TPAC2022

งานประชุมวิชาการด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย

THAILAND PHYSICAL ACTIVITY CONFERENCE

เอกสารการประชุมวิชาการด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2565

The 1st Thailand Physical Activity Conference 2022 (TPAC)

ระหว่างวันที่ 30 มกราคม – 1 กุมภาพันธ์ 2566

ณ ศูนย์การประชุมแห่งชาติสิริกิติ์

TPAC2022

งานประชุมวิชาการด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย

THAILAND PHYSICAL ACTIVITY CONFERENCE

หมายเหตุ: เนื้อหาในเอกสารฉบับนี้ถูกผลิตและเผยแพร่เพื่อใช้ประกอบการประชุมเท่านั้น เนื้อหาฉบับสมบูรณ์รวมถึงบทปาฐกถาของ Keynote speakers จะถูกเพิ่มเติมและปรับปรุงเนื้อหาต่าง ๆ ให้สมบูรณ์อีกครั้งเมื่อเสร็จสิ้นการประชุม

สารบัญ

หน้า

ที่มาและความสำคัญของการจัดประชุม TPAC 7

Keynote speakers 10
- ศ.นพ.อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม 11
- ดร.นพ.ไพโรจน์ เสาน่วม 12
- ศ.ดร.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา 13
- Prof. Dr.Fiona Bull 14
- นพ.สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย 15

กำหนดการวันที่ 30–31 มกราคม และ 1 กุมภาพันธ์ 2566 16

• 30 มกราคม 2566

Active People (English session) ห้องประชุม MR209B เวลา 13.00 - 14.15 น. 20
- Prof. Dr.Tony Okely 21
- Prof. Dr.Stephen Heung-Sang Wong 22
- Prof. Dr.Tracy Kolbe-Alexander 23

Active Environment ห้องประชุมหลัก MR208 เวลา 13.00 - 14.15 น. 24
- อาจารย์ประยงค์ โพธิ์ศรีประเสริฐ 25
- คุณยศพล บุญสม 33
- รศ.ดร.พนิต ภู่จินดา 41

Active Society (English session) ห้องประชุม MR209B เวลา 14.30 - 16.00 น. 46
- Dr.Robin Sze-Tak Ho 47
- Lect. Dr.Dyah Anantalia Widyastari 55

Active Society ห้องประชุมหลัก MR208 เวลา 14.30 - 16.00 น. 60
- อาจารย์ณรงค์ เทียมเมฆ 61
- อาจารย์ ดร.พจน์ พงศ์เผ่าพัฒนกุล 65
- อาจารย์ ดร.ระวีวรรณ มาพงษ์ 69
- อาจารย์ ปณิตา พิมพ์สกุล 71

หน้า

• 31 มกราคม 2566

Active People ห้องประชุมหลัก MR208 เวลา 09.00 - 10.25 น. 76

- รศ.นพ.เพชร รอดอารีย์ 77
- รศ.ดร.กภ.ชุติมา ชลายนเดชะ 85
- คุณอิสริยา ปุณโณปถัมภ์ 93
- อาจารย์ ดร.วริศ วงศ์พิพิธ 99

Active People ห้องประชุม MR209B เวลา 09.00 - 10.25 น. 106

- ผศ.ดร.สุชาติ ทวีพรปฐมกุล 107
- อาจารย์ ดร.ชลชัย อานามนารถ 111
- คุณจุฑามาศ ราชประสิทธิ์ 117

Active System/ Policy ห้องประชุมหลัก MR208 เวลา 10.40 - 12.00 น. 122

- นพ.อุดม อัศวุตมางกูร 123
- ดร.กุลทัต หงส์ชยางกูร 131
- รศ.นพ.อภิชัย วรรธนะพิศิษฐ์ 137
- นพ.สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย 141

Active System/ Policy ห้องประชุม MR209B เวลา 10.40 - 12.00 น. 148

- คุณบงกชรัตน์ โมลี 149
- นพ.ภัทรภณ อติเมธิน 153
- คุณกฤดิ์ชนา หุตะแพทย์ 157
- อาจารย์ ดร.เจษฎา อานิล 165

Active System/ Policy ห้องประชุม MR209B เวลา 13.00 - 14.30 น. 170

- คุณปัญญา ชูเลิศ 171
- ดร.ธัญนุช ประเสริฐสกุล 175
- คุณจุฤทธิ์ กังวานภูมิ 180
- คุณณรากร วงษ์สิงห์ 186

Active System/ Policy ห้องประชุมหลัก MR208 เวลา 13.00 - 14.30 น. 196

- รศ.ดร.ทศนัย ชุ่มวัฒนะ 197
- คุณคนุสรณ์ โพธารินทร์ 203
- ดร.ทับทิม ศรีวิไล 209
- คุณอัญชัญ แกมเชย 216

ที่มาและความสำคัญ ของการจัดประชุม TPAC

การจัดประชุมวิชาการด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย ครั้งที่ 1 เป็นกิจกรรมจากความร่วมมือระหว่างภาคีด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายของประเทศไทย ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (ทีแพค) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีวัตถุประสงค์ของการจัดงานเพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการของภาคีเครือข่ายด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสู่สาธารณะ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการทำงานด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ตลอดจนการนำองค์ความรู้ที่ได้จากการประชุมวิชาการไปพัฒนาต่อยอดในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพของประชากรไทย

