบคุมโรค ดังนั้น การประเมินข้อมูลที่เหมาะสมก่อให้เกิดการตัดสินใจที่ถูกต้อง นำไปสู่การเฝ้าระวังสุขภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับระบบการเฝ้าระวังเชิงพฤติกรรม[13] และการเฝ้าระวังอันตรายที่เกิดจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก ที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพของตนเองและผู้อื่น จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมเพื่อป้องกันตนเองจากผลกระทบของฝุ่นละอองขนาดเล็กมากขึ้น และการที่บุคคลทราบถึงสถานการณ์การเกิดมลพิษทางอากาศ พื้นที่และกลุ่มประชาชนที่ได้รับผลกระทบ จะช่วยให้ลดความเสี่ยงทางด้านสุขภาพและการสัมผัสกับมลพิษทางอากาศได้ดี[14]

■ ข้อเสนอแนะ

1) จากผลการวิจัยระดับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน พบว่าทั้งด้านรวมและรายองค์ประกอบอยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพที่ไม่เพียงพอต่อการดูแลและป้องกันสุขภาพของตนเองและชุมชนได้ อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ จึงควรได้รับการพัฒนาจากโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ผ่านการฝึกอบรมตามแนวคิดการปรับพฤติกรรมที่มีการกิจกรรมเป็นประจำและต่อเนื่อง โดยเน้นการฝึกกระบวนการคิดและทักษะให้ครบทุกองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ และใช้เทคนิคการจัดการเรียนรู้ที่หลากหลาย เช่น การบรรยาย การสาธิต การฝึกการสังเกต ฝึกการกำหนดเป้าหมาย การวางแผน และลงมือปฏิบัติจริง การทำกิจกรรมกลุ่มโดยใช้สถานการณ์จำลองปัญหาร่วมกันคิดและแก้ปัญหา การติดตามเยี่ยมบ้าน ฝึกทักษะการสื่อสารเชิงบวกด้วยการเจรจาต่อรอง การพูดโน้มน้าวจูงใจให้ชุมชนเห็นความสำคัญและร่วมแก้ปัญหา เป็นต้น

2) จากข้อค้นพบเกี่ยวกับเส้นทางอิทธิพลของความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน พบว่า ความเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม มีอิทธิพลทางตรงต่อการตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชนจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน รวมทั้งพฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชนจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 0.94, 0.94 และ 0.84 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าการทำความเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ และพฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชน

เป็นสิ่งสำคัญอย่างมาก ดังนั้น ในการออกแบบกิจกรรมเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม จึงควรให้น้ำหนักหรือความสำคัญกับการทำความเข้าใจในข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ และพฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชน ซึ่งการทำความเข้าใจข้อมูล สามารถตีความข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม จะช่วยให้เกิดการวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลต่อการตัดสินใจในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งการเฝ้าระวังสุขภาพและการป้องกันการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน นำไปสู่การลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของประชาชนในระยะยาวได้

3) ในงานวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ที่สะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนั้น ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรออกแบบเป็นการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง โดยการพัฒนาโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน และทดสอบว่าโปรแกรมมีประสิทธิผลต่อพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน มากน้อยเพียงใด

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ได้ให้คำแนะนำและคำปรึกษาในการดำเนินการวิจัย และขอบคุณเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของพื้นที่อุตสาหกรรมเชิงนิเวศ ในการลงพื้นที่เก็บข้อมูลของคณะผู้วิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมมลพิษ. รายงานสถานการณ์และการจัดการปัญหามลพิษทางอากาศของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: อีซ์; 2564.
2. สุดา พะเนียงทอง, สุรพิน มาลีหวล, ชาติวุฒิ จำจด. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากปัญหาสิ่งแวดล้อมในเขตควบคุมมลพิษ จังหวัดระยอง. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2555;19(2):46–54.
3. Symma F, Liam O. The Emergence of Environmental Health Literacy–From Its Roots to Its Future Potential. Environ Health Perspect 2015;125(4):495–501.
4. Liam RO, Allen D. Community–based participatory research as a tool to advance environmental health science. Environ Health Perspect 2002;110(2):155–59.
5. Kathleen MG. From content knowledge to community change: A review of representations of environmental health literacy. Int J Environ Res Public Health 2018;15(3):466.
6. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. 4th ed. New York: The Guilford Press; 2015.
7. Benjamin SB. Learning for Mastery. Center for the Study of Evaluation of Instructional Programs 1968;1:1–12.

8. สมรัฐ นัยรัมย์. ปัจจัยและความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 6 2565;16(1):112-26.
9. เจริญชัย หมื่นห่อ, อรอุมา แก้วเกิด, ธงชัย อามาตยบัณฑิต, ศุภวรรน ยอดโปร่ง. ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครพนม. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2567;9(1):596-604.
10. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health Literacy and blic health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012;12(80):1-13.
11. Lorin WA, David RK. A Taxonomy for Learning, Teaching and Assessing: A Revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives. London: Longman; 2001.
12. Jansen T, Rademakers J, Waverjin G, Verheij R, Osborne R, Heijmans M. The role of health literacy in explaining the association between educational attainment and the use of out-of-hours primary care services in chronically ill people: a survey study. BMC Health Services Research 2018;18(1): 1-13.
13. Rob L, Donna FS. Toward a public health surveillance system for behavioral health. Public Health Rep 2018;133(4):360-65.
14. Frank JK, Gary WF, Heather AW, Julia CF. Monitoring air pollution: Use of early warning systems for public health. Respirology 2012;17(1):7-19.

HEALTH

การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลาง ในพื้นที่พิเศษ: กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพรุใน จังหวัดพังงา

นูรอัยนี คาวิจิตร*
ไกรสร ไถนาเพรียว
จิรัชญา บิหนู
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพรุใน

วันรับ 6 ธันวาคม 2567, วันแก้ไข 22 มกราคม 2568, วันตอบรับ 28 มกราคม 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลาง และเพื่อพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องตามมาตรฐานและบริบทชุมชน การดำเนินการวิจัยระหว่าง เดือนตุลาคม 2566 ถึง เดือนตุลาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 40 คน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต.พรุใน ภาคีเครือข่าย (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน Caregiver) และผู้ดูแลผู้ป่วย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ผลการวิจัย พบว่า 1) สถานการณ์การดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางมีข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากร อุปกรณ์ทางการแพทย์ ศักยภาพของผู้ดูแล และการประสานงานระหว่างหน่วยงาน รวมถึงขาดแนวทางปฏิบัติที่เป็นระบบและการประเมินผลที่ชัดเจนตามบริบทของพื้นที่ 2) การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลาง ผลการพัฒนา ได้แก่ (1) มีแนวทางการเยี่ยมบ้านในพื้นที่พิเศษโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ซึ่งประกอบไปด้วยผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา Caregiver และผู้ดูแลผู้ป่วย (2) มีแนวทางในการพัฒนากระบวนการเยี่ยมบ้านที่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนตามบริบทของพื้นที่ ผ่านกระบวนการเยี่ยมบ้านทั้งก่อน ระหว่าง และหลังเยี่ยมบ้าน (3) มีแบบประเมินผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐาน และ (4) มีนวัตกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุม ข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือ การนำแนวทางและนวัตกรรมที่ได้ไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ทุกกลุ่มโรค รวมถึงการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ ด้วยการนำหลักศาสนาอิสลามมาบูรณาการ

คำสำคัญ: การเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยระยะกลาง การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้าน พื้นที่พิเศษ

*ผู้รับผิดชอบบทความ, อีเมล: nur.kawijit@gmail.com

The development of guidelines for implementation of intermediate care in Special Areas: A Case Study of Phrunai Sub-district Health Promotion Hospital, Phang Nga Province

Nurainee Kawichit*
Kraisorn Thainapriew
Jirachaya Bihnu
Phrunai Sub-District Health Promotion Hospital.

Received 6 December 2024, Revised 22 January 2025, Accepted 28 January 2025.

Abstract

This participatory action research aims to study the situation of home care visits for intermediate care patients and to develop effective home visit guidelines that comply with standards and the community context. The research will be conducted from October 2023 to October 2024, with a sample size of 40 participants selected purposefully. This group includes staff working at Phrunai Sub-District Health Promotion Hospital, network partners (local administrative organizations, community leaders, caregivers), and patient caregivers. Data will be collected using semi-structured interviews that have been validated for content by three experts. Quantitative data will be analyzed using descriptive statistics, while qualitative data will be analyzed through content analysis. The research findings reveal that: 1) The situation of home care visits for intermediate care patients faces limitations regarding personnel numbers, medical equipment, caregiver capabilities, and coordination between agencies, as well as a lack of systematic operational guidelines and clear evaluation methods appropriate to the local context. 2) The development of effective home visit guidelines resulted in (1) the establishment of home visit guidelines in special areas through the participation of a multidisciplinary team and network partners, including community leaders, religious leaders, caregivers, and patient caregivers; (2) clear practices for developing the home visit process before, during, and after visits (3) standardized patient assessment tools and (4) comprehensive innovations used in patient care. The research suggests applying the developed guidelines and innovations to care for patients across all disease groups, as well as conducting in-depth studies on the outcomes of spiritual care for patients by integrating Islamic principles.

Keywords: Home visit, Intermediate care patients, Development of home visit guidelines, Special areas.

*Corresponding Author, email : nur.kawijit@gmail.com

■ บทนำ

การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care; IMC) หมายถึง การบริบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางจะมีการดูแลครอบคลุม 4 กลุ่มโรคด้วยกัน คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Traumatic Brain Injury : TBI) ผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง (Spinal Cord Injury : SCI) และผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก (Hip Fracture)[1]

ประเทศไทยและทั่วโลก พบปัญหาที่สำคัญด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะกลาง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและทุพพลภาพ กระทรวงสาธารณสุขตระหนักถึงความสำคัญของการขับเคลื่อน และสนับสนุนให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อรองรับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี มีเป้าหมายให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน[2] การเยี่ยมบ้านหลังจากที่ผู้ป่วยถูกส่งกลับมายังชุมชนมีความสำคัญมาก โดยอาจเป็นรูปแบบของทีมสหวิชาชีพหรือโดยทีม Primary Care Cluster; PCC โดยควรมีแพทย์ นักกายภาพบำบัด และทีมสหวิชาชีพให้บริการร่วมกับพยาบาล และเจ้าหน้าที่ของ Primary Care Unit; PCU หรือ รพ.สต.ในพื้นที่ โดยผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟู 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรก ซึ่งช่วงเวลาทองของการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังผ่านช่วงวิกฤติ ระยะเวลาในการฟื้นฟูสมองและร่างกายที่ดีที่สุด คือ ช่วงไม่เกิน 3 เดือน หรืออย่างมากที่สุด คือ 6 เดือน แรกหลังเกิดโรค ขึ้นอยู่กับศักยภาพและพัฒนาการในการฝึกของผู้ป่วย รวมทั้งขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ให้บริการ[1]

อำเภอเกาะยาว ตั้งอยู่ทางตอนใต้ของอุทยานแห่งชาติอ่าวพังงา มีพื้นที่ทั้งหมด 141.6975 ตารางกิโลเมตร หรือ 87,482.72 ไร่ ประกอบด้วยเกาะใหญ่ 2 เกาะ คือ เกาะยาวใหญ่และเกาะยาวน้อย โดยทั้งสองเกาะตั้งอยู่ห่างกันประมาณ 1.30 กิโลเมตร การเดินทางระหว่างเกาะใช้บริการเรือหางยาวข้ามฟาก ใช้เวลาเดินทาง 10 นาที[3] เกาะยาวน้อย ประกอบด้วย 1 ตำบล คือ ตำบลเกาะยาวน้อย มีจำนวนประชากร 4,150 คน ส่วนเกาะยาวใหญ่ ประกอบด้วย 2 ตำบล คือ ตำบลเกาะยาวใหญ่ มีจำนวนประชากร 2,350 คน และตำบลพรุใน มีจำนวนประชากร 5,140 คน[4] ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามเกือบร้อยละ 100 แต่ด้วยบริบทเป็นพื้นที่เกาะแยกจากพื้นที่ตั้งของโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอที่ตั้งอยู่บนเกาะยาวน้อย โดยมีระยะห่างจากโรงพยาบาลเกาะยาวชัยพัฒน์ ประมาณ 20.55 กิโลเมตร มีระยะห่างจากโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ประมาณ 25.10 กิโลเมตร และมีระยะห่างจากโรงพยาบาลพังงา ประมาณ 55.40 กิโลเมตร ทำให้รูปแบบการให้บริการเน้นหนักในด้านงานรักษาพยาบาลเช่นเดียวกับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพรุใน (รพ.สต.พรุใน) เป็นสถานบริการปฐมภูมิ ตั้งอยู่บนเกาะยาวใหญ่ ในพื้นที่ตำบลพรุใน อำเภอ

เกาะยาว จังหวัดพังงา มีพื้นที่รับผิดชอบ 7 หมู่บ้าน จำนวน 2331 หลังคาเรือน[5] โดยให้การดูแลด้านสุขภาพ ผนวกกับการรักษาด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นและตามหลักศาสนาอิสลาม ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคแก่ประชาชนในพื้นที่ตำบลพรุใน ทั้งนี้ ยังให้บริการดูแลครอบคลุมถึงประชาชนในพื้นที่ตำบลเกาะยาวใหญ่ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียง โดยสถานบริการมีบุคลากรสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน รวมทั้งสิ้น 17 คน ในจำนวนนี้มีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4 คน ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนพยาบาลต่อประชากร 1:1285 โดยยังไม่นับรวมประชากรแฝง (สัดส่วนพยาบาลต่อประชากร 1:353 จากข้อมูลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2564)[6] ทั้งนี้หากมองในแง่ของการให้บริการในรูปแบบโรงพยาบาล นับว่าบุคลากรยังคงมีจำนวนไม่เพียงพอ และทำให้บุคลากรมีภาระงานที่หลากหลาย นี่คือหนึ่งปัจจัยที่ทำให้กระบวนการย่อยอื่นๆ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นอาจเกิดขึ้นได้ไม่สมบูรณ์นัก เนื่องด้วยสภาพที่ตั้งเป็นพื้นที่พิเศษดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ทำให้การเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลจังหวัดของผู้ป่วยค่อนข้างลำบากในเรื่องของค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย จึงจำเป็นจะต้องจัดบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่บ้านให้มีประสิทธิภาพ โดยมีทีมสหวิชาชีพที่ออกปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านเพื่อให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล (Care manager) นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย เจ้าพนักงานเภสัชกรรม ฯลฯ

สถานการณ์ผู้ป่วยระยะกลางทั้ง 4 กลุ่มโรคของ รพ.สต.พรุใน ที่ผ่านมา ในปีงบประมาณ 2564 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 18 ราย เสียชีวิต 2 ราย (ร้อยละ 11.11) ปี 2565 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 8 ราย ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก 1 ราย ปี 2566 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 8 ราย ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก 1 ราย เสียชีวิต 3 ราย (ร้อยละ 33.33) และในปีงบประมาณ 2567 (ตุลาคม 2566–มีนาคม 2567) พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ราย ผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะ 1 ราย จำนวนผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ IMC ปี 2564 – 2567 จำนวน 7, 3, 4, 2 ราย ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 92.30 ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ร้อยละ 5.14 และผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ร้อยละ 2.56 และจากการประเมินตนเองและติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลาง พบหลายประเด็นปัญหาที่สำคัญ อาทิ เช่น กระบวนการก่อนการเยี่ยมบ้าน ไม่มีเจ้าหน้าที่ดูแลหลักในเรื่องงานเยี่ยมบ้าน รวมถึงการแบ่งกลุ่มผู้ป่วย การรวบรวมรายชื่อผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน การกำหนดบทบาทหน้าที่ในการเยี่ยมบ้านและการวางแผนก่อนเยี่ยมบ้าน ระหว่างเยี่ยมบ้านพบปัญหาจากการขาดการประสานงานระหว่างผู้ป่วยกับทีมเยี่ยมบ้าน และความไม่พร้อมของอุปกรณ์ทางการแพทย์ ส่วนกระบวนการหลังเยี่ยมบ้านพบปัญหาการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นรูปธรรมให้ภาคีเครือข่ายเพื่อติดตามต่อเนื่องยังไม่ชัดเจน ประกอบกับมีสภาพพื้นที่พิเศษดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ทำให้ผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค ไม่ได้รับการติดตามดูแลตามมาตรฐาน อีกทั้งยังไม่มีความสม่ำเสมอและชัดเจนเท่าที่ควร คณะผู้วิจัยเห็นถึงปัญหาในการจัดกระบวนการเยี่ยมบ้านข้างต้น จึงเป็นที่มาของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลาง

2. เพื่อพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องตามมาตรฐานและบริบทชุมชน

