



ประกาศกรมควบคุมโรค
เรื่อง การคัดเลือกบุคคลเข้ารับการประเมินผลงาน
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ

ด้วยกรมควบคุมโรคได้คัดเลือก นางสาวสุชาดา ธงชาย ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๒๑๗๕ กลุ่มสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์ ให้เข้ารับการประเมินผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ) ตำแหน่งเลขที่และส่วนราชการเดิม โดยได้รับสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับการนำระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในขณะเป็นพนักงานราชการมานับรวมเป็นระยะเวลาการดำรงตำแหน่งเพื่อประโยชน์ในการแต่งตั้ง (ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๘.๑/๑๕๔ ลงวันที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๕๖) ดังรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อผลงาน ค่าครองชีพ และสัดส่วนของผลงานที่จะส่งเข้ารับการประเมินแนบท้ายประกาศนี้ ทั้งนี้ จะแต่งตั้งได้ไม่ก่อนวันที่ ๒๔ กันยายน ๒๕๖๔

อนึ่ง หากมีผู้ที่ต้องการทักท้วง ให้ทักท้วงได้ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศ ซึ่งกรมควบคุมโรคจะมอบให้คณะกรรมการคัดเลือกบุคคลตรวจสอบข้อทักท้วงต่อไป ถ้าพบว่าข้อทักท้วงมีมูล กรมควบคุมโรคจะดำเนินการตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๐๗๐๗.๓/ว ๕ ลงวันที่ ๑๒ เมษายน ๒๕๕๒ แต่ถ้าพบว่าข้อทักท้วงนั้นเป็นการกลั่นแกล้งหรือไม่สุจริต กรมควบคุมโรคจะดำเนินการสอบสวนผู้ทักท้วงเพื่อหาข้อเท็จจริงและดำเนินการตามที่เหมาะสมต่อไป และหากมีการย้ายในระหว่างการส่งผลงานเข้ารับการประเมินให้ถือว่าการคัดเลือกบุคคลเข้ารับการประเมินในครั้งนี้เป็นโมฆะ

ประกาศ ณ วันที่ ๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

(นายปรีชา เปรมปรี)
รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมควบคุมโรค

แบบแสดงรายละเอียดการเสนอผลงานที่ขอรับการประเมิน

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา (เอกสารหมายเลข ๓)

ลำดับที่ ๑

๑. ชื่อผลงาน การประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (GIS) กับแนวโน้มการสูบบุหรี่ การเข้าสู่ระบบบำบัด และการเลิกบุหรี่ได้ ๖ เดือน ของผู้สูบบุหรี่ในเขตสุขภาพที่ ๓ ย้อนหลัง ๓ ปี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๓. คำโคร่งเรื่อง

องค์การอนามัยโลกรายงานว่า สถิติผู้สูบบุหรี่ทั่วโลกปัจจุบันมีจำนวนประมาณ ๑,๑๐๐ ล้านคน ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ปีละไม่ต่ำกว่า ๗ ล้านคน ในจำนวนนี้ประมาณ ๘๙๐,๐๐๐ คน เสียชีวิตจากควันบุหรี่มือสอง ผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ถือว่าเป็นจำนวนที่มากกว่าผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจ เอ็ดส์ และไข้มาลาเรียรวมกัน และคาดว่าในปี พ.ศ.๒๕๗๓ จะมีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น ๘ ล้านคนต่อปี หากยังไม่มีความตระหนักรู้ การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนเวลาอันควรที่สามารถป้องกันได้ และเป็นอันตรายต่อผู้สูบบุหรี่และผู้ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันจากการสูบบุหรี่ คนไทยเสียชีวิตเฉลี่ยปีละ ๕๒,๐๐๐ คน คิดเป็นวันละ ๑๔๒ คน หรือชั่วโมงละ ๖ คน (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, ๒๕๕๙) การสูบบุหรี่คิดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ๑ ใน ๖ ของชายไทย และ ๑ ใน ๓๐ ของหญิงไทย ซึ่งยังไม่ได้รวมคนที่เสียชีวิตจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง ผู้ที่สูบบุหรี่อายุจะสั้นลง ๑๒ ปี และป่วยหนักเฉลี่ย ๒.๕ ปีก่อนตาย การสูบบุหรี่ทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยและเป็นอันตรายต่ออวัยวะเกือบทุกอวัยวะของร่างกาย (ประภิต วาทีสารภักิจ, ๒๕๖๐) จากการสำรวจข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่า ประชากรไทยที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีผู้สูบบุหรี่ ๑๐.๗ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๑๙.๑ และอัตราการสูบบุหรี่ของเพศชายสูงกว่าเพศหญิงประมาณ ๒๐ เท่า (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, ๒๕๕๘)

