

HEALTH

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม • กระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 45 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2565 • Vol. 45 No.3 July - September 2022

ISSN : 0859-5453



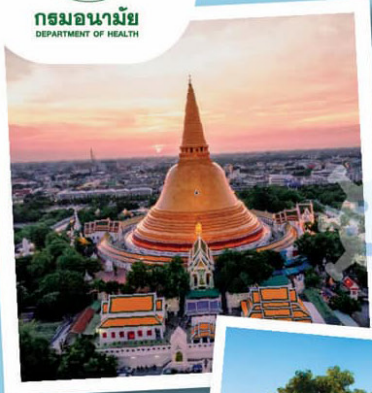
หนูรู้

กับการล้างมือ ที่ถูกต้อง

7 ขั้นตอน

- 1 ฝ่ามือ
- 2 ถูหลังมือ ซอกนิ้ว
- 3 ฝ่ามือถู ฝ่ามือ และนิ้วถูซอกนิ้ว
- 4 หลังนิ้วมือ ถูฝ่ามือ
- 5 ถูนิ้วหัวแม่มือ โดยรอบด้วยฝ่ามือ
- 6 ปลายนิ้วมือ ถูขวางฝ่ามือ
- 7 ถูรอบข้อมือ

กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี



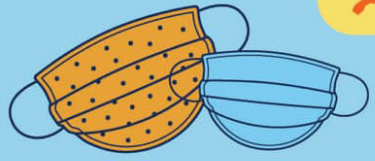
เที่ยวได้ ป้องกันด้วย UP-DMHTA



#อยู่ได้กับโควิด



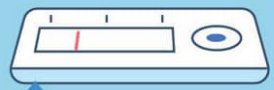
ลดเสี่ยงโควิด-19 ได้ทุกที่



● สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า
เมื่ออยู่ในสถานที่ปิด อากาศถ่ายเทไม่สะดวก
หรือต้องทำกิจกรรมที่มีคนร่วมกันจำนวนมาก



● ล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้ง
เมื่อสัมผัสวัตถุ หรือสิ่งของที่ใช้ร่วมกัน
และให้หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสบริเวณใบหน้า



● คัดกรองตนเองเมื่อมีอาการ
หรือเมื่อมีความเสี่ยงด้วย ATK



● วัคซีนตามเกณฑ์ที่กำหนด



กลุ่มที่ต้องเพิ่มความระมัดระวังเป็นพิเศษ
คือ กลุ่ม 608 ที่ไม่ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์



ปรับมาตรการ ป้องกันโรค และการคัดกรองด้วย ATK

START

ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565

ผู้ป่วยทางเดินหายใจ

ให้ปฏิบัติตามมาตรการ



สวมหน้ากาก



ล้างมือ



เว้นระยะห่าง

หน่วยงาน องค์กร สถานประกอบการ

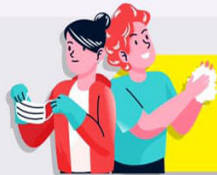
คัดกรอง

อาการป่วย

ของพนักงาน
เป็นประจำ



หากมีพนักงานป่วยโรคทางเดินหายใจจำนวนมาก
ให้รายงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทันที



ประชาชนทั่วไป



แนะนำสวมหน้ากาก
เมื่อเข้าไปในสถานที่
ผู้คนแออัด
หรือพื้นที่ปิด
อากาศไม่ถ่ายเท



เช่น **ขนส่งสาธารณะ**
โรงพยาบาล **สถานดูแล**
ผู้สูงอายุ/เด็กเล็ก

ตรวจ ATK
เมื่อมีอาการป่วย



ทั้งนี้ **ไม่แนะนำ**ให้ตรวจ ATK ในประชาชนทั่วไปที่ไม่มีอาการป่วย

ล้าง เฉพาะกิจ ในวันน้ำท่วม

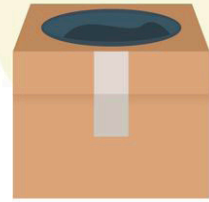
น้ำถุงพลาสติกครอบปากภาชนะหรืออุปกรณ์



สวมเก้าอี้พลาสติก



สวมถังพลาสติก



สวมกล่องกระดาษ

วิธีใช้ “สวมเฉพาะกิจ” ให้ถูกวิธี



ควรนำไปนั่งถ่าย
ในห้องสวมหรือที่มิดชิด



จับถ่าย
ให้ลงตรงกลางช่อง



มัดปากถุงพลาสติก
หลังใช้งานแล้วให้แน่น



ตรวจสอบให้ถุงพลาสติก
ครอบปากภาชนะ
หรืออุปกรณ์



หลังจับถ่าย **ตักผงปูนขาว**
หรือขี้เถ้า 2 ช้อนโต๊ะ ใส่ในถุงอุจจาระ
เพื่อทำลายเชื้อโรค



รวบรวมถุงพลาสติก
ไว้ในถังที่มีฝาปิด
เพื่อนำไปกำจัดต่อไป



‘ห้องเทียวอย่างมั่นใจ ส้วมสาธารณะไทย ได้มาตรฐาน’

วันที่ 19 พฤศจิกายน ของทุกปี เป็นวันส้วมโลก (World Toilet Day) และในปี 2565 นี้ องค์การส้วมโลกได้กำหนดหัวข้อการรณรงค์ คือ “Making the invisible visible : ทำสิ่งที่มองไม่เห็น ให้มองเห็นได้” เพื่อพัฒนาระบบสุขาภิบาลให้สามารถป้องกันการแพร่กระจายของเสียจากมนุษย์ ไม่ให้ลงสู่แหล่งน้ำ เน้นการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อโรคทั้งระบบใต้ดินและบนดิน ด้วยการจัดให้มีระบบเก็บกักและบำบัดของเสียที่มีประสิทธิภาพ

โดยประเทศไทยได้มุ่งมั่นพัฒนาส้วมสาธารณะทุกประเภทให้ได้มาตรฐาน ควบคุมการกระตุ้นเศรษฐกิจการท่องเที่ยวให้ฟื้นกลับมาอีกครั้งนับตั้งแต่วิกฤตโควิด-19 ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา จึงเป็นที่มาของการรณรงค์ในประเทศไทยได้หัวข้อ “ห้องเทียวอย่างมั่นใจ ส้วมสาธารณะไทยได้มาตรฐาน” เพื่อเป็นการยกระดับมาตรฐานให้ผู้ประกอบการ ซึ่งเป็นเจ้าของส้วมสาธารณะในสถานที่ต่าง ๆ ทุกประเภท โดยเฉพาะอย่างยิ่งส้วมในสถานที่ท่องเที่ยว สถานที่ขนส่งสาธารณะ ประกอบด้วย ท่าอากาศยาน สถานีขนส่งทางบก สถานีรถไฟ และสถานบริการเชื้อเพลิง ที่มีผู้ใช้บริการจำนวนมาก ได้เห็นความสำคัญและร่วมกันพัฒนาส้วมสาธารณะให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน HAS คือ สะอาด เพียงพอ และปลอดภัย

พร้อมทั้งสนับสนุนให้ทุกครัวเรือนต้องมีส้วมที่ถูกสุขลักษณะ รวมไปถึงทุกท้องถิ่นจะต้องมีระบบเก็บกักสิ่งปฏิกูลการเก็บขน และนำไปกำจัดอย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรคออกสู่แหล่งน้ำและสิ่งแวดล้อม ขณะเดียวกันได้ขอความร่วมมือสถานประกอบการทุกประเภทใส่ใจความสะอาดบริเวณผิวสัมผัสร่วม 7 จุดเสี่ยง ได้แก่ สายฉีดชำระ ที่กดโถส้วม โถปัสสาวะ ลูกบิดหรือกอลอนประตู ที่รองนั่งโถส้วม พื้นห้องส้วม และที่เปิดก๊อกน้ำ เพื่อป้องกันเชื้อโรค

สำหรับผู้ใช้บริการยังคงเน้นย้ำการมีพฤติกรรมการใช้ส้วมอย่างถูกต้อง โดยก่อนใช้ส้วมทุกครั้งให้เช็ดฆ่าเชื่อก่อนนั่งลงบนโถส้วม ไม่ทิ้งวัสดุใด ๆ ลงในโถส้วม ปิดฝาโถส้วมก่อนกดชักโครกทุกครั้ง ป้องกันการฟุ้งกระจายของเชื้อโรค ให้เว้นระยะห่าง 1-2 เมตร ขณะรอใช้ส้วมสาธารณะ รวมทั้งล้างมือด้วยสบู่และน้ำให้สะอาดอย่างน้อย 20 วินาที หลังใช้ส้วม เพื่อสุขอนามัยที่ดี



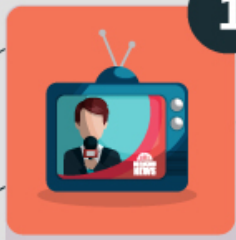
(นายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย)

อธิบดีกรมอนามัย

กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

7 ทักษะปรับตัว

รับมือกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ



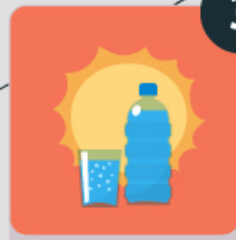
1

ติดตามข้อมูลข่าวสาร
ด้านการพยากรณ์อากาศ
เป็นประจำ



2

ประเมินสุขภาพ หรือพิจารณา
ผลกระทบต่อสุขภาพ เป็นระยะ ๆ
สังเกตอาการ ผิดปกติของร่างกาย
ทั้งตนเองและบุคคลใกล้ชิด



3

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
เช่น หลีกเลี่ยงทำกิจกรรมกลางแจ้ง
ในช่วงอากาศร้อนจัด
เตรียมน้ำดื่ม น้ำใช้ที่สะอาด และเพียงพอ
ในช่วงเกิดภัยแล้งหรือภัยน้ำท่วม



4

เตรียมความพร้อม
เมื่อต้องประสบภัยพิบัติ
เช่น เตรียมเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉิน
ยารักษาโรค อาหารและน้ำดื่ม



5

ดูแลสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม
เช่น ปลูกต้นไม้ และการจัดการสิ่งแวดล้อม
เพื่อลดพายุน้ำโรค เช่น กำจัด
แหล่งลูกน้ำขุยลาย การจัดการขยะมูลฝอย



6

ลดการใช้พลาสติก
และเปลี่ยนมาใช้
พลังงานสะอาดให้มากขึ้น



7

เสริมทักษะความรู้ เพื่อรับมือ
กับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ
ในอนาคต



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 2565

ที่ปรึกษา	นายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย นายแพทย์อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์ นายแพทย์สรายุทธ์ บุญสุข นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา นายแพทย์มณฑิเรศ คณาสวัสดิ์	อธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย
บรรณาธิการ	นายแพทย์สมพงษ์ ชัยโอภาสนันท์	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	นายคัมภีร์ งานดี นายธรรมรัฐ มณีสวัสดิ์	กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
กองบรรณาธิการวิชาการ	นายแพทย์กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง ดร.อัมพร จันทวิบูลย์ นายธนชีพ พีระธรณิษฐ์ ดร.ทันตแพทย์หญิงเพ็ญแข ลากยี่ง แพทย์หญิงนันทา อ่วมกุล นายสุคนธ์ เจียสกุล ดร.ทวิสุข พันธุ์เพ็ง แพทย์หญิงนิพรพรรณ วรมงคล ทันตแพทย์หญิงจันทนา อึ้งชูศักดิ์ ดร.วิระวรรณ ถิ่นยืนยง ดร.พวงเพ็ญ ชื่นประเสริฐ รศ.ดร.มณีนรัตน์ ธีระวิวัฒน์ รศ.ดร.กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์ รศ.ดร.สลิธร เทพตระการพร แพทย์หญิงสายพิณ โชติวิเชียร นายแพทย์บุญฤทธิ สุขรัตน์ นายแพทย์มนัส รามเกียรติศักดิ์ ทันตแพทย์ ดร.แมนสรวง วงศ์อภัย แพทย์หญิงชมพูนุท โตโพธิ์ไทย ดร.สุพิชชา วงศ์จันทร์ ดร.เบญจวรรณ ธวัชสุภา นางวิมล โรมา	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ปรึกษากรมอนามัย (สำนักส่งเสริมสุขภาพ) สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ปรึกษากรมอนามัย(ด้านทันตสาธารณสุข) นักวิชาการอิสระ ที่ปรึกษากรมอนามัย (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ) มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สำนักโภชนาการ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ
เจ้าของ	กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	
ฝ่ายจัดการ	นางสาวพิมพ์ภาวดี ศรีจันทร์ นางอรชรา ตะกรุดเงิน	กองคลัง สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
สำนักงาน	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทร 0-2590-4153, 4157 โทรสาร 0-2591-8147 http://advisor.anamai.moph.go.th/main.php?filename=jhealth	
กำหนดออก	ปีละ 4 เล่ม (มกราคม-มีนาคม, เมษายน-มิถุนายน, กรกฎาคม-กันยายน, ตุลาคม-ธันวาคม)	
อัตราค่าสมาชิก	ปีละ 360 บาท ต่างประเทศเพิ่มค่าส่งตามอัตราไปรษณีย์	
ออกแบบและจัดพิมพ์	บริษัท ทริปปี้ล เอ คอนซัลแทนท์ จำกัด โทร 0-2272-1169-72 โทรสาร 0-2272-1173	

คำแนะนำ

ในการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ยินดีรับบทความวิชาการทางด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน โดยกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง มีหลักเกณฑ์และข้อแนะนำ ดังนี้

1. บทความที่ส่งตีพิมพ์

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

บทความปริทัศน์ (review article) เป็นบทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง จากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 8 หน้าพิมพ์

บทความพิเศษ (special article) เป็นบทความประเภทที่บทความปริทัศน์กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษจากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้นๆ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

2. การเตรียมต้นฉบับ

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัดให้เข้าใจความที่ครอบคลุม ตรงวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่ใช้คำย่อ ความยาวไม่ควรเกิน 100 ตัวอักษร

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

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

บทนำ อธิบายความเป็นมา และความสำคัญของปัญหาที่นำไปสู่ความจำเป็นในการทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า ของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัด แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน ใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

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

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

วิจารณ์ ควรเขียนอภิปรายผลเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ว่าตรงหรือแตกต่างไปหรือไม่ เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

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

ข้อเสนอแนะ ข้อเสนอที่อาจนำผลการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือหรือมีผู้สนับสนุนที่สำคัญจากที่ใดบ้าง มีย่อหน้าเดียว

เอกสารอ้างอิง 1) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสาร การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver

2) การอ้างอิงเอกสารใดที่ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ โดยใช้ตัวเลขไว้ในวงเล็บ วางไว้หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำๆ ให้ใช้หมายเลขเดิม สำหรับการเรียงลำดับรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ให้เรียงลำดับตามการอ้างอิงก่อน-หลังในเนื้อหา

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

3.1 การอ้างอิงวารสาร

รูปแบบมีดังนี้

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

วารสารภาษาอังกฤษ

ใช้ชื่อสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อ ใช้ชื่อวารสารเป็นชื่อย่อตามระบบ Index Medicus

วารสารภาษาไทย

ชื่อผู้แต่งให้ใช้ชื่อเต็ม ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็มที่น่าปาก

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

ตัวเลขหน้า ใช้ตัวเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับหน้าสุดท้าย เช่น 131-156 ใช้เป็น 131-56 และไม่เว้นวรรคระหว่างเครื่องหมาย : และ ; ในการระบุปีที่พิมพ์ ปีที่(ฉบับที่) เลขหน้า โดยใส่เฉพาะ ปี (year) และเล่มที่ (volume) เท่านั้น ไม่ต้องใส่เดือน วันที่และฉบับที่

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

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

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

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

รูปแบบมีดังนี้

รูปแบบอ้างอิงหนังสือหรือตำราผู้แต่งเขียนทั้งเล่ม

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

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

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

รูปแบบอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

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

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

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

3.3 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book)

รูปแบบมีดังนี้

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

บทความวารสารที่เผยแพร่บนอินเทอร์เน็ต

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

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

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

บทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิทัล (DOI number)

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

3.4 การอ้างอิงอื่นๆ

รายงานการประชุม สัมมนา

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

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

วิทยานิพนธ์

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

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

บทความในหนังสือพิมพ์

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

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

4. การส่งต้นฉบับ

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

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

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

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียน เรื่องละ 3 เล่ม

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ถือเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน คณะบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง คณะบรรณาธิการมีสิทธิ์จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสมได้

ผลงานทุกเรื่องได้รับการพิจารณาแบบ Double-blind peer review

โดยกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 2 ท่าน ก่อนลงตีพิมพ์ในวารสาร

ได้รับคัดเลือกให้อยู่ในฐานข้อมูลศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai Journal Citation Index : TCI)

INSTRUCTION FOR AUTHORS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

HEALTH

ใบสมัครสมาชิก/สมาชิกอุปถัมภ์

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม THAILAND JOURNAL OF HEALTH PROMOTION AND ENVIRONMENTAL HEALTH

หมายเลขสมาชิก.....

วัน เดือน ปี.....

ชื่อ-สกุลผู้สมัคร.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

โทรศัพท์.....

มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกในนาม

สมาชิกใหม่

ต่ออายุสมาชิก

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

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

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

รวมเป็นเงิน.....บาท (.....)

โดยได้แนบ ธนาคัตติ (สั่งจ่าย ปณฝ.กระทรวงสาธารณสุข) ตัวแลกเงินไปรษณีย์

ที่อยู่ (เพื่อจัดส่งวารสาร)

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

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

โทรศัพท์.....

สั่งจ่าย ในนาม บรรณาธิการวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ไปรษณีย์กระทรวงสาธารณสุข 11000

ที่อยู่ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์

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



Editor's Desk

ภาวการณ์ทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง มีการเปลี่ยนแปลงมากมาย ตลอดถึงสุขภาพของประชาชนภายใต้สถานการณ์ระบาดโรคติดเชื้อโควิด-19 กระทรวงสาธารณสุขออกประกาศ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 เป็นต้นไป ยกเลิกโควิด-19 จากการเป็นโรคติดต่ออันตราย และกำหนดให้เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง เนื่องจากสถานการณ์การระบาดทั่วโลกมีแนวโน้ม จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตลดลง และในขณะนี้ สังคม เศรษฐกิจ ค่าครองชีพมีการปรับตัวสูงขึ้น อย่างไรก็ตาม หากประชาชนดูแลสุขภาพดี ยังเป็นปัจจัยพื้นฐานของชีวิตที่สำคัญที่จะเป็นต้นทุน สำคัญที่จะขับเคลื่อนให้เศรษฐกิจ สังคม ค่าครองชีพ ผ่านพ้นวิกฤตการณ์ต่างๆ ไปได้



วารสารฉบับนี้ ยังคงเนื้อหาสาระสำคัญด้านสุขภาพ ให้นักวิชาการและผู้สนใจ ได้พิจารณาเพื่อใช้ประโยชน์ ในการสร้างเสริมสุขภาพและดูแลสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาวะที่ดีของสังคม ทำฉบับนี้ บรรณาธิการขอให้ทุกท่านดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนของทุกท่านให้สมบูรณ์ แข็งแรงตลอดไป

นายแพทย์สมพงษ์ ชัยโอภาานนท์

บรรณาธิการ

กันยายน 2565

กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

บทวิพากษ์

ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกายและลักษณะพื้นฐานของประชาชนในชุมชนส่งเสริมการเดิน
 และใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน: กรณีศึกษาของ 3 ชุมชนในภูมิภาคประเทศไทย

- ลลิตกร โตโพธิ์ไทย ชมพูนุท โตโพธิ์ไทย ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร
 วีระศักดิ์ พุทธาศรี อัจฉิมา มีพริ้ง 11

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านม : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

- นิรมล พจน์ดวง สมคิด ปราบภัย สุจิรา พุ่งเฟื่อง อรรธรา บุญประดิษฐ์.....26

การพัฒนาแนวทางการควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ในอำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ

- วันฉัตร ชินสุวาทย์.....36

การพัฒนาอำเภอต้นแบบสุขภาพดี เขตสุขภาพที่ 4 แบบมีส่วนร่วม ปี 2563

- กาญจนา คงศักดิ์ตระกูล เพชรา ชวนะพันธุ์ คัทลียา พลอยวงษ์ ประจวบ แสงดาว.....49

สถานการณ์และผลลัพธ์ของการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการ
 โดยการมีส่วนร่วมของพนักงานและการสนับสนุนของเจ้าของสถานประกอบการ

- อัญชลินทร์ ปานศิริ วิชชุพร เกตุใหม่.....62

คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง
 ของบุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุขภาพที่ 8

- พรพิมล บุตุลา ประจักษ์ บัวผัน.....75

สถานการณ์การขับเคลื่อนพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับเด็กและเด็กเล็ก
 พ.ศ. 2560 โดยบุคลากรกรมอนามัยในระดับเขตสุขภาพ ในปี พ.ศ.2561

- พิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์ เบญจวรรณ ยี่คิว ชมพูนุท โตโพธิ์ไทย.....88

กระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม เพื่อแก้ไขภาวะโภชนาการในพระสงฆ์ที่มีค่าดัชนีมวลกาย

เกินมาตรฐาน ในเขตอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก

- กัญชวลี ไวก่อง..... 103

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการรุนแรงในผู้ป่วยติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (โควิด 19) ที่เข้ารับการรักษา
 ในโรงพยาบาลบางจาก จังหวัดสมุทรปราการ

- พันธิพา พันธนู..... 118

ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกายและลักษณะพื้นฐาน ของประชาชนในชุมชนส่งเสริมการเดินและใช้จักรยานในชีวิต ประจำวัน: กรณีศึกษาของ 3 ชุมชนในภูมิภาคประเทศไทย

ฐิติกร โตโพธิ์ไทย *

ชมพูนุท โตโพธิ์ไทย

ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาดย

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

วีระศักดิ์ พุทธาศรี

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

อัจฉิมา มีพริ้ง

สถาบันการเดินและการจักรยานไทย

วันรับ 26 ตุลาคม 2564, วันแก้ไข 21 มีนาคม 2565, วันตอบรับ 9 พฤษภาคม 2565.

บทคัดย่อ

ประโยชน์ทางสุขภาพจากกิจกรรมทางกายสัมพันธ์กับการเดิน การใช้จักรยาน และการใช้ขนส่งสาธารณะ สถาบันการเดินและการจักรยานไทยได้ส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวันในหลายจังหวัดตั้งแต่ปี พ.ศ.2560 การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะพื้นฐานทางประชากรและสังคมของประชาชน (เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และชุมชนที่อาศัย) กับระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ในชุมชนจำนวน 3 แห่ง คือ 1) ชุมชนสมเด็จพระเจ้าตากสิน อ.บางคล้า จ.ฉะเชิงเทรา 2) ชุมชนสุขสบายใจ อ.เมือง จ.กาฬสินธุ์ และ 3) ชุมชนบ้านธาตุสบแวน อ.เขียงคำ จ.พะเยา ระเบียบวิธีวิจัยเป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ใช้แบบสอบถามในการสำรวจด้วยการสุ่มกระจายในชุมชนโดยผู้นำชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ถดถอย เอกนามและพหุนาม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอร้อยละ 73 ซึ่งสูงกว่าการสำรวจกิจกรรมทางกายระดับประเทศที่ได้อ้อยละ 62 กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน มีแนวโน้มที่จะมีระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอสูงกว่า กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในชุมชนขนาดใหญ่ มีสถานที่ต่างๆ ไม่หลากหลาย และใกล้ถนนขนาดใหญ่ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ มาตรการส่งเสริมการเดิน การใช้จักรยาน และการใช้ขนส่งสาธารณะ ควรออกแบบให้เข้าถึงจุดและเหมาะสมกับลักษณะพื้นฐานทางประชากรและสังคม รวมถึงบริบทพื้นที่ นอกจากนี้ นโยบายส่งเสริมไม่ควรเน้นเฉพาะระดับบุคคล แต่ควรปรับสภาพแวดล้อมทางกายภาพให้เหมาะกับการมีกิจกรรมทางกายในการเดินทางด้วย

คำสำคัญ: กิจกรรมทางกาย การเดิน การใช้จักรยาน ชุมชน ประเทศไทย

* ผู้รับผิดชอบบทความ, เมล์: champhititikorn@gmail.com

The relationship between Physical Activity and Characteristics among Residents in Active Transport Promoting in Daily Life: A Study of Three Communities in Regional Thailand

Thitikorn Topothai *

Chompoonut Topothai

Rapeepong Suphanchaimat

Viroj Tangcharoensatien

International Health Policy Program, Ministry of Public Health

Weerasak Putthrasri

National Health Commission Office

Atjima Meepring

Thailand Walking and Cycling Institute

Received 26 October 2021, Revised 21 March 2022, Accepted 9 May 2022.

Abstract

The health benefits of physical activity are linked to active transport. The Thai Walking and Cycling Institute has implemented a project to promote walking and bicycle use in daily life in many provinces since 2017. This study aimed to identify the association between local demographic characteristics (sex, age, body mass index (BMI), education level, occupation, income range, and residency) and adequate physical activity level. This was done in three purposive selected sites namely, 1) King Taksin community, Chachoengsao, 2) Suksabaijai community, Kalasin, and 3) Ban Thatsobvan community, Payao. A cross-sectional study was carried out through a self-administered questionnaire survey. The questionnaire was randomly distributed via community leaders. Univariate analysis and multivariable logistic regression were performed. The prevalence of participants who achieved adequate physical activity level in the three selected communities was 73%, fairly higher than the national average of 62%. Participants who were older, overweight or obese were more likely to achieve adequate physical activity. The participants residing in a large community, less variety of public amenities, and locating near the highway, had a negative association with adequate physical activity. Interventions for active transport promotion should be more attractive and appropriate to all demographics and contexts. In addition, the policy should aim not only at individual lifestyle modification, but also at re-shaping the physical environment that facilitates active transport.

Keywords: physical activity, walking, bicycling, community, Thailand

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

■ บทนำ

ความหมายของกิจกรรมทางกายโดยองค์การอนามัยโลก คือ การเคลื่อนไหวร่างกายที่ต้องใช้พลังงาน⁽¹⁾ กิจกรรมทางกายช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ และเบาหวาน รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิต⁽²⁾ การมีกิจกรรมทางกายช่วยป้องกันการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อ ปีละ 3.2 ล้านคนทั่วโลก⁽³⁾ โดยองค์การอนามัยโลกแนะนำให้ผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป ควรมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง เช่น การเดินเร็ว การปั่นจักรยาน อย่างน้อยสัปดาห์ละ 150 นาที หรือกิจกรรมทางกายระดับหนัก เช่น การวิ่ง การชกมวย การยกของหนัก อย่างน้อยสัปดาห์ละ 75 นาที⁽¹⁾ ทั้งนี้ ในระดับโลก ในปี พ.ศ.2559 พบว่า ผู้ใหญ่ร้อยละ 73 มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ⁽⁴⁾ ในประเทศไทยในปี พ.ศ.2559 พบว่า ผู้ใหญ่ร้อยละ 62 มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ⁽⁵⁾

การเดินและการใช้จักรยานเพื่อการเดินทาง รวมถึงการใช้ระบบขนส่งสาธารณะ เป็นกิจกรรมทางกายรูปแบบหนึ่งที่ประชาชนสามารถทำอย่างสม่ำเสมอและผนวกไปกับชีวิตประจำวันได้⁽⁶⁻⁸⁾ จากการสำรวจกิจกรรมทางกายในประชาชนไทยจำนวน 22,136 คน ในปี พ.ศ. 2550 พบว่ากิจกรรมทางกายจากการเดินทางมีส่วนทำให้เกิดการใช้พลังงานจากกิจกรรมทางกายถึงร้อยละ 15 ต่อวัน (180 กิโลแคลอรี)⁽⁹⁾ สอดคล้องกับผลการสำรวจกิจกรรมทางกายในประชาชนไทย จำนวน 108,416 คน โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ.2558 ที่กลุ่มตัวอย่างใช้พลังงานจากกิจกรรมทางกายจากการเดินทางร้อยละ 17 ของพลังงานจากกิจกรรมทางกายทั้งหมดต่อสัปดาห์ (286 MET-นาที/สัปดาห์) หรือเท่ากับร้อยละ 48 ของข้อแนะนำการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอขององค์การ

อนามัยโลก (600 MET-นาที/สัปดาห์)⁽¹⁰⁾

ในปี พ.ศ.2560 สถาบันการเดินและการจักรยานไทย ได้ดำเนินโครงการส่งเสริมการเดินและใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน โดยทำงานร่วมกับภาคส่วนต่างๆ ในห้าภูมิภาคทั่วประเทศ⁽¹¹⁾ โดยใช้กระบวนการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคม เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเดินและใช้จักรยานในชีวิตประจำวันอย่างมีส่วนร่วม และสร้างกลไกความร่วมมือกับภาคีที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ พบว่าการส่งเสริมการเดินและใช้จักรยานในชีวิตประจำวันในแต่ละพื้นที่มีรูปแบบการดำเนินงานที่แตกต่างกัน เช่น การจัดตั้งกลไกคณะกรรมการส่งเสริมการเดินและใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน การจัดทำแผนแม่บทการเป็นเมืองจักรยาน การวาดภาพบนถนนบริเวณสี่แยกเพื่อลดความเร็วของรถ และวาดภาพบนกำแพงสวนสาธารณะในชุมชนเพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของพื้นที่ และพัฒนาเส้นทางจักรยานดิจิทัลเพื่อการท่องเที่ยวและวัฒนธรรม เป็นต้น⁽¹¹⁾ อย่างไรก็ตาม ยังขาดการประเมินผลการดำเนินการโดยพิจารณาผลกระทบต่อระดับกิจกรรมทางกายของประชาชนในชุมชนดังกล่าว

การศึกษาที่ผ่านมา โดยนุรฮารณ และคณะ ในปี พ.ศ.2558⁽¹²⁾ ทำการศึกษาระดับกิจกรรมทางกายในประชาชนไทยกับความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะพื้นฐานทางประชากรและสังคมของประชาชนในภาพรวมระดับประเทศ ไม่ได้มุ่งเน้นประชากรในชุมชนที่มีการส่งเสริมการเดินและใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน และการศึกษาโดยฐิติกร และคณะ ในปี พ.ศ.2563⁽¹³⁾ ทำการศึกษาระดับกิจกรรมทางกายในประชาชนในชุมชนที่มีการส่งเสริมการเดินและใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน แต่ยังไม่มีการวิเคราะห์ผลด้วยวิธีถดถอยเอกนามและพหุนามเพื่อหาความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างตัวแปรกิจกรรมทางกายและลักษณะพื้นฐานทางประชากรและสังคมที่ชัดเจน

■ **วัตถุประสงค์การศึกษา**

1. เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมการเดินและใช้จักรยานในชีวิตประจำวันต่อกิจกรรมทางกายของประชาชนในระดับชุมชน

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะพื้นฐานทางประชากรและสังคมของประชาชน (เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และชุมชนที่อาศัย) กับระดับกิจกรรมทางกายของประชาชนในระดับชุมชนที่มีการส่งเสริมการเดินและใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน

■ **วิธีการศึกษา**

การศึกษานี้เริ่มตั้งแต่ ตุลาคม พ.ศ.2562 ถึง เมษายน พ.ศ.2563 ใช้รูปแบบการศึกษาภาคตัดขวางเชิงปริมาณ วิธีการเก็บข้อมูลได้แก่การใช้แบบสอบถามกิจกรรมทางกาย

● **ขอบเขตประชากรและแหล่งข้อมูล**
กรณีศึกษาชุมชนของพื้นที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมการเดินและใช้จักรยานในชีวิตประจำวันกับสถาบันการเดินและการจักรยาน จำนวน 3 แห่ง และในประชาชนที่อาศัยในชุมชนทั้ง 3 แห่ง จำนวนรวม 343 คน สำหรับการตอบแบบสอบถาม

● **พื้นที่ดำเนินการศึกษา** คัดเลือกพื้นที่ดำเนินการแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยคัดเลือก 3 ชุมชน จาก 10 ชุมชนที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมการเดินและใช้จักรยานในชีวิตประจำวันกับสถาบันการเดินและการจักรยานไทย ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2560⁽¹¹⁾ โดยพิจารณาจากการดำเนินการที่มีรูปแบบส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยานที่ชัดเจนและอยู่ในขอบเขตพื้นที่ของชุมชน การกระจายตามภูมิภาค และพื้นที่ยินดีให้ความร่วมมือในการประเมินโครงการ โดยชุมชนที่ได้รับการคัดเลือก คือ 1) ชุมชนสมเด็จพระเจ้าตากสิน อ.บางคล้า จ.ฉะเชิงเทรา (ต่อจากนี้จะเรียกว่าชุมชน ก) 2) ชุมชน

สุขสบายใจ อ.เมือง จ.กาฬสินธุ์ (ต่อจากนี้จะเรียกว่าชุมชน ข) และ 3) ชุมชนบ้านธาตุสบแวน อ.เชียงคำ จ.พะเยา (ต่อจากนี้จะเรียกว่าชุมชน ค) ดังแผนภาพที่ 1

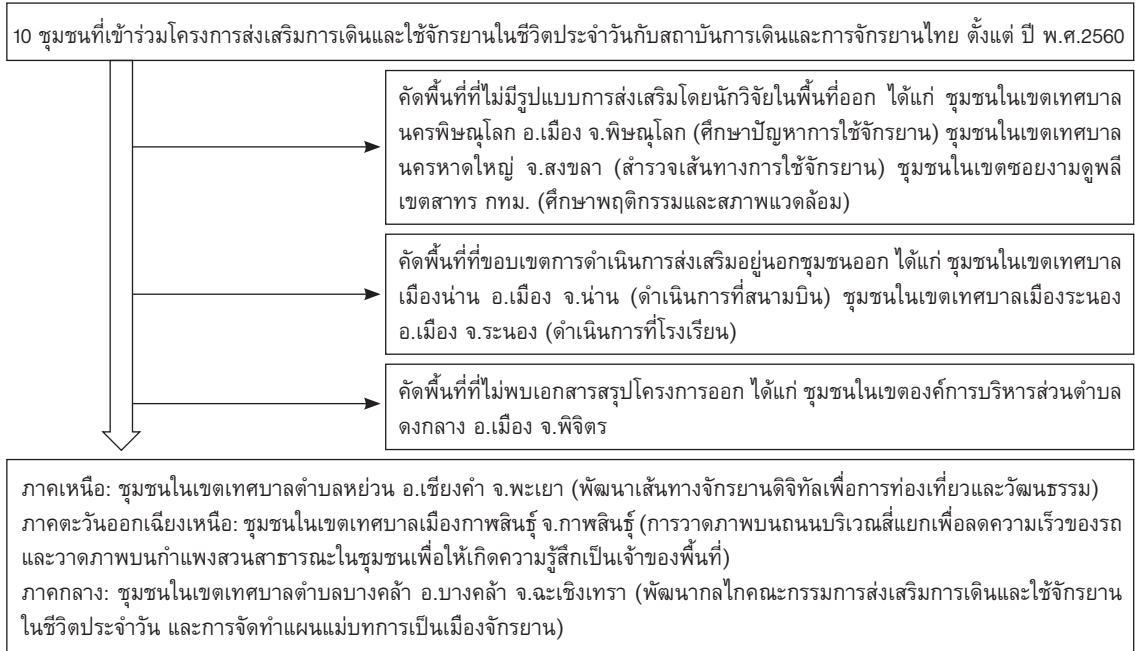
โดยชุมชนทั้งสาม มีลักษณะทางกายภาพทั่วไป คือ 1) ชุมชน ก เป็น 1 ใน 10 ชุมชน ในเขตเทศบาลตำบลบางคล้า มีขนาดพื้นที่ 1 ตร.กม. ความหนาแน่นประชากร 900 คน/ตร.กม. และศูนย์กลางชุมชนอยู่ห่างจากศูนย์การค้า 500 เมตร 2) ชุมชน ข เป็น 1 ใน 10 ชุมชน ในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ มีขนาดพื้นที่ 2 ตร.กม. ความหนาแน่นประชากร 508 คน/ตร.กม. และศูนย์กลางชุมชนอยู่ห่างจากศูนย์การค้า 1,500 เมตร ในชุมชนมีถนนสองเลนตัดผ่าน มีการจราจรค่อนข้างมากในช่วงเวลาเช้าและเย็น และ 3) ชุมชน ค อยู่ในตำบลหย่วน อยู่ใน 2 เขตเทศบาล คือ เทศบาลตำบลหย่วนและเขตเทศบาลตำบลเชียงคำ มีขนาดพื้นที่ 0.5 ตร.กม. ความหนาแน่นประชากร 1,808 คน/ตร.กม. และศูนย์กลางชุมชนอยู่ห่างจากศูนย์การค้า 500 เมตร รายละเอียดดังตารางที่ 1⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

● **การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง** การคำนวณกลุ่มตัวอย่างของแบบสอบถามได้ใช้สูตรสำหรับกลุ่มเดี่ยวแบบเท่ากัน (one sample test for equality) ตัวแปรหลักที่สนใจ คือ ระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ โดยมีสูตรดังนี้⁽¹⁷⁾

$$n = \frac{\left(z_{\alpha/2} + z_{\beta} \right)^2 \pi(1-\pi)}{(\pi - \pi_0)^2}$$

ค่า $Z_{\alpha/2}$ มีค่า 1.96 หมายถึงระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95, Z_{β} มีค่า 0.84 หมายถึงอำนาจค่าจำแนกเท่ากับร้อยละ 80, ค่า π คือความชุกของระดับกิจกรรมทางกายเพียงพอที่คาดว่าจะพบของประชากรในพื้นที่ และค่า π_0 คือความชุกของ

แผนภาพที่ 1 การคัดเลือกพื้นที่ดำเนินการศึกษา



*ทั้งนี้ ชุมชนในเขตเทศบาลตำบลนาทวี จ.สงขลา (พัฒนาเส้นทางจักรยานเพื่อการท่องเที่ยว) คัดออกเนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณการวิจัย และมีรูปแบบการส่งเสริมคล้ายกับชุมชนในเขตเทศบาลตำบลหย่วน อ.เชียงคำ จ.พะเยา

ตารางที่ 1 ลักษณะทางกายภาพทั่วไปของชุมชน

ลักษณะ	ชุมชน ก	ชุมชน ข	ชุมชน ค
ที่ตั้ง	ศูนย์กลางชุมชนห่างจากศูนย์การค้า 500 เมตร	ศูนย์กลางชุมชนห่างจากศูนย์การค้า 1,500 เมตร	ศูนย์กลางชุมชนห่างจากศูนย์การค้า 500 เมตร
ขนาดพื้นที่	เส้นผ่านศูนย์กลาง 500 เมตร มีพื้นที่ 1 ตร.ก.ม.	เส้นผ่านศูนย์กลาง 1,500 เมตร มีพื้นที่ 2 ตร.ก.ม.	เส้นผ่านศูนย์กลาง 1,000 เมตร มีพื้นที่ 0.5 ตร.ก.ม.
ความหนาแน่น	900 คน/ตร.ก.ม.	508 คน/ตร.ก.ม.	1,808 คน/ตร.ก.ม.
ภูมิประเทศ	เป็นพื้นที่ราบ ไม่มีเนินลาดชัน	เป็นพื้นที่ราบ ไม่มีเนินลาดชัน	เป็นพื้นที่ราบ ไม่มีเนินลาดชัน
การใช้พื้นที่	ย่านที่พักอาศัย ส่วนใหญ่เป็นบ้านเดี่ยว มีบางส่วนเป็นอาคารพาณิชย์ อพาร์ทเมนท์ โกดังสินค้า ร้านอาหาร โรงพยาบาล ธนาคาร	ย่านที่พักอาศัย ส่วนใหญ่เป็นบ้านเดี่ยว มีบางส่วนเป็นอาคารพาณิชย์ อพาร์ทเมนท์ โรงเรียน วัด สถานี เล็กๆ น้ำมัน สวนสาธารณะ	ย่านที่พักอาศัย ส่วนใหญ่เป็นบ้านเดี่ยว โรงเรียน วัด ร้านอาหาร
การวางผังเมือง	- เป็นรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้าแนวตั้ง ถนนเชื่อมถึงกันทุกระยะ 50-100 เมตร ไม่พบว่ามีซอยตัน - ถนนเส้นใหญ่ในชุมชน มีขนาด 2 เลน รถยนต์สามารถขับได้ในความเร็ว 20-40 ก.ม./ช.ม.	- เป็นรูปสี่เหลี่ยมคางหมู ถนนเชื่อมถึงกันทุกระยะ 50-100 เมตร ไม่พบว่ามีซอยตัน - ถนนเส้นใหญ่ในชุมชน (ริมถนนเทศบาล 27) มีขนาด 2 เลน รถที่สัญจรใช้ความเร็ว 40-70 ก.ม./ช.ม.	- มีถนนเส้น 1021 ซึ่งเป็นถนน 4 เลน โค้งตัดผ่านกลางหมู่บ้านในแนวตะวันออกตะวันตก - ในชุมชน มีถนน 2 เลน ตัดผ่านหมู่บ้านในแนวเหนือใต้ มีสภาพการจราจรที่โล่ง และรถที่สัญจรใช้ความเร็ว 40-50 ก.ม./ช.ม. และมีทางโค้งหลายจุด

ตารางที่ 1 ลักษณะทางกายภาพทั่วไปของชุมชน (ต่อ)

ลักษณะ	ชุมชน ก	ชุมชน ข	ชุมชน ค
การวางผังเมือง	- ทางเดินเท้ามีอยู่รอบชุมชน โดยสามารถใช้งานได้ดี - ทางเดินในซอยของชุมชนจะมีขนาดเล็ก (2 เมตร) มีระยะเชื่อมระหว่างเส้นทางเดินของแต่ละซอยสั้นๆ ประมาณ 20-50 เมตร - ไม่มีเลนจักรยานโดยเฉพาะ	- มีทางเดินเท้าริมถนนเทศบาล 27 - ทางเดินในซอยของชุมชนจะมีขนาดเล็ก (2 เมตร) - ไม่มีเลนจักรยานโดยเฉพาะ	- มีไหล่ทางสำหรับเดินและปั่นจักรยานขนาดแคบ 1 เมตร ซึ่งมีฝาท่อระบายน้ำอยู่ตลอดทางในชุมชน มีไฟปฎิภากรมส่องสว่าง - ไม่มีเลนจักรยานโดยเฉพาะ
สัดส่วนการเดินทางในและรอบชุมชน	จักรยานยนต์ (ร้อยละ 40) รถยนต์ส่วนบุคคล (ร้อยละ 20) จักรยาน (ร้อยละ 20) เดิน (ร้อยละ 10) และขนส่งสาธารณะ (ร้อยละ 10)	จักรยานยนต์ (ร้อยละ 40) รถยนต์ส่วนบุคคล (ร้อยละ 30) จักรยาน (ร้อยละ 15) และเดิน (ร้อยละ 15)	จักรยานยนต์ (ร้อยละ 30) รถยนต์ส่วนบุคคล (ร้อยละ 30) จักรยาน (ร้อยละ 20) และเดิน (ร้อยละ 20)
ขนส่งสาธารณะ	- มีรถสองแถวไปยังตัวจังหวัดจะเชิงเทรา (รถออกทุก 15 นาที ใช้ระยะเวลาประมาณ 40 นาที ค่าโดยสาร 8-20 บาท โดยสามารถขึ้น-ลงได้ตลอดเส้นทางระยะ 25 กิโลเมตร) - มีรถตุ๊กตุ๊กรับจ้าง	- ไม่มีรถโดยสารสาธารณะในชุมชนให้บริการ - มีสถานีขนส่งที่มีรถสองแถวระหว่างอำเภอ และรถเมล์ประจำทางไปยังจังหวัดต่างๆ (รถออกทุก 15-60 นาที) - มีรถแท็กซี่รับจ้าง	- ไม่มีรถโดยสารสาธารณะในชุมชนให้บริการ - มีสถานีขนส่งที่มีรถสองแถวระหว่างอำเภอ และรถเมล์ประจำทางไปยังจังหวัดต่างๆ (รถออกทุก 15-60 นาที)

ระดับกิจกรรมทางกายเพียงพอของประชากรของประเทศไทย

ผู้วิจัยได้แทนค่าความชุกของระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรของประเทศไทย อายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ.2559 เท่ากับร้อยละ 62⁽¹⁸⁾ ($\pi_0 = 0.62$) แทนค่าความชุกของระดับกิจกรรมทางกายเพียงพอที่คาดว่าจะพบของประชากรในพื้นที่ คำนวณจากฐานข้อมูลระดับกิจกรรมทางกายของประชากรของประเทศไทย ในปี พ.ศ.2555-2559 ที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 1 ต่อปี⁽¹⁸⁾ และเป้าหมายของแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573 ที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 1 ต่อปี เช่นกัน⁽¹⁹⁾ โดยกำหนดให้เพิ่มมากกว่าค่าเฉลี่ยของทั้งประเทศที่ร้อยละ 3 ต่อปี เนื่องจาก 3 พื้นที่มีการดำเนินการส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานที่เข้มข้น โดยการศึกษาเริ่มเก็บข้อมูลในช่วง พ.ศ.2562 ดังนั้นเมื่อกำหนดค่า $\pi = 0.71$ (คำนวณมาจาก $0.62 + 0.03 \times 3$) ทำให้จำนวนตัวอย่าง

เท่ากับ 199 คน เมื่อกำหนด non-response rate ร้อยละ 10 ทำให้ได้จำนวนอย่างน้อย 220 คน ใน 3 ชุมชน หรือประมาณ 74 คนต่อชุมชน ในทางปฏิบัติยอมให้ผู้นำชุมชนหากลุ่มตัวอย่างได้มากกว่าที่คำนวณ สุดท้ายเมื่อลงพื้นที่ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 343 คน เนื่องจากได้รับความร่วมมือจากผู้นำชุมชนค่อนข้างดี

● เครื่องมือแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ 1) ลักษณะพื้นฐานทางประชากรและสังคมของประชาชน (เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และชุมชนที่อาศัย) และ 2) กิจกรรมทางกาย อ้างอิงจากแบบสอบถามกิจกรรมทางกายขององค์การอนามัยโลก WHO Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ)⁽²⁰⁾ ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ส่วน คือ กิจกรรมทางกายในการทำงาน การเดินทาง และนันทนาการ โดยกิจกรรมทางกายในการทำงานและนันทนาการ มี 2 ระดับ คือ ระดับหนัก และ

ระดับปานกลาง แต่ละส่วนจะมี 3 คำถามย่อย คือ (i) ท่านมีกิจกรรมทางกายประเภทนี้ในสัปดาห์ที่ผ่านมาหรือไม่ (ii) ถ้ามี มีสัปดาห์ละกี่วัน และ (iii) มีวันละกี่นาที

● **การเก็บข้อมูล** เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตามสะดวก เริ่มจากการปรึกษากับผู้นำชุมชนถึงบริเวณบ้านเรือนที่เหมาะสมในการเก็บข้อมูล โดยพยายามกระจายพื้นที่เป็นกลุ่มๆ ในบริเวณชุมชน เน้นบริเวณบ้านเรือนที่มีตัวแทนหรือกรรมการชุมชนอาศัยอยู่ และกระจายแบบสอบถามไปตามบ้านเรือนในบริเวณนั้น โดยให้สมาชิกในบ้านที่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่สะดวกในการตอบแบบสอบถามทำแบบสอบถามด้วยตนเองทุกคน และส่งคืนแบบสอบถามที่ตอบแล้วให้ตัวแทนชุมชนหรือผู้นำชุมชน ทั้งนี้ทีมผู้วิจัยได้ประชุมเรื่องแบบสอบถามและการเก็บข้อมูลกับผู้นำชุมชน หรือตัวแทนหรือกรรมการชุมชน ก่อนเก็บข้อมูลในทุกพื้นที่ และทีมผู้วิจัยได้ลงพื้นที่พร้อมกับผู้นำชุมชนในบริเวณบ้านเรือนของผู้นำชุมชนหรืออื่นๆ เพื่อเก็บข้อมูลบางส่วนเอง การทำแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 15 นาทีต่อคน ผู้ทำแบบสอบถามไม่ได้คำตอบแทนใด ๆ การเก็บข้อมูลดำเนินการในช่วงเดือนธันวาคม 2562 - กุมภาพันธ์ 2563

● **การวิเคราะห์ข้อมูล** ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่หนึ่ง ลักษณะพื้นฐานทางประชากรและสังคมของประชาชน ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และชุมชนที่อาศัย เพศ แบ่งเป็นชายและหญิง อายุ มีค่ามัธยฐาน 53 ปี ดังนั้นจึงแบ่งเป็นสองกลุ่ม คือ อายุ 18-52 ปี และ 53-85 ปี ดัชนีมวลกาย แบ่งตามมาตรฐานประชากรในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก ขององค์การอนามัยโลก ได้สองกลุ่ม คือ น้ำหนักน้อยหรือปกติ (ดัชนีมวลกาย < 23) และ

น้ำหนักเกินหรืออ้วน (ดัชนีมวลกาย ≥ 23)⁽²¹⁾ ระดับการศึกษา แบ่งเป็นสองกลุ่ม คือ ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า และมีธยมศึกษาหรือสูงกว่า อาชีพแบ่งเป็นสามกลุ่ม คือ เกษตรกร พนักงานบริษัทหรือเจ้าของกิจการ และเกษียณหรือไม่ได้ทำงาน รายได้ มีค่ามัธยฐาน 12,000 บาท/เดือน ดังนั้นจึงแบ่งเป็นสองกลุ่ม คือ รายได้ $\leq 12,000$ บาท/เดือน และ 12,001-85,000 บาท/เดือน และชุมชนที่อยู่อาศัยทั้งสามชุมชน ลักษณะพื้นฐานทางประชากรและสังคมของประชาชนนำเสนอด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ส่วนที่สอง ระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ โดยคำนวณจากคำถามห้าส่วนของกิจกรรมทางกายตามประเภทและความหนักของกิจกรรมทางกาย อันประกอบด้วย กิจกรรมทางกายในการทำงานระดับหนัก กิจกรรมทางกายในการทำงานระดับปานกลาง กิจกรรมทางกายในการเดินทางระดับปานกลาง กิจกรรมทางกายในนันทนาการระดับหนัก กิจกรรมทางกายในนันทนาการระดับปานกลาง ในแต่ละส่วนของคำถาม ประกอบไปด้วยสามคำถาม ได้แก่ คุณมีกิจกรรมทางกายประเภทนี้หรือไม่? หากตอบใช่จะแทนค่าเป็น 1 ไม่ใช่ เป็น 2 ส่วนที่สองคือ หากมีกิจกรรมทางกายประเภทนี้ ในหนึ่งสัปดาห์ คุณมีกิจกรรมทางกายกี่วัน? แทนค่าเป็น 1-7 ตามจำนวนวัน และส่วนที่สามคือ ในแต่ละวันที่คุณมีกิจกรรมทางกาย คุณใช้ระยะเวลาที่นานี่ต่อวัน? แทนค่าเป็นนาที จะได้ค่าในหน่วย MET-นาที/สัปดาห์ โดย 1 MET หรือ Metabolic Equivalent Task คือ พลังงานที่ใช้ในขณะที่พัก เช่น นั่งนิ่ง หรือนอนราบ กิจกรรมทางกายระดับหนักมีค่าพลังงาน 8 MET กิจกรรมทางกายระดับปานกลาง มีค่าพลังงาน 4 MET⁽²⁰⁾

ตัวอย่างการแทนค่า เช่น ผู้ตอบแบบสอบถาม มีกิจกรรมทางกายในการทำงานระดับหนัก 1 วันต่อสัปดาห์ 20 นาทีต่อวัน มี

กิจกรรมทางกายในการทำงานระดับปานกลาง 2 วันต่อสัปดาห์ 30 นาทีต่อวัน มีกิจกรรมทางกายในการเดินทางระดับปานกลาง 3 วันต่อสัปดาห์ 10 นาทีต่อวัน ไม่มีกิจกรรมทางกายในนันทนาการระดับหนัก และมีกิจกรรมทางกายในนันทนาการระดับปานกลาง 3 วันต่อสัปดาห์ 20 นาทีต่อวัน จะแทนค่าได้ดังนี้

$$\begin{aligned} & (1 \text{ วัน} * 8 \text{ MET} * 20 \text{ นาที}) + (2 \text{ วัน} * \\ & 4 \text{ MET} * 30 \text{ นาที}) + (3 \text{ วัน} * 4 \text{ MET} * 10 \text{ นาที}) \\ & + 0 + (3 \text{ วัน} * 4 \text{ MET} * 20 \text{ นาที}) \\ & = 160 + 240 + 120 + 0 + 240 \\ & = 760 \text{ MET-นาที/สัปดาห์} \end{aligned}$$

ระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอคำนวณจากข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก สำหรับผู้ใหญ่ อายุ 18 ปีขึ้นไป ควรจะมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง เช่น การเดินเร็ว การปั่นจักรยานอย่างน้อยสัปดาห์ละ 150 นาที และ/หรือกิจกรรมทางกายระดับหนัก เช่น การวิ่ง การชกติดิน การยกของหนัก อย่างน้อยสัปดาห์ละ 75 นาที⁽¹⁾ ซึ่งเทียบเท่ากับอย่างน้อย 600 MET-นาที/สัปดาห์ หากประชากรผู้ใหญ่ที่มีกิจกรรมทางกายตั้งแต่ 600 MET-นาที/สัปดาห์ จะนับเป็นมีระดับกิจกรรมทางกายเพียงพอ ในตัวอย่างที่มีกิจกรรมทางกาย 760 MET-นาที/สัปดาห์ ถือว่ามีระดับกิจกรรมทางกายเพียงพอ ทั้งนี้ระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอจะนำเสนอผลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ส่วนที่สาม ใช้การวิเคราะห์ถดถอยเอกนามและพหุนามหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะพื้นฐานทางประชากรและสังคมของประชาชน และระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ นำเสนอด้วยค่า p-value, Odds Ratio (OR) และ 95% Confidence Interval (CI) การวิเคราะห์ข้อมูลทำด้วยโปรแกรม STATA รุ่น 17 หมายเลขผลิตภัณฑ์ 401709350741

● **การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง** การ

ศึกษานี้ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ตามประกาศ Helsinki และได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) เลขที่ สคม. 927/2562 ลงวันที่ 23 ธันวาคม พ.ศ. 2562 ผู้เข้าร่วมได้อ่านหนังสือขอความยินยอมและลงนามก่อนให้ข้อมูล

■ **ผลการศึกษา**

ลักษณะทางประชากรและสังคม

จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ข้อมูลสมบูรณ์และเพียงพอต่อการวิเคราะห์มีทั้งหมด 343 คน จากจำนวนประชากร 2,819 คน (ร้อยละ 12) ในภาพรวมเพศหญิงมีสัดส่วนมากกว่าเพศชาย กลุ่มที่มีดัชนีมวลกายน้อยหรือปกติ มีมากกว่ากลุ่มน้ำหนักเกินหรืออ้วน (ร้อยละ 58) ระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรือสูงกว่า มีมากกว่าระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 72) อาชีพพนักงานบริษัทหรือเจ้าของกิจการมีมากที่สุด (ร้อยละ 54) มีผู้ตอบแบบสอบถามจากชุมชน ข มากที่สุด 149 คน (ร้อยละ 43) และมาจากชุมชน ก น้อยที่สุด ที่ 71 คน (ร้อยละ 21) รายละเอียดดังตารางที่ 2

กิจกรรมทางกาย

ในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอร้อยละ 73 เมื่อจำแนกตามความหนักของกิจกรรมทางกายพบว่า ค่ามัธยฐานพลังงานจากกิจกรรมทางกายระดับปานกลางมีค่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยพลังงานจากกิจกรรมทางกายระดับหนัก (920 และ 0 MET-นาที/สัปดาห์ ตามลำดับ) เมื่อจำแนกตามประเภทกิจกรรมทางกายพบว่า อัตราส่วนค่ามัธยฐานพลังงานจากกิจกรรมทางกายในนันทนาการมีค่ามากที่สุด (ร้อยละ 51) รองลงมาคือค่าเฉลี่ยพลังงานจากกิจกรรมทางกายในการเดินทาง และการทำงาน (ร้อยละ 26 และ 23 ตามลำดับ) โดยมีค่ามัธยฐานในสามประเภทกิจกรรมทางกายที่ 360, 180 และ

160 MET-นาที่/สัปดาห์ ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะพื้นฐานทางประชากรและสังคมของประชาชนและระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ: การวิเคราะห์ถดถอยเอกนาม

ผลการวิเคราะห์ถดถอยเอกนาม พบว่า

กลุ่มตัวอย่างอายุมากกว่า (53-85 ปี) มีระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมากกว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 84 และ 61 ตามลำดับ, p -value < 0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 2 กลุ่มที่มีดัชนีมวลกายระดับน้ำหนักเกินหรืออ้วน มีระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมากกว่ากลุ่มที่มีดัชนีมวลกายระดับน้ำหนักน้อย

ตารางที่ 2 ลักษณะพื้นฐานทางประชากรและสังคมของประชาชนและระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ: การวิเคราะห์ถดถอยเอกนาม

ลักษณะพื้นฐาน	ทั้งหมด (ร้อยละ)	ระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ (ร้อยละ)	ระดับกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ (ร้อยละ)
ทั้งหมด	343 (100)	250 (73)	93 (27)
เพศ			
ชาย	125 (100)	95 (76)	30 (24)
หญิง	214 (100)	151 (71)	63 (29)
อายุ***			
18-52 ปี	163 (100)	99 (61)	64 (39)
53-85 ปี	177 (100)	148 (84)	29 (16)
ดัชนีมวลกาย**			
น้ำหนักน้อยหรือปกติ	199 (100)	132 (66)	67 (34)
น้ำหนักมากหรืออ้วน	139 (100)	114 (82)	25 (18)
ระดับการศึกษา*			
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	70 (100)	58 (83)	12 (17)
มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า	249 (100)	171 (69)	78 (31)
อาชีพ			
เกษตรกร	36 (100)	25 (69)	11 (31)
พนักงานบริษัทหรือธุรกิจส่วนตัว	184 (100)	133 (72)	51 (28)
เกษียณหรือไม่ได้ทำงาน	95 (100)	79 (83)	16 (17)
รายได้			
<12,000 บาท/เดือน	170 (100)	118 (69)	52 (31)
12,001-85,000 บาท/เดือน	140 (100)	106 (76)	34 (24)
ชุมชนที่อาศัย***			
ชุมชน ก	71 (100)	62 (87)	9 (13)
ชุมชน ข	149 (100)	81 (54)	68 (46)
ชุมชน ค	123 (100)	107 (87)	16 (13)