ทั้งนี้ งานประชุมวิชาการด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2565 “The 1st Thailand Physical Activity Conference 2022 (TPAC 2022)” ภายใต้หัวข้อ “Integrating Knowledge for Physical Activity Regeneration: บูรณาการองค์ความรู้เพื่อฟื้นฟูกิจกรรมทางกาย” จัดขึ้นระหว่างวันที่ 30–31 มกราคม และ 1 กุมภาพันธ์ 2566 ณ ห้องประชุม 209B และห้องประชุมหลัก 208 ชั้น 2 ณ ศูนย์การประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ และระบบออนไลน์ผ่านแอปพลิเคเชัน ZOOM

คณะกรรมการจัดประชุมฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลจากการเข้าร่วมประชุมในครั้งนี้จะเป็นกลไกสำคัญสู่การพัฒนาการส่งเสริมกิจกรรมทางกายต่อไป

Integrating Knowledge for Physical Activity Regeneration

บูรณาการองค์ความรู้เพื่อฟื้นฟูกิจกรรมทางกาย

นำเสนอแนวคิดหลัก 3+1 Actives

Active People

Active Environment

Active Society

Active System/ Policy

Facts & Figures About Conference

1
Plenary

3
Symposiums

14
Sessions
of presentation

5
Keynote
Speakers

38+
Invited
Speakers

KEYNOTE
SPEAKERS

Symposium 1:

เส้นทางการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย
ในประเทศไทย:

จากอดีต สู่ปัจจุบัน และอนาคต

จุดกำเนิดของกีฬามวลชน
เพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ในประเทศไทย

ศ.นพ.อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม

ที่ปรึกษาคณะกรรมการกองทุน
สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

KEYNOTE SPEAKER

นโยบายส่งเสริมสุขภาพของ สสส. กับยุทธศาสตร์ 3 Actives

เพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายบนวิถีใหม่

ดร.นพ.ไพโรจน์ เสาน่วม

ผู้ช่วยผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

KEYNOTE SPEAKER

Healthy Lifestyle

ศ.ดร.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา

ที่ปรึกษาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

KEYNOTE SPEAKER

(EN) PA strategy at Global Level

Prof. Dr.Fiona Bull

Head of Unit, Physical Activity,
World Health Organization

KEYNOTE SPEAKER

การขับเคลื่อน
แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย
ระดับชาติในประเทศไทย

นพ.สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย

อธิบดีกรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข

KEYNOTE SPEAKER

กำหนดการ

วันที่ 30 – 31 มกราคม 2566
และ 1 กุมภาพันธ์ 2566

กำหนดการ

30 มกราคม 2566

08.00 - 09.00 ลงทะเบียนการประชุม/ ลงทะเบียนสื่อมวลชน/ ลงทะเบียน Walkshop

09.00 - 09.45 พิธีเปิดการประชุมวิชาการ

Symposium 1: เส้นทางการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในประเทศไทย: จากอดีต สู่ปัจจุบัน และอนาคต
ห้องประชุมหลัก MR208

09.45 - 10.05 • **จุดกำเนิดของกีฬามวลชนเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายในประเทศไทย**
โดย **ศ.นพ.อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม** *(ที่ปรึกษาคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.))*

10.05 - 10.30 • **นโยบายส่งเสริมสุขภาพของ สสส. กับยุทธศาสตร์ 3 Actives เพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายบนวิถีใหม่**
โดย **ดร.นพ.ไพโรจน์ เสาน่วม** *(ผู้ช่วยผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.))*

10.30 - 10.55 • **Healthy Lifestyle** โดย **ศ.คร.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนากา** *(ที่ปรึกษาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล)*

10.55 - 11.20 • **(EN) PA strategy at Global Level** โดย **Prof. Dr.Fiona Bull** *(Head of Unit, Physical Activity, World Health Organization)*

11.20 - 11.45 • **การขับเคลื่อนแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับชาติในประเทศไทย** โดย **นพ.สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย** *(อธิบดีกรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข)*

11.45 - 13.00 Break & รับประทานอาหารกลางวัน

Active People (English session)
Chair of session: **Lect. Dr.Dyah Anantalia Widyastari**

ห้องประชุม MR209B

13.00 - 13.05 Introduction

13.05 - 13.25 **Understanding and Promoting Physical Activity in Early Childhood**
• **Prof. Dr.Tony Okely**
(University of Wollongong, Australia)

13.25 - 13.45 **Hong Kong Report Cards on Physical Activity for Children and Adolescents– Lessons Learnt**
• **Prof. Dr.Stephen Heung-Sang Wong**
(Hong Kong Institute of Educational Research, Hong Kong)

13.45 - 14.05 **Shifting Time: Time use in shift workers**
• **Prof. Dr.Tracy Kolbe-Alexander**
(University of Southern Queensland, Australia)

14.05 - 14.15 Q&A

Active Environment
Chair of session: **อาจารย์ คร.วริศ วงศ์พิพิธ**

ห้องประชุมหลัก MR208

13.00 - 13.05 Introduction

13.05 - 13.20 **แนวคิดการขับเคลื่อน "ชุมชนสุขภาวะ"**
• **อาจารย์ประยงค์ โพธิ์ศรีประเสริฐ** *(สถาบันอาศรมศิลป์)*