ปัจจัยที่ทำให้คนสูบบุหรี่ คือ สื่อ กลยุทธ์อุตสาหกรรมยาสูบ รวมถึงปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ค่านิยม ทัศนคติ และปัจจัยทางสังคมอื่น ๆ ซึ่งถือเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องดำเนินการเฝ้าระวัง (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, ๒๕๕๙) การสนับสนุนกิจกรรมทางสังคมของอุตสาหกรรมยาสูบมีแนวโน้มการใช้เงินลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่บริษัทยาสูบมีการปรับเปลี่ยนการสนับสนุนด้วยสิ่งของแทนการส่งเสริมการขาย ซึ่งพบการแบ่งขายบุหรี่เป็นมวน พร้อมบรรจุไว้ในถุงพลาสติกทั้งมีและไม่มีหยู่อบุหรี่ การโฆษณาหยู่อบุหรี่ผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น งาน ขาม กล่องใส่ทิชชู และป้ายไฟ เป็นต้น ผลิตภัณฑ์ยาสูบใหม่ “บุหรี่ไฟฟ้า” มีการโฆษณาส่งเสริมการขายทางอินเทอร์เน็ต และสื่อสังคมออนไลน์ โดยเน้นการใช้กลยุทธ์สื่อออนไลน์เป็นส่วนสำคัญ ซึ่งกฎหมายปัจจุบันยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างเข้มแข็ง

ผลกระทบต่อสุขภาพจากการบริโภคยาสูบ จากการศึกษาภาวะโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทย ในปี พ.ศ.๒๕๕๖ พบว่า โรคจากการสูบบุหรี่ประกอบด้วยโรคต่าง ๆ จำนวน ๒๕ โรค ๑ ในจำนวนนี้มีมะเร็งตามส่วนต่าง ๆ ๑๐ ชนิด คือ ปอด กล้องเสียง หลอดอาหาร ตับอ่อน ไต กระเพาะปัสสาวะ คอ ท้อง ช่องปากและคอหอย และมะเร็งเม็ดเลือดขาว ในสหรัฐอเมริกา พบว่า การบริโภคยาสูบก่อให้เกิดโรคเป็นอันดับ ๒ รองจากความดันโลหิตสูง (IHME, ๒๐๑๐) ในขณะที่ประเทศไทยในปี ๒๕๕๖ พบว่า การบริโภคยาสูบทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับ ๒ รองจากการดื่มแอลกอฮอล์ ในปี ๒๕๕๖ และพบคนเสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในกลุ่มคนอายุ ๓๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๓๐๙,๓๔๓ คน เป็นผู้ชาย ๑๖๓,๙๖๘ คน และเป็นผู้หญิง ๑๔๕,๓๗๖ คน (Burden of Disease, ๒๕๕๖) โดยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุหลักของการตายจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ๑๑๑,๕๕๗ คน รองลงมาคือ โรคมะเร็งอื่น ๆ ๖๒,๑๙๒ คน, โรคทางเดินหายใจ ๒๒,๔๒๗ คน, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ๒๐,๔๗๑

คน, โรคมะเร็งปอด ๑๕,๕๘๑ คน และโรคมะเร็งช่องปาก ๗,๕๒๕ คน ตามลำดับ (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, ๒๕๕๙) นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจจากการบริโภคยาสูบของประชาชนไทย จากประมาณการความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์จากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ในปี พ.ศ.๒๕๕๒ (Disease Attributed to Smoking) พบว่า ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดจากความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์ เท่ากับ ๗๔,๘๘๔ ล้านบาท หรือ ร้อยละ ๐.๗๘ ของ GDP โดยคิดเป็นค่าใช้จ่ายทางตรงทางการแพทย์ เท่ากับ ๑๑,๔๗๓ ล้านบาท ร้อยละ ๑๕ ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ค่าใช้จ่ายทางอ้อมทางการแพทย์เท่ากับ ๑,๑๖๘ ล้านบาท ร้อยละ ๑.๕๖ การสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานของผู้ป่วยเท่ากับ ๗๓๑ ล้านบาท ร้อยละ ๐.๙๘ การสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานของผู้ดูแลและผู้ป่วยเท่ากับ ๒๙๓ ล้านบาท ร้อยละ ๐.๓๙ และการสูญเสียผลิตภาพจากการตายก่อนวัยอันควร เท่ากับ ๖๑,๒๑๙ ล้านบาท ร้อยละ ๘๑.๗๕

สถานการณ์การบริโภคยาสูบในเขตสุขภาพที่ ๓ พื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ พบว่าประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปมีอัตราการสูบบุหรี่เฉลี่ย ร้อยละ ๑๘.๑๙ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยเป้าหมายของประเทศปี ๒๕๖๒ คือร้อยละ ๑๖.๕๐ และสูงเป็นอันดับที่ ๓ ของประเทศ สามารถนำเข้าสู่ระบบบำบัดได้ร้อยละ ๙๐.๗๙ และเลิกได้เพียงร้อยละ ๑๖.๗๙ (ศูนย์ข้อมูลสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๒)

จากสภาพปัญหาดังกล่าวและการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้ดำเนินการศึกษาจึงให้ความสำคัญกับการจัดทำฐานข้อมูลอัตราการสูบบุหรี่ การเข้าสู่ระบบบำบัด และร้อยละของการเลิกได้ ๖ เดือน ของผู้สูบบุหรี่ โดยทำการศึกษาย้อนหลัง ๓ ปี โดยอาศัยการจัดทำแผนที่ชั้นสูงที่จัดทำโดยระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์เข้ามาช่วยสะท้อนข้อมูลให้เห็นภาพที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสะท้อนสภาพปัญหา และให้จังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๓ ได้ดำเนินการจัดทำมาตรการแก้ไขปัญหาผู้สูบบุหรี่ และการบำบัดต่อไป