■ นิยามศัพท์

การเยี่ยมบ้าน หมายถึง การให้บริการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่บ้านของผู้ป่วยในพื้นที่ตำบลพรุใน โดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายที่มีความรู้ความสามารถ ทักษะการปฏิบัติงานและมีเจตคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) หมายถึง ผู้ป่วยในพื้นที่ตำบลพรุในที่ได้รับการวินิจฉัยใน 4 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head Injury) การบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal Cord Injury) และกระดูกสะโพกหัก (Hip Fracture) ซึ่งพ้นระยะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังมีความบกพร่องของการทำงานของร่างกายและข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary Approach) เป็นระยะเวลา 6 เดือน

การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้าน หมายถึง กระบวนการในการดำเนินงานตามขั้นตอน 1) การวางแผน: การทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกับการศึกษาสถานการณ์ การดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางในพื้นที่ รพ.สต.พรุใน 2) การปฏิบัติการ: ดำเนินการออกเยี่ยมบ้านตามแนวทางที่ได้พัฒนาพร้อมทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่ายและผู้ดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ รพ.สต.พรุใน 3) การสังเกต: สังเกตการณ์และประเมินผลการออกเยี่ยมบ้านร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียพร้อมทั้งติดตามอย่างต่อเนื่อง และ 4) การสะท้อนผล: ถอดบทเรียนและประเมินผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ เพื่อออกแบบแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางในพื้นที่ตำบลพรุใน[7]

พื้นที่พิเศษ หมายถึง พื้นที่ตำบลพรุในที่มีลักษณะภูมิประเทศเป็นเกาะ มีข้อจำกัดในการเข้าถึงทั้งด้านการคมนาคมและการเดินทาง ส่งผลต่อรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่ต้องมีการปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

■ กรอบแนวคิดการวิจัย

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning : PAR – 1)

1) การศึกษาสถานการณ์

- วิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- รวบรวมข้อมูลจากทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย

2) การทบทวนองค์ความรู้

- ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
- สังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 การปฏิบัติ (Action : PAR – 2)

- จัดตั้งทีมเยี่ยมบ้านแบบสหวิชาชีพ
- พัฒนาและดำเนินการตามแนวทางการเยี่ยมบ้าน
- สร้างการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและครอบครัว

ระยะที่ 3 การสังเกต (Observation : PAR – 3)

- ติดตามการเปลี่ยนแปลงสภาพผู้ป่วย
- บันทึกปัญหา อุปสรรค และโอกาสพัฒนา
- ประเมินผลการดำเนินงานต่อเนื่อง 12 เดือน

ระยะที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection : PAR – 4)

1) การวิเคราะห์ผล โดยจัดสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและถอดบทเรียนการดำเนินงาน

2) การพัฒนาแนวทาง โดยสังเคราะห์แนวทางการเยี่ยมบ้านและประเมินความพึงพอใจ สังเคราะห์ข้อเสนอแนะ

■ วิธีการศึกษา

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วย 1) เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต.พรุใน จำนวน 17 คน 2) ภาคีเครือข่าย (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, ผู้นำชุมชน, Caregiver) จำนวน 19 คน ที่ปฏิบัติงานในช่วงระยะเวลาการศึกษาวิจัย 3) ผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ตำบลพรุในและเกิดโรคไม่เกิน 6 เดือนในช่วงระยะเวลาการศึกษาวิจัย โดยเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ รวม 40 คน คัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) การเก็บรวบรวมข้อมูลจะแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้การสัมภาษณ์ แบบประเมินความพึงพอใจและผลลัพธ์ทางด้านคุณภาพการให้บริการด้านการดำเนินกิจวัตรประจำวันแบบพื้นฐาน (ADL) ส่วนที่ 2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรคของการดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care: IMC) และความต้องการรูปแบบการเยี่ยมบ้านของพื้นที่ตำบลพรุใน ได้จากการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structure Interview) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) การสังเกตทั้งแบบมีส่วนร่วม (Participant observation) และแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant observation) ในขณะสัมภาษณ์และออกเยี่ยมบ้าน ร่วมกับการทำ Focus group โดยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR-1) เป็นการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงมาตรการ มาตรฐานการดูแลที่บ้านพร้อมทั้งศึกษาบริบทพื้นที่, สถานการณ์และการดำเนินงานได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ข้อมูลเศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรม สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรคของการดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care: IMC) และความต้องการรูปแบบการเยี่ยมบ้านของพื้นที่ตำบลพรุใน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสังเกต การสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึก จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และการสนทนากลุ่มเพื่อออกแบบแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ, ภาคีเครือข่าย, และผู้ดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR-2) นำแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางที่ร่วมกันออกแบบ นำไปปฏิบัติโดยการออกเยี่ยมบ้านพร้อมทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่ายและผู้ดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม (PAR-3) สังเกตการณ์และประเมินผลการออกเยี่ยมบ้านโดยติดตามสภาพอาการของผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรคที่พบรวมถึงโอกาสพัฒนาจากการใช้แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลาง รับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่ายและผู้ดูแลผู้ป่วย ติดตามการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง 12 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนการปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม (PAR-4) นำข้อมูลที่ได้จากการดำเนินงานร่วมสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ถอดบทเรียนเพื่อออกแบบแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางในพื้นที่ตำบลพรุในและประเมินผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพโดยใช้แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจและประเมินการดำเนินกิจวัตรประจำวันแบบพื้นฐาน (ADL) ผู้ป่วย

ได้มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Data reliability) ตามแนวทางของ ลินคอล์น และ คูบา[8] ซึ่งมีผู้ทรงคุณวุฒิ (Experts) จำนวน 3 ท่าน ร่วมตรวจสอบและให้คำแนะนำในการปรับปรุงเครื่องมือเพื่อให้มีความเหมาะสมและเชื่อถือได้ ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลและแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์โดยการใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ เป็นการวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เป็นประเด็น (themes) และนำมาวิเคราะห์สังเคราะห์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

● **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย

1) แบบสัมภาษณ์รายบุคคล (Individual interviews) แบ่งเครื่องมือเป็น 3 ชุด ได้แก่ (1) แบบสัมภาษณ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข (2) แบบสัมภาษณ์สำหรับภาคีเครือข่าย (3) แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ดูแล/ผู้ป่วยระยะกลาง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม (Literature review) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Relevant documents) ซึ่งแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการทบทวน ได้แก่ หนังสือวิชาการ บทความวิจัย (Research articles) ผู้เข้าร่วมวิจัยกรอกแบบประเมินหลังจากที่เสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์รายบุคคล เป็นคำถามกึ่งโครงสร้างปลายเปิด เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าการดำเนินงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางในปัจจุบัน และใช้คำถามเพิ่มเติมเพื่อให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องให้มากที่สุด โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์จำนวน 1 ครั้ง/ราย ในการสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 20–30 นาที และมีการบันทึกเทปขณะทำการสัมภาษณ์ มีการร่วมสังเกตการณ์ทั้งการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม และการสนทนากลุ่มเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน และมีความสมบูรณ์

2) แบบประเมินความพึงพอใจ (Satisfaction survey) ซึ่งแบ่งระดับความพึงพอใจเป็น 5 ระดับ จำนวน 3 ชุด ได้แก่ (1) แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับบุคลากรสาธารณสุข (2) แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับภาคีเครือข่าย (3) แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย เก็บรวบรวมแบบประเมินความพึงพอใจดำเนินการโดยการประเมินหลังจากกระบวนการในขั้นตอนที่ 4

3) เครื่องมือวัดผลคุณภาพการให้บริการ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันแบบพื้นฐาน (Barthel Index Activities of Daily Living : ADL)[9] ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาในการศึกษาวิจัย มี 10 ด้าน ได้แก่ การขับถ่าย ปัสสาวะ อุจจาระ การดูแลตนเอง การแต่งกาย การใช้ห้องน้ำ การลุกจากเตียงไปยังเก้าอี้ การแต่งตัว การอาบน้ำ การรับประทานอาหารและการขึ้นบันได เครื่องมือวิจัยฉบับนี้ เป็นแบบประเมินมาตรฐาน สำหรับผู้สูงอายุที่มีการใช้แพร่หลาย ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้พัฒนาเครื่องมือ[10] ได้ความตรงเชิงโครงสร้างและเชิงเกณฑ์อยู่ในระดับดี ค่า Interrater reliability อยู่ในระดับดี[11]

● **การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง** การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 27/2566 วันที่ 18 ตุลาคม 2566 – 17 ตุลาคม 2567

■ ผลการศึกษา

1. สถานการณ์การดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลาง

การศึกษาสถานการณ์การดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางในตำบลพรุใน วิเคราะห์ตาม **องค์ประกอบ 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (6 Building Blocks)** ดังนี้ **ด้านระบบบริการและกำลังคนด้านสุขภาพ** ตามข้อมูลข้างต้น เนื่องจาก รพ.สต.พรุใน ตั้งอยู่บนพื้นที่เกาะยาวใหญ่ แยกจากพื้นที่ตั้งของโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอซึ่งตั้งอยู่บนพื้นที่เกาะยาวน้อย รพ.สต.พรุใน รับผิดชอบดูแลประชากร 2 ตำบล ทำให้การบริการส่วนใหญ่เป็นงานด้านการรักษาพยาบาลแบบเดียวกับโรงพยาบาลชุมชน ในขณะที่จำนวนบุคลากรมีเพียง 17 คนเท่านั้น ส่งผลให้การดำเนินงานด้านอื่นๆ ไม่สามารถทำได้เต็มประสิทธิภาพหรือเกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ **ด้านระบบสารสนเทศและการเข้าถึงบริการสาธารณสุข** พบว่า การกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของทีมสหวิชาชีพยังไม่ชัดเจน รวมถึงศักยภาพของผู้ดูแลชุมชน (Community Caregivers: CGs) ที่ยังไม่เพียงพอ ขาดแนวทางปฏิบัติที่เป็นระบบและการประเมินผลที่ชัดเจน การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่ขาดประสิทธิภาพ รวมถึงการบูรณาการหลักศาสนากับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ **ด้านการนำและการอภิบาลระบบ** มีคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้าน แต่ไม่ได้ระบุรายละเอียดการดำเนินงาน และไม่มีการประชุมหรือพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้าน ทำให้ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมหรือได้ผลลัพธ์ได้ตามเป้าประสงค์ **ด้านระบบจัดการการเงิน** การขาดแคลนอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น

2. การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องตามมาตรฐานและบริบทชุมชน

2.1 การกำหนดบทบาทหน้าที่และกระบวนการเยี่ยมบ้าน ได้กำหนดโครงสร้างการดำเนินงานที่ชัดเจน โดยกำหนดบทบาทหน้าที่เฉพาะของบุคลากร จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guidelines: CPG) แบ่งเป็นผู้ป่วยระยะกลางและผู้ป่วยทั่วไป กระบวนการเยี่ยมบ้านประกอบด้วยขั้นตอนการเตรียมการ การดำเนินการ และการติดตามประเมินผล โดยใช้แบบประเมิน Care Protocol IMC, Standing Doctor Order Sheet และ Team Meeting Report for IMC เป็นเครื่องมือมาตรฐาน

2.2 การคืนข้อมูลผู้ป่วยแก่ภาคีเครือข่าย มีการคืนข้อมูลผู้ป่วยให้ภาคีเครือข่ายรับทราบในวันที่มีการประชุมประจำเดือน และการส่งต่อข้อมูลผ่านกลุ่มไลน์เยี่ยมบ้านภาคีเครือข่ายล่วงหน้าก่อนออกเยี่ยมบ้าน

2.3 การบริหารจัดการจากปัญหาข้อจำกัดของจำนวนบุคลากร มีการพูดคุยประเด็นปัญหาภายใน CUP เพื่อขอสนับสนุนด้านบุคลากรจาก รพ.เกาะยาวชัยพัฒน์เพิ่มเติมในวันที่ออกเยี่ยมบ้าน และถ้าหากลงเยี่ยมบ้านไม่ครบทีมสหวิชาชีพ ก็จะมีการ Video conference กับแพทย์ปรึกษาเคสระหว่างเยี่ยมบ้าน ในส่วนของพนักงานขับรถ กำหนดให้เจ้าพนักงานเภสัชกรรมเป็นผู้ทำหน้าที่นี้

2.4 การจัดหางบประมาณสำหรับเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ การระดมทุนผ่านการจัดกิจกรรมเพื่อจัดหารายได้สำหรับจัดซื้ออุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและการให้บริการผู้ป่วยในชุมชน

2.5 การตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ก่อนการเยี่ยมบ้าน การพัฒนาระบบการตรวจสอบอุปกรณ์ทางการแพทย์โดยใช้แบบประเมินรายการตรวจสอบ (Checklist) เพื่อเตรียมความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

2.6 การฟื้นฟูศักยภาพของ Caregiver/อสม. และผู้ดูแลผู้ป่วยทุกปี การกำหนดให้มีการฟื้นฟูศักยภาพของ Caregiver/อสม. และผู้ดูแลผู้ป่วยทุกปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และให้มีการประเมินความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย

2.7 การพัฒนานวัตกรรมการดูแลผู้ป่วย การพัฒนานวัตกรรมเฉพาะรายสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ประกอบด้วย สื่อความรู้ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสม โภชนาการตามหลักธาตุเจ้าเรือน นวัตกรรม 2Boxes สำหรับการบริหารจัดการยา และการประยุกต์ใช้บทดุอาร์เพื่อการเยียวยาจิตใจตามความเชื่อทางศาสนา

2.8 การประเมินผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การใช้แบบประเมินผู้ป่วยทั้ง ADL 2Q 9Q แบบประเมินแผลกดทับ ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย

2.9 การบูรณาการหลักศาสนาในการเยี่ยมบ้าน การผสมผสานมิติทางจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วย โดยนำหลักปฏิบัติทางศาสนาอิสลาม ได้แก่ การอ่านดุอาร์ (บทขอพร) การละหมาด และการมีส่วนร่วมของผู้นำศาสนา มาเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วย

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เราได้นำมาสรุปเป็นขั้นตอนในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลาง ดังแผนภูมิที่ 1

ข้อค้นพบใหม่ที่สำคัญและเป็นหัวใจในการเยี่ยมบ้านต้องอาศัยการบูรณาการในหลากหลายด้านด้วยกัน ดัง**การบูรณาการรูปแบบการเยี่ยมบ้านเพื่อบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care; IMC) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพรุใน อำเภอเกาะยาว จังหวัดพังงา** ที่สรุปเป็นแนวคิดบูรณาการ “KIPR” 4 เชื่อม ได้ดังนี้

K: Knowledge: “เชื่อมศาสตร์” การนำศาสตร์ความรู้ทุกแขนงมาประยุกต์ใช้เพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งศาสตร์ด้านการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย ทั้งนี้โดยไม่ปฏิเสธการรักษาด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นและตามหลักศาสนาที่เขาเหล่านั้นนับถือ

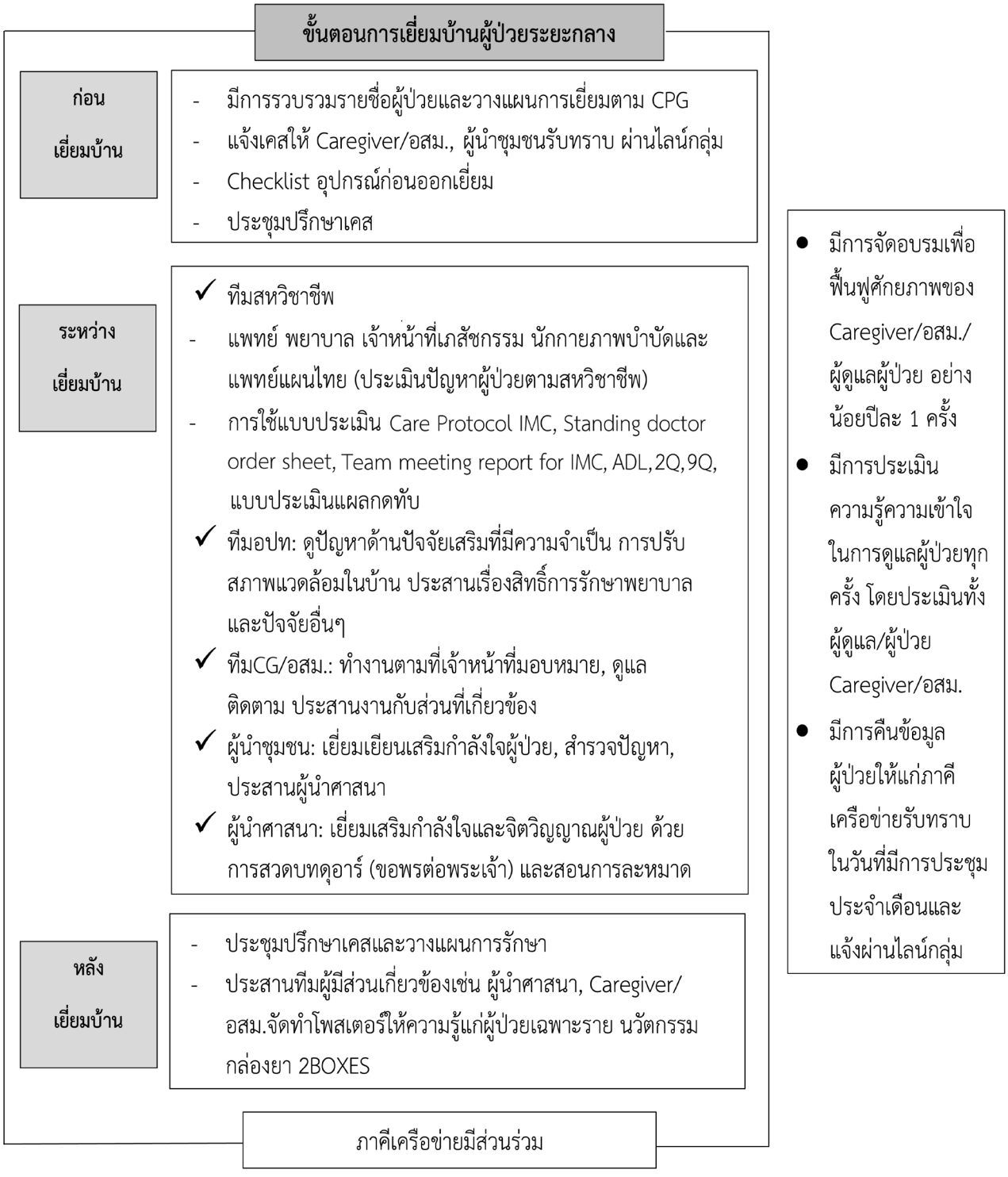
I: Interdisciplinary: “เชื่อมคน” ด้วยความเป็นพื้นที่พิเศษนี้จึงทำให้มีบุคลากรวิชาชีพที่หลากหลาย ทั้งแพทย์ พยาบาล แพทย์แผนไทย กายภาพบำบัด ฯลฯ ความเป็น “สหวิชาชีพ” นั้นทำให้การดูแลรักษาเป็นองค์รวม อันจะส่งผลดีต่อการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มกำลัง