* A p value < 0.05, ** A p value < 0.01, *** A p value < 0.001

ตารางที่ 3 พลังงานจากกิจกรรมทางกาย

กิจกรรมทางกาย	ค่าเฉลี่ยพลังงานในหน่วย MET-นาที/สัปดาห์ (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	ค่ามัธยฐานพลังงานในหน่วย MET-นาที/สัปดาห์ (ค่าเปอร์เซนไทล์ที่ 25 และ 75)	อัตราส่วนค่ามัธยฐานพลังงาน (ร้อยละ)
ระดับความหนักของกิจกรรมทางกาย			
• ระดับหนัก	765 (2,398)	0 (0, 320)	0
• ระดับปานกลาง	2,118 (3,090)	920 (360, 2,280)	100
ประเภทกิจกรรมทางกาย			
• ในการทำงาน	1,634 (3,446)	160 (0, 1,200)	23
• ในการเดินทาง	406 (690)	180 (0, 600)	26
• ในนันทนาการ	840 (1,694)	360 (0, 840)	51
ระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ		72.9	

ตารางที่ 4 ลักษณะพื้นฐานทางประชากรและสังคมของประชาชนและระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ: การวิเคราะห์ถดถอยพหุนาม

ลักษณะพื้นฐาน	การวิเคราะห์ถดถอยพหุนาม	
	Adjusted Odds Ratio	95% Confidence Interval
กลุ่มอายุ		
53-85 ปี (กลุ่มอ้างอิง = 18-52 ปี)	2.2*	1.2-4.0
ดัชนีมวลกาย		
น้ำหนักเกินหรืออ้วน (กลุ่มอ้างอิง = น้ำหนักน้อยหรือปกติ)	1.9*	1.1-3.4
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า (กลุ่มอ้างอิง = ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า)	0.6	0.3-1.2
ชุมชนที่อาศัย		
ชุมชน ข	0.2**	0.1-0.5
ชุมชน ค (กลุ่มอ้างอิง = ชุมชน ก)	1.3	0.5-3.2

* A p value <0.05, ** A p value <0.01

หรือปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 82 และ 66 ตามลำดับ, p -value <0.01) กลุ่มที่มีระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มีระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมากกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรือสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 83 และ 69 ตามลำดับ, p -value <0.05) เมื่อจำแนกตามชุมชนที่อาศัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างจากชุมชน ก และ ค มีระดับกิจกรรมทางกายเพียงพอสูงที่สุดที่ร้อยละ 87 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างจากชุมชน ข มีระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอร้อยละ 54 (p -value <0.001)

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะพื้นฐานทางประชากรและสังคมของประชาชนและระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ: การวิเคราะห์ถดถอยพหุนาม

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุนาม พบว่ากลุ่มตัวอย่างอายุมากกว่า (53-85 ปี) มีโอกาสที่จะมีระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมากกว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted OR = 2.2, CI = 1.2-4.0, p -value <0.05) รายละเอียดตารางที่ 4 กลุ่มที่มีดัชนีมวลกายระดับน้ำหนักเกินหรืออ้วน มีโอกาสที่จะมีระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมากกว่ากลุ่มที่มีดัชนีมวลกายระดับน้ำหนักน้อยหรือปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted OR = 1.9, CI = 1.1-3.4, p -value <0.05) เมื่อจำแนกตามชุมชนที่อาศัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างจากชุมชน ข มีโอกาสที่จะมีระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างจากชุมชนอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted OR = 0.2, CI = 0.1-0.5, p -value <0.01)

■ อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างในสามชุมชนมีระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอร้อยละ 73 ซึ่งสูงกว่าผลการสำรวจกิจกรรมทางกายในระดับประเทศ

ที่พบว่าประชาชนไทยมีระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอร้อยละ 62⁽⁵⁾ ทั้งนี้ ผลการศึกษาอยู่ในสมมติฐานการศึกษาว่าระดับกิจกรรมทางกายของประชาชนในชุมชนทั้งสามที่ได้ดำเนินการส่งเสริมการเดินและใช้จักรยานในชีวิตประจำวันควรจะสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ และเป็นการยืนยันผลการดำเนินโครงการส่งเสริมการเดินและใช้จักรยานในชีวิตประจำวันที่ผ่านมา ทั้งนี้ ค่ามัธยฐานพลังงานจากกิจกรรมทางกายในการเดินทางในการศึกษาที่ 180 MET-นาที/สัปดาห์ คิดเป็นอัตราส่วนร้อยละ 30 ของข้อแนะนำการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ และค่าเฉลี่ยพลังงานจากกิจกรรมทางกายในการเดินทางในการศึกษามีค่าเท่ากับ 406 MET-นาที/สัปดาห์ หรือร้อยละ 68 ของข้อแนะนำการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ ซึ่งสูงกว่าผลการสำรวจกิจกรรมทางกายในประชาชนไทย ในปี พ.ศ.2558 พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้พลังงานเฉลี่ยจากกิจกรรมทางกายจากการเดินทางที่ 286 MET-นาที/สัปดาห์ หรือเท่ากับร้อยละ 48 ของข้อแนะนำการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ ซึ่งเป็นการเน้นย้ำความสำคัญของประโยชน์ทางสุขภาพโดยเฉพาะกิจกรรมทางกายกับการเดิน การใช้จักรยาน และการใช้ขนส่งสาธารณะ ซึ่งสามารถผนวกรวมไปกับกิจวัตรประจำวัน ประหยัดเวลา และสะดวกกว่าการออกกำลังกาย^(6-8, 22)

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เพิ่มขึ้นและดัชนีมวลกายที่มาก กับระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอที่สูงกว่าเป็นประเด็นที่น่าสนใจ เนื่องจากแตกต่างจากผลการสำรวจกิจกรรมทางกายในประชาชนไทยที่ผ่านมา ที่พบว่าประชากรกลุ่มดังกล่าวมีแนวโน้มมีระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอต่ำกว่า เนื่องจากประชากรกลุ่มดังกล่าวมักมีโรคประจำตัว และมีสภาพร่างกายที่เป็นอุปสรรค

ต่อการเคลื่อนไหว^(9,12) ส่วนเหตุผลที่ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา อาจเนื่องมาจากดำเนินการส่งเสริมการเดินและใช้จักรยานในชีวิตประจำวันในชุมชนทั้งสามเข้าถึงประชากรกลุ่มนี้ได้ดีกว่า เช่น ผู้สูงอายุมีเวลาในชีวิตประจำวันมากกว่ากลุ่มผู้ใหญ่หรือเด็กที่ต้องไปทำงานหรือไปเรียนซึ่งมีวิถีชีวิตที่เร่งรีบมากกว่า วัยสูงอายุจึงสามารถออกกำลังกายในเวลาเช้า กลางวัน หรือเย็น และรวมกลุ่มทำกิจกรรมในชุมชนได้สะดวกกว่า รวมถึงกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายที่มากอาจมีความรอบรู้ทางสุขภาพและความตระหนักในการดูแลรักษาสุขภาพที่มากกว่า จึงอาจมีแนวโน้มที่จะเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ จากโครงการส่งเสริมการเดินและใช้จักรยานในชีวิตประจำวันได้ดีกว่ากลุ่มอื่น^(23,- 24)

ความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนที่อาศัย โดยเฉพาะชุมชน ข กับระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอที่ต่ำกว่าชุมชนอื่น เป็นประเด็นที่ควรอภิปรายเช่นกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสภาพแวดล้อมในชุมชน ข มีขนาดพื้นที่กว้างถึง 2 ตร.กม. ศูนย์กลางชุมชนอยู่ห่างจากศูนย์การค้าไกลถึง 1,500 เมตร ในชุมชนมีถนนสองเลนตัดผ่าน มีการจราจรค่อนข้างมากและใช้ความเร็วสูงในช่วงเวลาเช้าและเย็นที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเดินทางไปสถานที่ต่างๆ โดยไม่ใช้รถมอเตอร์ไซค์หรือรถยนต์ สอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศที่ระบุว่าสภาพแวดล้อมทางกายภาพดังกล่าว ส่งผลลบต่อพฤติกรรมการเดิน การใช้จักรยานในการเดินทาง และระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ^(22,25-29) แตกต่างจากสภาพแวดล้อมในอีกสองชุมชนที่มีขนาดของพื้นที่ไม่กว้างมากเกินไป การวางผังเมืองที่มีเส้นทางเชื่อมในระยะ 50-100 เมตร และทะลุถึงกัน ถนนในชุมชนไม่ใหญ่ทำให้ระดับความเร็วของยานพาหนะต่ำ และระยะห่างจากศูนย์กลางชุมชนไปถึงย่านค้าขาย พาณิชยกรรม และศูนย์ราชการที่ไม่ไกลเกินไป (ระยะ 500

เมตร) เป็นต้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากการศึกษา ได้แก่ ประเด็นที่หนึ่ง การเพิ่มความเข้มข้นในการรณรงค์ หรือการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่หลากหลาย เช่น กลุ่มวัยเด็กและวัยทำงาน กลุ่มดัชนีมวลกายต่ำหรือปกติ เพื่อให้มีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น ประเด็นที่สอง การปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายในชุมชนต่างๆ มีความสำคัญ โดยเฉพาะกิจกรรมทางกายในการเดินทาง ด้วยการปรับผังเมืองให้เหมาะสม เช่น การมีร้านค้าและสถานที่ต่างๆ ที่หลากหลายภายในระยะการเดินหรือปั่นจักรยานได้ การพัฒนาคุณภาพทางเดินเท้าให้เหมาะสมกับการใช้งาน มีความร่มรื่น สวยงาม การลดความเร็วยานพาหนะในชุมชน รวมถึงการจัดกิจกรรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ

ในเรื่องระเบียบวิธีวิจัย การศึกษานี้มีจุดเด่นที่การวิเคราะห์ผลด้วยวิธีถดถอยเอகenamและพหุนามเพื่อหาความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างตัวแปรกิจกรรมทางกายและลักษณะพื้นฐานทางประชากรและสังคมที่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบข้อจำกัดบางประการ เช่น (1) จำนวนชุมชนในการศึกษามีเพียงสามชุมชน อาจส่งผลกระทบต่อความเป็นตัวแทนของชุมชนทั้งประเทศ (2) การสะท้อนภาพประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 12 ของประชากร (3) การเลือกตัวอย่างใช้การสุ่มตามความสะดวก ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความเป็นตัวแทนของประชากรทั้งชุมชน ในการศึกษาต่อไปควรออกแบบการสุ่มตัวอย่างเป็นการสุ่มด้วยความน่าจะเป็น (probability sampling) จะทำให้เพิ่มความมั่นใจในการเป็นตัวแทนมากขึ้น (4) การออกแบบวิจัยไม่ได้เป็นการทดลองหรือมีกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบ รวมถึงการดำเนินโครงการที่ผ่านมา ไม่มีการเก็บข้อมูลค่าระดับกิจกรรมทางกายของประชาชนในพื้นที่ก่อนเข้า

ร่วมโครงการ ทำให้มีข้อจำกัดในการอธิบายผลลัพธ์หรือผลสำเร็จที่เกิดขึ้นในพื้นที่ที่ทำการศึกษว่าเป็นผลจากการดำเนินงานส่งเสริมโดยตรงหรือจากปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และ (5) ในการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ผู้ตอบแบบสอบถามต้องอ่านและกรอกข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งแบบสอบถามในการศึกษานี้ มีศัพท์วิชาการพอสมควร แม้ทีมผู้วิจัยได้ทดสอบแบบสอบถามกับผู้ที่มีลักษณะพื้นฐานคล้ายคลึงกับประชาชนในพื้นที่จริง และปรับแบบสอบถามให้เหมาะสมยิ่งขึ้นก่อนลงพื้นที่แล้ว แต่ก็อาจเกิดการตีความแบบสอบถามต่างๆ กันไปได้ และมีผลต่อความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม

■ สรุป

กลุ่มตัวอย่างมีระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอร้อยละ 73 ซึ่งสูงกว่าการสำรวจกิจกรรมทางกายระดับประเทศที่ได้อ้อยละ 62 กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน มีแนวโน้มที่จะมีระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในชุมชนขนาดใหญ่ มีสถานที่ต่างๆ ไม่หลากหลาย และใกล้ถนนขนาดใหญ่ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ มาตรการส่งเสริมการเดิน การใช้จักรยาน และการใช้ขนส่งสาธารณะ ควรออกแบบให้นำดึงดูดและเหมาะสมกับลักษณะพื้นฐานทางประชากรและสังคม รวมถึงบริบทพื้นที่ นอกจากนี้ นโยบายส่งเสริมไม่ควรเน้นเฉพาะระดับบุคคล แต่ควรปรับสภาพแวดล้อม

ทางกายภาพให้เหมาะกับการมีกิจกรรมทางกายในการเดินทางด้วย

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถาบันการเดินและการจักรยานไทยสำหรับความเชื่อมั่นและการสนับสนุนงบประมาณในการศึกษานี้ ขอขอบคุณภาคีเครือข่ายในสามพื้นที่ ที่อนุเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงาน ขอขอบคุณนักวิจัย ผู้ช่วยนักวิจัย ผู้ประสานโครงการ และทีมบริหารจัดการของสำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ที่ช่วยประสานและให้ข้อเสนอแนะการดำเนินงานด้วยดี โดยเฉพาะ ดร.ภญ.วัลย์พร พัชรนฤมล ดร.ทพญ.วิริศา พานิชเกรียงไกร ดร.ทพญ.กนิษฐา บุญธรรมเจริญ ดร.นารีรัตน์ ผุดผ่อง ภญ.วรณัน วิทยาพิภพสกุล คุณสรศักดิ์ เจริญสิทธิ์ คุณจรินทร์พร คงศรีจันทร์ คุณหทัยชนก สุมาลี คุณพุทธิปัญญา เรืองสม คุณวราภรณ์ ปวงกันทา คุณบุญรักษา ชาญประสพผล และคุณสิริภัทร ทิมดี ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพที่สนับสนุนการส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยานในประเทศไทยมาโดยตลอด และขอขอบคุณกองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ และสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ที่ให้การสนับสนุนเวลาในการทำการศึกษานี้ ทั้งนี้ผลการศึกษาก่อเกิดจากการวิเคราะห์และความคิดเห็นอย่างอิสระของทีมผู้วิจัย โดยไม่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานหรือผู้ให้ทุนแต่อย่างใด

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO Guidelines on physical activity and sedentary behaviour for children and adolescents, adults and older adults. Geneva: WHO; 2020.
2. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. Lancet. 2012;380(9838):219-29.

3. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO; 2009.
4. WHO. Global Health Observatory data: prevalence of insufficient physical activity Geneva: World Health Organization [Internet]. 2016 [cited 2019 Oct 7]. Available from: https://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/physical_activity_text/en/.
5. Katewongsa P. National Physical Activity Survey 2011–2016. Nakornpathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2016.
6. Mueller N, Rojas-Rueda D, Cole-Hunter T, de Nazelle A, Dons E, Gerike R, et al. Health impact assessment of active transportation: A systematic review. *Prev Med.* 2015;76:103–14.
7. Sener IN, Lee RJ, Elgart Z. Potential Health Implications and Health Cost Reductions of Transit-Induced Physical Activity. *J Transp Health.* 2016;3(2):133–40.
8. Shephard RJ. Is active commuting the answer to population health? *Sports Med.* 2008;38(9):751–8.
9. Topothai T, Topothai C, Pongutta S, Suriyawongpaisan W, Chandrasiri O, Thammarangsi T. The Daily Energy Expenditure of 4 Domains of Physical Activity of Thai Adults. *Health Systems Research.* 2015;9(2):168–80.
10. Topothai T, Liangruenrom N, Topothai C, Suriyawongpaisan W, Limwattananon S, Limwattananon C, et al. How Much of Energy Expenditure from Physical Activity and Sedentary Behavior of Thai Adults: The 2015 National Health and Welfare Survey. *Health Systems Research* 2017;11(3):327–44.
11. Thailand Walking and Cycling Institute Foundation. The 7th Thailand Bike and Walk Forum 2019: Think Globally, Bike-Walk Locally. Bangkok: Thailand Walking and Cycling Institute Foundation; 2019.
12. Liangruenrom N, Topothai T, Topothai C, Suriyawongpaisan W, Limwattananon S, Limwattananon C, et al. Do Thai People Meet Recommended Physical Activity Level?: The 2015 National Health and Welfare Survey *Health Systems Research.* 2017;11(2):205–20.
13. Topothai T, Topothai C, Suphanchaimat R, Chandrasiri O, Sukaew T, Putthasri W, et al. Physical activity, carbon dioxide emission and cost of transport: a case study of three communities in Thailand. *Journal of Health Systems Research.* 2020;14(4):458–77.
14. Bangkhla Subdistrict Municipality. Community development plan (2018–2022). Bangkhla: Bangkhla Subdistrict Municipality; 2018.
15. Chiangkam Subdistrict Municipality. Community action plan 2020. Chiangkam: Chiangkam Subdistrict Municipality; 2019.
16. Kalasin City Municipality. Community development plan (2018–2022). Kalasin Kalasin City Municipality; 2018.
17. Kaewkungwal J, Singhasivanon P. Sample size calculation in clinical research. In: Pannee Pitisuthitham, Chayan Pichiensunthorn, editors. Textbook of clinical research. Bangkok: Tropical Medicine Faculty, Mahidol University; 2011. p. 107–43.
18. Ketwongsa P. National Physical Activity Survey 2011–2016. Nakornpathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2016.
19. Division of Physical Activity and Health, Department of Health, Ministry of Public Health. Thailand Physical Activity Strategy 2018–2030 Bangkok: NC Concept; 2018.
20. Ross C, Brownson, Laura K, Brennan Ramirez, Christine M, Hoehner, Rebeka A, Cook. Checklist Audit Tool Missouri: Saint Louis University, School of Public Health [Internet]. 2003 [cited 2022 Oct 6]. Available from: https://activelivingresearch.org/sites/activelivingresearch.org/files/audit_tool_checklist.pdf.
21. World Health Organization. The Asia-Pacific Perspective: Redefining Obesity and its Treatment. . Geneva: WHO; 2000.

22. Gerike R, de Nazelle A, Nieuwenhuijsen M, Panis LI, Anaya E, Avila-Palencia I, et al. Physical Activity through Sustainable Transport Approaches (PASTA): a study protocol for a multicentre project. *BMJ Open*. 2016;6(1):e009924.
23. Topothai T, Topothai C, Suphanchaimat R, Chandrasiri O, Sukaew T, Putthasri W, et al. The promotion of walking and biking for transportation, and public transport using: A case study in four communities in Thailand. Nonthaburi: International Health Policy Program; 2020.
24. Piriawat S. Explaining Traveler's Intention towards Bicycle Usages in Daily Life by Using Model of Goal Directed Behavior Theory: Bangkokla, Chachoengsao Case Study. Chonburi: Burapha University; 2018.
25. Bopp M, Sims D, Piatkowski D. *Bicycling for Transportation*. United States: Elsevier Science Publishing Co Inc; 2018.
26. Gotschi T, de Nazelle A, Brand C, Gerike R, Consortium P. Towards a Comprehensive Conceptual Framework of Active Travel Behavior: a Review and Synthesis of Published Frameworks. *Curr Environ Health Rep*. 2017;4(3):286-95.
27. Koszowski C, Gerike R, Hubrich S, Götschi T, Pohle M, Wittwer R. Active Mobility: Bringing Together Transport Planning, Urban Planning, and Public Health: Challenges, Solutions and Collaborations. In: Beate Müller, Gereon Meyer, editors. *Towards User-Centric Transport in Europe: Challenges, Solutions and Collaborations*. Cham: Springer International Publishing; 2019. p. 149-71.
28. Hooper P, Foster S, Bull F, Knuiman M, Christian H, Timperio A, et al. Living liveable? RESIDE's evaluation of the "Liveable Neighborhoods" planning policy on the health supportive behaviors and wellbeing of residents in Perth, Western Australia. *SSM Popul Health* 2020;10:100538.
29. Sallis JF, Cerin E, Kerr J, Adams MA, Sugiyama T, Christiansen LB, et al. Built Environment, Physical Activity, and Obesity: Findings from the International Physical Activity and Environment Network (IPEN) Adult Study. *Annu Rev Public Health* 2020;41:119-39.

HEALTH

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านม : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

นิรมล พจน์ดวง

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

สมคิด ปราบภัย

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สุจิรา ฟุ้งเฟื่อง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

อรธิรา บุญประดิษฐ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท สถาบันพระบรมราชชนก

วันรับ 2 กุมภาพันธ์ 2565, วันแก้ไข 27 เมษายน 2565, วันตอบรับ 12 พฤษภาคม 2565.

บทคัดย่อ

มะเร็งเต้านมที่เกิดขึ้นมาใหม่หลังจากโรคสงบไประยะหนึ่ง หมายถึง มีการกลับซ้ำของมะเร็งเต้านม เกิดขึ้นหลังจากจบการรักษาไปแล้ว การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมงานวิจัยและสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านม จากเอกสารงานวิจัยที่สืบค้นอย่างเป็นระบบจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่มีการเผยแพร่ระหว่างปี พ.ศ. 2555-2564 ซึ่งมีงานวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์คัดเข้าและการประเมินคุณภาพงานวิจัยจำนวน 14 เรื่อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การสังเคราะห์แก่นเรื่องเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผลการศึกษา พบว่า มีห้ากลุ่มปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านม ได้แก่ ลักษณะบุคคล ลักษณะทางคลินิกและทางพยาธิวิทยา การรักษาที่ได้รับ ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ โดยพบว่า ปัจจัยหลักที่มีการศึกษาอย่างแพร่หลายและส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านมคือ ลักษณะทางคลินิกและพยาธิวิทยา รองลงมาคือ ภาวะน้ำหนักตัวเกินกว่ามาตรฐานซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มปัจจัยของภาวะสุขภาพ จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านม มีทั้งปัจจัยที่บุคคลสามารถควบคุมได้และนอกเหนือการควบคุม ดังนั้นการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสตรีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงหลังจบการรักษา เพื่อลดความเสี่ยงจากการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านม

คำสำคัญ : มะเร็งเต้านม การกลับซ้ำ ปัจจัยเสี่ยง การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

Factors affecting recurrences of breast cancer : a systematic review

Niramon Pojdoung

National Cancer Institute, Department of Medical Service

Somkid Prabpai

Faculty of Education, Kasetsart University

Sujira Foongfaung

Borommarajonani College of Nursing, Nonthaburi, Parboromrajchanok Institute

Aorntira Boonpradit

Borommarajonani College of Nursing, Phra-Putthabat, Parboromrajchanok Institute

Received 2 February 2022, Revised 27 April 2022, Accepted 12 May 2022.

Abstract

The relapse of breast cancer after a period of remission, referred to as a recurrence, occurs when cancer returns after treatment. This systematic review aimed to provide a knowledge summary regarding factors affecting recurrences of breast cancer. A systematic literature survey was conducted using the electronic database from 2012 to 2021, identifying fourteen studies that also met the inclusion criteria and quality appraisal. Data analysis by thematic synthesis. The findings showed that five factors affecting recurrences of breast cancer were demographic, clinicopathology, treatment modality, health status, and health behavior. The main factor that is widely studied and affects the recurrence of breast cancer is the clinicopathology factor. The second most widely studied factor that also affects breast cancer recurrence is being overweight, which is a category of health status. The review study suggests that the factors affecting recurrences of breast cancer are both controllable and uncontrollable. Maintaining a healthy weight is the most important lifestyle choice of a woman diagnosed with breast cancer can manage her self-risk to reduce recurrence.

Keywords : breast cancer, recurrences, risk factors, systematic review

■ บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยอุบัติการณ์โรคมะเร็งรวมเพศชายและเพศหญิงในระดับโลกและเอเชียพบมะเร็งเต้านมสูงเป็นอันดับหนึ่งของมะเร็งทั้งหมด แต่พบในเพศชายเพียงร้อยละ 0.5-1.0 ต่อจำนวนมะเร็งเต้านมในเพศหญิง 100 คน มะเร็งเต้านมจึงเป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับหนึ่งในเพศหญิงของโลกและ

เอเชีย⁽¹⁾ สอดคล้องกับอุบัติการณ์มะเร็งของไทยที่พบว่ามะเร็งเต้านมเป็นอันดับหนึ่งของมะเร็งในสตรี⁽²⁾ ดังนั้นมะเร็งเต้านมจึงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของสตรีทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย

มะเร็งเต้านมที่มีแนวโน้มที่สูงขึ้น ทำให้การแพทย์ทั่วโลกตื่นตัวในการตรวจค้นหาเพื่อให้ได้การวินิจฉัยมะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และรีบรักษาก่อนที่จะมีการแพร่กระจายของโรคออกไป แนวทางการดูแลรักษามะเร็ง

เต้านมในปัจจุบันมีทิศทางที่ดีขึ้น⁽³⁾ ส่งผลให้อัตรารอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมสูงขึ้น จากรายงานระดับโลกพบมะเร็งเต้านมมีอัตราการตายเพียง 1 ใน 3 ของอุบัติการณ์ รวมถึงประเทศไทยที่เป็นทิศทางเดียวกัน อย่างไรก็ตามมะเร็งเต้านมภายหลังครบการรักษาตามมาตรฐานแล้วยังคงมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ การกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านม (breast cancer recurrence) หมายถึง การที่เซลล์มะเร็งเต้านมเดิมเกิดขึ้นมาใหม่ ภายหลังจากที่ครบการรักษาไปแล้ว และโรคสงบแสดงถึงการพยากรณ์โรคที่แย่งและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตหลังการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม การศึกษาจากยุโรปและอเมริกา พบว่าในช่วง 5 ปีหลังการรักษา พบอัตราการกลับเป็นซ้ำที่ร้อยละ 10.0-16.0⁽⁴⁾ การศึกษาในประเทศจีนพบอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 28.4⁽⁶⁾ สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาจากสถานพยาบาลแถบภาคเหนือที่ติดตามในช่วง 3 ปีหลังการรักษา พบอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 19.4⁽⁷⁾ และจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของภาคเหนือ ที่ติดตามในช่วง 10 ปีหลังการรักษา พบอัตราการกลับเป็นซ้ำที่ 10.27 ปี⁽⁶⁾ อัตราการกลับเป็นซ้ำจากแหล่งข้อมูลต่างๆ พอจะสรุปได้ว่ามะเร็งเต้านมมีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากกว่าร้อยละ 10.0 โดยเฉพาะในช่วง 5 ปีแรกหลังครบการรักษา

การกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านมขึ้นกับปัจจัยต่างๆ โดยมีการศึกษาถึงปัจจัยด้านลักษณะทางคลินิกและทางพยาธิวิทยา (clinico-pathologic factors) กันอย่างแพร่หลาย โดยมีจุดประสงค์เพื่อค้นหาข้อมูลและวิธีการในการพัฒนาการรักษาและผลลัพธ์ทางคลินิกให้ดียิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามมีข้อมูลทางวิชาการที่กล่าวถึงแนวทางการดูแลผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมหลังการรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตโดยการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำของโรค⁽⁹⁾ การศึกษาที่ผ่านมา

ยังขาดการรวบรวมข้อมูลและการสังเคราะห์ข้อมูลในด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อการกลับซ้ำของมะเร็งเต้านม ดังนั้นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้ จะทำให้ทราบถึงปัจจัยบางประการที่นำไปสู่แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะหลังการรักษา เพื่อลดความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านม

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านม

■ วิธีการศึกษา

● การสืบค้นงานวิจัย ผู้วิจัยได้สืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. กำหนดคำสำคัญ (Keywords) เป็นภาษาไทยและอังกฤษ ดังนี้ “การกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านม” “ปัจจัยเสี่ยง” “ความสัมพันธ์” “recurrence breast cancer” “risk factor” “association/relation”

2. กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูลงานวิจัยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Database) ทั้งงานวิจัยในประเทศไทย ได้แก่ Thai-Journal Citation Index (TCI) และงานวิจัยต่างประเทศ ได้แก่ PubMed และ Science direct รวมทั้งสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของ Grey Literature เช่น ปรินซ์นิพนธ์ ได้แก่ TDC-ThaiLis และ Google Scholar

3. เมื่อทำการสืบค้นข้อมูลงานวิจัยจากฐานข้อมูลต่างๆ จึงจัดการเอกสารอ้างอิงของงานวิจัยทั้งหมดที่สามารถสืบค้นได้ เพื่อคัดกรองงานวิจัยที่มีความซ้ำซ้อนออกไป

● **เกณฑ์คัดเข้า/คัดออก** ประเภทของการวิจัย เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านมที่มีการเผยแพร่ในช่วง 10 ปี คือระหว่าง พ.ศ.2555-2564 การคัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ด้วยเครื่องมือ PICO ดังนี้

P (Population or problem) คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

I (Intervention or exposure) คือ ปัจจัย

C (Comparison or control) คือ กลุ่มที่ไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านม

O (Outcome) คือ การกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านม

การคัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) มีดังนี้

- ไม่แสดงรายงานการวิจัยฉบับเต็ม
- ไม่แสดงค่าสถิติที่แสดงถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
- ไม่ใช่ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

● **การสกัดข้อมูล** ต้นฉบับฉบับสมบูรณ์ได้รับการระบุและตรวจสอบอย่างอิสระโดยผู้ตรวจสอบ 2 คน ข้อขัดแย้งทั้งหมดได้รับการแก้ไขผ่านการสนทนา โดยใช้แบบฟอร์มการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นมาตรฐาน ข้อมูลต่อไปนี้ถูกดึงจากแต่ละบทความโดยผู้วิจัยคนแรกและตรวจสอบโดยผู้ตรวจสอบคนที่ 2 : ชื่อหรือนามสกุลผู้เขียนคนแรก ปีที่พิมพ์ วิธีดำเนินงานวิจัย ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำและค่าความเสี่ยง โดยคัดเลือกงานวิจัยที่เป็นการศึกษาในอนาคตด้วยการออกแบบกลุ่มประชากรตามรุ่น (prospective cohort study) งานวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุม (case control studies) และการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) ที่มีการรายงานอัตราส่วนความเสี่ยงอันตราย

(Hazard ratio; HR หรือ HRs) อัตราเสี่ยง (Odds ratio; OR) อัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ (Risk ratio; RR) ที่มีช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% (95% confidence interval; CIs) การควบคุมสำหรับปัจจัยรบกวน (confounding factor) การปรับค่าตัวแปรร่วม (covariates) และอคติที่อาจเกิดขึ้นทั้งหมดได้รับการตรวจสอบอย่างอิสระโดยผู้วิจัยสองคน

● **การประเมินคุณภาพงานวิจัย** เมื่อการคัดเลือกงานวิจัยเสร็จสิ้น ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยของสถาบันโจแอนนาบริกส์ 2017 (The Joanna Briggs Institute of Critical Appraisal, 2017)⁽¹⁰⁾ หลังแปลเครื่องมือการประเมินเป็นภาษาไทย ได้ให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษ 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของการแปลเนื้อความ รวมทั้งความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย จากนั้นให้ผู้วิจัย 2 คนที่เป็นอิสระต่อกัน ประเมินคุณภาพงานวิจัยที่ผ่านการคัดเลือกงานวิจัยมาแล้ว ถ้าเห็นไม่ตรงกัน จะแก้ปัญหาได้ด้วยการสอบถามความคิดเห็นของบุคคลที่ 3 แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย ประกอบด้วย แบบประเมินงานวิจัยที่เป็นการศึกษาในอนาคตด้วยการออกแบบกลุ่มประชากรตามรุ่น (Checklist for Cohort Studies) จำนวน 11 ข้อ แบบประเมินงานวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุม (Checklist for case control studies) จำนวน 10 ข้อ และแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการสังเคราะห์งานวิจัย (Checklist for systematic reviews and research syntheses) จำนวน 11 ข้อ ในแต่ละข้อจะประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยการให้คะแนน “ใช่” (1 คะแนน) “ไม่แน่ใจ” (0.5 คะแนน) “ไม่ใช่” และ “ไม่สามารถใช้ได้” (0 คะแนน) โดยงานวิจัยที่มีคุณภาพสูงจะต้องมีคะแนนผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80.00 ถ้าต่ำกว่าร้อยละ 80.00 บทความวิจัยนั้น

จะถูกคัดออก

- **การสังเคราะห์ข้อมูล** การสังเคราะห์ข้อมูลมุ่งเน้นในเรื่องการจัดกลุ่มของปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านมพร้อมกับระบุค่าของความเสี่ยงในแต่ละปัจจัย

- **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เลขที่ 001/2565 วันที่ 24 มกราคม 2565

■ **ผลการศึกษา**

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้สืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดในช่วง 10 ปี (พ.ศ.2555-2564; 2012-2021) พบว่า มีงานวิจัยจำนวน 2,338 เรื่อง เมื่อผ่านขั้นตอนในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ทำให้ได้งานวิจัย จำนวน 14 เรื่อง ดังภาพที่ 1

จากตารางที่ 1 สามารถสรุปผลได้ดังนี้

งานวิจัยจำนวน 14 เรื่อง ประกอบด้วยงานวิจัยที่เป็นการศึกษาในอนาคตด้วยการ

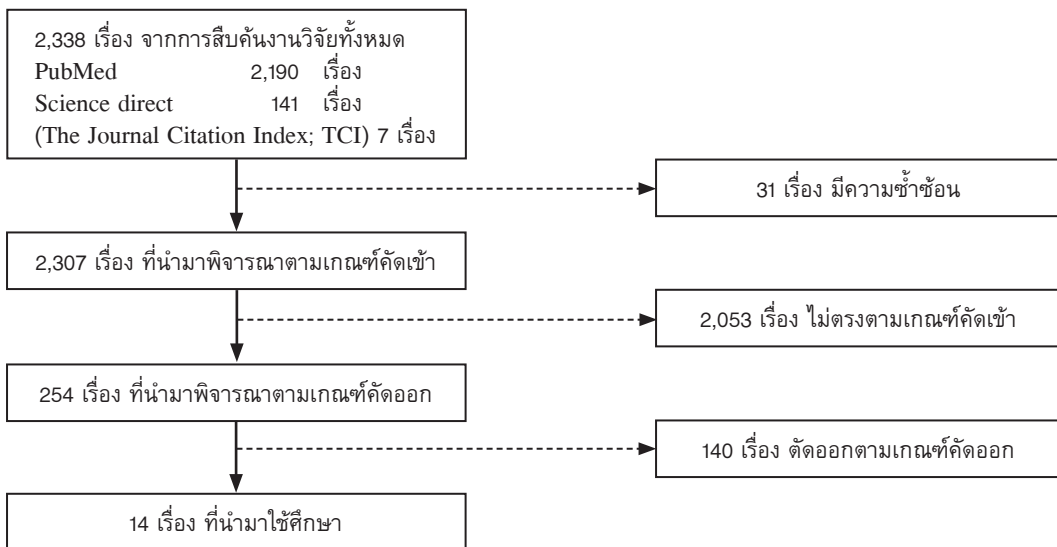
ออกแบบกลุ่มประชากรตามรุ่น 8 เรื่อง งานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลังแบบมีกลุ่มควบคุม 4 เรื่อง และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์หือภิมาน 2 เรื่อง สามารถสังเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านมเป็น 5 กลุ่มปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล (Demographic factor)

ลักษณะของบุคคลที่ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านมที่ค้นพบจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบการศึกษา 2 เรื่องที่สอดคล้องกัน แสดงถึงอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยที่อายุ 36-65 ปี ลดการกลับเป็นซ้ำได้ร้อยละ 43.0 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า⁽²⁰⁾ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุน้อยมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำมากกว่าผู้สูงอายุ 1.77 เท่า⁽²²⁾ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งหมดประจำเดือนแล้วมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ 1.36 เท่า⁽²²⁾ และผู้ป่วยที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านมจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 2.8 เท่า⁽²⁴⁾

2. ปัจจัยด้านลักษณะทางคลินิกและ

ผลการสืบค้นและคัดเลือกงานวิจัย



ภาพที่ 1 PRISMA flow diagram

ตารางที่ 1 ข้อมูลการศึกษาที่ตัดเข้าสู่การวิเคราะห์ โดยแสดงค่าความเสี่ยงของปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านม

ชื่อผู้แต่ง (ปี)	วิธีดำเนินการวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ปัจจัยเสี่ยง	ค่าความเสี่ยง (ช่วงความเชื่อมั่น 95%)
1. Kamineni, et al. (2013) ⁽¹¹⁾	retrospective cohort study	ระยะโรค 1-2 อายุ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 485 ราย	ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) BMI \geq 30 kg/m ²	HR = 2.43 (1.34-4.41)
2. Contiero, et al. (2013) ⁽¹²⁾	cohort study	ระยะโรค 1-3 จำนวน 1,261 ราย	ค่าน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar; FBS) 1. FBS \geq 87 < 93 2. FBS \geq 93 < 99 3. FBS \geq 99 < 108 4. FBS \geq 108 5. BMI \geq 30 kg/m ²	HR = 1.59 (1.01-2.52) HR = 1.53 (0.97-2.41) HR = 1.54 (0.98-2.42) HR = 1.66 (1.03-2.68) HR = 1.38 (1.03-1.84)
3. Pajares, et al. (2013) ⁽¹³⁾	retrospective analysis	ได้รับเคมีบำบัดเสริมหลังผ่าตัด จำนวน 5,683 ราย	BMI \geq 35 kg/m ²	HR = 1.25 (0.99-1.57)
4. Vrieling, et al. (2013) ⁽¹⁴⁾	prospective follow-up	ระยะโรค 1-3 หมดประจำเดือน จำนวน 2,522 ราย	“อาหารเพื่อสุขภาพ” (เน้นการกินผัก ผลไม้ น้ำมันพืช ซอส/เครื่องปรุงรส น้ำซุปล)	HR = 0.71 (0.48-1.06)
5. Pierce, et al. (2014) ⁽¹⁵⁾	cohort study	จำนวน 9,975 ราย	1. เคยสูบบุหรี่ \geq 20 < 34.9 ของ-ปี 2. เคยสูบบุหรี่ > 35 ของ-ปี 3. ปัจจุบันสูบบุหรี่	HR = 1.22 (1.01-1.48) HR = 1.37 (1.13-1.66) HR = 1.41 (1.16-1.71)
6. Bergom, et al. (2016) ⁽¹⁶⁾	cohort study	จำนวน 193 ราย	BMI \geq 35 kg/m ²	HR = 1.09 (1.00-1.19)
7. Biganzoli, et al. (2017) ⁽¹⁷⁾	retrospective study	จำนวน 734 ราย	BMI = 25-30 kg/m ²	HR = 1.50 (1.10-2.00)
8. ปองทิพย์ อุ่นประเสริฐ และคณะ (2561) ⁽¹⁸⁾	retrospective study	กลุ่ม Triple negative: TN จำนวน 80 ราย	การแพร่กระจายของโรคผ่านทางเดินน้ำเหลือง (lymphovascular invasion)	OR = 4.17 (1.51-14.3)
9. Lafourcade, et al. (2018) ⁽¹⁹⁾	cohort study	จำนวน 4,926 ราย	1. การสูบบุหรี่ 2. ตัวรับฮอร์โมนเอสโตรเจน หรือ โปรเจสเตอโรน (ER/PR) เป็นลบ 3. มะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลือง (lymph node metastasis) 4. ระดับจุลกายวิภาคของเนื้องอก (histological grade) 5. ขนาดก้อนมะเร็ง (tumor size)	HR = 1.55 (1.16-2.07) HR = 2.14 (1.70-2.70) HR = 1.54 (1.26-1.86) HR = 1.90 (1.36-2.66) HR = 1.64 (1.33-2.01)
10. Sun, et al. (2018) ⁽²⁰⁾	retrospective cohort study	จำนวน 1,017 ราย	1. BMI = 25-30 kg/m ² 2. BMI \geq 30 kg/m ² 3. อายุ 36-65 ปี: 4. มะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลือง 1-3 ต่อม 5. มะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลือง > 4 ต่อม	HR = 1.63 (1.15-2.31) HR = 1.88 (1.28-2.78) HR = 0.57 (0.38-0.84) HR = 1.54 (1.08-2.18) HR = 2.49 (1.55-4.00)
11. Gillon, et al. (2017) ⁽²¹⁾	cohort study	ได้รับเคมีบำบัดชนิดเสริมก่อนการรักษา จำนวน 1,553 ราย	เทียบกับกลุ่มย่อยทางโมเลกุล Luminal A: = HER2-, ER+ PR+, tumor grade 1-2 1. ชนิด triple negative 2. ชนิด HER2+ ไม่ได้ยา trastuzumab: 3. ชนิด HER2+ และได้ยา Trastuzumab:	HR = 6.44 (2.83-4.69) HR = 6.26 (2.81-13.93) HR = 3.37 (1.10-10.34)

ตารางที่ 1 ข้อมูลการศึกษาที่ตัดเข้าสู่การวิเคราะห์ โดยแสดงค่าความเสี่ยงของปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านม (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง (ปี)	วิธีดำเนินการวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ปัจจัยเสี่ยง	ค่าความเสี่ยง (ช่วงความเชื่อมั่น 95%)
12. Peng, et al. (2019) ⁽²²⁾	Meta-analysis: 20 retrospective	ขนาดก้อน <5 ซม.และโรคไม่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง ได้รับการผ่าตัด จำนวน 11,244 ราย	1. อายุน้อยกว่า 60 ปี 2. การแพร่กระจายของโรคผ่านทางเดินน้ำเหลือง 3. ระดับจุลกายวิภาคของเนื้องอก 4. ตัวรับ HER 2 : Human epidermal growth factor receptor 2 เป็นบวก 5. ภาวะหมดประจำเดือน (Menopause status)	HR = 1.77 (1.28-2.44) HR = 2.23 (1.87-2.65) HR = 1.66 (1.26-2.19) HR = 1.65 (1.05-2.57) HR = 1.36 (1.06-1.74)
13. Harahap & Nindrea, (2018) ⁽²³⁾	Meta-analysis (11 : 7cohort 4 case-control)	มะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด จำนวน 5,213 ราย	1. มะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลือง 2. ตัวรับ HER 2 เป็นบวก 3. ระยะของโรค 4. ขนาดก้อนมะเร็ง 5. ระดับของเนื้องอก 6. ตัวรับโปรเจสโตโรนเป็นบวก 7. ตัวรับเอสโตรเจนเป็นบวก	RR = 6.35 (3.78-10.67) RR = 2.14 (1.16-3.97) RR = 1.82 (1.44-2.31) RR = 1.55 (1.04-2.31) RR = 1.43 (1.23-1.65) RR = 0.65 (0.48-0.88) RR = 0.60 (0.39-0.91)
14. Mori, et al. (2020) ⁽²⁴⁾	retrospective study design	อายุ ≤ 40 ปี หรือ เป็นกลุ่ม TN จำนวน 124 ราย	1. ขนาดก้อน > 2 เซนติเมตร 2. มะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลือง 3. กลุ่ม TN 4. การกลายพันธุ์ของยีน BRCA 5. ประวัติการเป็นมะเร็งเต้านมของครอบครัว	HR = 2.9 (1.1 - 10.3) HR = 1.8 (0.7 - 4.6) HR = 2.8 (0.9 - 12.4) HR = 4.0 (1.4 - 14.6) HR = 2.8 (1.1 - 7.1)

ทางพยาธิวิทยา (Clinicopathology factor)

ลักษณะทางคลินิกและพยาธิวิทยา ประกอบด้วย 1) ขนาดของก้อน (tumor size) 2) ระดับความแตกต่างทางจุลกายวิภาค (histological grade) 3) การแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง (lymph node metastasis) 4) พบรอยโรคจุลพยาธิวิทยา โดยพบมะเร็งอยู่ในหลอดน้ำเหลืองหรือหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก (lymphovascular invasion) 5) ระยะของโรคมะเร็งเต้านม (breast cancer staging) 6) เซลล์มะเร็งเต้านมที่ไม่มีตัวรับฮอร์โมน (hormone receptor) 7) การมีตัวรับ (Human epidermal growth factor receptor 2; HER2) 8) เซลล์มะเร็งเต้านมที่ไม่มีตัวรับฮอร์โมนและ HER2 ที่เรียกกันว่า triple negative และ 9) การมีพันธุกรรมของมะเร็งเต้านม (germline mutations in BRCA1/

BRCA2) ซึ่งทั้ง 9 ลักษณะส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน

จากการสังเคราะห์พบว่า มีการศึกษา 3 เรื่อง พบว่า ขนาดของก้อนที่มีขนาดใหญ่กว่า จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านม 1.55-2.9 เท่า^(19,23-24) และการศึกษา 3 เรื่อง พบว่า ระดับความแตกต่างทางจุลกายวิภาคที่สูงกว่า (ระดับความแตกต่างทางจุลกายวิภาคที่สูงกว่า หมายถึง เซลล์มะเร็งมีรูปร่างไม่เป็นระเบียบและมีการเจริญเติบโตเร็วมาก) จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านม เป็น 1.43-1.90 เท่า^(19,22-23) และการศึกษา 4 เรื่อง ที่พบว่า การแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองร่วมกับจำนวนต่อมที่พบการแพร่กระจาย จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านมเป็น 1.54-6.35 เท่า^(19-20,23-24) การศึกษา 2 เรื่อง พบว่า หากพบรอยโรคทาง

จุลพยาธิวิทยาว่ามีมะเร็งอยู่ในหลอดน้ำเหลืองหรือหลอดเลือดแดงขนาดเล็กจะมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ 2.23-4.17 เท่า^(18,22) และยังพบว่าระยะของโรคมะเร็งเต้านมที่สูงขึ้นจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรค 1.82 เท่า⁽²³⁾ โดยมีการศึกษา 2 เรื่อง พบว่าเซลล์มะเร็งเต้านมที่ไม่มีตัวรับฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสโตเจนจะเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ 2.14 เท่า⁽¹⁹⁾ และพบว่าการมีตัวรับฮอร์โมนเอสโตรเจนสามารถลดการกลับเป็นซ้ำได้ร้อยละ 40.0⁽²³⁾ การศึกษา 2 เรื่องที่สอดคล้องกัน พบว่า การมีตัวรับ HER2 จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรค 1.65-2.14 เท่า^(19,23) ซึ่งการศึกษาอีก 2 เรื่องพบว่า ในผู้ป่วยกลุ่ม triple negative จะมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ 2.8-6.44 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มย่อยโมเลกุล (molecular subtype) luminal A (Luminal A: = HER2-, ER+ PR+, tumor grade 1-2)^(21,24) และการมีพันธุกรรมของมะเร็งเต้านม จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านมเป็น 4.0 เท่า⁽²⁴⁾

3. ปัจจัยด้านการรักษาที่ได้รับ (Treatment factor)

การรักษาแบบมุ่งเป้า คือ การรักษาเฉพาะเจาะจงตามการแสดงออกของยีนและโปรตีนของเซลล์มะเร็งแต่ละบุคคล ยาที่นิยมใช้คือ Trastuzumab จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การไม่ได้รับยา trastuzumab ในกลุ่มเซลล์มะเร็งเต้านมมีตัวรับ HER2 จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านมเป็น 6.26 เท่า⁽²¹⁾

4. ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ (Health status factor)

ภาวะสุขภาพที่ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านมจากการศึกษาครั้งนี้ มีการศึกษา 6 เรื่องที่สอดคล้องกันพบว่า ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index; BMI) ที่มากกว่า

หรือเท่ากับ 25 kg/m² จะเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านมเป็น 1.09-2.43 เท่า^(11-13,16-17,20) และมีการศึกษาที่พบว่าค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 8 ชั่วโมง (Fasting Blood Sugar; FBS) ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 87 mg/dl มีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ 1.53-1.66 เท่า⁽¹²⁾

5. ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior factor)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า พฤติกรรมสุขภาพส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านม การศึกษา 2 เรื่องที่สอดคล้องกันพบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบันของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการรักษาจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านม เป็น 1.41-1.55 เท่า^(15,19) การมีประวัติเคยสูบบุหรี่จำนวนตั้งแต่ 20 และมากกว่า 35 ของ-ปี เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรค 1.22 และ 1.37 เท่าตามลำดับ⁽¹⁵⁾ และมีการศึกษาพบว่ารูปแบบการรับประทานอาหารก่อนการวินิจฉัยเป็นมะเร็งชนิดรักษาสุขภาพ 'healthy' (เน้นการกินผักผลไม้ น้ำมันพืช ซอส/เครื่องปรุงรส และน้ำซุพ) ช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านมระยะ 1-3 ได้ร้อยละ 29.0⁽¹⁴⁾

■ อภิปรายผล

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านม ในการศึกษาครั้งนี้ พบ 5 กลุ่มปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคคือ ด้านบุคคล ลักษณะทางคลินิกและทางพยาธิวิทยา การรักษาที่ได้รับ ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อจัดลำดับความสำคัญของปัจจัยด้วยจำนวนการศึกษาและค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ของปัจจัยเหล่านั้น จะพบว่าปัจจัยของลักษณะทางคลินิกและพยาธิวิทยาจะเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อ

การกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านมที่มีหลักฐานชัดเจน ซึ่งเป็นปัจจัยที่เหนือการควบคุมของบุคคล ส่วนปัจจัยระดับรองลงมาที่พบว่าส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านมชัดเจนเช่นเดียวกัน คือ ด้านภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะระดับของดัชนีมวลกายที่มากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถควบคุมได้ด้วยตัวบุคคล สอดคล้องกับแนวทางการให้คำแนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการรักษาในกลุ่มประเทศทางยุโรปและอเมริกา ที่มีการศึกษาและให้ความสนใจกับปัญหาการมีน้ำหนักเกินของผู้ป่วยเหล่านี้อย่างกว้างขวาง สำหรับประเทศไทย ประเด็นการศึกษาในกลุ่มมะเร็งเต้านมหลังการรักษาในเรื่องของภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพยังมีอย่างจำกัด ทำให้ขาดข้อมูลพื้นฐานด้านภาวะสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายที่มีแนวโน้มของการมีน้ำหนักตัวที่เกินมาตรฐานจากวิถีชีวิต

แบบสังคมเมืองทำให้ขาดการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมหรือการรับประทานในรูปแบบของตะวันตกมากขึ้น ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาถึงภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการรักษา เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและนำไปสู่แนวทางการดูแลสุขภาพภายหลังการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในบริบทของสตรีไทย

■ ข้อเสนอแนะ:

บุคลากรทางสุขภาพของไทยควรให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการรักษาให้มากขึ้น โดยจัดทำแนวทางการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพรวมถึงการควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านม และมีคุณภาพชีวิตทางกายที่ดีภายหลังการรักษามะเร็งเต้านม

เอกสารอ้างอิง

1. GLOBOCAN 2020. Cancer today [internet]. 2021 [cited 2021 Sep 15]; Available from: <http://gco.iarc.fr/today>.
2. วีรฤติ อิ่มสำราญ, อาคม ชัยวีระวัฒน์, ดนัย มโนรมณ์ และสมชาย ธนะสิทธิชัย. แนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งเต้านม. กรุงเทพฯ : โฆสิตการพิมพ์; 2560.
3. ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางศัลยกรรม [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 11 ตุลาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.rcst.or.th/web-upload/filecenter/CPG/Breast%20Mass.html>.
4. Colleoni M, Sun Z, Price KN, Karlsson P, Forbes JF, Thurlimann B, et al. Annual hazard rates of recurrence for breast cancer during 24 years of follow-up: results from the International Breast Cancer Study Group Trials I to V. *J Clin Oncol* 2016;34(9):927-35.
5. Zhou J, Cueto J, Ko NY, Hoskins KF, Nabulsi NA, Asfaw AA, et al. Population-based recurrence rates among older women with HR-positive, HER2-negative early breast cancer: Clinical risk factors, frailty status, and differences by race. *Breast* 2021;59:367-75.
6. Li Y, Lu S, Zhang Y, Wang S, Liu H. Loco-regional recurrence trend and prognosis in young women with breast cancer according to molecular subtypes: analysis of 1099 cases. *World J Surg Oncol* 2021;19(1):113.
7. Chairat R, Puttisri A, Pamarapa A, Wongrach N, Tawichasri C, Patumanond J, et al. Recurrence and death from breast cancer after complete treatments: an experience from hospitals in Northern Thailand. *J Med Assoc Thai* 2014;97(9):932-8.

8. Ditsatham C, Somwangprasert A, Watcharachan K, Wongmaneerung P, Khorana J. Factors affecting local recurrence and distant metastases of invasive breast cancer after breast-conserving surgery in Chiang Mai University Hospital. *Breast Cancer (Dove Med Press)* 2016;18(8):47-52.
9. Sisler J, Chaput G, Sussman J, Ozokwelu E. Follow-up after treatment for breast cancer: Practical guide to survivorship care for family physicians. *Can Fam Physician* 2016;62(10):805-11.
10. The Joanna Briggs Institute. Critical appraisal tools [internet]. 2017 [cited 2021 Oct 15]. Available from: <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>.
11. Kaminen A, Anderson ML, White E, Taplin SH, Porter P, Ballard-Barbash R, et al. Body mass index, tumor characteristics, and prognosis following diagnosis of early-stage breast cancer in a mammographically screened population. *Cancer Causes Control* 2013;24(2):305-12.
12. Contiero P, Berrino F, Tagliabue G, Mastroianni A, Di Mauro MG, Fabiano S, et al. Fasting blood glucose and long-term prognosis of non-metastatic breast cancer: a cohort study. *Breast Cancer Res Treat* 2013;138(3):951-9.
13. Pajares B, Pollán M, Martín M, Mackey JR, Lluch A, Gavila J, et al. Obesity and survival in operable breast cancer patients treated with adjuvant anthracyclines and taxanes according to pathological subtypes: a pooled analysis. *Breast Cancer Res* 2013;15(6):R105.
14. Vrieling A, Buck K, Seibold P, Heinz J, Obi N, Flesch-Janys D, et al. Dietary patterns and survival in German postmenopausal breast cancer survivors. *Br J Cancer* 2013;108(1):188-92.
15. Pierce JP, Patterson RE, Senger CM, Flatt SW, Caan BJ, Natarajan L, et al. Lifetime cigarette smoking and breast cancer prognosis in the After Breast Cancer Pooling Project. *J Natl Cancer Inst* 2014;106(1):djt359.
16. Bergom C, Kelly T, Bedi M, Saeed H, Prior P, Rein LE, et al. Association of Locoregional Control With High Body Mass Index in Women Undergoing Breast Conservation Therapy for Early-Stage Breast Cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2016;96(1):65-71.
17. Biganzoli E, Desmedt C, Fornili M, de Azambuja E, Cornez N, Ries F, et al. Recurrence dynamics of breast cancer according to baseline body mass index. *Eur J Cancer* 2017;87:10-20.
18. ปองทิพย์ อุ่นประเสริฐ, ภาคภูมิ บำรุงราชภักดี, พุฒิสักดิ์ พุททวิบูลย์, รัชมี สังข์ทอง. ปัจจัยเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านมชนิด Triple-Negative Breast Cancer (TNBC). *บูรพาเวชสาร* 2561;5(2):1-9.
19. Lafourcade A, His M, Baglietto L, Boutron-Ruault MC, Dossus L, Rondeau V. Factors associated with breast cancer recurrences or mortality and dynamic prediction of death using history of cancer recurrences: the French E3N cohort. *BMC Cancer* 2018;18(1):171.
20. Sun L, Zhu Y, Qian Q, Tang L. Body mass index and prognosis of breast cancer: An analysis by menstruation status when breast cancer diagnosis. *Medicine (Baltimore)* 2018;97(26):e11220.
21. Gillon P, Touati N, Breton-Callu C, Slaets L, Cameron D, Bonnefoi H. Factors predictive of locoregional recurrence following neoadjuvant chemotherapy in patients with large operable or locally advanced breast cancer: An analysis of the EORTC 10994/BIG 1-00 study. *Eur J Cancer* 2017;79:226-34.
22. Peng G, Zhou Z, Jiang M, Yang F. Can a subgroup at high risk for LRR be identified from T1-2 breast cancer with negative lymph nodes after mastectomy? A meta-analysis. *Biosci Rep* 2019;39(9):BSR20181853.
23. Harahap WA, Nindrea RD. Prognostic Factors of Local-Regional Recurrence in Patients with Operable Breast Cancer in Asia: A Meta-Analysis. *Open Access Maced J Med Sci* 2019;7(4):690-5.
24. Mori H, Kubo M, Kai M, Velasquez VV, Kurata K, Yamada M, et al. BRCAness combined with a family history of cancer is associated with a poor prognosis for breast cancer patients with a high risk of BRCA mutations. *Clin Breast Cancer* 2018;18(5):e1217-27.

การพัฒนาแนวทางการควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ในอำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ

วันฉัตร ชินสุวาทย์

โรงพยาบาลบางจาก จังหวัดสมุทรปราการ

วันรับ 6 พฤษภาคม 2565, วันแก้ไข 4 สิงหาคม 2565, วันตอบรับ 8 สิงหาคม 2565

บทคัดย่อ

อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการเป็นพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ระลอกแรกในปี พ.ศ. 2563 ทำให้พื้นที่ที่มีการรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง ต่อมาการแพร่ระบาดรุนแรงขึ้น มีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ทุกหน่วยงานเกิดปัญหาในการบริหารจัดการ การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทสถานการณ์การดำเนินงานและพัฒนาแนวทางในการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ในอำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 17 กรกฎาคม พ.ศ. 2564- 16 กันยายน พ.ศ. 2564 โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอ (ศปก.อ.) จำนวน 24 คน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า อำเภอพระประแดงมีเขตติดต่อกับกรุงเทพมหานครและจังหวัดสมุทรสาคร มีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่น มีสถานประกอบการมากมายและมีการเคลื่อนย้ายแรงงานตลอดเวลา ทำให้ทุกหน่วยงานมีปัญหาระหว่างทรัพยากรคน เงิน ของ การสื่อสารระหว่างหน่วยงาน รวมถึงการป้องกันควบคุมโรคในสถานประกอบการ แรงงาน และชุมชน ข้อมูลดังกล่าวถูกนำไปพัฒนาแนวทางแก้ปัญหาผ่านคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอ (ศปก.อ.) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 2) บริหารจัดการเรื่องเงินงบประมาณให้เหมาะสมต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน 3) การบริหารทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ 4) การป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ในสถานประกอบการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเชื่อมโยงการทำงานแบบบูรณาการจนเกิดเป็นโครงการที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชนในพื้นที่ ส่งผลให้การป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ของอำเภอพระประแดงมีประสิทธิภาพสูงสุดภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบริบทพื้นที่

คำสำคัญ: โรคโควิด 19 การพัฒนาแนวทาง ป้องกันควบคุมโรค อำเภอพระประแดง

Development of Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) Surveillance and Control at Phra Pradang District, Samut Prakan Province

Wanchat Chinsuwatay

Bangchak Hospital, Samut Prakan Province

Received 6 May 2022, Revised 4 August 2022, Accepted 8 August 2022.