ผลการศึกษา

การศึกษาเรื่อง แนวโน้มการสูบบุหรี่ การเข้าสู่ระบบบำบัด และการเลิกบุหรี่ได้ ๖ เดือน ของผู้สูบบุหรี่ในเขตสุขภาพที่ ๓ ผ่านระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (GIS) มีวัตถุประสงค์สะท้อนสภาพปัญหาหรือผลการสูบบุหรี่ ร้อยละการเข้าสู่ระบบบำบัด และร้อยละของการเลิกได้ ๖ เดือน ของผู้สูบบุหรี่ในเขตสุขภาพที่ ๓ (จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดกำแพงเพชร จังหวัดชัยนาท จังหวัดพิจิตร และจังหวัดอุทัยธานี) ย้อนหลัง ๓ ปี (ปี ๒๕๖๑-๒๕๖๓)

ร้อยละการสูบบุหรี่ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ ๓ จากการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง ๓ ปี ทั้ง ๕ จังหวัด พบว่า ในปี ๒๕๖๑ พบร้อยละการสูบบุหรี่ของบางอำเภอยังมีค่าเกินเป้าหมายประเทศและค่าเป้าหมายของเขตสุขภาพ และในปี ๒๕๖๒ ส่วนมากทุกจังหวัดพบร้อยละการสูบบุหรี่ลดลง และเมื่อเทียบกับปี ๒๕๖๓ พบว่า ในปี ๒๕๖๓ พบร้อยละการสูบบุหรี่ลดลงจากปี ๒๕๖๒ แสดงถึงแนวโน้มที่ดีในการสูบบุหรี่ของประชาชน

ร้อยละการเข้าสู่ระบบบำบัดของผู้สูบบุหรี่ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ ๓ จากการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง ๓ ปี ทั้ง ๕ จังหวัด พบว่าในปี ๒๕๖๑ ส่วนมากอำเภอในแต่ละจังหวัดพบร้อยละการเข้าสู่ระบบบำบัดผู้สูบบุหรี่ไม่ถึงร้อยละ ๕๐ และในปี ๒๕๖๒ พบร้อยละการเข้าสู่ระบบบำบัดของผู้สูบบุหรี่เกินร้อยละ ๕๐ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับปี ๒๕๖๓ พบว่าบางอำเภอมียุทธศาสตร์การเข้าสู่ระบบบำบัดของผู้สูบบุหรี่ไม่ถึงร้อยละ ๕๐ ซึ่งอาจเกิดจาสถานการณ์ที่ไม่ปกติ เกิดการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ส่งผลต่อการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่

ร้อยละผู้สูบบุหรี่ที่เลิกสูบบุหรี่ได้ ๖ เดือน ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ ๓ จากการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง ๓ ปี ทั้ง ๕ จังหวัด พบว่า ในปี ๒๕๖๑-๒๕๖๓ ส่วนมากอำเภอในจังหวัดพบร้อยละผู้สูบบุหรี่ที่เลิกสูบบุหรี่ได้ ๖ เดือน ไม่ถึงร้อยละ ๒๐ และส่วนมากไม่ถึงร้อยละ ๑๐ บ่งบอกถึงประสิทธิภาพหรือการติดตาม ยังต้องได้รับการพัฒนาต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากข้อมูลดังกล่าว พบว่า การสูบบุหรี่ การเข้าสู่ระบบบำบัด และร้อยละการเลิกสูบบุหรี่ได้ ๒ เดือน ในเขตสุขภาพที่ ๓ ยังเป็นปัญหาในพื้นที่ ที่ต้องดำเนินการพัฒนามาตรการดำเนินงานต่อซึ่งในการดำเนินงานจำเป็นต้องดำเนินการพร้อม ๆ กันในหลายมาตรการทั้งการป้องกันไม่ให้เกิดนักสูบหน้าใหม่ การพัฒนาระบบเลิกบุหรี่ในสถานพยาบาล การดำเนินงานให้สิ่งแวดล้อมในชุมชนปลอดบุหรี่ ไม่เอื้อต่อการสูบบุหรี่ของประชาชน ซึ่งในการดำเนินงานนั้นจำเป็นต้องมีเครือข่ายในการร่วมดำเนินงาน เช่น ปกครอง ท้องถิ่น สรรพสามิต ดำรวจ รวมถึงกลไกการดำเนินงานในพื้นที่ เช่น คณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งเป็นกลไกการขับเคลื่อนที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิ กับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ อาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐาน และประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีนายอำเภอเป็นประธาน และนายแพทย์สาธารณสุขอำเภอ เป็นเลขานุการ ร่วมกันแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในพื้นที่ จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย ๒ ประเด็น ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น

๔. สัดส่วนของผลงานในส่วนที่ตนเองปฏิบัติ (%) (ระบุรายละเอียดของผลงานเฉพาะส่วนที่ตนเองปฏิบัติพร้อมทั้งสัดส่วนของผลงาน)