P: Partners: “เชื่อมเครือข่าย” การสร้างสัมพันธภาพ ก่อให้เกิดการประสานร่วมมือในการร่วมกันทำงานเพื่อให้ถึงเป้าหมายที่พึงประสงค์ และเรามี “ภาคีเครือข่าย” ทั้งอปท. ผู้นำชุมชน Cargiver อสม. ผู้นำศาสนา ฯลฯ ที่พร้อมจะก้าวเดินไปด้วยกัน

R: Religion: “เชื่อมจิตวิญญาณ” เกาะเล็กๆ ที่ผู้คนมีประเพณีวัฒนธรรม และการศรัทธาแบบเดียวกัน ในยามเจ็บป่วย มีการเยี่ยมเยียน ดูแลประคับประคองกัน (แม้จะต่างศาสนิกก็ตาม) อีกทั้งด้วยการดุอาร์วิงวอนขอในความเมตตาของพระองค์อัลลอฮ์

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นทีมวิจัยได้ทำการสรุป **รูปแบบการเยี่ยมบ้านเพื่อการบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate**

แผนภูมิที่ 1 แผนภูมิสรุปขั้นตอนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลาง



care; IMC) แบบบูรณาการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพรุใน อำเภอเกาะยาว จังหวัดพังงา ผ่านโมเดล **"PRUNAI"** ได้ดังนี้

P: Participation: การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย

R: Regularly: การปฏิบัติงานตามแนวทางที่ได้ร่วมกันออกแบบอย่างต่อเนื่อง ทั้งก่อนเยี่ยมบ้าน ระหว่างเยี่ยมบ้าน และหลังเยี่ยมบ้าน

U: Unity: การทำงานอย่างสอดประสานราบรื่น เป็นเอกภาพที่มีพื้นฐานของการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับการดูแลในทุกมิติ ร่วมถึงการให้บริการที่ไร้รอยต่อ (Seamless healthcare system)

N: Neighborly: การให้การดูแลด้วยมิตรไมตรีจิต เสมือนญาติมิตร เพราะแท้จริงแล้วการเยี่ยมเยียนผู้ป่วยเป็นสิ่งที่จำเป็น (ฟัรฎูกิฟายะฮ์) และเป็นการสร้างความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน

A: Apparatus: ความพร้อมของเครื่องมือ/อุปกรณ์และคู่มือ แนวทางที่ชัดเจน ปฏิบัติตาม CPG ร่วมกับแบบประเมิน เพื่อเป็นกลไกที่ใช้ขับเคลื่อนการดำเนินงานของทีมให้เกิดประสิทธิผล

I: Innovation: การเรียนรู้และการพัฒนานวัตกรรมเพื่อสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ (Health literacy) ตอบสนองกลุ่มเป้าหมาย

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องตามมาตรฐานและบริบทชุมชนตามที่ได้พัฒนาขึ้น โดยเน้นการบูรณาการการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายและทุกองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องพร้อมกับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์และความต้องการของชุมชน จะมีความแตกต่างจากกระบวนการเดิมอย่างเห็นได้ชัดเนื่องจากกระบวนการเดิมทางรพ.สต.ไม่ได้มีแนวทางหรือกระบวนการทำงานเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน เมื่อนำไปปรับใช้กับพื้นที่ด้วยกับบริบทของเกาะยาว ที่มีคนนับถือศาสนาเดียวกัน และส่วนใหญ่จะเป็นญาติพี่น้องกัน นำไปสู่ผลลัพธ์ที่น่าพอใจเป็นอย่างยิ่ง

3. ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการให้บริการ

การศึกษาครั้งนี้มีการประเมินผลการนำแนวทาง

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการให้บริการด้านระยะเวลา ความถี่และ ADL ผู้ป่วย

ลำดับ	โรค	เพศ	อายุ	เริ่มเกิดโรค	ผลการประเมิน ADL ระยะ 6 เดือน						แนวทางการส่งต่อ
					เดือนที่ 1	เดือนที่ 2	เดือนที่ 3	เดือนที่ 4	เดือนที่ 5	เดือนที่ 6	
1	Stroke	ชาย	58	มิ.ย.66	–	–	–	8	9	10	LTC
2	Stroke	ชาย	62	ต.ค.66	14	16	17	17	18	18	จำหน่าย/ส่งฟื้นฟู
3	Head injury	หญิง	61	ม.ค.67	12	14	18	20	–	–	จำหน่าย
4	Stroke	ชาย	58	มี.ค.67	14	18	20	–	–	–	จำหน่าย

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ลำดับ	กลุ่มผู้ให้ข้อมูล	รายการ	M	S.D.	ระดับ
1	บุคลากรสาธารณสุข	ด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ	4.15	0.52	พึงพอใจมาก
2	ภาคีเครือข่าย	ด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ	3.89	0.60	พึงพอใจมาก
		ด้านเจ้าหน้าที่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน	4.03	0.66	พึงพอใจมาก
3	ผู้ดูแล/ผู้ป่วย	ด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ	4.00	0.62	พึงพอใจมาก
		ด้านเจ้าหน้าที่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน	4.25	0.54	พึงพอใจมาก
		รวม	**4.06**	**0.59**	**พึงพอใจมาก**

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลาง โดยการประเมินจากคุณภาพการให้บริการผู้ป่วย ในด้านระยะเวลา ความถี่ในการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน (ADL) ของผู้ป่วย ดังตารางที่ 2

จากตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยระยะกลางส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สาเหตุมาจาก Stroke มีการประเมินผล ADL ทุก 1 เดือน ผู้ป่วยจะมี ADL จากค่าเฉลี่ยเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 12 คะแนน และเยี่ยมบ้านครั้งสุดท้ายมีค่าเฉลี่ย 17 คะแนน พบว่ามี ADL เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 25 และสามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้

4. ความพึงพอใจของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล (participants) กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ภาคีเครือข่าย (อปท.และผู้นำชุมชน) ภาคีเครือข่าย (Caregiver) และผู้ดูแลผู้ป่วย ต่อการใช้แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลาง โดยจำแนกเป็น 2 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ 2) ด้านเจ้าหน้าที่บุคลากรที่ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน มีระดับความพึงพอใจ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ดังตารางที่ 3

จากตารางที่ 3 จะเห็นได้ว่า ความพึงพอใจ ต่อการใช้แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางของกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มภาคีเครือข่าย (อปท. ผู้นำชุมชน และ Caregiver) และกลุ่มผู้ดูแล/ผู้ป่วย อยู่ในระดับพึงพอใจมาก M=4.06, S.D=0.59

■ อภิปรายผล

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลาง ผลการศึกษาพบว่า การดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางในตำบลพรุในยังไม่มีรูปแบบและประสิทธิผลที่ดีพอ ดังนี้คือ มีเฉพาะบางวิชาชีพ เนื่องจากเป็นข้อจำกัดของจำนวนบุคลากรใน รพ.สต. โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ รวมถึงเกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคลและสภาพแวดล้อม โดยพบว่า มีหลายปัจจัยที่มีความเกี่ยวเนื่องทั้งปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ประสบการณ์การศึกษา การฝึกอบรม การรับรู้ระยะเวลาในการทำงาน) และปัจจัยด้านสถานการณ์แวดล้อม (บรรยากาศองค์กร นโยบาย เครื่องมือ จำนวนผู้ป่วย)[12–15] และการขาดการจัดทำแนวทางรวมถึงการประเมินผลข้อมูลที่ไม่ชัดเจน นอกจากนี้ยังพบปัญหาและอุปสรรคในด้านต่างๆ เช่น การประสานงานไม่ชัดเจน การขาดแคลนอุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมถึงศักยภาพของผู้ดูแล (Caregiver) ที่ยังไม่เพียง

พอ ซึ่งการจัดการกระบวนการเหล่านี้ไม่ดี จะส่งผลให้การดูแลติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยไม่เป็นระบบ ไม่มีความต่อเนื่องและชัดเจน ท้ายที่สุดจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยด้วย ทั้งนี้พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้านจะส่งผลทำให้ช่วยลดภาระของผู้ดูแล ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น[16]

2. เพื่อพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องตามมาตรฐานและบริบทชุมชน ผลการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

1) การเตรียมความพร้อมก่อนออกเยี่ยมบ้าน ทำ Check list ของอุปกรณ์เครื่องมือ จัดเตรียมข้อมูลผู้ป่วย และประสานงานกับภาคีเครือข่าย

2) การเยี่ยมบ้าน ดำเนินการเยี่ยมบ้านตามแนวทางที่กำหนด ตรวจสอบสุขภาพผู้ป่วยและให้คำแนะนำ รวมถึงการใช้เทคโนโลยีในการปรึกษาทีมแพทย์เมื่อจำเป็น อีกทั้งยังมีภาคีเครือข่ายในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การดูแลด้านการจัดสภาพแวดล้อมและปัจจัยสนับสนุนอื่นๆ

3) การติดตามผลหลังเยี่ยมบ้าน คืนข้อมูลผู้ป่วยให้ภาคีเครือข่าย ประเมินผลการปฏิบัติงาน และวางแผนการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป

ซึ่งทั้ง 3 ส่วนต้องอาศัยการมีส่วนร่วมและการประสานงานเชื่อมโยงกันทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นส่วนของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายซึ่งประกอบไปด้วย อปท. ผู้นำชุมชน Caregiver/อสม. ผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้นำศาสนา เพื่อให้เกิดแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน ดังการศึกษาของสุทธิรัตน์ บุษดี [17] พบว่า กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมและจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน ร่วมกับพัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลเชื่อมโยงเครือข่าย พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง พัฒนาการจัดบริการเชิงรุกในชุมชน พัฒนาการจัดบริการเชิงรับ พัฒนาการสร้างเครือข่ายการดูแลที่เข้มแข็งทำให้ผู้ป่วย/ญาติและผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 89.76 และร้อยละ 86.59 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย Barthel index of ADL ก่อนและหลังการจำหน่ายเมื่อครบ 6 เดือน พบว่าดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) มีระบบการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงทุกระยะเจ็บป่วย ช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษา ทำให้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มมากขึ้น[18] ทั้งนี้โดยมีการจัดระบบการดูแลตามบริบทของแต่ละราย ให้ครอบครัว ชุมชน ได้ร่วมกันเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น มีการวิเคราะห์และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการคืนข้อมูลแก่ทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายที่ร่วมดูแลผู้ป่วยร่วมกัน และที่สำคัญคือให้มีการพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ดังการศึกษาของนันตพร ทองเต็ม และคณะ[19] ที่พบว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับรูปแบบบริการฟื้นฟูแต่ละรูปแบบอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการให้การสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาร่วมกับทีมสุขภาพ เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น และความหวังแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การศึกษาครั้งนี้ได้มีการดูแลผู้ป่วยที่รอบด้าน ไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและจิตวิญญาณ โดยการนำหลักศาสนาเข้ามาบูรณาการในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านจิต-วิญญาณ อาทิเช่น การกระตุ้นเตือน

และฟื้นฟูเรื่องการละหมาด หรือการใช้บทดุอาร์ (การขอพรต่อพระเจ้า) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จุรีย์ ธีรัชกลุม และคณะ[20] พบว่า ความต้องการการดูแลในมิติความสัมพันธ์ที่ดีกับอัลลอฮ์สูงกว่ามิติอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ผลของการศึกษาครั้งนี้บ่งชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางจิตวิญญาณให้กับผู้ป่วยมุสลิมควรให้ความสำคัญกับการแสดงออกเพื่อการระลึกถึงพระผู้เป็นเจ้า ทั้งนี้เพื่อสนองตอบความต้องการที่สอดคล้องกับแนวคิดและหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม นอกจากนี้การศึกษาของ อนงค์ ภิบาล[21] พบว่า ผู้ป่วยไทยมุสลิมเชื่อว่าความเจ็บป่วยเป็นปกติวิสัยของมนุษย์ เป็นบททดสอบคุณค่าความเป็นมนุษย์เช่นเดียวกับบททดสอบอื่นๆ ผู้ป่วยที่เข้าใจและมีความศรัทธาจะมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วยที่ประสบอยู่ เขาจะเพิ่มการวิงวอนขอพรจากพระองค์ให้หายจากโรคมากขึ้น

สรุปผลการพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลาง การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) ที่มีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยการบูรณาการการมีส่วนร่วมจากสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ การดำเนินงานอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องจะส่งผลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้ป่วยในระยะยาว โดยเฉพาะการผสมผสานมิติด้านจิตวิญญาณผ่านความศรัทธาทางศาสนา ซึ่งช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการรักษาและความรู้สึกปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

■ ข้อเสนอแนะ

- **ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ**

จากการศึกษาครั้งนี้ ได้มีการพัฒนานวัตกรรมทั้งโปสเตอร์การออกกำลังกายแก่ผู้ป่วยเฉพาะราย โปสเตอร์ให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือน และบทสวดดุอาร์ขอพรจากพระเจ้า ซึ่งจะช่วยเยียวยาทางด้านจิตใจของผู้ป่วย รวมถึงการจัดทำนวัตกรรมกล่องยา 2BOXS เพื่อช่วยในการดูแลผู้ป่วยให้มีความครอบคลุม ซึ่งนวัตกรรมเหล่านี้สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยได้ทุกกลุ่มโรค

- **ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป**

ควรดำเนินการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณโดยการนำหลักศาสนาอิสลามมาบูรณาการร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อประเมินว่าการบูรณาการดังกล่าวมีผลต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างไร รวมถึงการประยุกต์ใช้ในบริบทของชุมชนที่มีความหลากหลายทางศาสนา

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ อ.ดร.จตุพร วิศิษฏ์โชติอังกูร ผู้เชี่ยวชาญด้านงานวิจัย คุณจันทิรา พิกุลผล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเกาะยาวชัยพัฒน์ และนายแพทย์มารุต เหล็กเพชร นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพรุใน ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหาและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง แก้ไข ทำให้งานวิจัยนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณทีมวิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการพัฒนา จนการดำเนินการวิจัยสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

เอกสารอ้างอิง

1. คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. สมุทรสาคร: บอร์น ทู บี พับลิชชิ่ง; 2562.
2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
3. การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย. เกาะยาวใหญ่ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 3 มีนาคม 2567] เข้าถึงได้จาก: https://thai.tourismthailand.org/Attraction
4. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. รายงานข้อมูลอำเภอเกาะยาว [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2567] เข้าถึงได้จาก: https://3doctor.hss.moph.go.th/main
5. กระทรวงมหาดไทย กรมการปกครอง. ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์: ตำบลพรุใน. พังงา: สำนักทะเบียน; 2566.
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สัดส่วนเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ต่อประชากร [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ittdashboard.nso.go.th/preview.php?id_project=60
7. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planer. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.
8. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic Inquiry. Beverly Hills (CA): Sage; 1985.
9. Mahoney F, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State Med J 1965;14:61–5.
10. Collin C, Davies S, Horne V. The Barthel ADL index: A reliability study. Int Disabil Stud 1988;10(2): 61–3.
11. Richards SH, Peters TJ, Coast J, Gunnell DJ, Darlow M, Pounsford J. Inter–rater reliability of the Barthel ADL Index: How does a researcher compare to a nurse. Clin Rehabil 2000;14(1):72–8.
12. Thaiautvitee T, Jumpamool A. Factors Influencing Patient– Centered Care as Perceived by Registered Nurses Working in Srinagarind Hospital, Khonkaen University. Srinagarind Med J 2019;34(2):198–204. (in Thai)
13. Jongruk B, Lertsakornsiri M, Cinnoros S. Factors Associated with Competency of Professional Nurses in Caring Stroke Patients. Pnujr 2019;11(1):38– 49. (in Thai)
14 Jongjaisurathum B, Naka K, Sae–Sia W. Nursing Practice for Elderly Patients Safety by Operating Room Nurses and Related Factors. Songklanagarind J Nurs 2017;37(2):27–40. (in Thai)
15. Keawtong W, Rawiworakul T, Kalampakorn S, Kerdmongko P. Competencies Of Palliative Care Among Community Nurses In Primary Care Units. JRTAN 2017;18(1):74–83. (in Thai)
16. Ugur HG, Erci B. The effect of home care for stroke patients and education of caregivers on the caregiver burden and quality of life. Acta Clin Croat 2019;58(2):321–32.
17. สุทธิรัตน์ บุษดี. การพัฒนาระบบการบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของโรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2565;19(1):193–206.
18. โรงพยาบาลปง. สรุปผลการดำเนินงานโรงพยาบาลปง ประจำปีงบประมาณ 2560. (เอกสารไม่ตีพิมพ์); 2560.
19. นันตพร ทองเต็ม, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช, ศรัณยา โฆสิตะมงคล. ปัจจัยทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจาวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2564;40(3):78–96.