13.20 - 13.35 **ความท้าทายของสังคมสูงวัย: เมืองเดินได้เดินดี ยุทธศาสตร์หลักสร้างสุขภาวะคนเมือง**
• **ผศ.คร.นิรมล เสรีสกุล**
(คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

13.35 - 13.50 **กระบวนการพัฒนาต้นแบบพื้นที่สาธารณะสีเขียวขนาดเล็กอย่างมีส่วนร่วม we!park**
• **คุณยศพล บุญสม** *(บริษัท ฉมา จำกัด)*

13.50 - 14.05 **ลานสุขภาพใกล้บ้าน**
• **รศ.คร.พนิต ภู่จินดา** *(คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)*

14.05 - 14.15 Q&A

14.15 - 14.30 Break

Active Society (English session)
Chair of session: **อาจารย์ คร.นุชราภรณ์ เลี้ยงรื่นรมย์**

ห้องประชุม MR209B

14.30 - 14.35 Introduction

14.35 - 14.55 **Active Video Game on Children and Adolescents' Physical Activity and Weight Management: A Network Meta-Analysis**
• **Dr.Robin Sze-Tak Ho**
(The Chinese University of Hong Kong, Hong Kong)

14.55 - 15.15 **(Un)Healthy use of time among children and adolescents: what do we know and how can we find out more?**
• **Prof. Zeljko Pedisic**
(Victoria University, Melbourne, Australia)

15.15 - 15.35 **Physical activity inequality in Thailand: How do we measure and identify the most vulnerable group of population?**
• **Lect. Dr.Dyah Anantalia Widyastari**
(สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล)

15.35 - 16.00 Q&A

Active Society
Chair of session: **คุณรุ่งรัตน์ พละไกร**

ห้องประชุมหลัก MR208

14.30 - 14.35 Introduction

14.35 - 14.50 **Park run Thailand: จากสนามวิ่งใกล้บ้าน สู่ชุมชนนักวิ่งทั่วไทย**
• **อาจารย์ณรงค์ เทียมเมฆ** *(สมาพันธ์ชมรมเดิน-วิ่งเพื่อสุขภาพไทย)*

14.50 - 15.05 **หลอดเลือดหัวใจตีบ: เบื้องหลังการเสียชีวิตระหว่างออกกำลังกาย**
• **อาจารย์ คร.พจน์ พงศ์เผ่าพัฒนกุล**
(คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร)

15.05 - 15.20 **The implementation of the effectiveness of two levels of active office interventions**
• **อาจารย์ คร.ระวีวรรณ มาพงษ์**
(คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

15.20 - 15.35 **Active Classroom: ห้องเรียนลดเนือยนิ่ง เพิ่มการเคลื่อนไหว สร้างการเรียนรู้**
• **อาจารย์ คร.สรัญญา เนตรธานนท์**
(คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตชลบุรี)

15.35 - 16.00 Q&A

16.00 - 17.00 **กิจกรรม Walkshop รอบสวนเบญจกิติ**

***นิทรรศการ "วิวัฒนาการและหมุดหมายของการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในประเทศไทย" ห้อง MR209A

กำหนดการ

31 มกราคม 2566

Active People

Chair of session: **อาจารย์ ดร.พจน์ พงศ์เผ่าพัฒนกุล**

ห้องประชุมหลัก MR208

09.00 - 09.05 Introduction

09.05 - 09.20 **การพัฒนาหลักสูตรอบรมผู้นำสุขภาพในสถานที่ทำงานเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในประชาชนวัยทำงาน**
- **รศ.นพ.เพชร รอดอารีย์**
(เครือข่ายคนไทยไร้พุง ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย)

09.20 - 09.35 **การเดินมากกว่า 5,000 ก้าวต่อวัน ช่วยลดความเสี่ยงการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่ำและอาศัยอยู่ในชุมชนเมือง**
- **รศ.ดร.กภ.ชุติมา ชลายนเดชะ**
(คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล)

09.35 - 09.50 **การพัฒนาพื้นที่สุขภาวะในบริบทประเทศไทยโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษาโครงการลานกีฬาวัฒนธรรมชุมชน**
- **คุณอิสริยา ปุณโณปถัมภ์** *(สถาบันอาศรมศิลป์)*

09.50 - 10.05 **ผลของการขัดการนั่งต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานที่มีต่อความดันโลหิตขณะพักของผู้ใหญ่ช่วงต้นเพศชายที่มีภาวะอ้วน**
- **อาจารย์ ดร.วริศ วงศ์พิพิธ**
(คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

10.05 - 10.25 Q&A

Active People

Chair of session: **อาจารย์ ดร.สรัญญา เนตรธานนท์**

ห้องประชุม MR209B

09.00 - 09.05 Introduction

09.05 - 09.20 **การพัฒนาสร้างเสริมองค์ความรู้และการเผยแพร่กิจกรรมทางกายสู่สังคมอย่างยั่งยืน**
- **ผศ.ดร.สุชาติ ทวีพรปฐมกุล**
(ศูนย์กีฬาแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

09.20 - 09.35 **การสื่อสารรณรงค์องค์ความรู้เพื่อการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของคนไทยในช่วงสถานการณ์โควิด-19**
- **อาจารย์ ดร.ชลชัย อานามนารถ**
(วิทยาลัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา มหาวิทยาลัยมหิดล)

09.35 - 09.50 **การวิเคราะห์กิจกรรมทางกาย พฤติกรรมเนือยนิ่งและการนอนหลับในประชากรไทย: โดยวิธี Compositional Data Analysis จากผลการสำรวจการใช้เวลาระดับประเทศ**
- **อาจารย์ ดร.นุชราภรณ์ เลี้ยงรื่นรมย์**
(สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล)

09.50 - 10.05 **การส่งเสริมสุขภาวะทางกายของเด็กในชุมชนชาติพันธุ์ จังหวัดเชียงราย**
- **คุณจุฑามาศ ราชประสิทธิ์**
(มูลนิธิพัฒนาชุมชนและเขตภูเขา (พชภ.))