- นางสาวสุชาดา ธงชาย สัดส่วนของผลงานในส่วนที่ตนเองปฏิบัติ ๑๐๐ %
- รายละเอียดของผลงาน ดังนี้
 ๑. ศึกษารายละเอียดโครงการ
 ๒. ศึกษาเครื่องมือในการจัดทำข้อมูล
 ๓. รวบรวมข้อมูลในการจัดทำ
 ๔. บันทึกข้อมูล สรุปผล
 ๕. วิเคราะห์ข้อมูล จัดทำข้อเสนอแนะ
 ๖. จัดทำรายงานสรุปผลการประเมินโครงการ ฯ
 ๗. ส่งข้อมูลกลับให้พื้นที่

๕. ผู้ร่วมจัดทำผลงาน (ถ้ามี)

(ลงชื่อ)

(นางสาวสุชาดา ธงชาย)

ผู้เสนอผลงาน

๒๑/มกราคม/๒๕๖๔

- หมายเหตุ**
๑. ขอให้เสนอผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา อย่างน้อย ๑ เรื่อง แต่ไม่เกิน ๕ เรื่อง
 ๒. เมื่อได้รับอนุมัติตัวบุคคลแล้วให้ส่งผลงานประเมินตามหัวเรื่องที่ได้เสนอไว้ตามข้อ ๑
 ๓. หากประสงค์จะเปลี่ยนเรื่องผลงานวิชาการต้องได้รับอนุมัติก่อน

ข้อเสนอแนวความคิด/วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงาน (เอกสารหมายเลข ๔)

ลำดับที่ ๑

เรื่อง การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะในตนเองเพื่อป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ในเยาวชน เขตสุขภาพที่ ๓

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันสังคมไทยเป็นสังคมที่มีความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีเป็นอย่างมาก ทุกคนสามารถเข้าถึงเทคโนโลยีต่าง ๆ ได้อย่างง่ายดาย ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ค่านิยม และวัฒนธรรมที่หลากหลายจากทั่วทุกมุมโลกอย่างรวดเร็ว ผลของการเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้เกิดปัญหาที่สำคัญ คือ การสูบบุหรี่ที่เพิ่มมากขึ้นจากการซื้อขายทางออนไลน์ และเป็นปัญหาอย่างมากในกลุ่มเยาวชนที่เป็นนักเรียน นักศึกษา ทั้งระดับมัธยมศึกษาและประถมศึกษา ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่ได้เห็นตัวอย่างพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่จากคนในครอบครัว บุคคลรอบข้าง เพื่อนๆ หรือแม้แต่ได้เห็นตัวอย่างจากสังคมทั้งจากการดำเนินชีวิตประจำวัน และจากสังคมออนไลน์ อีกทั้งยังมีการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบได้ง่ายมากขึ้น ส่งผลให้ปัจจุบันกลุ่มเยาวชน หรือเด็กที่กำลังเข้าสู่วัยรุ่น เริ่มมีการสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น และมีอายุน้อยลงเรื่อย ๆ ที่พบอายุน้อยที่สุดที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก คือ เด็กอายุ ๖ ปี

จากการศึกษางานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา จังหวัดอุทัยธานี พบว่า ความเชื่อมั่นในการป้องกันการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่ และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็น ๓ อันดับแรกที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษามากที่สุด และมีนักวิจัยหลายท่านที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะในตนเองที่ได้พัฒนาจากการรับรู้ความสมรรถนะแห่งตน เป็นแนวคิดพื้นฐานทฤษฎีการเรียนรู้ ทางสังคม ซึ่งได้เสนอแนวคิดของความคาดหวังความสามารถของตนเอง โดยให้ความหมายว่า เป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตนในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม ต่อมาได้พัฒนาแนวคิดของความคาดหวังความสามารถของตนเอง เป็นแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยให้ความจำกัดความว่า เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการ กระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ในกลุ่มเป้าหมาย

บทวิเคราะห์

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะในตนเองเพื่อส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชน ในสถานศึกษา มีความสำคัญเป็นอย่างมากในการช่วยป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ในอนาคต และเป็นกิจกรรมในสถานศึกษาที่เป็นประโยชน์ต่อตัวเยาวชน เนื่องจากเยาวชนจะได้รับการสร้างเสริมสมรรถนะในตนเองเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีทักษะการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ทดลองสูบบุหรี่ โดยกิจกรรมหรือโปรแกรมจะเน้นใน ๔ ประเด็น ได้แก่

๑) การฝึกทักษะประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การมีทักษะที่เพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อม ๆ กับการทำให้รับรู้ความสามารถของตนเอง จะทำให้เยาวชนใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถนั้น จะไม่ยอมแพ้อะไรง่าย ๆ แต่จะพยายามทำงานต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

๒) การใช้ตัวแบบ การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีทั้งด้านบวกและด้านลบ และได้รับผลที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่าจะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าพยายามจริงและไม่ย่อท้อ ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่าง ๆ โดยที่ให้คุณตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเองก็สามารถทำให้ลดความกลัวต่าง ๆ เหล่านั้นได้

๓) การใช้คำพูดชักจูง การที่จะทำให้คนเราสามารถที่พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งถ้าจะให้ ได้ผลควรจะต้องมีส่วนร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อยๆ สร้างความสามารถให้กับ บุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไปและให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอนพร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน

๔) การกระตุ้นทางอารมณ์ มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ถูกขมขู่ การตัดสินใจวิตกกังวล และความเครียด การกระตุ้นที่รุนแรงทำให้การกระทำไม่ค่อยได้ผลดี บุคคลจะคาดหวังความสำเร็จ การกระตุ้นด้วย สิ่งที่ไม่พึงพอใจ ความกลัวก็จะกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากขึ้น บุคคลก็จะเกิดประสบการณ์ของความล้มเหลว อัน จะทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองต่ำลง เป็นต้น

ซึ่งการพัฒนาโปรแกรมฯ นี้จะเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานควบคุมการบริโภคน้ำตาลในกลุ่มเด็ก และ เยาวชน ซึ่งเน้นไปที่ระดับมัธยมศึกษา เพื่อสกัดกั้นการเกิดนักสูบบุหรี่ใหม่และเฝ้าระวังธุรกิจยาสูบที่มุ่งเป้าไปยังเด็ก และเยาวชน

ข้อเสนอ

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะในตนเองเพื่อป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ในเยาวชน เขตสุขภาพที่ ๓ นี้ ควรได้รับความร่วมมือจากหลายภาคส่วน เช่น ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงเรียน และผู้ปกครอง รวมทั้งความร่วมมือจากตัวนักเรียนเองที่ต้องให้ความสนใจและนำไปสู่การปฏิบัติและเกิด ประโยชน์ต่อตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่มากขึ้น และที่สำคัญในการพัฒนาและสร้างโปรแกรมฯ นี้ขึ้น ควรมี ความรู้และทักษะในการส่งเสริมสมรรถนะในตนเองและต้องเป็นผู้นำที่มีการกระตุ้น และสร้างเสริมกิจกรรมให้ นักเรียนได้แสดงศักยภาพของตนเอง จนเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และมีพฤติกรรมที่สามารถป้องกันการสูบบุหรี่ได้

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะในตนเองเพื่อป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ในเยาวชน ได้รับการพัฒนาจนมี ประสิทธิภาพ สามารถใช้ได้จริง และมีการขยายโปรแกรมออกไปจนครอบคลุมในระดับเขตสุขภาพที่ ๓
- ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ เยาวชนจะภูมิใจคุ้มกันในตนเองที่จะไม่สูบบุหรี่ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ส่งผล ต่อการลดลงของจำนวนนักสูบบุหรี่ในอนาคต

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

มีโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะในตนเองเพื่อป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ในเยาวชน เขตสุขภาพที่ ๓ ที่สามารถ นำไปใช้ได้จริง และเยาวชนหลักจากที่ได้รับโปรแกรมแล้วมีผลการประเมินสมรรถนะในตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อน ได้รับโปรแกรม

(ลงชื่อ)

(นางสาวสุชาดา รัชชายุ)

ผู้เสนอแนวคิด

๒๑/มกราคม/๒๕๖๔

หมายเหตุ ๑. ให้เสนอข้อเสนอแนวคิดเพื่อพัฒนางานอย่างน้อย ๑ เรื่อง (เป็นผลงานที่จะดำเนินการในอนาคต หากได้รับการแต่งตั้ง)

๒. เมื่อได้รับคัดเลือกให้เข้ารับการประเมินแล้วให้ส่งข้อเสนอแนวความคิด/วิธีการเพื่อพัฒนางานเข้า รับการประเมินตามหัวข้อเรื่องที่ได้เสนอไว้

ผลงานเอกสารวิชาการ (เอกสารหมายเลข ๕)

ลำดับที่ ๑

๑. ชื่อผลงาน การประเมินการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของประชาชนพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๓ ปี ๒๕๖๓

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๓. คำโครงเรื่อง

สำหรับภาพรวมสถานการณ์อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด (IHD เขตภาคเหนือ เขต ๑ ๒ และ ๓) ๕ ปีซ้อนหลัง (๒๕๕๔-๒๕๕๘) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกเขต สอดคล้องกับภาพรวมประเทศที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และยังพบว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองเขตภาคเหนือ (เขต ๑ ๒ ๓) สูงกว่าภาพรวมประเทศ ส่วนภาพรวมสถานการณ์ความชุกโรคความดันโลหิตสูงในประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไปเขตภาคเหนือ (เขต ๑ ๒ ๓) ๕ ปีซ้อนหลัง (๒๕๕๔-๒๕๕๘) พบว่าความชุกโรคความดันโลหิตสูงในประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกเขตสอดคล้องกับภาพรวมประเทศที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และยังพบว่า ความชุกโรคความดันโลหิตสูงในประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไปเขตภาคเหนือ (เขต ๑ ๒ ๓) สูงกว่าภาพรวมประเทศ และสถานการณ์อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงเขตภาคเหนือ (เขต ๑ ๒ ๓) ๕ ปีซ้อนหลัง (๒๕๕๔-๒๕๕๘) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกเขต สอดคล้องกับภาพรวมประเทศที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และยังพบว่า อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงเขตภาคเหนือ (เขต ๑) สูงกว่าภาพรวมประเทศและอัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูง เขตภาคเหนือ (เขต ๒ ๓) ต่ำกว่าภาพรวมประเทศ