Abstract

Since 2020, Phra Pradaeng District, Samut Prakan Province, was affected by COVID-19 pandemic. Many strategies were developed to deal with the pandemic. However, the severity of the COVID-19 pandemic continues to increase, resulting in difficulties in developing coherent strategic management. The purposes of this qualitative study are to describe the epidemiological situation and to form the strategies for prevention, and control of COVID-19 in Phra Pradaeng District, Samut Prakan Province. In-depth interviews with 24 district officers from the Department of Disease Control of Phra Pradaeng District, Samut Prakan Province from July 17, 2021 to September 16, 2021 reveals that dense population and labor reallocation between Phra Pradaeng District and Bangkok and/or Phra Pradaeng District and Samut Sakorn Province were the major causes of difficulties in the development of COVID-19 disease managing policies. The lack of coherent managing policies results in the insufficiency of major resources (such as man, money, materials), the inter-department communication, and also the ineffectiveness of the disease controlling strategies, especially in the industries and communities. These findings lead to the development of a new strategic management program through Phra Pradaeng District officers of the Department of Disease Control. The program consists of 4 steps, which are 1) Communication management 2) Financial management 3) Resource management 4) Covid-19 prevention protocol in factory to integrate and connect several community projects into one coherent and effective project. We believe that the program will become an important measure and will form a pathway toward the prevention and control of COVID-19 in Phra Pradaeng District, Samut Prakan Province.

Keywords : COVID-19, Development, surveillance and control, Phra Pradaeng District

■ บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือโรคโควิด-19 เป็นโรคที่มีการระบาดทั่วโลก เชื่อกันว่าโรคคือ Corona virus เป็นการติดเชื้อไวรัสที่ระบบทางเดินหายใจแบบเฉียบพลัน เชื่อว่ามีต้นกำเนิดจากเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน มีการรายงานครั้งแรกในเดือนธันวาคม พ.ศ.2562 พบว่าเกิดจากการแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้โดย

ติดต่อจากการไอหรือจาม แล้วหายใจเอาละอองฝอยที่มีเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เข้าสู่ปอด รวมไปถึงการสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ ทำให้ปอดเกิดการติดเชื้ออักเสบรุนแรงได้⁽¹⁾

ประเทศไทยเป็นอีกประเทศหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากโรคนี้ มีการรายงานการติดเชื้อครั้งแรกเมื่อวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2563 เป็นชาย

ไทยอายุ 50 ปี อาชีพขับรถแท็กซี่ มีประวัติรับผู้โดยสารชาวจีนจากเมืองอู่ฮั่น หลังจากนั้นเริ่มมีแพร่ระบาดจากผู้เดินทางกลับมาจากประเทศกลุ่มเสี่ยง ทำให้รัฐบาลประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในวันที่ 26 มีนาคม 2563 นำไปสู่มาตรการล็อกดาวน์ปิดประเทศ ตามข้อบังคับใช้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 โดยศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (ศบค.) เพื่อระงับยับยั้งการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือโควิด-19⁽²⁾ สถานการณ์การติดเชื้อในประเทศไทยดีขึ้นในช่วงปลายเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 และเกิดการระบาดของโรคโควิด-19 อีกครั้งในรูปแบบกลุ่มก้อนในตลาดกลางกุ้ง จังหวัดสมุทรสาคร โดยพบผู้ติดเชื้อรายแรกวันที่ 17 ธันวาคม 2563 ผู้ติดเชื้อเป็นชาวต่างด้าวที่พักอาศัยกันอย่างแออัดในบริเวณตลาดกลางกุ้ง ทำให้การแพร่ระบาดกระจายไปทั่วประเทศ การระบาดระลอกนี้ไม่ได้มีการประกาศล็อกดาวน์ แต่อาศัยการบริหารจัดการตามมาตรการของแต่ละจังหวัด ซึ่งสามารถควบคุมโรคได้ในช่วงปลายเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 ต่อมาปลายเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 เริ่มมีการระบาดระลอกใหม่ในโรงงานและแหล่งชุมชนและเป็นการระบาดที่เกิดขึ้นต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

จังหวัดสมุทรปราการ อำเภอพระประแดง เป็นพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระลอกแรกจนถึงระลอกปัจจุบัน จากข้อมูล HDC คลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center – HDC) กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ณ วันที่ 16 เมษายน พ.ศ. 2564⁽³⁾ พบผู้ติดเชื้อในเขตพื้นที่อำเภอพระประแดง 158 ราย และมีแนวโน้มพบผู้ติดเชื้อเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ แม้ว่าประชาชนในพื้นที่จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ในระดับที่ดีมาก⁽⁴⁾ แต่พฤติกรรมการรวมกลุ่มของประชาชนเพื่อทำ

กิจกรรมต่างๆ และการติดเชื้อที่เกิดขึ้นง่าย ทำให้แนวโน้มการแพร่ระบาดยังคงมีต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ทำให้รูปแบบการทำงานป้องกันควบคุมโรคในระดับอำเภอพระประแดงยังไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางในการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ในระดับอำเภอให้เป็นระบบและมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการรับมือโรคระบาดในพื้นที่ต่อไปในอนาคต

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาบริบทสถานการณ์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ในอำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ
2. เพื่อพัฒนาแนวทางในการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ในอำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ

■ วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็น วิจัยเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้ให้ข้อมูลใน คณะทำงานของศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอ (ศปก.อ.) 24 คน ซึ่งทุกท่านดำรงตำแหน่งในระดับหัวหน้าส่วนราชการ มีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบายและบริหารจัดการเรื่องการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในระดับหน่วยงานและระดับอำเภอ จากนั้นมีการนำข้อมูลที่สรุปได้เสนอต่อประชุม ศปก.อ. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ในอำเภอพระประแดงร่วมกัน โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 17 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 – 16 กันยายน พ.ศ. 2564 รวมระยะเวลา 2 เดือน โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ในอำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ โดยศึกษาจากคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอ

(ศปก.อ.) จำนวน 24 คน ซึ่งได้มาจากเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง และทุกคนมีบทบาทที่สำคัญและมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย ซึ่งดำรงตำแหน่งหัวหน้างานในระดับราชการมีบทบาทสำคัญในการป้องกันโควิด-19 ในระดับอำเภอ จากนั้นมีการวิเคราะห์และสรุปข้อมูลในประเด็นสำคัญจึงนำเข้าไปประชุมคณะกรรมการประกอบด้วย หัวหน้าศูนย์คือ นายอำเภอ พระประแดง คณะทำงานคือ ปลัดอำเภอทุกท่าน ผู้กำกับสถานีตำรวจภูธรพระประแดง ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรสำโรงใต้ สัสดีอำเภอพระประแดง ผู้แทนโรงพยาบาลบางจาก สาธารณสุขอำเภอ นายกเทศมนตรีเมืองพระประแดง นายกเทศมนตรีเมืองลัดหลวง นายกเทศมนตรีเมืองปู่เจ้าสมิงพราย นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่ง พัฒนาการอำเภอ เกษตรอำเภอ ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาออกระบบ สรรพากร ท้องถิ่นอำเภอ กำนันทุกตำบล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวคำถามการดำเนินการแก้ไขปัญหาและควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในประเด็นเกี่ยวกับการทำงานและการบริหารจัดการในบริบทพื้นที่ การประสานงานร่วมกัน ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะแนวทางต่างๆ โดยมีการขออนุญาตบันทึกเสียงผู้ให้ข้อมูลทุกคนและจดประเด็นสำคัญระหว่างการสัมภาษณ์ จากนั้นมีการวิเคราะห์และสรุปข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของข้อคำถามและข้อวิจัย และมีการสัมภาษณ์ซ้ำในบางประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนเพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ผลในลำดับต่อไป

ระยะที่ 2 นำเสนอข้อสรุปบริบทการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ต่อคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอ (ศปก.อ.) ในประเด็นที่ค้นพบเกี่ยวกับ 1) บริบทของอำเภอพระประแดงแตกต่างจากพื้นที่อื่นอย่างไร 2) การทำงานในสถานการณ์โรคโควิด-19 ระบาด 3) ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการ

ภายในองค์กร 4) บทบาท ศปก.อ. และการป้องกันควบคุมโรค ในพื้นที่ 5) ปัญหาและอุปสรรคในการทำงานป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 เพื่อพัฒนาแนวทางในการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ที่เหมาะสมในพื้นที่ร่วมกัน

- **การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อพรรณารายละเอียดตามวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายตีความและสังเคราะห์ประเด็นเพื่อนำไปสู่การสรุปสถานการณ์การทำงานและพัฒนาแนวทางในการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ต่อไปในกรณีข้อมูลไม่เพียงพอต่อการสรุปประเด็นผู้วิจัยจะมีการนัดสัมภาษณ์เพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนน่าเชื่อถือ รวมถึงมีการตรวจสอบข้อมูลกับแหล่งข้อมูลในพื้นที่และผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ผลการวิจัยที่ได้มีความถูกต้องมากที่สุด

- **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** ได้รับการรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ เลขที่ 007/2564 วันที่ 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2564

■ ผลการศึกษา

- **ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล** ผู้ให้ข้อมูลเป็นคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอ (ศปก.อ.) ที่สมัครใจให้ข้อมูล จำนวน 24 คน จากทั้งหมด 24 คน คิดเป็นร้อยละ 100 แบ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 91.6 เพศหญิง ร้อยละ 8.3 มีอายุมากที่สุดคือ 51-60 ปี ร้อยละ 70.8 น้อยที่สุดคือ 31-40 ปี ร้อยละ 8.3 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทหรือเทียบเท่า ร้อยละ 70.83 ที่เหลือสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี

- **บริบทสถานการณ์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคโควิด-19**

ผลการศึกษาในระยะที่ 1 การสัมภาษณ์เชิงลึกพบประเด็นบริบทการทำงานของหน่วยงานต่างๆ ดังต่อไปนี้ โดยศึกษา

ประเด็นที่ 1 บริบทของอำเภอพระประแดงแตกต่างจากพื้นที่อื่นอย่างไร

อำเภอพระประแดงมีพื้นที่ติดต่อกับกรุงเทพมหานครและสมุทรสาคร มีท่าเรือมีโรงงานอุตสาหกรรมประมาณ 750 แห่ง มีประชากรหนาแน่นและหลากหลายสัญชาติ ความหลากหลายของกลุ่มประชากรทำให้การทำงานของเจ้าหน้าที่เป็นไปอย่างลำบาก ต้องใช้กฎหมายบังคับจึงยอมปฏิบัติตาม ในประเด็นเรื่องสถานประกอบการหรือโรงงาน พบว่ามีหลายแห่งสภาพทรุดโทรมและคับแคบไม่สามารถเว้นระยะห่างระหว่างการทำงานได้ อีกทั้งกลุ่มแรงงานยังอาศัยอยู่ในห้องเช่าที่ค่อนข้างแออัด ทำให้มีการติดเชื้อในคนกลุ่มนี้เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า บางโรงงานไม่ให้ความร่วมมือในเรื่องการป้องกันควบคุมโรคตามมาตรการของภาครัฐ ไม่ยอมให้เข้าตรวจประเมิน มีการปกปิดข้อมูลผู้ติดเชื้อและกลุ่มเสี่ยงสูง มีปัญหาการจ้างแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมาย ดังจะเห็นได้จากคำกล่าวต่อไปนี้

“พื้นที่พระประแดงมีโครงสร้างซับซ้อน มีการเคลื่อนย้ายแรงงานเข้าออกตลอดเวลา บางบริษัทไม่มีการแจ้งพื้นที่ให้ทราบล่วงหน้า บางบริษัทมีการนำแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมายเข้ามา ปัญหาเรื่องนี้ทำให้การควบคุมโรคยากขึ้น”

“แม้ในสถานการณ์โควิด บางโรงงานยังใช้น้ำดื่มแก้วเดียวกัน ไม่ได้จัดที่พักเป็นสัดส่วน เกิดเป็นคลัสเตอร์ใหม่ตลอดเวลา แบบนี้จะควบคุมโรคได้อย่างไร”

“ผู้ประกอบการหลายรายไม่ยินยอมให้ความร่วมมือ ต้องอ้างกฎหมาย หรือให้ฝ่ายปกครองและตำรวจเข้ามาช่วย ถึงจะยอมปฏิบัติตาม”

ประเด็นที่ 2 การทำงานในสถานการณ์

โรคโควิด-19

ทุกหน่วยงานในภาครัฐเปิดให้บริการตามภาระงานปกติ แต่เพิ่มรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข จัดพื้นที่บริการให้ปลอดภัย เช่น มีเครื่องวัดอุณหภูมิ เว้นระยะห่างระหว่างนั่งคอยจัดบริการแอลกอฮอล์เจลตามจุดต่างๆ มีฉากใสกั้นระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้เข้ารับบริการ รวมถึงการให้ความร่วมมือในกิจกรรมต่างๆ ตามนโยบายของอำเภอ โดยทุกหน่วยงานมองว่างานของตัวเองเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการป้องกันควบคุมโรคของอำเภอพระประแดง ดังจะเห็นได้จากคำกล่าวต่อไปนี้

“ทางอำเภอยังปฏิบัติงานปกติ แต่ปรับให้เป็นรูปแบบ new normal ตามมาตรการของรัฐบาล”

“ทางตำรวจจะออกปราบปรามผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย รวมทั้งผู้ที่กระทำความผิดตามพรบ. ควบคุมโรค พ.ศ. 2558 เช่น การรวมกลุ่มมั่วสุมในพื้นที่ควบคุม หรือจับกุมผู้ป่วยโควิด-19 ที่ไม่ยอมกักตัวอยู่บ้าน”

“ทุกงานมีความสำคัญกับการควบคุมโรคระบาดไม่ทางตรงก็ทางอ้อม เรื่องไหนที่ช่วยได้เราก็คช่วยเต็มที่”

ประเด็นที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการภายในองค์กร

ผลการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยเชิงบวก คือ วิสัยทัศน์และภาวะผู้นำของหัวหน้าหน่วยงาน เป็นเรื่องสำคัญ หลายหน่วยงานปฏิบัติงานได้ดี เพราะมีแนวทางในการดำเนินการที่ชัดเจน สามารถกระตุ้นคนในองค์กรให้ร่วมมือร่วมใจต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ดังจะเห็นได้จากคำกล่าวต่อไปนี้

“ผู้นำองค์กรมีความสำคัญมาก เป็นเหมือนหางเสือที่กำหนดทิศทางและผลักดันให้หน่วยงานขับเคลื่อน”

“สิ่งสำคัญของการทำงานคือทำให้

หน่วยงานปฏิบัติงานอย่างเต็มประสิทธิภาพในสถานการณ์ที่ไม่เอื้ออำนวย”

“เราจะต้องเป็นตัวอย่งที่ดี ถ้าเรากลัวเราไม่กล้าทำงาน ไม่หาทางช่วยเหลือองค์กรแล้วจะไปสั่งการลูกน้องยังไง”

ในขณะที่ปัจจัยเชิงลบ คือ ทรัพยากรที่จำกัดในประเด็นเรื่อง คน เงิน ของ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประเด็นเรื่องคน ทุกหน่วยงานมีคนจำนวนจำกัด ไม่สามารถหามาเพิ่มได้โดยง่าย เนื่องจากคนยังหวาดกลัวโรคโควิด-19 ในบางหน่วยงานเจ้าหน้าที่มีการติดเชื้อโควิดขณะปฏิบัติงานต้องกักตัวตามมาตรการ บางหน่วยงานมีการขอลาออกเพราะภาระงานที่หนักเกินไปหรือกลัวการสัมผัสผู้ติดเชื้อ ทำให้อัตรากำลังที่จำกัดอยู่แล้วน้อยลงไปอีก ดังจะเห็นได้จากคำกล่าวต่อไปนี้

“คนก็มีอยู่แค่นี้ จะทำงานเยอะแยะมากมายได้ยังไง”

“เจ้าหน้าที่ป่วยเป็นโควิด คนในหน่วยก็ลดลง คนที่เหลือก็ทำงานหนักขึ้น สุดท้ายก็ป่วยตามกันไป”

“หากคนมาเพิ่มยาก ขนาดเพิ่มเงินยังไม่มีใครมาสมัคร เพราะตอนนี้ใครๆ ก็กลัวโควิด”

ประเด็นเรื่องเงิน เม็ดเงินสนับสนุนจากส่วนกลางไม่สามารถอนุมัติใช้ได้ทันที แต่ภารกิจบางอย่างไม่สามารถรอได้ จึงมีการใช้เงินท้องถิ่นมาใช้ในกิจกรรมต่างๆ เช่น การจัดตั้งศูนย์พักคอยเพื่อรองรับผู้ป่วยที่บ้านไม่พร้อมหรืออยู่รวมเป็นครอบครัวใหญ่ การจัดสรรอาหารนำส่งให้กับผู้ติดเชื้อและผู้ที่มีความเสี่ยงสูงที่กักตัว การเตรียมยานพาหนะสำหรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาล แต่ปัญหาคือ กฎระเบียบระบุนำมาใช้เงินท้องถิ่นอนุมัติให้ใช้กับประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบเท่านั้น หากเป็นคนนอกพื้นที่จะไม่สามารถเบิกจ่ายได้ จึงเกิดประเด็นในเรื่องเงินงบประมาณ ดังจะเห็นได้จากคำกล่าวต่อไปนี้

“เรารองบสนับสนุนจากส่วนกลางไม่ได้ เพราะการควบคุมโรคจะช้าเกินไป”

“การจำกัดพื้นที่ในการเข้ารับบริการทำให้การควบคุมโรคเป็นไปอย่างลำบาก โดยเฉพาะกลุ่มประชาชนสิทธิต่างจังหวัด และต่างดาวต่างๆ ซึ่งเป็นประชากรแฝงที่มีเป็นจำนวนมากในพื้นที่พระประแดง”

“ระเบียบการใช้เงินระบุชัดเจน ทำให้ไม่กล้าใช้เงิน กลัวผิดระเบียบและถูกเรียกเงินคืนภายหลัง ต้องรอให้มีการกำหนดชัดเจนว่าสามารถทำได้ ถึงจะกล้าทำ”

ประเด็นเรื่องของ ได้แก่ อุปกรณ์ป้องกันตัวพื้นฐาน ส่งผลกระทบต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่ ไม่ว่าจะเป็น เจ้าหน้าที่ตำรวจที่ไม่กล้าเสี่ยงจับผู้กระทำผิดกฎหมายที่สงสัยติดเชื้อโควิด-19 ที่มอสาที่ไม่กล้าเข้าไปดูแลคนจรจัดที่หมดสติในชุมชน ที่มอสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ไม่กล้าเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชน ดังจะเห็นได้จากคำกล่าวต่อไปนี้

“ของมีไม่พอ การสนับสนุนจากส่วนกลาง บางครั้งมาช้าเกินไป มาถึงโรคก็สงบแล้ว”

“อุปกรณ์ป้องกันไม่เพียงพอ วัคซีนก็ไม่มี จะให้ไปทำงานเกี่ยวกับโควิดก็เสี่ยงต่อติดเชื้อ”

ประเด็นที่ 4 บทบาท ศปก.อ. และการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่

ศปก.อ. จัดตั้งขึ้นเพื่อกำกับ ดูแล ตามมาตรการป้องกันโรคตามที่ทางราชการกำหนด เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่อำเภอพระประแดง มีหัวหน้าส่วนราชการต่างๆ รายงานเหตุการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้น นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาทางแก้ไขร่วมกันเพื่อบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ดังจะเห็นได้จากคำกล่าวต่อไปนี้

“การประชุมทำให้เข้าใจการทำงานเกี่ยวกับการควบคุมโรคของหน่วยงานอื่น มีการเรียนรู้จากความสำเร็จและข้อผิดพลาดของคนอื่น เพื่อนำมาพัฒนางานตนเอง เกิดความร่วมมือกัน

ระหว่างหน่วยงาน”

“การทำงานไปเรื่อย ๆ ต่างคนต่างทำโดยไม่มีเป้าหมาย เป็นการยากที่งานจะสัมฤทธิ์ผล การมี ศปก.อ. ทำให้ทุกคนเห็นเป้าหมายเดียวกัน คือการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ของอำเภอ อย่างมีประสิทธิภาพ”

“ทุกครั้งที่มีปัญหาที่หน่วยงานแก้ไม่ได้ ต้องอาศัยเวทีของ ศปก.อ.ช่วยจัดการให้และก็ได้ รับทางออกที่ดีเสมอ”

ประเด็นที่ 5 ปัญหาและอุปสรรคในการทำงานป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ของอำเภอพระประแดง

แม้อำเภอพระประแดงมีหน่วยงานทั้งภาครัฐภาคเอกชนที่เข้มแข็ง แต่ยังมีจุดอ่อนในเรื่องการประสานงานระหว่างหน่วยงาน การสื่อสารข้อมูลและมาตรการต่างๆ ยังขาดความเชื่อมโยง จนบางครั้งเกิดการสับสนในการปฏิบัติงาน ดังจะเห็นจากคำกล่าวต่อไปนี้

“แม้นโยบายและมาตรการต่างๆ จะชัดเจน แต่บางเรื่องเป็นงานใหม่ที่เนื้องานยังไม่ชัดเจน มองภาพไม่ชัด สื่อสารได้ไม่เคลียร์ ทำให้ขาดความเชื่อมโยงจากระดับบนลงล่าง”

“การสื่อสารขอความร่วมมือระหว่างหน่วยงานไม่ราบรื่น ไม่รู้ต้องติดต่อฝ่ายไหน ทำให้งานสะดุด”

“หากทุกหน่วยงานยังสื่อสารกันคนละทิศคนละทาง การสื่อสารกับภาคประชาชนให้เข้าใจ และปฏิบัติตามคงเรื่องยาก”

แนวทางในการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ของอำเภอพระประแดง

จากข้อมูลการศึกษาบริบทการดำเนินงานในระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้นำเสนอต่อที่ประชุม ศปก.อ. เพื่อวิเคราะห์ปัญหา กำหนดทิศทางและเป้าหมายที่ชัดเจนในการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน โดยมีการพัฒนาแนวทางในการดำเนินงาน 4 ขั้นตอนเพื่อบูรณาการงานให้สอดคล้องกัน

มากขึ้น ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ประกอบไปด้วยกิจกรรมหลัก 3 ประการดังนี้

1. กำหนดช่องทางติดต่อและกำหนดผู้รับผิดชอบระหว่างหน่วยงานที่ชัดเจน โดยให้ทุกหน่วยงานส่งรายชื่อและเบอร์โทรศัพท์ผู้ประสานงานทำเป็นเอกสารและไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ แจกจ่ายให้ทราบโดยทั่วกัน

2. กำหนดให้มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วยในการสื่อสาร เช่น ใช้โปรแกรมไลน์ในการติดต่อและส่งข้อมูลต่างๆ เพื่อลดข้อผิดพลาดในการสื่อสาร ใช้โปรแกรมซูมในการประชุมออนไลน์เพื่อรักษาระยะห่างในกรณีคณะกรรมการบางท่านมีการสัมผัสกับผู้ติดเชื้อและกลายเป็นผู้มีความเสี่ยงสูง

3. กำหนดให้มีการสรุปข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อประชาสัมพันธ์ให้ทุกหน่วยงานรับทราบและปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน เร่งอัปเดตข้อมูลข่าวสารกับภาคประชาชนผ่านช่องทางต่างๆ เช่น จัดรถประชาสัมพันธ์ สถานีวิทยุท้องถิ่น หอกระจายเสียง หนังสือพิมพ์ท้องถิ่น FACEBOOK FAN PAGE ของหน่วยงาน โดยเน้นเรื่องความรู้และมาตรการต่างๆ ในการควบคุมโรคโควิด-19 ของอำเภอพระประแดง การรณรงค์การฉีดวัคซีน เบอร์โทรศัพท์ติดต่อฉุกเฉินของหน่วยงานต่างๆ เบอร์ประสานศูนย์พักคอยของแต่ละพื้นที่

ขั้นตอนที่ 2 บริหารจัดการเรื่องเงินงบประมาณให้เหมาะสมต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน

ประเด็นเรื่องระเบียบเงินท้องถิ่นไม่สามารถใช้กับประชาชนที่อยู่นอกเขตรับผิดชอบได้ ทำให้โครงการบางอย่างไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ศูนย์พักคอยที่จำกัดการรับเฉพาะคนในพื้นที่เท่านั้น แต่ความจริงมีคนนอกพื้นที่จำนวนมากที่มีการติดเชื้อ เรื่องนี้มีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องแก้ไข แต่ประเด็นนี้ไม่

สามารถอนุมัติผ่าน ศปก.อ.ได้ จึงมีการนำเรื่องเสนอต่อคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดที่มีอำนาจในการพิจารณา ซึ่งได้รับความเห็นชอบและอนุมัติให้สามารถใช้จ่ายเงินท้องถิ่นในการดูแลประชาชนนอกเขตรับผิดชอบเพื่อป้องกันควบคุมกับโรคโควิด-19 ทำให้ศูนย์พักคอยสามารถรับผู้ติดเชื้อและผู้เสี่ยงสูงนอกพื้นที่ได้ สามารถจัดอาหารและอุปกรณ์ยังชีพได้อย่างเพียงพอ จัดรถบริการรับส่งผู้ป่วยระหว่างศูนย์พักคอย ชุมชน และสถานพยาบาลต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ทำให้สามารถจำกัดการเดินทางของประชาชนเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การบริหารทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ

เกิดการบูรณาการงานร่วมกันเพื่อแชร์ทรัพยากรในเรื่องคน เงิน ของ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน เพื่อประหยัดทรัพยากรต่างๆ ของหน่วยงาน และเป็นการบริหารจัดการเรื่องเวลาในการดำเนินงานอย่างเหมาะสมและทันต่อเหตุการณ์ โดยมีการดำเนินงานตามโครงการต่อไปนี้

1. โครงการการคัดกรองการเข้าออกประชาชนในพื้นที่ เพื่อควบคุมการเดินทางของประชาชนไม่ให้มีการปะปนของคนต่างถิ่น โดยเฉพาะที่เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดสูง โดยจัดหน่วยคัดกรองที่บริเวณสามแยกพระประแดง และตำแหน่งรอยต่อระหว่างตำบล โดยเกิดจากการร่วมมือของทีมสาธารณสุข ทีมฝ่ายปกครอง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชนในพื้นที่ และสร้างเครือข่ายอาสาสมัครเวียงภัยที่ประชาชน ในพื้นที่ร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเฝ้าระวังคนแปลกหน้าต่างถิ่นที่เข้ามาในชุมชนตัวเอง

2. โครงการจัดตั้งศูนย์ฉีดวัคซีน อำเภอพระประแดง เพื่อสนับสนุนการฉีดวัคซีนในชุมชนให้มีการกระจายวัคซีนอย่างทั่วถึงและทันเวลา โดยได้รับการสนับสนุนจากเทศบาลเมือง

ลัดหลวงและวัดคันลัด ในเรื่องสถานที่เพื่อรองรับประชาชนประมาณ 1,500 คนต่อวัน ฝ่ายปกครองดูแลเรื่องแผนการทำงาน ทีมสาธารณสุขประกอบด้วย โรงพยาบาลบางจาก และ รพ.สต. ช่วยดูแลในเรื่องการบริหารจัดการวัคซีน เรื่องการสังเกตอาการผู้ที่มีอาการผิดปกติหลังฉีดวัคซีน รวมถึงระบบส่งตัวผู้ที่มีอาการรุนแรงไปยังสถานบริการที่ใกล้เคียง ซึ่งได้รับความร่วมมือจากโรงพยาบาลบางปะกอก สมุทรปราการเป็นศูนย์รับส่งต่อในกรณีเกิดปัญหาดังกล่าว มีทีมตำรวจและอาสาสมัครดูแลเรื่องความสงบเรียบร้อยและการจราจร ฝ่ายเอกชนสนับสนุนเรื่องอุปกรณ์ต่างๆ สำหรับเจ้าหน้าที่ และน้ำดื่มสำหรับประชาชนที่เข้ามาใช้บริการ

3. การจัดตั้งศูนย์พักคอยประจำตำบลเพื่อรองรับผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีการจัดตั้งศูนย์รวมทั้งสิ้น 9 แห่ง มีการกำหนดเกณฑ์รับเข้าและจำหน่ายออกที่ชัดเจนผ่านการประชุม ศปก.อ. กำหนดให้กำนันผู้ใหญ่บ้านเป็น IC ประจำศูนย์ มีทีม รพ.สต. ช่วยดูแลในทางสาธารณสุข ทีมท้องถิ่นดูแลความเรียบร้อยในภาพรวม มีช่องทางในการประสานตำรวจกรณีไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ช่องทางประสานโรงพยาบาลกรณีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และมีการรายงานผลการดำเนินงานให้ทีม ศปก.อ.ทราบข้อมูล ทุกวัน

4. โครงการสโมสรโรตารีลัดหลวงร่วมใจต้านภัยโควิด-19 ทางสโมสรให้การสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้กับหน่วยงานภาครัฐและได้ประสานรถชีวิตนิรภัยพระราชทานเข้ามาคัดกรอง ATK และ RT-PCR ให้กับคนในพื้นที่ที่วัดครุใน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการตรวจคัดกรอง ทำให้การคัดแยกผู้ติดเชื้อรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งทีม ศปก.อ. กำหนดให้โรงพยาบาลบางจาก และ รพ.สต. ทุกแห่งสนับสนุนดำเนินงานสาธารณสุข มีฝ่ายปกครองและทีมตำรวจดูแลความเรียบร้อย และให้องค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งเตรียมศูนย์พักคอย สำหรับรองรับผู้ติดเชื้อ

5. **โครงการจัดรถรับส่งผู้ป่วย** เนื่องจากปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยของทางโรงพยาบาล และ รพ.สต. มีจำนวนจำกัด ทาง สป.ก.อ. จึงมีมติให้ทุกท้องถิ่นสนับสนุนเรื่องรถสำหรับลำเลียงผู้ป่วย โดยกำหนดให้ทีมจากโรงพยาบาล และ รพ.สต. คัดแยกผู้ป่วยตามความรุนแรง และ ประสานส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ไปยังโรงพยาบาล, โรงพยาบาลสนาม, Hospitel ตามเกณฑ์ของสาธารณสุข รวมถึงการรับตัวผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจนหายดีกลับมาพักรักษาตัวต่อที่ศูนย์พักคอยหรือที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 4 การป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ในสถานประกอบกิจการอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากบริบทของอำเภอพระประแดงเป็นเมืองอุตสาหกรรม ดังนั้นมีความสำคัญที่ต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วน จึงมีการประสานตัวแทนผู้ประกอบการในอำเภอพระประแดงเข้าประชุมเพื่อวางแนวทางแก้ปัญหาร่วมกัน โดยมีแนวทางการดำเนินงานดังต่อไปนี้

1. กำหนดให้มีการจัดอบรมให้ความรู้กับสถานประกอบกิจการเพื่อการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ที่ถูกต้อง

2. กำหนดให้ทุกโรงงานต้องมีการปรับเปลี่ยนเรื่องโครงสร้างและระบบงาน เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรการป้องกันโรคของภาครัฐ มีการเว้นระยะห่างที่เหมาะสม เลี่ยงการรับประทานอาหารและใช้ของใช้ร่วมกัน ล้างมือบ่อยๆ ใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา มีการจัดแอลกอฮอล์เจลให้เพียงพอ มีการคัดกรองอุณหภูมิและการตรวจ ATK อย่างสม่ำเสมอ การกำหนดระยะเวลาการทำงานเป็นรอบๆ เพื่อลดความแออัด

3. หากเกิดการติดเชื้อโควิด-19 ขึ้นในสถานประกอบกิจการ กำหนดให้มีการรายงานผู้ติดเชื้อภายใน 24 ชั่วโมง โดยหน่วยงานภาครัฐประกอบด้วย ปลัดอำเภอ ทีมสาธารณสุข

เจ้าหน้าที่ตำรวจ จะลงพื้นที่เพื่อสอบสวนโรคและขยายผล โดยระบุชัดเจนว่า หากสถานประกอบกิจการมีการปกปิดข้อมูลหรือไม่ให้ความร่วมมือกับทางราชการ ถือเป็นกรกระทำที่ผิดกฎหมายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ ปี พ.ศ. 2558 ซึ่งผู้ประกอบการจะถูกดำเนินคดีต่อไป

4. ให้สถานประกอบกิจการทุกแห่งเตรียมความพร้อมสำหรับการทำ Factory Quarantine และ Bubble and seal ภายใต้มาตรการของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

5. ให้ทุกสถานประกอบกิจการไม่นำแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมายมาทำงาน หากมีคนงานที่ยังตกค้างอยู่ให้เร่งดำเนินการนำแรงงานเหล่านี้มาขึ้นทะเบียนตามกฎหมาย เพื่อความถูกต้องในด้านฐานข้อมูลและสิทธิการรักษา หากฝ่าฝืนจะมีการดำเนินการตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด

หลังจากมีการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ตามแนวทางพัฒนา 4 ขั้นตอนทิศทางการปฏิบัติงานและมาตรการต่างๆ มีความชัดเจนเป็นรูปธรรมมากขึ้น การทำงานของหน่วยงานต่างๆ ในอำเภอพระประแดงเกิดความเชื่อมโยง เกิดการทำงานแบบบูรณาการอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้การโต้ตอบสถานการณ์ทันต่อเหตุการณ์และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

■ **อภิปรายผล**

บริบทสถานการณ์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคโควิด-19

บริบทของอำเภอพระประแดงเป็นพื้นที่อุตสาหกรรมที่มีประชากรหนาแน่น มีการเคลื่อนย้ายแรงงานตลอดเวลา มีผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 และเข้าข่ายกลุ่มเสี่ยงสูงเป็นจำนวนมาก ทำให้ทุกหน่วยงานในพื้นที่รับมือกับปัญหานี้มาโดยตลอดตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2563 โดยทำควบคู่ไปกับการทำงานประจำภายใต้รูปแบบ new normal

ความสำเร็จที่เกิดขึ้นเกิดจากปัจจัยบวกที่ผู้นำองค์กรในทุกภาคส่วนมีความเข้มแข็ง มีการบริหารจัดการภายในองค์กรที่ดี และให้ความร่วมมือกับแนวทางของ ศปก.อ. เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญเรือน ทองทิพย์⁽⁵⁾ ที่กล่าวว่า ศักยภาพของผู้นำมีความสำคัญต่อการพัฒนาองค์กร ไม่ว่าจะเป็นการวางแผนเชิงนโยบาย การเตรียมพร้อมรับมือกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง การเสริมทักษะใหม่ให้องค์กรโดยเฉพาะความรู้ด้านเทคโนโลยี ซึ่งการรับมือกับวิกฤติโรคโควิด-19 จำเป็นต้องมีผู้นำที่มีความสามารถ พร้อมทั้งจะพัฒนาองค์กรตลอดเวลาเพื่อตอบโต้สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง รวมถึงมีทักษะการสื่อสารให้คนในองค์กรมองเห็นเป้าหมายเดียวกัน เพื่อนำไปสู่ความร่วมมือและความสำเร็จ ส่วนปัจจัยเชิงลบในเรื่องการบริหารจัดการภายในองค์กรคือ ทรัพยากร คน เงิน ของที่จำกัด ทุกหน่วยงานมีการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าโดยการดึงเจ้าหน้าที่จากจุดที่ลดการบริการให้มารวมกัน จัดการเรื่องโควิด-19 เป็นการทำงานแบบ agility และ scrum เพื่อให้งานสำเร็จโดยเร็วในสถานการณ์ที่กำลังคนและระยะเวลาจำกัด ในประเด็นเรื่องการขาดแคลนอุปกรณ์ทางการแพทย์ ทุกหน่วยงานมีนโยบายการใช้สอยอย่างประหยัด โดยการกำหนดภาระงานและระยะเวลาที่เหมาะสม ลดความซ้ำซ้อนที่ต้องถอดชุดเข้าถอดออกหลายครั้ง เพื่อลดการสิ้นเปลืองทรัพยากรต่างๆ โดยใช้เหตุ กู้มาได้ว่าทุกหน่วยงานต่างปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด สอดคล้องกับงานเขียนของ ศจี อนันต์นพคุณ⁽⁶⁾ ที่กล่าวถึงกลวิธีการบริหารงานอย่างมีประสิทธิภาพ ที่สัมพันธ์กับเรื่อง ทรัพยากร คน เงิน ของ และเวลา ประเด็นเรื่องเงินงบประมาณส่วนกลางไม่สามารถสนับสนุนได้ทันที จึงมีความจำเป็นต้องนำเงินท้องถิ่นมาใช้เพื่อจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ป้องกันต่างๆ ให้กับเจ้าหน้าที่ การปรับปรุงอาคารสถานที่ให้ปลอดภัยเหมาะสม แต่

ระเบียบเรื่องการใช้เงินท้องถิ่นที่ไม่สามารถใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่างพื้นที่รับผิดชอบ ส่งผลให้การควบคุมโรคและการปฏิบัติงานทำได้ไม่เต็มที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ พัฒน์นรี อัฐวงศ์⁽⁷⁾ ที่ว่าปัญหาและอุปสรรคในการบริหารจัดการงบประมาณในการวางแผนมีอยู่ 2 ลักษณะ คือ 1) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ เงินงบประมาณสนับสนุน 2) ปัจจัยภายใน ได้แก่ การบริหารจัดการแผนให้เป็นไปตามสภาพปัจจุบันโดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะวิกฤติ เช่น การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ต้องมีการป้องกันและควบคุมโรคอย่างเร่งด่วน

โรคโควิด-19 มีการแพร่ระบาดในพื้นที่มากขึ้นโดยเฉพาะในสถานประกอบการและในชุมชน ทำให้การแก้ปัญหาในรูปแบบเดิมที่เน้นทีมของสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถป้องกันควบคุมโรคในภาพรวมของอำเภอได้ ทำให้ ศปก.อ. ต้องเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการปรับรูปแบบการทำงานเพื่อขับเคลื่อนแนวทางแก้ปัญหาในลักษณะเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีเรือน ดีพูน⁽⁸⁾ ที่กล่าวว่า ความร่วมมือจากทุกหน่วยงานเป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสาธารณสุขของชุมชน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน แต่การประสานงานกันอย่างมีประสิทธิภาพไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะมีปัญหาในเรื่องการสื่อสารที่ขาดความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ วรวัชร เอี่ยมสำอาง⁽⁹⁾ การศึกษารูปแบบการติดต่อสื่อสารทั้งภายในและภายนอกองค์กร มีผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน รวมถึงปัญหาในเรื่องการกำหนดเป้าหมายที่ยังไม่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน ทำให้การป้องกันควบคุมโรคยังไม่มีประสิทธิภาพและทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไล ชัยสมภาร⁽¹⁰⁾ และสมส่วน สว่าง⁽¹¹⁾ ที่กล่าวว่า การบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์มีความสำคัญต่อผลลัพธ์ของการทำงาน

**แนวทางในการดำเนินการป้องกัน
ควบคุมโรคโควิด-19 อำเภอพระประแดง**

ผลการวิจัยพบว่าแนวทางการดำเนินงาน ประกอบไปด้วย ขั้นตอนการดำเนินงาน 4 ขั้นตอน ที่เชื่อมโยงกัน สามารถอภิปรายในแต่ละขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างระบบการสื่อสาร ที่มีประสิทธิภาพ คณะกรรมการ ศปก.อ. มีการ กำหนดแนวทางแก้ปัญหาที่ชัดเจน โดยปรับเปลี่ยนพัฒนาวิธีการสื่อสารและช่องทางการติดต่อ ให้ง่ายขึ้น สร้างการรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกัน ในทุกภาคส่วน ทำให้หน่วยงานต่างๆ ในอำเภอ พระประแดงมีการรับรู้ข้อมูลและมีเป้าหมาย เดียวกัน เพื่อรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมี ประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Majdouline Mhalla⁽¹²⁾ ที่กล่าวว่า การเพิ่ม ศักยภาพในองค์กรให้ไปในทิศทางเดียวกันใน สภาวะวิกฤติถือเป็นเรื่องท้าทายที่จะต้องควบคุม ทุกอย่างให้ไปในแบบแผนเดียวกัน มีการแบ่ง งานและกำหนดอำนาจตัดสินใจที่ชัดเจน ติดตาม และแก้ปัญหาโดยคำนึงถึงผลลัพธ์เป็นหลัก ทำให้ การวางแผนและการทำงานทันต่อเหตุการณ์ ปัจจุบัน

ขั้นตอนที่ 2 บริหารจัดการเรื่องเงิน งบประมาณให้เหมาะสมต่อสถานการณ์ ฉุกเฉิน การที่คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด สมุทรปราการอนุมัติให้สามารถใช้จ่ายเงินท้องถิ่น อย่างถูกระเบียบเพื่อการป้องกันควบคุมโรคให้กับ ประชาชนในพื้นที่โดยไม่คำนึงถึงภูมิฐานะหรือ ชาติพันธุ์ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการป้องกัน ควบคุมโรคมีประสิทธิภาพและทันต่อสถานการณ์ สอดคล้องกับงานวิจัยของ พัทธน์นรี อัจฉรงค์⁽⁷⁾ ที่ กล่าวว่า กลยุทธ์สำคัญในการบริหารจัดการงบประมาณต้องให้ความสำคัญกับเรื่องเร่งด่วนโดย ยึดหลักธรรมาภิบาลที่ถูกต้องโปร่งใส ตรวจสอบ ได้และเป็นธรรม

ขั้นตอนที่ 3 การบริหารทรัพยากร

ร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ การทำงานแบบ บูรณาการโดยมุ่งผลสัมฤทธิ์ ทำให้เกิดโครงการ มากมายที่เป็นผลดีในด้านการป้องกันควบคุมโรค ในชุมชน โครงการเหล่านี้ไม่สามารถเกิดขึ้นได้ จากหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งแต่ต้องอาศัย ความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ประโยชน์ที่ได้ นอกจากจะเป็นการลดการใช้คน เงิน ของ และ ระยะเวลาที่มากเกินความจำเป็น ยังเป็นการสร้างความสามัคคีทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สร้างขวัญกำลังใจ ที่ดีให้กับทีมปฏิบัติงาน สอดคล้องกับงานเขียน ของ ศจี อนันต์นพคุณ⁽⁶⁾ ทำให้การป้องกันควบคุม โรคโควิด-19 ในพื้นที่ดำเนินการได้อย่างรวดเร็ว เป็นระเบียบแบบแผน และมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 4 การป้องกันควบคุมโรค โควิด-19 ในสถานประกอบการอย่างมี ประสิทธิภาพ เนื่องจากอำเภอพระประแดงมี โรงงานเป็นจำนวนมาก การสร้างความรู้ความ เข้าใจกับผู้ประกอบการและลูกจ้าง รวมถึงการ กำหนดมาตรการเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรค โควิด-19 ในสถานประกอบการมีความ สำคัญยิ่ง การปรับโครงสร้างและระบบบางอย่าง เพื่อให้เหมาะสมต่อการทำงานแบบ new normal ลดการสัมผัสใกล้ชิด การแยกอุปกรณ์ต่างๆ ให้ เป็นส่วนตัว งดการใช้ของร่วมกัน และการทำแผน รับมือกรณีมีการติดเชื้อในโรงงานโดยการทำให้ Bubble and seal และ Factory Quarantine สอดคล้องกับนโยบายและมาตรการของกรม ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽¹³⁾ ซึ่งผู้ประกอบการ ทุกรายที่เข้าร่วมมีความพึงพอใจเป็น อย่างมาก เพราะเป็นการสร้างระบบการทำงานที่ เอื้อต่อแนวทางการป้องกันควบคุมโรค ทำให้ กิจการต่างๆ ยังสามารถดำเนินการต่อไปได้ใน สถานการณ์ที่ยังมีผู้ติดเชื้อโควิด-19 ต่อเนื่อง ถือ เป็นการลดผลกระทบในเรื่องสุขภาพกาย สุขภาพ จิตใจ เศรษฐกิจและสังคมในภาพรวม

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปรากฏ

การป้องกันการควบคุมโรคระบาดโควิด-19 โดยศึกษาจากผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานในเรื่องนี้ และค้นพบแนวทางในการป้องกันแก้ไข 4 ขั้นตอนสำคัญได้แก่ 1) สร้างระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 2) บริหารจัดการเรื่องเงินงบประมาณให้เหมาะสมต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน 3) การบริหารทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ 4) การป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ในสถานประกอบการอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเห็นได้ว่าการดำเนินงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ภายใต้การขับเคลื่อนของ ศปก.อ. และชุมชนทำให้เกิดการบูรณาการเชื่อมโยงกันในระดับอำเภอสามารถรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ส่งผลให้การป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ของอำเภอพระประแดงทำได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลา และมีประสิทธิภาพทุกพื้นที่ที่สามารถประสานงานกันเพื่อดูแลประชาชนได้ดี มีการตรวจคัดแยกผู้ติดเชื้อและกลุ่มเสี่ยงที่รวดเร็ว ทำให้การแพร่ระบาดในพื้นที่ลดลง โดยพบว่าภายหลังการดำเนินการตามแนวทางแล้วจำนวนผู้ป่วยโควิด-19 ในพื้นที่อำเภอพระประแดงลดลง พบกลุ่มเสี่ยง/สงสัยโควิด-19 102 ราย เมื่อวันที่ 15 กันยายน พ.ศ. 2564 จากรายงานควบคุมโรคสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพระประแดง⁽¹⁴⁾ อัตราการคัดกรองผู้ป่วยสงสัยโควิด-19 ในคลินิกทางเดินหายใจแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางจากจากเดิมเฉลี่ยวันละ 80 ราย ลดลงเหลือเพียงวันละ 35 ราย อัตราผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากเดิมเฉลี่ย 110 ราย ลดลงเหลือเพียง 50 ราย และไม่พบผู้ติดเชื้อที่การเสียชีวิตที่บ้าน

■ สรุป

ผลการวิจัยพบว่า อำเภอพระประแดงมีพื้นที่ติดต่อกับกรุงเทพมหานครและสมุทรสาคร มีสถานประกอบการและโรงงานอุตสาหกรรม

มากมาย มีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่น มีการเคลื่อนย้ายแรงงานตลอดเวลา ทำให้มีการระบาดของโรคโควิด-19 เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดปัญหา 1) การสื่อสารระหว่างหน่วยงาน 2) การบริหารจัดการทรัพยากรคน เงิน ของ 3) การป้องกันควบคุมโรคในสถานประกอบการก็นำไปสู่การพัฒนาแนวทางการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ในอำเภอ ภายใต้การนำของ ศปก.อ. ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 2) บริหารจัดการเรื่องเงินงบประมาณให้เหมาะสมต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน 3) การบริหารทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ 4) การป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ในสถานประกอบการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นการทำงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ผล สร้างการบูรณาการร่วมกันในพื้นที่เพื่อประโยชน์ต่อประชาชน ส่งผลให้การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ของอำเภอพระประแดงมีประสิทธิภาพสูงสุดภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากร

■ ข้อเสนอแนะในการประยุกต์ใช้

1. นำเสนอผลการวิจัยต่อที่ประชุมคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอพระประแดง เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาแนวทางรับมือโรคระบาดในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต

2. นำแนวทางที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินการควบคุมป้องกันโควิด-19 ในพื้นที่ที่มีการระบาดคล้ายกันโดยการนำเสนอผ่านทางวารสารวิชาการ หรืองานประชุมวิชาการต่างๆ เพื่อต่อยอดในการดำเนินงานต่อไป

■ ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การศึกษาโดยถอดบทเรียนเกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ในพื้นที่อำเภอพระประแดงเพื่อพิจารณาถึงปัจจัยความสำเร็จและผลการควบคุมป้องกัน

2. การศึกษาการวิจัยและพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานการควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ในภาพรวมของจังหวัดสมุทรปราการ

วิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ที่อนุมัติให้ทำงานวิจัย ผู้ประสานงานเก็บเรียบเรียงข้อมูลและคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอพระประแดงทุกท่านที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่องานวิจัย

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการ

เอกสารอ้างอิง

1. Hessen MT. Novel coronavirus information center: expert guidance and commentary [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 15]. Available from: <https://www.elsevier.com/connect/coronavirusinformation-center>.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 5 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation.php>.
3. คลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center – HDC) กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ณ วันที่ 16 เมษายน พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2564] เข้าถึงได้จาก: <http://www.spko.moph.go.th/>
4. วันฉัตร ชินสุวาทย์. พฤติกรรมการป้องกันตนเองและผลกระทบของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต่อครอบครัวผู้ติดเชื้อในเขตพื้นที่อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2564;44(4):72-85.
5. บุญเรือน ทองทิพย์. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กับศักยภาพของผู้นำต่อการพัฒนาองค์กรแบบ New Normal. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยาเชิงพุทธ 2563;5(11):434-47
6. ศจี อนันต์พคุณ. กลวิธีการบริหารงานอย่างมีประสิทธิภาพ. สงขลา: ชลบุตรกราฟฟิก; 2542.
7. พัฒน์นรี อัจวงค์, จิตติวีร์ วงศ์สูง. ประสิทธิภาพการบริหารจัดการงบประมาณมหาวิทยาลัย มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตภาคเหนือ. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร 2559;4(1):73-89.
8. ศรีเรือน ดีพูน. ประสิทธิภาพของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอในพื้นที่นำร่องอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน 2562;7(2):263-81.
9. วรวงษ์ เอี่ยมสำอาง. การศึกษารูปแบบการติดต่อสื่อสารภายในและภายนอกองค์กรที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานของพนักงานระดับปฏิบัติการในเขตกรุงเทพมหานคร [บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ; 2557.
10. วิไล ชัยสมภาร. ผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติราชการของพนักงานเทศบาลในจังหวัดลำพูน. วารสารการจัดการสมัยใหม่ 2559;14(1):153-68.
11. สมส่วน สว่าง. การบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งสังกัดกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2560.
12. Majdouline M. The impact of Novel Coronavirus (Covid-19) on the Global Oil and Aviation Markets. Journal of Asian Scientific Research 2020;10(2):96-104.
13. กรมควบคุมโรค. คู่มือมาตรการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่เฉพาะ (Bubble and Seal) สำหรับสถานประกอบกิจการ. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
14. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพระประแดง. รายงานการเฝ้าระวังควบคุมโรค ณ วันที่ 3 กันยายน พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ppdho9.wordpress.com/>.

การพัฒนาอำเภอต้นแบบสุขภาพดี เขตสุขภาพที่ 4 แบบมีส่วนร่วม ปี 2563

กาญจนา คงศักดิ์ตระกูล

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี

เพชรรา ชวนะพันธ์

ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี

ศัทธิตยา พลอยวงษ์

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี

ประจวบ แสงดาว

ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี

วันรับ 4 มีนาคม 2565, วันแก้ไข 1 มิถุนายน 2565, วันตอบรับ 1 กรกฎาคม 2565.

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาอำเภอในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ให้เป็นพื้นที่อำเภอต้นแบบสุขภาพดี ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในพื้นที่ 8 จังหวัด ๆ ละ 1 อำเภอ ด้วยวิธีการพัฒนาศักยภาพผู้นำด้านสุขภาพจากหน่วยงานและชุมชน ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงจำนวน 3 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้สนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบาย 2) กลุ่มผู้นำด้านสุขภาพ และ 3) ประชาชนในพื้นที่ กระบวนการวิจัยมี 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการ ขั้นลงมือปฏิบัติ และขั้นประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ สันทนาการ และแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30.2ส. กลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง ปี พ.ศ.2561 ของกองสุขภาพศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการพัฒนาอำเภอต้นแบบสุขภาพดีแบบมีส่วนร่วมโดย 1) พัฒนาศักยภาพกลุ่มผู้นำด้านสุขภาพด้วยวิธีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสื่อสาร และการฝึกทักษะการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1.ขั้นวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2.ขั้นทำความเข้าใจกับปัญหา/การตัดสินใจ/กำหนดข้อตกลงร่วมกัน 3.ขั้นวางแผน กำหนดกิจกรรมชุมชนแบบมีส่วนร่วม 4.ขั้นการดำเนินงานตามกิจกรรม และ 5.ขั้นติดตามผล 2) จากการประเมินผลพบกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้สุขภาพตามหลัก 30.2ส. และมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ กลุ่มตัวอย่างที่มีค่าน้ำหนักเกินและมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เกิน มีค่าน้ำหนักตัวลดลงผ่านเกณฑ์ ซึ่งชี้ถึงแนวโน้มสุขภาพดีจากพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ข้อเสนอแนะจากการศึกษา กลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบควรเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและสร้างกลไกการทำงานผ่านผู้นำด้านสุขภาพขององค์กรในชุมชน สื่อสารกับประชากรกลุ่มเสี่ยงผ่านกระบวนการความรู้ด้านสุขภาพ สร้างค่านิยมร่วมและกตึกาเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพจนเกิดเป็นวัฒนธรรมการจัดการลดเสี่ยง

คำสำคัญ : พัฒนารูปแบบ มีส่วนร่วม อำเภอต้นแบบสุขภาพดี

Healthy District Participatory Development of Health area 4th , 2020

Kanchana Kongsaktragool

The Office of Disease Prevention and Control 4th Saraburi

Petchara Chawanapun

Health Promotion Center 4th Saraburi

Cataliya Ploywongs

The Office of Disease Prevention and Control 4th Saraburi

Prajuab Sangdaw

Health Promotion Center 4th Saraburi

Received 4 March 2022, Revised 1 June 2022, Accepted 1 July 2022.

Abstract

This participatory action research (PAR) aimed to develop healthy district model by community-based approach through the District Health Board (DHB) mechanism in 8 districts from 8 provinces in Health area 4th by developing the potential of health leaders from public sectors and communities. The samples were purposively selected and consisted of 1) policy supporters 2) health leaders and 3) local residents. PAR processes were conducted in 3 steps (preparation, action and evaluation). Qualitative data was collected via in-depth interview, focus group and quantitative data was collected by questionnaire on health literacy and health behavior according to 3E2S (Eating, Exercise, Emotion, Stop smoking, and Stop drinking) people aged 15 years and over 2018 revised edition, Health Education Division, Department of Service Health Support, Ministry of Public Health and analyzed by descriptive statistics. It was showed that the healthy district model in health area 4th was 1) developing the potential of health leaders by knowledge sharing, communication and training on operating skill in 5 elements. There were NCDs problem identification, making decision and agreement, participatory planning, operating and evaluation. Results found that the health literacy of 3E2S health behaviors and decreasing in body weight of the samples were through the criteria, which indicated the trend of good health from their self-care. Recommendations : key strategy in the model area should emphasize the process of participation from all sectors and develop working mechanisms through community health leaders, communicate to risk populations by health literacy process, setting shared values and rules of health risk factors reduction and control until becoming culture.