10.05 - 10.25 Q&A

10.25 - 10.40 Break

Active System/ Policy

Chair of session: **รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยวัฒน์ เกตุวงศา**

ห้องประชุมหลัก MR208

10.40 - 10.45 Introduction

10.45 - 11.00 **การประเมินการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในบริบทเมืองของไทยด้วยแผนปฏิบัติการส่งเสริมกิจกรรมทางกายโลก**
- **นพ.อุดม อัศวุตมางกุร**
(กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข)

11.00 - 11.15 **เว็บไซต์เพื่อการพัฒนาศักยภาพในการวางแผนและจัดทำโครงการเพิ่มกิจกรรมทางกายของคนไทยในกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น**
- **ดร.กุลทัต หงส์ชยางกูร**
(สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์)

11.15 - 11.30 **Framework for Enhancing Thailand Physical Activities with Metaverse and Web3.0 Opportunities**
- **รศ.ดร.ยศชนัน วงศ์สวัสดิ์**
(สถาบันบริหารจัดการเทคโนโลยีและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยมหิดล (iNT))

11.30 - 11.45 **การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเวชปฏิบัติ**
- **รศ.นพ.อภิชัย วรรธนะพิศิษฐ์**
(สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์)

11.45 - 12.00 Q&A

Active System/ Policy

Chair of session: **อาจารย์ ดร.วิตติกา ทางชั้น**

ห้องประชุม MR209B

10.40 - 10.45 Introduction

10.45 - 11.00 **การจัดทำระบบแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกายและการเล่นกีฬาของประชาชน (Calories Credit Challenge: CCC)**
- **คุณบงกชรัตน์ โมลี** *(ผู้อำนวยการกองนโยบายการท่องเที่ยวและกีฬาแห่งชาติ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา)*

11.00 - 11.15 **การเพิ่มกิจกรรมทางกายของประชาชนไทยผ่านแอปพลิเคชัน**
- **นพ.ภัทรกณ อดิเมธิน**
(สมาคมการค้าผู้จัดงานกีฬามวลชนไทย (TMPSA))

11.15 - 11.30 **การนำแอปพลิเคชันเบาใจไปใช้เพื่อลดความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและเพิ่มกิจกรรมทางกาย**
- **คุณกฤดิ์ชนา หุตะแพทย์**
(บริษัท พ็อพเมด จำกัด)

11.30 - 11.45 **How Big Data Analytics Can Support Preventive Healthcare in Thailand: A Preliminary Study**
- **อาจารย์ ดร.เจษฎา อานิล**
(คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล)

11.45 - 12.00 Q&A

12.00 - 13.00 รับประทานอาหารกลางวัน

*****นิทรรศการ "วิวัฒนาการและหมุดหมายของการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในประเทศไทย" ห้อง MR209A**

กำหนดการ

31 มกราคม 2566 (ต่อ)

Active System/ Policy

Chair of session: **อาจารย์ ดร.บุรเทพ โชคธนานุกูล**

ห้องประชุม MR209B

13.00 - 13.05 Introduction

13.05 - 13.20 **ประสิทธิผลของการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเชิงระบบด้วยแนวคิด 4PC**
- **คุณปัญญา ชูเลิศ**
(ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (ทีแพค))

13.20 - 13.35 **การศึกษาผลความแตกต่างของจำนวนก้าวเดินและระยะทางขณะปฏิบัติงานในรูปแบบที่แตกต่างกันของพนักงานในร้านสะดวกซื้อ**
- **ดร.ธัญนุช ประเสริฐสกุล**
(คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช)

13.35 - 13.50 **การสร้างปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกายเพื่อฟื้นฟูย่านเก่าของเมืองอย่างมีส่วนร่วม กรณีศึกษา: ย่านตลาดน้อย**
- **คุณจุฑาธิ์ กังวานภูมิ**
(บริษัท ปั้นเมือง จำกัด)

13.50 - 14.05 **สถานการณ์ความเหลื่อมล้ำของการมีกิจกรรมทางกายในประเทศไทย**
- **คุณณรากร วงษ์สิงห์**
(ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (ทีแพค))

14.05 - 14.30 Q&A

Active System/ Policy

Chair of session: **คุณรุ่งรัตน์ พละไกร**

ห้องประชุมหลัก MR208

13.00 - 13.05 Introduction

13.05 - 13.20 **การบูรณาการและการใช้ประโยชน์จากข้อมูลภาครัฐทางด้านสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจวางแผนการดำเนินงานด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายของประเทศไทย โดยการใช้แพลตฟอร์มข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data platform)**
- **รศ.ดร.ทศนัย ชุ่มวัฒนะ** *(วิทยาลัยนานาชาติ มหาวิทยาลัยรังสิต)*