ดังนั้นเพื่อเป็นการสนับสนุน ผลักดันการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อ ในพื้นที่เขตภาคเหนือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์ จึงได้ประเมินการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนเขตสุขภาพที่ ๓ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งพัฒนาเครือข่ายการดำเนินงาน การวางแผนแก้ไขปัญหาในพื้นที่อย่าง ภายใต้งานบูรณาการร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หรือ District Health Board (DHB) มุ่งเน้นให้เกิดการดำเนินงานผ่านกลไกการควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่อย่างยั่งยืน

ผลการประเมิน

การประเมินการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของประชาชนพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๓ ปี ๒๕๖๓ โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๑,๑๔๙ ตัวอย่าง จาก ๒๐ ชุมชน ๑๙ อำเภอ ในเขต ๕ จังหวัด ผู้ประเมินได้ใช้แบบสอบถามที่ได้จัดทำขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญจาก ๓ เขตสุขภาพ ข้อมูลที่ใช้ในการประเมินประกอบไปด้วยข้อมูลทั่วไป จำนวน ๗ ข้อ การประเมินภาวะเสี่ยง การตรวจร่างกาย และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ จำนวน ๑๙ ข้อ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคไม่ติดต่อ จำนวน ๑๐ ข้อ แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคไม่ติดต่อ จำนวน ๑๓ ข้อ และข้อมูลพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคไตวาย จำนวน ๑๕ ข้อ ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สรุปผลการประเมิน

๑. ข้อมูลทั่วไป จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ๑,๑๔๙ คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ ๗๐.๘ ชายร้อยละ ๒๙.๒ และเป็นเพศทางเลือกร้อยละ ๐.๑ ช่วงอายุอยู่ในช่วงวัยรุ่นจนถึงวัยสูงอายุ ๑๕-๘๙ ปี เฉลี่ย ๕๑.๔ ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ ๔๘.๐ รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ ๑๓.๒ อาชีพส่วนใหญ่ทำอาชีพเกษตรกรร้อยละ ๔๐.๒ รองลงมาทำอาชีพแม่บ้านร้อยละ ๑๙.๔ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายแต่ไม่เหลือเก็บร้อยละ ๔๔.๔ และมีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายร้อยละ ๕๖.๔

๒. การประเมินภาวะเสี่ยง การตรวจร่างกาย และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ๑,๑๔๙ คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างทราบถึงน้ำหนักตนเองร้อยละ ๘๖.๓ ทราบถึงน้ำหนักมาตรฐานที่ควรจะเป็นของตนเองร้อยละ ๒๙.๓ ทราบถึงความปกติหรือความผิดปกติของน้ำหนักตนเองร้อยละ ๒๓.๓ ทราบขนาดรอบเอวของตนเองร้อยละ ๕๔.๙ ทราบถึงความปกติหรือผิดปกติของรอบเอวร้อยละ ๑๙.๔ ทราบถึงค่าความดันโลหิตของตนเองร้อยละ ๔๑.๘ ทราบถึงความปกติหรือความผิดปกติของค่าความดันของตนเองร้อยละ ๕๕.๒ ทราบถึงค่าระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองร้อยละ ๑๗.๙ ทราบถึงความปกติหรือความผิดปกติของค่าระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองร้อยละ ๓๐.๒ และทราบถึงประสิทธิภาพการทำงานของไตตนเองร้อยละ ๗.๔

๓. การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคไม่ติดต่อ จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ๑,๑๔๙ คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างทราบว่าเกลือมีโซเดียมเป็นส่วนประกอบ ร่างกายต้องการเพียง ๒,๐๐๐ มิลลิกรัมต่อวัน หรือเท่ากับเกลือ ๑ ช้อนชา ร้อยละ ๔๗.๙ ทราบว่าการบริโภคโซเดียมสูงเกินกว่าที่ร่างกายต้องการเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ร้อยละ ๖๔.๐ ทราบว่าอาหารที่มีโซเดียมสูง ได้แก่ เครื่องปรุงรส (น้ำปลา น้ำซีอิ้ว เกลือ ซอสหอยนางรม ผงชูรส รสดี ซุปก้อน น้ำจิ้มสุกี้) และ อาหารแปรรูปหรือถนอมอาหาร (ไส้กรอก ลูกชิ้น อาหารกระป๋อง ผักดอง ผลไม้ดอง กะปิ ปลาร้า เต้าเจี้ยว น้ำบูดู) ร้อยละ ๘๓.๓ ทราบว่าอาหารตามธรรมชาติล้วนมีโซเดียมอยู่ทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็ ข้าวสวย ผลไม้ เนื้อสัตว์ เป็นต้นไม่จำเป็นต้องปรุงรสเพิ่ม ร้อยละ ๓๗.๙ ทราบว่าหลากหลายอาหารที่ติดข้างภาชนะบรรจุ มีข้อมูลส่วนประกอบของอาหาร, ปริมาณสารอาหารที่สำคัญ คือ ปริมาณโซเดียม น้ำตาล ไขมัน ฯลฯ ซึ่งเราควรศึกษาก่อนซื้อ ร้อยละ ๗๕.๙ ทราบว่าคนที่อ้วนลงพุงแต่ไม่มีกรรมพันธุ์เป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน จะไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ร้อยละ ๔๘.๐ ทราบว่าโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เป็นสาเหตุสำคัญของโรคไตวายร้อยละ ๖๙.๖ ทราบว่าการกินเค็มทำให้อัตราการกรองของเสียผ่านไตมากขึ้น ทำให้ไตแข็งแรงมากขึ้น ร้อยละ ๕๗.๔ ทราบว่าการเติมความหวานลงในอาหารช่วยให้กลบรสชาติความเค็ม ทำให้ช่วยลดปริมาณโซเดียมในอาหารลงได้ร้อยละ ๔๙.๐ ทราบว่าการลดน้ำหนัก การกินผักอย่างเพียงพอ และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ไม่ช่วยทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง ร้อยละ ๔๐.๔