20. จุรีย์ ธีรัชกุล, อนงค์ ภิบาล, อุไร หัถกิจ. ความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณด้านการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นและพลังนอกเหนือตน ของผู้ป่วยมุสลิมที่เคยเข้ารับการผ่าตัดในแผนกศัลยกรรมทั่วไปโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2559;8(1):39-52.
21. อนงค์ ภิบาล. ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณและการได้รับการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้ายขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] .สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2552.

HEALTH

การพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านการส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพเพื่อพัฒนาประชากรและทุนมนุษย์

ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง*
ธัชณัท พันตรา
สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย
กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง
สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย
สุภาพร สมบัติ
สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

วันรับ 30 เมษายน 2567, วันแก้ไข 28 มกราคม 2568, วันตอบรับ 30 มกราคม 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านการส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพเพื่อพัฒนาประชากรและทุนมนุษย์ มีวัตถุประสงค์การศึกษาเพื่อศึกษาข้อมูล สถานการณ์ด้านการเกิด ข้อเสนอแนะจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาร่างแผนปฏิบัติการด้านการส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ และเพื่อประเมินความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่อการจัดทำร่างแผนปฏิบัติการ มีการศึกษาเชิงคุณภาพโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากบันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิจากหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และองค์กรวิชาการ จำนวน 7 คน รายงานและไฟล์บันทึกเสียงการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจากผู้แทนหน่วยงานภาคีเครือข่าย จำนวน 45 หน่วยงาน และการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมในการจัดทำร่างแผนปฏิบัติการฯ จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ผลการศึกษาสถานการณ์ด้านการเกิดของประเทศ พบจำนวนเด็กเกิดใหม่มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2565 อัตราการเจริญพันธุ์รวม เหลือเพียง 1.08 ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับภาวะเจริญพันธุ์ที่สำคัญ ประกอบด้วย การสมรส อายุเฉลี่ยของการมีบุตร ภาวะมีบุตรยาก การมีคู่รักเพศเดียวกัน บทบาทของสตรีในเชิงเศรษฐกิจและในครอบครัว และทัศนคติของประชาชนต่อการสร้างครอบครัวและมีบุตร การพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านการส่งเสริมการมีบุตร นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยวิธี SWOT พบว่าปัจจุบันตำแหน่งเชิงยุทธศาสตร์ของการส่งเสริมการมีบุตรของประเทศมีความเสียเปรียบเชิงยุทธศาสตร์ โดยด้านจุดอ่อนและภัยคุกคามมีน้ำหนักผลกระทบมากกว่าด้านจุดแข็งและโอกาส ดังนั้นเพื่อปรับตำแหน่งทางยุทธศาสตร์ให้มีความได้เปรียบในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อยกร่างแผนปฏิบัติการด้านการส่งเสริมการมีบุตร จึงได้ร่วมกันกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์และมาตรการสำคัญ ด้วยการพลิกอุปสรรคเป็นโอกาส โดยใช้เครื่องมือปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และ “ยุทธศาสตร์น่านน้ำสีคราม” จนสามารถพลิกตำแหน่งความได้เปรียบเชิงยุทธศาสตร์ ที่อยู่ในตำแหน่ง “เชิงรับ” มาอยู่ในตำแหน่ง “เชิงรุก” ที่มีความได้เปรียบเชิงยุทธศาสตร์ โดยร่างแผนปฏิบัติการฯ ประกอบด้วย 3 มาตรการ ได้แก่ 1) การปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีและเลี้ยงดูบุตร 2) การเสริมสร้างความรู้และปรับเปลี่ยนทัศนคติ 3) การสนับสนุนให้ผู้ที่ตัดสินใจมีบุตรได้รับการดูแลอย่างครบวงจรและมีคุณภาพ ข้อสรุป การพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านการส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ เพื่อพัฒนาประชากรและทุนมนุษย์ ดำเนินการรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากรายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ นำมาจัดทำร่างแผนปฏิบัติการฯ ประกอบด้วย 3 มาตรการสำคัญ และดำเนินการติดตามประเมินความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยส่วนใหญ่เห็นด้วยกับมาตรการตามแผนปฏิบัติการฯ ทั้ง 3 มาตรการ และส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติการฯ ในระดับมาก ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ประกอบด้วย 1) การมีคณะกรรมการอำนวยการในระดับชาติ เพื่อสั่งการ กำกับติดตามการดำเนินการ 2) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายทุกระดับทั้งภาครัฐ และเอกชนเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน 3) สนับสนุนให้หน่วยงานภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ ร่วมกันวางแผนจัดทำโครงการแบบบูรณาการ ในการขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากแหล่งทุนต่าง ๆ ในระดับพื้นที่
คำสำคัญ: แผนปฏิบัติการ การส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ การพัฒนาประชากรและทุนมนุษย์

*ผู้รับผิดชอบบทความ, อีเมล: am.piyarat@gmail.com

Development of an action plan for promoting quality childbearing to enhance population and human capital

Piyarat Eaimkhong*
Thutchanut Phantra
Bureau of Reproductive Health, Department of Health
Kittipong Saejeng
Office of the Advisory Committee, Department of Health
Supaporn Sombat
Bureau of Reproductive Health, Department of Health

Received 30 April 2024, Revised 28 January 2025, Accepted 30 January 2025.

Abstract

The research on development of an action plan for promoting quality childbearing to enhance population and human capital aims to examine data and the current situation regarding birth rates, as well as recommendations from stakeholders involved in promoting childbearing. The objective is to develop a draft action plan for promoting childbearing and to assess the opinions and participation of stakeholders in the process of drafting the action plan. A qualitative study was conducted using secondary data from in-depth interview records. The sample group consists of 7 experts from government agencies, private sectors, and academic organizations, as well as reports and audio recordings from participatory workshops with involving representatives from 45 partner organizations. Additionally, quantitative data were collected using questionnaires on opinions and participation in the drafting of the action plan from the entire sample group. The results of the study on the country's birth situation show a continuous decline in the number of newborns. In 2022, the total fertility rate dropped to just 1.08. Key factors affecting fertility levels include marriage, the average age of childbirth, infertility, same-sex partnerships, women's roles in the economy and family, and public attitudes toward family formation and having children. The action plan for promoting childbirth was analyzed using the SWOT method, revealing that the current strategic position of the country's promotion of childbirth is at a strategic disadvantage, as weaknesses and threats outweigh strengths and opportunities. Therefore, to shift the strategic position to a more advantageous one, a workshop was held to draft the action plan, during which strategic issues and key measures were determined,

turning obstacles into opportunities by applying the philosophy of sufficiency economy and the "Blue Ocean Strategy." This enabled a shift from a "defensive" position, characterized by more weaknesses than strengths and more threats than opportunities, to an "offensive" position with a strategic advantage. The draft action plan consists of three key measures: 1) Adjusting the environment to support having and raising children; 2) Enhancing knowledge and changing attitudes; and 3) Providing comprehensive, high-quality care and support for those deciding to have children. Conclusion: The development of an action plan to promote quality childbearing and enhance population and human capital involved gathering secondary data and workshop reports. This data was utilized to draft an action plan comprising three key measures. The process also included monitoring, evaluating feedback, and fostering participation from partner networks. The majority of partner organizations participating in the workshops expressed agreement with the measures outlined in the action plan and demonstrated a high level of engagement in its development process. The research recommendations: 1) Establishing a national steering committee to provide directives, oversee operations, and monitor implementation processes. 2) Building collaborative networks with partner organizations at all levels, including both public and private sectors, to drive operations forward. 3) Encouraging local-level partner organizations to collaboratively plan and develop integrated projects to secure funding support from various local funding sources.

Keywords: Action plan, Promoting Quality Childbearing, Population and human capital development

*Corresponding Author, email : am.piyarat@gmail.com

■ บทนำ

จากข้อมูลจำนวนการเกิดมีชีพโดยเฉลี่ยต่อผู้หญิงหนึ่งช่วงชีวิต ลดลงอย่างเห็นได้ชัดในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา[1] ตั้งแต่ พ.ศ. 2503 อัตราเกิดทั่วโลกลดลงเหลือเฉลี่ย 2.5 คนต่อหญิง 1 คน ค่าเฉลี่ยดังกล่าวมีความหลากหลาย โดยในแอฟริกามีการเกิด 4.7 คนต่อผู้หญิง 1 คน ในยุโรปอยู่ที่ 1.6 คนต่อผู้หญิง 1 คน[2] สำหรับประเทศไทยจำนวนเด็กเกิดใหม่ในแต่ละปีเริ่มลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ. 2513[3] ทำให้อัตราการเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rate: TFR) ของประเทศไทยลดลงอย่างรวดเร็ว ใน พ.ศ. 2564 เป็นครั้งแรกที่ประเทศไทยมีการตายมากกว่าการเกิด โดยมีการตายมากกว่าการเกิดถึง 19,080 คน ในขณะที่ พ.ศ. 2563 ประเทศยังมีการเกิดมากกว่าการตายอยู่ถึง 85,930 คน[4] การลดลงของการเกิดนี้สอดคล้องกับอัตราการเจริญพันธุ์รวมที่ลดต่ำลงกว่าระดับทดแทน ที่ระดับ 2.1 มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 ข้อมูลล่าสุดในปี 2565 อยู่ที่ 1.08 และคาดการณ์จำนวนเด็กเกิดใหม่ พ.ศ. 2566 จะต่ำกว่า 500,000 คน[5] ซึ่งหากรัฐบาลไม่ออกมาตรการใดเพื่อเพิ่มจำนวนการเกิด ประชากรไทยจะเหลือเพียงครึ่งหนึ่งหรือประมาณ 33 ล้านคน ในอีก 70 ปีข้างหน้า[6] จำนวนเด็กเกิดใหม่มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง สวนทางกับการเพิ่มขึ้นของประชากรวัย 60 ปีขึ้นไป ส่งผลให้เกิดปัญหาเด็กเกิดน้อย และเป็นสิ่งสำคัญระดับชาติที่ต้องนำมาพิจารณา เนื่องจากมีผลกระทบตามมาทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น กำลังซื้อและการบริโภคที่ลดลง จำนวนแรงงานที่ลดลง ทำให้ต้องพึ่งพาแรงงานต่างชาติมากขึ้น และกระทบความสามารถในการดึงดูดการลงทุนของไทย รวมไปถึงภาครัฐจัดเก็บภาษีได้น้อยลง ตลอดจนความผูกพันในครอบครัวและสังคมจะน้อยลงเนื่องจากครอบครัวเดี่ยวเพิ่มมากขึ้น ความใกล้ชิดในเครือญาติเช่นในอดีตจะลดลง โดยมีสาเหตุทั้งการที่คนรุ่นใหม่

ตัดสินใจไม่มีลูกหรือมีน้อยลง วิถีชีวิตและทัศนคติของคนรุ่นใหม่ที่ต้องการใช้ชีวิตอย่างอิสระมากขึ้น มีความหลากหลายทางเพศ และที่สำคัญคือค่าครองชีพที่สูงขึ้น แต่รายได้เพิ่มขึ้นไม่ทัน โดยค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูเด็กตั้งแต่แรกเกิดจนจบปริญญาตรีในสถาบันการศึกษาของรัฐบาลที่สูงถึงประมาณ 1.6 ล้านบาทต่อคน หรือคิดเป็น 6.3 เท่าของรายได้ต่อหัวต่อปีของประชากร (GDP per capita) ในปี 2565[7]

การส่งเสริมการมีบุตรหรือส่งเสริมการเกิด เป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์การพัฒนาของแผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว พ.ศ. 2565 – 2580 ที่กำหนดให้การสร้างครอบครัวที่มีคุณภาพและพัฒนาระบบที่เอื้อต่อการมีและเลี้ยงบุตรอยู่ในยุทธศาสตร์ที่ 1 ของแผนการพัฒนาฉบับนี้[8] และมีการบรรจุประเด็นนี้ในนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 – 2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ[9] กอรปกับประเด็นการส่งเสริมการมีบุตร เป็นนโยบายเน้นหนักของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567 โดยมีมาตรการสำคัญคือผลักดันประเด็นดังกล่าวเป็น “วาระแห่งชาติ” เพื่อบูรณาการร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เสริมสร้างความรู้ ทัศนคติ และค่านิยมแก่คนรุ่นใหม่ในการสร้างครอบครัวและมีบุตรในวัยอันควร ตลอดจนการเพิ่มจำนวนการเกิดที่มีคุณภาพ โดยมีเป้าหมายใน พ.ศ. 2585 กำหนดอัตราการเจริญพันธุ์รวมไม่ต่ำกว่า 1.5 โดยที่ประเทศยังไม่มีแผนปฏิบัติการด้านนี้โดยตรง อีกทั้งพบว่าผลการดำเนินงานตามนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์ชาติ ฉบับที่ 2 ยังมีความสำเร็จในระดับต่ำ ทั้งในส่วนของการเพิ่มจำนวนการเกิด คุณภาพการเกิด และการเจริญเติบโตของเด็ก ดังนั้นการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านการส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพเพื่อพัฒนาประชากรและทุนมนุษย์ จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น เนื่องจากเป็นการประกันเป้าหมายในการทำงานให้บรรลุผลที่ตั้งไว้ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ซึ่งเป็นฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ จึงได้พัฒนาร่างแผนปฏิบัติการด้านส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพฉบับนี้ขึ้น โดยมีความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ในหลากหลายประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ ประเด็นการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต และประเด็นการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาและเสริมศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็นการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต และประเด็นการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี สำหรับนำเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาและให้มีการประกาศใช้เป็นแผนปฏิบัติการด้านส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพเพื่อพัฒนาประชากรและทุนมนุษย์ต่อไป โดยกระบวนการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชนที่เป็นหุ้นส่วนสำคัญในประเทศ รวมทั้งภาคส่วนองค์กรวิชาการทั้งในและต่างประเทศ จะทำให้สามารถจัดทำร่างแผนปฏิบัติการที่มีความสมบูรณ์ มีการกำหนดมาตรการ และแผนงานโครงการที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายตามนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ คุ้มค่า คุ้มทุน และทำให้ประเทศมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน จากการเกิดที่สมดุลและมีคุณภาพ เพื่อการรักษาการเติบโตและพัฒนาการของประเทศให้ก้าวหน้าสืบไป