13.20 - 13.35 **การประยุกต์ใช้ฐานข้อมูลการวิจัยด้านกิจกรรมทางกายสำหรับการพัฒนาระบบวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติเพื่อการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (Data Analytic System for Physical Activity Promotion: DASPAP)**
- **คุณคนุสรณ์ โพธารินทร์**
(ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (ทีแพค))

13.35 - 13.50 **บทเรียนจากการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายระดับประเทศ "เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก"**
- **ดร.ทับทิม ศรีวิไล**
(กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข)

13.50 - 14.05 **การพัฒนาพื้นที่สุขภาวะด้วยกลุ่มกลไกพลเมือง**
- **คุณอัญชัญ แกมเชย** *(ห้างหุ้นส่วนสามัญอรุณอินสยาม)*

14.05 - 14.30 Q&A

14.30 - 14.45 Break

Symposium 2: ภาคี 3 ภาคส่วน ร่วมกำหนดทิศทางและเป้าหมายในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายของไทย

ห้องประชุมหลัก MR208

14:45 - 15:20 สรุปและสังเคราะห์ห้องค์ความรู้จากการประชุมฯ สู่แนวทางการฟื้นฟูกิจกรรมทางกายของคนไทย
โดย • **รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยวัฒน์ เกตุวงศา** *(ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (ทีแพค))*

15:20 - 16:00 การร่วมแสดงปฏิญญาของภาคีเครือข่ายการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย
โดย • **ดร.นพ.ไพโรจน์ เสาน่วม** *(ผู้ช่วยผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.))*

กำหนดการ

1 กุมภาพันธ์ 2566

Symposium 3: เวทีเสวนาและประกาศนโยบายการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเด็กและเยาวชนไทย

ห้องประชุมหลัก MR208

09.00 - 09.35 นำเสนอร่างแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กและเยาวชนไทย
โดย **อาจารย์ ดร.อารีกุล อมรศรีวัฒนกุล** *(วิทยาลัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา มหาวิทยาลัยมหิดล)*

09.35 - 09.50 เปิดเวทีซักถามเรื่องร่างแผนฯ ชี้แจง และแจกแบบสอบถาม

09.50 - 10.00 **ทิศทางการส่งเสริมสุขภาพและกิจกรรมทางกายในเด็กและเยาวชนไทย**
โดย **ดร.สุปรีดา อดุลยานนท์** *(ผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.))*

10.00 - 10.10 **ปาฐกถาพิเศษ** โดย **ดร.สาธิต ปิตุเตชะ** *(รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข)*

10.10 - 10.25 เปิดตัวพันธมิตรขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กและเยาวชนไทย

10.25 - 10.30 กล่าวแสดงความยินดี โดย **Prof. Dr.Fiona Bull** *(Head of Unit, Physical Activity, World Health Organization)*

10.30 - 10.45 Activity Break

10.45 - 12.15 เสวนาเรื่อง **"ทำอย่างไรให้เด็กไทยแอ็คทีฟ"**

12.15 - 12.30 กล่าวปิดงาน โดย **ดร.นพ.ไพโรจน์ เสาน่วม** *(ผู้ช่วยผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.))*

12.30 - 13.30 จับรางวัล และรับประทานอาหารกลางวัน

หมายเหตุ :
กำหนดการ วัน และเวลา อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม ทั้งนี้ หากมีการเปลี่ยนแปลงจะแจ้งให้ท่านทราบล่วงหน้า

*****นิทรรศการ "วิวัฒนาการและหมุดหมายของการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในประเทศไทย" ห้อง MR209A**

30 มกราคม 2566

ห้องประชุม MR209B

เวลา 13.00 - 14.15 น.

ACTIVE PEOPLE

(ENGLISH SESSION)

Understanding and promoting healthy levels of physical activity, sedentary behaviour, and sleep in children"

Anthony Okel [1 *]

[1] Department X School of Health and Society, University of Wollongong, Australia

[*]Correspondence:

Anthony Okely

Email: tokely@uow.edu.au

Abstract

Background: The World Health Organization (WHO) has identified the prevention of obesity in young children as one of its key priorities for the 21st Century; movement behaviours (physical activity, sedentary behaviour, and sleep) play a key role in contributing to this and are associated with many health and developmental outcomes in children. To promote healthy levels of these behaviours requires an understanding of the factors that influence them, and the current levels of participation.

Methods: This presentation will review the evidence on the prevalence, correlates and determinants of movement behaviours in children, their links to health, and put forward evidence-based strategies for their promotion. A particular focus will be on low- and middle-income countries, where there is a dearth of evidence but arguably the greatest need to understand and promote these behaviours.

Keywords: Physical activity, Sedentary behaviour, Low-income countries, Middle-income countries, Obesity

Hong Kong Report Cards on Physical Activity for Children and Adolescents– Lessons Learnt

Stephen H.S. Wong[1 *]

[1]Department of Sports Science and Physical Education, The Chinese University of Hong Kong, Hong Kong

[*]Correspondence:
Prof. Stephen H.S. Wong
Email: hsswong@cuhk.edu.hk

Abstract

Background: Active Healthy Kids Hong Kong Report Card on Physical Activity for Children and Adolescents (hereinafter referred to as Hong Kong Report Card) is part of a global effort to promote physical activity in children and adolescents (Active Healthy Kids Global Alliance, AHKGA, http://www.activehealthykids.org). The Report Card assigns letter grades to different indicators based on a synthesis and examination of the best available evidence against the pre-defined benchmarks. Together the indicators provide a robust and comprehensive assessment of physical activity of children and adolescents.