Keywords : model development, participation, District Health model

■ บทนำ

จากการเปลี่ยนแปลงของกระแสโลกาภิวัตน์ ระบบทุนนิยมและเทคโนโลยีการสื่อสารไร้พรมแดน ส่งผลทำให้วิถีชีวิตของคนไทย

เป็นบริบทนิยมเกิดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ รวมถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและทำลายสุขภาพ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อหรือโรคจาก

วิถีชีวิตที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น พบสาเหตุการตายส่วนใหญ่ของคนไทยเกิดจากโรคไม่ติดต่อมากถึงร้อยละ 60 โดยสาเหตุหลักร้อยละ 90 เกิดจากพฤติกรรม⁽¹⁾

โรคไม่ติดต่อหรือโรคจากวิถีชีวิตในประเทศไทยที่สำคัญ มี 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง มีผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวปีละ 97,900 คนหรือประมาณ 1 ใน 3 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด การลดเสี่ยงลดโรคดังกล่าวทำได้ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้ห่างไกลจากปัจจัยเสี่ยง 3อ.2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สุรา สูบบุหรี่)⁽¹⁾

องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดค่าเป้าหมายในแผนปฏิบัติการสุขภาพให้แต่ละประเทศดำเนินการให้บรรลุ 9 ค่าเป้าหมายภายในปี 2568 โดยลดการป่วยและการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง คือ อัตราตายก่อนวัยอันควรลดลงร้อยละ 25.0 ความชุกของโรคเบาหวานไม่เพิ่มขึ้น และความชุกของโรคความดันโลหิตสูงลดลงร้อยละ 25.0⁽²⁾

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ข้อมูล ณ วันที่ 16 ตุลาคม 2562 จากข้อมูล Health Data Centre : HDC ของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2562 แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 มีอัตราการเพิ่มขึ้นแบบต่อเนื่อง ดังเช่น โรคความดันโลหิตในปีงบประมาณพ.ศ. 2561 เพิ่มจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 จำนวน 1.8 เท่า และโรคเบาหวานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 เพิ่มจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 จำนวน 1.7 เท่า แสดงถึงความรุนแรงของโรคยังสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง หากปล่อยให้สถานการณ์ดำเนินไปโดยมิได้ดำเนินการสกัดกั้นปัญหาอย่างจริงจังจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่

องค์การอนามัยโลกได้เสนอว่าในการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำเป็นต้องใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกำหนดที่เหมาะสม โดยเน้นการดำเนินการประชากรที่ยังไม่ป่วย ดังนี้ 1) การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้ประชากรห่างไกลโรคไม่ติดต่อ 2) การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรม 3) การเพิ่มความตระหนักในความเสี่ยงของประชากรโดยอาศัยการปฏิบัติการของชุมชน และองค์กร และ 4) การป้องกันและควบคุมโรค เพื่อลดระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรค บรรเทาความรุนแรงของโรค ชะลอเวลาเริ่มต้นของความพิการจากภาวะแทรกซ้อน เพิ่มอายุขัยของผู้ป่วย และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลในระยะยาว⁽³⁾

กระบวนการมีส่วนร่วมเป็นกลวิธีหนึ่งในการแก้ไขปัญหาสำคัญของชุมชน ถือว่าเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ทำให้เกิดความยั่งยืน โดยที่ประชาชนในชุมชนเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาของชุมชน เป็นผู้กำหนดปัญหา วิเคราะห์ปัญหา ตลอดจนจนแนวทางแก้ไขปัญหาโดยชุมชนเองทั้งที่เป็นความรู้ดั้งเดิมหรือเป็นภูมิความรู้ใหม่ๆ ที่ชุมชนได้เรียนรู้เพิ่มเติมว่าเหมาะสมกับชุมชนในการแก้ไขปัญหา⁽⁴⁾ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ปรับแนวคิดด้านสุขภาพเน้นการ “สร้างสุขภาพ” มากกว่า “ซ่อมสุขภาพ” ด้วยการส่งเสริมสุขภาพประชาชนที่ยังไม่ป่วยและป้องกันโรคไม่ให้เกิดขึ้นเพื่อลดภาระทางด้านการรักษาพยาบาลและยังทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีด้วยการจัดกิจกรรมในชุมชนเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น การสนับสนุนให้ประชาชนมีพฤติกรรมออกกำลังกาย การเพิ่มการรับประทานผักและลดไขมัน⁽⁵⁾ ดังนั้นเป้าหมายของการพัฒนาสุขภาพจึงถือว่าเป็นรากฐานสำคัญ

นโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ เป็นกลไกสำคัญสู่การบรรลุในการเสริมสร้าง

ให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วย การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 มุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกัน ในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป⁽⁶⁾

ด้วยเหตุนี้ คณะผู้ศึกษาจึงได้นำแนวคิดกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ทั้งภาครัฐ ภาคท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน ร่วมกันขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพไปพร้อมๆ กันด้วยกระบวนการร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและความต้องการแก้ไข ร่วมวางแผนกำหนดกิจกรรมในพื้นที่ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการสนับสนุนและผลักดันนโยบายร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายในพื้นที่และเกิดอำเภอต้นแบบสุขภาพดีของพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ต่อไป

■ **วัตถุประสงค์การศึกษา**

เพื่อพัฒนาอำเภอต้นแบบสุขภาพดี ตามหลัก 3อ.2ส. ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การลดภาวะเครียดทางอารมณ์ การลดละการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และงดการสูบบุหรี่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

■ **วิธีการศึกษา**

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) จากแนวคิดการใช้ชุมชนเป็น

ฐาน (Community-Based Approach) ในการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชนด้วยการเพิ่มศักยภาพของชุมชนแบบมีส่วนร่วมระหว่างทีมวิจัยและชุมชนประสานการทำงานในพื้นที่โดยใช้การมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนในการเสริมศักยภาพแก่กลุ่มผู้นำด้านสุขภาพด้วยวิธีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสื่อสาร และการฝึกทักษะการดำเนินงาน เพื่อมุ่งหวังให้เป็นผู้นำด้านสุขภาพในพื้นที่และเป็นพื้นที่ต้นแบบด้านสุขภาพ

● **ระยะเวลาการศึกษา และพื้นที่ศึกษา**

ระยะเวลาการศึกษา ดำเนินการศึกษา ระหว่าง เดือนธันวาคม พ.ศ.2562 - สิงหาคม พ.ศ. 2563 รวมทั้งสิ้น 9 เดือน

พื้นที่ศึกษา คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ดังนี้

ระดับจังหวัด ดำเนินการศึกษาทุกจังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วย จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา อ่างทอง ลพบุรี สิงห์บุรี สระบุรี และนครนายก รวม 8 จังหวัด แต่ละจังหวัดคัดเลือก 1 อำเภอ รวม 8 อำเภอ เป็นอำเภอที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ได้คัดเลือกปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นประเด็นในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาของพื้นที่ในปีงบประมาณ พ.ศ.2562 ประชาชนและเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ยินดีและสมัครใจที่จะสนับสนุนให้เกิดประเด็นการพัฒนา และแก้ไข ปัญหา ของ พื้นที่เพิ่มเติมจากปีงบประมาณ พ.ศ.2562

ระดับอำเภอ เลือกตำบล 1 ตำบล ตามมติของประธานและเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ได้ร่วมกันพิจารณาเห็นชอบว่าเป็นตำบลที่มีความพร้อมและสมัครใจที่จะร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวม 8 ตำบล

ระดับตำบล เลือก 1 หมู่บ้าน โดยคัดเลือกหน่วยงานในพื้นที่ที่มีความพร้อมและผู้บริหารสมัครใจที่จะร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลละ 2 หมู่บ้าน รวม 16 หมู่บ้าน

● **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย

ประชากร คือ ประชาชนทุกกลุ่มอายุ 18 ปีขึ้นไป มีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จาก 8 จังหวัด ๆ ละ 1 อำเภอ ๆ ละ 1 ตำบล รวมจำนวน 8 ตำบล จำนวนประชากร 49,732 คน

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น

1) กลุ่มผู้สนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบายในพื้นที่ ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ประกอบด้วยประธานและเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จาก 8 จังหวัด ๆ ละ 1 อำเภอ ๆ ละ 2 คน รวม 16 คน

2) กลุ่มผู้นำด้านสุขภาพ เป็นบุคคลที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นผู้คัดเลือกให้เป็นผู้นำด้านสุขภาพ โดยสมัครใจจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ศาสนสถาน โรงเรียน และชุมชนจากอำเภอ ๆ ละ 15 คน รวม 120 คน

3) กลุ่มประชาชนในพื้นที่ ได้แก่ ประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลที่เป็นพื้นที่ตัวอย่าง จำนวน 8 ตำบล ที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ คือ ประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างตามสูตรจากตารางสำเร็จรูปของ Taro Yamane (เพ็ญแข แสงแก้ว)⁽⁷⁾ เป็นตารางที่ใช้หาขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากรขนาดตัวอย่างที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เมื่อความคลาดเคลื่อน (e) เป็น 3% จะได้ขนาดตัวอย่าง 1,087 คน จากประชากรทั้งสิ้น จำนวน 49,732 คน

การสุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) คณะผู้ศึกษาได้ชี้แจงผู้นำด้านสุขภาพถึงวิธีการสอบถามกลุ่มตัวอย่างผ่านแบบสอบถามด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างทุกคน เนื่องจากข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลหลังจากอธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย และการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่างตามเอกสาร ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม อธิบายเกี่ยวกับแบบสอบถามแต่ละส่วนให้กับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล รวบรวมแบบสอบถามคืน และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม เนื่องจากจำกัดด้วยเวลาและสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) จึงให้เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต.ในพื้นที่ศึกษาเป็นผู้เก็บแบบสอบถามให้

● เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In depth - interviews) แบบมีโครงสร้างของข้อคำถามทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ในประเด็นการกำหนดนโยบายโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ การสร้างเครือข่ายสนับสนุนงานในพื้นที่ และปัญหาอุปสรรคจากการดำเนินงาน

2. แบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. กลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง ปี พ.ศ.2561 ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข⁽⁸⁾ โดยมุ่งพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. คือ อ1: อาหาร อ2: การออกกำลังกาย อ3: อารมณ์ ส1: สูบบุหรี่ และ ส2: สุรา จำนวน 5 ตอน 32 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป (7 ข้อ) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. (6 ข้อ) การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และรู้เท่าทันสื่อตามหลัก 3อ.2ส.

(10 ข้อ) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. (3 ข้อ) และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. (6 ข้อ)

เกณฑ์การประเมินผล ตามแนวทาง กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

การศึกษา แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ ชั้นเตรียมการ ชั้นลงมือปฏิบัติ และชั้นประเมินผล

ชั้นเตรียมการ

1. ศึกษาข้อมูลปัญหาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 เพื่อกำหนดพื้นที่เป้าหมายและวางแผนการศึกษา

2. ประสานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 8 จังหวัด คัดเลือกจังหวัดละ 1 อำเภอ รวม 8 อำเภอ ซึ่งเป็นอำเภอที่ประชาชนและเลขาธิการกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

3. เสนอข้อมูลสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และแนวทางการศึกษาแบบมีส่วนร่วมต่อประชาชนและเลขาธิการกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

4. ประชาชนและเลขาธิการกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คัดเลือกตำบลแห่งละ 1 ตำบล รวม 8 ตำบล

5. สัมภาษณ์ประชาชนและเลขาธิการกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ประเด็นการนำนโยบายโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสู่การปฏิบัติ

ชั้นลงมือปฏิบัติ การพัฒนาศักยภาพผู้นำด้านสุขภาพ 5 ขั้นตอน โดยประยุกต์จาก คู่มือแนวทางการพัฒนาสถานที่ทำงาน สถานประกอบการและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ กรมอนามัย⁽⁹⁾ ด้วยวิธีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสื่อสาร และการฝึกทักษะการดำเนินงาน ประกอบด้วย 1. ชั้นวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาโรคไม่ติดต่อ

เรื้อรัง 2. ชั้นทำความเข้าใจกับปัญหา/การตัดสินใจ/กำหนดข้อตกลงร่วมกัน 3. ชั้นวางแผนกำหนดกิจกรรมชุมชนแบบมีส่วนร่วม 4. ชั้นการดำเนินงานตามกิจกรรมชุมชน และ 5. ชั้นติดตามผล

ชั้นประเมินผล วัดความสำเร็จจากผลลัพธ์สุขภาพจากแบบสอบถามประชากรกลุ่มตัวอย่าง ใน 3 ประเด็น คือ 1) ระดับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพระดับดี - ดีมากไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 2) ระดับการมีพฤติกรรมสุขภาพระดับดี-ดีมากไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 และ 3) ค่าน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ในผู้ที่มีน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายเกิน ลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 30

● **การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล** เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสังเกต วิเคราะห์และสรุปเนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมกรมอนามัย เลขที่ 370 วันที่ 7 มกราคม 2563

■ **ผลการศึกษา**

1. ชั้นเตรียมการ

1. ผลการจัดทำสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเขตสุขภาพที่ 4 ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล 5 ปี (ปี พ.ศ.2559-2563) พบว่า สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง จากร้อยละ 11.38 เป็นร้อยละ 14.09 เพิ่มขึ้นร้อยละ 23.73 โรคเบาหวาน จากร้อยละ 5.14 เป็นร้อยละ 6.60 เพิ่มขึ้นร้อยละ 28.40 โรคหลอดเลือดสมอง จากร้อยละ 0.35 เป็นร้อยละ 0.69 เพิ่มขึ้นร้อยละ 97.14 และโรคหัวใจและ

ลดลงเหลือ จากร้อยละ 0.48 เป็นร้อยละ 0.75 เพิ่มขึ้นร้อยละ 100

2. ผลการคัดเลือกพื้นที่ต้นแบบสุขภาพดี ในพื้นที่ 8 จังหวัด 8 อำเภอ และ 8 ตำบล ได้แก่ 1) ตำบลบางกร่าง อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 2) ตำบลบึงสนั่น อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี 3) ตำบลอุทัย อำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 4) ตำบลมลงคลธรรมนิมิต อำเภอสามโก้ จังหวัดอ่างทอง 5) ตำบลช่องสาริกา อำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี 6) ตำบลพักทัน อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี 7) ตำบลไผ่ต่า อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี และ 8) ตำบลดงละคร อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก

3. ระดับค่าดัชนีมวลกายของประชากรกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อำเภอต้นแบบสุขภาพดี ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2563 พบว่าส่วนใหญ่น้ำหนักตัวอยู่เกณฑ์ปกติ (BMI 18.50 – 22.99) อยู่ระหว่างร้อยละ 43.34–66.48 รองลงมา น้ำหนักตัวอ้วนระดับ 1 หรืออ้วน (BMI 25.00 – 29.99) อยู่ระหว่าง ร้อยละ 7.57–25.74 น้ำหนักตัวเกินหรือท้วม (BMI 23.00 – 24.99) อยู่ระหว่างร้อยละ 10.31–25.05 อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าเกณฑ์ (BMI น้อยกว่า 18.50) อยู่ระหว่างร้อยละ 2.22–12.49 และน้ำหนักตัวอ้วนระดับ 2 หรืออ้วนมาก (BMI 30.00 ขึ้นไป) อยู่ระหว่างร้อยละ 3.08–10.18 แสดงถึงความไม่สมดุลของการบริโภคอาหาร

4. นโยบายการปฏิบัติในพื้นที่ การสัมภาษณ์ประชาชนและเลขาธิการกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) ในพื้นที่จำนวน 16 คน ผลการสัมภาษณ์การนำนโยบายโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสู่การปฏิบัติ ดังนี้

4.1 ขนาดและความรุนแรงของปัญหาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งนี้เกิดจากกระแสธุรกิจที่เปลี่ยนแปลงไป มีการใช้เทคโนโลยีอำนวยความสะดวก

สะดวกมากขึ้น ประชาชนใช้ชีวิตที่เร่งรีบ ผู้บริโภคต้องการความสะดวกสบายและขาดความตระหนักถึงการดูแลสุขภาพตนเองเป็นสาเหตุที่เอื้อต่อการเกิดปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

4.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่และหน่วยงานวิชาการที่สนับสนุนงานในพื้นที่ มีลักษณะการทำงานในพื้นที่เป็นครั้งๆ ไม่ต่อเนื่อง มักจัดทำเป็นโครงการรูปแบบรณรงค์เป็นช่วงๆ ขาดการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานและรูปแบบการทำงานมักเป็นแบบแยกส่วนเป็นเรื่องๆ ตามความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงาน ขาดการบูรณาการวิธีการทำงานเนื่องจากมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการจัดการด้านงบประมาณ การบริหารจัดการ ปฏิบัติตามข้อสั่งการของหน่วยงานส่วนกลางและเน้นด้านบริการสุขภาพมากกว่าการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค

4.3 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ยังขาดกลไกการประสานการดำเนินงานระหว่างองค์กรภายในและนอกพื้นที่ที่ชัดเจน

4.4 พื้นที่ยังขาดการพัฒนาศักยภาพผู้นำด้านสุขภาพ (Health Leader) ในองค์กรและหน่วยงานในพื้นที่เพื่อเชื่อมการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ

4.5 การบังคับใช้กฎหมายในพื้นที่ เช่น สุรา และบุหรี่ ยังไม่ค่อยได้ผลเท่าที่ควร

2. ชั้นลงมือปฏิบัติ

การพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพ 5 ขั้นตอน

1. **ขั้นวิเคราะห์ปัญหา** ด้วยกระบวนการกลุ่มสนทนา เริ่มจากกลุ่มแกนนำสุขภาพวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของตนเอง ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และชุมชนในพื้นที่ พบว่า มีจำนวนกลุ่มผู้นำด้านสุขภาพ 114 คน ที่เข้าร่วมกลุ่มสนทนา คิดเป็นร้อยละ 95 ของผู้นำด้านสุขภาพทั้งหมด (120 คน) ผลการสนทนางานกลุ่ม มีดังนี้

1.1 สถานสุขภาพของผู้นำด้านสุขภาพ

- ร้อยละ 17.54 (20 คน) ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 3.51 (4 คน) และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 14.04 (16 คน)

- ร้อยละ 36.84 (42 คน) พบว่า มีครอบครัวสายตรงป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (กรรมพันธุ์) จำแนกเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 22 คน (ร้อยละ 19.30) และโรคเบาหวาน จำนวน 20 คน (ร้อยละ 17.54)

- ร้อยละ 35.09 (40 คน) ของผู้นำด้านสุขภาพ มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ รองลงมา ร้อยละ 29.82 (34 คน) อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกินหรืออ้วนระดับ 1 ร้อยละ 26.32 (30 คน) อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกินหรืออ้วน และร้อยละ 8.77 (10 คน) อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกินหรืออ้วนระดับ 2

1.2 ด้านสภาพแวดล้อม พบว่า ปัญหาสุขภาพในพื้นที่เกิดจากการดำรงชีวิตที่เร่งรีบ มีพฤติกรรมบริโภคหวาน มัน เค็ม อาหารที่มีไขมันสูง การซื้ออาหารถุง อาหารปรุงสำเร็จ มีตลาดนัดและร้านสะดวกซื้อมากมายในพื้นที่ขาดการออกกำลังกายในกลุ่มวัยทำงาน ขาดความเข้าใจในเรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมในกลุ่มเกษตรกร ปัญหาเศรษฐกิจ ความเครียด ขาดการตระหนักต่อภาวะโรคที่อาจเกิดขึ้น และการดื่มสุรา-สูบบุหรี่ ของประชาชนในชุมชน

1.3 ด้านการได้รับคำแนะนำและการสนับสนุนจากบุคคลในพื้นที่ พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.0 ได้รับการให้คำปรึกษาและแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 92.1 ส่วนใหญ่จากอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่

2. **ขั้นทำความเข้าใจกับปัญหา/การตัดสินใจ/กำหนดข้อตกลงร่วมกัน** พบว่า กลุ่มผู้นำด้านสุขภาพเห็นพ้องว่าปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาของพื้นที่และนับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น หากไม่ร่วมมือกันป้องกันอนาคต

ข้างหน้าประชาชนจะเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น เป็นภาวะกับคนในชุมชนและภาระทางสังคม ซึ่งปัจจุบันพบผู้ป่วยติดเตียงมากขึ้นและเห็นด้วยว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3อ.2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา) น่าจะส่งผลทำให้ประชาชนในพื้นที่ที่มีสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งนี้ต้องอาศัยความร่วมมือกับทุกหน่วยงานในพื้นที่และนำไปสู่พื้นที่ต้นแบบสุขภาพที่ดี แต่ต้องใช้เวลา

3. **ขั้นวางแผนและกำหนดกิจกรรมในพื้นที่** กลุ่มผู้นำด้านสุขภาพได้ร่วมกันกำหนดกิจกรรมตามรูปแบบขององค์กรและชุมชน โดยกิจกรรมการสร้างสุขภาพในพื้นที่ที่สำคัญ คือ มีประกาศนโยบายสร้างสุขภาพในพื้นที่ เน้นการตรวจคัดกรองประเมินสุขภาพกลุ่มเสี่ยง ให้ความรู้ในเรื่อง 3อ.2ส. แก่เจ้าหน้าที่ในองค์กร เด็กนักเรียน พระ ผู้ประกอบการร้านค้า และประชาชนผ่านเสียงตามสาย ส่งเสริมให้มีเมนูสุขภาพในชุมชน ปันโตสุขภาพ เสริมสร้างสุขภาพในเด็ก อ้วน บุคลากรในหน่วยงาน จัดพื้นที่ออกกำลังกาย และการให้คำปรึกษาเรื่องสุรา บุหรี่ และสุขภาพจิต เป็นต้น

4. **ขั้นการดำเนินงานตามกิจกรรมในพื้นที่** กลุ่มผู้นำด้านสุขภาพในพื้นที่นำเสนอกิจกรรมในพื้นที่ต่อประธานและเลขาธิการกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เทศบาลเป็นพี่เลี้ยงให้การสนับสนุนและเน้นการขับเคลื่อนมาตรการชุมชนตามหลัก 3อ.2ส. ในรูปแบบองค์กรภายใน

5. **ขั้นติดตามผล** โดยคณะผู้ศึกษาและผู้แทนจากคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพอำเภอ (พชอ.) เยี่ยมเสริมพลัง และสนับสนุนองค์ความรู้ เอกสารประกอบการดำเนินงานในพื้นที่

3. **ขั้นประเมินผล**

กำหนดการวัดผลสำเร็จและความ

ก้าวนำการดำเนินการอำเภอต้นแบบสุขภาพดี จากเป้าหมาย 3 ด้าน คือ 1) ประชาชนมีระดับ ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี - ดีมาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 2) ประชาชนมีระดับ พฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับดี - ดีมากไม่น้อย กว่าร้อยละ 60 และ 3) ค่าน้ำหนักและค่าดัชนีมวล กาย (BMI) ของประชาชนในพื้นที่ต้องลดลงไม่ น้อยกว่าร้อยละ 30 ในการประเมินผลครั้งนี้ใช้แบบ เก็บข้อมูลครั้งเดียวหลังการดำเนินงาน (Post-test Only Design) เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) จึงมี ข้อจำกัดในการลงพื้นที่ คณะผู้ศึกษาจึงปรับ รูปแบบการเก็บข้อมูลโดยชี้แจงแบบสอบถามและ แนวทางปฏิบัติให้แก่อาสาสุขภาพเป็นผู้ดำเนินการ ผ่านการตรวจสอบจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ด้าน สุขภาพ มีดังนี้

ประชากรกลุ่มตัวอย่างตอบ แบบสอบถามจำนวนทั้งสิ้น 985 คน คิดเป็น ร้อยละ 90.62 ของประชากรกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (1,087 คน) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่า เพศชาย (เพศหญิง ร้อยละ 62.54) อายุเฉลี่ย 46.46 ปี อายุต่ำสุด 15 ปี อายุสูงสุด 89 ปี ส่วนใหญ่ มีช่วงอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 24.57

รองลงมาช่วงอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 23.65 สถานะ สมรสคู่ ร้อยละ 55.23 จบการศึกษาระดับปริญญา ตรีขึ้นไป ร้อยละ 34.21 อาชีพใช้แรงงาน เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 33.50 รองลงมารับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 24.16 และร้อยละ 73.91 ไม่เจ็บป่วยด้วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง

เป้าหมายที่ 1 ประชาชนมีระดับ ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ อยู่ในระดับดี - ดีมากไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60 พบว่า ระดับความ รอบรู้ทางด้านสุขภาพ (6 องค์ประกอบ) ตามหลัก 3อ.2ส. ของประชากรกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 67.61) เมื่อจำแนกรายองค์ประกอบ พบว่า องค์ประกอบที่อยู่ในระดับดี-ดีมาก 2 องค์ประกอบ คือ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. (ร้อยละ 64.77) และการตัดสินใจเลือก ปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. (ร้อยละ 80.91) ส่วนอีก 4 องค์ประกอบอยู่ในระดับพอใช้และไม่ดี ดังตารางที่ 1

เป้าหมายที่ 2 ประชาชนมีระดับ พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีถึงดีมาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ พอใช้ รองลงมาคือ ระดับดี - ดีมาก และไม่ดี

ตารางที่ 1 ระดับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง (n=985)

ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ	ดี - ดีมาก พอใช้ ไม่ดี		
	ร้อยละ (จำนวน)		
ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.	64.8 (638)	31.47 (310)	3.76 (37)
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.	15.9 (157)	17.66(174)	66.40 (654)
การสื่อสารสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.	20.6 (203)	33.71 (332)	45.69 (450)
การจัดการตนเองตามหลัก 3อ.2ส.	10.6 (104)	24.37 (240)	65.08 (641)
การรู้เท่าทันสื่อตามหลัก 3อ.2ส.	18.1 (178)	16.24 (160)	65.69 (647)
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส.	80.9 (797)	15.84 (156)	3.25 (32)
ภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ	10.3 (101)	22.13(218)	67.61(666)

ตารางที่ 2 ระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มตัวอย่าง (n=985)

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	ดี - ดีมาก			รวม
	พอใช้	ไม่ดี	ร้อยละ (จำนวน)	
ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	33.0 (325)	36.5 (360)	30.5 (300)	100.0 (985)

ตารางที่ 3 ผลการประเมินค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง (n=985)

ผลการประเมิน	ลดลง			รวม
	คงที่	เพิ่มขึ้น	ร้อยละ (จำนวน)	
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)	7.3 (72)	87.8 (865)	4.9 (48)	100.0 (985)
ค่าน้ำหนัก	30.1 (296)	50.2 (494)	19.8 (195)	100.0 (985)

คิดเป็นร้อยละ 36.5, 33.0 และ 30.5 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

เป้าหมายที่ 3 ค่าน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของประชาชนในพื้นที่ต้องลดลง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 พบว่า ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่น้ำหนักและค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เกิน มีค่าน้ำหนักลดลงร้อยละ 30.1 และค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ลดร้อยละ 7.3 ดังตารางที่ 3

■ อภิปรายผล

การพัฒนาอำเภอต้นแบบสุขภาพดี เขตสุขภาพที่ 4 แบบมีส่วนร่วม ปีงบประมาณ พ.ศ.2563 ในครั้งนี้ได้ใช้กระบวนการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบตามแนวคิดทฤษฎีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยชุมชนเป็นฐานในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามหลักการมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างพลังอำนาจในการขับเคลื่อนการทำงานของพื้นที่ จากการดำเนินงานพบแนวโน้มสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ต้นแบบดีขึ้น สังเกตจากค่าน้ำหนักตัวที่ลดลงร้อยละ 30.1 และค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลงร้อยละ 7.3 ซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดเบื้องต้นของการดูแลตนเองจากกระบวนการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบสุขภาพดี นอกจากนี้ยังรวมถึงปัจจัยสภาพแวดล้อมของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ด้วย

1. ระดับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ (6 องค์ประกอบ) ตามหลัก 3อ.2ส. ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า องค์ประกอบที่อยู่ในระดับดี-ดีมาก คือ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.(ร้อยละ 64.8) และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ตามหลัก 3อ.2ส.(ร้อยละ 80.9) น่าจะเป็นผลทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับพอใช้ถึงดีมาก ร้อยละ 69.5 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ขึ้นาก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁰⁾ และการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและการเกิดโรคในประชาชน เช่น การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹¹⁾ ส่วนอีก 4 องค์ประกอบส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการประเมินอยู่ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ทำให้ประชาชนให้ความสนใจกับทำอะไรไม่ให้เกิดเชื้อจากโรคดังกล่าว

ในแง่พฤติกรรมสุขภาพพบว่า ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 36.5) และระดับดี-ดีมาก (ร้อยละ 33.0) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁽¹²⁾ ผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) ประเด็น 3อ.2ส. ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2557-2560 พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี รองลงมาในระดับพอใช้-ดี และปี พ.ศ. 2561 พฤติกรรมสุขภาพมีแนวโน้มอยู่ในระดับที่ดีขึ้นปี พ.ศ. 2560 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้-ดี และรองลงมาอยู่ในระดับไม่ดี

2. ปัญหาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่อำเภอต้นแบบ ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ พบว่ายังมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจและหลอดเลือดในทุกพื้นที่ จากข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุขซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทยนั้น กลุ่มโรคไม่ติดต่อยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับสถานการณ์ระดับโลก จากการรายงานข้อมูลของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค รายงานสถานการณ์โรค NCDs ระหว่างปี พ.ศ.2557-2561 พบอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประชากรไทย โดยในปี พ.ศ. 2561 สาเหตุการตาย 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็งรวมทุกประเภท รองลงมาคือ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 123.3,

47.1 และ 31.8 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁽¹³⁾ การที่จะสามารถป้องกัน/ลดโรคเหล่านี้ได้จำเป็นที่จะต้องจัดการแก้ไขที่สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงหลักคือพฤติกรรมเสี่ยงของบุคคลด้วยการมุ่งเน้นกลยุทธ์การสร้างเสริมให้คนไทยทุกคนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเนื่องจากบุคคลที่ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่างๆ จะส่งผลต่อการใช้ข้อมูลข่าวสารและการเข้ารับบริการ อาทิ ในเรื่องการดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง การป้องกันโรค และหากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำย่อมจะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพโดยรวม กล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มมากขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น

3. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม เริ่มจากการวิเคราะห์ตนเอง ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน ชุมชน และเห็นว่าเป็นปัญหาและต้องการที่จะแก้ไขปัญหาร่วมกันซึ่งสอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการจัดการความรู้จังหวัดลำพูน⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบขึ้นอยู่กับ การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน ศักยภาพของผู้นำและทีม รวมถึงด้านนโยบายเป็นสิ่งจำเป็นในการเข้าถึงกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม : กระบวนการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมให้สามารถคิด วิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการและติดตามประเมินผลในการแก้ไขปัญหาของชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม รวมถึงแนวคิดการเป็นชุมชนเข้มแข็งต้องเป็นชุมชนเรียนรู้และพร้อมที่จะเรียนรู้ ไม่นั่งรอรับความช่วยเหลือจากภายนอก แต่ลุกขึ้นมาแสวงหา

ทางออกด้วยตนเองตัดสินใจได้อย่างเป็นอิสระและส่งผลให้การท่องเที่ยวเป็นเครื่องมือสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนด้วยการยึดหลักการพัฒนาเศรษฐกิจเพื่อมุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชน⁽¹⁵⁾ พบว่าหลังการจัดกิจกรรมโครงการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในด้านกรบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และความเครียดเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีปัจจัยความสำเร็จคือการมีส่วนร่วมดำเนินการโดยภาคประชาชน การสื่อสารและกระบวนการดำเนินการที่เกิดจากแผนกิจกรรมที่คิดร่วมกัน และผลการศึกษาที่กล่าวว่า ความรู้และพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร การออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มเสี่ยงมีความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง แต่พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลาง ครอบครัวของกลุ่มเสี่ยงและชุมชนจึงควรมีส่วนร่วมในการรับทราบข้อมูลและแก้ปัญหาาร่วมกัน โดยการกำหนดมาตรการทางสังคมชุมชนให้เอื้อต่อการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้นทุกเพศสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นได้อย่างครอบคลุม⁽¹⁶⁾ แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมความรู้เรื่องสุขภาพไม่ควรเผยแพร่แต่เพียงกลุ่มเสี่ยงเท่านั้น แต่ควรเผยแพร่แก่ครอบครัวและชุมชนด้วยเพื่อเป็นการส่งเสริมให้เกิดความตระหนักทางด้านการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืนต่อไป⁽¹⁷⁾

4. ควรมีการขับเคลื่อนการทำงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยเป็นผู้ประกาศนโยบายและสนับสนุนการดำเนินการจัดการลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในรูปแบบบูรณาการและต้นแบบองค์กร (settings) อย่างเป็นระบบและเกิดความชัดเจนการทำงานในพื้นที่มากขึ้น

■ ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. กลยุทธ์ที่สำคัญของการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ ควรเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และการสร้างกลไกการทำงานผ่านผู้นำด้านสุขภาพ (Health Leader) ขององค์กรหน่วยงานภาคีเครือข่ายในพื้นที่และชุมชน
2. ควรปรับวิธีการสื่อสารกับประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะคนกลุ่มวัยทำงาน และเยาวชน ในรูปแบบองค์กรผ่านกระบวนการที่เรียกว่า “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” (Health Literacy) เพื่อสร้างความเข้าใจในประเด็นสุขภาพที่เกี่ยวข้องในชีวิตและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลในการคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ และกำหนดเป้าประสงค์ในการดูแลสุขภาพตนเองได้
3. ควรสร้างค่านิยมร่วมและกติกา เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพภายในองค์กร หน่วยงานภาคีเครือข่ายในพื้นที่และชุมชน จนเกิดเป็นวัฒนธรรมการจัดการลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อในสถานประกอบการ สถานที่ทำงาน สถานศึกษา และชุมชน เพื่อการมีสุขภาพดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. หลักสูตรการปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2555.
2. สำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 นครสวรรค์ กรมควบคุมโรค. คู่มือบริหารจัดการงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง SI.M. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2558.

3. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. แนวทางการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2552.
4. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ปารณัฐ สุขสิทธิ์. อาสาสมัครสาธารณสุข:ศักยภาพและบทบาทในบริบทสังคมไทยที่เปลี่ยนไป. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2550;1(1):268-79.
5. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชน. นนทบุรี: กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
6. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 135 หน้า 1 วันที่ 9 มีนาคม 2561; 2561.
7. เพ็ญแข แสงแก้ว. การวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2541.
8. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การเสริมสร้างและประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชน อายุ 7-14 ปี และกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://hed.go.th/linkHed/333>
9. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการพัฒนาสถานที่ทำงาน สถานประกอบการและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (สขรส.); 2561.
10. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social & Science Medicine* 2008;67(12):2072-8.
11. Chahardah-Chrek S, Gheibizaden M, Jahani S, Cheraghian B. The relationship between health literacy and health promoting behaviors in patients with type 2 diabetes. *Internal journal of community based nursing and midwifery* 2018;6(1):65-75.
12. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพประชาชนวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) ปีงบประมาณ 2559 [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 19 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hed.go.th/news>
13. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ.2562. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2563.
14. พวงผกา สุวีรรณ. รูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ด้วยกระบวนการจัดการความรู้ จังหวัดลำพูน. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2564;17(2):41-50.
15. วัฒนา สว่างศรี และศิริราณีย์ อินทรหนองไผ่. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน รายใหม่ในชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก 2558;16(1):116-22.
16. ประพิณทิพย์ หมิ่นน้อย. ความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น. (รายงานผลการวิจัย) [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 19 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://203.157.71.148/hpc7data/Res/ResFile/2560004801.pdf>
17. รัถยานภิกษ พละศึก, เบญจวรรณ ถนอมชยชัช และดลปภัฏ ทรงเลิศ. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม : กระบวนการพัฒนาการสร้างสรรค์สุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2561;5(1):211-20.



สถานการณ์และผลลัพธ์ของการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพ ของพนักงานในสถานประกอบการ โดยการมีส่วนร่วมของ พนักงานและการสนับสนุนของเจ้าของสถานประกอบการ

อัญชลินทร์ ปานศิริ

วิษุพร เกตุใหม่

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

วันรับ 10 พฤศจิกายน 2564, วันแก้ไข 29 สิงหาคม 2565, วันตอบรับ 23 กันยายน 2565.

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินสถานการณ์การดำเนินงานพัฒนาสุขภาพ ตามแนวทาง 10 แพลทฟอร์ม 2) ศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการ และ 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพนักงานสถานประกอบการ ที่มีการพัฒนาสุขภาพของพนักงานตามแนวทาง 10 แพลทฟอร์ม ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 425 คน ผลการศึกษาพบว่า 1) สถานประกอบการมีการประกาศนโยบายส่งเสริมองค์กรสุขภาพในรูปแบบของการสื่อสารนโยบาย จะเริ่มจากนโยบายของผู้บริหารลงมาสู่ปฏิบัติ โดยเน้นในเรื่องของความปลอดภัยจากการทำงานเป็นเรื่องสำคัญ มีการปรับเปลี่ยนกลไกกระบวนการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพของสถานประกอบการ โดยมีการกำหนดนโยบาย กำหนดปัญหาบนพื้นฐานของข้อมูล กำหนดรูปแบบการจัดกิจกรรมที่ตรงกับความต้องการและความสมัครใจของพนักงาน และการประเมินผลการพัฒนาสุขภาพ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากผู้บริหาร/เจ้าของสถานประกอบการ ผลการประเมินสถานการณ์พบว่า พนักงานเข้าร่วมการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพและมีความต้องการในการแก้ไขและป้องกันปัญหาทางด้านสุขภาพ 2) ผลลัพธ์ของการพัฒนาสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการ พบปัญหาว่า พนักงานส่วนใหญ่มีการเติมเครื่องปรุงลงในอาหารสำเร็จรูปทุกครั้ง ต้มเครื่องดื่มรสหวานทุกวัน กินอาหารที่มีไขมันสูง ไม่ออกกำลังกาย ไม่เคยไปพบทันตแพทย์เพื่อดูแลรักษาฟัน ต้มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นานๆ ครั้ง 3) ด้านสุขภาพกาย พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. 1พ.1น. มีความสัมพันธ์กับเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส การมีบุตร และตำแหน่งงานในการปฏิบัติงาน ร้อยละ 14.0-69.0 ด้านภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส และการมีบุตร ร้อยละ 35.0-68.0 ด้านสุขภาพจิตและจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์กับเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส และตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ร้อยละ 20.0-24.3 และด้านสุขภาพสังคม มีความสัมพันธ์กับอายุ ร้อยละ 23.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ข้อเสนอแนะ ควรมีนโยบายและดำเนินงาน 10 แพลทฟอร์มอย่างต่อเนื่อง พัฒนาต่อยอดที่จะนำไปสู่การสร้างความรู้ ยกระดับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมและเป็นรูปธรรม และการพัฒนาศักยภาพเพื่อการสร้างเสริมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนทำงานและภาคีเครือข่าย โดยมีปัจจัยหนุนเสริมความสำเร็จที่สำคัญ คือ ผู้บริหารแกนนำสุขภาพ ภาคีเครือข่าย และองค์ความรู้ที่จำเป็นในการดำเนินงาน มีกระบวนการขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อสร้างความเข้มแข็งยั่งยืน

คำสำคัญ : การพัฒนาสุขภาพ การมีส่วนร่วมของพนักงาน การสนับสนุนของเจ้าของสถานประกอบการ

Situations and Outcomes of Health Improvement Operations of Employees in the Workplace by the Participation of Employees and the Support of the Establishment Owner

Unchalin Pansiri

Witchuporn Ketmai

Bureau of Health Promotion, Department of Health

Received 10 November 2021, Revised 29 August 2022, Accepted 23 September 2022.

Abstract

This study were: 1) To assess the situation of health development implementation according to the 10 package guidelines. 2) To study the outcomes of health improvement of employees in the workplace. 3) to study the relationship between personal factors and healthy behavior development. The study was from a sample group of employees in an establishment that has developed employee health according to the guidelines of the 10 packages of the Department of Health, Ministry of Public Health. The sample was 425 people. The result as it were found that 1) the establishment has announced a policy to promote the organization of health in the form of policy communication, starting from the policy of the management down to the practitioner. By focusing on the issue of safety at work is important. There has been a change in the mechanism for the health development process of the establishment. It defines policies, defines problems based on data and defines activities that meet the needs and voluntariness of employees and health development assessment by receiving financial support from the management/owner of the establishment. From the results of the situation assessment, it were found that employees participate in health development operations and there is a need to solve and prevent health problems. 2) Results of the health improvement of employees in the workplace found that most employees have added seasonings to ready meals every time, drinking flavored beverages, eat sweet every day, eat a high-fat diet, do not exercise, and not visit a dentist for dental care and drinking alcoholic beverages infrequently. 3) On physical health healthy behavior. It was related to sex, age, education, marital status, childbearing and job position at 14.0%–69.0% in terms of health status. Relationships with sex, age, education, marital status, and childbearing were 35.0%–68.0% in terms of mental and spiritual health. It was relate to sex, age, education, marital status and job position by 20.0%–24.3% and social health. The relationship with age was 23.0% with statistical significance at 0.01 and 0.05. Suggestions there should be 10 packages of policies and operations. Continuously continue to develop that will lead to knowledge creation. Raise the level of public policy driving for participatory and concrete health and capacity building for enhancing or modifying the health behaviors of working people and network partners. The key supporting factors for success are executives, health leaders and network partners, and knowledge necessary to operate. There is a concrete driving process to build sustainability.

Keywords : Health Improvement, Participation of Employees, the Support of the Establishment Owner

■ unna

คนวัยทำงาน เป็นวัยที่สำคัญเป็นกำลังการผลิตทางเศรษฐกิจของประเทศ เป็นผู้รับภาระในการเลี้ยงดูประชากรวัยอื่นๆ จึงจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพ จากข้อมูลสำรวจพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ของประชากร พ.ศ.2550, 2552 และ 2554⁽¹⁾ พบว่า การบริโภคอาหารของคนวัยทำงานเป็นพฤติกรรมที่ถูกละเลย มีการออกกำลังกายน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ ยังเลือกที่จะดื่มสุราและสูบบุหรี่ และจากการศึกษาภาระปัญหาด้านสาธารณสุข โรคไม่ติดต่อ 4 โรคหลัก ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคทางหายใจเรื้อรัง สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการใช้ชีวิตและพฤติกรรมไม่พึงปฏิบัติ⁽²⁾ นอกจากนี้การใช้ชีวิตของคนวัยทำงานส่วนใหญ่จะอยู่ที่ทำงาน ที่ทำงานจึงมีอิทธิพลต่อสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการจึงจำเป็น เพื่อให้บุคลากรสุขภาพดี มีความสามารถในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผลิตภาพการทำงานสูงขึ้นด้วย

จากสถานการณ์ดังกล่าว กรมอนามัยได้ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในสถานประกอบการเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 จนถึงปัจจุบัน โดยใช้ 3 กลยุทธ์สำคัญ คือ 1) สนับสนุนการดำเนินงานในระดับนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตในสถานประกอบการ โดยใช้แนวคิดองค์กรสุขภาพจะควบคู่กับการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (3อ 2ส) ขับเคลื่อนร่วมกับศูนย์อนามัยระดับพื้นที่ภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายระดับประเทศผ่านคณะกรรมการขับเคลื่อนความปลอดภัยและอาชีวอนามัยของประเทศไทย (Safety Thailand) 2) สร้างภาคีเครือข่ายขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดความร่วมมือระดับนโยบาย โดยทำบันทึกข้อตกลงด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค คนวัยทำงาน

ในสถานประกอบการและเปิดตัว 10 Packages ร่วมกับ 7 หน่วยงานภาครัฐและเอกชน⁽³⁾ พัฒนาหลักสูตรแกนนำสุขภาพในองค์กร (Health Promoter) ร่วมกับกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน อบรมแกนนำฯ ให้มีความรู้ทักษะในกระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างเป็นระบบ และ 3) สนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมเครื่องมือต่างๆ ด้านส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ⁽⁴⁻⁵⁾ โดยมีเนื้อหาสาระสุขภาพตามประเด็น แนวคิดแนวทางการพัฒนา เพื่อให้สถานประกอบการนำไปใช้เป็นแนวทางออกแบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตามสภาพปัญหาทางสุขภาพและความต้องการของพนักงาน โดยมีศูนย์อนามัยเขตเป็นพี่เลี้ยงและให้คำปรึกษาทางวิชาการ รวมทั้งมีการสื่อสาร Key messages ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของคนวัยทำงานในองค์กร ดังนั้นผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์ กระบวนการสนับสนุนจากเจ้าของหรือผู้บริหารที่ให้การสนับสนุนและหน่วยงานอื่นๆ ในพื้นที่ รวมทั้งผลลัพธ์ของการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการที่มีการดำเนินงาน 10 แพคเกจ เพื่อเป็นตัวอย่างที่ดีกับสถานประกอบการอื่นๆ ที่ยังไม่มีกรดำเนินงานตลอดจนนำข้อมูลไปกำหนดข้อเสนอแนะในการตัดสินใจเชิงนโยบายเพื่อขยาย หรือปรับเปลี่ยนกลยุทธ์/กลวิธีการดำเนินงานต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อประเมินสถานการณ์การดำเนินงานพัฒนาสุขภาพ ตามแนวทาง 10 แพคเกจ ในประเด็นแนวคิด เป้าหมาย โครงสร้าง องค์กรกลไก และกระบวนการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพ ผลงาน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ หรือปัญหาอุปสรรคและการมีส่วนร่วมของพนักงานและการสนับสนุนของเจ้าของสถานประกอบการ

2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการ ในประเด็น พฤติกรรมสุขภาพ ภาวะสุขภาพ สุขภาพจิตและจิตวิญญาณ ความเครียดและการจัดการความเครียด ระดับความสุข และสุขภาพสังคม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการพัฒนาสุขภาพ

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

■ วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงประเมิณผล โดยยึดแนวคิดของทฤษฎีเชิงระบบ⁽⁶⁾ ผู้วิจัยใช้การวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานเป็นหลัก ส่วนวิธีการเชิงคุณภาพเป็นการประเมินกระบวนการดำเนินงานของศูนย์อนามัยที่เป็นเจ้าของโครงการและกระบวนการดำเนินงานของสถานประกอบการที่เป็นกลุ่มเป้าหมายการพัฒนา

● กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่วิจัย

1. ประชากร คือ พนักงานของสถานประกอบการที่มีการพัฒนาสุขภาพของพนักงานตามแนวทาง 10 แพคเกจ ของกรมอนามัย ในพื้นที่ 5 ภูมิภาค ประกอบด้วย ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รวมทั้งสิ้น 226,442 คน จากสถานประกอบการ 324 แห่ง

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานสถานประกอบการที่มีการพัฒนาสุขภาพของพนักงานตามแนวทาง 10 แพคเกจ ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ใช้สูตรของทาโรยามาเน⁽⁷⁾ คำนวนจำนวนตัวอย่างขั้นต่ำ 340 คน แต่ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เผื่อความคลาดเคลื่อนไว้ 25 % จึงได้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 425 คน และคำนวนกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นตามสัดส่วนของขนาดสถานประกอบการ 15 แห่ง

3. พื้นที่วิจัย ใช้แผนการสุ่มตัวอย่างแบบ

ชั้นภูมิ (Stratified sampling) กำหนดให้ภาคเป็นชั้นภูมิ⁽⁸⁾ ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากภาคละ 1 จังหวัด (ภาคกลาง:อยุธยา, ภาคเหนือ: เชียงราย, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ: อุดรราชธานี และภาคใต้: ยะลา) จากนั้นสุ่มตามขนาดของสถานประกอบการและจำนวนประชากรของแต่ละสถานประกอบการ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมของกลุ่มตัวอย่าง

● เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. กลุ่มเจ้าของ/ผู้บริหาร/แกนนำของสถานประกอบการ เป็นเครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews) ประกอบด้วย แนวคิดต่อการพัฒนาสุขภาพของคนในสถานประกอบการ การมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาสุขภาพ ส่วนแกนนำของสถานประกอบการ ประกอบด้วย การผ่านการอบรมหลักสูตรแกนนำสุขภาพในสถานประกอบการ (Health Promoter) การดำเนินโครงการ/กิจกรรมการพัฒนาสุขภาพ ความคิดเห็นต่อหลักสูตรฯ การสนับสนุนของผู้บริหาร/เจ้าของสถานประกอบการ การมีส่วนร่วมของพนักงานและปัจจัยแห่งความสำเร็จในการจัดโครงการ/กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ ข้อเสนอแนะของแกนนำต่อการพัฒนาสุขภาพของพนักงาน

2. กลุ่มพนักงานในสถานประกอบการเป็นเครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพของตนเอง การรับรู้ต่อนโยบายของสถานประกอบการ ข้อเสนอแนะต่อผู้บริหารในการส่งเสริมสุขภาพ เป้าหมายในการพัฒนาสุขภาพของตนเอง ร่วมกับเครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ เป็นแบบสอบถามให้ตอบด้วยตนเองในรูป Google Form มี 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ

3อ. (การกินอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด) 2ส. (การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์) 1พ. (การแปร่งฟัน) 1น. (การพักผ่อนนอนหลับ) ส่วนที่ 3 ภาวะสุขภาพ โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ความยาวเส้นรอบเอว อาการเจ็บป่วยจากการทำงาน ความสุข

● **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

ทำการตรวจสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 40 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟามีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.864 ส่วนเครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ ทำการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยได้ขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน สำหรับเอกสารและรายงานที่เกี่ยวข้องของแต่ละสถานประกอบการ ผู้วิจัยได้ทำการสร้างคำถามจัดรูปแบบและโครงสร้างของการวิเคราะห์เอกสาร

● **การวิเคราะห์ข้อมูล** เชิงปริมาณ ใช้

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยการหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้สถิติ Pearson's Correlation และ Regression analysis โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

กรมอนามัย เลขที่ 445/2564 วันที่ 16 เมษายน 2564

■ **ผลการศึกษา**

1. **สถานการณ์การดำเนินงานพัฒนาสุขภาพ ตามแนวทาง 10 แพคเกจ**

1) แนวคิดที่ทำให้เกิดการพัฒนาในสถานประกอบการ ผู้บริหารและแกนนำสุขภาพมองว่าพนักงานมีปัญหาสุขภาพทั่วไป โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ปัญหายาเสพติด ปัญหา

ด้านสุขภาพจิต หรือแม้กระทั่งปัญหาทางด้านเศรษฐกิจในระดับบุคคล จึงเห็นความสำคัญและตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว ที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของพนักงาน นับเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการนำไปสู่การประกาศนโยบายส่งเสริมให้เป็นอย่างดีกรสุขภาพ รูปแบบการสื่อสารนโยบายจะเริ่มจากนโยบายของผู้บริหารลงมาสู่ผู้ปฏิบัติ ได้แก่ ฝ่ายบุคคล แล้วสื่อสารต่อไปยังพนักงานทั้งหมด การสื่อสารมีทั้งการประกาศ คำสั่ง การขอความร่วมมือ การสื่อสารใช้หลักการของการออกแบบ Key Message ที่เหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการและศักยภาพในการรับสื่อของพนักงานเป็นหลัก ในบางสถานประกอบการโดยเฉพาะสถานประกอบการขนาดใหญ่จะมีการจัดตั้ง Health Promotion Committee และผู้บริหารเป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพ (Role model) ให้กับพนักงานด้วย และกรอบของกฎหมายกำหนดให้ “Safety” หรือความปลอดภัยจากการทำงานของพนักงานเป็นเรื่องสำคัญ เช่น บริษัทส่วนใหญ่ต้องตั้งเป้าหมาย “ในรอบปีมีอุบัติเหตุเกิดขึ้นจากการทำงานให้น้อยที่สุด หรือไม่มีเลย” ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่แสดงให้เห็นความเป็นมาตรฐานการดำเนินงานของโรงงาน จึงเป็นที่มาของการกำหนดให้สถานประกอบการต้องมี “เจ้าพนักงานความปลอดภัยของโรงงาน (จป.)” ดูแลความปลอดภัยจากการทำงานทั้งที่เป็นเรื่องอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น และการป้องกันอันตรายจากสภาพแวดล้อมการทำงานที่มีผลเสียต่อสุขภาพของพนักงาน นอกจากนี้กฎหมายยังกำหนดให้สถานประกอบการต้องให้บริการสุขภาพแก่พนักงานเมื่อเจ็บป่วยด้วย โดยกำหนดให้มี “หน่วยบริการสุขภาพ” ในสถานประกอบการที่มีขนาดค่อนข้างใหญ่ขึ้นไป และมีพยาบาล/แพทย์คอยให้บริการพนักงานในสถานประกอบการด้วย รวมทั้งบริษัทที่เป็นลูกข่ายของบริษัทแม่รับนโยบายเรื่องสุขภาพ ให้ทำเป็นเรื่องหลักด้วย

2) กลไกกระบวนการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพของสถานประกอบการ เริ่มจาก (1) ผู้บริหารมีการกำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ มีการประกาศเป็นลายลักษณ์อักษร และส่วนใหญ่จะมอบหมายให้ฝ่ายพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (HR) และเจ้าหน้าที่ความปลอดภัย (จป.) ดำเนินการ ร่วมกับการสร้างและพัฒนา Health Promoter หรือแกนนำสุขภาพที่มีความรู้การสร้างสุขภาพในภาคทฤษฎีและปฏิบัติ เข้าใจปัญหา สามารถออกแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมได้ มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ชัดเจน (2) การกำหนดปัญหา ได้มาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากส่วนต่างๆ 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 จากนโยบายของผู้บริหารและข้อเสนอแนะจากพนักงาน (ที่ทาง HR เก็บข้อมูล) ส่วนที่ 2 มาจากผลการตรวจสุขภาพพนักงานประจำปี ดูแนวโน้มสุขภาพของพนักงาน 3 ปี ย้อนหลัง ส่วนที่ 3 มาจากผลการสำรวจ โดยใช้แบบประเมินต่างๆ ส่วนที่ 4 มาจากข้อมูลการเข้ารับบริการสุขภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการเข้ามาใช้บริการของพนักงานในช่วงเวลาที่ทำงานในสถานประกอบการ เช่น สาเหตุของการบาดเจ็บจากการทำงาน ประเภทของการรับบริการ (3) กำหนดรูปแบบการจัดกิจกรรม ซึ่งมีลักษณะต่างๆ เช่น กิจกรรมสุขภาพที่เป็นไปตามกฎหมายควบคุมสถานประกอบการ ปัญหาใกล้ตัวตรงตามความสนใจและความต้องการของพนักงาน ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทำงาน ตามนโยบายขององค์กรและตามปัญหาสุขภาพและความสนใจของผู้บริหารสถานประกอบการ พัฒนาต่อยอดจากโครงการที่ทำอยู่แล้ว การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และการสร้างความรู้และการสื่อสารเพื่อสุขภาพ รูปแบบการสื่อสารมี 2 ลักษณะ คือ การสื่อสารจากส่วนบริหารลงมายังผู้ปฏิบัติ จากนั้นจึงได้กำหนดเป็นนโยบายและสื่อสารมายังผู้ปฏิบัติ และการสื่อสารจากในกลุ่มของผู้ปฏิบัติ โดยมีฝ่ายพัฒนาทรัพยากร

บุคคล (Human Resources) รับผิดชอบการสื่อสารทั้งในเรื่องงานและคุณภาพชีวิตไปยังพนักงานทุกระดับ และ (4) การประเมินผล ส่วนใหญ่วัดจากการรับรู้ จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม ความพึงพอใจและข้อเสนอแนะ สำหรับการวัด KPI เชิงปริมาณที่สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ มีบางสถานประกอบการและเป็นส่วนน้อยที่สามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง

3) จากข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้บริหารและแกนนำสุขภาพ ในประเด็นของกิจกรรมที่สถานประกอบการดำเนินการและได้รับการกล่าวถึงมากที่สุด คือ กิจกรรมหุ่นดีสุขภาพดี (การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร) กิจกรรมการปรับปรุงคุณภาพของโรงอาหารให้เป็นโรงอาหารเพื่อสุขภาพ และกิจกรรมการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้ปลอดภัย

4) การสนับสนุนของผู้บริหาร/เจ้าของสถานประกอบการ รูปแบบของการสนับสนุนประกอบด้วย การให้เวลาในการทำกิจกรรมระหว่างการทำงานและหลังเลิกงาน การพัฒนาคนด้วยการส่งไปอบรมหลักสูตรด้านสุขภาพ สนับสนุนงบประมาณผ่านโครงการสุขภาพที่ฝ่ายทรัพยากรบุคคลเสนอขออนุมัติ การตอบแทนในรูปแบบอื่นๆ ที่ไม่ใช่ตัวเงิน เช่น การยกย่องชมเชย ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน บางสถานประกอบการที่มีแกนนำด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ จะสามารถผสานงบประมาณของสถานประกอบการกับงบประมาณสนับสนุนจากภายนอกมาดำเนินการร่วมกันได้

5) การมีส่วนร่วมพนักงานในการพัฒนาสุขภาพ พนักงานส่วนใหญ่ได้เข้าร่วมการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน เพราะโครงการสุขภาพเกิดขึ้นจากประเด็นปัญหาที่พบหน้างานและผู้ปฏิบัติงานมีความต้องการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเป็นการดำเนินงานแบบไม่บังคับ ไม่ได้ออกเป็น

กฎระเบียบว่าต้องทำ นอกจากนี้พบว่าปัญหาสุขภาพเป็นเรื่องใกล้ตัวและสัมพันธ์กับการทำงาน กิจกรรมที่จัดขึ้นมีความสนุก มีการสื่อสารกระตุ้นเชิญชวนอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ทั้งการสื่อสารตัวต่อตัวระหว่างบุคคลและการสื่อสารผ่านกลุ่มไลน์ หรือเฟซบุ๊กของสถานประกอบการ ที่สำคัญจะต้องสามารถตอบสนองที่สอดคล้องกับ passion ของพนักงานได้ด้วย

6) การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ หน่วยงานภาครัฐ/ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องต่อการทำโครงการพัฒนาสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่จะเป็นหน่วยราชการที่รับผิดชอบเกี่ยวกับสถานประกอบการ ได้ทำโครงการพัฒนาสถานประกอบการ มีทั้งหน่วยงานที่ทำเรื่องสุขภาพ และหน่วยงานที่ทำเรื่องอื่นๆ เมื่อทำกิจกรรมในสถานประกอบการก็นำเอากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเข้าไปร่วมด้วย โดยหน่วยงานราชการจะเข้าไปในโรงงานหรือสถานประกอบการบางแห่งและในบางพื้นที่เท่านั้น

7) การขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพคนวัยทำงานด้วย 10 แพคเกจ เป็นโครงการที่อยู่ในความรับผิดชอบของกลุ่มอนามัยวัยทำงาน โดยมีบุคลากรที่รับผิดชอบ ประมาณ 3-4 คน จึงมีการขอให้เจ้าหน้าที่ฝ่ายอื่นๆ เข้าร่วมช่วยเหลือ ประมาณครึ่งหนึ่งมีฐานข้อมูลของสถานประกอบการอยู่แล้ว การดำเนินงานที่เป็นหลักของศูนย์อนามัยต่อแกนนำสถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการ คือ การติดต่อทางไลน์ (Line) และทางโทรศัพท์ที่เกือบทุกศูนย์อนามัยได้ทำ นอกจากนี้มีการติดตามเยี่ยมเยือนที่สถานประกอบการด้วย ส่วนการสนับสนุนของศูนย์อนามัยต่อสถานประกอบการนั้น ส่วนใหญ่เป็นการอบรมให้ความรู้และสนับสนุนสื่อวิชาการชนิดต่างๆ เช่น หนังสือความรู้การส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ 10 แพคเกจ ส่วนกิจกรรมที่ศูนย์อนามัยทำกันน้อย คือ การถอดบทเรียน และการสำรวจพฤติกรรมที่พึงประสงค์

2. ผลลัพธ์ของการพัฒนาสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการ

พนักงานส่วนใหญ่อยู่ในภาคกลาง เป็นเพศหญิง อายุ 30-39 ปี สถานภาพแต่งงาน มีภาวะการมีบุตร จบการศึกษาสูงสุดระดับอนุปริญญาขึ้นไป มีฐานะทางเศรษฐกิจรายได้พอๆ กับรายจ่าย ทำงานในระดับปฏิบัติงาน มีระยะเวลาทำงานที่สถานประกอบการในปัจจุบันในช่วงเวลา 1-5 ปี และมีวิธีการทำงานหมุนเวียนกันไม่แน่นอน

2.1 สุขภาพกาย พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.1ฟ.1น. ของพนักงาน

1) **พฤติกรรมการบริโภคอาหาร** พบว่า พนักงานส่วนใหญ่กินอาหารเข้าโดยเป็นอาหารประเภทข้าว กินทุกวัน มีการเติมเครื่องปรุงลงในอาหารสำเร็จรูปทุกครั้ง ต้มเครื่องดื่มรสหวานทุกวัน กินอาหารที่มีไขมันสูง 4-6 วัน/สัปดาห์ มีพฤติกรรมการกินผักน้อยกว่า 5 ทัพพีต่อวัน และกินผักเป็นประจำทุกวัน จำนวน 158 คน (ร้อยละ 37.2)

2) **พฤติกรรมการออกกำลังกาย การนอน และการดูแลรักษาฟัน** พบว่า พนักงานส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย ไม่มีกิจกรรมทางกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายจนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ มีการนั่งหรือเอนกายเฉยๆ (ติดต่อกันนานเกิน 2 ชั่วโมง) ประมาณ 1-3 วัน มีการนอนหลับพักผ่อนครบ 6 ชั่วโมง/วัน มีการแปร่งฟันก่อนนอนทุกวันและอย่างน้อยครั้งละ 2 นาที และไม่เคยไปพบทันตแพทย์เพื่อการดูแลรักษาฟัน