๔. การประเมินทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคไม่ติดต่อ จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ๑,๑๔๙ คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าผงปรุงรส เช่น ซุปก้อน ผงชูรส สามารถรับประทานได้ไม่มีผลต่อโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับมาก เชื่อว่าการเติมน้ำปลาหรือซอส ทำให้ท่านรับประทานอาหารได้มากขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง เชื่อว่า การดื่มน้ำตามหลังการรับประทานอาหารที่มีรสชาติเค็มจะช่วยขับโซเดียมออกจากร่างกายได้หมด อยู่ในระดับมาก มีการคำนึงถึงรสชาติของอาหารมากกว่าปริมาณของเครื่องปรุงที่ใส่ลงในอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างมักจะรู้สึกไม่ดีและไม่มีความสุข ที่ต้องควบคุมการรับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างมักมีความกังวลว่าจะไม่ได้กินอาหารที่ชอบควบคุมหรือลดน้ำหนัก อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรรับประทานอาหารรสจืด อยู่ในระดับมาก เชื่อว่าไม่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารรสเค็มเนื่องจากรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว อยู่ใน

ระดับมาก เชื่อว่าตัวเองมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตวาย อยู่ในระดับปานกลาง เชื่อว่าตนเองมีเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดี อยู่ในระดับมาก เชื่อว่าตนเองมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับมาก เชื่อว่าคนในครอบครัวมีส่วนช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ท่านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับมาก และเชื่อว่าสิ่งแวดล้อมและชุมชนมีส่วนสนับสนุนให้คนในชุมชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับมาก

๕. ข้อมูลพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคไตวาย จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ๑,๑๔๙ คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างประกอบอาหารทานเอง หรือทานอาหารที่บ้านปรุงเอง ร้อยละ ๘๘.๖ มีการประกอบอาหารโดยใช้เครื่องปรุง ไม่เกิน ๑ – ๒ ชนิดต่อการปรุงอาหาร ๑ อย่าง (ผงชูรส, ผงปรุงรส, น้ำปลา, ขอสถั้วเหลือง, ขอสถั้วมันหอย, เกลือ) ร้อยละ ๗๘.๒ มีการตวงปริมาณเครื่องปรุงในการประกอบอาหาร เพื่อควบคุมความเค็ม ร้อยละ ๖๘.๕ มีการทานอาหารหรือผัก/ผลไม้แปรรูป (เช่น ลูกชิ้น หมูยอ กุนเชียง ไส้กรอก ปลาจ๋า ไข่เค็มปลาเค็ม ผักดอง ผลไม้ดอง เป็นต้น) ร้อยละ ๖๓.๓ ทานอาหารประเภทที่มีน้ำซุบ หรือน้ำแกง (เช่น น้ำซุยก๋วยเตี๋ยว น้ำแกงทุกประเภทน้ำส้มตำ น้ำผัดผัก น้ำยา) ร้อยละ ๖๑.๓ ทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง กะทิและอาหารทอด เช่น หนังไก่ เครื่องในสัตว์ หอย ปลาหมึก ขาหมูติดมัน หมูสามชั้นและอื่น ๆ ร้อยละ ๖๖.๓ มีการดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง เช่น น้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง น้ำผลไม้สำเร็จรูป น้ำหวาน ชาเย็น กาแฟเย็น ชาเขียว หรืออื่น ๆ ร้อยละ ๖๖.๗ ทานอาหารแต่ละมื้อไม่ได้เติมน้ำปลา/ซีอิ๊ว/ขอส ลงไปในอาหารอีก ร้อยละ ๖๔.๖ ได้จะอาหาร ท่านจะมีถ้วยพริกน้ำปลา วางไว้เสมอ ร้อยละ ๗๒.๔ มีการทานอาหารนอกบ้าน ร้อยละ ๖๙.๗ เมื่อทานอาหารนอกบ้าน ท่านจะบอกแม่ค้า ไม่ให้ใส่ผงชูรส, ผงปรุงรส ร้อยละ ๕๔.๖ มีการอ่านฉลากโภชนาการเพื่อดูชนิดและปริมาณสารอาหารก่อนซื้อ ร้อยละ ๗๒.๗ มีการออกกำลังกายหรือมีการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น เดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน ทำงานบ้านทำสวน ทำไร่ จนรู้สึกเหนื่อย สละสลวยอย่างน้อยวันละ ๓๐ นาที หรือ ๕ วัน/ต่อสัปดาห์ ร้อยละ ๘๐.๒ มีการกินสมุนไพร เช่น ปอกะบิด หญ้าหนวดแมว เห้ม มะรุมแคบซูล เถาวัลย์เปรียง เห็ดหลินจือ รางจืด ร้อยละ ๘๑.๘ มีการติดตามชั่งน้ำหนัก หรือวัดความดันโลหิต หรือวัดรอบเอว ตนเอง ร้อยละ ๗๔.๔