Program/project implementation: The first Hong Kong Report Card was published in 2016. Since then, it was developed every 2-4 years to consolidate most updated evidence of physical activity related indicators. The recent (third) Hong Kong report card was released in December 2022. It provides a synthesis of the best available evidence across 12 indicators, namely “Overall Physical Activity”, “Organised Sport and Physical Activity”, “Active Play”, “Active Transportation”, “Sedentary Behaviour”, “Physical Fitness”, “Sleep”, “Family and Peers”, “School”, “Community and Environment”, “Government” and “Obesity”.

Lessons learned: The results show that children and adolescents in Hong Kong perform the worst in “Overall Physical Activity” and “Obesity” with a D-, corresponding to 25% of children and adolescents meeting the benchmarks. Both “Overall Physical Activity” and “Sedentary Behaviour” decline compared with the first two Report Cards. Slight improvements were observed in influence indicators (“School” and “Government”). While “Obesity” and “Physical Fitness” remain unchanged, albeit with a low grade, indicating that obesity and a low level of physical fitness continue to be serious problems in Hong Kong. Based on these results, priorities to improve the grades will be discussed in this talk.

Keywords: physical Activity, children and adolescents, sedentary behaviour, active play, Report Card

Shifting time: time use in shift workers

Tracy Kolbe-Alexander [1 *]

[1]School of Health and Medical Sciences and Centre for Health Research, University of Southern Queensland, Australia

[*]Correspondence:
Tracy Kolbe-Alexander
Email: Tracy.Kolbe-Alexander@usq.edu.au

Abstract

Background: Shift work is characterized by alternating and rotating morning, afternoon, and night shifts, with employees often working outside the standard hours of 7:00 AM to 6:00 PM. Given service and production demands, industries in the transportation, hospitality, manufacturing, and health care sectors depend on shift work. About 20% of the working population in the United States, Australia, and Europe are engaged in this work pattern.

Methods: Shift workers have been identified as an 'at risk' group of employees as the incidence of cardiovascular disease, diabetes and metabolic syndrome is higher compared to those who only work during the day. The first part of this presentation will include results from two meta-analyses. The first meta-analysis includes evidence on the risk of CVD events associated with shift work, and the dose-response relationship in this association. The second meta-analysis addresses the effects of shift work on mental health and the differences between men and women.

Results: Insufficient levels of physical activity has been identified as one of the potential mechanisms linking shift work with adverse health outcomes. Previous research has shown that shift workers have poorer health-related lifestyle behaviours and fewer opportunities for physical activity (PA) than non-shift workers. Differences in shift workers' physical activity (PA), sedentary behaviour and sleep while at work and in leisure time, on days when they are working at night, during the day, or on non-work days, are largely unexplored. The second part of this presentation will address the variation in these behaviours among shift workers from different sectors according to the type of shift (day, night, day off) in addition to comparisons with those who only work during the day. The prevalence of shift workers meeting physical activity guidelines will be presented.

Keywords: shift workers, physical activity, shift work, cardiovascular disease, meta-analyses

30 มกราคม 2566

ห้องประชุมหลัก MR208

เวลา 13.00 - 14.15 น.

ACTIVE ENVIRONMENT

แนวคิดการขับเคลื่อน “ชุมชนสุขภาวะ”

ประยงค์ โพธิ์ศรีประเสริฐ [1*]

[1] สถาบันอาศรมศิลป์, กรุงเทพฯ, ประเทศไทย

*การติดต่อ:
นายประยงค์ โพธิ์ศรีประเสริฐ
Email: p.prayong@gmail.com

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: “ชุมชนสุขภาวะ” เป็นชุมชนที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดเพื่อปรับปรุงสภาพแวดล้อมและปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาวะและความเป็นอยู่ที่ดีของสมาชิกในชุมชน บทความนี้ มีเป้าหมายในการทบทวนกรอบแนวคิดการส่งเสริม “ชุมชนสุขภาวะ” รวมถึงแนวทางการขับเคลื่อน เปรียบเทียบกับประสบการณ์การทำงานกับชุมชนและองค์กรท้องถิ่นในประเทศไทย โดยแนวทางของ “ชุมชนสุขภาวะ” มีหลักการให้ชุมชนเป็นผู้กำหนดวิสัยทัศน์การพัฒนาของตนเอง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนที่สอดคล้องกับอัตลักษณ์ ความต้องการและทรัพยากรของชุมชน โดยมียุทธศาสตร์ 5 ด้าน ได้แก่ (1) การมีส่วนร่วมของชุมชน (2) ความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ (3) เจตจำนงทางการเมือง (4) นโยบายสาธารณะด้านสุขภาวะ และ (5) การพัฒนาบนฐานทุนชุมชน