3) **พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์** พบว่า พนักงานส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยมีความถี่ในการดื่มนานๆ ครั้ง

2.2 ภาวะสุขภาพของพนักงาน

1) **ค่าดัชนีมวลกาย และโรคประจำตัว** พบว่า พนักงานส่วนใหญ่มีค่าดัชนี

มวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยเพศชาย และหญิง มีเส้นรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ และไม่มีโรคประจำตัว

2) ลักษณะการทำงานและการบาดเจ็บจากการทำงาน พบว่า พนักงานส่วนใหญ่ไม่มีท่าทางการทำงานก้ม บิดเอี้ยวลำตัว และหลังเป็นประจำ ไม่ยกมือหรือแขนสูงเหนือไหล่บ่อยๆ เอื้อมมือเกินระยะสุดแขนเป็นประจำ

ทำงานติดต่อกันในท่าเดิมซ้ำๆ นานเกิน 1-2 ชั่วโมง ไม่ยกของหนักเกิน 20-25 กิโลกรัม มากกว่า 10 ครั้งใน 1 วัน (ด้วยตัวคนเดียว) และไม่มีอาการปวดจนไม่สามารถทำงานได้ในรอบเดือน

2.3 สุขภาพจิตและจิตวิญญาณ

1) ความเครียดและการจัดการความเครียด พบว่า พนักงานที่ไม่รับรู้

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อความสัมพันธ์ของผลลัพธ์การพัฒนาสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการ

พฤติกรรมสุขภาพ	ปัจจัยส่วนบุคคล						ร้อยละ	
	เพศ	อายุ	การศึกษา	สถานภาพสมรส	การมีบุตร	ตำแหน่งงานในการปฏิบัติงาน		ระยะเวลาในการทำงาน
ด้านสุขภาพกาย พฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. 1ฟ. 1น.								
พฤติกรรมมารบริโภคอาหาร	-	-	0.045*	-	-	0.013*	-	33.00
พฤติกรรมมารออกกำลังกาย	0.048*	-	-	0.009**	0.000**	0.041*	0.049*	28.70
พฤติกรรมทางอารมณ์	0.000**	-	-	-	0.001**	-	-	46.40
พฤติกรรมมารสูบบุหรี่	0.003**	-	-	-	-	-	-	69.00
พฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	0.000**	-	0.015*	0.028*	-	-	-	27.60
พฤติกรรมมารดูแลสุขภาพฟัน	0.002**	-	-	-	0.032*	0.000**	-	17.90
พฤติกรรมมารนอน	0.000**	0.000**	-	-	-	-	-	14.60
ด้านภาวะสุขภาพของพนักงาน								
ค่าดัชนีมวลกายและโรคประจำตัว	-	0.001**	-	-	0.046*	-	-	68.00
ลักษณะการทำงานและการบาดเจ็บจากการทำงาน	-	0.002**	-	-	-	-	-	35.00
ด้านสุขภาพจิตและจิตวิญญาณ								
ความเครียดและการจัดการความเครียด	0.000**	-	-	-	-	-	-	20.00
ความสุขของพนักงาน	-	0.000**	0.000**	-	-	-	-	24.30
ด้านสุขภาพสังคม การมีส่วนร่วมของพนักงาน								
ในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	-	0.027*	-	-	-	-	-	23.00

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตนเองเครียดมากไปนานๆ ครั้ง รู้ถึงสาเหตุที่ทำให้เครียด และสามารถจัดการความเครียดของตนเองได้ทุกครั้ง

2) ความสุขของพนักงาน

พบว่า พนักงานส่วนใหญ่มีความสุขอยู่ในระดับ 8 ซึ่งถือได้ว่ามีความสุขค่อนข้างไปทางมีความสุขมาก

2.4 สุขภาพสังคม การมีส่วนร่วมของพนักงานในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ
พนักงานทั้งหมดมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสามารถนำไปปฏิบัติเป็นบางครั้ง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและลักษณะประชากรและสังคมของพนักงาน

จากตารางที่ 1 พบว่า ด้านสุขภาพกาย พฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. 1ฟ. 1น. มีความสัมพันธ์กับเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส การมีบุตร และตำแหน่งงานในการปฏิบัติงาน อยู่ในระหว่างร้อยละ 14.0-69.0 ด้านภาวะสุขภาพของพนักงาน มีความสัมพันธ์กับเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส และการมีบุตร อยู่ในระหว่างร้อยละ 35.0-68.0 ด้านสุขภาพจิตและจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส และตำแหน่งในการปฏิบัติงาน อยู่ในระหว่างร้อยละ 20.0-24.3 และด้านสุขภาพสังคม มีความสัมพันธ์กับอายุ ร้อยละ 23.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05

■ อภิปรายผล

1. กลไกกระบวนการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพของสถานประกอบการ ส่วนใหญ่มีการจัดกิจกรรมตามแพ็คเกจที่ 1 หุ่นดี สุขภาพดี แพ็คเกจที่ 9 โรงอาหารปลอดภัย ใส่ใจสุขภาพ แพ็คเกจที่ 10 สถานประกอบการปลอดภัย สิ่งแวดล้อมดี มีสมดุลชีวิต จะเห็นได้ว่ารูปแบบ

การจัดกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นประเด็นสุขภาพที่เกิดจากการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ภาวะสุขภาพของพนักงาน เป็นเรื่องที่ใกล้ตัวและสถานประกอบการมองว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่ควรเร่งดำเนินการจัดการ สอดคล้องกับความสนใจของผู้บริหาร รวมทั้งเป็นไปตามกฎหมายควบคุมของสถานประกอบการ อย่างไรก็ตามไม่ว่าสถานประกอบการ จะเลือกจัดกิจกรรมในแพ็คเกจใดก็ตาม ควรเน้นกระบวนการสร้างแรงบันดาลใจ และทำให้คนได้ยอมรับที่จะเรียนรู้ ปฏิบัติจนเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ ด้วยการสร้างความสามัคคี การทำกิจกรรมร่วมกันเรียนรู้ การทำงานเป็นทีม ร่วมกับการใช้ “ต้นแบบสุขภาพ” (role model)⁽⁹⁻¹¹⁾ นอกจากนี้ยังพบว่า การประเมินผลโครงการ/กิจกรรม ส่วนใหญ่จะมีการวัดจากการรับรู้ ปริมาณผู้เข้าร่วมกิจกรรม ความพึงพอใจและข้อเสนอแนะ สำหรับการวัด KPI ที่สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพมีการดำเนินการเป็นส่วนน้อยที่สามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามผู้วิจัยมีความมั่นใจว่า หากเจ้าหน้าที่ของศูนย์อนามัยเขตเป็นพี่เลี้ยง กระตุ้น สนับสนุนและจูงใจให้เห็นความสำคัญ ร่วมดำเนินการถอดบทเรียนการพัฒนา มีการพัฒนาศักยภาพด้านนี้จะทำให้กระบวนการประเมินผลมีความเป็นไปได้

2. การสนับสนุนของผู้บริหาร/เจ้าของสถานประกอบการ ผู้บริหารควรให้ความสนใจ มีความเข้าใจและมองเห็นเป้าหมายในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ เห็นความจำเป็นของการส่งเสริมสุขภาพ และกำหนดทิศทางองค์กร (Strategic Direction) มีความพร้อมที่สนับสนุนการดำเนินการ มีบทบาทในการนำการคิดและเป็นที่ปรึกษา และมีวิสัยทัศน์ที่สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน มีการออกนโยบายที่มีความชัดเจน สอดคล้องกับเป้าหมาย สื่อสารลงไปเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติ รวมถึงสนับสนุน

ทรัพยากรด้านต่างๆ และติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามกฎบัตรออตตาวา⁽¹²⁾ ที่กล่าวว่า การสนับสนุนจากนโยบายของผู้บริหาร และการกำหนดนโยบายของผู้บริหารของสถานประกอบการ เป็นปัจจัยสำคัญในการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพไว้ในสถานประกอบการ นอกจากนี้ยังต้องมีทีมงานมืออาชีพ (แกนนำสุขภาพ) ที่มีกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนงานเพื่อไปสู่นโยบายที่วางไว้

3. การมีส่วนร่วมกิจกรรมของพนักงาน พนักงานเป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียจากการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพโดยตรงและยิ่งพนักงานมีส่วนร่วมมากเท่าใด ยิ่งเป็นผลดีหรือส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงมากเท่านั้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่พนักงานจะต้องเข้าร่วมกิจกรรมที่ดำเนินการในทุกขั้นตอน ดังนั้นแกนนำสุขภาพจำเป็นต้องทราบความต้องการและความสนใจของพนักงาน เปิดโอกาสให้พนักงานมีส่วนร่วมตั้งแต่การเลือกกิจกรรม การออกแบบกิจกรรม การเข้าร่วมกิจกรรม ควรแสวงหากลวิธีสร้างแรงจูงใจที่หลากหลายที่ไม่ต้องบังคับ ให้พนักงานสมัครใจเข้าร่วม มีการประชาสัมพันธ์และกำหนดตารางกิจกรรมไว้อย่างชัดเจน ทั้งในแง่ของเวลาและสถานที่ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสุขภาพด้วยตัวเองจะเกิดความยั่งยืนก่อให้เกิดกลุ่ม/ชมรมสร้างสุขภาพขึ้นหลากหลายมากมาย ที่เป็นผลจากการดำเนินงานของแกนนำสุขภาพ⁽¹³⁻¹⁴⁾

4. การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่และการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทั้งเครือข่ายภายในบริษัท ได้แก่ กลุ่ม ชมรม รวมถึงเครือข่ายพนักงานที่ต้องดำเนินการไปยังจุดมุ่งหมายเดียวกัน การมีส่วนร่วมของเครือข่ายภายนอกเป็นส่วนสำคัญในการเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการ สนับสนุนทรัพยากรที่มีความสำคัญต่อการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามการเข้ามา

สนับสนุนของภาคีภาครัฐถือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรมสุขภาพที่จัดขึ้นภายใต้โครงการ 10 แพคเกจ แต่การเข้ามาของภาครัฐจำเป็นต้องศึกษาทำความเข้าใจบริบทและวัฒนธรรมของธุรกิจของภาคเอกชนให้ถ่องแท้ เพื่อวางแผนออกแบบการดำเนินงานที่สอดคล้องให้เกิดประสิทธิภาพสูง⁽¹⁵⁾ ดังนั้นจึงต้องมีการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้การสร้างพลังให้เกิดขึ้นในสถานประกอบการอย่างต่อเนื่อง (Community Learning) เพราะเมื่อเกิดการเรียนรู้ แลกเปลี่ยน จนเป็นวงจรต่อเนื่องไม่รู้จบ จะทำให้เกิดพลังมหาศาล ในการดำเนินกิจกรรมร่วมกัน ผลที่ได้จะทำให้พนักงานสามารถนำความรู้ไปสู่การตัดสินใจ เลือกแนวทางการแก้ปัญหา ให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมและวิถีการดำเนินชีวิตต่อไป

5. การขับเคลื่อนโครงการฯ พบว่า การประสานงานระหว่างศูนย์อนามัยฯ และส่วนกลางยังไม่ค่อยมีประสิทธิภาพต่อการทำงาน ในด้านความชัดเจนของเป้าหมายและวิธีทำงานของโครงการ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการดำเนินการของทีมงานส่วนกลางมีการผลัดเปลี่ยนทีมงานเดิมและทีมงานใหม่ ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการบริหารโครงการ ประกอบกับการสนับสนุนคู่มือแนวทางการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการตามแนวทาง 10 แพคเกจ เน้นหาเน้นการสร้างองค์ความรู้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพตามประเด็น ยังขาดแนวคิดและกระบวนการปฏิบัติการของแต่ละแพคเกจ ขาดตัวอย่างของแนวคิด วิธีการทำงานและผลสำเร็จของสถานประกอบการที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนา รูปแบบการนำเสนอวิธีการเขียน ยังไม่สามารถทำให้เข้าใจได้อย่างเป็นรูปธรรม ผู้ใช้ประโยชน์หนังสือแพคเกจดังกล่าวนี้เป็นทั้งเจ้าหน้าที่และพนักงานสถานประกอบการ

6. ผลลัพธ์ของการพัฒนาสุขภาพของ

พนักงานในสถานประกอบการ พบว่า 1) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านสุขภาพกาย พฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. 1ฟ. 1น. ของพนักงาน มีความสัมพันธ์กับเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพ สมรส การมีบุตร และตำแหน่งงานในการปฏิบัติงาน และระยะเวลาในการทำงาน อยู่ในระหว่างร้อยละ 14.0-69.0 ทั้งนี้เนื่องจากเพศชายส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่า เพศหญิง และการสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ญาณิสรา ปินตานา⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคมด้านสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และเนื่องจากเพศหญิงหรือเพศชาย มีการปฏิบัติงานในลักษณะเดียวกันและต้องมีบทบาทหน้าที่ในการรับผิดชอบร่วมกัน ได้รับการมอบหมายงานจากผู้บริหารและมีโอกาสก้าวหน้าในงานต่าง ๆ เหมือนกัน มีสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน จึงส่งผลถึงพฤติกรรมทางอารมณ์ของเพศหญิงและเพศชายได้เหมือนกัน และในบางครั้งสภาวะแวดล้อมรอบข้างที่เกิดจากการดูแลบุตรอาจส่งผลกระทบต่อสภาพอารมณ์ของพนักงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมบูรณ์ อินสุพรรณ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม เพศชายและหญิง มีพฤติกรรมด้านอารมณ์ ไม่แตกต่างกัน 2) ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพของพนักงาน มีความสัมพันธ์กับอายุ และการมีบุตร อยู่ในระหว่างร้อยละ 35.0-68.0 เนื่องจากในแต่ละช่วงอายุ ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่ทำให้ค่าดัชนีมวลกายของแต่ละบุคคลแตกต่างกันออกไป ซึ่งความแตกต่างกันอาจเกิดได้จากพฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน รวมทั้งการมีโรคประจำตัวที่ทำให้ค่าดัชนีมวลกายของแต่ละบุคคลแตกต่างกันด้วยเช่นกัน ซึ่งค่าดัชนีมวลกายย่อมส่งผลถึงภาวะ

สุขภาพของพนักงาน ไม่ว่าจะเป็นความอ้วน-ผอม การมี-ไม่มีโรคประจำตัว รอบเอวที่ปกติ-ผิดปกติ เป็นต้น ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ผาณิต เพ็ชรบำรุงสุขศรี⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า ดัชนีมวลกายที่แตกต่างกันไม่มีการจัดการด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน 3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านสุขภาพจิตและจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์กับเพศ อายุ และการศึกษา อยู่ในระหว่างร้อยละ 20.0-24.3 เนื่องจากพนักงานอาจได้รับความกดดัน ทั้งในเรื่องของสภาพแวดล้อมและบทบาทในการปฏิบัติงาน จึงทำให้ทั้งเพศชายและเพศหญิงเกิดความกดดันและความเครียดที่เกิดจากการปฏิบัติงานได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นนทชา วิมลวัฒนา⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า ด้านการจัดการความเครียด มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง 4) ด้านสุขภาพสังคม การมีส่วนร่วมของพนักงานในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับอายุ ร้อยละ 23.0 เนื่องจากอายุมีผลต่อการมีส่วนร่วมและการแสดงออกทางความคิดเห็นของพนักงาน ในบางครั้งผู้ที่มีอายุต่างกัน แสดงความคิดเห็นต่างกันอย่างทำให้เกิดความขัดแย้งขึ้นในสถานประกอบการ จึงทำให้สุขภาพทางสังคมเสียไป ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์⁽²⁰⁾ ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า การมีความคิดเห็นทางสุขภาพที่แตกต่างกันส่งผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

■ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การดำเนินงานโครงการ 10 แดกเจก ปลอดภัยดี สุขภาพดี งานดี มีความสุข ควรมีนโยบายและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง พัฒนาต่อยอดการดำเนินงานที่จะสามารถนำไปสู่การสร้างความรู้ ยกระดับการพัฒนาและ

ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม และการพัฒนาศักยภาพเพื่อการสร้างเสริม หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนทำงานในสถานประกอบการและภาคีเครือข่ายได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ แต่อย่างไรก็ตามปัจจัยที่หนุนเสริมความสำเร็จที่สำคัญ คือ ผู้บริหาร แคนนำสุขภาพ ภาคีเครือข่าย และองค์ความรู้ที่จำเป็นในการดำเนินงาน ควรพิจารณาการขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้เกิดขึ้นอย่างยั่งยืน นอกจากนี้ควรมีการทบทวนและปรับปรุงหนังสือความรู้การส่งเสริมสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการตามแนวทาง 10 แพคเกจ ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายด้วยการเขียนเป็นเสมือนหนังสือคู่มือของแกนนำสุขภาพ และพนักงานของสถานประกอบการ

2. ควรพัฒนาสถานประกอบการให้เป็นสถานประกอบการ “ต้นแบบ” ในการส่งเสริมสุขภาพพนักงานในสถานประกอบการ และจัดอยู่ในตัวชี้วัด KPI กลุ่มคุณภาพ โดยกำหนดเป้าหมายให้แต่ละจังหวัดในพื้นที่ที่รับผิดชอบ มีต้นแบบ

อย่างน้อย 1 แห่ง และจัดลำดับมาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการต้นแบบเป็น 4 ระดับ คือ ระดับเพชร ทอง เงิน และระดับกำลังพัฒนา และมีรางวัลมอบให้พร้อมใบประกาศเกียรติคุณ

■ ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1. ศูนย์อนามัยแต่ละแห่งจัดทำฐานข้อมูลสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพ รวบรวมข้อมูลทั้งสถานประกอบการที่เข้าร่วมและยังไม่ได้เข้าร่วมพัฒนาสุขภาพ โดยข้อมูลที่รวบรวมควรครอบคลุม เรื่องที่สำคัญอย่างน้อย 3 เรื่องคือ พฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของพนักงาน ข้อมูลพื้นฐานของสถานประกอบการ ศักยภาพและความพร้อมในการพัฒนาสุขภาพของสถานประกอบการ รวมทั้งมีการคืนข้อมูลพื้นที่ในแต่ละจังหวัดเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงาน

2. ศูนย์อนามัยควรมีการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาสถานประกอบการ “ต้นแบบ” ของแต่ละจังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบร่วมกับภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. วิทยทำงานกับการดูแลสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2014 [เข้าถึงเมื่อ 16 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/>
2. อมรรัตน์ มานะวัฒน์วงศ์, สุรศักดิ์ ไชยสงค์, สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์, กัญญา ดิษยาธิคม, วลัยพร พิชรณกุล และคณะ. ผู้ป่วยด้วย NCD มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพอยู่มากน้อยแค่ไหน [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 16 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4771/hsri_journal_v11n3_p345.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. ผู้จัดการออนไลน์. เปิด 10 แพคเกจ สร้างสุขภาพดีในที่ทำงาน หวังลดอัตราการตายจากโรคเรื้อรัง [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 17 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://mgronline.com/qol/detail/9620000087814>
4. สาริษฐา สมทรัพย์, จุฬารัตน์ ปฎิเวทย์, ปวีณา สุขพรรณพิมพ์, บรรณารักษ์. คู่มือแนวทางส่งเสริมสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการ 10 Packages. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2562.
5. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 10 Package ปลอดภัยดี สุขภาพดี งานดี มีความสุข ในสถานประกอบการ [สื่ออัลติมีเดีย]. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 16 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/video-knowledges/10-package/>

6. Maymeiling. System Theory [อินเทอร์เน็ต]. 2014 [เข้าถึงเมื่อ 21 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://maymayny.wordpress.com/2014/10/26/system-theory/>
7. Yamane T. Statistics: An Introductory Analysis. 3rd ed. New York: Harper and Row Publications; 1973.
8. นิยม ปุราคำ. ทฤษฎีของการสำรวจสถิติจากตัวอย่าง และการประยุกต์. กรุงเทพมหานคร: ศ.ส. การพิมพ์; 2517.
9. แสงอรุณ อิศระมาลัย และภัทรภรณ์ กฤษณะพันธ์. การประยุกต์ใช้ระบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานในสถานประกอบการ : กรณีศึกษาบริษัทแปซิฟิกแปรรูปสัตว์น้ำ จังหวัดสงขลา [อินเทอร์เน็ต]. 2550 [เข้าถึงเมื่อ 21 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/1809?locale-attribute=th>
10. จันทรทิพย์ อินทวงศ์, เกษสุดา คำแก้ว, สุนทร เจริญภูมิการกิจ, ระพีพร ศรีจันทร์. การเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรคของพนักงานในสถานประกอบการขนาดกลางและขนาดเล็ก จังหวัดระยอง. ธรรมชาติศาสตร์เวชสาร 2556;13(3):340-51.
11. นฤกร ไชยสุขทักษิณ, ทวีศักดิ์ พุฒสุขขี, วันชัย ธรรมสัจการ. ผู้นำต้นแบบเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน [คู่มือนิพนธ์ปรัชญาคณะศึกษาศาสตร์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยทักษิณ; 2562.
12. World Health Organization. The ottawa charter for health promotion [Internet]. 2020 [cited 2022 May 29]. Available from: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en%20first%20International%20Conference%20on,health%20movement%20around%20the%20world>.
13. อภิษฎา ศรีเครือตง, จิตภา เริงมีศรีสุข, พระครูสังฆรักษ์จักรกฤษณ์, ภูริปญโญ (กัตติยง). การพัฒนาเครือข่ายการบริหารงานของเทศบาลนครนนทบุรี [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thai-explore.net/file_upload/submitter/file_doc/4043e37ea87fcee8a33dcf6e936e11fe.pdf
14. เกษมศานต์ ชัยศิลป์. การพัฒนาเครือข่ายการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมของเยาวชน [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมวิทยาการพัฒนาศาสตร์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
15. สถาพร ภัทรภินันท์. การสร้างพลังในภาคีเครือข่าย ต่อผลการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 18 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://km.stno.moph.go.th/media/r2r/>
16. ญาณิสรา ปินตานา, พิสมัย จารุขวลิต, มณีวรรณ ไวกสิกรณ์, วดีรดา ทวีทรัพย์ล้ำเลิศ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://203.157.71.172/academic/web/files/2563/research/MA2563-001-01-0000000240-0000000136.pdf>
17. สมบูรณ์ อินสุพรรณ. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพศึกษา]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2551.
18. ผานิตย์ เพ็ญบำรุงสุขศรี. การให้ความสำคัญกับสุขภาพพนักงานขององค์กรเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาการจัดการ]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2562.
19. นนทชา วิมลวัฒนา, ทิพาพันธุ์ สังฆะพงษ์, รัตนา ปานเรียแสน. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. วารสารกิจการุณ 2560;24(2):67-81.
20. นิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.

คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยแห่งความสำเร็จ ที่มีผลต่อการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง ของบุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุขภาพที่ 8

พรพิมล บุตะลา

สาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประจักษ์ บัวผัน

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วันรับ 25 กุมภาพันธ์ 2565, วันแก้ไข 17 มิถุนายน 2565, วันตอบรับ 30 มิถุนายน 2565

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองของบุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุขภาพที่ 8 ประชากรที่ศึกษา คือ บุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 230 คน สุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 125 คน และสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 15 คน แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 และความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.98 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน โดยมีการกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานศึกษา ด้านการลงมือปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสนใจในการมีส่วนร่วม ด้านการเชื่อมโยงระหว่างสถานศึกษาในเครือข่ายเดียวกัน และด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ ทั้ง 4 ตัวแปร มีผลและสามารถร่วมกันพยากรณ์ดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองของบุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุขภาพที่ 8 ร้อยละ 55.9 ($R^2=0.559$, $p\text{-value}<0.001$)

คำสำคัญ : โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง ปัจจัยแห่งความสำเร็จ โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน

Personal Characteristics and Key Success Factors Affecting The Performance of Gold Health Promotion School Among Educators in Border Patrol Police Schools at Health Region 8

Pornpimol Butala

Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

Prachak Bouphan

Faculty of Public Health, Khon Kaen University

Received 25 February 2022, Revised 17 June 2022, Accepted 30 June 2022

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study personal characteristics and key success factors affecting the performance of gold health promotion schools among educators at border patrol police schools in health region 8, Thailand. The samples were 125 educators randomly selected by stratified random sampling from the 230 populations. Data was collected using the questionnaire for the quantitative data and the in-depth interview guidelines for qualitative data gathering. which were examined and verified by the three experts for content validity items objective congruence (IOC) found that all items more than 0.50 and Cronbach's alpha coefficient of 0.98. Data analysis was performed by descriptive and inferential statistics at a significance level of 0.05. The results showed that four variables of key success factors; the development of the image of the educational institution, the implementation in areas where there is readiness and voluntary participation, the linking between schools in the same network, and the building understanding and encouraging cooperation affected and could jointly predict the performance of gold health promotion schools among educators at border patrol police schools in health region 8 at 55.9% ($R^2=0.559$, $p\text{-value}<0.001$).

Keywords: Gold Health Promotion School, Key Success Factors, Border Patrol Police Schools

■ บทนำ

การพัฒนาประเทศตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) ซึ่งมีหลักการสำคัญคือ จะมุ่งบรรลุเป้าหมายในระยะ 5 ปีที่จะสามารถถอยออกในระยะต่อไปเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาระยะยาวตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี โดยมีหลักการสำคัญของแผนพัฒนาฯ คือ “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” โดยมุ่งสร้างคุณภาพชีวิตและสุขภาวะที่ดีสำหรับ

คนไทย พัฒนาคอนให้มีความเป็นคนที่สมบูรณ์ มีวินัย ใฝ่รู้ มีความรู้ มีทักษะ มีความคิดสร้างสรรค์ มีทัศนคติที่รับผิดชอบต่อสังคม มีคุณธรรมและจริยธรรม รวมถึงการพัฒนาคนทุกช่วงวัย⁽¹⁾ ประกอบกับโครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนตามพระราชดำริ สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน ได้มุ่งหวังให้เด็กและเยาวชนที่เป็นทรัพยากรสำคัญของ

ประเทศไทย เป็นผู้ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างสมดุลในด้านพุทธิศึกษา จริยศึกษา หัตถศึกษา และพลศึกษา ในส่วนของโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนมุ่งหวังให้มีการพัฒนาและมีศักยภาพในการขยายผลการพัฒนาสู่ชุมชน พร้อมกับพัฒนาตนเองให้เป็นศูนย์บริการความรู้แก่ประชาชน และผู้สนใจ⁽²⁾ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเป็นโรงเรียนที่มีความร่วมมือ ร่วมใจกันพัฒนาพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมให้อึดต่อสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เพื่อการมีสุขภาพดีของทุกคนในโรงเรียน⁽³⁾

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ รูปแบบของการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ด้านกระบวนการ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง ประกอบด้วย 1.1) นโยบายของโรงเรียน ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริม เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาสุขภาพ การส่งเสริมสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพนักเรียน การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ การส่งเสริมสุขภาพจิตและเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง การคุ้มครองผู้บริโภคในโรงเรียน การพัฒนาระบบการเรียนรู้ด้านสุขภาพโดยมีผู้เรียนเป็นสำคัญ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการพัฒนาสุขภาพนักเรียนและบุคลากรทุกคนในโรงเรียน และ 1.2) การบริหารจัดการในโรงเรียน ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์การ การบริหารบุคลากร การอำนาจการ และการควบคุมกำกับ 2) ด้านการส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เป็นส่วนที่ช่วยให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพเด็ก และบุคลากรให้มีความสมบูรณ์ครบถ้วน โดยคุณลักษณะส่วนบุคคลที่สำคัญของบุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) ตำแหน่ง 6) ระยะเวลาการปฏิบัติงานใน

โรงเรียน และ 7) การได้รับการฝึกอบรมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง⁽⁴⁾ นอกจากนี้คุณลักษณะส่วนบุคคลแล้ว ปัจจัยแห่งความสำเร็จยังเป็นตัวช่วยผลักดันให้การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองประสบผลสำเร็จและบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม 2) หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน 3) การลงมือปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม 4) การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ 5) การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานศึกษา และ 6) การเชื่อมโยงระหว่างสถานศึกษาในเครือข่ายเดียวกัน⁽⁵⁾ อาจกล่าวได้ว่าปัจจัยเหล่านี้จะช่วยให้การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองของบุคลากรทางการศึกษาประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

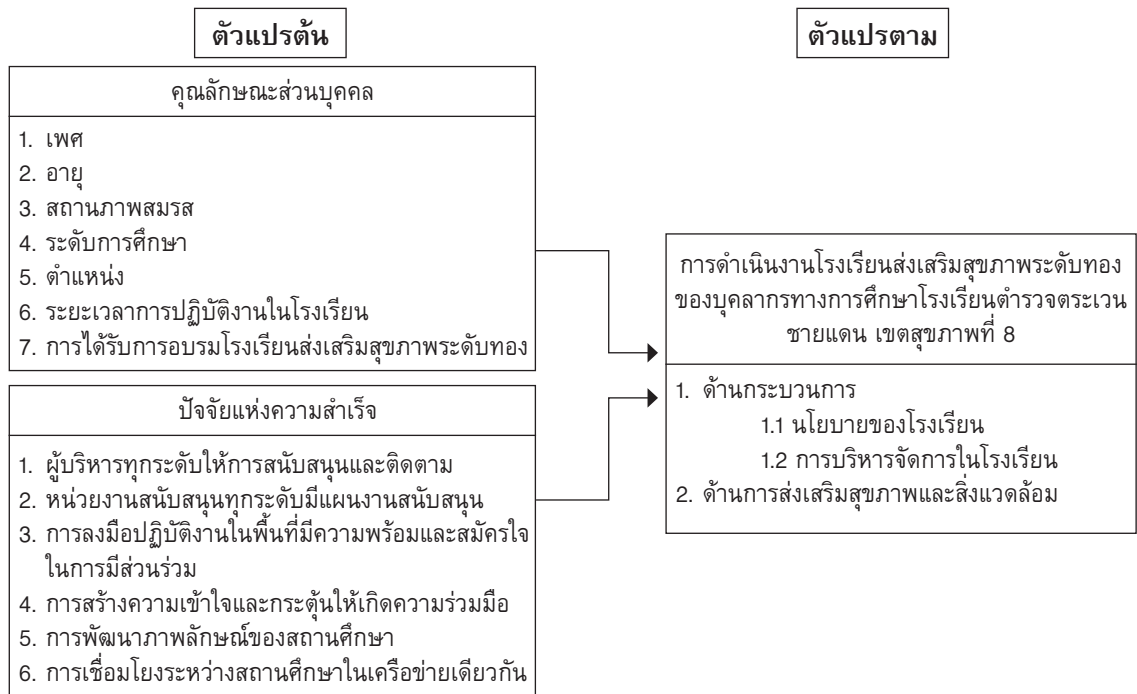
โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนเป็นโรงเรียนในสังกัดกองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน สำนักงานตำรวจแห่งชาติ มีที่ตั้งกระจายอยู่ตามแนวชายแดนในพื้นที่ทุรกันดาร ห่างไกล การคมนาคมทั่วทุกภาคของประเทศ โดยในปีการศึกษา 2563 มีโรงเรียนในสังกัดกองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดนที่ดำเนินงานโครงการพัฒนาเด็กและเยาวชน ตามพระราชดำริสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จำนวนโรงเรียนทั้งหมด 220 แห่ง นักเรียนทั้งหมดจำนวน 26,520 คน

โดยปีงบประมาณ 2562 – 2563 มีโรงเรียนผ่านการรับรองเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองจำนวน 15 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 55.5 จากข้อมูลดังกล่าวพบโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนผ่านการรับรองเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองมีจำนวนน้อย ทั้งนี้มีสาเหตุจากผลสำเร็จการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเกณฑ์ โดยเฉพาะปัญหาด้านส่งเสริมสุขภาพและ

สิ่งแวดล้อม กล่าวคือ ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ การสุขาภิบาลอาหารปลอดภัย โรงเรียนไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร 30 ข้อ จำนวน 8 แห่ง และด้านโภชนาการในโรงเรียนพบเด็กนักเรียนมีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงเกินเกณฑ์ (เริ่มอ้วนและอ้วน) มากกว่าร้อยละ 10.0 จำนวน 6 แห่ง และส่วนสูงตามเกณฑ์อายุต่ำกว่าเกณฑ์ (ค่อนข้างเตี้ยและเตี้ย) มากกว่าร้อยละ 5.0 จำนวน 2 แห่ง⁽⁶⁾

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองของบุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุขภาพที่ 8 เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดทิศทาง นโยบาย การวางแผน และการพัฒนาสถานศึกษาสู่การเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองเป็นการยกระดับคุณภาพของสถานศึกษาต่อไป

■ กรอบแนวคิด



■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. ศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองของบุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนเขตสุขภาพที่ 8
2. ศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ และระดับการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองของบุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนเขตสุขภาพที่ 8

■ วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study)

● ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 230 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 125 คน และการสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 15 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้น (Multiple Linear Regression Analysis)⁽⁷⁾ ดังนี้

$$\text{สูตร } N = \frac{\lambda(1-R^2_{Y,A,B})}{R^2_{Y,A,B}-R^2_{Y,A}} + W \quad \dots\dots(1)$$

$$\text{เมื่อ } \lambda = \lambda_L - \frac{1/V_L - 1/V}{1/V_L - 1/V_U} (\lambda_L - \lambda_U) \dots\dots(2)$$

ในการวิจัยในครั้งนี้ได้นำค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรจากการศึกษาปัจจัยบริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของครูอนามัยโรงเรียนในจังหวัดหนองคาย⁽⁸⁾ ซึ่งเป็นลักษณะงานที่คล้ายคลึงกันกับการวิจัยครั้งนี้จากการใช้สูตรในการคำนวณหาขนาดตัวอย่างได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 125 คน

● **วิธีการสุ่มตัวอย่าง** ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ซึ่งเป็นการสุ่มตัวอย่างโดยแบ่งประชากรออกเป็นกลุ่มตามจังหวัด โดยให้ประชากรในแต่ละชั้นภูมิมียุทธศาสตร์คล้ายคลึงกันมากที่สุด และทำการคำนวณสัดส่วนขนาดตัวอย่างต่อกลุ่มประชากรซึ่งเป็นบุคลากรทางการศึกษาในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนแต่ละ

จังหวัด เมื่อได้จำนวนขนาดตัวอย่างแล้วจึงทำการสุ่มแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ในแต่ละจังหวัด จนได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 125 คน ขนาดตัวอย่างจำแนกตามจังหวัด ดังตารางที่ 1

กลุ่มบุคคลที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยพิจารณาวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยเลือกบุคคลที่มีความรู้ความสามารถในการให้ข้อมูลและมีประสบการณ์เกี่ยวกับการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองได้ดีที่สุด (Key Informants) ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานวัยเรียน ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี, บุคลากรทางการศึกษาในศึกษาธิการจังหวัด, ผู้แทนจากกองกำกับการตำรวจตระเวนชายแดนและดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน จำนวน 3 คน ครูใหญ่ในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 2 คน ครูอนามัยโรงเรียน หรือครูผู้รับผิดชอบโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง จำนวน 10 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 15 คน

● **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วยแบบสอบถามและแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้มีทั้งหมด 2 ชุด ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) จำนวน 62 ข้อ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล มีคำถาม 7 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จ มีคำถาม 30 ข้อ

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรที่ทำการศึกษา ตามสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างต่อประชากร และจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจังหวัด

ลำดับ	จังหวัด	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
1	นครพนม	80	41
2	เลย	62	34
3	บึงกาฬ	37	21
4	อุดรธานี	35	20
5	สกลนคร	16	9
	รวม	230	125

ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับการดำเนินงาน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง มีคำถาม 20 ข้อ โดยส่วนที่ 2 และ 3 ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ⁽⁹⁾ โดยมีการแบ่งเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ หากตอบระดับมากที่สุด 5 คะแนน ตอบระดับมาก 4 คะแนน ตอบระดับปานกลาง 3 คะแนน ตอบระดับน้อย 2 คะแนน และตอบระดับน้อยที่สุด 1 คะแนน และส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง และชุดที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จ ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง และส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง เขตสุขภาพที่ 8

2. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือทั้ง 2 ชุด ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในด้านความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.5 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบ แก้ไข และปรับปรุงโดยผู้เชี่ยวชาญแล้วไปทดลองใช้เครื่องมือกับบุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 30 คน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้านปัจจัยแห่งความสำเร็จ เท่ากับ 0.97 ด้านการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง เท่ากับ 0.96 และภาพรวมแบบสอบถามทั้งชุด เท่ากับ 0.98

● **การวิเคราะห์ข้อมูล** ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน

การแปลผล การแปลผลคะแนนระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ และระดับการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองของบุคลากร

ทางการศึกษาโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุขภาพที่ 8 โดยนำมาจัดระดับเป็น 5 ระดับ⁽¹⁰⁾ ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ ระดับมากที่สุด (4.50-5.00 คะแนน) ระดับมาก (3.50-4.49 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) ระดับน้อย (1.50-2.49 คะแนน) และระดับน้อยที่สุด (1.00-1.49 คะแนน) สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)⁽¹¹⁾ มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง +1 แบ่งระดับ ดังนี้ r = 0 หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์ r = ±0.01 ถึง ±0.30 หมายถึง มีความสัมพันธ์ต่ำ r = ±0.31 ถึง ±0.70 หมายถึง มีความสัมพันธ์ปานกลาง r = ±0.71 ถึง ±0.99 หมายถึง มีความสัมพันธ์สูง r = ±1 หมายถึง มีความสัมพันธ์โดยสมบูรณ์

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วันที่ 6 ธันวาคม 2564 เลขที่ HE642250 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 11 - 31 มกราคม พ.ศ. 2565

■ ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุขภาพที่ 8 กลุ่มตัวอย่าง 125 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 64.0 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.2 โดยมีอายุเฉลี่ย 37.32 ปี (S.D. = 8.90 ปี) อายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 58 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 57.6 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 75.2 ส่วนใหญ่เป็นครูตชด. คิดเป็นร้อยละ 45.6 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน อยู่ระหว่าง 1 - 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.4 เฉลี่ย 9.04 ปี (S.D. = 8.59 ปี) มีค่ามัธยฐาน 5 ปี โดยมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนต่ำสุด 1 ปี และมากที่สุด 33 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง คิดเป็นร้อยละ 88.0 และส่วนใหญ่

จำนวนครั้งที่ได้รับการอบรมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 86.7 โดยมีค่าเฉลี่ย 1.33 ครั้ง (S.D. = 1.05 ครั้ง) มีค่ามัธยฐาน 1 ครั้ง ค่าต่ำสุด 1 ครั้ง ค่าสูงสุด 5 ครั้ง

2. ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองของบุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุภาพที่ 8 พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.82 (S.D. = 0.65) ซึ่งเมื่อพิจารณาตามปัจจัยพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ด้านผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.98 (S.D. = 0.70) รองลงมา คือ หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.92 (S.D. = 0.66) ส่วนด้านที่มีค่าน้อยที่สุด คือ การลงมือปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีความพร้อม และสมัครใจในการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.56 (S.D. = 0.81) รองลงมา คือ การเชื่อมโยงระหว่างสถานศึกษาในเครือข่ายเดียวกัน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.76 (S.D. = 0.73)

3. ระดับการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองของบุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุภาพที่ 8 พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.17 (S.D.=0.56) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านกระบวนการ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.20 (S.D.=0.59) รองลงมาคือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม มีระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.10 (S.D.=0.60)

4. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองของบุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุภาพที่ 8 พบว่า

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล ด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงเรียน และการได้

รับการอบรมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองของบุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุภาพที่ 8 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

2. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ พบว่า ภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองของบุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุภาพที่ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.684, p\text{-value}<0.001$) ส่วนปัจจัยแห่งความสำเร็จรายด้าน พบว่า ด้านที่มีความสัมพันธ์ระดับสูง คือ การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานศึกษา ($r=0.709, p\text{-value}<0.001$) ส่วนด้านที่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ได้แก่ ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม ($r=0.549, p\text{-value}<0.001$) หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน ($r=0.636, p\text{-value}<0.001$) การลงมือปฏิบัติงานในพื้นที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม ($r=0.496, p\text{-value}<0.001$) การสร้างความเข้าใจ และกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ ($r=0.677, p\text{-value}<0.001$) และการเชื่อมโยงระหว่างสถานศึกษาในเครือข่ายเดียวกัน ($r=0.672, p\text{-value}<0.001$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

5. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองของบุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุภาพที่ 8 ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองของบุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุภาพที่ 8 ที่ถูกเลือกเข้าสมการคือ ตัวแปรปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานศึกษา ($p\text{-value}=0.031$) ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการลงมือปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม ($p\text{-value}=0.003$) ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการ

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองของบุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุภาพที่ 8

คุณลักษณะส่วนบุคคล	การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองของบุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุภาพที่ 8		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (<i>r</i>)	<i>p</i> -value	ระดับความสัมพันธ์
1. เพศ (หญิง)	-0.063	0.485	ไม่มีความสัมพันธ์
2. อายุ	0.141	0.117	ไม่มีความสัมพันธ์
3. สถานภาพสมรส (สมรส)	0.042	0.645	ไม่มีความสัมพันธ์
4. ระดับการศึกษา (ปริญญาตรี)	-0.118	0.191	ไม่มีความสัมพันธ์
5. ตำแหน่ง (ครู ๓๓๑.)	0.029	0.744	ไม่มีความสัมพันธ์
6. ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงเรียน	0.075	0.407	ไม่มีความสัมพันธ์
7. การได้รับการอบรมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง (เคย)	0.108	0.702	ไม่มีความสัมพันธ์

*ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยแห่งความสำเร็จกับการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองของบุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุภาพที่ 8

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองของบุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุภาพที่ 8		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (<i>r</i>)	<i>p</i> -value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	0.684***	< 0.001	ปานกลาง
1. ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม	0.549***	< 0.001	ปานกลาง
2. หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน	0.636***	< 0.001	ปานกลาง
3. การลงมือปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม	0.496***	< 0.001	ปานกลาง
4. การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ	0.677***	< 0.001	ปานกลาง
5. การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานศึกษา	0.709***	< 0.001	สูง
6. การเชื่อมโยงระหว่างสถานศึกษาในเครือข่ายเดียวกัน	0.672***	< 0.001	ปานกลาง

***ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.001

ตารางที่ 4 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองของบุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุภาพที่ 8

ตัวแปร	B	Beta	t	p-value	R	R ²	R ² adj	R ² change
1. ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานศึกษา	0.352	0.406	2.187	0.031	0.709	0.503	0.499	-
2. ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการลงมือปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม	-0.225	-0.320	-2.990	0.003	0.721	0.520	0.512	0.017
3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการเชื่อมโยงระหว่างสถานศึกษาในเครือข่ายเดียวกัน	0.216	2.336	2.752	0.007	0.737	0.543	0.532	0.023
4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ	0.233	0.303	2.087	0.039	0.748	0.559	0.545	0.016

ค่าคงที่ 1.750, F = 38.076, p-value < 0.001, R = 0.748, R² = 0.559, R²adj = 0.545

เชื่อมโยงระหว่างสถานศึกษาในเครือข่ายเดียวกัน (p -value=0.007) และปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ (p -value=0.039) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปร มีผลและสามารถร่วมพยากรณ์การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองของบุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุภาพที่ 8 ได้ร้อยละ 55.9 ดังตารางที่ 4

6. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก
พบว่า ภาพลักษณ์ของสถานศึกษา โรงเรียนต้องเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับประชาชน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีความมั่นใจและไว้วางใจ ที่จะพบุตรหลานมาศึกษาเล่าเรียน การปฏิบัติงานในพื้นที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองนั้น ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย ทั้งนี้ นอกจากความพร้อมของโรงเรียนแล้วนั้น ความพร้อมของชุมชนก็เป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญ การเชื่อมโยงระหว่างสถานศึกษา สำหรับโรงเรียนที่ดำเนินงานประสบความสำเร็จแล้ว

สามารถเป็นพี่เลี้ยงให้แก่โรงเรียนที่อยู่ในเครือข่ายเดียวกัน โดยให้คำแนะนำและช่วยเหลือกันระหว่างสถานศึกษา และการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ บุคลากรทางการศึกษาคควรมีการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจให้กับภาคีเครือข่ายให้มีความเข้าใจ มีความตระหนักในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง

7. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ
ในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองของบุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุภาพที่ 8 โดยภาพรวมข้อมูลจากแบบสอบถามทั้งหมด 125 ฉบับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ทั้งหมด 49 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 39.2 โดยปัญหาอุปสรรคส่วนใหญ่ คือ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการลงมือปฏิบัติงานในพื้นที่มีความพร้อม และสมัครใจในการมีส่วนร่วม ร้อยละ 22.9 รองลงมา คือ ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม ร้อยละ 18.8 ส่วนปัญหาอุปสรรคน้อยที่สุด คือ หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน ร้อยละ 5.8 รองลงมา

คือ การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ ร้อยละ 11.2

■ อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงเรียน และการได้รับการอบรมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองของบุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุขภาพที่ 8 เนื่องจากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนไม่ได้จำกัดกรอบการทำงานเฉพาะเพศชายหรือเพศหญิงทุกคนล้วนทำงานภายใต้กฎระเบียบและมาตรฐานเดียวกันและสามารถปฏิบัติงานที่ได้ผลลัพธ์ไม่แตกต่างกัน อีกทั้งบุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนไม่ว่าจะอายุมากหรือน้อยก็ต้องเรียนรู้และสามารถศึกษาหาความรู้ได้เท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะอายุจะแตกต่างกันก็ไม่ทำให้การปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแตกต่างกัน นอกจากนี้การปฏิบัติงานของบุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนเน้นเรื่องการเรียนการสอนเด็กนักเรียนเป็นสำคัญ มีความเสียสละ ท่วมเทในหน้าที่ ๆ ที่ได้ผิดชอบในการปฏิบัติงานในเวลาอย่างเต็มที่ ไม่ได้กระทบเวลาส่วนตัว หรือเวลาของครอบครัวนอกเหนือจากเวลางาน จึงทำให้สถานภาพสมรส ไม่ส่งผลกระทบต่อในการปฏิบัติหน้าที่ ในการปฏิบัติงานกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างชัดเจน บุคลากรทุกคนปฏิบัติตามหน้าที่ ๆ ได้รับมอบหมายอย่างเคร่งครัดตามกฎระเบียบของผู้บังคับบัญชา ไม่ว่าจะบุคคลจะได้รับการศึกษาระดับใด ทุกคนต่างปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างดี อีกทั้งบุคลากรทางการศึกษาทุกตำแหน่งทำหน้าที่อบรมสั่งสอนให้ความรู้แก่นักเรียนและดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพได้ใกล้เคียงกัน ในการปฏิบัติงาน

นั้นก็มีแนวทางในการปฏิบัติค่อนข้างชัดเจน ทำให้บุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนที่เข้ามาปฏิบัติงานไม่ว่าจะมีประสบการณ์หรือไม่มีประสบการณ์มาก่อนก็สามารถเรียนรู้ และเข้าใจแผนการดำเนินงานสามารถปฏิบัติงานได้ดี ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงเรียนจึงไม่ส่งผลกระทบ นอกจากนี้ การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองมีคู่มือที่ใช้ในการดำเนินงานอย่างละเอียด ชัดเจน และมีการเผยแพร่หลายรูปแบบ เช่น หนังสือคู่มือหรือช่องทางออนไลน์ จัดทำโดยกรมอนามัย ทำให้ผู้ที่ปฏิบัติงานสามารถศึกษา และเรียนรู้ได้หลายช่องทาง ทั้งนี้การได้รับการอบรมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองจึงไม่มีความสัมพันธ์ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของฉัตรทิวิวัฒน์ ฝ่ายหมื่นไวย และชนะพล ศรีฤชา⁽⁶⁾ พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงเรียน และการได้รับการอบรมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของครูอนามัยโรงเรียนในจังหวัดหนองคาย

ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานศึกษา ($p\text{-value}=0.031$) ซึ่งภาพลักษณ์ของสถานศึกษามีความสำคัญที่จะทำให้เกิดการยอมรับของผู้ปกครองในการส่งบุตรหลานเข้ามาศึกษาเล่าเรียนในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน⁽⁵⁾ ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านภาพลักษณ์มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น⁽¹²⁾ และผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ไม่มีผลต่อการทำวิจัยเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขของนักวิชาการสาธารณสุข

ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น⁽¹³⁾

ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการลงมือปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม (p -value=0.003) ซึ่งในการพัฒนาสถานศึกษาสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองต้องอาศัยการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ร่วมลงมือปฏิบัติ ร่วมตัดสินใจ เสียสละในการดำเนินงานและร่วมแบ่งผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานทุกกระบวนการ ทุกขั้นตอน⁽⁷⁾ ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านพื้นที่ที่สมัครใจและชุมชนมีความกระตือรือร้นในการมีส่วนร่วม มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น⁽¹²⁾ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วมมีผลต่อการทำวิจัยเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น⁽¹³⁾ และผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการลงมือปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วมไม่มีผลต่อการบริหารงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรของสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน⁽¹⁴⁾

ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการเชื่อมโยงระหว่างสถานศึกษาในเครือข่ายเดียวกัน (p -value=0.007) ซึ่งการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดนั้น ต้องอาศัยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากสถานศึกษาในเครือข่ายเดียวกัน หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถดำเนินงานให้สอดคล้องกับมาตรฐานที่กำหนดไว้⁽³⁾ ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านความเชื่อมโยงกันในเครือข่ายบริการสุขภาพมีผลต่อการปฏิบัติ

งานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น⁽¹²⁾ และผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการเชื่อมโยงระหว่างสถานศึกษาในเครือข่ายเดียวกันไม่มีผลต่อการจัดสภาพแวดล้อมในโรงเรียน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสุพรรณบุรี เขต 2⁽¹⁵⁾

ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ (p -value=0.039) เนื่องจากการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองนั้น บุคลากรทางการศึกษาทุกภาคส่วน ควรประชุมหารือหรือสร้างความรู้ความเข้าใจระหว่างบุคลากรทางการศึกษาในโรงเรียน นักเรียน ผู้ปกครองและภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงาน เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินงาน จึงจะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมและเกิดความร่วมมือระหว่างโรงเรียนและชุมชนในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง อย่างต่อเนื่อง⁽⁵⁾ ผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือมีผลต่อการทำวิจัยเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น⁽¹³⁾ และผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือไม่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของโรงเรียนประถมศึกษาขนาดเล็ก สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน⁽¹⁶⁾

■ สรุป

ผลการศึกษา คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองของบุคลากร

ทางการศึกษาโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุภาพที่ 8 แสดงให้เห็นว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลไม่มีผลต่อการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง ส่วนปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองของบุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุภาพที่ 8 ได้แก่ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานศึกษา, ด้านการลงมือปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม, ด้านการเชื่อมโยงระหว่างสถานศึกษาในเครือข่ายเดียวกัน และด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ มีผลและสามารถรวมกันพยากรณ์ ได้ร้อยละ 55.9 ซึ่งภาพลักษณ์ของสถานศึกษามีความสำคัญที่จะทำให้เกิดการยอมรับจากผู้ปกครองในการส่งบุตรหลานเข้ามาศึกษาเล่าเรียนในโรงเรียน การปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วมนั้นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย ทั้งนี้นอกจากความพร้อมของโรงเรียนแล้ว ความพร้อมของชุมชนก็เป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญ ส่วนการเชื่อมโยงระหว่างสถานศึกษา ในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดนั้น ต้องอาศัยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากสถานศึกษาในเครือข่ายเดียวกัน หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถดำเนินงานให้สอดคล้องกับมาตรฐานที่กำหนดไว้ และการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ เนื่องจากการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองนั้น บุคลากรทางการศึกษาทุกภาคส่วน ควรประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างความเข้าใจระหว่างบุคลากรทางการศึกษาในโรงเรียน นักเรียน ผู้ปกครองและภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงาน เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินงาน จึงจะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมและเกิดความร่วมมือระหว่างโรงเรียนและชุมชนในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองอย่างต่อเนื่อง

■ ข้อเสนอแนะ:

● ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ผู้บริหารโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน ควรให้ความสำคัญในการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแก่บุคลากรทางการศึกษา นักเรียน ผู้ปกครอง และภาคีเครือข่ายต่างๆ เพื่อให้บุคลากรในโรงเรียน นักเรียน ผู้ปกครอง และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมีความเข้าใจ ทราบแนวปฏิบัติของการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ควรส่งเสริมและสนับสนุนจัดอบรมให้ความรู้การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองให้แก่บุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน ให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

● ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองของบุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน

2. ควรมีการศึกษาแนวทางในการพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองของบุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน

■ กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รศ.ดร. ประจักษ์ บัวผัน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ บุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เขตสุภาพที่ 8 ที่ให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี ตลอดจนบุคคลที่เกี่ยวข้องที่ไม่ได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2560.
2. โครงการส่วนพระองค์สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้ากรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. รายงานการดำเนินงานโครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนตามพระราชดำริสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ประจำปีการศึกษา 2563. กรุงเทพมหานคร: โครงการส่วนพระองค์สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้ากรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี; 2564.
3. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. คู่มือการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2558. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักบริหารวิชาการ มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2558.
4. Schermerhorn JR, Osborn RN, Hunt JG, Uhl-Bien M. Organizational Behavior. 12th edition. United States of America: John Wiley & Sons; 2011.
5. ชูชัย ศุภวงศ์, สมศักดิ์ ชูณหรัศม์, ลัดดา ดำริการเลิศ, สุพัตรา ศรีวิณิชากร, เกษม เวชสุนทรานนท์ และ ศุภกิจ ศิริลักษณ์. คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ; 2553.
6. ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรดิตถ์ กรมอนามัย. รายงานสรุปผลการดำเนินงานกลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยเรียน ประจำปีงบประมาณ 2564. อุตรดิตถ์: ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรดิตถ์; 2564. (เอกสารอัดสำเนา)
7. Cohen JM. & Uphoff NT. Rural Development Participation: Concept and Measure For Project Design Implementation and Evaluation: Rural Development Committee Center for international Studies. New York: Cornell University Press; 1981.
8. จัตรพิวัฒน์ ฝ่ายหมื่นไวย และชนะพล ศรีฤทธา. ปัจจัยบริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของครูอนามัยโรงเรียนในจังหวัดหนองคาย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2557;6(3):222-9.
9. Likert R. The human organization: Its management and values. New York: McGraw-Hill; 1967.
10. Chantasawan S, Buathuan S. Social science research methodology. Khon Kaen: Department of Sociology and Anthropology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Khon Kaen University; 2004.
11. Elifson KW, Richard RP, Haber A. Fundamentals of Social Statistics. 2nd edition. New York: McGraw-Hill, Inc; 1990.
12. กัญญารัตน์ จันทร์โสม, ประจักษ์ บัวผัน และมกรพันธ์ จุฑะรสก. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2563;20:(2)60-71.
13. ณิชกุล โยธา, ประจักษ์ บัวผัน และสุรัชย์ พิมพ์. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและบรรยากาศองค์กร ที่มีผลต่อการทำวิจัยเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2562;19(1):149-60.
14. มุขปา บุญเกษม, กระพันธ์ ศรีงาน, และสิทธิชัย ดีสัน. รูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นของปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรของสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน. วารสารบริหารการศึกษาศึกษาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี 2560;17(3):659-67.
15. สำเร็จ สุวาท และจิตติรัตน์ แสงเลิศอุทัย. การมีส่วนร่วมของชุมชนที่ส่งผลต่อการจัดสภาพแวดล้อมในโรงเรียน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสุพรรณบุรี เขต 2. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย 2560;9(1): 314-28.
16. ธวัชชัย ตั้งอุทัยเรือง. การมีส่วนร่วมของชุมชนที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของโรงเรียนประถมศึกษาขนาดเล็ก สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ 2558;16(4): 82-92.

สถานการณ์การขับเคลื่อนพระราชบัญญัติควบคุม การส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 โดยบุคลากรกรมอนามัยในระดับเขตสุขภาพ ในปี พ.ศ.2561

พิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์

เบญจวรรณ ยี่คิ้ว

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ชมพูนุท โตโพธิ์ไทย*

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

วันรับ 28 เมษายน 2565, วันแก้ไข 19 กันยายน 2565, วันตอบรับ 22 กันยายน 2565

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจสถานการณ์การขับเคลื่อนพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 ในระดับเขตสุขภาพในระยะเวลาหนึ่งปีแรกหลังกฎหมายมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 8 กันยายน พ.ศ.2560 วิธีการศึกษาเป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed-method study) ทำการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก และเก็บข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คนเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์อนามัยเขต 12 แห่งและสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมืองสังกัดกรมอนามัย ซึ่งได้รับมอบหมายจากผู้บริหารในหน่วยงานให้ทำหน้าที่ขับเคลื่อนการบังคับใช้กฎหมายในพื้นที่ ผลการศึกษาพบ 3 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) ทรัพยากรในการขับเคลื่อนกฎหมายมีอย่างจำกัด ทั้งบุคลากรและสิ่งสนับสนุน โดยบุคลากรที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ขับเคลื่อนกฎหมายไม่ได้รับการแต่งตั้งเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตามที่กฎหมายรับรอง 2) กระบวนการขับเคลื่อนกฎหมาย ยังไม่มีแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์อนามัยเขตส่วนใหญ่ปรับใช้กลไกและเครือข่ายการทำงานด้านอนามัยแม่และเด็กที่มีอยู่ในพื้นที่เป็นกลไกสำหรับถ่ายทอดนโยบายเกี่ยวกับกฎหมายให้แก่บุคลากรในระดับจังหวัด และ 3) ผลลัพธ์การดำเนินงานในช่วงปีแรกเน้นการสื่อสารสร้างความเข้าใจให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผ่านการประชุมชี้แจง และการอบรมเชิงปฏิบัติการ ข้อเสนอแนะที่สำคัญจากการศึกษานี้คือ กรมอนามัยควรปรับปรุงการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ให้ครอบคลุมผู้ปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ สร้างกลไกการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจให้แก่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และเปิดกว้างให้ประชาชนมีส่วนร่วม รวมทั้งพัฒนาระบบเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายให้ทันสมัย และผู้บริหารกรมอนามัยส่วนภูมิภาคควรกำหนดแผนการดำเนินงานขับเคลื่อนกฎหมายในระดับเขตให้ชัดเจนและมีการกำกับติดตามอย่างสม่ำเสมอ

คำสำคัญ : การขับเคลื่อนนโยบาย พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 พ.ร.บ.นมผง

*ผู้รับผิดชอบบทความ, อีเมลล์: chompoonut.pu@gmail.com

The situation of an implementation of the Control of Marketing Promotion of Infant and Young Child Food Act. BE. 2560 by the Department of Health's officers at the regional health level in 2018

Pimolphan Tangwiwat

Benjawan Yeekiew

Bureau of Health Promotion, Department of Health

Chompoonut Topothai*

International Health Policy Program, Ministry of Public Health.