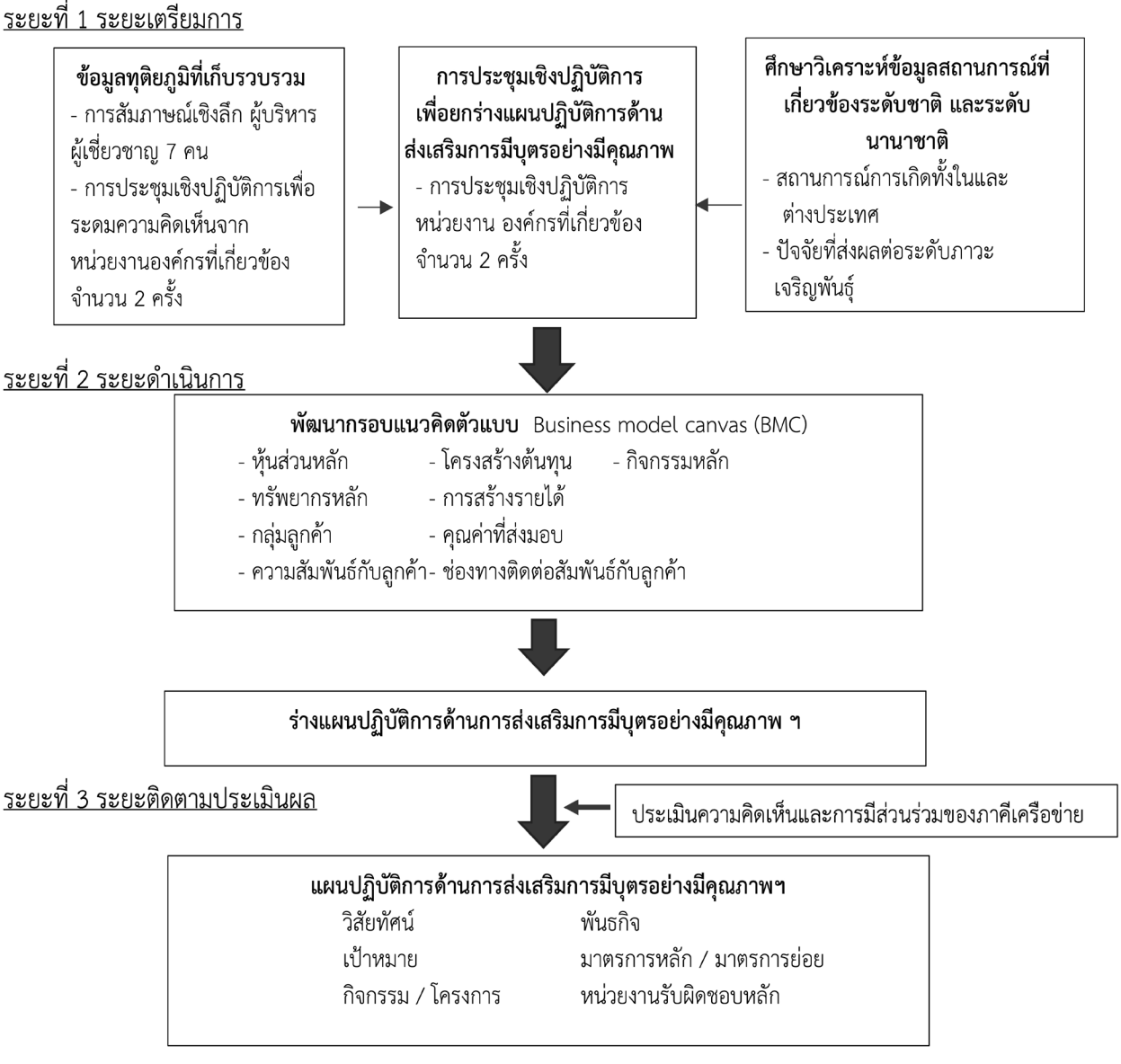
■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. ศึกษาข้อมูล สถานการณ์ รวมถึงข้อเสนอแนะจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการมีบุตร

2. พัฒนาร่างแผนปฏิบัติการด้านการส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ เพื่อพัฒนาประชากรและทุนมนุษย์

3. ประเมินความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการพัฒนาร่างแผนปฏิบัติการด้านการส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ เพื่อพัฒนาประชากรและทุนมนุษย์

■ กรอบแนวคิดการวิจัย



■ วิธีการศึกษา

● **รูปแบบการศึกษา** เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) จากบันทึกข้อมูล รายงานบันทึกและไฟล์บันทึกเสียงการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ ดังนี้

1. การสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิจากหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และองค์กรวิชาการ ทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการมีบุตร จำนวน 7 องค์กร องค์กรละ 1 คน โดยมีคำถามประกอบด้วยโครงสร้าง 5 คำถามสำคัญ ได้แก่ 1) คิดว่าการมีบุตรมีความสำคัญควรแก่การกำหนดเป็นวาระแห่งชาติหรือไม่ 2) ปัจจุบันการส่งเสริมนโยบายส่งเสริมการมีบุตรมีจุดแข็ง จุดอ่อนอย่างไร 3) สภาพการณ์ภายนอกที่เป็นอุปสรรคและโอกาสในการผลักดันการส่งเสริมการมีบุตรเป็นวาระแห่งชาติคืออะไร 4) คาดการณ์อนาคตที่ดีที่สุดของประเด็นการส่งเสริมการมีบุตรของประเทศไทยอย่างไร และ 5) ท่านมีประเด็นจุดประกายหรือแรงบันดาลใจอะไรบ้างในการส่งเสริมการมีบุตรของประเทศไทยไปสู่ภาพในอนาคต

2. การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับหน่วยงานหรือองค์กรด้านวิชาการทั้งภาครัฐเอกชน และองค์การระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ จำนวน 45 หน่วยงาน หน่วยงานละ 1 คน โดยผู้เข้าร่วมประชุมเป็นผู้บริหารหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าหน่วยงาน ตามองค์ประกอบของคณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานอื่นที่ฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ พิจารณาจากองค์กรที่มีบทบาทภารกิจที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ ซึ่งไม่ซ้ำกลุ่มตัวอย่างที่สัมภาษณ์เชิงลึก และใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เข้าร่วมการประชุมทุกคน ทดสอบความเที่ยงตรง (Validity) ของแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ IOC (Index of Item-objective congruence) ได้เท่ากับ 0.80

แหล่งข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก และรายงานบันทึกและไฟล์บันทึกเสียงการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้ข้อมูลการบันทึกการประชุมทั้งหมดทุกครั้ง รวมทั้งหมด 2 ครั้ง ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย เพื่อขออนุญาตใช้ข้อมูลในการศึกษา ซึ่งข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อมูลที่อยู่ในรูปแบบ electronic file และไฟล์บันทึกเสียง

ขั้นตอนการยกร่างแผนปฏิบัติการส่งเสริมการมีบุตร การพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านการส่งเสริมการมีบุตร เป็นการวิจัยอนาคตเชิงยุทธศาสตร์แบบเดลฟาย (Delphi Strategic Future Research Technique: DSFRT) โดยประยุกต์ใช้รูปแบบ SWOT analysis และจัดทำตัวแบบแผนยุทธศาสตร์ Business model canvas (BMC) มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องระดับชาติ และระดับนานาชาติ 2) ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก

และ/หรือการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมความคิดเห็นจากหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้อง 3) ยกร่างแผนปฏิบัติการส่งเสริมการมีบุตร 4) พัฒนาร่างแผนปฏิบัติการส่งเสริมการมีบุตร โดยใช้ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก และรายงานบันทึกและไฟล์บันทึกเสียงการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลการประชุมเชิงปฏิบัติการระดมความคิดเห็น 2 ครั้ง นำเข้าสู่การประชุมยกร่างแผนปฏิบัติการฯ ที่ได้จัดขึ้น 2 ครั้ง และมีการจัดทำตัวแบบยุทธศาสตร์ (Business model canvas, BMC) ของร่างแผนปฏิบัติการด้านส่งเสริมการมีบุตร ที่มีองค์ประกอบ 9 ส่วน ได้แก่ หุ้นส่วนหลัก งาน/กิจกรรมหลัก ทรัพยากรหลัก คุณค่าที่ส่งมอบ กลุ่มลูกค้า ความสัมพันธ์กับลูกค้า ช่องทาง โครงสร้างต้นทุน และการสร้างรายได้ ผู้วิจัยได้นำตัวแบบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และยุทธศาสตร์น่านน้ำสีคราม (Blue Ocean Strategy Scheme) ซึ่งหมายถึงกลยุทธ์ที่มีแนวคิดในการหลีกเลี่ยงตลาดที่มีการแข่งขันอย่างดุเดือดจากตลาดที่มีคู่แข่งภายในภารกิจเดียวกันอยู่เป็นจำนวนมาก แต่มุ่งแสวงหาตลาดใหม่ที่มีการแข่งขันต่ำและสร้างความต้องการขึ้นมาใหม่ด้วยการสร้างสิ่งใหม่ขึ้นมาเพื่อให้เกิดความได้เปรียบเชิงยุทธศาสตร์ มุ่งเน้นการสร้างมาตรการใหม่ที่ประเทศสามารถลงทุนได้ สามารถนำทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ นำมาสู่การยกร่างแผนปฏิบัติการด้านการส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพเพื่อพัฒนาประชากรและทุนมนุษย์ และการสร้างความตระหนักให้หน่วยงาน ตลอดจนประชาชนเห็นความสำคัญของการมีบุตรที่มีคุณภาพ

● **การวิเคราะห์ข้อมูล** มีขั้นตอนการดำเนินงานทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ดังนี้

1) การจัดระเบียบข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลจะทำไปพร้อมๆ กันตลอดเวลาที่ดำเนินการวิจัย

2) นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และจากบันทึกรายละเอียดการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ มาจำแนกหรือการจัดกลุ่มชนิดข้อมูล และทำการวิเคราะห์เนื้อหา

3) หลังจากการวิเคราะห์จำแนกหรือจัดกลุ่มข้อมูลแล้ว นำข้อมูลที่ได้ไปทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบเหตุการณ์ สรุปลักษณะร่วมและลักษณะที่แตกต่างกัน

4) ทำการวิเคราะห์ส่วนประกอบ

5) นำผลที่ได้จากข้อ 4 ที่ผ่านการตรวจสอบหรือยืนยันแล้วมาตีความสร้างเป็นข้อสรุป

6) นำผลจากข้อ 5 มาสร้างบทสรุป “ตัวแบบ (Business model canvas: BMC) ของร่างแผนปฏิบัติการด้านการส่งเสริมการมีบุตร พิสูจน์บทสรุปโดยการส่งบทสรุปที่ได้ไปยังกลุ่มเป้าหมายเพื่อยืนยันความถูกต้อง

7) นำผลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการและตัวแบบ BMC มาดำเนินการพัฒนาร่างแผนปฏิบัติการด้านการส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ

8) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากการประเมินความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ต่อร่างแผนปฏิบัติการด้านส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพเพื่อพัฒนาประชากรและทุนมนุษย์

● **การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง** การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ กรมอนามัย รหัสโครงการวิจัย 693 วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2567

■ ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาข้อมูล สถานการณ์ด้านการเกิดของประเทศ และผลการวิเคราะห์ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาร่างแผนปฏิบัติการฯ

1.1 ผลการศึกษาจากการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องระดับชาติและระดับนานาชาติ

(1) สถานการณ์การด้านการเกิดของประเทศ ประเทศไทยกำลังเผชิญกับจำนวนประชากรที่ลดลง และการสูงอายุของประชากรไปพร้อมกันในปี พ.ศ. 2565 ประชากรไทยมีจำนวนทั้งสิ้น 66,090,475 ราย เป็นจำนวนที่ลดลงจากปีก่อนหน้านี้ โดยในปี พ.ศ. 2563 เป็นปีที่มีจำนวนประชากรไทยสูงที่สุดเท่าที่เคยมีมา มีจำนวน 66,558,935 คน การเพิ่มจำนวนของประชากรไทยจากที่เคยสูงสุดที่ร้อยละ 2.9 ในระหว่าง พ.ศ. 2511–2512 ได้ลดลงเหลือครึ่งหนึ่งในเวลาเพียง 15 ปี และต่ำกว่าร้อยละ 1 ในปี พ.ศ. 2540 ในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2555 – 2564 อัตราการเพิ่มของประชากรไทยลดลง ประชากรเริ่มลดจำนวนลงดังที่ปรากฏอยู่ในปัจจุบัน และนับจากนี้ไปอีก 27 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2593) หากระดับอัตราเจริญพันธุ์รวมยังคงอยู่ระดับ 1.08 และแบบแผนการเสียชีวิตไม่เปลี่ยนแปลงจากปัจจุบัน คาดว่าประชากรไทยจะมีจำนวนลดลง 9,570,746 คน (ร้อยละ 14.5) เหลือเพียง 56,519,729 ล้านคน โดยในจำนวนนี้ร้อยละ 38 (21,460,669 คน) จะมีอายุมากกว่า 60 ปี และร้อยละ 10.5 (5,917,525 คน) มีอายุมากกว่า 80 ปี หากอัตราเจริญพันธุ์รวมยังมีแนวโน้มลดลงต่อไปอีก คาดว่าอีก 60 ปีต่อจากนี้ (ปี พ.ศ. 2626) จำนวนประชากรไทยจะเหลือเพียง 33.76 ล้านคน โดยมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป สูงถึง 17.97 ล้านคน (ร้อยละ 53.2) ประชากรวัยเด็กจะเหลือเพียง 1.1 ล้านคน ในขณะที่ประชากรวัยแรงงานอายุระหว่าง 15 – 64 ปี มีเพียง 14.69 ล้านคน สะท้อนให้เห็นถึงระดับการพึ่งพิงที่สูงมาก ซึ่งจะนำความท้าทายมาสู่ประเทศอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ สังคม การให้การดูแลผู้สูงอายุ รวมไปถึงการจัดการภาระทางการคลัง

(2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับภาวะเจริญพันธุ์ ผลการทบทวนข้อมูลพบปัจจัยสำคัญดังนี้

– การสมรสของประชากร ข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2544 – 2559 พบว่าประมาณร้อยละ 81 – 84 ของสตรีไทย อายุระหว่าง 20 – 49 ปี เคยสมรสอย่างน้อย 1 ครั้ง และร้อยละ 28.9 มีการหย่าร้างหรือจากการเป็นหม้าย พบว่าร้อยละ 71.3 มีการสมรสใหม่ ทำให้มีแนวโน้มที่ส่งผลในทางบวกต่อการมีบุตร สตรีที่สมรสซ้ำจะมีจำนวนบุตรเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยประมาณ 0.77 คน[10]

– อายุเฉลี่ยของการมีบุตร พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2565 ร้อยละ 19.3 ของอัตราเจริญพันธุ์รวม (1.0) เกิดจากสตรีที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวจากร้อยละ 10.5 ในปี พ.ศ. 2559

– ภาวะมีบุตรยาก ความชุกของภาวะมีบุตรยากในสตรีไทยวัยเจริญพันธุ์ อยู่ที่ประมาณร้อยละ 9.8 – 11.6[11] โดยสาเหตุสำคัญเกิดจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รายงานวิเคราะห์สถานการณ์การป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ไม่รวมโรคเอดส์) ระหว่างปี พ.ศ. 2553 และ พ.ศ. 2562 แสดงข้อมูลว่าปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้กลับมาสูงขึ้นอีกครั้งในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 15 – 19 ปี

และอายุ 20 – 24 ปี[12]

– การมีคู่รักเพศเดียวกัน การมีคู่รักเพศเดียวกันถูกมองว่าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ระดับภาวะเจริญพันธุ์ของหลายประเทศลดลง ในปี พ.ศ. 2561 มีการประมาณการว่ามีจำนวนประชากรในกลุ่มความหลากหลายทางเพศในประมาณ 4.5 ล้านคน หรือคิดเป็นสัดส่วนถึงประมาณ 5–10% ของจำนวนประชากรโดยรวม และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในแต่ละปี ซึ่งการเพิ่มขึ้นของกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศดังกล่าว ในทางประชากรอาจส่งผลต่ออัตราส่วนในการจับคู่ของคู่รักต่างเพศที่ลดลง หรืออาจจะมีผลต่อการตัดสินใจครองโสดมากขึ้น อย่างไรก็ตาม กลุ่มความหลากหลายทางเพศยังมีความต้องการมีบุตรเพื่อสืบสกุลไม่ว่าจะเป็นการรับอุปการะเด็กหรือการทำกิฟต์ (Gamete Intrafallopian Transfer: GIFT)[13–14]

– บทบาทของสตรีในเชิงเศรษฐกิจและครอบครัว สตรีไทยในการเลือกทำงานมากกว่าการมีลูก เงินเดือนของผู้หญิงซึ่งลาออกไปเลี้ยงบุตรแล้วกลับไปทำงานลดลงราวร้อยละ 7– 20[15] นอกจากนี้ข้อมูลจากโครงการสำรวจการใช้เวลาของประชากรไทยปี พ.ศ. 2557 แสดงให้เห็นผู้หญิงไทยยังคงเป็นหลักในกิจกรรมของครัวเรือนทั้งหมด[16] ซึ่งสะท้อนให้เห็นค่านิยมของสังคมที่มีมาแต่อดีตว่าเรื่องในบ้านต้องเป็นหน้าที่ของผู้หญิง ซึ่งหากสามีเข้ามาสนับสนุนการเลี้ยงดูบุตรมากขึ้นก็จะช่วยลดภาระและทำให้มีความต้องการมีบุตรมากขึ้น

– ทัศนคติของประชาชนต่อการสร้างครอบครัวและมีบุตร จากการสำรวจกลุ่มประชากรเจเนอเรชั่นวาย (เกิดในช่วง พ.ศ. 2523 – 2543) พบว่า ร้อยละ 76.4 เห็นด้วยกับการมีครอบครัวและร้อยละ 64 มีความต้องการที่จะมีบุตร[17] ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากการสำรวจผ่านโครงการ Sod Smart ของกรมอนามัยในปี พ.ศ. 2565 ที่จัดเก็บจากประชากรที่ยังไม่เคยสมรส ที่พบว่าร้อยละ 77.5 ต้องการใช้ชีวิตคู่ และร้อยละ 61.3 ต้องการที่จะมีบุตร