โปรแกรม/โครงการที่นำไปใช้: สถาบันอาศรมศิลป์ ดำเนินงานขับเคลื่อนชุมชนสุขภาวะ โดยสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างสร้างสรรค์ ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม การเรียนรู้ผ่านการลงมือทำ และความคิดสร้างสรรค์ มีกรอบแนวคิดในการทำงาน คือ การร่วมสร้างสรรค์ และ การคิดเชิงออกแบบ เกิดโครงการเป็นรูปธรรม ได้แก่ (1) “โครงการลานกีฬาพัฒน์” ประกอบด้วยโครงการนำร่อง 2 พื้นที่ (2) “โครงการลานกีฬาวัฒนธรรมชุมชน” ดำเนินการร่วมกับองค์กรท้องถิ่น ระยะที่ 1 จำนวน 2 แห่ง ระยะที่ 2 ขยายผลในองค์กรท้องถิ่น รวม 5 แห่ง

บทเรียนรู้: จากการทำงานพบว่าบริบทการขับเคลื่อน “ชุมชนสุขภาวะ” ในประเทศไทย โดยภาพรวมสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการขับเคลื่อนชุมชนสุขภาวะในยุโรปและอเมริกา ที่ให้ความสำคัญกับองค์กรท้องถิ่น เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมถึงความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ แต่หากเปรียบเทียบกระบวนการและเงื่อนไขในการทำงาน พบว่าองค์กรท้องถิ่นยังคงมีบทบาทนำในขณะที่ชุมชนเป็นผู้ตาม ในด้านนโยบายสาธารณะด้านสุขภาวะ องค์กรท้องถิ่นในประเทศไทยยังขาดการกำหนดนโยบายการขับเคลื่อนชุมชนสุขภาวะที่ชัดเจนและครอบคลุม ขณะที่ด้านเจตจำนงทางการเมือง ผู้บริหารองค์กรท้องถิ่นเริ่มเห็นความสำคัญของนโยบายการพัฒนาสุขภาวะชุมชนมากขึ้น แต่โดยภาพรวมยังต้องยกระดับความรู้ ความเข้าใจ เรื่องแนวคิดชุมชนสุขภาวะที่ชัดเจน

บทสรุป: การขับเคลื่อนแนวคิดชุมชนสุขภาวะในประเทศไทย จำเป็นต้องขยายขอบเขตการดำเนินงาน ให้ครอบคลุมในทุกมิติของการดำรงชีวิต รวมถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในภาพรวม ให้ครอบคลุมถึงระบบนิเวศโดยรอบชุมชน เป็นการสร้างหลักประกันให้ชุมชนมีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะที่ดีได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ชุมชนสุขภาวะ, การมีส่วนร่วมของชุมชน, การคิดเชิงออกแบบ, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ, การพัฒนาบนฐานทุนชุมชน

บทนำ

แนวคิดชุมชนสุขภาวะ เกิดจากความเข้าใจพื้นฐานว่าปัจจัยกำหนดสุขภาพ (determinants of health) ของคนในชุมชน ไม่ได้ขึ้นอยู่กับระบบการดูแลสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่ "สุขภาวะที่ดี" ของชุมชนมีผลมาจากโอกาสและความเท่าเทียมในการเข้าถึงปัจจัยสุขภาพขั้นพื้นฐาน เช่น ความสงบสุข อาหาร ที่พักอาศัย อากาศและน้ำสะอาด ทรัพยากรที่เพียงพอ การศึกษา รายได้ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ปลอดภัย และการเกื้อกูลกันในสังคม

นิยามของ "ชุมชนสุขภาวะ" ที่สอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าวจึงหมายถึง ชุมชนที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดเพื่อปรับปรุงสภาพแวดล้อมและปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาวะและความเป็นอยู่ที่ดีของสมาชิกในชุมชน (BC Healthy Communities Society, 2022)

ทั้งนี้ ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 75 ของปัจจัยกำหนดสุขภาพของคนเราอยู่นอกระบบการดูแลสุขภาพโดยตรง โดยประกอบด้วยหลากหลายปัจจัยที่เชื่อมโยงระหว่างผู้คนกับสถานที่ ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพและวิถีชีวิตของคน เช่น ลักษณะชุมชน ที่อยู่อาศัย การเดินทาง การพักผ่อนหย่อนใจ ปฏิสัมพันธ์ในชุมชน และอาหารการกินที่ดี รวมถึงรายได้และระดับการศึกษา ตลอดจนเครือข่ายทางสังคม และการเข้าถึงบริการทางสังคม ซึ่งสามารถสร้างขึ้นได้ในชุมชนที่เราอยู่อาศัยและใช้ชีวิต เป็นที่มาของความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาวะของชุมชนในภาพรวม ควบคู่ไปกับสุขภาพของบุคคล

บทความนี้มีเป้าหมายในการทบทวนกรอบแนวคิดการส่งเสริม "ชุมชนสุขภาวะ" รวมถึงองค์ประกอบสำคัญ และแนวทางดำเนินงานขับเคลื่อนชุมชนสุขภาวะ โดยเปรียบเทียบกับประสบการณ์ตรงจากการทำงานร่วมกับชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศไทย เพื่อพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ รวมถึงแนวทางการทำงานของชุมชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้ในอนาคต

ขั้นตอนการดำเนินโปรแกรม/โครงการ (Program/project implementation)

การสร้าง "ชุมชนสุขภาวะ"