Received 28 April 2022, Revised 19 September 2022, Accepted 22 September 2022.

Abstract

This study aimed to explore the situation of the implementation at the regional level of the Control of Marketing Promotion of Infant and Young Child Food Act. B.E.2560 (A.D. 2017), or Milk Act, after its first year of enactment on 8th September 2017. This is a mixed-method study obtaining data by focus group and semi-structured interview. The demographic data of participants were also collected by a self-administered questionnaire. A total of 35 participants were health personnel working in 12 Regional Health Centers and the Metropolitan Health and Wellness Institution, Department of Health, Ministry of Public Health. They were the responsible people for the implementation of the Milk Act in designated areas. Three main findings from this study included 1) resources for the implementation was limited and a great number of assigned responsible person was not appointed to be competent officer stated by the law; 2) the processes to implement the law were still vague and responsible persons tended to apply existing mechanism for the implementation of law; and 3) the output in the first year of its enactment focused mainly on policy translation and communication to provincial-level health officers, through meeting and workshops. This study recommended that the Department of Health should revise the Ministerial Notification on the appointment of competent officers to cover all responsible persons working at every level. Also, public communication should be established with an opportunity for the general public to participate, as well as the development of a modern surveillance system. Additionally, executive directors of Regional Health Centers of the Department of Health should set up univocal plans for implementation of the law at the regional level as well as the monitoring system.

Keywords : policy implementation, the Control of Marketing Promotion of Infant and Young Child Food Act B.E. 2560, Milk Code

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

■ unna

นมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก⁽¹⁾ เนื่องจากมีสารอาหารที่มีประโยชน์และจำเป็นต่อการเจริญเติบโตของทารก มีภูมิคุ้มกันโรคที่ช่วยปกป้องทารกจากการป่วยและตายด้วยโรคติดเชื้อที่พบบ่อย ทั้งโรคปอดบวมและอุจจาระร่วง อีกทั้งการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังเป็นกระบวนการทางธรรมชาติที่ช่วยสร้างความรักความผูกพันระหว่างแม่และลูกที่ส่งผลดีต่อพัฒนาการทางสติปัญญา อารมณ์และสังคม นอกจากนี้ประโยชน์ต่อลูกแล้ว การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยลดโอกาสการเกิดโรค มะเร็งรังไข่และมะเร็งเต้านมในแม่ที่เลี้ยงลูกด้วย นานนมตัวเอง และช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายจากการซื้อนมผงสำหรับทารกและเด็กเล็ก⁽²⁾ องค์การอนามัยโลกแนะนำว่าเด็กทุกคนควรได้กินนมแม่อย่างเต็มที่ตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 เดือนและกินนมแม่ ต่อเนื่องควบคู่อาหารตามวัยไปจนถึงอายุ 2 ปีหรือนานกว่านั้น โดยในระดับโลกมีการตั้งเป้าหมายร่วมกันว่า ภายในปี พ.ศ. 2573 ร้อยละ 70 ของเด็กทั่วโลกจะได้กินนมแม่อย่างเต็มที่ในช่วงแรกเกิดถึง 6 เดือน⁽³⁾

การส่งเสริมแม่และครอบครัวให้มีความสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ รัฐและทุกภาคส่วนในสังคมจำเป็นต้องร่วมมือกันสนับสนุนแม่และครอบครัวผ่านมาตรการทางสังคมหลายด้าน⁽⁴⁾ โดยหนึ่งในมาตรการเพื่อปกป้องแม่และครอบครัวที่สำคัญคือ การควบคุมการส่งเสริมการตลาดและการโฆษณานมผงสำหรับทารกและเด็กเล็กที่ไม่เหมาะสม⁽⁵⁾ เพื่อสร้างหลักประกันว่า แม่และครอบครัวจะได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับนมผง และหากตัดสินใจใช้นมผงทดแทนนมแม่ การตัดสินใจนั้นเป็นไปด้วยความรอบคอบปราศจากอิทธิพลของการส่งเสริมการตลาดของนมผง⁽⁶⁾

ประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้ผลักดันนโยบายและกฎหมายเพื่อควบคุมการส่งเสริมการตลาดนมผงอย่างยาวนานเป็นระยะเวลากว่า 30 ปี ซึ่งในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยได้ตราพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 ขึ้น (ต่อไปเรียกว่า “พ.ร.บ.นมผง”) และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 8 กันยายน พ.ศ.2560

เป็นต้นมา⁽⁷⁾ ซึ่งรัฐมนตรีนีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้มีอำนาจรับผิดชอบกฎหมายฉบับนี้ โดยมีกรมอนามัยเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนและบังคับใช้กฎหมาย⁽⁸⁾

เนื่องจาก พ.ร.บ.นมผง เป็นกฎหมายใหม่ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมการส่งเสริมการตลาดของสินค้า ในด้านสาระและวิธีการบังคับใช้ถือว่ามีความแตกต่างอย่างยิ่งจากกฎหมายฉบับเดิมที่อยู่ในการดูแลของกรมอนามัย ข้อมูลการดำเนินงาน อุปสรรคปัญหา และแนวทางการขับเคลื่อนกฎหมายในระดับพื้นที่เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมาย โดยที่ผ่านมาหลังการประกาศใช้ พ.ร.บ.นมผง ยังไม่มีการติดตามสถานการณ์การดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนกฎหมายอย่างเป็นรูปธรรมในระดับพื้นที่

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การขับเคลื่อนการบังคับใช้ พ.ร.บ.นมผง ในระดับเขตสุขภาพ โดยสนใจประเด็นสำคัญคือ ทรรศนะในการขับเคลื่อนกฎหมาย กระบวนการและรูปแบบกลไก และผลการดำเนินงาน รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการขับเคลื่อนกฎหมายภายในช่วงเวลา 1 ปีแรกหลังจากเริ่มมีผลบังคับใช้แล้ว ซึ่งข้อมูลทั้งหมดจะเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ในการวางแผนการขับเคลื่อนกฎหมายให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นในอนาคต

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาสถานการณ์การขับเคลื่อนพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 ในระดับเขตสุขภาพ โดยมุ่งเน้นประเด็น ทรรศนะในการขับเคลื่อนกฎหมาย กระบวนการและรูปแบบกลไกการทำงาน ผลการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการขับเคลื่อนกฎหมายและวิธีการจัดการแก้ไขในระดับพื้นที่

■ วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed-method study) ใช้วิธีการศึกษาเชิง

คุณภาพโดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) ร่วมกับการทบทวนเอกสาร และมีการเก็บข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่มด้วยแบบสอบถาม

● **ประชากรและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง** คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานขับเคลื่อน พ.ร.บ.นมผง ประกอบด้วยบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์อนามัยที่ 1-12 และสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัดที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการศูนย์อนามัย ให้ทำหน้าที่เป็นหัวหน้างาน หรือผู้ปฏิบัติงานที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อน พ.ร.บ.นมผง ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 2 คนจากแต่ละศูนย์อนามัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้รับผิดชอบงานในกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย และนิติกรประจำศูนย์อนามัย รวมทั้งสิ้น 35 คน

● **วิธีการเก็บข้อมูล** การศึกษานี้ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2562

การศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลด้วยการทบทวนเอกสาร ร่วมกับการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างซึ่งผ่านการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญในคณะทำงานขับเคลื่อนกฎหมาย เพื่อใช้สำหรับการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ประเด็นคำถาม ประกอบด้วย

1. ทศนคติและความเชื่อมั่นในการทำหน้าที่ (ปัจจัยที่ส่งผลต่อทศนคติและความเชื่อมั่นการสร้างทีม องค์ประกอบของทีมทำงานในระดับเขต)
2. การถ่ายทอดและมอบนโยบายจากผู้บริหาร (การให้ความสำคัญ การเน้นผลลัพธ์)
3. ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการทำงาน (คน เงิน ของ สื่อ)
4. การมีส่วนร่วมของพื้นที่ ความเข้มแข็งของพื้นที่ ความสัมพันธ์เดิม การเชื่อมโยงเชิงนโยบาย

โดยการสนทนากลุ่มจะแบ่งกลุ่มตาม

สถานที่ทำงาน (เขตของศูนย์อนามัย) หลังจากการสนทนากลุ่มเสร็จสิ้น ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกหัวหน้างานจำนวน 5 คนด้วยแบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง เพิ่มเติมในประเด็นเกี่ยวกับการถ่ายทอดนโยบายจากผู้บริหารสู่ผู้ปฏิบัติงาน การเชื่อมโยงงาน พ.ร.บ.นมผงเข้ากับงานเดิมและการวัดผลการทำงาน

ในการศึกษานี้มีการเก็บข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 35 คนที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม ด้วยแบบสอบถามแบบตอบเอง (self-administered questionnaire) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการอธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยแบบสอบถามผ่านการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญในคณะทำงานขับเคลื่อนกฎหมาย ข้อคำถามแบ่งเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ วิชาชีพ การเข้ารับการอบรมเรื่อง พ.ร.บ. นมผง

ส่วนที่ 2 การประเมินระดับความรู้และความเข้าใจ ได้แก่ การวัดระดับความรู้ในเรื่องที่มาและความสำคัญของการออกกฎหมาย สาระและเจตนารมณ์ตามมาตราในกฎหมาย ด้วยข้อคำถามแบบถูกผิด ส่วนการวัดระดับความเข้าใจใช้คำถามแบบปรนัยเพื่อทดสอบการตีความเหตุการณ์และการให้ความเห็นต่อเหตุการณ์ และการวิเคราะห์การละเมิดกฎหมายในแต่ละกรณีตัวอย่าง มีคำถามทั้งหมด 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 ทศนคติและระดับความเชื่อมั่นในการเป็นแกนนำระดับเขต ในส่วนของการสอบถามทศนคติ ข้อคำถามสอบถามความคิดเห็นต่อการออกกฎหมาย พ.ร.บ.นมผง การบังคับใช้กฎหมาย และความจำเป็นของการมีแกนนำระดับเขตเพื่อขับเคลื่อนพ.ร.บ.นมผง มีข้อคำถาม 8 ข้อ ในส่วนของระดับความเชื่อมั่น ข้อคำถามเป็นการสอบถามความเชื่อมั่นของแต่ละบุคคลในการรับหน้าที่แกนนำเพื่อขับเคลื่อน พ.ร.บ.นมผงในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ ทั้งการเป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้ เป็นที่ปรึกษาให้แก่ผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ การสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมาย มีข้อคำถามแบบ rating scale ให้เลือกตอบ 5 ระดับ ทั้งหมด 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 นโยบายและการสนับสนุนของ

กรมอนามัยเพื่อขับเคลื่อน พ.ร.บ.นมผง เพื่อ สอบถามความเห็นต่อการสนับสนุนที่ได้รับจาก หน่วยงานส่วนกลางของกรมอนามัย ทั้งด้าน วิชาการ แผนการดำเนินงานและวัสดุอุปกรณ์ และการสนับสนุนของผู้บังคับบัญชาในหน่วยงาน ต้นสังกัดของกลุ่มตัวอย่าง มีข้อคำถามแบบ rating scale ให้เลือกตอบ 5 ระดับ ทั้งหมด 10 ข้อ

ส่วนที่ 5 บริบทของการมีส่วนร่วมของ พื้นที่ เพื่อสอบถามถึงความสัมพันธ์ของกลุ่ม ตัวอย่างกับผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ รวมทั้งการสร้าง เครือข่ายเพื่อติดตามการเฝ้าระวังการละเมิด กฎหมาย มีข้อคำถามแบบ rating scale ให้เลือก ตอบ 5 ระดับ ทั้งหมด 6 ข้อ

● **การวิเคราะห์ข้อมูล** การศึกษาเชิง คุณภาพใช้การวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) ด้วยแนวทาง inductive approach การวิเคราะห์ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน เริ่มจากการ ทำความคุ้นเคยกับข้อมูลที่ได้จากการถอดเทป ต่อมาทำการจำแนกข้อมูลเบื้องต้น (coding) จัดหมวดหมู่ (Sub-themes) และค้นหาแก่นสาระ ของข้อค้นพบ (Theme identification) ตรวจสอบซ้ำเพื่อลดความซ้ำซ้อนของแก่นสาระที่ ค้นพบ แล้วทำการระบุและตั้งชื่อแก่นสาระ (Refined themes) การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยหลัก ทำการจำแนกข้อมูล (Coding) และจัดหมวดหมู่ พร้อมทั้งกำหนดแก่นสาระเบื้องต้น (identify subthemes and themes) จากนั้นผู้วิจัยคนที่สอง ทำการตรวจทานเพื่อดูความเหมือนและความ แตกต่างของการจำแนกข้อมูล และการกำหนด แก่นสาระ ผู้วิจัยทั้งสองคนหาหรือเพื่อหาข้อสรุป ของข้อค้นพบ หน่วยงานส่วนกลางที่เกี่ยวข้องกับ การขับเคลื่อน พ.ร.บ.นมผง ส่วนข้อมูลที่ได้จาก แบบสอบถามใช้การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรม SPSS เพื่อคำนวณหาค่าสถิติ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย การแสดงผลข้อมูลที่ได้ จากแบบสอบถามในส่วนที่ 2 ความรู้และความ เข้าใจใช้เกณฑ์การวัดผลแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีระดับน้อยถึงปานกลาง (ได้คะแนนรวม น้อยกว่าร้อยละ 80) กับกลุ่มที่มีระดับดีถึงดีมาก

คือ ได้คะแนนรวมตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป)

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** ผ่าน การรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยกรมอนามัย รหัสโครงการวิจัย 287 วันที่ 28 มกราคม 2561

■ **ผลการศึกษา**

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็น ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์อนามัยทั้ง 12 แห่งและสถาบัน พัฒนาสุขภาพะเขตเมืองที่ได้รับมอบหมายให้ รับผิดชอบงานหรือเป็นหัวหน้างานขับเคลื่อน พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ด้วย การตอบแบบสอบถาม 35 คน พบว่า ร้อยละ 88.6 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 31.4 อยู่ในกลุ่มอายุ 31 – 40 ปี ร้อยละ 54.3 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาล วิชาชีพ รองลงมาคือ ร้อยละ 22.9 เป็นนิติกร และ ร้อยละ 20 เป็นนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 65.7 ของกลุ่มตัวอย่างเคยมีประสบการณ์การ ปฏิบัติงานด้านอนามัยแม่และเด็กมาก่อน โดยเป็น ผู้ที่เคยปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการควบคุมการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กมาก่อนถึงร้อยละ 45.7 ดังตารางที่ 1

ผลการศึกษาเน้นอธิบายผลการศึกษา เชิงคุณภาพเป็นหลัก โดยการนำเสนอผลการ ศึกษาเชิงคุณภาพจะเรียงลำดับตามประเด็นสำคัญ ที่พบจากการจัดกลุ่มแก่นสาระ ซึ่งประกอบด้วย 3 ประเด็น ได้แก่ 1) ทรัพยากรสำหรับขับเคลื่อน งาน 2) กระบวนการขับเคลื่อนงาน และ 3) ผลลัพธ์การดำเนินงาน รายละเอียดการจัด แก่นสาระดังตารางที่ 2 ซึ่งผลการศึกษาเชิง ปริมาณจะถูกนำเสนอสอดแทรกไปตามประเด็น สำคัญของผลการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อเป็นข้อมูล สนับสนุนให้เห็นความเชื่อมโยงและรายละเอียด ของผลการศึกษาในแต่ละประเด็นมากยิ่งขึ้น

1. ทรัพยากรสำหรับขับเคลื่อนงาน ผู้ปฏิบัติงาน

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม พบว่าในศูนย์ อนามัยแต่ละแห่งมีบุคลากรที่ได้รับมอบหมายให้

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

	ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	หญิง	31	88.6
	ชาย	4	11.4
ช่วงอายุ	21 – 30 ปี	10	28.6
	31 – 40 ปี	11	31.4
	41 – 50 ปี	7	20.0
	51 – 60 ปี	7	20.0
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ	19	54.3
	นิติกร	8	22.9
	นักวิชาการสาธารณสุข	7	20.0
	นักโภชนาการ	1	2.9
งานที่รับผิดชอบก่อนหน้า	งานอนามัยแม่และเด็ก	23	65.7
	งานบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาล	5	14.3
	งานกฎหมาย	5	14.3
	งานอนามัยสิ่งแวดล้อม	2	5.7
พื้นฐานการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หรือการควบคุมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก	ไม่เคย	19	54.3
	เคย	16	45.7
พนักงานเจ้าหน้าที่	ไม่เป็น	32	91.4
	เป็น	3	8.6

ตารางที่ 2 ข้อค้นพบหลัก หัวข้อย่อยและการให้รหัสข้อมูล

ข้อค้นพบหลัก	หัวข้อย่อย	รหัสข้อมูล
ทรัพยากรสำหรับขับเคลื่อนงาน	ผู้ปฏิบัติงาน	จำนวนผู้ปฏิบัติงาน ความรู้ความเข้าใจ ความมั่นใจในการปฏิบัติงาน
	สิ่งสนับสนุน	การสนับสนุนจากส่วนกลาง การสนับสนุนจากส่วนภูมิภาค
กระบวนการขับเคลื่อนงาน	การวางแผนการทำงานในพื้นที่	โครงสร้างและระดับชั้นหน่วยงานในพื้นที่ กลไกการทำงานที่มีอยู่เดิม
	การชี้แจงและพัฒนาศักยภาพ	การพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน ในระดับจังหวัด การสร้างช่องทางสื่อสาร
ผลลัพธ์การขับเคลื่อนงาน	การขับเคลื่อนงานที่ดำเนินการแล้ว	การประชุมชี้แจงและพัฒนาศักยภาพ เครือข่ายในพื้นที่
	ปัญหาอุปสรรคที่พบ	การแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ การสนับสนุนด้านวิชาการ การจัดระบบเฝ้าระวังและประชาสัมพันธ์ เรื่อง พ.ร.บ.นมผง

ตารางที่ 3 ระดับความรู้ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างแยกตามตำแหน่งและประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมา

ตำแหน่ง	ระดับความรู้และความเข้าใจ	
	น้อยถึงปานกลาง จำนวน	ดีถึงดีมาก จำนวน
นักโภชนาการ	0	1
นักวิชาการสาธารณสุข	1	6
พยาบาลวิชาชีพ	1	18
นิติกร	2	6
รวม	4	31
ประสบการณ์การทำงานด้านการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการควบคุมการตลาดนมผง		
เคย	2	14
ไม่เคย	2	17
รวม	4	31

ดำเนินงานขับเคลื่อนกฎหมายฉบับนี้ จำนวนเฉลี่ย 2 คนต่อแห่ง โดยศูนย์อนามัยทุกแห่งจะมอบหมายให้บุคลากรตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพหรือนักวิชาการสาธารณสุขอย่างน้อย 1 คน รับผิดชอบขับเคลื่อนกฎหมายในส่วนวิชาการ ได้แก่ การให้ความรู้ การจัดอบรม การสร้างเครือข่ายในพื้นที่ และการติดต่อประสานงานร่วมกับผู้กำหนดนโยบายจากกรมอนามัยส่วนกลาง และในศูนย์อนามัยบางแห่งที่มีนิติกรปฏิบัติงานอยู่ มีการมอบหมายงานให้นิติกร รับผิดชอบที่ขับเคลื่อนการบังคับใช้กฎหมาย ในส่วนของการตีความกฎหมายและการเฝ้าระวังการกระทำผิดร่วมด้วย

ในแง่ของความรู้ และความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อประเมินด้วยแบบสอบถามซึ่งมีข้อคำถามทดสอบความรู้และความเข้าใจในการตีความกฎหมาย พบว่าร้อยละ 88.6 มีระดับความเข้าใจอยู่ในเกณฑ์ดีถึงดีมาก (คะแนนมากกว่าเท่ากับร้อยละ 80) โดยมีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 11.4 ที่มีความรู้และความเข้าใจในระดับน้อยถึงปานกลาง (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 80)

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีทัศนคติที่ดีต่อการมีกฎหมาย และคิดว่ากฎหมายฉบับนี้จะมีประโยชน์ต่อการปกป้องแม่และเด็กในประเทศไทย โดยร้อยละ 62.9 และ 37.1 ของกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในระดับดีมากและในระดับดีต่อการได้ทำหน้าที่

แกนนำขับเคลื่อนกฎหมายระดับเขต แต่กลุ่มตัวอย่างยังรู้สึกขาดความมั่นใจในการทำหน้าที่ขับเคลื่อนกฎหมายฉบับนี้อยู่ ซึ่งสอดคล้องกับผลการตอบแบบสอบถามที่มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 17 ที่ตอบว่ามีความมั่นใจในระดับสูง โดยเหตุผลที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกขาดความมั่นใจในการทำงาน สามารถแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะตามตำแหน่งงานที่ปฏิบัติและประสบการณ์การทำงานในอดีต ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มพยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุข ระบุว่า ขาดความเชื่อมั่นต่อการทำหน้าที่ เนื่องจากมีพื้นฐานการศึกษาเป็นด้านสาธารณสุข ทำให้ไม่มีความรู้ ความเข้าใจด้านกฎหมาย และการตีความตามพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 เป็นเรื่องยาก เนื่องจากกฎหมายฉบับนี้มีความซับซ้อนและมีรายละเอียดในเชิงวิชาการการตลาด ซึ่งเป็นความรู้ในสาขาที่ห่างไกลจากสาขาด้านสุขภาพ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีความกังวลว่าการขับเคลื่อนกฎหมายจำเป็นต้องมีเครือข่ายในระดับพื้นที่จำนวนมาก ซึ่งผู้ปฏิบัติงานที่มีอายุงานน้อย หรือขาดประสบการณ์การทำงานกับเครือข่ายมีความกังวลว่าจะไม่ได้รับความร่วมมืออย่างเต็มที่

“ต้องยอมรับว่ากลุ่มที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องแม่และเด็กยังขาดความรู้เรื่องกฎหมายทั่วไป

เช่น วรรค 1 อนุ 1 คืออะไร ยังไม่รู้ ดังนั้น ต้องให้ความสำคัญเรื่องกฎหมายพื้นฐาน เพื่อที่จะทำให้กลุ่มที่ต้องรับการอบรมต่อไปมีความเข้าใจที่ดีขึ้น”- A5 นักวิชาการสาธารณสุข

กลุ่มที่ 2 กลุ่มนิติกร ร้อยละ 80 ของนิติกรกลุ่มตัวอย่างประเมินว่า ตนเองขาดองค์ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้ขาดความมั่นใจในการทำหน้าที่วิทยากรเพื่อให้ความรู้และเชื่อมโยงข้อกฎหมายเข้ากับสาระวิชาการเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นิติกรส่วนหนึ่งมีความเห็นว่า แม้นิติกรจะมีความรู้พื้นฐานด้านกฎหมาย แต่ พ.ร.บ. นมผง เป็นกฎหมายใหม่ การตีความกฎหมายฉบับนี้ยังขาดความชัดเจนในหลายประเด็น ทำให้รู้สึกไม่มั่นใจหากได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ตัดสินคดีหรือบังคับใช้กฎหมายด้วยตัวเอง นอกจากความไม่มั่นใจในระดับบุคคลแล้ว กลุ่มตัวอย่างรู้สึกขาดความมั่นใจในระดับทีมงานด้วย เนื่องจากการแบ่งโครงสร้างหน่วยงานภายในของศูนย์อนามัยเขต มีการแบ่งงานส่งเสริมสุขภาพตามช่วงวัยที่ชัดเจน ทำให้การทำงานข้ามกลุ่มระหว่างที่มตินิติกรซึ่งส่วนใหญ่ทำงานในกลุ่มอนามัยสิ่งแวดล้อม ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพหรือนักวิชาการสาธารณสุขซึ่งส่วนใหญ่ทำงานในกลุ่มส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัยเป็นไปได้ยากลำบาก

นอกจากนี้ จากการสอบถามพบว่า มีเพียงร้อยละ 8.6 ของกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการแต่งตั้งเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายนี้ ทั้งนี้ เพราะกฎหมายไม่ได้ระบุให้นิติกร ซึ่งเป็นพนักงานราชการ และพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในศูนย์อนามัยสามารถเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ได้ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับมอบหมายให้ขับเคลื่อนกฎหมายฉบับนี้โดยไม่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายขาดความมั่นใจในการขับเคลื่อนกฎหมาย เนื่องจากผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ มีอำนาจในการดำเนินการตรวจค้นสถานที่ ตรวจสอบ และเรียกขอหลักฐานจากบุคคลหรือหน่วยงานที่มีการร้องเรียนว่ากระทำความผิด เมื่อพยาบาลวิชาชีพหรือนิติกรที่ทำงานขับเคลื่อนกฎหมายฉบับนี้ไม่ได้เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ จึงไม่มีอำนาจรับ

ตามกฎหมาย และไม่สามารถลงพื้นที่ออกตรวจเฝ้าระวังหรือตรวจสอบสถานที่ต่างๆ ได้

“เรื่องการขับเคลื่อนงานของส่วนกลางค่อนข้างชัดเจน แต่ในระดับศูนย์เขตยังมีปัญหาเรื่องพนักงานเจ้าหน้าที่เพราะผู้รับผิดชอบงานส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ”-A7 นิติกร

สิ่งสนับสนุนสำหรับผู้ปฏิบัติงาน

จากการสนทนากลุ่มพบว่า สิ่งสนับสนุนการทำงานประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การสนับสนุนจากหน่วยงานในส่วนกลางของกรมอนามัย คือ สำนักส่งเสริมสุขภาพ และส่วนที่ 2 การสนับสนุนจากหน่วยงานศูนย์อนามัยเขตต้นสังกัด โดยข้อมูลจากแบบสอบถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 90 คิดว่าผู้บริหารกรมอนามัยให้ความสำคัญและมีการประกาศอย่างชัดเจนให้การขับเคลื่อนกฎหมายฉบับนี้เป็นนโยบายสำคัญของกรมอนามัย โดยหน่วยงานส่วนกลางมีการสนับสนุนด้านกฎหมายและด้านวิชาการให้แก่ผู้ปฏิบัติงานเป็นระยะ ในรูปแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาแกนนำระดับเขต ซึ่งจัดขึ้นทั้งหมด 3 ครั้งในระยะเวลา 1 ปี

อย่างไรก็ตาม การสื่อสารและการถ่ายทอดนโยบายในรายละเอียดโดยเฉพาะเป้าหมายและแนวทางการขับเคลื่อนกฎหมายจากระดับกรมถึงผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ยังไม่ชัดเจนและไม่เป็นทางการ เห็นได้จากกรณีที่ตัวชี้วัดระดับกระทรวงหรือกรมไม่ได้รวมผลงานการขับเคลื่อนกฎหมายฉบับนี้ไว้ด้วย นอกจากนี้ หน่วยงานส่วนกลางมีการสื่อสารและการขับเคลื่อนนโยบายไปสู่ภาคส่วนอื่นที่อยู่นอกระบบสุขภาพอย่างจำกัด เมื่อภาคส่วนอื่นไม่รับทราบเกี่ยวกับ พ.ร.บ.นมผง ทำให้การติดต่อประสานงานในระดับพื้นที่เป็นไปอย่างล่าช้า เนื่องจากการทำงานในระดับพื้นที่ต้องประสานงานข้ามภาคส่วน และการติดต่อจำเป็นต้องใช้รูปแบบการทำหนังสือราชการแจ้งเวียนให้หน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องรับทราบ โดยเฉพาะการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายฉบับนี้ ซึ่งครอบคลุมบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอื่นในระดับจังหวัดและอำเภอด้วย

“นโยบายชัดเจนดี แต่กระบวนการปฏิบัติ

งานและการถ่ายถอดยังคงคลุมเครือไม่ชัดเจน”- A1 พยาบาลวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 45 ประเมินว่าการสนับสนุนจากหน่วยงานระดับศูนย์อนามัยเขตอยู่ในระดับน้อยที่สุดถึงปานกลาง โดยเฉพาะทรัพยากรบุคคล เนื่องจากบุคลากรในศูนย์อนามัยมีจำนวนน้อย หน่วยงานจึงมีผู้รับผิดชอบงานขับเคลื่อนกฎหมายฉบับนี้เพียง 1-2 คน และการแบ่งงานในทีมไม่ชัดเจน แต่ละคนได้รับมอบหมายหลายหน้าที่ นอกจากนี้ การดำเนินงานขับเคลื่อนกฎหมายไม่สามารถนำไปประเมินเป็นผลงานของบุคคลหรือทีมได้ เพราะหน่วยงานทั้งส่วนกลางและหน่วยงานต้นสังกัดยังไม่มีกำหนดผลงานจากการขับเคลื่อนกฎหมายเป็นตัวชี้วัดระดับสำคัญ ทำให้การทำงานกลายเป็นภาระงานเพิ่มเติม ในด้านการจัดสรรงบประมาณในหน่วยงาน พบว่ามีงบประมาณเพียงพอสำหรับการจัดประชุมชี้แจงเกี่ยวกับสาระของกฎหมาย และการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพให้เครือข่ายในระดับจังหวัดเพื่อการเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายแต่ไม่เพียงพอสำหรับการจัดอบรมให้ครอบคลุมถึงบุคลากรระดับตำบล และไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ เช่น แพทย์ เภสัชกร ได้

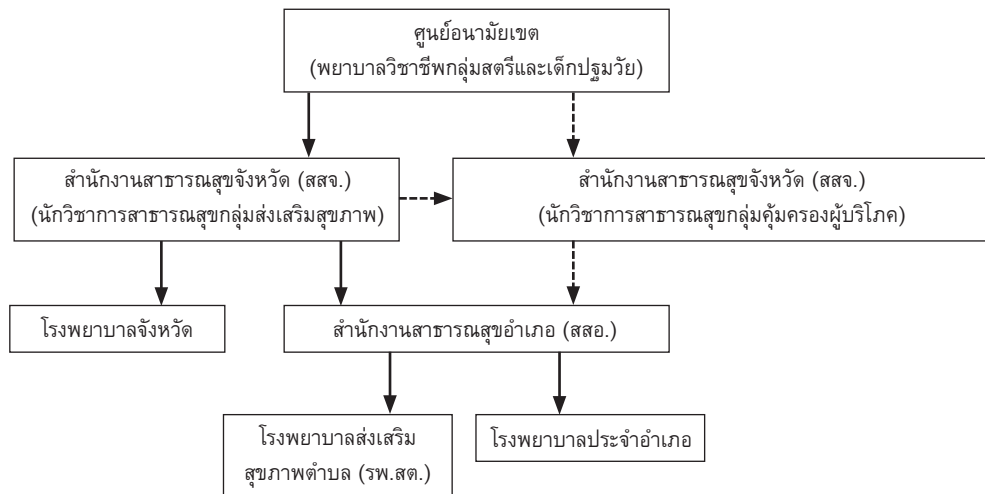
2. กระบวนการขับเคลื่อนงาน

จากการสนทนากลุ่ม พบว่าการทำงานในระดับเขตมีความซับซ้อน มีโครงสร้างของหน่วย

งานและระดับชั้นของการทำงานที่สามารถอธิบายในหลักการได้ด้วยรูปที่ 1 กล่าวคือ ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์อนามัยเขต ทำงานด้วยการประสานและส่งต่อนโยบายกับผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ของจังหวัดที่อยู่ภายในเขตสุขภาพที่รับผิดชอบ โดยผู้ปฏิบัติงานของศูนย์อนามัยเขตที่เป็นพยาบาลวิชาชีพหรือนักวิชาการสาธารณสุขจะทำงานร่วมกับบุคลากรของ สสจ. ที่ปฏิบัติงานในกลุ่มส่งเสริมสุขภาพซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบโครงการส่งเสริมสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยบาง สสจ. อาจมีเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบกลุ่มวัยแม่และเด็กโดยเฉพาะ ทั้งนี้บุคลากรสาธารณสุขใน สสจ. จะทำงานประสานกับเจ้าหน้าที่ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) เพื่อส่งต่อนโยบายและแผนงานโครงการไปสู่ระดับอำเภอและตำบล และประสานกับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลในจังหวัด ซึ่งลำดับขั้นการประสานงานดังกล่าวเป็นสิ่งที่ปฏิบัติคล้ายกันในทุกเขตสุขภาพ ดังแสดงด้วยลูกศรเส้นทึบในรูปที่ 1 อย่างไรก็ตามเนื่องจากการขับเคลื่อนกฎหมายในระดับจังหวัดที่ผ่านมาเป็นบทบาทของผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคเป็นส่วนใหญ่ ผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มส่งเสริมสุขภาพมักรับหน้าที่ในการดำเนินโครงการเกี่ยวกับการให้ความรู้และการจัดระบบบริการสุขภาพ ศูนย์อนามัยเขตบางแห่งจึงมี

ตารางที่ 4 ระดับการสนับสนุนที่ได้รับ

การสนับสนุน	ระดับความคิดเห็น				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ผู้บังคับบัญชาของท่านมีความรู้ความสามารถในการมอบนโยบายและบริหารงาน เป็นอย่างดี	2.86	2.86	34.29	42.86	17.14
2. ขอบเขตหน้าที่และบทบาทในการปฏิบัติงานของท่านกำหนดไว้อย่างชัดเจน เช่น การมอบหมายงาน พ.ร.บ. นมผงเป็นค่าผลงาน	0.00	17.14	37.14	31.43	14.29
3. ผู้บังคับบัญชาของท่านสามารถให้คำปรึกษาได้ เมื่อท่านประสบปัญหาในการทำงาน	0.00	0.00	37.14	42.86	11.43
4. หน่วยงานให้การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ได้อย่างเพียงพอและตรงกับความต้องการในการใช้งาน	5.71	11.43	34.29	40.00	5.71
5. ท่านได้รับความร่วมมือในการทำงานจากเพื่อนร่วมงานเป็นอย่างดี	0.00	0.00	28.57	62.86	8.57



รูปที่ 1 กลไกการทำงานเพื่อขับเคลื่อน พ.ร.บ. นมผงในระดับเขต

แนวทางการทำงานเพิ่มเติม ดังแสดงในรูปที่ 1 ด้วยลูกศรเส้นประ คือ การประสานงานกับผู้ปฏิบัติงานใน สสจ. ในกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคและนิติกรอีกทางหนึ่ง ซึ่งมีทั้งรูปแบบการติดต่อประสานงานโดยตรงจากศูนย์อนามัยเขต หรือเป็นการประสานงานผ่านกลุ่มส่งเสริมสุขภาพของ สสจ. ไปสู่กลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคและนิติกร สสจ.

กระบวนการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ 1) การวางแผนการทำงานในระดับเขต 2) การชี้แจงกฎหมายและการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพให้แก่เครือข่ายในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนการทำงานในระดับเขต เริ่มต้นจากปรับใช้กลไกการทำงานที่มีอยู่เดิมในพื้นที่ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุขที่ทำงานส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัยอยู่เดิม จะมีกลไกที่ใช้ขับเคลื่อนงานที่สำคัญคือ คณะทำงานอนามัยแม่และเด็กประจำจังหวัดหรือ MCH Board ซึ่งเป็นคณะทำงานที่ประกอบด้วยสูติแพทย์ กุมารแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็กในระดับจังหวัดจากโรงพยาบาลและหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ และกลไกของ Child Project Manager หรือ CPM ซึ่งเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนงาน

เคลื่อนงานเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีองค์ประกอบของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ทุกระดับ เนื่องจากทั้งสองกลไกนี้มีส่วนประกอบเป็นบุคลากรในระดับจังหวัดและอำเภอที่ทำงานเกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมายแม่และเด็ก ทั้งบุคลากรที่ให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลและบุคลากรที่ทำงานเชิงรุกในชุมชน การขับเคลื่อนกฎหมายผ่านกลไกนี้มีโอกาสเข้าถึงบุคลากรสาธารณสุขและกลุ่มเป้าหมายแม่และครอบครัวได้มากที่สุด ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุว่ามีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เพราะเคยทำงานร่วมกันมานานจากหลายโครงการทำให้การประสานงานและส่งต่อข้อมูลไม่มีปัญหา อย่างไรก็ตาม การทำงานข้ามกลุ่มงาน เช่น การติดต่อประสานงานระหว่างพยาบาลวิชาชีพจากศูนย์อนามัยกับเจ้าหน้าที่ในกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคหรือนิติกรใน สสจ. ยังไม่ราบรื่น

“เรามีความสัมพันธ์ที่ดี เครือข่ายและเวทีสำคัญในการเชื่อมโยง หรือสื่อสารระดับพื้นที่ ก็มีคือ MCH Board และ CPM แต่เราไม่ค่อยได้มีการประสานกับนิติกรระดับจังหวัด”- A2 พยาบาลวิชาชีพ

“เจอว่ามีการเก็งงานกัน ว่างานนี้จะเป็นของใคร ระหว่างฝ่ายส่งเสริม กับคุ้มครองผู้บริโภค ถ้าเป็นคุ้มครองผู้บริโภครับไป เราก็ไม่แน่ใจว่าเขา

จะให้ความร่วมมือดีหรือเปล่า อาจต้องประสานหลายขั้นตอน”- A3 นักวิชาการสาธารณสุข

ขั้นตอนที่ 2 การชี้แจงกฎหมายและการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพให้แก่เครือข่ายในพื้นที่ ศูนย์อนามัยส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการประชุมหรือจัดอบรมให้แก่บุคลากรในพื้นที่ โดยการชี้แจงส่วนใหญ่จะเป็นในลักษณะการขอเวลาแนะนำเกี่ยวกับ พ.ร.บ.นมผง ในเวทีการประชุมอื่นที่มีอยู่เป็นประจำ ส่วนการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในระดับจังหวัด ส่วนใหญ่เป็นการประชุมระยะสั้น 1-2 วันเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับ สาระสำคัญ มาตรการการควบคุมและบทบาทหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ.นมผง โดยในปี พ.ศ.2561 การอบรมส่วนใหญ่จัดให้กลุ่มเป้าหมายที่เป็นบุคลากรสาธารณสุขใน สสจ.และผู้ปฏิบัติงานโรงพยาบาลระดับจังหวัด แต่ยังไม่ครอบคลุมระดับอำเภอและตำบล นอกจากนี้ ทุกศูนย์อนามัยเขตให้ความสำคัญกับการสร้างช่องทางติดต่อสำหรับเครือข่ายในพื้นที่ ซึ่งมีทั้งการติดต่อแบบเป็นทางการ ผ่านการทำหนังสือราชการ และการติดต่อแบบไม่เป็นทางการ ผ่าน Line application โดยกลุ่มตัวอย่างทุกศูนย์อนามัยได้สร้าง Line group เพื่อเป็นช่องทางติดต่อและส่งข้อมูลระหว่างผู้รับผิดชอบงานในศูนย์อนามัยและผู้ปฏิบัติงานในระดับจังหวัด โดยช่องทางนี้สามารถใช้เพื่อปรึกษาและรายงานเหตุการณ์ที่สงสัยว่าจะมีการละเมิดกฎหมายในระดับพื้นที่ได้

“การประชุมชี้แจงได้รับความสนใจและความร่วมมือจากพื้นที่ดี หลายๆ ท่านได้รับการแต่งตั้งเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ จึงอยากศึกษาและรับทราบบทบาทของตน”- A9 พยาบาลวิชาชีพ

3. ผลลัพธ์การขับเคลื่อนงาน

ผลลัพธ์การขับเคลื่อนงานระดับพื้นที่ในปีที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 74.3 ระบุว่ามีการขับเคลื่อนกฎหมายแล้ว โดยจำแนกเป็นกิจกรรมหลัก ได้แก่ การชี้แจงแก่เครือข่ายในพื้นที่ร้อยละ 71.4 การอบรมเครือข่ายในพื้นที่เพื่อเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมาย ร้อยละ 25.7 และการอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่พนักงานเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 5.7 ทั้งนี้ โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77

ประเมินว่าพื้นที่ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการทำงานอยู่ในระดับดีถึงดีมาก

อย่างไรก็ตาม การขับเคลื่อนกฎหมายในระดับเขตในปีแรกหลังกฎหมายมีผลบังคับใช้ ยังมีปัญหาและอุปสรรคหลายประการ ประการแรก การแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ที่ไม่ครอบคลุมบุคลากรกลุ่มพยาบาลวิชาชีพในศูนย์อนามัยเขตทำให้เกิดปัญหาในการทำงานจริง เพราะคนที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่บางคนไม่ให้ความร่วมมือหรือไม่ทราบบทบาทหน้าที่ของตนตามกฎหมาย ส่วนคนทำงานจริงไม่มีอำนาจตามกฎหมายรองรับจึงไม่กล้าลงพื้นที่ ตรวจสอบและเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมาย กลุ่มตัวอย่างบางคนให้ความเห็นว่าควรเปิดโอกาสให้มีการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ครอบคลุมตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพและนิติกรในศูนย์อนามัยด้วย ประการที่สอง การสนับสนุนด้านความรู้และเทคนิคในการเฝ้าระวังและติดตามการละเมิดกฎหมาย กลุ่มตัวอย่างระบุว่า การตีความสาระสำคัญของกฎหมายยังมีความซับซ้อน ในการขับเคลื่อนกฎหมายในช่วงปีแรกควรมีการจัดระบบให้คำปรึกษา โดยจัดให้ผู้รับผิดชอบงานจากส่วนกลางคอยตอบคำถามและให้คำแนะนำแก่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ รวมทั้งการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพแม้จะมีการจัดให้จำนวน 3 ครั้งในรอบปี แต่เนื่องจากบางศูนย์อนามัยเปลี่ยนคนเข้าร่วมอบรมทำให้การเรียนรู้เกี่ยวกับ พ.ร.บ.นมผง ขาดความต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่า การอบรมเรื่อง พ.ร.บ.นมผง ควรมีการจัดเป็นประจำทุกปี เพื่อฟื้นฟูความรู้และให้รายละเอียดเพิ่มเติมกรณีศึกษาที่พบเห็นในการปฏิบัติงานจริง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการสร้างความมั่นใจในการทำงานให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ได้

“การอบรมที่ผ่านมา คิดว่าพอแล้วเพราะอบรมมาหลายครั้งมาก ยอมรับว่ามีความรู้แตกฉานมากขึ้น และมีการนิเทศศึกษามากขึ้น แต่เห็นว่าควรมีการอบรมต่อเนื่องไปเรื่อยๆ เป็นการ refresh ทุกปีเพื่อพัฒนาศักยภาพตัวเองให้ได้อยู่เสมอ”- A6 นิติกร

ประการที่สาม การจัดระบบเฝ้าระวังในพื้นที่ ที่ผ่านมานี้ แนวทางการทำงานในส่วนกลางมี

ความชัดเจน แต่ยังคงขาดรายละเอียดตัวชี้วัด เป้าหมายและแผนการเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายในระดับเขตและพื้นที่ ทำให้แต่ละศูนย์อนามัยจำเป็นต้องกำหนดแนวทางขึ้นเองตามบริบทในพื้นที่กับเครือข่าย ซึ่งบางครั้งอาจไม่ตรงกันและไม่ครอบคลุม อีกทั้งปัญหาที่พบจากการทำงานในแต่ละศูนย์อนามัยจากการลงพื้นที่มีความแตกต่างกันมาก กลุ่มตัวอย่างเสนอให้ผู้รับผิดชอบงานจากกรมอนามัยส่วนกลางร่วมลงพื้นที่กับศูนย์อนามัยเขตและจังหวัด เพื่อช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในกรณีที่พบเหตุการณ์เข้าข่ายว่าอาจจะละเมิดกฎหมาย นอกจากนี้การประชาสัมพันธ์หรือการจัดทำสื่อเพื่อสร้างการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บ.นมผงยังมีน้อย ทำให้ประชาชนไม่ทราบถึงสิทธิและประโยชน์ที่จะได้รับจากการมีกฎหมาย กลุ่มตัวอย่างเสนอว่าหน่วยงานส่วนกลางควรเพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์และให้ข้อมูลเกี่ยวกับ พ.ร.บ.นมผงให้มากขึ้น รวมทั้งการจัดทำสื่อโปสเตอร์ แผ่นพับ หรือหนังสือสรุปความเข้าใจที่อ่านง่ายเพื่อให้คนทั่วไปรับรู้เกี่ยวกับกฎหมายและไม่ฝ่าฝืนกฎหมายโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์

“อยากรู้แผนการทำงานในอนาคตทั้งหมด แต่ที่ผ่านมายังชี้แจงไม่ครบ ยังไม่ชัดเรื่องแนวทางปฏิบัติของบุคลากรและพนักงานเจ้าหน้าที่ แล้วก็ยังไม่เห็นแนวทางการขับเคลื่อนกับภาคส่วนอื่นนอกจาก สสจ. ซึ่งภาคส่วนอื่นถือว่ามีความสำคัญ” - A12 นักวิชาการสาธารณสุข

“สื่อในการประชาสัมพันธ์ยังมีน้อย ควรออกสื่อพวกทีวี หรือน่าจะมีการทำประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องสารกฎหมายให้มากกว่านี้ เพื่อให้เข้าถึงคนได้มากขึ้น” - A7 นักวิชาการสาธารณสุข

■ อภิปรายผล

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การขับเคลื่อนพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ในระยะหนึ่งปีแรก กรมอนามัยโดยบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับส่วนกลางและระดับเขตมีการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมแล้วหลายประการ โดยเฉพาะการสื่อสารสร้างความเข้าใจแก่ผู้ปฏิบัติ

งานในระดับจังหวัดผ่านการประชุมชี้แจง การอบรมพัฒนาศักยภาพ และการสร้างช่องทางการติดต่อสื่อสาร อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังขาดความชัดเจนในแง่ของเนื้อหาและการตีความกฎหมาย กระบวนการขับเคลื่อนกฎหมายสู่ระดับจังหวัดและการสื่อสารสาธารณะซึ่งในแง่ของทรัพยากรสำหรับขับเคลื่อนงาน จากการสนทนากลุ่มและการประเมินความรู้ ความเข้าใจ ทักษะคิด และความมั่นใจของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานขับเคลื่อนกฎหมายพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจ เจตนาธรรมและสาระสำคัญของกฎหมายในระดับที่ดีและดีมากและมีทัศนคติที่ดีต่อการทำหน้าที่ขับเคลื่อน พ.ร.บ. นมผง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถือเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีต่อการบังคับใช้กฎหมายในอนาคต เพราะการศึกษาของ สรรชัย และคณะ⁽⁹⁾ พบว่าการมีทัศนคติที่ดีต่อการบังคับใช้กฎหมายจะส่งผลเชิงบวกต่อการทำหน้าที่บังคับใช้กฎหมายของพนักงานเจ้าหน้าที่ อย่างไรก็ตาม บุคลากรทุกคนควรได้รับการเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ให้มากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะประเด็นสำคัญที่มีผลต่อระดับความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างคือ การได้รับการแต่งตั้งเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมาย ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีอำนาจตามกฎหมายในการลงพื้นที่และเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายมากยิ่งขึ้น ดังนั้นการทบทวนการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายเพื่อให้ครอบคลุมผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับตามความเป็นจริงเป็นสิ่งจำเป็น นอกจากนี้ผู้บริหารควรกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนในการขับเคลื่อนกฎหมาย โดยเฉพาะผู้บริหารในส่วนภูมิภาค ซึ่งความชัดเจนนี้จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดทัศนคติที่ดีต่อการขับเคลื่อนการบังคับใช้กฎหมายมากขึ้นและช่วยให้การจัดสรรทรัพยากรเพื่อดำเนินงานขับเคลื่อนกฎหมายฉบับนี้มีประสิทธิภาพมากขึ้น⁽⁹⁻¹⁰⁾

ในแง่ของกระบวนการขับเคลื่อนงาน การศึกษาชี้ให้เห็นถึงอุปสรรคในการทำงานที่เกิดขึ้นจริงเพื่อขับเคลื่อนกฎหมายฉบับนี้ ตามคำอธิบายในรูปที่ 1 ซึ่งข้อค้นพบนี้ช่วยสะท้อนข้อดีของ พ.ร.บ.นมผง ที่ไม่ได้กำหนดกลไกการบังคับใช้กฎหมายในระดับเขตหรือจังหวัดไว้ ผู้ปฏิบัติ

งานจึงมีอิสระในการกำหนดกลไกที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ได้ ทั้งนี้ ผู้ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพมีแนวโน้มจะเชื่อมต่อการขับเคลื่อนกฎหมายเข้ากับกลไกที่มีอยู่เดิม โดยศูนย์อนามัยเขตที่มีประสบการณ์ทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมานานและมีความสัมพันธ์ดั้งเดิมที่ดี สามารถดำเนินงานขับเคลื่อนกฎหมายไปสู่ระดับจังหวัดได้อย่างราบรื่น ในทางกลับกัน เขตสุขภาพหลายแห่งประสบปัญหาในการขอความร่วมมือจากผู้ปฏิบัติงานระดับจังหวัดในการจัดตั้งกลไกการทำงานร่วมกัน อีกทั้งโครงสร้างและการแบ่งงานทั้งในศูนย์อนามัยเขตและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีลักษณะแยกส่วนและตายตัว ทำให้การขับเคลื่อนกฎหมายซึ่งต้องอาศัยการบูรณาการความรู้และทักษะจากสหวิชาชีพ ทั้งพยาบาลวิชาชีพ นิติกร และเภสัชกรฝ่ายคุ้มครองผู้บริโภค เป็นไปอย่างล่าช้าและยากลำบาก

ในแง่ของผลลัพธ์การขับเคลื่อนกฎหมายในอนาคต ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก การบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีกลไกการเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายที่มีประสิทธิภาพเช่นกัน⁽¹¹⁾ ซึ่งการดำเนินงานในช่วงปีแรก ทางกรมอนามัยยังไม่ได้กำหนดแผนการเฝ้าระวังที่ชัดเจน อีกทั้งการสื่อสารสร้างความเข้าใจแก่ผู้ประกอบการทั้งรายใหญ่และรายย่อยอาจยังไม่ทั่วถึง จึงมีโอกาสนักผู้ประกอบการจะละเมิดกฎหมายได้ ดังนั้น การจัดทำแผนการขับเคลื่อนกฎหมายที่ชัดเจน การสื่อสารเป้าหมายแผนการดำเนินงานให้แก่ผู้เกี่ยวข้องทั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงาน ผู้ประกอบการและประชาชนจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้ทุกฝ่ายสามารถปฏิบัติตามกฎหมายได้อย่างเหมาะสม⁽¹²⁻¹³⁾ ซึ่งในปีต่อมา กรมอนามัยได้จัดทำแผนขับเคลื่อนการบังคับใช้พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 สำหรับดำเนินการในปี พ.ศ. 2563-2565⁽¹⁴⁾ พร้อมทั้งกำหนดแนวทางการเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายไว้ในแนวทางคู่มือปฏิบัติงานสำหรับพนักงานเจ้าหน้าที่พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก

พ.ศ.2560⁽¹⁵⁾ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยแผนขับเคลื่อนดังกล่าวได้กำหนดให้การสื่อสารสาธารณะเป็นประเด็นยุทธศาสตร์หนึ่งที่มีแนวทาง การขับเคลื่อนชัดเจน อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ทางด้านสุขภาพมีความเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะประเด็นการให้อาหารทารกและเด็กเล็กในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19⁽¹⁶⁾ การกำกับติดตามการดำเนินงานตามแผนขับเคลื่อน พ.ร.บ.นมผง และการปรับปรุงแผนให้ทันสมัยต่อเหตุการณ์ เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง

■ สรุปและข้อเสนอแนะ

เนื่องจากพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 เป็นกฎหมายฉบับใหม่มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 8 กันยายน พ.ศ.2560 เป็นต้นมา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนและบังคับใช้กฎหมายฉบับนี้ จำเป็นต้องถอดบทเรียนการทำงานของผู้รับผิดชอบในระดับเขตและพื้นที่ เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับทรัพยากรที่หน่วยงานมีอยู่ กระบวนการดำเนินงานจริง ผลลัพธ์การทำงาน และปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น การศึกษาในครั้งนี้ พบข้อมูลสำคัญหลายประเด็นที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบาย สำหรับนำไปใช้วางแผนการขับเคลื่อนกฎหมายทั้งในระดับนโยบายและระดับพื้นที่ในอนาคต โดยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

- 1. หน่วยงานส่วนกลางของกรมอนามัย ได้แก่ สำนักส่งเสริมสุขภาพ และกองกฎหมายสาธารณสุขร่วมกันพิจารณาปรับประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 โดยปรับกฎเกณฑ์การแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ ให้ครอบคลุมบุคลากรในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ และนิติกรในศูนย์อนามัยเขต และสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง นอกจากนี้ ควรมีการสำรวจความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานในระดับจังหวัดและอำเภอ เกี่ยวกับความเหมาะสมของการกำหนดตำแหน่งพนักงาน

เจ้าหน้าที่ในระดับดังกล่าว และนำข้อมูลที่ได้นำมาประกอบการตัดสินใจปรับกฎเกณฑ์การแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ให้มีความเหมาะสม และครอบคลุมผู้ปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ให้มากที่สุด

2. ผู้บริหารกรมอนามัย ส่วนภูมิภาค ควรกำกับติดตามการดำเนินงานในระดับเขต โดยให้การสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรที่จำเป็นแก่บุคลากรในศูนย์อนามัยเขตในการจัดทำแผนการขับเคลื่อนกฎหมาย การลงพื้นที่ และการจัดระบบเฝ้าระวังร่วมกับผู้ปฏิบัติงานในระดับจังหวัดและอำเภอ

3. ผู้รับผิดชอบงานในกรมอนามัย ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค พิจารณาสร้างกลไกการสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความเข้าใจแก่ผู้ประกอบการ สื่อมวลชน และเครือข่ายในภาคส่วนอื่นนอกเหนือจากภาคส่วนสุขภาพ เพื่อให้การสื่อสารเกี่ยวกับ พ.ร.บ.นมผง กระจายไปสู่ประชาชนวงกว้าง โดยประยุกต์ใช้ช่องทางการสื่อสารออนไลน์ และโซเชียลมีเดีย ที่ได้รับความนิยมจากกลุ่มเป้าหมาย เช่น Line Facebook เป็นต้น นอกจากนี้ ควรพัฒนาและปรับปรุงระบบเฝ้าระวังและการติดตามการละเมิดกฎหมายให้ทันเวลา เข้าถึงง่าย เพื่อให้พนักงานเจ้าหน้าที่และประชาชน สามารถรายงานเหตุการณ์เมื่อพบเห็นเหตุการณ์ที่น่าสงสัยว่าเข้าข่ายการกระทำผิดกฎหมายด้วย ซึ่งอาจจะผนวกรวมช่องทางการรายงานเรื่องร้องเรียนเข้ากับช่องทางการสื่อสาร เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับ พ.ร.บ.นมผง ที่จัดทำขึ้น

■ ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคต

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการดำเนินงานขับเคลื่อน พ.ร.บ.นมผง ในระดับเขต ผ่านมุมมอง

ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์อนามัยเขต จึงอาจมีข้อจำกัดเมื่อนำไปใช้สร้างความเข้าใจการดำเนินงานของบุคลากรในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล นอกจากนี้ การศึกษานี้ดำเนินการในช่วงปี พ.ศ. 2562 หลังจากที่กฎหมายมีผลบังคับใช้แล้วประมาณ 1 ปี ผลการศึกษาบางส่วนโดยเฉพาะประเด็นปัญหาอุปสรรค อาจจะไม่ได้รับการจัดการและปรับปรุงแล้วบางส่วนหรืออาจปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป สำหรับการศึกษในอนาคต ควรให้ความสำคัญกับหัวข้อการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย ช่องโหว่ในเชิงเนื้อหาสาระและมาตรการที่ใช้บังคับ ปัญหาการดำเนินงานเฝ้าระวังในพื้นที่ รวมทั้งการรับรู้และการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมายในระดับต่าง ๆ ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อการปรับปรุงการขับเคลื่อนและบังคับใช้กฎหมายให้มีประสิทธิภาพ

■ กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นพ.วชิระ เพ็งจันทร์ นพ.ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ นพ.อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์ และ ทพญ.สุณิ วงศ์คงคาเทพ สำหรับคำแนะนำในการพัฒนาโครงการนี้ ขอขอบพระคุณ พญ.ยุพียง แห่งเขาวินิ รศ.กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์ คุณณภัทร พิศาลบุตร คุณธนกร พีระเพทย์ คุณนิศาชล เศรษฐ์ไกรกุล คุณวินัย รอดไท คุณชนัญชิตา สมสุข คุณอัมพร คำแก้ว และคุณพิมพ์พร เมฆมัยพันธ์ สำหรับความช่วยเหลือในการดำเนินการศึกษาตลอดโครงการ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคน สำหรับการให้ข้อมูลในการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Breastfeeding [Internet]. WHO; 2021 [cited 2021 Apr 16]. Available from: https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_2.
2. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475-90.