อภิปรายผลการประเมิน

การประเมินการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของประชาชนพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๓ ปี ๒๕๖๓ ด้านการประเมินภาวะเสี่ยง การตรวจร่างกาย และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ประชาชนทราบถึงน้ำหนัก มาตรฐานรอบเอว ค่าความดัน แต่ยังไม่ทราบถึงค่าความปกติหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้น ด้านการประเมินภาวะเสี่ยง การตรวจร่างกาย และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ โดยภาพรวมประชาชนมีระดับความรู้ที่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ ๔๒.๒ ระดับปานกลาง ร้อยละ ๓๑.๒ ด้านการประเมินทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคไม่ติดต่อ ผลรวมทัศนคติ อยู่ในระดับมาก ค่า ๓.๕๔ ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคไตวาย โดยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๘๓.๓ ในการดำเนินงานเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่ให้เกิดเพิ่มสูงมากยิ่งขึ้น ควรเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ให้ความรู้กับประชาชนในการดูแลสุขภาพ ความหมายของค่าร่างกาย เพื่อใช้ในการเฝ้าระวังตนเอง และกรรมวิธีการปรุงอาหารเพื่อลดปริมาณการบริโภคโซเดียม ตามมาตรการการดำเนินงานชุมชนลดเค็ม (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์, ๒๕๖๓) ทั้งนี้ การดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จในการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งพัฒนาเครือข่ายการดำเนินงานไม่ติดต่อเรื้อรัง การวางแผนแก้ไขปัญหานั้นพื้นที่อย่างบูรณาการร่วมกับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หรือ District Health Board (DHB) มุ่งเน้นให้เกิดการดำเนินงานผ่านกลไกการควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

๑. ควรมีการศึกษามาตรการ แนวทางการลดการบริโภคเกลือหรือโซเดียม ในประชาชน และนำมาสรุปเป็นแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๓

๒. ควรมีการผลักดันให้เกิดชุมชนต้นแบบในการลดการบริโภคเกลือ หรือโซเดียม “ชุมชนลดเค็ม ลดโรค”

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผลักดันมาตรการแนวทางเข้าสู่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หรือ District Health Board (DHB) มุ่งเน้นให้เกิดการดำเนินงานผ่านกลไกการควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่อย่างยั่งยืน

๔. สัดส่วนของผลงานในส่วนที่ตนเองปฏิบัติ (%) (ระบุรายละเอียดของผลงานเฉพาะส่วนที่ตนเองปฏิบัติพร้อมทั้งสัดส่วนของผลงาน)

นางสาวสุชาดา ธงชาย ส่วนที่ตนเองปฏิบัติ ๘๐%

รายละเอียดของผลงาน

๑. ศึกษารายละเอียดการประเมินมาตรการ
๒. ศึกษาและรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ จากเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
๓. ร่วมเขียนโครงร่างการประเมินประเมินการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของประชาชนพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๓ ปี ๒๕๖๓
๔. ปรับปรุงแก้ไขการประเมินผลมาตรการ
๕. เก็บรวบรวม บันทึกข้อมูล และวิเคราะห์ผล
๖. จัดทำรายงานสรุปผลการประเมิน

๕. ผู้ร่วมจัดทำผลงาน (ถ้ามี)

๕.๑ นายพงศ์ปณต ทองอ่อน

สัดส่วนของผลงาน ๓๐%

๕.๒ นางสาวศิริพัทธ์ร์ มัชวาล

สัดส่วนของผลงาน ๓๐%

(ลงชื่อ)

(นางสาวสุชาดา ธงชาย)

ผู้เสนอผลงาน

๒๑/มกราคม/๒๕๖๔

หมายเหตุ ๑. ให้เสนอเอกสารผลงานทางวิชาการ ไม่เกิน ๓ เรื่อง

๒. เมื่อได้รับอนุมัติตัวบุคคลแล้วให้ส่งผลงานประเมินตามหัวเรื่องที่ได้ออกเสนอไว้ตามข้อ ๑

๓. หากประสงค์จะเปลี่ยนเรื่องผลงานวิชาการต้องได้รับอนุมัติก่อน

๔. ใช้หลักเกณฑ์ของผลงานวิชาการดังรายละเอียดตามหลักเกณฑ์การจัดทำเอกสารประกอบคำขอประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการและระดับชำนาญการพิเศษทุกสายงานของกรมควบคุมโรค

๕. เอกสารผลงานวิชาการต้องไม่ซ้ำกับเรื่องที่เสนอในเอกสารหมายเลข ๒