1.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารหน่วยงานองค์กรภาครัฐ เอกชน และองค์กรระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนการส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพเพื่อพัฒนาประชากรและทุนมนุษย์เพื่อวิเคราะห์ทิศทาง แนวทางการพัฒนาในประเด็นส่งเสริมการมีบุตรของประเทศไทยให้มีการเกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพ จำนวนรวมทั้งหมด 7 คน พบว่าประเด็นการส่งเสริมการมีบุตรจำเป็นอย่างยิ่งที่จะยกเป็นวาระแห่งชาติ การลงทุนในเรื่องที่เกี่ยวกับเด็กเป็นการลงทุนที่มีความคุ้มค่าที่สุด เนื่องจากเด็กเหล่านี้เมื่อโตไปเป็นผู้ใหญ่ก็จะเป็นกำลังหลักในการพัฒนาประเทศ หากไม่สามารถพัฒนาหรือรักษาไว้ซึ่งทรัพยากรเหล่านี้ จะทำให้ประเทศสูญเสียโอกาสในการพัฒนาไป ดังนั้น ทุกภาคส่วนไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ควรหันมาให้ความสำคัญกับประเด็นการส่งเสริมการเกิดและการเติบโตอย่างมีคุณภาพ โดยการสร้างความตระหนักในสังคมให้เห็นถึงคุณค่าและความสำคัญของเด็กในการเป็นอนาคตของชาติ เพื่อให้เด็กได้เติบโตอย่างมีคุณภาพ มีพัฒนาการสมวัยทั้งร่างกายและจิตใจ ได้รับการสนับสนุนทั้งจากชุมชนและภาครัฐให้เติบโตมาเป็นทุนมนุษย์ที่มีคุณค่าเป็นกำลังแรงงานของประเทศ อันเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนต่อไป

1.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการประชุม

เชิงปฏิบัติการเพื่อยกร่างแผนปฏิบัติการ

การประชุมเชิงปฏิบัติการภาคีเครือข่ายที่ดำเนินงานด้านการส่งเสริมการมีบุตร เพื่อจัดทำร่างแผนปฏิบัติการด้านการส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ เพื่อพัฒนาประชากรและทุนมนุษย์ ได้มีการวิเคราะห์ปัจจัยสองด้าน คือ การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในบริบทซึ่งเป็นมุมมองจากในสู่นอก (Inside Out) และการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกบริบท ซึ่งเป็นมุมมองจากนอกสู่ใน (Outside In) โดยประเมินจากสถานการณ์ด้านการส่งเสริมการมีบุตรของโลกควบคู่กับสถานการณ์ของไทย และการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธี SWOT analysis (S = Strengths จุดแข็ง, W = Weaknesses จุดอ่อน, O = Opportunities โอกาส และ T = Threat ภัยคุกคาม นำมาสู่การจัดลำดับตามคะแนนน้ำหนักของแต่ละด้านตามประเด็นความท้าทายทางยุทธศาสตร์ (SC – Strategic Challenges) 4 ด้าน ประกอบด้วย ความท้าทายทางยุทธศาสตร์ด้าน จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภัยคุกคาม โดยได้มีการนำประเด็น SWOT ข้างต้น ร่วมกันพิจารณาเพื่อทำให้ได้น้ำหนักคะแนนในแต่ละประเด็น เมื่อนำผลการวิเคราะห์มากำหนดตำแหน่งทางยุทธศาสตร์ หรือ SP (Strategic Position) ของการส่งเสริมการมีบุตร แสดงให้เห็นว่าตำแหน่งเชิงยุทธศาสตร์อยู่ที่ตำแหน่ง “เชิงรับ” มีจุดอ่อนมากกว่าจุดแข็ง และภัยคุกคามมากกว่าโอกาส ซึ่งมีความหมายว่าปัจจุบันการส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพของประเทศไทย มีความเสียเปรียบเชิงยุทธศาสตร์ และเสี่ยงต่อการประสบปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานเป็นอย่างมาก ดังนั้นเพื่อปรับตำแหน่งทางยุทธศาสตร์ให้อยู่ในตำแหน่งที่ได้เปรียบในอนาคต จึงต้องกำหนดเป็นประเด็นยุทธศาสตร์ด้วยการพลิกอุปสรรคเป็นโอกาสโดยใช้ ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และยุทธศาสตร์น่านน้ำสีคราม หรือ BOSS (Blue Ocean Strategy Scheme) ดำเนินการสร้างกลยุทธ์ และความริเริ่มต่างๆ เพื่อจัดการความท้าทายและปัญหาที่มี รวมทั้งการเสนอนวัตกรรมที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างยกระดับ ทำให้สามารถสร้างยุทธศาสตร์เชิงรุกและสร้างความได้เปรียบ จนสามารถปรับสัดส่วน SO : WT ให้อยู่ในตำแหน่งที่มีความได้เปรียบเชิงยุทธศาสตร์ สร้างกลยุทธ์ด้วยกระบวนการ TOWS ด้วยการจับคู่องค์ประกอบระหว่างปัจจัยภายใน (Strength และ Weakness) และปัจจัยภายนอก (Opportunity และ Threat) เข้าด้วยกัน เพื่อยกระดับการวางแผนกลยุทธ์ให้มีความชัดเจน มีการวางเป้าหมายที่เห็นเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น จากการวิเคราะห์ TOWs matrix ได้เป็นกลยุทธ์ 4 รูปแบบ ได้แก่ กลยุทธ์เชิงรุก (SO) กลยุทธ์เชิงรับ (WT) กลยุทธ์เชิงป้องกัน (ST) และกลยุทธ์เชิงแก้ไข (WO) นำมาสู่การกำหนดแนวทางการพัฒนา ประกอบด้วย 1) กลยุทธ์ WO, WT กำหนดเป็นมาตรการ การปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีและเลี้ยงดูบุตร 2) กลยุทธ์ ST กำหนดเป็นมาตรการ การเสริมสร้างความรู้และปรับเปลี่ยนทัศนคติ (ST) 3) กลยุทธ์ SO กำหนดเป็นมาตรการ การสนับสนุนให้ผู้ที่ตัดสินใจมีบุตรได้รับการดูแลอย่างครบวงจรและมีคุณภาพ

2. การพัฒนาร่างแผนปฏิบัติการด้านส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพเพื่อพัฒนาประชากรและทุนมนุษย์

จากผลการวิเคราะห์เชิงยุทธศาสตร์ และการจัดการความท้าทายเชิงยุทธศาสตร์ และข้อมูลจากการระดมความคิดเห็นจากเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้มีการนำเสนอต่อที่ประชุมคณะ

กรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ และคณะทำงานยกร่างวาระแห่งชาติว่าด้วยการส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ โดยมีการอภิปรายเนื้อหารายละเอียดกลยุทธ์ต่างๆ และที่ประชุมได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านการส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพเพื่อพัฒนาประชากรและทุนมนุษย์ นำมาสู่การปรับปรุงกลยุทธ์ให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับสถานการณ์ และบริบทของกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานของประเทศไทยมากยิ่งขึ้น โดยกำหนดแนวทางการพัฒนา 3 แนวทางหลัก รวมถึงเป้าหมาย ตัวชี้วัดหลัก และมาตรการของร่างแผนปฏิบัติการด้านการส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ เพื่อพัฒนาประชากรและทุนมนุษย์ โดยมีวิสัยทัศน์คือ ประเทศไทยมีการเกิดและการมีบุตรที่มีคุณภาพ ที่ทำให้โครงสร้างประชากรสมดุลตามช่วงวัย สนับสนุนความมั่นคงมั่งคั่ง และยั่งยืนของประเทศ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาประชากรและทุนมนุษย์ และเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นกรอบแนวทางในการดำเนินการ เป็นเครื่องมือทางการบริหารและการจัดการของผู้นำองค์การ ภาคีเครือข่าย ภาคส่วนต่างๆ และประชาชน ในการมุ่งไปในทิศทางของการดำเนินงานร่วมกันอย่างบูรณาการ พร้อมทั้งส่งเสริมให้มีส่วนร่วม กำกับ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ อันก่อให้เกิดความคุ้มค่า มีคุณธรรม ตามครรลองของนิติธรรม กำหนดเป้าหมายภายในปี พ.ศ. 2570 อัตราเจริญพันธุ์รวมยอด (TFR) มีค่าไม่น้อยกว่าในปัจจุบัน (TFR ≥1.0) ประกอบด้วย 3 มาตรการ ดังนี้

มาตรการที่ 1 การปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีและเลี้ยงดูบุตร เพื่อสร้างแรงจูงใจและพัฒนาคุณภาพชีวิตตลอดชีพของครอบครัวที่มีบุตร ด้วยการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่กระตุ้นการเกิด (Enabling Environment) ประกอบด้วย 11 มาตรการย่อย 18 โครงการ ตัวชี้วัดหลัก ได้แก่ (1) สัดส่วนของการเกิดที่มีความสมัครใจเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และ (2) สัดส่วนของประชากรวัยเจริญพันธุ์ที่มองว่าสังคมไทยมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีบุตรเพิ่มขึ้น หน่วยงานรับผิดชอบหลักประกอบด้วย กระทรวงแรงงาน กระทรวงการคลัง กระทรวงยุติธรรม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข

มาตรการที่ 2 การเสริมสร้างความรู้และปรับเปลี่ยนทัศนคติ เพื่อรณรงค์ให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการเกิดอย่างมีคุณภาพ ด้วยการเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจและปรับเปลี่ยนทัศนคติ (Persuasion) ประกอบด้วย 4 มาตรการย่อย 5 โครงการ ตัวชี้วัดหลักคือ สังคมยอมรับและเกิดความตระหนักถึงความสำเร็จของการเกิดอย่างมีคุณภาพเพิ่มขึ้น หน่วยงานรับผิดชอบหลักประกอบด้วย กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข

มาตรการที่ 3 การสนับสนุนให้ผู้ที่ตัดสินใจมีบุตรได้รับการดูแลอย่างครบวงจรและมีคุณภาพ เพื่อพัฒนาระบบบริการและการเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เท่าเทียม ส่งผลให้การเกิดทุกรายมีคุณภาพ ประกอบด้วย 6 มาตรการย่อย 7 โครงการ ตัวชี้วัดหลัก ได้แก่ (1) ประชากรวัยเจริญพันธุ์เข้าถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในระดับที่สูงขึ้น และ (2) จำนวนการเกิดที่มีการเตรียมพร้อมตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์ และได้รับการดูแลไปถึงหลังคลอดเพิ่มขึ้น หน่วยงานรับผิดชอบหลักประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=45)	ร้อยละ
1. เพศ		
หญิง	28	68.89
ชาย	13	28.89
อื่น ๆ	1	2.22
2. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	–	
ปริญญาตรี	18	42.22
สูงกว่าปริญญาตรี	28	66.67
3. หน่วยงาน		
3.1 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	19	44.44
กรมอนามัย	15	33.33
กรมควบคุมโรค	–	
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	2	6.67
กรมการแพทย์	2	4.44
3.2 ไม่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	23	55.56
กรมกิจการเด็กและเยาวชน, กรมสรรพากร, กรมการปกครอง, สภาพัฒน์ฯ, ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์ฯ, ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ฯ และหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง		

3. การประเมินความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ต่อร่างแผนปฏิบัติการด้านการส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพเพื่อพัฒนาประชากรและทุนมนุษย์

ในการพัฒนาร่างแผนปฏิบัติการฯ ได้มีการสอบถามความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้ง 45 หน่วยงานที่เข้าร่วมดำเนินการยกร่าง เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของร่างแผนปฏิบัติการฯ ที่ยกร่างขึ้นและเตรียมพร้อมในการนำเสนอต่อคณะรัฐมนตรีต่อไป ดังมีรายละเอียดตามตารางที่ 1 และ 2

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.89 รองลงมาเป็นเพศชาย ร้อยละ 28.89 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่สูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 66.67 รองลงมาคือ ปริญญาตรี ร้อยละ 42.22 และส่วนใหญ่ปฏิบัติงานนอกหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 55.56 และสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 44.44

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถทำความเข้าใจต่อร่างแผนปฏิบัติการด้านส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ เพื่อ

พัฒนาประชากรและทุนมนุษย์ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 53.33 รองลงมาเป็นระดับมากที่สุด ร้อยละ 28.89 ระดับปานกลาง ร้อยละ 15.56 และระดับน้อยที่สุด ร้อยละ 2.22 ตามลำดับ และเห็นว่ากระบวนการจัดทำร่างแผนปฏิบัติการฯ มีความเหมาะสม ร้อยละ 97.78 โดยเห็นด้วยต่อข้อความในวิสัยทัศน์ และพันธกิจ ร้อยละ 91.11 ค่านิยมหลัก ร้อยละ 93.33 และเห็นด้วยต่อแนวทางการพัฒนาที่ 1 การปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีและเลี้ยงดูบุตร แนวทางการพัฒนาที่ 2 การเสริมสร้างความรู้และปรับเปลี่ยนทัศนคติ แนวทางการพัฒนาที่ 3 การสนับสนุนให้ผู้ที่ตัดสินใจมีบุตรได้รับการดูแลอย่างครบวงจรและมีคุณภาพ ร้อยละ 97.78 เท่ากันทั้ง 3 แนวทางการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการจัดทำร่างแผนปฏิบัติการฯ ในระดับมาก ร้อยละ 28.89 รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 26.67 ระดับมากที่สุด ร้อยละ 20.00 ระดับน้อย ร้อยละ 17.78 และระดับน้อยที่สุด ร้อยละ 6.67 ตามลำดับ ทั้งนี้ ในภาพรวมพบว่า ร่างแผนปฏิบัติการฯ มีความเหมาะสม ร้อยละ 95.56 นอกจากนี้ภาคีเครือข่ายได้ให้ข้อเสนอแนะต่อการจัดทำรายละเอียดแผนงานโครงการ กิจกรรม ในการกำหนดหน่วยงานรับผิดชอบ รวมทั้งกรอบระยะเวลาการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรมให้ชัดเจน เพื่อประโยชน์ในการกำกับติดตามการดำเนินงานให้เกิดประสิทธิผลอย่างเป็นรูปธรรม

■ อภิปรายผล

การพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านการส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ เพื่อพัฒนาประชากรและทุนมนุษย์ เป็นการวิจัยอนาคตเชิงยุทธศาสตร์แบบเดลฟาย (Delphi Strategic Future Research Technique: DSFRT) โดยประยุกต์ใช้รูปแบบ SWOT analysis และจัดทำตัวแบบแผนยุทธศาสตร์ Business model canvas (BMC) ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ และระยะที่ 3 ระยะติดตามประเมินผล รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากรายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ นำมาจัดทำร่างแผนปฏิบัติการฯ ประกอบด้วย 3 มาตรการสำคัญ และดำเนินการติดตามประเมินความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยส่วนใหญ่เห็นด้วยกับมาตรการตามแผนปฏิบัติการฯ ทั้ง 3 มาตรการ ได้แก่

1) การปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีและเลี้ยงดูบุตร

2) การเสริมสร้างความรู้และปรับเปลี่ยนทัศนคติ

3) การสนับสนุนให้ผู้ที่ตัดสินใจมีบุตรได้รับการดูแลอย่างครบวงจรและมีคุณภาพ สามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ ดังนี้

1. ข้อมูล สถานการณ์ด้านการเกิดของประเทศ การวิเคราะห์ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง พบว่าอัตราการเกิดของประเทศมีแนวโน้มลดลงอย่างมาก สอดคล้องกับผลการศึกษาสถานการณ์ในหลายประเทศที่มีอัตราการเกิดต่ำ ดังเช่น ประเทศที่มีรายได้สูงพบอัตราการเจริญพันธุ์ของผู้หญิงทุกกลุ่มอายุลดลงตั้งแต่ ค.ศ. 1950 โดยหญิงวัยรุ่นอายุ 15–19 ปี และผู้หญิงในวัย 40 ปี มีอัตราการเจริญพันธุ์ต่ำที่สุด ส่วนกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางอัตราการเจริญพันธุ์คงที่ในหญิงช่วงวัย 30 ปีลดลง ซึ่งอาจเป็นการส่งสัญญาณว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปสู่การมีบุตรช้าในประเทศที่มีรายได้ปานกลาง และกลุ่มประเทศรายได้ต่ำพบอัตราการเจริญพันธุ์ของหญิงทุกกลุ่มอายุลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ไม่มีสัญญาณบ่งชี้การมีบุตรช้า และอัตราการเจริญพันธุ์ของ

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อร่างแผนปฏิบัติการด้านการส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ เพื่อพัฒนาประชากรและทุนมนุษย์ (พ.ศ. 2567–2570)

ความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ต่อ (ร่าง) แผนปฏิบัติการฯ	จำนวน (n=45)	ร้อยละ
1. การทำความเข้าใจต่อ (ร่าง) แผนปฏิบัติการด้านการส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ เพื่อพัฒนาประชากรและทุนมนุษย์		
มากที่สุด	13	28.89
มาก	24	53.33
ปานกลาง	7	15.56
น้อย	–	
น้อยที่สุด	1	2.22
2. กระบวนการจัดทำ (ร่าง) แผนปฏิบัติการด้านการส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพเพื่อพัฒนาประชากรและทุนมนุษย์มีความเหมาะสม		
เห็นด้วย	44	97.78
ไม่เห็นด้วย	1	2.22
3. ข้อความในวิสัยทัศน์ของ (ร่าง) แผนปฏิบัติการด้านการส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ เพื่อพัฒนาประชากรและทุนมนุษย์ มีความเหมาะสม		
เห็นด้วย	41	91.11
ไม่เห็นด้วย	4	8.89
4. ข้อความในพันธกิจของ (ร่าง) แผนปฏิบัติการด้านการส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ เพื่อพัฒนาประชากรและทุนมนุษย์ มีความเหมาะสม		
เห็นด้วย	41	91.11
ไม่เห็นด้วย	4	8.89
5. ข้อความในค่านิยมหลักของ (ร่าง) แผนปฏิบัติการด้านการส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ เพื่อพัฒนาประชากรและทุนมนุษย์มีความเหมาะสม		
เห็นด้วย	42	93.33
ไม่เห็นด้วย	3	6.67
6. แนวทางการพัฒนาที่ 1 การปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีและเลี้ยงดูบุตรมีความเหมาะสม		
เห็นด้วย	44	97.78
ไม่เห็นด้วย	1	2.22

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อร่างแผนปฏิบัติการด้านการส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ เพื่อพัฒนาประชากรและทุนมนุษย์ (พ.ศ. 2567–2570) (ต่อ)

ความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ต่อ (ร่าง) แผนปฏิบัติการฯ	จำนวน (n=45)	ร้อยละ
7. แนวทางการพัฒนาที่ 2 การเสริมสร้างความรู้และปรับเปลี่ยนทัศนคติ มีความเหมาะสม		
เห็นด้วย	44	97.78
ไม่เห็นด้วย	1	2.22
8. แนวทางการพัฒนาที่ 3 การสนับสนุนให้ผู้ที่ตัดสินใจมีบุตรได้รับการดูแลอย่างครบวงจร และมีคุณภาพ มีความเหมาะสม		
เห็นด้วย	44	97.78
ไม่เห็นด้วย	1	2.22
9. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดทำ (ร่าง) แผนปฏิบัติการด้านการส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ เพื่อพัฒนาประชากรและทุนมนุษย์มากน้อยเพียงใด		
มากที่สุด	9	20.00
มาก	13	28.89
ปานกลาง	12	26.67
น้อย	8	17.78
น้อยที่สุด	3	6.67
10. ในภาพรวมท่านเห็นว่า (ร่าง) แผนปฏิบัติการด้านการส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ เพื่อพัฒนาประชากรและทุนมนุษย์ มีความเหมาะสม		
เห็นด้วย	43	95.56
ไม่เห็นด้วย	2	4.4

หญิงวัยรุ่นอายุ 15–19 ปียังอยู่ในระดับที่สูงกว่าสองกลุ่มข้างต้น[18] ส่วนกลุ่มประเทศในแถบเอเชีย เช่น ไต้หวัน ญี่ปุ่น สิงคโปร์ อัตราเจริญพันธุ์รวมยอดของแต่ละประเทศก็ลดลงอย่างต่อเนื่องจนต่ำกว่าระดับทดแทน[19] ประเทศสิงคโปร์มีอัตราการเพิ่มของประชากรค่อนข้างแปรปรวนและมีการเติบโตแบบติดลบในบางปี โดยในปี พ.ศ. 2503 อัตราเจริญพันธุ์รวมของประเทศสิงคโปร์อยู่ที่ 5.76 และลดลงอย่างรวดเร็วจนต่ำกว่า 2 ในปี พ.ศ. 2520 และต่ำกว่า 1.5 ในปี พ.ศ. 2541 โดยไม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจนกระทั่งปัจจุบัน (อยู่ที่ 1.1 ในปี พ.ศ. 2563) ส่วนเกาหลีใต้เป็นประเทศที่อัตราเจริญพันธุ์ต่ำที่สุดในโลก โดยลดลงจากระดับ 0.78 คน ในปี พ.ศ. 2565 สู่ระดับ 0.72 คน ในปี พ.ศ. 2566 ซึ่งรัฐบาลมีนโยบายกระตุ้นให้คนมีลูกมาตั้งแต่ปี 2006 แต่ไม่เป็นผล มีการวิเคราะห์ว่าที่นโยบาย

ไม่ได้ผล เนื่องมาจากราคาอสังหาริมทรัพย์ที่พุ่งสูงเรื่อยมา ค่าใช้จ่ายสูงจากค่านิยมการศึกษาที่แข่งขัน ความเครียดในเศรษฐกิจ ชั่วโมงทำงานที่ยาวนาน รวมถึงความเหลื่อมล้ำทางเพศ ผู้หญิงต้องลาออกจากงานเมื่อมีลูก[20] ผลการศึกษาถึงปัจจัยด้านสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมีบุตรของประชาชนไทยทั้งเรื่องการสมรส ภาวะด้านเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้หญิงทำงานนอกบ้านมากขึ้น จากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนวัยแรงงานพบว่า ร้อยละ 69.4 ยังไม่วางแผนการมีบุตรในระยะ 5 ปีข้างหน้า อันเนื่องมาจากความกังวลในเรื่องเศรษฐกิจและค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตร[21] แต่อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลต่อการมีบุตรในกลุ่มประชากรเจนเนอเรชั่นวาย อายุ 26–41 ปี พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 64 ต้องการมีบุตร โดยกลุ่มคนโสดต้องการแต่งงานและมีบุตร ร้อยละ 82 ส่วนกลุ่มที่แต่งงานแล้วต้องการมีบุตรสูงถึงร้อยละ 85 ส่วนผู้ที่ไม่ต้องการมีบุตรมีเหตุผลสำคัญคือ ความต้องการอิสระในการใช้ชีวิต ความไม่พร้อมในรายได้และภาระค่าใช้จ่าย โดยผู้หญิงเห็นว่าการมีบุตรเป็นอุปสรรคต่อความก้าวหน้าในการทำงาน ซึ่งสะท้อนถึงโครงสร้างการทำงานที่ยังไม่เอื้อต่อการมีบุตรและภาระหน้าที่ในการทำงานของผู้หญิง[22] การพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านการส่งเสริมการมีบุตรจึงจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาอย่างเป็นระบบเพื่อหาความต้องการในปัจจุบันและวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคที่แท้จริง ที่นำไปสู่การปรับปรุงแผนปฏิบัติการให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่ยังคงมีอยู่

2. การพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านการส่งเสริมการมีบุตร ผลการวิเคราะห์ข้อมูลข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะจากภาคีเครือข่าย จากข้อมูลบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมความคิดเห็นจากภาคีเครือข่าย ผ่านกระบวนการสัมภาษณ์เชิงลึก และการประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 2 ครั้ง และการจัดประชุมเพื่อพัฒนาแผนปฏิบัติการฯ ทำให้ได้แนวทางการพัฒนาแผนปฏิบัติการ ซึ่งจุดสำคัญของการพัฒนาแผนปฏิบัติการ คือการพลิกความเสียเปรียบเชิงยุทธศาสตร์เป็นความได้เปรียบเชิงยุทธศาสตร์ เนื่องจากการส่งเสริมการมีบุตรนั้นมีปัจจัยที่เป็นจุดอ่อน และปัจจัยคุกคามจำนวนมาก ทั้งเรื่องของสภาพเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลเลี้ยงดูบุตร ความมั่นคงปลอดภัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ทำให้ผลการวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์แสดงถึงความเสียเปรียบเป็นอย่างมาก ดังนั้นในการพัฒนาแผนปฏิบัติการจำเป็นที่จะต้องร่วมกันวิเคราะห์เพื่อหาจุดแข็ง นำมาสู่ความได้เปรียบเชิงยุทธศาสตร์ โดยนำผลการสำรวจสภาพแวดล้อมทั้งภายในภายนอก และผลจากการนำตัวแบบยุทธศาสตร์ Business Model Canvas ไปใช้ในการระดมสมอง และพิจารณานำสมรรถนะหลัก (Core Competency) ขององค์กร และใช้กระบวนการวิเคราะห์เชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Approach) บนพื้นฐานของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ รวมทั้งการเสนอนวัตกรรมที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงจนสามารถพลิกสถานการณ์การส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพจากตำแหน่งที่เสียเปรียบไปอยู่ตำแหน่งที่มีความได้เปรียบเชิงยุทธศาสตร์ได้ ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีความแตกต่างจากการจัดทำแผนปฏิบัติการภายใต้นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 รวมถึงแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2566–2570 ที่ดำเนินการผ่านกระบวนการวิเคราะห์จากหน่วยงานเจ้าภาพร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องโดยไม่มีการคำนวณคะแนนของสัดส่วน

ตำแหน่งทางยุทธศาสตร์ที่จะแสดงถึงความได้เปรียบหรือเสียเปรียบทางยุทธศาสตร์ ซึ่งกระบวนการที่ใช้ในการวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับการพัฒนาแผนปฏิบัติการหลายแผนในประเทศที่มีการนำเทคนิคการวิเคราะห์ SWOT มาใช้ โดยการพัฒนาแผนปฏิบัติราชการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย พ.ศ. 2564 – 2570 มีการวิเคราะห์ศักยภาพสภาพแวดล้อม และจุดยืนตำแหน่งแผนปฏิบัติการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ด้วยเทคนิค SWOT analysis และการสร้างกลยุทธ์โดยกระบวนการ TOW's matrix ทำให้มีการกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ แผนงานโครงการต่างๆ และผลการวิเคราะห์ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมระดับมากในทุกหัวข้อ[23] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการยกร่างแผนยุทธศาสตร์การท่องเที่ยวแบบบูรณาการอย่างยั่งยืนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่ใช้กระบวนการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมทั้งภายในภายนอก (SWOT Analysis) จนได้แผนยุทธศาสตร์การท่องเที่ยวของจังหวัด[24]

ในการวิเคราะห์ทรัพยากรสำคัญของการส่งเสริมการมีบุตร พบว่าจุดเด่นสำคัญคือ การผลักดันให้เป็นวาระแห่งชาติประเด็นส่งเสริมการมีบุตร การดำเนินการในรูปแบบของคณะกรรมการระดับชาติ มีหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องร่วมดำเนินงาน มีภาคีเครือข่ายความร่วมมือในทุกระดับ ผนวกกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชากรของภาคส่วนต่างๆ ทั้งด้านการศึกษา ที่อยู่อาศัย และสวัสดิการสังคม ให้สามารถเพิ่มสมรรถนะในการดูแลลูกและสนับสนุนความพร้อมในการมีบุตร อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาสถานการณ์ในประเทศแถบเอเชียพบว่า การใช้นโยบายของภาครัฐเพื่อส่งเสริมการเพิ่มจำนวนการเกิดเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถกระตุ้นความต้องการมีบุตรของประชากรได้ สิ่งที่เป็นอุปสรรคสำคัญคือ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งขาดการส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพในกลุ่มหญิงสมรสที่มีความพร้อมในการมีบุตร[19] ดังนั้นในการพัฒนาร่างแผนปฏิบัติการด้านการส่งเสริมการมีบุตรฉบับนี้ จึงให้ความสำคัญต่อการสร้างสภาพแวดล้อม และปัจจัยทางสังคมเพื่อเกื้อหนุนให้เกิดความต้องการการมีบุตร ผสานกับการดำเนินงานด้านสาธารณสุขเพื่อขยายบริการส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพให้ครอบคลุมทั่วประเทศ โดยแผนปฏิบัติการที่พัฒนาขึ้นมานี้สอดคล้องกับมาตรการในหลายประเทศที่มีความพยายามจะส่งเสริมการมีบุตร แต่ก็มีทั้งที่ประสบผลสำเร็จและยังประสบกับปัญหาอุปสรรค โดยมาตรการที่ 1 และมาตรการที่ 2 ของแผนปฏิบัติการฯ ฉบับนี้ สอดคล้องกับมาตรการของประเทศจีนที่เน้นการอุดหนุนสถานรับเลี้ยงเด็ก และการลดหย่อนภาษี ประเทศเกาหลีใต้ทุ่มงบประมาณอุดหนุนการดูแลเด็กเพิ่มขึ้น 8 เท่า คิดเป็น 0.9% ของ GDP ปี 2557 รวมถึงมีการปรับปรุงนโยบายลาพักของผู้เลี้ยงดูเด็กให้ยาวนานขึ้น แต่ก็ส่งผลให้ผู้หญิงที่กำลังจะคลอดลูกมักไม่ได้รับการจ้างงาน ประเทศสิงคโปร์ได้ออกมาตรการมากมายเพื่อส่งเสริมการมีลูก เช่น เบบี้โบนัส รวมถึงมีกองทุนช่วยเหลือแม่ที่ทำงาน (Working Mother's Child Relief) โดยแม่ที่มีลูกคนแรกสามารถยกเว้นภาษีเงิน ทั้งนี้รัฐบาลยังอุดหนุนศูนย์เด็กเล็กเอกชนกว่า 320 แห่ง ในช่วงระหว่างปี 2564–2568 เพื่อให้ศูนย์เด็กเล็กมีราคาที่เข้าถึงได้และลดค่าใช้จ่ายผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก[25] ส่วนมาตรการที่ 3 สอดคล้องกับมาตรการของประเทศสิงคโปร์ที่ช่วยสนับสนุนค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับเทคโนโลยี

สนับสนุนการมีบุตรถึง 75% ประเทศสวีเดน มีนโยบาย “สปีดพรีเมียม” ที่ผู้ที่มีลูกจะได้รับค่าตอบแทนในวันหยุดเท่ากันกับการลาหยุดเลี้ยงดูลูกคนก่อน ถ้ามีลูกคนต่อไปภายใน 30 เดือนจากที่มีลูกคนแรก เพื่อส่งเสริมให้พ่อแม่สามารถวางแผนให้ลูกอายุใกล้เคียงกัน และได้ใช้เวลาดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้การลาหยุดงานในสวีเดนนั้น มีความยืดหยุ่นมากเพราะสามารถจัดสรรได้ว่าจะหยุดเต็มเวลา ครึ่งเวลา หรือหยุดแบบไหน จนกว่าลูกจะอายุ 12 ปี รวมถึงปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการมีลูกก็คือการที่บริษัทมีชั่วโมงการทำงานที่ยืดหยุ่นและมักอนุญาตให้คนทำงานจากบ้านได้ และเมื่อค่าใช้จ่ายการดูแลเด็กลดลง อัตราการเกิดของสวีเดนก็พุ่งสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยในปี 2565 อัตราเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rate : TFR) อยู่ที่ 1.84[25] ประเทศไทยจึงควรพิจารณานำร่างแผนปฏิบัติการฯ ที่ได้ร่วมกันพัฒนาขึ้นมานี้ เสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาเห็นชอบ และนำไปสู่การปฏิบัติโดยบูรณาการทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่องจริงจังเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายการมีบุตรอย่างมีคุณภาพของประเทศต่อไป

3. การประเมินความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่า ภาคีเครือข่ายที่ร่วมการพัฒนาแผนปฏิบัติการส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ เพื่อพัฒนาประชากรและทุนมนุษย์ ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับกระบวนการดำเนินงาน และเห็นด้วยกับภาพรวมของร่างแผนปฏิบัติการฯ วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมหลัก และแนวทางการพัฒนาทั้ง 3 ข้อ และมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานในระดับมาก โดยกระบวนการดำเนินงานพัฒนาแผนปฏิบัติการ ฯ มีขั้นตอนการดำเนินงานที่มีการระดมความคิดเห็นจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย การประชุม 4 ครั้ง จนกระทั่งสำเร็จเป็นร่างแผนปฏิบัติการฯ ซึ่งการมีส่วนร่วมตั้งแต่ต้นจนพัฒนาสำเร็จจึงทำให้เกิดการยอมรับ และนำไปสู่การบูรณาการความร่วมมือในการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการด้านการส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ เพื่อให้การพัฒนาประชากรและทุนมนุษย์ของประเทศไทยประสบผลสำเร็จ โดยการพัฒนาแผนปฏิบัติการฯ นี้ มีความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว (พ.ศ. 2565–2580) นโยบายของรัฐบาล[8–9] ภาคีเครือข่ายที่หน่วยงานต้นสังกัดมีภารกิจและเป้าหมายที่ยึดโยงสอดคล้องกับแผนระดับชาติ ซึ่งเห็นด้วยกับทั้ง 3 มาตรการ อีกทั้งการพัฒนาแผนปฏิบัติการฯ นี้ ยังสอดคล้องกับแนวทางของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในระดับชาติ ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่มุ่งเน้นให้ประชาชน และหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ นำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพหรือการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างมีระบบและอย่างมีส่วนร่วม[26] ซึ่งการมีส่วนร่วมตั้งแต่ต้นจนพัฒนาสำเร็จนี้ ทำให้เกิดการยอมรับจากภาคีเครือข่าย และนำไปสู่บูรณาการความร่วมมือในการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ เพื่อให้การพัฒนาประชากรและทุนมนุษย์ของไทยประสบผลสำเร็จบรรลุผลตามเป้าหมายที่วางไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