3. World Health Organization, United Nation Children's Fund. Global Breastfeeding Scorecard, 2019 Increasing Commitment to Breastfeeding through funding and improved policies and programs. Geneva: WHO, UNICEF; 2019. Contract No.: WHO/NMH/NHD/19.22.
4. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016;387(10017):491-504.
5. United Nation Children's Fund. Breastfeeding: A smart investment [Internet]. UNICEF; 2020 [cited 2021 Jan 21]. Available from: <https://www.unicef.org/breastfeeding/>.
6. World Health Organization. International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes [Internet]. WHO; 2020 [cited 2020 Jul 23]. Available from: <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241541601/en/>.
7. Thai Health Project. The 2017 infant and Young Child Food Marketing Control Act, A Preliminary victory for Thai mothers and children: Thai Health 2018. Nakorn Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2018.p. 50-4.
8. Bureau of Health Promotion, Department of Health. Annual report of the Bureau of Health Promotion. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2019.
9. Chuthavanichkul S, Yimwilai C. Factors impacting copyright law enforcement performance of Thai metropolitan police. *Suranaree J Soc Sci* 2016;10(1):21-40.
10. Machareonsup W, Poolsawad A, Aussawapronwiput W, Ritthaisong S. The success of law enforcement: a study of issuing licensing operation for food establishments in outstanding municipalities, Health Services District Area 5, Suphanburi Province. *Public Health & Health Laws Journal* 2016;2(2): 209-24.
11. World Health Organization. Marketing of breast milk substitutes: national implementation of the international code, status report 2020. Geneva: World Health Organization; 2020. Report No.: 9789240006010.
12. Phoonhongo S. Police Officers and Citizens' Attitudes toward Traffic Checkpoints in Nakorn Khon Kaen Municipality. *Local Administration Journal* 2015;8(2):73-93.
13. Phrommorn T, Ratoran S, Thammakul T. Factors Affecting Retailers' Practices on Tobacco Products Control Act of 2017 in Chiang Yuen District, Maha Sarakham Province. *Academic Journal of Community Public Health* 2020;6(1):100-9.
14. Bureau of Health Promotion, Department of Health. Operational plan for the implementation of the Control of Marketing Promotion of Infant and Young Child Food Act B.E.2560. Nonthaburi: Department of Health; 2019.
15. Department of Health MoPH. Guideline for the competent officers under the Control of Marketing Promotion of Infant and Young Child Food Act B.E.2560 [Internet]. Nonthaburi; 2020 [cited 2021 Nov 26]. Available from: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/associates/ebook-04-momandchild/>.
16. Topothai C, Topothai T, Sriwanich P, Piensriwatchara E. The response and management on infant and young child feeding during the COVID-19 pandemic in Thailand. *Journal of Health Systems Research*. 2021;15(1):66-80.

กระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม เพื่อแก้ไขภาวะโภชนาการ ในพระสงฆ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน ในเขตอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก

กัญชลี ไหว่อง

ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

วันรับ 20 กรกฎาคม 2565, วันแก้ไข 7 พฤศจิกายน 2565, วันตอบรับ 14 พฤศจิกายน 2565.

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทชุมชนและสถานการณ์การดูแลสุขภาพตนเองด้านโภชนาการ และเพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาและแก้ไขปัญหภาวะโภชนาการในพระสงฆ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน เลือกรูปแบบเป้าหมายแบบจำเพาะเจาะจง ได้แก่ กลุ่มพระสงฆ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินในเขตอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 25 รูป บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 10 คน กรรมการชุมชน จำนวน 5 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 5 คน ใช้ระยะเวลาศึกษาวิจัย 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า บริบทและสถานการณ์การดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ ด้านโภชนาการมีปัจจัยกำหนดสุขภาพหลายปัจจัยส่งผลให้พระสงฆ์มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อไม่เรื้อรัง ได้แก่ คุณภาพของอาหารที่ได้รับจากการบิณฑบาต ความรู้ ทักษะในการปฏิบัติตนด้านโภชนาการ รวมถึงกิจกรรมทางกายที่ไม่ถูกต้อง ส่วนกระบวนการพัฒนาแก้ไขปัญหภาวะโภชนาการมุ่งให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และมุ่งเน้นผลสามวิธีเพื่อการสร้างความรู้ทางด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) การสร้างและพัฒนาสื่อ 2) การใช้รูปแบบต้นแบบด้านสุขภาพผสมผสานการใช้รูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อน 3) การสร้างและพัฒนาแผนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ ผลลัพธ์การศึกษาพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านการได้รับความรู้ที่ถูกต้อง มีทักษะในการดูแลตนเองและปฏิบัติตัว มีความมั่นใจจากการปฏิบัติตนจนเห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง มีความพร้อมในการเป็นต้นแบบพระสงฆ์สุขภาพดีและสามารถสื่อสารสุขภาพได้ ข้อค้นพบสำคัญ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและแก้ไขปัญหามาแบบบูรณาการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความเป็นเจ้าของปัญหาาร่วมกัน ส่งผลต่อปัญหาที่เกิดขึ้นจากปัจจัยซับซ้อนถูกแก้ไขอย่างยั่งยืน ข้อเสนอแนะการดำเนินการ กระบวนการค้นหาพระสงฆ์รอบรู้ด้านสุขภาพแล้วเสริมพลังเพื่อสร้างพระสงฆ์ต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง โดยมีบุคลากรสาธารณสุขทำบทบาทเป็นพี่เลี้ยงพร้อมทั้งสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน

คำสำคัญ : พระสงฆ์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ภาวะค่าดัชนีมวลกายเกิน

Participatory development process for solving of nutritional problems among BMI overweight Buddhist monk, Wang Thong District, Phitsanulok Province.

Kuncharee Vaivong

Health Promotion Center 2

Received 20 July 2022, Revised 7 November 2022, Accepted 14 November 2022.

Abstract

This research is a participatory action research. The objectives were to study the community context and situation of self-care in nutrition and to study Participatory development process for solving of nutritional problems among BMI overweight Buddhist monk. Purposive sampling was used, i.e. the group of monks with group of BMI Overweight 25 Buddhist Monks in Wang Thong District, Phitsanulok Province and 10 public health personnel, 5 community committees and 5 public health volunteers. 3 months to research. Context and situation of health care for monks in nutrition There are many determinants of health affecting monks to have symptoms of non-communicable diseases such as quality of food received from alms, knowledge, skills in nutrition practice. Physical activity as well as inappropriate health behaviors the development process for solving nutritional problems focuses on stakeholder participation. And focuses on integrating methods for building health literacy, namely 1) creating and developing media; 2) using a health model combined with peer-to-peer model; 3) creating and developing a nutrition learning plan. The results of the study found that. There has been a change in obtaining the correct knowledge. Have skills in self-care and behavior; have confidence from the Practice by seeing results that occur on their own They are ready to be role models for monks and able to communicate their health. Key findings include participation. In developing and solving integrated problems make problems caused by complex factors be solved. Stakeholders share ownership of the problem. Suggestions for the implementation of the selecting for monks who are well versed in health, to strengthen the power to create a model monk to be a leader in health promotion with public health personnel acting as mentors and creating a learning process together

Keywords: Buddhist monk, Behavior Modification Process, BMI Overweight

■ บทนำ

จากสภาวะเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมของประเทศไทยที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อการเกิดโรคติดต่อไม่เรื้อรังในร่างกายของมนุษย์ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้กับประชากรทุกคนทุกกลุ่มวัย ไม่เว้นแม้แต่ในประชากรกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ก็สามารถพบปัญหานี้ได้เช่นเดียวกัน อาหารส่วนใหญ่ที่ได้จากการรับบิณฑบาตกว่าร้อยละ 90 จะเป็นอาหารชุดยอดนิยม เช่น แกงเขียวหวาน พะโล้ ผัดกะเพรา

ของทอด อาหารที่มีรสจัด รวมถึงน้ำปานะที่มีรสหวาน ซึ่งล้วนแล้วแต่เมื่อพระภิกษุสงฆ์ฉันแล้ว จะเสี่ยงต่อการอาหารด้วยโรคอ้วน โรคเบาหวาน ถึงร้อยละ 45 ซึ่งจะกลายเป็นโรคเรื้อรังที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงในภายหลัง⁽¹⁾

จากข้อมูลสถานการณ์สุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ ในปี พ.ศ. 2559 จากรายงานข้อมูลของกรมการแพทย์ พบว่า พระสงฆ์ - สามเณร อาหารมารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงฆ์มากที่สุด 5 อันดับแรก คือ โรคไขมันในเลือดสูง 9,609 ราย โรคความดันโลหิตสูง 8,520 ราย โรคเบาหวาน 6,320 ราย โรคไตวายเรื้อรัง 4,320 ราย และโรคข้อเข่าเสื่อม 2,600 ราย⁽¹⁾ มีผลคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ สามเณรทั่วประเทศคัดกรอง 138,715 รูป จากทะเบียนพระสงฆ์ 348,433 รูป จากวัดทั่วประเทศ 41,142 วัด พบว่า พระสงฆ์กลุ่มสุขภาพดีลดลงเหลือร้อยละ 52.3 จากร้อยละ 60.3 ในปี 2549 พระสงฆ์อาหารกลับเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 28.5 จากร้อยละ 17.5 ในปี 2549⁽²⁾ ส่วนในเขตสุขภาพที่ 2 พระภิกษุ - สามเณร อายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองร้อยละ 80.96 เป็นกลุ่มเสี่ยง 10.76 และสงสัยป่วยร้อยละ 4.33 จะเห็นได้ว่า ในเขตสุขภาพที่ 2 พบกลุ่มที่เสี่ยงและสงสัยป่วย มากกว่าภาพรวมของประเทศ⁽³⁾

จากสถานการณ์ข้างต้น พบว่าสาเหตุของการเกิดโรคส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องและเหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหาร ที่พระสงฆ์ไม่สามารถเลือกกินอาหารเองได้ ต้องฉันอาหารตามที่พระวาสนาอาหารถวาย ด้านการเคลื่อนไหวออกแรงกายหรือการออกกำลังกาย สถานภาพของพระสงฆ์ไม่เอื้อต่อการออกกำลังกาย ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค รวมไปถึงการจัดการอารมณ์และความเครียด จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนให้พระสงฆ์และวัดมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพเป็นศูนย์กลางสุขภาพชุมชนและจิตสภาวะแวดล้อมที่ดีให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ สถานการณ์การเกิดปัญหาดังกล่าวข้างต้นสามารถป้องกันได้ ถ้าหากพระภิกษุสงฆ์มี

พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ หากมีกระบวนการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทที่เฉพาะของพระสงฆ์ จะเป็นการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมของพระสงฆ์และการมุ่งเน้นชุมชนมีส่วนร่วมสร้างความรู้ความเข้าใจด้านอาหารโภชนาการที่ถูกต้องส่งผลต่ออาหารที่นำมาถวายพระ

อย่างไรก็ตามการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์เป็นการดำเนินงานกับปัจจัยต่างๆ ในสังคมมีมิติที่ซับซ้อนและเชื่อมโยงกัน การดำเนินงานเพื่อความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหาจึงต้องให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการดำเนินการวิจัยดังกล่าวจึงมุ่งเน้นให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมซึ่งเป็นหัวใจของการดำเนินการ โดยยึดหลักการจาก Mohamad NA, et al⁽⁴⁾ กล่าวถึงการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งของชุมชน เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในวิถีชีวิตที่มองเป็นองค์รวมตามความหมาย “สุขภาพ” ที่จัดการโดยชุมชนมีส่วนร่วมเป็นการแสดงถึงศักยภาพของชุมชนที่เป็นกระบวนการจัดการสุขภาพเป็นประโยชน์เบื้องต้นในการปรับคุณภาพชีวิต โดยต้องมีการพัฒนาทุนทางสังคมให้มีทักษะและความเข้มแข็งของชุมชนที่ทำงานร่วมกัน โดยเกิดประโยชน์สำหรับชุมชนเอง การดำเนินการวิจัยดังกล่าวจึงมุ่งเน้นให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ของพระกิตติญาณเมธี (สมเกียรติ รัมภ์วงศ์)⁽⁵⁾ เรื่อง การส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดลพบุรี พบว่ากิจกรรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้านการส่งเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ในจังหวัดลพบุรีควรใช้หลักการปฏิบัติ 6 ข้อของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อโรคยา อนามัยสิ่งแวดล้อมและอบายมุข และในงานศึกษาชิ้นเดียวกันได้กล่าวถึงสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพ

พระสงฆ์ว่า ขาดความคล่องตัวในการส่งเสริมดูแลสุขภาพ ขาดการดูแลต่อเนื่องและเฝ้าติดตาม ขาดกิจกรรมรณรงค์การให้ความรู้ เพื่อลดละเลิกพฤติกรรมเสี่ยงร่วมกันระหว่างวัดและหน่วยงาน ตลอดจนองค์กรและประชาชนในชุมชน ขาดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนและพระสงฆ์ในการบริโภคอาหารจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในขณะที่เดียวกันมีงานวิจัยของอรอุมา เลหาพิบูลย์กุล⁽⁶⁾ กล่าวถึงการสร้างเครือข่ายภาคีระหว่างผู้นำด้านพระสงฆ์และผู้นำด้านการให้บริการเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น โรงพยาบาล สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมเพื่อสุขภาพประจำอำเภอ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อหาแนวทางและสร้างรูปแบบให้เหมาะสมกับพระสงฆ์โดยการศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของพระสงฆ์ เพื่อคัดกรองพระสงฆ์และให้คำปรึกษา ดูแลรักษาได้อย่างถูกต้อง ให้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบและวิธีการปฏิบัติตนให้ถูกต้องแก่พระสงฆ์ จากการทบทวนงานวิจัยและพัฒนาใหม่ๆ ในช่วงต่อมามีงานพัฒนาบทบาทและความสำคัญของพระคิลานุ ปัญญาที่มีต่อการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในหมู่คณะสงฆ์พระคิลานุ ปัญญาจึงเปรียบเสมือนแพทย์ประจำวัดของพระสงฆ์ที่ต้องศึกษาเรียนรู้ วัตรกรรมทางสุขภาพและหมั่นปฏิบัติฝึกฝนให้มีความเชี่ยวชาญในด้านปฐมพยาบาล เพื่อการสร้างภูมิคุ้มกันทางสุขภาพให้ พระสงฆ์ และเอื้อประโยชน์ต่อการดำรงชีวิต โดยใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นและแผนปัจจุบันควบคู่กันไป⁽⁷⁾ อนึ่งการศึกษาบทบาทของพระคิลานุ ปัญญาในการปฏิบัติหน้าที่เพื่อดูแลสุขภาพพระสงฆ์จึงเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและการเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพของพระคิลานุ ปัญญาให้กับพระสงฆ์ในพื้นที่ได้ทราบ เพื่อเป็นการเฝ้าระวังพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปลอดภัยต่อไป

จะเห็นได้ว่าจากงานวิจัยที่ผ่านมามีความพยายามในการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในหลากหลายวิธีการ รวมถึงการสร้างเครือข่ายภาคีระหว่างผู้นำด้านพระสงฆ์ และช่วงต่อมามีการพัฒนาพระคิลานุ ปัญญาจาก แต่ปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ก็ยังคงเพิ่มขึ้น เป็นปัญหาที่มีความสำคัญเร่งด่วน

จากสถานการณ์ที่กล่าวมาข้างต้นจึงได้จัดทำโครงการพัฒนากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารของพระสงฆ์ที่มีภาวะค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เกินมาตรฐานแบบมีส่วนร่วม โดยเลือกพื้นที่ศึกษาอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งเป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทวิถีชีวิตที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว อีกทั้งยังมีความพร้อมและความต้องการพัฒนาของเครือข่ายบริการสาธารณสุข รวมถึงปัญหาดังกล่าวเป็นความต้องการของคณะสงฆ์ในพื้นที่ในการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาบริบทชุมชนและสถานการณ์การดูแลตนเองทางด้านโภชนาการของพระสงฆ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน รวมถึงพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การแก้ไขปัญหการรับประทานอาหารและการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานแบบมีส่วนร่วมเกิดการพัฒนาและขยายต่อรูปแบบที่สอดคล้องเหมาะสมต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาบริบทชุมชนและสถานการณ์การดูแลสุขภาพตนเองด้านโภชนาการของพระสงฆ์ที่มีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) เกินมาตรฐาน
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาและแก้ไขปัญหภาวะโภชนาการในพระสงฆ์ที่มีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) เกินมาตรฐาน แบบมีส่วนร่วม

■ นิยามคำศัพท์

ภาวะโภชนาการเกิน⁽⁸⁾ หมายถึง มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 kg/m²

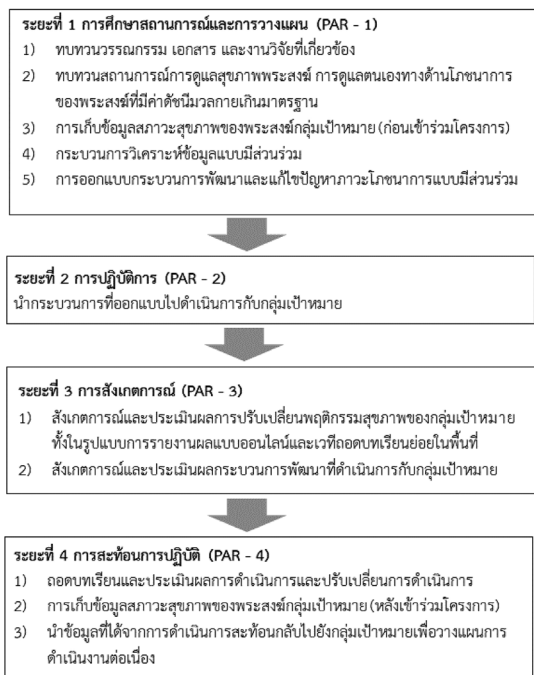
อ้วนลงพุง⁽⁹⁾ หมายถึง รอบเอวที่มีค่ามากกว่าส่วนสูงหารด้วย 2 โดยส่วนสูงมีหน่วยเป็นเซนติเมตร

เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายเกินเกณฑ์⁽⁹⁾ หมายถึง ค่ามากกว่า 20%

มวลกล้ามเนื้ออย่างคึกฤติ⁽¹⁰⁾ หมายถึง ค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 kg/m²

ระดับไขมันในช่องท้องเกินเกณฑ์⁽¹¹⁾ หมายถึง ระดับ 9-20

■ กรอบแนวคิดการวิจัย



■ วิธีการศึกษา

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) การศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective Study) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept Interview) ร่วมกับการสนทนากลุ่ม

(Focus Group Discussion) และการสังเกต (Observation) กระบวนการเก็บข้อมูลสอดคล้องตามกระบวนการวิจัย โดยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนการปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม (PAR - 1) เป็นการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงบริบทของชุมชน (ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ข้อมูลเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การดูแลสุขภาพ ความรู้ทางโภชนาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1. ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) จากการสังเกต การสอบถาม และการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยนักวิจัย รวมถึงสถานการณ์การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในพื้นที่ และประเด็นการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ การเก็บข้อมูลสภาวะสุขภาพของพระสงฆ์โดยใช้แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม ส่วนข้อมูลสุขภาพทั่วไป ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับไขมันในช่องท้อง เก็บข้อมูลจากเครื่องวัดส่วนสูง และเครื่องวิเคราะห์องค์ประกอบร่างกาย (ก่อนเข้าร่วมโครงการ) จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อออกแบบกระบวนการแก้ไขและพัฒนา ร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และกรรมการชุมชน คณะสงฆ์ และอาสาสมัครสาธารณสุข

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR - 2) นำกระบวนการแก้ไขและพัฒนาที่ร่วมกันออกแบบ นำไปปฏิบัติการในพื้นที่ร่วมกับกลุ่มพระสงฆ์และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชนและกรรมการชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข โดยมีกำหนดการอบรมเชิงปฏิบัติการจำนวน 3 ครั้ง มีการติดตามผ่านกลุ่มออนไลน์ตลอดระยะเวลาดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม (PAR - 3) มีการติดตามผ่านการถอดบทเรียนในเวทีอบรมเชิงปฏิบัติการตามขั้นตอนที่ 2 จำนวน 3 ครั้ง ร่วมกับกลุ่มพระสงฆ์

และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากร สาธารณสุข ผู้นำชุมชนและกรรมการชุมชนและ อาสาสมัครสาธารณสุข การรายงานผลการปฏิบัติ ตนของกลุ่มเป้าหมายและการติดตามผ่านกลุ่ม ออนไลน์อย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนสะท้อนการ ปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม (PAR - 4) การเก็บ ข้อมูลสภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ (ก่อนเข้าร่วม โครงการ) และใช้รูปแบบการถอดบทเรียนตาม แนวทางการถอดบทเรียนแบบย้อนหลังและการ ประเมินผลเชิงคุณภาพ ร่วมกับกลุ่มพระสงฆ์และ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากร สาธารณสุข ผู้นำชุมชนและกรรมการชุมชนและ อาสาสมัครสาธารณสุข โดยกระบวนการดังกล่าว มีการถอดบทเรียนย่อย ๆ ในระหว่างที่ดำเนินการ มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการในระหว่าง ดำเนินการไปพร้อมกัน

เลือกกลุ่มเป้าหมายการวิจัยแบบจำเพาะ เจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ กลุ่ม พระสงฆ์ที่ภาวะโภชนาการเกิน สมัยใจเข้าร่วม ตามกระบวนการวิจัยในเขตอำเภอวังทอง จังหวัด พิษณุโลก จำนวน 25 รูป (จาก 14 วัด 7 ตำบล ในพื้นที่อำเภอวังทอง) บุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วย ผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุข แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักวิทยาศาสตร์การกีฬา นักวิชาการเผยแพร่ นักประชาสัมพันธ์ จำนวน 10 คน และกลุ่มผู้นำ ชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน) และกรรมการชุมชนที่มีความ พร้อมจะเข้าร่วมกระบวนการวิจัย จำนวน 5 คน จากจำนวน 7 ตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความ พร้อมจะเข้าร่วมกระบวนการวิจัยจำนวน จำนวน 5 คน กำหนดเกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอนไว้ชัดเจน เช่น การเลือกผู้ทรงคุณวุฒิ และการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพื้นที่ศึกษา เป็นต้น ซึ่งเป็นการขจัดความอคติในทางการวิจัย ของผู้วิจัยจึงเป็นการตรวจสอบความตรงไปแล้ว ขึ้นหนึ่ง นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ใช้การตรวจสอบ ข้อมูลแบบสามเส้า (Data source triangulation) โดยอาศัยวิธีการของ Denzin⁽¹²⁾ เป็นการตรวจ

สอบโดยพิจารณาแหล่งเวลา แหล่งสถานที่ และ แหล่งบุคคลที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ถ้าข้อมูลต่าง เวลากันจะเหมือนกันหรือไม่ ถ้าข้อมูลต่างสถานที่ จะเหมือนกันหรือไม่ และถ้าบุคคลผู้ให้ข้อมูล เปลี่ยนไปข้อมูลจะเหมือนเดิมหรือไม่ จากนั้นจึง นำมาวิเคราะห์ ประกอบเข้าด้วยกัน การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ยึดวิธีการวิเคราะห์ ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหาและการสร้าง ข้อสรุป

● **เครื่องมือที่ใช้วิจัย** 1) สายวัดรอบเอว 2) อุปกรณ์วัดส่วนสูง 3) เครื่องวัดความดันโลหิต ที่ผ่านการสอบเทียบปีละ 1 ครั้ง 4) เครื่องวัด วิเคราะห์ค่าน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เปอร์เซนต์ไขมันในร่างกาย ระดับไขมันในช่อง ท้อง มวลกล้ามเนื้อร่างกาย 5) แบบสอบถามข้อมูล ด้านพฤติกรรม ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือโดย ประยุกต์จากเครื่องมือของ รัชฎา จอปลา, และ คณะ⁽¹³⁾ มีทั้งหมด 25 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็น แบบปลายเปิด เป็นคำถามด้านบวก 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 23, 24, และ 25 และคำถามด้านลบ 22 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-22 โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคย ปฏิบัติ และทำการทดสอบหาความเที่ยงโดยวัด Cronbach's Coefficient Alpha มีค่าเท่ากับ 0.8 ใช้ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนเมษายน 2565 – กรกฎาคม 2565 ขอบเขตทางด้านเนื้อหา การศึกษาครั้งนี้มุ่งนำเสนอ บริบทชุมชนและ สถานการณ์การดูแลสุขภาพตนเองทางด้าน โภชนาการของพระสงฆ์ที่ส่งผลต่อค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน และองค์ความรู้ที่เป็น บทเรียน (Lesson Learned) ที่เกิดขึ้นจากการ พัฒนาสุขภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของพระสงฆ์ด้านโภชนาการ เพื่อยกระดับเป็น รูปแบบการพัฒนาสุขภาพพระสงฆ์แบบมีส่วนร่วม พร้อมทั้งข้อเสนอแนะในการพัฒนา

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** ได้รับ เอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดพิษณุโลก วันที่ 22 เมษายน 2565 เลขที่โครงการวิจัย 006/2565

■ ผลการศึกษา

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนการปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม (PAR - 1)

กระบวนการศึกษาด้านบริบทชุมชนและสถานการณ์โภชนาการและสุขภาพของพระสงฆ์

1.1 บริบทพื้นฐานของชุมชน พบว่าสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของสังคม ส่งผลทำให้วิถีชุมชนเปลี่ยนไปด้วย ชุมชนส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมและมีบางส่วนที่รับจ้างทั่วไป ด้านรูปแบบการทำบุญ ตักบาตรพระสงฆ์ในพื้นที่อำเภอวังทอง จากเดิมชุมชนปรุงอาหารเองและนำอาหารที่ปรุงเองเป็นอาหารสำหรับใส่บาตรพระสงฆ์ด้วย แต่วิถีปัจจุบันที่เร่งรีบ รวมถึงส่วนหนึ่งทำงานนอกบ้านทำให้มีข้อจำกัดด้านเวลา คนในชุมชนพึ่งพาอาหารปรุงสำเร็จ มีความง่าย สะดวกสบายในการซื้อหาจากตลาดมาเป็นอาหารสำหรับใส่บาตรถวายพระมากขึ้น อาหารดังกล่าวไม่สามารถควบคุมคุณภาพได้ รวมถึงอาหารชุดสำเร็จรูปพร้อมใส่บาตร เช่น แกงที่มีส่วนผสมของกะทิ อาหารทอด อาหารรสจัด (หวาน มัน เค็ม) รวมถึงเครื่องดื่ม (น้ำปानะ) ที่มีน้ำตาลสูง เช่น น้ำอัดลม กาแฟกระป๋อง น้ำอัดลม ชาเขียว รวมถึงเครื่องดื่มชูกำลังจากการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชนท่านหนึ่งให้ข้อมูลในประเด็นนี้ว่า “วิถีชีวิตชุมชนที่เปลี่ยนแปลงไปมีความเร่งรีบมากขึ้น ต้องการความสะดวกสบายและรวดเร็วมากขึ้น เนื่องด้วยการประกอบอาชีพนอกบ้าน ทำให้ไม่มีเวลาในการเตรียมอาหาร ดังนั้นการทำบุญ ตักบาตร ชาวบ้านจึงอาศัยการซื้ออาหารสำเร็จเพื่อนำมาถวายพระ และอาหารสำเร็จรูปล้วนแต่เป็นอาหารที่ปรุงขึ้นมีรสจัด ทั้งเค็มจัด หวานจัด และใส่สารปรุงแต่ง และที่สำคัญที่เป็นปัจจัยที่เอื้อให้เกิดวิถีชีวิตแบบนี้คือ หมู่ 4 มีตลาดเข้าด้วย อีกทั้งเวลามีงานบุญ ไม่ว่าจะจัดงานศาสนพิธีต่าง ๆ งานแต่งงาน งานขึ้นบ้านใหม่

แม้กระทั่งงานศพ อาหารที่นำมาถวายพระล้วนแต่เป็นอาหารดี ๆ ในมุมมองของชาวบ้านอาหารดี ๆ เป็นอาหารที่อุดมไปด้วยไขมัน หวาน มัน เค็ม และอาหารที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ สิ่งเหล่านี้จึงเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงทางด้านสุขภาพสำหรับพระสงฆ์” (นาย ค, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 26 เมษายน 2565)

1.2 สถานการณ์การดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ของหน่วยงานสาธารณสุข แนวความคิดการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังทอง คือพยายามป้องกันกลุ่มเสี่ยงไม่ให้เจ็บป่วย และกลุ่มป่วยไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อน ลดอัตราการป่วยหนัก สำหรับกลุ่มเป้าหมายพระเป็นกลุ่มเป้าหมายหนึ่งที่ทางสาธารณสุขให้ความสำคัญอย่างมาก มีเป้าหมายเพื่อยกระดับพระสงฆ์เป็นบุคคลรอบรู้สุขภาพ (Health Literacy People : HLP) และวัดรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy Organization : HLO) การดำเนินการที่ผ่านมาหน่วยงานสาธารณสุขมีนโยบายหรือแนวทาง ดังนี้ 1) มีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ความรู้ให้กับประชาชน ส่งเสริมให้พุทธศาสนิกชนใส่บาตร หรือ ถวายอาหารสุขภาพด้วยเมนูสุขภาพ ลดหวาน มัน เค็ม แก่พระสงฆ์ 2) มีการตรวจคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ปีละ 1 ครั้ง 3) มีการจัดการอบรมพระภิกษุสามเณร และ 4) การร่วมพัฒนาให้เป็นวัดส่งเสริมสุขภาพ ส่วนหนึ่งวิเคราะห์แนวทางแนวคิดดังกล่าวสรุปจากข้อมูลส่วนหนึ่งจากการสัมภาษณ์ที่บอกว่า “พฤติกรรมกรบริโภคอาหารของพระสงฆ์จึงไม่เพียงมีความเกี่ยวข้องกับพระสงฆ์ แต่ยังเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นและบริบทแวดล้อม ดังนั้นการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืนจะเกี่ยวข้องกับความรู้สุขภาพของพระสงฆ์เองด้วย” (นาย ส, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 26 เมษายน 2565)

กระบวนการส่งเสริมพระสงฆ์ มีกิจกรรมหนึ่งที่สำคัญคือ การพัฒนาพระภิกษุสามเณรของศูนย์อานามย์ที่ 2 ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พบว่ายังไม่มีความมั่นใจชุดความรู้ที่ได้รับ รวมถึงการฝึกทักษะที่ไม่เอื้อให้เกิดทักษะที่

สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) มีความท้าทายในการดำเนินการเป็นอย่างมาก เพราะเกิดจากปัจจัยทางด้านพฤติกรรม และส่วนหนึ่งปัญหาดังกล่าวมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่ พระญาติโยม ผู้ปรุงอาหาร ฯลฯ และยังพบว่าการขับเคลื่อน การพัฒนาพระสงฆ์ในมิติต่าง ๆ จากฝ่ายฆราวาสถึงพระสงฆ์จะมีความง่ายมากขึ้น ถ้าสามารถเข้าถึงระดับผู้บริหารของพระตามโครงสร้างการบริหารคณะสงฆ์ เช่น เจ้าคณะอำเภอ กระบวนการสั่งการจะเป็นไปตามลำดับตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ จนถึงระดับเจ้าอาวาส

1.3 สถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์กลุ่มเป้าหมาย จากข้อมูลที่เกิดขึ้นรวบรวมพบว่า พฤติกรรมของพระสงฆ์เสี่ยงก่อให้เกิดโรค คือ สูบบุหรี่ มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ บริโภคอาหารไม่เหมาะสม ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกพิจารณาฉันอาหารถึงแม้ว่าฝ่ายทางพระสงฆ์เองพยายามให้ความรู้แก่ญาติโยม แต่ด้วยความเคยชิน รวมถึงค่านิยมที่ผิด ๆ รวมถึงบางครั้งพระสงฆ์เองก็ไม่สามารถปฏิเสธในการฉันภัตตาหารที่โยมมาถวายได้ อีกปัจจัยหนึ่งพบว่าทางด้านพระสงฆ์พบว่าพระรุ่นใหม่ยังมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่คล้ายกับคนรุ่นใหม่ในสังคม สอดคล้องกับข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึกจากพระสงฆ์รูปหนึ่ง ให้ข้อมูลว่า “พบว่าพระมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น และเริ่มมีอาการเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหลายรูป ในสภาพความเป็นจริงของสังคมในปัจจุบัน ญาติโยมที่ใส่บาตรมักนิยมใส่อาหารสำเร็จรูปที่ซื้อมาจากตลาด และอาหารเหล่านั้นเป็นอาหารที่มีส่วนประกอบของกะทิอีกทั้งมีสารปรุงรส (ผงชูรส) เป็นอาหารหวานจัด เค็มจัด ล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยสำคัญต่อสุขภาพของพระสงฆ์ ซึ่งแตกต่างจากในอดีตที่ญาติโยมประกอบอาหารเอง เป็นอาหารพื้นบ้าน ปัจจุบันมีน้อยมาก” (พระครู ก, สัมภาษณ์ เมื่อวันที่ 26 เมษายน 2565) ในด้านการส่งเสริมสุขภาพที่พระสงฆ์ได้ปฏิบัติอยู่แล้ว ได้แก่ การเดินบิณฑบาต กวาดลานวัด ทำกิจกรรม

ต่าง ๆ ภายในวัดที่มีการใช้แรงกาย ถือว่าเป็นการออกกำลังกายแบบสะสม แต่ก็ยังมีพระสงฆ์ส่วนหนึ่งยังมีวิถีที่เนือยนิ่งอยู่ และจากการวิจัยพบว่าในด้านความต้องการทางด้านสุขภาพของพระสงฆ์ ต้องการให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี แข็งแรง ปราศจากโรคร้าย ด้านการดูแลสุขภาพตนเองในวิถีชีวิตประจำวันยังไม่ถูกต้องและยังส่งผลต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของพระสงฆ์ ไม่ว่าจะเป็นการออกกำลังกายที่ไม่สม่ำเสมอ แม้ว่ากิจของพระสงฆ์จะมีการเดินบิณฑบาตในทุกวันก็ตาม รวมถึงรูปแบบการฉันอาหารที่ยังมีการเลือกฉันอาหารตามความอยากเป็นหลัก รวมถึงปัจจัยอื่นที่ญาติโยมนำอาหารที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพใส่บาตร

1.4 สภาวะโภชนาการและสุขภาพของพระสงฆ์กลุ่มเป้าหมายการวิจัยที่มีค่า BMI เกินมาตรฐาน (ก่อนเริ่มโครงการ) จากข้อมูลการตรวจคัดกรองสุขภาพของพระสงฆ์กลุ่มอายุส่วนใหญ่คือ ช่วงอายุ 25-45 ปี จำนวน 14 รูป (ร้อยละ 56.0) รองลงมาคือช่วงอายุระหว่าง 46-59 ปี จำนวน 8 รูป (ร้อยละ 32.0) จากการสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพ ประกอบด้วย เส้นรอบเอว⁽⁸⁾ พระสงฆ์ส่วนใหญ่ (จำนวน 22 รูป หรือร้อยละ 88.0) อ้วนลงพุง ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)⁽⁸⁾ ส่วนใหญ่อยู่ในอ้วนระดับ 1b (30.0-34.9 kg/m²) จำนวน 10 รูป (ร้อยละ 40.0) รองลงมาคือ อ้วนระดับ 1a (25.0-29.9 kg/m²) จำนวน 5 รูป (ร้อยละ 20.0) เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย⁽⁹⁾ ส่วนใหญ่เกินเกณฑ์ (>20%) จำนวน 23 รูป (ร้อยละ 92.0) มวลกล้ามเนื้อ (skeletal muscle mass index : SMI)⁽¹⁰⁾ ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ (≤ 7 kg/m²) จำนวน 25 รูป (ร้อยละ 100.0) และระดับไขมันในช่องท้อง⁽¹¹⁾ ส่วนใหญ่เกินเกณฑ์ (ระดับ 9-20) จำนวน 23 รูป (ร้อยละ 92.0)

จากการศึกษาข้อมูลโรคประจำตัวหรือโรคทางระบบที่แพทย์ระบุ ประกอบด้วยโรคเบาหวาน ฉันทยาประจำ จำนวน 6 รูป (ร้อยละ 24.0) ความดันโลหิตสูง ฉันทยาประจำ จำนวน 8 รูป (ร้อยละ 32.0) ไขมันในเลือดสูง ฉันทยาประจำ

จำนวน 6 รูป (ร้อยละ 24.0) ภูมิแพ้ ฉันทยาประจำ จำนวน 2 รูป (ร้อยละ 8.0) และโรคประจำตัวอื่น ๆ ฉันทยาประจำ จำนวน 10 รูป (ร้อยละ 40.0) ด้านการจัดการตนเองในข้อมูลด้านพฤติกรรม การบริโภคอาหาร การเคลื่อนไหว/ออกแรง/ออกกำลังกาย อารมณ์ น้ำ นอน และการสูบบุหรี่ (โดยรวม)⁽¹³⁾ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่มีระดับการจัดการตนเองอยู่ในระดับดี จำนวน 17 รูป (ร้อยละ 68.0)

กระบวนการวางแผนพัฒนาและแก้ไขภาวะโภชนาการ

จากข้อมูล 1.1 – 1.4 จึงนำมาสู่กระบวนการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหภาวะโภชนาการในพระสงฆ์ที่มีค่า BMI เกินมาตรฐานเขตอำเภอวังทองแบบมีส่วนร่วมโดยการมีส่วนร่วมโดยผู้วิจัยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียดังต่อไปนี้ พระสงฆ์ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย, เจ้าคณะอำเภอวังทอง, นักวิจัย, บุคลากรสาธารณสุขแบบสหวิชาชีพ ในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับ สสจ. พิษณุโลก ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก, สสอ. วังทอง, อปท.ในเขตอำเภอวังทอง, อาสาสมัคร ข้อเสนอในที่ประชุมระดมความคิดเห็น ให้มุ่งเน้นการพัฒนาและแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน โดยยึดกระบวนการสร้างความรอบรู้ในกลุ่มพระสงฆ์เป้าหมายเป็นหลัก โดยมีกระบวนการเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาคือ ดังนี้ 1) การสร้างและพัฒนากลุ่มสื่อสารสุขภาพตามแนวทางรอบรู้ทางด้านสุขภาพ มุ่งเน้นประเด็นโภชนาการและการออกกำลังกาย โดยการผลิตสื่อแบบมีส่วนร่วม ออกแบบและพัฒนาสื่อที่มีความจำเพาะเจาะจงตามแนวทางการสื่อสารเพื่อสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อนำไปใช้กับกลุ่มพระสงฆ์และกลุ่มชุมชน โดยสื่อดังกล่าวเป็นบทความสั้นสำหรับหอกระจายข่าวประจำชุมชนที่สื่อสารในทุกวันก่อนนำเสนอข่าวสารทั่วไป, รูปแบบการสื่อสารข้อมูลออนไลน์ที่จำเพาะเจาะจงกับกลุ่มเป้าหมายพระสงฆ์, ไปสเตอร์และไวนิลที่สกัดข้อความสำคัญ ใช้สำหรับติดประชาสัมพันธ์ที่วัดและสถานที่ศูนย์กลางในชุมชน สำหรับประชาชนที่มาทำบุญที่วัด 2) การใช้รูปแบบ

ต้นแบบสุขภาพ (Role Model) ผสมผสานรูปแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Health Support group) คัดเลือกต้นแบบที่เป็นพระสงฆ์สุขภาพดี และมีรูปแบบการปรับเปลี่ยนตนเองอย่างมีวินัย โดยพระสงฆ์ต้นแบบกลุ่มนี้จะทำบทบาทเป็นผู้สื่อสารสุขภาพ ผู้นำการแลกเปลี่ยนภายในกลุ่ม มีบุคลากรสาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงในกลุ่มปิดออนไลน์ และในช่วงของการประชุมกลุ่มแบบออนไลน์ 3) การสร้างและพัฒนาแผนการเรียนรู้ทางด้านโภชนาการ ที่วิจัยมีการสร้างและพัฒนาแผนการเรียนรู้ทางด้านโภชนาการ โดยการวิเคราะห์สภาพปัญหา ความจำเป็นและความต้องการในการรับข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR - 2)

กระบวนการพัฒนาและแก้ไขปัญหามีส่วนร่วม ในระหว่างเดือนเมษายนถึงมิถุนายน 2565 มีดังต่อไปนี้

1) การสร้างและพัฒนากลุ่มสื่อสารสุขภาพตามแนวทางรอบรู้ทางด้านสุขภาพ เห็นประเด็นโภชนาการและการออกกำลังกาย โดยมีกระบวนการดังนี้ 1.1) ทีมผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากเวทีสนทนากลุ่ม ปรับเปลี่ยนรูปแบบการสื่อสารสุขภาพแบบเดิมและใช้แนวคิดการสร้างสื่อแบบใช้ key message เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์และกลุ่มชุมชน 1.2) นำผลที่ได้มาการออกแบบและพัฒนาสื่อที่มีความจำเพาะเจาะจงตามแนวทางการสื่อสารเพื่อสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อนำไปใช้กับกลุ่มพระสงฆ์และกลุ่มชุมชน ผลผลิตในขั้นตอนนี้เป็นบทความสั้นสำหรับหอกระจายข่าวประจำชุมชน ในช่วงเช้าของทุกวันก่อนการสื่อสารข่าวสารทั่วไป ตามปกติ, รูปแบบการสื่อสารข้อมูลออนไลน์ที่จำเพาะเจาะจงกับกลุ่มเป้าหมายพระสงฆ์ในกลุ่มออนไลน์แบบปิด, ไปสเตอร์และไวนิลที่สกัดข้อความสำคัญใช้สำหรับติดประชาสัมพันธ์ที่วัดและสถานที่ศูนย์กลางในชุมชน

2) การใช้รูปแบบต้นแบบสุขภาพ (Role Model) ผสมผสานรูปแบบกลุ่มเพื่อน

ช่วยเพื่อน (Health Support group) โดยมีการดำเนินการดังนี้ 2.1) ที่มิวิจัยได้ออกแบบกระบวนการโค้ชชิ่ง (Group Coaching) และการให้คำปรึกษา (Group Counseling) โดยมีพระสงฆ์ต้นแบบ 1:5 รูป แลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2.2) สร้างกระบวนการเรียนรู้ และสร้างแรงบันดาลใจผ่านการปฏิบัติเป็นกลุ่มให้คำปรึกษา (Group Counseling) เป็นกลุ่มออนไลน์ที่เป็นกลุ่มปิดเฉพาะ มีบุคลากรทางด้านสาธารณสุขเข้าไปเป็นผู้เลี้ยงและสนับสนุนความรู้ผ่านสื่อต่าง ๆ เพื่อสร้างทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบ่งปันรูปภาพและกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกเพื่อสร้างแรงบันดาลใจระหว่างกันและข้อมูลเพื่อฝึกทักษะการออกกำลังกายเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม

3) การสร้างและพัฒนาแผนการเรียนรู้ทางด้านโภชนาการ โดยมีการดำเนินการดังนี้ 3.1) ที่มิวิจัยมีการสร้างและพัฒนาแผนการเรียนรู้ทางด้านโภชนาการ โดยการวิเคราะห์สภาพปัญหา ความจำเป็นและความต้องการในการรับรู้ข้อมูล 3.2) ออกแบบและจัดทำแผนการเรียนรู้ทางด้านโภชนาการ สำหรับพระสงฆ์นำไปใช้เป็นส่วนหนึ่งในการสร้างกระบวนการเรียนรู้ในเวทีเรียนรู้แบบออนไลน์และออนไซต์ กิจกรรมดังกล่าวดำเนินการโดยทีมงานศูนย์อนามัยโดยมีนักวิจัยและบุคลากรที่เกี่ยวข้องดำเนินการร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม (PAR - 3)

มีการติดตามผ่านการถอดบทเรียนในเวทีอบรมเชิงปฏิบัติการตามขั้นตอนที่ 2 จำนวน 3 ครั้ง การรายงานผลการปฏิบัติตนของกลุ่มเป้าหมายและการติดตามผ่านกลุ่มออนไลน์อย่างต่อเนื่อง ในขั้นตอนนี้ทางผู้วิจัยได้นำกระบวนการที่ได้ออกแบบตามแนวทางพัฒนาและแก้ไขปัญหายังมีส่วนร่วมนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายการวิจัยพร้อมประเมินผลผ่านเวทีถอดบทเรียนย่อยในพื้นที่

ในด้านกระบวนการเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหา 3 กระบวนการข้างต้น พบว่า 1) การสร้าง

และพัฒนาการสื่อสารสุขภาพตามแนวทางรอบรู้ทางด้านสุขภาพ มุ่งเน้นประเด็นโภชนาการและการออกกำลังกาย เกิดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อค้นหาความต้องการในการรับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ มีความจำเพาะเจาะจงต่อการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงเป็นสื่อที่เข้าใจง่าย นำไปใช้รวมถึงประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ เช่นบทความสั้นสามารถสื่อสารผ่านหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านในทุกวันช่วงเช้า โปสเตอร์และไวนิลที่สกัด Key message ใช้สำหรับติดประชาสัมพันธ์ที่วัดและสถานที่ศูนย์กลางในชุมชนทำให้การเข้าถึงข่าวสารสำคัญได้ง่าย รวมถึงข้อความสามารถสร้างการจดจำให้กับผู้อ่านได้ ในส่วนองค์ความรู้ที่สกัดเฉพาะเพื่อสื่อสารในกลุ่มออนไลน์ ก็ได้รับการสะท้อนบทเรียนจากกลุ่มเป้าหมายว่า เป็นความรู้ที่สามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ง่ายและเกิดผลการเปลี่ยนแปลง

2) การใช้รูปแบบต้นแบบสุขภาพ (Role Model) ผสมผสานรูปแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Health Support group) พบว่า การที่พระสงฆ์มีต้นแบบที่เป็นพระสงฆ์ด้วยกัน ทำให้การสื่อสารเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดการสร้างแรงบันดาลใจในกลุ่มกันเอง ส่วนองค์ความรู้ที่จำเป็นจะมีการสื่อสารในทุกวันในกลุ่มสื่อสารออนไลน์แบบผิด 3) การสร้างและพัฒนาแผนการเรียนรู้ทางด้านโภชนาการ เนื่องด้วยรูปแบบการออกแบบแผนการเรียนรู้เกิดจากการมีส่วนร่วมระหว่างกลุ่มเป้าหมายการวิจัยและผู้วิจัย จึงสามารถสกัดประเด็นการเรียนรู้ที่จำเป็นและเพียงพอต่อการเป็นองค์ความรู้เพื่อการตัดสินใจและนำไปสู่การปฏิบัติ ได้เป็นอย่างดี

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนสะท้อนการปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม (PAR - 4)

สภาวะสุขภาพของพระสงฆ์กลุ่มเป้าหมายการวิจัยที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน (ภายหลังการดำเนินโครงการ) พบว่า **เส้นรอบเอว⁽⁸⁾** พบว่าเส้นรอบเอวเฉลี่ยครั้งที่ 2 (23 มิ.ย. 65) เท่ากับ 101.48 ซม. ลดลงจากครั้งที่ 1 (ก่อนเริ่มดำเนินโครงการ) เท่ากับ

106.04 ซม. ค่าดัชนีมวลกาย⁽⁹⁾ พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ยครั้งที่ 2 (ภายหลังดำเนินโครงการ) เท่ากับ 31.43 kg/m² ลดลงจากครั้งที่ 1 (ก่อนเริ่มดำเนินโครงการ) เท่ากับ 32.36 kg/m² และพระสงฆ์มีน้ำหนักปกติ (BMI เท่ากับ 18.5-22.9 kg/m²) เพิ่มขึ้นจำนวน 2 รูป (ร้อยละ 8.0) **เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย⁽⁹⁾** พบว่าเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายเฉลี่ยครั้งที่ 2 (ภายหลังดำเนินโครงการ) เท่ากับ 30.89 ลดลงจากครั้งที่ 1 (ก่อนเริ่มดำเนินโครงการ) เท่ากับ 31.86 **มวลกล้ามเนื้ออย่างง่าย (skeletal muscle mass index : SMI)⁽¹⁰⁾** พบว่า มวลกล้ามเนื้ออย่างง่ายเฉลี่ยครั้งที่ 2 (ภายหลังดำเนินโครงการ) เท่ากับ 9.14 ลดลงจากครั้งที่ 1 (ก่อนเริ่มดำเนินโครงการ) เท่ากับ 9.18 **ระดับไขมันในช่องท้อง⁽¹¹⁾** พบว่าระดับไขมันในช่องท้องเฉลี่ยครั้งที่ 2 (ภายหลังดำเนินโครงการ) เท่ากับ 11.64 ลดลงจากครั้งที่ 1 (ก่อนเริ่มดำเนินโครงการ) เท่ากับ 11.92

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์จากการสนทนากลุ่ม พฤติกรรมการจัดการทางด้านโภชนาการ พบว่าเปลี่ยนแปลงจากเดิม กล่าวคือ มีความตระหนักในการเลือกกินอาหารมากขึ้น ส่งผลให้ลดอาหารหวาน มัน เค็ม ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือพระสงฆ์บางรูปก็สามารถงดอาหารกลุ่มดังกล่าวไปเลย ทำให้น้ำหนักของพระสงฆ์หลายรูปลดลง รวมถึงอาการของโรคประจำตัวที่เป็นอยู่มีอาการที่ดีขึ้น จากการเก็บข้อมูลแบบสนทนากลุ่มมีการสะท้อนบทเรียนต่าง ๆ ดังนี้

“น้ำหนักลดลง ได้ปรับเปลี่ยนการกินผลไม้ เช่น การกินทุเรียนก็ควบคุมให้น้อยลง ระวังระวังอาหารการกิน ตั้งใจว่าจะลดน้ำหนักต่อไป” (พระรูปที่ 1, สนทนากลุ่ม วันที่ 26 มิถุนายน 2565)

“เมื่อก่อนไม่ได้ดูแลตัวเองเท่าไร แต่หลังจากที่เข้าร่วมก็เริ่มระวังในการกินลดของที่มีไขมันสูง และของหวานรู้สึกได้ว่าสุขภาพดีขึ้น” (พระรูปที่ 2, สนทนากลุ่ม วันที่ 26 มิถุนายน 2565)

“ได้เปลี่ยนแปลงตัวเองมากขึ้นลดอาหารหวาน + มันเหมือนมีเครื่องเตือนใจเมื่อได้เข้าโครงการให้เราได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเรา” (พระรูปที่ 4, สนทนากลุ่ม วันที่ 26 มิถุนายน 2565)

“พฤติกรรมการกินได้เปลี่ยนแปลงให้กินช้าลงใช้เวลาให้นานขึ้นเพื่อให้ปริมาณนั้นลดลงในการกินแต่ละครั้งและปริมาณที่กินปกติจากสองจานปัจจุบันนี้ก็ลดลงเหลือแค่หนึ่งจาน” (พระรูปที่ 8, สนทนากลุ่ม วันที่ 26 มิถุนายน 2565)

“เป้าหมายของตนเองคือการลดน้ำหนักของตัวเองให้ได้ การกินอาหารก็ต้องระมัดระวังโดยตนเองได้ลดของมัน และของเค็ม แต่ของหวานยังคงกินอยู่ แต่ได้ลดความหวานลง เพราะเป็นโรคเบาหวานถ้าลดเลยก็จะเกิดอาการเวียนหัว น้ำหนักลดลง 1 กก. มีพุงใจแล้วน้ำหนักไม่เพิ่มขึ้น แต่ลดลงก็รู้สึกดีใจเพราะเรามีพฤติกรรมไม่ดีแบบนี้มานานแล้ว และจะเน้นคุมอาหารจะค่อยปรับไปเรื่อย ๆ” (พระรูปที่ 13, สนทนากลุ่ม วันที่ 26 มิถุนายน 2565)

พฤติกรรมออกกำลังกาย พระสงฆ์ก็เปลี่ยนแปลงไปด้วย ถึงแม้ว่าจะมีข้อจำกัดในการออกกำลังกายแต่พระสงฆ์ให้ความสำคัญในการเดินบิณฑบาต การเดินจงกรม การทำสมาธิ ประโยชน์ การกวาดลานวัด ฤดูกาล หรือแม้กระทั่งการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ก็ถือเป็นการออกกำลังกายตามกิจวัตร 10 ของพระสงฆ์ที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพและไม่ขัดต่อพระธรรมวินัย มีแนวโน้มในการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอมากขึ้น

“ชีวิตเปลี่ยนแปลงไปในการควบคุมอาหารและออกกำลังกายมากขึ้นน้ำหนักลดลง 7 กก. จากการวัดน้ำหนัก ก่อนเข้าร่วมโครงการรู้สึกจิตใจสบายขึ้น” (พระรูปที่ 6, สนทนากลุ่ม วันที่ 26 มิถุนายน 2565)

“ได้ออกกำลังกายทุกวัน เช่น กวาดลานวัดพฤติกรรมการกินก็เป็นแปลงคือควบคุมปริมาณในการกินและรู้สึกว่าร่างกายมีความคล่องแคล่วมากขึ้น” (พระรูปที่ 11, สนทนากลุ่ม

วันที่ 26 มิถุนายน 2565)

ความพึงพอใจของพระสงฆ์กลุ่มเป้าหมายการวิจัยที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน (ภายหลังการดำเนินโครงการ) ความรู้ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม หลังเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง จำนวน 21 รูป (ร้อยละ 84.0) ความรู้จากการเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนใหญ่สามารถนำไปปฏิบัติได้ โดยมีความรู้ระดับสูงจำนวน 21 รูป (ร้อยละ 84.0) ผลการประเมินความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร พบว่า ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมโดยภาพรวม ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นระดับมากที่สุดจำนวน 17 รูป (ร้อยละ 68.0)

■ อภิปรายผล

จากผลการวิจัยดังกล่าวพบว่า เส้นรอบเอวเฉลี่ย ค่าดัชนีมวลกาย เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายมีผลลัพธ์ที่ดี ส่วนมวลกล้ามเนื้ออย่างค้เฉลี่ยลดลงหลังดำเนินโครงการ เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายการศึกษามีกิจกรรมทางกายไม่สม่ำเสมอ หากจะได้ผลดีต้องมีกิจกรรมทางกายสม่ำเสมอและเพียงพอ โดยกิจกรรมทางกายนั้นจะเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและส่งผลให้มวลกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น จะมีผลทางบวกต่อระบบกล้ามเนื้อ ระบบหายใจและระบบไหลเวียนโลหิต⁽¹⁴⁾ ส่วนปัจจัยด้านโภชนาการเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับสารอาหารกลุ่มโปรตีน เป็นสารอาหารที่ช่วยรักษาซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกายและเพิ่มมวลกล้ามเนื้อ การได้รับสารอาหารโปรตีนไม่เพียงพอจะส่งผลต่อสมรรถภาพของการออกกำลังกายและมวลกล้ามเนื้อ⁽¹⁵⁾

กระบวนการส่งเสริมสุขภาพทางด้านการจัดการโภชนาการสำหรับพระสงฆ์ที่มีภาวะค่าดัชนีมวลกายเกินแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายการวิจัย

ทางผู้วิจัยได้นำกระบวนการที่ได้ออกแบบตามแนวทางพัฒนาและแก้ไขปัญหาค

ผสานวิธีอย่างมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการ 3 กระบวนการจากการระดมความคิดวิธีการแก้ไขปัญหา โดยมีหลักการการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค รวมถึงอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากผลการวิจัยร่วมกับกลุ่มเป้าหมายมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านการได้รับความรู้ที่ถูกต้อง มีทักษะการดูแลตนเองและปฏิบัติตัว เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ฯลฯ มีทัศนคติที่ดีจากการเสริมพลังอำนาจในตัวเอง มีความมั่นใจจากการปฏิบัติตนจนเห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง เป็นตัวอย่างการปฏิบัติตน มีความพร้อมในการเป็นต้นแบบพระสงฆ์สุขภาพดีและสามารถสื่อสารสุขภาพได้ สอดคล้องกับแนวความคิดของ Rosenstock and IM⁽¹⁶⁾ ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าไปใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง และหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา การที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้น แนวคิดในการดำเนินการตามแนวทางพัฒนาและแก้ไขปัญหาคผสานวิธีอย่างมีส่วนร่วม เพื่อส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงสุขภาพตัวเองให้กับพระสงฆ์ ยังสอดคล้องกับ Becker and Marshall H⁽¹⁷⁾ ที่นำทฤษฎีทางจิตสังคมมาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคล โดยเน้นแรงจูงใจทางด้านสุขภาพของบุคคลที่แสวงหาการรักษาโรค และเพิ่มองค์ประกอบร่วม โดยมีขั้นตอนในการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค รวมถึงอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ กระบวนการแรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยอื่นๆ เช่น ความสม่ำเสมอในการดำเนินการ เป็นต้น

จากผลการวิจัยในด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ถือว่าเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในประเด็นสถานะสุขภาพของพระสงฆ์ ได้แก่ คณะกรรมการชุมชน ญาติโยมที่มาทำบุญที่วัด อสม.และ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบวัดในแต่ละตำบล ได้มาร่วมกันแลกเปลี่ยนและวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ทำให้ได้ข้อเสนอที่เป็นทางเลือกในการออกแบบการพัฒนาที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและสถานการณ์ของปัญหาในขณะนั้น การมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในกระบวนการวิจัยดังกล่าวยังสร้างให้เกิดความรู้สึกการเป็นเจ้าของปัญหา และโดยเฉพาะปัญหาสภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ที่มีปัจจัยซับซ้อน เกี่ยวข้องกับผู้คนและปัจจัยเชิงสังคม วัฒนธรรมในหลากหลายมิติ การมีส่วนร่วมแสวงหาทางออกเป็นมรรควิธีการพัฒนาที่ยั่งยืน และการมีส่วนร่วมของชุมชนในประเด็นดังกล่าวจึงมีความสำคัญ สอดคล้องกับแนวคิดของชนินทรานันท์บุตร⁽¹⁸⁾ ที่กล่าวถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพในวิถีชีวิตของประชาชน จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนและทุกภาคส่วนในพื้นที่เป็นหลักพร้อมกันด้วย ที่ประกอบด้วย บุคคล กลุ่ม และองค์กรในพื้นที่ร่วมกันจัดดำเนินการเรื่องต่าง ๆ ให้เกิดการอยู่เย็นเป็นสุขของประชาชน จึงเป็นการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วนมีกระบวนการทำงานที่เชื่อมโยงกัน มีเป้าหมายร่วมกัน เป็นสิ่งที่จะบอกรับการพัฒนาของตำบล และยังสอดคล้องกับแนวคิดจากการวิจัยของ Mohamad NA, et al.⁽⁴⁾ ที่กล่าวถึงการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งของชุมชนเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในวิถีชีวิตที่มองเป็นองค์รวมตามความหมาย “สุขภาพ” ที่จัดการโดยชุมชนมีส่วนร่วมเป็นการแสดงถึงศักยภาพของชุมชนที่เป็นกระบวนการจัดการสุขภาพเป็นประโยชน์เบื้องต้นในการปรับคุณภาพชีวิต โดยต้องมีการพัฒนาทุนทางสังคมให้มีทักษะและความเข้มแข็งของชุมชนที่ทำงานร่วมกันโดยเกิดประโยชน์สำหรับชุมชนเอง

การใช้กระบวนการโค้ชกลุ่มแบบเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากผลการวิจัยพบว่าการใช้รูปแบบต้นแบบสุขภาพ (Role Model) ผสมผสานรูปแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Health

Support group) ออกแบบกระบวนการโค้ชซึ่ง (Group Coaching) และการให้คำปรึกษา (Group Counseling) โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นโค้ช สร้างกระบวนการเรียนรู้ผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มที่มีบริบทที่คล้ายคลึงกัน มีกระบวนการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน และสร้างแรงบันดาลใจระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับประเด็นที่เป็นจุดอ่อนต้องพัฒนา พร้อมกับเสริมหนุนองค์ความรู้ที่ถูกต้อง ประสบความสำเร็จอย่างมากต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมาย การวิจัยในครั้งนี้ กระบวนการดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wilson W and Pratt C.⁽¹⁹⁾ ที่ชี้ว่าการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์กับบุคคลอื่นที่ต้องมีประสบการณ์ด้านสุขภาพที่คล้ายคลึงกัน จะเป็นวิธีช่วยให้บุคคลเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติ กระบวนการนี้ยังมีประสิทธิภาพ และยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Schwartz CE and Sendor M.⁽²⁰⁾ ที่กล่าวถึง การแลกเปลี่ยน ประสบการณ์กันและกันจะทำให้กระบวนการซึมซับและประมวลองค์ความรู้ใหม่ ๆ มีประสิทธิภาพมากหากเกิดขึ้นระหว่างเพื่อนที่มีภูมิหลังคล้ายกันและมีประสบการณ์แบบเดียวกัน และสอดคล้องกับแนวคิดของ Helgeson VS, et al.⁽²¹⁾ ได้สรุปไว้เพื่อบอกรับประสิทธิภาพของกระบวนการตามแนวทางนี้ว่า เพื่อนในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันมากเพียงใด (เช่น ประสบการณ์ชีวิตใกล้เคียงกันและมีปัญหาด้านการดูแลสุขภาพตนเองที่คล้ายกัน) ยังมีโอกาสมากขึ้นที่กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนจะนำไปสู่ความเข้าใจ เห็นใจรวมถึงถ้อยที่ถ้อยอาศัยกันมากขึ้น

■ สรุป

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับพระสงฆ์กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ จากกระบวนการเรียนรู้ของโครงการฯ ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกขั้นตอน และการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้กระบวนการผสาน

วิธี ทั้งในกลุ่มออนไลน์และกระบวนการให้คำปรึกษา และการอบรมเชิงปฏิบัติการแบบออนไลน์ บรรยายภาคในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีความกระตือรือร้นของสมาชิกกลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านการได้รับความรู้ที่ถูกต้อง มีทักษะในการดูแลตนเองและปฏิบัติตัว เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ฯลฯ มีทัศนคติที่ดีจากการเสริมพลังอำนาจในตัวเอง มีความมั่นใจจากการปฏิบัติตนจนเห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง เป็นตัวอย่างการปฏิบัติตน จากการนำเสนอกิจกรรมของพระสงฆ์ที่เปลี่ยนแปลงไป มีความพร้อมในการเป็นต้นแบบพระสงฆ์สุขภาพดี และสามารถสื่อสารสุขภาพได้

ข้อค้นพบสำคัญ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและแก้ไขปัญหามาแบบบูรณาการทำให้ปัญหาที่เกิดจากปัจจัยซับซ้อนถูกแก้ไขผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความเป็นเจ้าของปัญหาาร่วมกัน กระบวนการโค้ชแบบกลุ่ม เสริมด้วยกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน มีต้นแบบด้านสุขภาพในกลุ่มช่วยกระตุ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการออกแบบการสื่อสารที่เหมาะสมเพื่อการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายเป็นประเด็นสำคัญ

■ ข้อยกจำกัดของการวิจัย

กลุ่มเป้าหมายงานวิจัยดังกล่าว ไม่ได้รวมเอากลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญ ได้แก่ ผู้คนในชุมชนที่เป็นผู้ที่ต้องใส่บาตรหรือ

ถวายภัตตาหารแด่พระสงฆ์โดยตรง

■ ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

ประเด็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มพระสงฆ์เป็นประเด็นที่มีความท้าทายด้วยปัจจัยต่างๆ กระบวนการดำเนินการที่เหมาะสมและสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงได้ คือ ค้นหาพระสงฆ์รอบรู้ด้านสุขภาพที่แล้วเสริมพลังสร้างพระสงฆ์ต้นแบบเพื่อเป็นแกนนำทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีบุคลากรสาธารณสุขทำบทบาทเป็นพี่เลี้ยงและสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน

■ ข้อเสนอแนะในการก้าววิจัยต่อไป

ควรมีการศึกษาที่มุ่งถึงรูปแบบการโค้ช มุ่งเน้นรูปแบบต้นแบบสุขภาพ (Role Model) ผสมผสานรูปแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Health Support group) เพื่อส่งเสริมสุขภาพและสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพที่จำเพาะกับบริบทของพระสงฆ์

เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะประเด็นสุขภาพที่มีความเชื่อมโยงปัจจัยเชิงสังคมอย่างซับซ้อน งานวิจัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารของพระสงฆ์ ต้องการกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีความสำคัญและครบถ้วน งานวิจัยครั้งต่อไปจึงต้องเพิ่มผู้คนในชุมชนที่เป็นผู้ที่ต้องใส่บาตรหรือถวายภัตตาหารแด่พระสงฆ์โดยตรง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ภัยหายไข้ ใจหายทุกข์ [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 11 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaicam.go.th>
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 4 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1016620200522094814.pdf>
3. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มพระภิกษุ-สามเณร อายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง และเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 4 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php>

4. Mohamad NA, Talib A, Bt N, Bin Ahmad MF, Mad Shah IB, Leong FA, et al, Role of community capacity building construct in community development, International Journal of Academic Research 2012;4(1):172-6.
5. พระกิตติญาณเมธี (สมเกียรติ รัมัญวงศ์). การส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดลพบุรี. วารสารรัชต์ภาคย์ 2561;12(25):94-5.
6. อรุมา เลหาพิบูลย์กุล. วิธีการบำบัดรักษาสุขภาพเชิงพุทธบูรณาการ. วารสารสถาบันวิจัยญาณสังวร 2557;5(2):41.
7. พระสุกสะหวັນ บุคชะหมวน. การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในเขตดุสิตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
8. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. หุ่นดี สุขภาพดี ง่ายๆ แค่ปรับ 4 พฤติกรรม [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://nutrition2.anamai.moph.go.th/webupload/6x22caac0452648c8dd1f534819ba2f16c/filecenter/Additional/005.pdf>
9. The Examination Committee of Criteria for “Obesity Disease” in Japan, Japan Society for the Study of Obesity. New criteria for “obesity disease” in Japan. Circ J 2002;66(11):987-92.
10. Chen LK, Woo J, Assantachai P, Auyeung TW, Chou MY, Iijima K, et al. Asian Working Group for Sarcopenia: 2019 consensus update on sarcopenia diagnosis and treatment. J Am Med Dir Assoc 2020;21(3):300-7.
11. นิชา สมหล่อ. การดูแลผู้ป่วยโรคอ้วนในเวชปฏิบัติ [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://www.rcot.org/datafile/_file/_doctor/a7ab874d0fc8818ba8baf201d3eeb2d5.pdf
12. Denzin NK. The research act. New York: McGraw-Hill; 1982.
13. รัชฎา จอปา, คมขำ สุทธิ, กรรณิการ์ สุวรรณ และมนตรา พิเชฐวีรัชย์. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพสมรรถภาพหัวใจ ไขมันมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน. ใน: สมพงษ์ ชัยโอภาณนท์, บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ครั้งที่ 11 ประจำปี 2561; วันที่ 27-29 มิถุนายน 2561; ณ โรงแรม มิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ; 2561 หน้า 261.
14. สมจินต์ โฉมวิวัฒนะชัย, สมฤดี เนียมหอม, สุจิตรา ดวงดี และ ธงชน เพิ่มบาศรี. ประสิทธิภาพการออกกำลังกายแบบแรงต้านในผู้สูงอายุ ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย : การบททวนอย่างเป็นระบบ. วารสารกรมการแพทย์ 2562;44(1): 47-51.
15. สิริวิชัย นิชาโชติสฤษฏ์. โภชนาการกับการออกกำลังกาย. กรุงเทพฯ: รวิณ พรินต์ติ้ง กรุ๊ป; 2561.
16. Rosenstock IM. What research in motivation suggests for public health. Am J Public Health 1960;50 (3_Pt_1):295-302.
17. Becker MH. The health belief model and personal health behavior. Health Education Monographs 1974;2(4):324-473.
18. ขนิษฐา นันทบุตร, ระบบการดูแลสุขภาพชุมชน : แนวคิด เครื่องมือ การออกแบบ. กรุงเทพมหานคร: อูษาการพิมพ์; 2551.
19. Wilson W, Pratt C. The impact of diabetes education and peer support upon weight and glycemic control of elderly persons with noninsulin dependent diabetes mellitus (NIDDM). American Journal of Public Health 1987;77(5):634-5.
20. Schwartz CE, Sendor M. Helping others helps oneself: response shift effects in peer support. Soc Sci Med 1999;48(11):1563-75.
21. Helgeson VS, Cohen S, Schulz R, Yasko J. Group support interventions for women with breast cancer: who benefits from what?. Health psychology 2000;19(2):107-14.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการรุนแรง ในผู้ป่วยติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (โควิด 19) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบางจาก จังหวัดสมุทรปราการ

พันธิพา พันธนู

โรงพยาบาลบางจาก จังหวัดสมุทรปราการ

วันรับ 5 กรกฎาคม 2565, วันแก้ไข 16 กันยายน 2565, วันตอบรับ 30 กันยายน 2565.

บทคัดย่อ

เชื้อไวรัสอุบัติใหม่โคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ระบาดทั่วโลกอย่างรวดเร็ว รวมถึงในประเทศไทย องค์การอนามัยโลก กำหนดชื่อสำหรับเรียกโรคทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ Coronavirus disease 2019 หรือ COVID - 19 การศึกษานี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง จากเวชระเบียนและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการรุนแรงในผู้ป่วยติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (โควิด - 19) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบางจาก จังหวัดสมุทรปราการ ตั้งแต่ 1 มีนาคม 2563 ถึง 1 มิถุนายน 2564 ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงทั้งสิ้น 147 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และ Chi - square test ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงทั้งหมด 147 ราย โดยจำแนกเป็น เพศหญิง ร้อยละ 58.5 เพศชาย ร้อยละ 41.5 ผู้ป่วยยังไม่ได้รับวัคซีน ร้อยละ 100 กลุ่มอายุที่ติดเชื้อและมีอาการรุนแรง มีอายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 54.4 โรคประจำตัวที่พบมากในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง 3 ลำดับแรกคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 34.01 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 30.61 ลำดับที่ 3 คือ เบาหวาน ร้อยละ 22.44 อาการแสดงที่พบได้บ่อย 3 ลำดับแรก คือ เหนื่อยร้อยละ 87.75 ลำดับต่อมา คือ ไข้ ร้อยละ 79.59 และอาการเจ็บคอ ร้อยละ 61.22 อาการของโรค ที่พบได้บ่อย 3 ลำดับแรก คือ ไอ ร้อยละ 84.35 ไข้ ร้อยละ 79.59 เจ็บคอ ร้อยละ 63.94 ตามลำดับ ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลคือ 15.23 วัน ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นปอดอักเสบ (กลุ่มอาการรุนแรง) พบว่า อายุ สถานภาพ โรคประจำตัว อาชีพ มีความสัมพันธ์ การติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 และมีอาการรุนแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) กลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ 50-64 ปีและ 65 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนของการเกิดอาการ Severe Pneumonia สูง ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสมีสัดส่วนของการเกิดอาการ Severe Pneumonia สูงกว่าคนโสด ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวมีสัดส่วนของการเกิดอาการ Severe Pneumonia สูงกว่าผู้ที่ไม่มโรคประจำตัว ผู้ป่วยอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจมีสัดส่วนการเกิดอาการรุนแรงข สูงที่สุด รองลงมา ได้แก่ อาชีพรับจ้าง แม่บ้าน ค้าขาย นักเรียน/นักศึกษา ตามลำดับ ผลการศึกษานี้เสนอให้มีการออกแบบคัดกรอง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการรุนแรงในผู้ป่วยติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (โควิด 19) เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ : โควิด-19 อาการแสดง โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Factors associated with severe symptoms in patients infected with the Coronavirus 2019 (COVID-19) at Bangchak Hospital in Samut Prakan Province

Phantipa Phantanoo

Bangchak Hospital, Samut Prakarn Province

Received 5 July 2022, Revised 16 September 2022, Accepted 30 September 2022.

Abstract

The new Coronavirus 2019 spread rapidly globally, including in Thailand. Furthermore, the virus was finally declared to be a pandemic in March 2020, as the World Health Organization identified this respiratory disease caused by the Coronavirus disease 2019 or COVID-19. This retrospective study applied the data from the medical records and the electronic database to study the factors related to violence in Coronavirus (COVID-19) patients at Bang Chak Hospital in Samut Prakan Province, Thailand from March 1, 2020 to June 1, 2021, totaling 147 persons. The data analysis included descriptive statistics that were the mean, percentage, and Chi-square test (95% CI; p-value < 0.05). Based on the findings of the results, there were 147 patients with severe symptoms, which could be divided into 58.5% of female patients and 41.5% of male patients; moreover, 100% had never been vaccinated. Most severe-leveled infected patients (54.4%) were over 50 years old. The first three chronic diseases found in the severe-leveled infected patients were hypertension (34.01%), hyperlipidemia (30.61%), and diabetes (22.44%). The first three signs that were mostly found were exhaustion (87.75%), fever (79.59%), and sore throat (61.22%). The top three symptoms were coughing (84.35%), fever (79.59%), and sore throat (63.94%). The mean of the hospital stay was 15.23 days. The analytical results of the factor relationship between patients with pneumonia (severe symptoms) found that age, marital status, chronic disease, and civil servant career/ stat enterprise career were related to the infection of COVID-19 and the violence symptom that had a statistical significance; statistical significance (p-value < 0.05). patients with age 50 -64 years and more than 65 years had severe pneumonia. Marital status had severe pneumonia more than single status. Occupation is the one factor that related severe symptoms. Founded civil servant career/ stat enterprise career had severe pneumonia then self employed career, housekeeper, merchant, student respectively. The outcome from research suggested that we should make the assessment factors associated with severe symptoms in Patients infected with the Coronavirus 2019 (COVID-19) for surveillance and prevent complication.

Keywords : COVID-19, signs, Coronavirus 2019, severe symptoms of the Coronavirus 2019 infection

■ บทนำ

ปลายปี พ.ศ. 2562 มีการรายงานพบเชื้อไวรัสอุบัติใหม่โคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019⁽¹⁾ ระบาดทั่วโลกอย่างรวดเร็ว ไวรัสดังกล่าวได้รับการประกาศว่าเป็นโรคระบาดในเดือน มีนาคม 2020 โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) และกำหนดชื่อสำหรับ

เรียกโรคทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ Coronavirus disease 2019 หรือ COVID - 19⁽²⁾ โดยกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยเรียกว่า “โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019” ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศเรื่องชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2563 ให้เพิ่มโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

2019 (Coronavirus Disease 2019:COVID-19) เป็นโรคติดต่ออันตรายภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 ลำดับที่ 14⁽³⁾ ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคเกิดจากความรุนแรง มีทั้ง ผู้สูงอายุ เพศชาย โรคประจำตัวเดิม เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เบาหวาน⁽⁴⁻⁵⁾ แต่ขณะเดียวกันในเด็ก กลับพบความรุนแรงน้อยกว่า⁽⁶⁾ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID - 19) มีความหลากหลาย และแตกต่างกัน ตั้งแต่ ไม่มีอาการ มีอาการเล็กน้อย/ปานกลาง รุนแรงไปจนถึงขั้นเสียชีวิต⁽⁷⁻¹⁰⁾ เกิดภาวะหายใจล้มเหลว (ARDS) และภาวะปอดอักเสบรุนแรง (Severe pneumonia) จากการศึกษาพบว่า อาการที่พบได้บ่อยที่สุด คือ ไข้ ร้อยละ 88 ไอ ร้อยละ 68 อ่อนเพลีย ร้อยละ 38 ตามมาด้วยอาการหายใจขัด ร้อยละ 19 ความเสี่ยงและอาการรุนแรงของโรค เพิ่มขึ้นตามอายุ และในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิต เบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคมะเร็ง⁽¹¹⁾

การวินิจฉัยผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) จะใช้ผลทางห้องปฏิบัติการ โดยการตรวจสารพันธุกรรมของโคโรนาไวรัส เป็นบวก (Real-time reverse transcriptase-polymerase chain reaction (RT-PCR) assay) SARS-CoV-2-RT-PCR ผล detected โดยการตรวจสารคัดหลั่งจากในคอ และโพรงจมูก การประเมินภาวะติดเชื้อในร่างกายทั่วไป ใช้วิธีเจาะเลือด ผลเลือดจะประกอบด้วย เซลล์เม็ดเลือดแดง เกร็ดเลือด เซลล์เม็ดเลือดขาว กลุ่มของเซลล์เม็ดเลือดขาว ประกอบไปด้วย เม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล (Neutrophil) เม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) เม็ดเลือดขาวชนิดโมโนไซต์ (Monocyte) ทำหน้าที่ตอบสนองต่อการติดเชื้อภายในร่างกาย ภาวะขาดเจ็บ อุบัติเหตุ NLR (Neutrophil to Lymphocyte ratio) พบว่าผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) อย่างรุนแรง จะมีปริมาณเม็ดเลือด

ขาวชนิดลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) ต่ำ และมีปริมาณเม็ดเลือดขาวโดยรวมสูง เช่นเดียวกับอัตราส่วนของ NLR ที่สูงไปด้วย ค่า NLR (Neutrophil to Lymphocyte ratio) ปกติในผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดี อยู่ระหว่าง 0.78 - 3.53⁽¹²⁾

การศึกษาในประเทศไทย พบว่า ค่า NLR ที่สูง พบในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งระยะ Advance, มะเร็งที่มีการแพร่กระจายหลายตำแหน่ง⁽¹³⁻¹⁵⁾ การศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีค่า NLR > 3.13 แสดงถึงกระบวนการอักเสบที่รุนแรง high cytokine response ซึ่งสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินความรุนแรงในอาการทางคลินิก ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อัตราส่วน NLR cut off value ที่ 3.13 พบว่า sensitivity 0.875 และ specificity 0.717⁽¹⁶⁾ อัตราส่วน NLR < 3.13 พบว่าผู้ป่วยจะมีอาการน้อยกว่า และอัตราการรอดชีวิตที่มากกว่า ส่วนผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 50 ปี และ NLR < 3.13 มีการพยากรณ์โรคที่ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 50 ปี และ NLR >3.13 ซึ่งต้องเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด⁽¹⁶⁾ ในต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) 33 ล้านคน เสียชีวิตกว่า 5 แสนคน ข้อมูล ณ วันที่ 1 มิถุนายน 2564⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ สำหรับประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ 1 มิถุนายน 2564 พบผู้ป่วย ประมาณ 1 แสนคน เสียชีวิต 1,069 ราย⁽¹⁹⁾ ซึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ ข้อมูล ณ วันที่ 1 มิถุนายน 2564 พบผู้ติดเชื้อ 366 คน ผู้เสียชีวิต 78 ราย⁽²⁰⁾ โรงพยาบาลบางจาก เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ระดับ F1⁽²¹⁾ ซึ่งได้รับการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ตั้งแต่เดือน 1 มีนาคม 2563 ถึง 1 มิถุนายน 2564 รับผิดชอบผู้ป่วยที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ patient under investigation (PUI) และในประเทศที่เข้าข่ายต้องสอบสวนโรค มีผู้ป่วยที่ต้องสอบสวนโรค patient under investigation (PUI) รวม

954 ราย ในจำนวนนี้ มีผู้ป่วยวินิจฉัยว่า ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) จำนวน 278 ราย ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) และมีอาการรุนแรง 147 ราย กลุ่มที่มีอาการรุนแรง (Moderate pneumonia/Severe pneumonia) คือ ผู้ป่วยมีอาการและภาพถ่ายรังสีปอดที่แย่ง คือ มี progression of infiltrates หรือค่า room air SpO2 \leq 96% หรือพบว่า มี SpO2 ขณะออกแรงลดลงมากกว่า 3% ของค่าที่วัดได้ครั้งแรก (exercise-induced hypoxia) กลุ่ม severe pneumonia คือกลุ่มที่ใส่เครื่องช่วยหายใจที่มีออกซิเจนความเข้มข้นสูง (High flow oxygen nasal canular) หรือ ใส่ท่อช่วยหายใจ (on ET-tube) ร่วมกับเครื่องช่วยหายใจ (Ventilator)

ผู้วิจัยมีความสนใจปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออาการรุนแรงของโรค ซึ่งอาการรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นทำให้เกิดผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วยส่งผลให้กระบวนการรักษามีความซับซ้อนมากขึ้น จึงทำการศึกษาคำนวณอัตราส่วน NLR (Neutrophil to Lymphocyte ratio) พบว่าผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างรุนแรง จะมีปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) ต่ำ และมีปริมาณเม็ดเลือดขาวโดยรวมสูง เช่นเดียวกับ อัตราส่วนของ NLR ที่สูงไปด้วย

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนในการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) ที่มีอาการรุนแรง จำนวน 147 ราย ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2563 ถึง 1 มิถุนายน 2564 ในโรงพยาบาลบางจาก ซึ่งจากการคำนวณค่า Neutrophil to Lymphocyte ratio (NLR) โดยใช้ ค่า NLR cut off ที่มากกว่า 3.13⁽¹⁶⁾ เป็นตัวกำหนดระดับอาการรุนแรง ผู้วิจัยมีความสนใจว่าปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับอาการรุนแรงของผู้ป่วยโควิด-19 ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (โควิด-19) ที่มีอาการรุนแรงต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาอาการแสดงและปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการรุนแรงในผู้ป่วยติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (โควิด – 19) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบางจาก จังหวัดสมุทรปราการ

■ วิธีการศึกษา

ประชากรในการศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (COVID – 19) ทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบางจาก ตั้งแต่ 1 มีนาคม 2563 ถึง 1 มิถุนายน 2564 โดยผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจำนวน 147 ราย จากการวินิจฉัยโดยแพทย์และผลทางห้องปฏิบัติการ โดยการตรวจสอบพันธุกรรมของโคโรนาไวรัส เป็นบวก (Real-time reverse transcriptase-polymerase chain reaction (RT-PCR) assay) (SARS-CoV-2-RT-PCR test positive หรือ detected) โดยการตรวจสอบคัดหลังจาก ในคอ และโพรงจมูก และมีอาการรุนแรง คือ มีภาวะปอดอักเสบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลตามตัวแปร/ปัจจัยที่ต้องการศึกษา

● สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และใช้สถิติ Chi-square test เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (โควิด-19) โดยกำหนด (p-value < 0.05) 95% Confidence interval

● การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้ได้รับการรับรองโดยกรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ เลขที่ 012/2564 วันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2564

■ ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมงานวิจัย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง

ทั้งหมด 147 ราย โดยจำแนกเป็น เพศหญิง ร้อยละ 58.5 เพศชาย ร้อยละ 41.5 ผู้ป่วยยังไม่ได้รับวัคซีน ร้อยละ 100 กลุ่มสูงอายุที่ติดเชื้อ และมีอาการรุนแรง อายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 54.42 โรคประจำตัวที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง 3 ลำดับแรก คือความดันโลหิตสูง ร้อยละ 34.01 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 30.61 ลำดับที่ 3 คือ เบาหวาน ร้อยละ 22.44 อื่นๆ เช่น หัวใจวาย มะเร็ง ร้อยละ 12.94 กลุ่มอายุส่วนใหญ่มากกว่า 65 ปี ร้อยละ 27.2 กลุ่มช่วงอายุ 50 - 64 ปี ร้อยละ 27.2 กลุ่มช่วงอายุ 15 - 49 ปี ร้อยละ 26.5 กลุ่มช่วงอายุ 0 - 14 ปี ร้อยละ 19.1 สถานภาพของผู้ป่วย โสด ร้อยละ 51.7 สมรส ร้อยละ 46.9 หย่าร้าง ร้อยละ 0.7 หม้าย ร้อยละ 0.7 ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ COVID - 19 และมีอาการรุนแรง มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.5 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 43.5 อาชีพที่พบส่วนใหญ่ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ COVID - 19 และมีอาการรุนแรง พบว่า อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 44.9 รองลงมาคือ อาชีพ อื่นๆ ร้อยละ 25.2 อาชีพนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 19 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 6.8 อาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 3.4 อาชีพธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 0.7 ตามลำดับ เมื่อนำมาคำนวณ ค่า NLR (Neutrophil Lymphocyte ratio) พบว่า ค่า NLR > 3.13 แสดงถึง Moderate Pneumonia มีผู้ป่วยจำนวน 106 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.1 และ Severe Pneumonia ค่า NLR < 3.13 แสดงถึง Severe Pneumonia มีผู้ป่วยจำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.9 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ข้อมูลด้านอาการและอาการแสดง
พบว่า อาการแสดง (signs) ที่พบได้บ่อย 3 ลำดับแรก คือ เหนื่อย ร้อยละ 87.75 ไข้ ร้อยละ 79.59 และอาการเจ็บคอ จำนวน 90 ราย ร้อยละ 61.22 และอาการ (Symptoms) ที่พบได้บ่อย 3 ลำดับแรก คือ ไอ ร้อยละ 84.35 ไข้ ร้อยละ 79.59 เจ็บคอ ร้อยละ 63.94 ตามลำดับ ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย 15.23 วัน สัญญาณชีพ พบว่า ความดันโลหิต โดยเฉลี่ยจะ

อยู่ที่ 124/75 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 21 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 85 ครั้งต่อนาที ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดอยู่ที่ 96 % (ตารางที่ 2)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการรุนแรงในผู้ป่วยติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (โควิด-19)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับอาการรุนแรงซึ่งจำแนกเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เป็น Moderate Pneumonia และ Severe Pneumonia (กลุ่มอาการรุนแรง) พบว่า อายุ สถานภาพ โรคประจำตัว อาชีพ มีความสัมพันธ์กับอาการรุนแรงในผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

โดยในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ 50-64 ปีและ 65 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนของการเกิดอาการ Severe Pneumonia สูง ในขณะที่กลุ่มที่มีอายุน้อย 0-14 ปีและ 15-49 ปีมีสัดส่วนของการเกิด Moderate Pneumonia มากกว่าคนอายุมาก ส่วนปัจจัยด้านสถานภาพพบว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสมีสัดส่วนของการเกิดอาการ Severe Pneumonia สูงกว่าคนโสด ในขณะที่คนโสดจะมีสัดส่วนของการเกิดอาการ Moderate Pneumonia สูงกว่า

ปัจจัยด้านโรคประจำตัว พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวมีสัดส่วนของการเกิดอาการ Severe Pneumonia สูงกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัว ในขณะที่คนที่ไม่มีโรคประจำตัวจะมีสัดส่วนของการเกิดอาการ Moderate Pneumonia สูงกว่าคนที่ไม่มีโรคประจำตัว ปัจจัยด้านอาชีพมีความสัมพันธ์กับอาการโควิด-19 โดยอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีสัดส่วนการเกิดอาการรุนแรงฯ สูงที่สุด รองมาได้แก่ อาชีพรับจ้าง แม่บ้าน ค้าขาย นักเรียน/นักศึกษา ตามลำดับ ในขณะที่ปัจจัยด้านเพศของผู้ป่วย พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับอาการรุนแรงในผู้ป่วยติดเชื้อ COVID - 19 (p-value> 0.05) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ โรคประจำตัว การประกอบอาชีพ ผล NLR ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 147)

เพศ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชาย	61	41.5
หญิง	86	58.5
อายุ		
0 – 14 ปี	28	19.1
15 – 49 ปี	39	26.5
50 – 64 ปี	40	27.2
มากกว่า 65 ปี	40	27.2
สถานภาพ		
โสด	76	51.7
สมรส	69	46.9
หย่าร้าง	1	0.7
หม้าย	1	0.7
โรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว	83	56.5
ไม่มีโรคประจำตัว	64	43.5
การประกอบอาชีพ		
นักเรียน/นักศึกษา	28	19.0
รับจ้าง	66	44.9
ค้าขาย	10	6.8
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	3.4
ธุรกิจส่วนตัว	1	0.7
อื่นๆ	37	25.2
NLR		
Moderate Pneumonia	106	72.1
Severe Pneumonia	41	27.9

ตารางที่ 2 จำนวน และ ร้อยละ ของผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง จำแนกตามประวัติก่อนมาโรงพยาบาล และจำแนกตามอาการแรกเริ่ม

อาการตามประวัติก่อนมาโรงพยาบาล* (n = 147)	จำนวน	ร้อยละ
เหนื่อย	129	87.75
ไข้	117	79.59
เจ็บคอ	90	61.22
ไอ	68	46.25
คัดจมูก	60	40.81
คลื่นไส้/อาเจียน	35	23.80
จุกไม่ไต่กลิ่น	33	22.44
ปวดเมื่อยตามตัว	25	17.00
อื่นๆ เช่น ถ่ายเหลว ลิ้นไม่รับรส	46	31.28
อาการแรกเริ่ม*		
ไอ	124	84.35
ไข้	117	79.59
เจ็บคอ	94	63.94
มีเสมหะ	78	53.06
เหนื่อย	57	38.77
คลื่นไส้/อาเจียน	44	29.93
จุกไม่ไต่กลิ่น	27	18.60
น้ำมูกไหล	23	15.64
อาการอื่นๆ เช่น ถ่ายเหลว วูบ	75	51.00

หมายเหตุ: * ผู้ป่วย 1 คน สามารถมีได้หลายอาการ

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการรุนแรงในผู้ป่วยโควิด (n = 147)

ปัจจัย	อาการรุนแรง		p-value
	Moderate Pneumonia จำนวน(ร้อยละ)	Severe Pneumonia จำนวน(ร้อยละ)	
เพศ			.271
ชาย	41(67.2)	20(32.8)	
หญิง	65(75.5)	21(24.5)	
อายุ			.003*
0 – 14 ปี	27(96.4)	1(3.6)	
15 – 49 ปี	30(76.9)	9(23.1)	
50 – 64 ปี	23(57.5)	17(42.5)	
มากกว่า 65 ปี	26(65.0)	14(35.0)	
สถานภาพ			.047*
โสด	60(79.0)	16(21.0)	
สมรส	46(64.7)	25(35.3)	
โรคประจำตัว			.030*
มีโรคประจำตัว	54(65.0)	29(35.0)	
ไม่มีโรคประจำตัว	52(81.2)	12(18.8)	
การประกอบอาชีพ			.019*
นักเรียน/นักศึกษา	27(96.4)	1(3.6)	
รับจ้าง	43(65.1)	23(34.9)	
ค้าขาย	8(80)	2(20)	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3(60)	2(40)	
อื่นๆ เช่น แม่บ้าน	25(65.7)	13(34.3)	

■ อภิปรายผล

ในช่วงที่เก็บข้อมูลเป็นการระบาดในระลอกที่ 3 ซึ่งจากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า สายพันธุ์หลักของการระบาดระลอกนี้ คือสายพันธุ์ Delta การรณรงค์การฉีดวัคซีนยังไม่ได้กระจายสู่กลุ่มผู้สูงอายุ ในระลอกนี้ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ เป็นกลุ่มที่ได้รับวัคซีนเป็นหลัก แต่กลุ่มที่เก็บข้อมูลในงานวิจัยส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับวัคซีน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 100

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มสูงอายุที่ติดเชื้อ และมีอาการรุนแรง อายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 54.42 โรคประจำตัวที่พบมากในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง 3 ลำดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 34.01 ไชมันโนเล็ดสูง ร้อยละ 30.61 ลำดับที่ 3 คือ เบาหวาน ร้อยละ 22.44 อื่นๆ เช่น หัวใจวาย มะเร็ง ร้อยละ 12.94 ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว และส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับวัคซีน

จึงทำให้มีอาการรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wang D, et al. และ Alahmad B, et al⁽⁴⁻⁵⁾ ที่พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความรุนแรง มีทั้ง ผู้สูงอายุ เพศชาย โรคประจำตัวเดิม เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เบาหวาน

ข้อมูลจากงานวิจัยพบว่า อาการแสดง (signs) ที่พบได้บ่อย 3 ลำดับแรก คือ เหนื่อย ร้อยละ 87.75 ลำดับต่อมา คือ ไข้ ร้อยละ 79.59 และอาการเจ็บคอ ร้อยละ 61.22 จะพบว่าอาการที่นำผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ คือ อาการเหนื่อย เพราะการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (COVID – 19) คือการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ โดยจะมีอาการทางระบบทางเดินหายใจเป็นอันดับแรก ดังนั้น อาการเหนื่อย จึงเป็นอาการพบได้มากที่สุด ที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล อาการ (Symptoms) ที่พบได้บ่อย 3 ลำดับแรก คือ ไอ ร้อยละ 84.35 ไข้ ร้อยละ 79.59 เจ็บคอ ร้อยละ 63.94 ตามลำดับ ข้อมูลที่เก็บได้พบว่าผู้ป่วยส่วน

ใหญ่มีอาการไอ ซึ่งเป็นอาการของระบบทางเดินหายใจ ที่จะเกิดขึ้นหลังจากมีการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19) ข้อมูลจากงานวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ Bai Y et al., Lai CC et al., Eaaswarkhanth et al., Wu F et al., ที่พบว่าอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID - 19) มีความหลากหลายและแตกต่างกัน ตั้งแต่ ไม่มีอาการ มีอาการเล็กน้อย/ปานกลาง รุนแรง ไปจนถึงขั้นเสียชีวิต⁽⁷⁻¹⁰⁾ เช่นเดียวกันทั้งนี้โรคโควิด-19 เป็นตระกูลของไวรัสที่ก่อให้เกิดอาการป่วยตั้งแต่โรคไข้หวัดธรรมดาและโรคที่มีความรุนแรงมาก แต่จะมีอาการแตกต่างจากโรคทางเดินหายใจอื่น คืออาการสูญเสียการรับกลิ่นและหรือการรับรสอย่างเฉียบพลัน โดยอาจจะเป็นอาการนำก่อนที่จะมีอาการอื่นๆ ตามมาร้อยละ 20 -60 และมักพบในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี⁽²²⁾ เพราะจากสถานการณ์ที่ระบาดในระลอกที่ 3 ที่มีสายพันธุ์หลักเป็น เดลต้า อาการของคนไข้ที่พบส่วนใหญ่จะมี ไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส และไข้ เจ็บคอ มีผื่น ดังนั้น อาการจึงมีหลากหลาย เพราะการระบาดในแต่ละระลอก จะมีสายพันธุ์ที่แตกต่างกัน ซึ่งในช่วงแรกของการระบาด ในเดือนธันวาคม 2562 จะเป็นสายพันธุ์อื่น ทั้งนี้การรับกลิ่นและการรับรสเป็นประสาทสัมผัสพิเศษที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมาก เนื่องจากมนุษย์เราจะนำการรับกลิ่นไปร่วมแปลเป็นความรู้สึกของการรับรสด้วย การสูญเสียการรับกลิ่นจากการอุดตันของช่องจมูกหรือรับกลิ่นในโพรงจมูก จะทำให้กลิ่นไม่สามารถขึ้นไปกระตุ้นปลายประสาทรับกลิ่นได้⁽²³⁾ การศึกษาครั้งนี้ ผู้ร่วมวิจัยมีเพียงร้อยละ 22.44 ที่จมูกไม่ได้กลิ่น และลิ้นไม่รับรส ร้อยละ 6.12 ซึ่งอาจจะเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีอาการคัดจมูก และมีน้ำมูก ร้อยละ 40.81 และร้อยละ 15.64 ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็น Moderate Pneumonia และ Severe Pneumonia (กลุ่มอาการรุนแรง) พบว่า อายุ โรคประจำตัว สถานภาพ อาชีพรับจ้าง มีความสัมพันธ์ การติดเชื้อ COVID - 19 และมี

อาการรุนแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ 50-64 ปีและ 65 ปีขึ้นไปมีส่วนของการเกิดอาการ Severe Pneumonia สูง ในขณะที่กลุ่มที่มีอายุน้อย 0-14 ปีและ 15-49 ปี มีส่วนของการเกิด Moderate Pneumonia มากกว่าคนอายุมาก ข้อมูลจากงานวิจัยเก็บจากประชากรในอำเภอพระประแดง ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ และยังไม่ได้รับวัคซีน จึงทำให้มีอาการรุนแรง และสอดคล้องกับผลงานวิจัย ปัจจัยด้านโรคประจำตัว พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวมีส่วนของการเกิดอาการ Severe Pneumonia สูงกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัว ในขณะที่คนที่ไม่ได้มีโรคประจำตัวจะมีส่วนของการเกิดอาการ Moderate Pneumonia สูงกว่าคนที่มีโรคประจำตัว จากข้อมูลของงานวิจัย ส่วนใหญ่ ผู้ป่วยจะมีโรคประจำตัวหลายอย่าง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไต เหล่านี้ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอาการรุนแรงได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mcintosh K, Hirsch MS⁽²⁴⁾ ซึ่งพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อความรุนแรงของโรคที่เด่นชัด ได้แก่ ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีโรคประจำตัว โดยโรคร่วมหรือปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคและการเสียชีวิต ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคปอดเรื้อรัง โรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง อ้วน สูบบุหรี่ ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง มีอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น 12 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้มีปัจจัยเสี่ยง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสถานภาพ พบว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสมีส่วนของการเกิดอาการ Severe Pneumonia สูงกว่าคนโสด ในขณะที่คนโสดจะมีส่วนของการเกิดอาการ Moderate Pneumonia สูงกว่า ข้อมูลประชากรในพื้นที่อำเภอพระประแดงส่วนมากจะเป็นวัยทำงาน เพราะในพื้นที่มีโรงงานอุตสาหกรรมจำนวนมาก กลุ่มใช้แรงงานส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด อาจจะทำให้ขาดความระมัดระวังในการป้องกันตนเอง จึงทำให้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ได้ง่ายขึ้น จากข้อมูลพบว่า

กลุ่มสมรส มีความเสี่ยงการติดเชื้อที่รุนแรงมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิชาการของ มนต์ธีร์ อัครพรณราย⁽²⁵⁾ ที่พบว่า สถานภาพสมรสส่งผลต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอื่น เนื่องจากสถานภาพสมรส เป็นกลุ่มบุคคลที่มีคู่ ที่จะทำงานให้สำเร็จ เพราะ กำลังใจ แรงผลักดัน การอยู่ร่วมกัน การสนับสนุน ต่างๆ จากคู่ชีวิต

ปัจจัยด้านอาชีพ พบว่าผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจมีสัดส่วนการเกิดอาการรุนแรง อาการ Severe Pneumonia สูงกว่าผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพอื่นๆ สูงที่สุด รองมา ได้แก่ อาชีพรับจ้าง แม่บ้าน ค้าขาย นักเรียน/นักศึกษา ตามลำดับ กล่าวได้ว่า อาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ อาชีพรับจ้างเป็นอาชีพที่ต้องพบกับผู้คนจำนวนมาก ทำงานนอกบ้าน ซึ่งเป็นการเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) การศึกษานี้แตกต่างจากข้อมูลของศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 (ศบค.) ประจำวันที่ 3 กรกฎาคม 2564 ที่กล่าวว่า 10 อาชีพที่พบการรายงานผู้ติดเชื้อโควิด-19 มากที่สุด คือ อาชีพค้าขาย 1,565 ราย รองลงมาเป็นพนักงานบริษัท 1,034 ราย ก่อสร้าง 962 ราย พนักงานโรงงาน 960 ราย รับจ้าง 947 ราย ส่วนนักเรียน/นักศึกษา 699 ราย ส่วนที่ลดหลั่นลงมา ประกอบด้วย พนักงานทำความสะอาด 636 ราย พนักงานร้านอาหาร 449 ราย พนักงานในห้าง 305 ราย และช่าง/วิศวกร/สถาปนิก 303 ราย⁽²⁶⁾ ตามลำดับ ในขณะที่ปัจจัยด้านเพศของผู้ป่วย พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับอาการรุนแรงในผู้ป่วยติดเชื้อ COVID - 19 ทั้งนี้เนื่องจากการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19) ติดต่อกันผ่านระบบทางเดินหายใจ การแพร่กระจายของเชื้อในอากาศ ทำให้ทุกคนมีโอกาสติดเชื้อได้เท่าๆ กัน ทั้งเพศชายและเพศหญิง หากไม่มีการป้องกันตนเองที่ดีพอ เช่น สวมใส่หน้ากากอนามัย ไม่ถูกต้อง ไม่ล้างมือ เป็นต้น

■ สรุป

การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 มีอาการแสดง (signs) ที่สำคัญ 3 ลำดับแรก คือ เหนื่อย มีไข้ และเจ็บคอ ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการรุนแรงในผู้ป่วยติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 คือ อายุมากกว่า 50 ปี สถานภาพสมรส โรคประจำตัว อาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

■ ข้อเสนอแนะในการประยุกต์ใช้

1. จากผลการศึกษาพบว่า อาการเหนื่อย เป็นอาการพบได้บ่อย ในผู้ป่วยติดเชื้อที่มีอาการรุนแรง ดังนั้นควรจะมีการทำแบบคัดกรองในผู้ป่วยปฐมภูมิ เช่น ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ออกแบบสอบถามคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) เช่น มีอาการเหนื่อย ร่วมกับ ไข้ และมีปัจจัยเสี่ยงหรือไม่ รวมถึงหน่วยที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยในโรงพยาบาล ควรจัดทำแบบคัดกรองเช่นเดียวกัน
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการในกลุ่มผู้ป่วย Moderate Pneumonia และ Severe Pneumonia คือ อายุ และโรคประจำตัว ดังนั้นผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี และมีโรคประจำตัว จำเป็นต้องได้รับการดูแล ประเมินอาการ ติดตามอาการอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และลดความรุนแรงของโรค โดยให้โรงพยาบาลอำเภอที่เกิดการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (COVID - 19) เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุมากกว่า 50 ปีและที่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ไตวาย โดยรณรงค์และส่งเสริมให้มีการฉีดวัคซีน ในผู้สูงอายุทุกราย เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิต
3. ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัย สถานภาพ และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับอาการการติดเชื้อ COVID - 19 กล่าวคือ กลุ่มผู้ป่วยที่สมรส มีความเสี่ยงการติดเชื้อที่รุนแรงมากขึ้น ซึ่งอาจมีความเสี่ยงจากพฤติกรรมการใช้ชีวิต ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข ควรต้องรณรงค์ ให้ความรู้ มีนโยบาย

ป้องกันการแพร่กระจายของโรคในกลุ่มคนเหล่านี้ เช่นเดียวกับอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจรับจ้าง มีความสัมพันธ์ การติดเชื้อ COVID – 19 และมีอาการรุนแรง ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคในกลุ่มอาชีพเหล่านี้ ย่อมลดการแพร่ระบาดได้ในวงกว้าง

■ ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยทางสังคมเพิ่มเติมที่ส่งผลกระทบต่อ การติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (COVID –19) ที่มีอาการรุนแรงและเสียชีวิต
2. ศึกษาภาวะหรืออาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโควิด –19 หรือที่เรียกว่า Long covid มีอาการอย่างไร

■ ข้อจำกัดของการศึกษาในครั้งนี้

1. จำนวนประชากร ยังมีปริมาณไม่มากพอ ควรเพิ่มช่วงอายุของกลุ่มที่ศึกษาให้มากขึ้น
2. ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกในเวชระเบียน มีข้อจำกัดในเรื่องตัวแปรที่ศึกษา ทำให้ขาดปัจจัยที่สำคัญบางส่วนในการวิเคราะห์

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ โรงพยาบาลบางจาก อำเภอ พระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ ที่ให้โอกาสสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลในการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* 2020;395(10223):497–506. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5.
2. Dong E, Du H, Gardner L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *Lancet Infect Dis* 2020;5(20):533534. Doi: 10.1016/S1473-3099(20)30120-1.
3. กระทรวงสาธารณสุข. การดำเนินงานเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ในชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hsscovid.com/filesการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคโควิด-19.pdf>
4. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA* 2020;323(11):1061–9. doi: 10.1001/jama.2020.1585
5. Alahmad B, Al-Shammari AA, Bennakhi A, Al-Mulla F, Ali H. Fasting Blood Glucose and COVID-19 Severity: Nonlinearity Matters. *Diabetes Care* 2020;43(12):3113–6. doi: 10.2337/dc20-1941. PMID: 33051331.
6. Lu X, Zhang L, Du H, Zhang J, Li YY, Qu J, et al. SARS-CoV-2 Infection in Children. *N Engl J Med* 2020;382(17):1663–5. doi: 10.1056/NEJMc2005073. PMID: 32187458;
7. Bai Y, Yao L, Wei T, Tian F, Jin DY, Chen L, et al. Presumed Asymptomatic Carrier Transmission of COVID-19. *JAMA* 2020;323(14):1406–7. doi: 10.1001/jama.2020.2565. PMID:32083643..
8. Lai CC, Liu YH, Wang CY, Wang YH, Hsueh SC, Yen MY, et al. Asymptomatic carrier state, acute respiratory disease, and pneumonia due to severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV2): Facts and myths. *J Microbiol Immunol Infect.* 2020;53(3):404–12. doi: 10.1016/j.jmii.2020.02.012. PMID: 32173241
9. Easwarkhanth M, Al Madhoun A, Al-Mulla F. Could the D614G substitution in the SARS-CoV-2 spike (S) protein be associated with higher COVID-19 mortality? *Int J Infect Dis* 2020;96:459–60. doi: 10.1016/j.ijid.2020.05.071. PMID: 32464271.
10. Wu F, Zhao S, Yu B, Chen YM, Wang W, Song ZG, et al. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. *Nature* 2020;579(7798):265–9. doi: 10.1038/s41586-020-2008-3. PMID: 32015508.

11. องค์การอนามัยโลก. โควิด 19 คืออะไร [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 28 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.who.int/docs/default-source/searo/thailand/update-28-covid-19-what-we-know-june2020-thai.pdf?sfvrsn=724d2ce3_0
12. Forget P, Khalifa C, Defour J, Latinne D, Van Pel M, De Kock M. What is the normal value of the neutrophil-to-lymphocyte ratio? BMC Res Notes 2017;10(1):12.
13. Guthrie GJ, Charles KA, Roxburgh CS, Horgan PG, McMillan DC, Clarke SJ. The systemic inflammation-based neutrophil-lymphocyte ratio: experience in patients with cancer. Crit Rev Oncol 2013;88(1):218-30.
14. Koh C-H, Bhoo-Pathy N, Ng K-L, et al. Utility of pre-treatment neutrophil-lymphocyte ratio and platelet-lymphocyte ratio as prognostic factors in breast cancer. Br J Cancer 2015;113(1):150-8.
15. Liu J, Liu Y, Xiang P, Pu L, Xiong H, Li C, et al. Neutrophil-to-lymphocyte ratio predicts critical illness patients with 2019 coronavirus disease in the early stage. J Transl Med 2020;18:206.
16. Ethier J, Desautels D, Templeton A, Shah PS, Amir E. Prognostic role of neutrophil-to-lymphocyte ratio in breast cancer: a systematic review and meta-analysis. Breast Cancer Res 2017;19(1):2.
17. World Health Organization headquarters, et al. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [Internet]. 2021 [cited 2021 March 1]. Available from: <https://www.who.int>
18. World Health Organization headquarters, et al. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard [Internet]. 2021 [cited 2021 March 1]. Available from: <https://covid19.who.int>.
19. กรมควบคุมโรค. ฉบับปรับปรุง วันที่ 7 ธันวาคม พ.ศ. 2563 สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: [https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25631219112557AM_25631208092701AM_CPG%20COVID-19%20NS%2007122020%20\(1\).pdf](https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25631219112557AM_25631208092701AM_CPG%20COVID-19%20NS%2007122020%20(1).pdf)
20. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no423-010364.pdf>
21. ศูนย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลบางจาก. ประวัติความเป็นมาโรงพยาบาลบางจาก. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 28 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://bangchakhosp.com/aboutus.php>
22. ปารยะ อาศนะเสน. โรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ในสถานการณ์โควิด - 19. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 18 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.wongkarnpat.com/upfilesym/Covid-19-Mylan.pdf>
23. ประยุทธ์ ดันสุริยวงษ์. จมูกไม่ได้กลิ่น. ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 18 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.rcot.org/2016/people/detail/26>
24. Mcintosh K, Hirsch MS, Bloom A. Coronavirus disease 2019 (COVID - 19) [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 18]. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/covid-19-clinical-features33>
25. มนต์ธินี อัครพรณราย. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ศึกษาเฉพาะกรณี เขตเทศบาลเมืองบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2556.
26. Spring. สบค. เปิดชุดข้อมูล 10 อาชีพที่มีรายงานผู้ติดเชื้อโควิด 19 มากที่สุด [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 28 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.springnews.co.th/news/811731>

ก

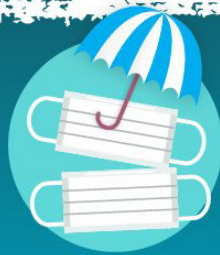
ฝนตกบ่อย

ชีวิตต้องพร้อม

ก่อน



กินอาหารที่มีวิตามินซี
เสริมภูมิคุ้มกันให้ร่างกาย

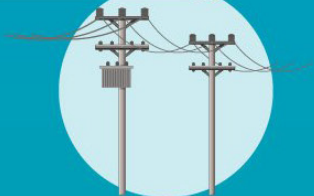


เตรียมอุปกรณ์ป้องกันฝน
เช่น ร่ม เสื้อผ้า รองเท้า
ควรมีหน้ากากอนามัยสำรอง

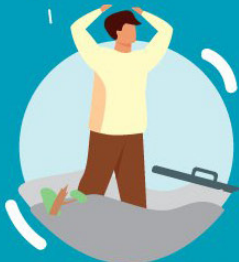


เช็คสภาพอากาศ
ติดตามข่าวสาร สถานการณ์
และเตรียมเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉิน
หากจำเป็นต้องใช้

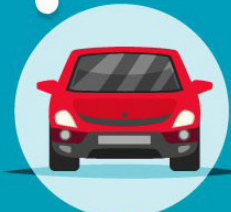
ระหว่าง



เสี่ยงการอยู่ใต้ต้นไม้ขนาดใหญ่
เสาไฟ เพราะอาจเสี่ยงหักโค่น



ถ้าไม่จำเป็น
เสี่ยงการลุยน้ำท่วมขัง
ถ้าต้องลุย ควรเตรียม
น้ำสำหรับล้างเท้า



เสี่ยงการเดินทาง
หากต้องขับรถ
ควรเพิ่มความระมัดระวัง
และตรวจสอบความพร้อมของรถ

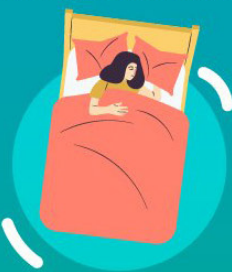
หากเปียกฝน



กลับตื้นบ้าน ล้างเท้า
อาบน้ำ สระผมทันที



เสื้อผ้าที่เปียกควรผึ่งให้แห้ง
ก่อนใส่ตะกร้าการซัก



นอนหลับพักผ่อน
ให้เพียงพอ



เทคนิค กิน

ให้ประหยัด แต่ได้ประโยชน์



วางแผน
เลือกซื้อ
กินพอดี
สุขภาพดี

กินครบมือ
ครบหมู่
เลี่ยงกินจุกจิก

ลด
หวาน มัน เค็ม
ลดปริมาณ
เครื่องปรุง

เลี่ยง
อาหารแปรรูป
เพิ่มผักทาง่าย
ในท้องกิน

เคี้ยวช้า
ช่วยให้อิ่มไว
ในปริมาณพอดี

ดื่มน้ำเปล่า
เป็นนิสัย
ลดค่าใช้จ่าย
เครื่องดื่มชนิดอื่น

“ปรับวิถีชีวิตโดยการเลือกกินอาหาร
ให้มีประโยชน์ต่อสุขภาพในราคาที่ประหยัด”



คิดซิ คิดซิ...ที่ แคลอรี

(ขนาด 16 ออนซ์ หรือ 480 มิลลิลิตร)

พลังงาน
200
กิโลแคลอรี



คาปูชิโน
CAPPUCCINO

พลังงาน
156
กิโลแคลอรี



ลาเต้
LATTE

พลังงาน
238
กิโลแคลอรี



มอคค่า
MOCHA



แนะนำ เพื่อสุขภาพที่ดี

อย่าลืมสังหวานน้อย เพื่อสุขภาพที่ดี

ไม่ควรกินน้ำตาลเกิน 6 ช้อนชาต่อวัน
จะช่วยลดการเกิดโรคอ้วน และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือดได้อีกทางหนึ่ง





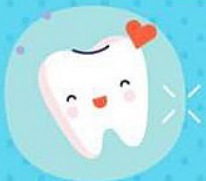
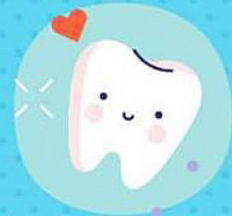
กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

ฟันหนู

แข็งแรง ได้ด้วยนมแม่



1. น้ํานมแม่ มีเกลือแร่สูง ได้แก่ แคลเซียม ฟอสฟอรัส มีผลช่วยลดการละลาย และเพิ่มการสะสมของแร่ธาตุที่ผิวเคลือบฟัน
2. โปรตีนในน้ํานมแม่ ช่วยทำหน้าที่ปรับภาวะกรดต่างในช่องปากให้สมดุล จึงช่วยลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดฟันผุ
3. ไขมันในน้ํานม ช่วยเคลือบผิวฟัน ทำให้ลดการเกาะของแบคทีเรีย
4. เอนไซม์ในน้ํานม ช่วยลดปฏิกิริยาการสร้างกรดโดยแบคทีเรียที่คราบฟัน
5. กลไกการดูดนมแม่ ทำให้น้ํานมสัมผัสผิวฟันน้อยกว่า โอกาสเกิดฟันผุจึงน้อยกว่า
6. ระดับความเป็นกรดต่างในน้ํานมแม่ ไม่เหมาะสมกับการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย
7. ภูมิคุ้มกันในนมแม่ ช่วยยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของฟันผุ



กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

จัดทำโดย : กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ

สแกนคิวอาร์โค้ด
รับความรู้เรื่อง COVID-19

เผยแพร่ : สิงหาคม 65

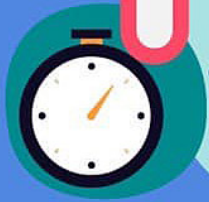


1 6 2

สูตรเด็ด เติบโตแข็งแรง

เพื่อให้เด็กไทยทุกคน ได้กิน “อาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก”

1 ชั่วโมง



กินนมแม่
ภายใน 1 ชั่วโมงแรก
หลังคลอด

6 เดือน

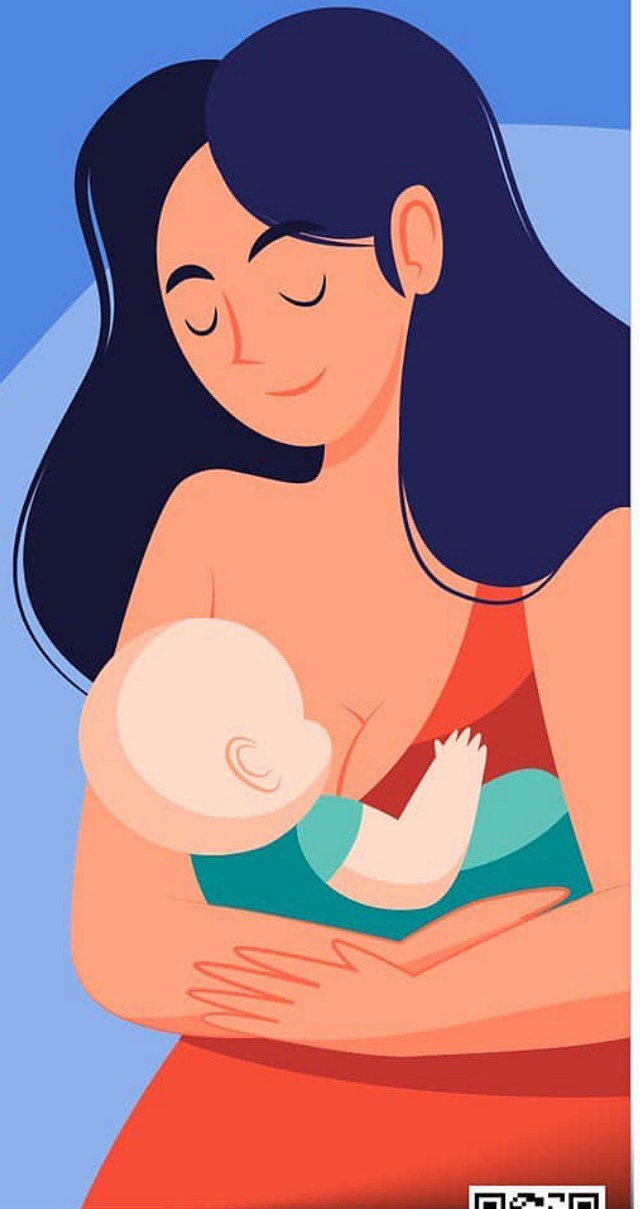


กินนมแม่
เพียงอย่างเดียว
ในช่วง 6 เดือน
แรกของชีวิต

2 ปี



กินนมแม่
ต่อเนื่องควบคู่
อาหารตามวัย
จนถึงอายุ 2 ปี
หรือนานกว่านั้น





กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH



สายด่วน กรมอนามัย

1

4

7

8

ส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย
ใส่ใจอนามัยสิ่งแวดล้อม

ให้คำแนะนำ-ปรึกษา
COVID FREE SETTING
ปัญหาระบบ TSC/TST
มาตรการ
สถานประกอบการ



ข้อกฎหมาย
เกี่ยวกับกัญชา
กัญชาในอาหาร