■ ข้อเสนอแนะ

- **ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย**

1. เนื่องจากแผนปฏิบัติการด้านการส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ มีขอบเขตการดำเนินงานที่กว้างขวางครอบคลุมมิติทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบแผนปฏิบัติการฯ และให้มีคณะกรรมการอำนวยการในระดับชาติ เพื่อการสั่งการ กำกับติดตามการดำเนินการ เพื่อให้เกิดการบูรณาการดำเนินงานในทุกระดับอย่างต่อเนื่องจริงจัง

2. การสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายทุกระดับทั้งภาครัฐ และเอกชนเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการด้านการส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ

3. ควรสนับสนุนให้หน่วยงานภาคีเครือข่ายในระดับเขต หรือระดับจังหวัด ร่วมกันวางแผนจัดทำโครงการแบบบูรณาการ ในการขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากแหล่งทุนต่างๆ ในระดับพื้นที่เพื่อดำเนินงานกิจกรรมโครงการ รวมทั้งการผลักดันเชิงนโยบายภายใต้กลไกการทำงานของคณะกรรมการระดับจังหวัดอย่างต่อเนื่อง

- **ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป**

1. ศึกษาผลการนำร่างแผนปฏิบัติการฯ ไปใช้หลังจากมีการประกาศวาระแห่งชาติการส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพ หรือคณะกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ มีมติให้นำร่างแผนปฏิบัติการฯ ไปดำเนินการ เพื่อปรับปรุงพัฒนาแผนปฏิบัติการฯ ให้มีประสิทธิภาพและประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายมากยิ่งขึ้น

2. การติดตามประเมินผลการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านการส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ และควรกำหนดรอบการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ

เอกสารอ้างอิง

1. United Nation. UN Population Division Data Portal Interactive access to global demographic indicators [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 19]. Available from: https://population.un.org/dataportal/home?df=ef087d7e-880f-46a8-bc9d-62f424e1758c.
2. Gray A. 11 facts about the world's changing population population [Internet]. 2017 [cited 2023 Nov 20]. Available from: https://www.weforum.org/agenda/2017/07/11-facts-about-world-population/.
3. กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (NUFPA). ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://social.nesdc.go.th/social/Portals/0/Documents/1000_UNFPA_rev_Policy%20Brief%20Thai_200411_69.pdf.
4. สถาบันบัณฑิตบริหารธุรกิจศศินทร์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. อนาคตประชากรไทย: ในวันที่การตายมากกว่าการเกิด [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.chula.ac.th/highlight/79067/.
5. บริษัท เมดิ แอนด์ เวลเนส จำกัด. จำนวนเกิดในประเทศไทยดิ่งต่ำลงจนน่าตกใจ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 21 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.medi.co.th/news_detail41.php?q_id=1781.
6. ไทยพีบีเอส (Thai PBS). สธ.ห่วงเด็กเกิดน้อยเร่งส่งเสริมมีลูก-ตั้งคลินิกหนุนจังหวัดละ 1 แห่ง [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaipbs.or.th/news/content/333350.

7. ธนาคารแห่งประเทศไทย. สังคมไทยจะทำอย่างไร เมื่อคนรุ่นใหม่ไม่อยากมีลูก [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.bot.or.th/th/research-and-publications/articles-and-publications/articles/article-2023sep18.html.
8. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และ UNFPA Thailand. แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว (พ.ศ. 2565 – 2580) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nesdc.go.th/ewt_w3c/ewt_dl_link.php?nid=13500.
9. กรมอนามัย สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 – 2569) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://rh.anamai.moph.go.th/th/download-03.
10. Pothisiri W, Teerawichitchainan B, Kaewbuadee N. Remarriage in Thailand: A Study of Emerging Trends, Correlates, and Implications for Women's Well-Being. Journal of Family Issues 2024;45(5):1217-41.
11. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://shorturl.asia/P4IdV
12. เว็บสารสนเทศสุขภาพไทย. สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/analysis/10health/53_62/53_62_3.pdf.
13. ณัชชา พูลชัย, ขนิษฐา สมศรี. กฎหมายไทยกับความหลากหลายทางเพศ. วารสารธรรมศาสตร์ 2562;38(3):45-68.
14. ฮาซันอักริม ดงนะเด็ง, สร้อยสุดา ทีฆาพล, ผอบพลอย ศศิรัศมิ์, ปณิดา ช่วยแท่น, สุติมา กำพล, บุสริน หมัดเจริญ และคณะ. ความเสมอภาคของกลุ่มหลากหลายทางเพศ ต่อการสมรสและรับรองบุตร: โอกาสและความท้าทายของสังคมไทย. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา 2564;14(1):61-70.
15. มนสิการ กาญจนะจิตรา, กัญญาพัชร สุทธิเกษม, รีนา ต๊ะดี. ความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวไทย: การส่งเสริมการมีบุตรผ่านการสร้างสมดุลระหว่างการทำงานและการสร้างครอบครัวที่มีคุณภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://tnrr.nriis.go.th/pdf_file/4b35434e0.pdf.
16. Tuntiviat S., Tisayatikom K., Prakongsai P. Women's Roles in Non-Economic Activities Using Time Use Surveys in Thailand, Japan, and China. Paper presented at International Health Policies Program ournal Club, Thailand [Internet]. 2010 [cited 2023 Nov 22]. Available from: https://slideplayer.com/slide/8385829/.
17. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานภาวะสังคมไทยไตรมาสสาม ปี 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nesdc.go.th/main.php?filename=social_outlook.
18. Population Reference Bureau. World population data sheet: Spacial focus on global fertility [Internet]. 2022 [cited 2023 Nov 22]. Available from: https://interactives.prb.org/2021-wpds/wp-content/uploads/2021/08/letter-booklet-2021-world-population.pdf.
19. นงนุช จินดารัตนาภรณ์. ภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลงในประเทศไทยและประเทศในทวีปเอเชีย. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ 2563;46(2):48-85.
20. พงศธร สโรจธนาวุฒิ. นโยบายส่งเสริมมีบุตร: บทเรียนจากต่างแดน, คิดง่าย ทำยาก [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ffwthailand.net/ffw-in-focus/reproduction/.
21. มูลนิธิชายหญิงก้าวไกล. เปิดผลสำรวจพบแรงงาน 69.4% ไร้แผนมีลูก เหตุกลัวไม่มีเงิน ขาดคนช่วยเลี้ยง ส่วนคนเคยคลอดพบใช้สิทธิลาไม่ครบตามกฎหมาย ต้องรีบกลับเข้าทำงานหวังเงินเดือน-โอที เดินหน้าผลักดันแก้กฎหมายให้สิทธิลาคลอด 180 วัน [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 19 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thailandplus.tv/archives/799412.

22. บริษัท ศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาสังคมและธุรกิจ จำกัด. รายงานการสำรวจและศึกษาเพื่อการเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม ประจำปี 2561 เรื่องที่ 1 ทัศนคติและปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อการมีบุตรในกลุ่มประชากรเจเนอเรชั่นวาย [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://shorturl.asia/LVUIm.
23. สำนักส่งเสริมสุขภาพ สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ และสำนักอนามัยผู้สูงอายุ. รายงานประจำปี พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hp.anamai.moph.go.th/th/news-anamai/download/?did=213813&id=106987&reload=.
24. ธนภูมิ ปองเสงี่ยม, วารัชต์ มัธยมบุรุษ. แผนยุทธศาสตร์การท่องเที่ยวแบบบูรณาการอย่างยั่งยืนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารอารยธรรมศึกษา โขง-สาละวิน 2558;6(2):95-112.
25. ศูนย์วิจัยและสนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG Move). สำรวจนโยบาย 'ส่งเสริมการมีลูก' ของแต่ละประเทศ สาเหตุใดสถิติเด็กเกิดใหม่น้อยลง [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.sdgmove.com/2023/11/08/fertility-rate-policy/.

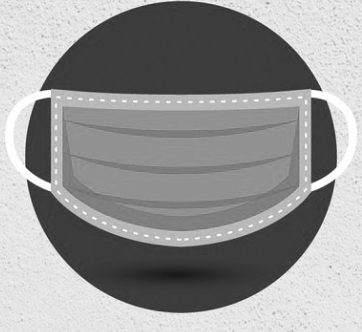
HEALTH

กรมอนามัย
Department of Health

เลือกหน้ากาก สู้ฝุ่น PM 2.5

หน้ากาก N95

ประสิทธิภาพการกรอง
อนุภาคขนาด 0.3 ไมครอน
ได้ 90.82 – 99.89%



หน้ากากอนามัย

ประสิทธิภาพการกรอง
อนุภาคขนาด 0.3 ไมครอน
ได้ 38.63 – 66.37%

ต้องผลิตจากวัสดุสังเคราะห์
อย่างน้อย 3 ชั้น
โดยมีแผ่นกรองอยู่ชั้นกลาง

การเลือกหน้ากาก

1) สังเกตวันหมดอายุ
2) เลือกตามลักษณะการใช้งาน และลักษณะบุคคล
3) เลือกหน้ากากที่ได้มาตรฐาน
4) สายรัดของหน้ากากต้องมีสองสาย ไม่หย่อนหรือยืด แถบลวดด้านบนต้องยึดแน่น
5) มีขนาดเหมาะสมกับใบหน้า ครอบได้กระชับจมูกและใต้คาง

แหล่งข้อมูล: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ / มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
และมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา

***ทั้งนี้ เด็กเล็ก ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ และผู้มีโรคประจำตัว อาจเลือกใช้หน้ากากอนามัยแทนหน้ากาก N95 และควรเปลี่ยนหน้ากากเมื่อใส่แล้วไม่กระชับดังเดิม หายใจลำบากมากขึ้น ฉีกขาด เปื้อน หรือเปียกน้ำ และห้ามใช้หน้ากากร่วมกับผู้อื่น รวมถึงห้ามใส่หน้ากากขณะออกกำลังกาย**

กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ
กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ
มกราคม 2568

สายด่วนกรมอนามัย 1478
กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

ติดตามสาระความรู้สุขภาพ ได้ที่
AnamaiMedia
สื่อมัลติมีเดียกรมอนามัย

กรมอนามัย
Department of Health
กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

เสริมใจใกล้ชิด

ชวนจอย ทู เดอะ เฮลท์

กับ 3 กิจกรรมทางกาย ที่อยากบอก

1.กิจกรรมบริหารกล้ามเนื้อ

เช่น ย่อเข่า ดึงยางยืด เป็นการบริหารกล้ามเนื้อในส่วนต่าง ๆ ให้แข็งแรง อย่างน้อย 2 วัน/สัปดาห์

2.กิจกรรมทางกาย แบบผสมผสาน

เช่น เต้นบาสโลบ ฟ้อนรำ รำวง รำไท่จี๋ซี่กง เป็นการผสมผสานการเคลื่อนไหวรูปแบบต่าง ๆ อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์

3.การเคลื่อนไหว ในชีวิตประจำวัน

เช่น การทำงานบ้าน การเดิน โดยสะสมให้ได้อย่างน้อย 150-300 นาที/สัปดาห์ หรือโดยเฉลี่ย อย่างน้อยวันละ 30 นาที

กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ
ธันวาคม 2567

สายด่วนกรมอนามัย 1478
กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

ติดตามสาระความรู้สุขภาพ ได้ที่
AnamaiMedia
สื่อมัลติมีเดียกรมอนามัย

กรมอนามัย
Department of Health

เด็กจะก้าวไกลได้ เริ่มต้นที่สายตา

ผู้ปกครองควรหาแว่นตา
หรือใช้ฟิลเตอร์กรองแสงสีฟ้า

กฎการใช้สายตา 20-20-20
ใช้สายตากับจอ 20 นาที
หยุดพัก 20 นาที
กระพริบตาเร็ว ๆ 20 ครั้ง

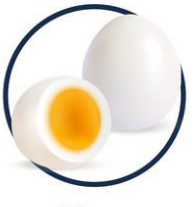
เตรียมห้องหรือสถานที่
เพื่อให้มีแสงสว่างเพียงพอ

เตรียมอาหารที่มี
สารอาหารบำรุงสายตา

อาหารบำรุงสายตา

ปลาแซลมอน ปลาทูน่า

วอลนัต



ไข่แดง

บรอคโคลี่

กรมอนามัย
กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ
ตุลาคม 2567

1478
กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

AnamaiMedia
สื่อมัลติมีเดียกรมอนามัย

กรมอนามัย
Department of Health

ไข่ คุณประโยชน์ที่หาง่าย กินง่าย ใคร ๆ ก็รัก

ไข่ไก่

พลังงาน 143 กิโลแคลอรี
โปรตีน 12.77 กรัม
ไขมัน 9.65 กรัม
แคลเซียม 70 มิลลิกรัม
วิตามินเอ 182 ไมโครกรัม
ไอโอดีน 49 ไมโครกรัม
คอเลสเตอรอล 427 มิลลิกรัม

ไข่เป็ด

พลังงาน 178 กิโลแคลอรี
โปรตีน 13.03 กรัม
ไขมัน 13.35 กรัม
แคลเซียม 98 มิลลิกรัม
วิตามินเอ 269 ไมโครกรัม
ไอโอดีน 52 ไมโครกรัม
คอเลสเตอรอล 543 มิลลิกรัม

แต่ละวัย ควรกินไข่เท่าไหร่ดี?

หญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร

ผู้สูงอายุสุขภาพดี

เด็กทารก อายุ 6 เดือน
กินไข่ต้มบดกับข้าว

เด็ก 1 – 5 ปี และเด็กวัยเรียน

วัยรุ่นวัยทำงาน

ผู้ป่วย เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง
และ ความดันในเลือดสูง

สำนักโภชนาการ
กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ
ตุลาคม 2567

1478
กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

AnamaiMedia
สื่อมัลติมีเดียกรมอนามัย

ฟันผุ นี้ๆ ที่ทุกคนเคยเจอ

กรมอนามัย
Department of Health

ปัจจัยที่ทำให้ฟันผุ

น้ำตาลต้นเหตุใหญ่ของโรคฟันผุ

แป้งและน้ำตาล เป็นแหล่งอาหารชั้นดีของแบคทีเรีย ที่พร้อมจะทำปฏิกิริยากับน้ำตาลเหล่านี้ให้เป็นกรด ที่พร้อมจะทำลายผิวฟันไปทีละนิด จนลุกลามไปเรื่อยๆ หากไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน

ปัจจัยแวดล้อมในช่องปาก

ปัจจัยในช่องปากก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ฟันผุได้ เช่น รูปร่างของฟันแต่ละซี่ที่มีร่องลึก ตำแหน่งที่ผิดปกติ ซ้อนเกไม่เป็นระเบียบ ทำให้ยากต่อการทำความสะอาด เป็นผลให้เศษอาหารเข้าไปติดอยู่เป็นเวลานานส่งผลให้เกิดฟันผุได้ง่าย

ป้องกันและดูแลได้

- เลือกแปรงสีฟันที่เหมาะสมกับเด็ก
- การเลือกยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์เข้มข้นไม่ต่ำกว่า 1000 ppm
- แปรงฟันอย่างถูกวิธี ตามหลัก 2 2 2
- ตรวจฟันเป็นประจำอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

สำนักทันตสาธารณสุข
กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ
มกราคม 2568

สายด่วนกรมอนามัย 1478
กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

ติดตามสาระความรู้สุขภาพ ได้ที่
AnamaiMedia
สื่อมัลติมีเดียกรมอนามัย

กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

ผู้สูงอายุยุคใหม่ สุขภาพดี อัพเกรดได้

เพียงแค่ ลดกินอาหาร หวาน มัน เค็ม

กินอาหารครบ 5 หมู่
ผัก-ผลไม้

ในแต่ละมื้อแบ่งสัดส่วน
การกินที่เหมาะสม

ผัก 2 :
เนื้อ/ไข่ 1 :
ข้าว/แป้ง 1 :

เสริมด้วยการออกกำลัง
ตามความเหมาะสมของร่างกาย
(ปรึกษาแพทย์ก่อนได้)
เพียงสัปดาห์ละ 5 ครั้ง
ครั้งละ 30 นาที

ผู้สูงอายุทุกท่าน
ก็แข็งแรงได้
เพียงวางแผนดูแลสุขภาพ
ตั้งแต่ตอนนี้
ควบคู่ไปกับ
Blue Book
Application

ข้อมูลอ้างอิงจาก แอพพลิเคชั่น สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ
(Blue Book Application)

Download on the App Store

ANDROID APP ON Google play

กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ
กันยายน 2567

สายด่วนกรมอนามัย 1478
กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

ติดตามสาระความรู้สุขภาพ ได้ที่
AnamaiMedia
สื่อมัลติมีเดียกรมอนามัย

กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

สายด่วน กรมอนามัย

1 4 7 8

ส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย
ใส่ใจอนามัยสิ่งแวดล้อม

ให้คำแนะนำ-ปรึกษา
COVID FREE SETTING
ปัญหาระบบTSC/TST
มาตรการ
สถานประกอบการ

ข้อกฎหมาย
เกี่ยวกับกัญชา
กัญชาในอาหาร