แนวทางของ "ชุมชนสุขภาวะ" มีหลักการให้ชุมชนเป็นผู้กำหนดวิสัยทัศน์ในการพัฒนาของตนเอง รวมถึงจัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนที่สอดคล้องกับ อัตลักษณ์ ความต้องการ และทรัพยากรของชุมชน โดยให้ความสำคัญกับปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและกายภาพ ที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลและชุมชน (BC Healthy Communities Society, 2022) ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ 5 ด้าน เพื่อพัฒนาสุขภาวะและความเป็นอยู่ของประชาชนบนพื้นฐานและศักยภาพของชุมชน ได้แก่

1) **การมีส่วนร่วมของชุมชน** (Community Involvement) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสุขภาวะที่ต้องการ ทั้งทางร่างกาย สังคม และจิตใจ ประชาชนจำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ กำหนดนโยบายที่ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของตนเอง การมีส่วนร่วมของชุมชนจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมสุขภาวะของพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีข้อบ่งชี้ว่าการส่งเสริมความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของบุคคลคือการส่งเสริมสุขภาพด้วยเช่นกัน การสร้างชุมชนสุขภาวะจึงควรมีช่องทางให้สมาชิกชุมชนสามารถแลกเปลี่ยน สื่อสารข้อมูลซึ่งกันและกันถึงความต้องการและทรัพยากร รวมถึงมีส่วนร่วมวางแผนและกระบวนการตัดสินใจที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตและความร่วมมือเพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกัน

2) **ความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ** (Inter-Sectoral Partnerships) แนวคิดชุมชนสุขภาวะให้ความสำคัญกับบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีความรับผิดชอบโดยตรงในการดูแลความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล มีบทบาทโดยตรงในการพัฒนาชุมชนสุขภาวะ (Hancock, T., 2022) อย่างไรก็ตาม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเองไม่สามารถรับบทบาทนี้เพียงลำพังได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องผลักดันให้นโยบายสุขภาวะเป็นวาระทางสังคมและการเมือง เพื่อให้หน่วยงานรัฐรวมถึงภาคส่วนอื่น ทั้งด้านสาธารณสุข การศึกษา ภาคธุรกิจ องค์กรชุมชนและอาสาสมัคร ตระหนักว่าการดูแลสุขภาวะชุมชนเป็นภารกิจของทุกภาคส่วน และทำงานร่วมกันเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน

3) **เจตจำนงทางการเมือง** (Political Commitment) การสร้างชุมชนสุขภาวะ เป็นภารกิจที่ต้องการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทเป็นศูนย์กลางของการดำเนินงาน ดังนั้นเจตจำนงทางการเมืองของผู้บริหาร ทั้งนายกเทศมนตรี และสภา จึงเป็นหัวใจสำคัญในการขับเคลื่อนชุมชนสุขภาวะ โดยผู้นำจากการเลือกตั้งของท้องถิ่นต้องมีวิสัยทัศน์และการตัดสินใจในการกำหนดนโยบายและวางแผนที่ครอบคลุม สามารถสร้างความร่วมมือเพื่อสร้างชุมชนที่มีชีวิตชีวา ยั่งยืน และส่งเสริมสุขภาวะในหลายระดับ รวมถึงการแสดงความเป็นผู้นำ และการรักษาพัฒนาความเป็นหุ้นส่วนการส่งเสริมสุขภาวะชุมชนได้อย่างเหมาะสม

4) **นโยบายสาธารณะด้านสุขภาวะ** (Healthy Public Policy) การกำหนดนโยบายในภาคส่วนที่ไม่เกี่ยวกับสุขภาพโดยตรง เช่น ระบบการขนส่ง หรือนโยบายด้านอาหาร เพื่อส่งเสริมสุขภาวะของประชาชน นโยบายสาธารณะด้านสุขภาวะในระดับท้องถิ่นมีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากมีผลต่อสุขภาวะของชุมชนในหลายด้าน ทั้งทางเลือกในการเดินทาง สภาพของชุมชน การพักผ่อนหย่อนใจ การเข้าถึงอาหารเพื่อสุขภาพ ในพื้นที่ชุมชนที่เราอยู่อาศัย ทำงาน และใช้ชีวิต

5) **การพัฒนาบนฐานทุนชุมชน** (Asset-Based Community Development) ส่งเสริมความเข้มแข็งให้กับบุคคลและชุมชน โดยเน้นการรวมตัวของชุมชน และการพัฒนาทักษะ ความรู้ และทรัพยากรของสมาชิกชุมชน แนวทางการแก้ปัญหาเชิงประเด็นในรูปแบบเดิม เช่น ความยากจน โรคอ้วน และปัญหาที่อยู่อาศัย ส่วนใหญ่จะเน้นไปที่ปัญหาและจุดอ่อนของชุมชน โดยผลลัพธ์ที่ได้คือแนวทางแก้ปัญหาตามความต้องการและแผนพัฒนาชุมชนที่ถูกกำหนดโดยผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกซึ่งมักจะไม่ได้ผล ในขณะที่แนวทางการพัฒนาบนฐานทุนชุมชน สนับสนุนให้ชุมชนสร้างจุดแข็ง ความรู้ และทักษะของชุมชน เพื่อกำหนดวิธีแก้ปัญหาของชุมชนเอง โดยมีการสนับสนุนจากรัฐและหน่วยงานภายนอก ตามความต้องการและแนวทางดำเนินงานที่ชุมชนเป็นผู้กำหนด

นับจากการกำหนดนโยบายโดยองค์การอนามัยโลกในปี 2529 ได้เกิดการขับเคลื่อน เมืองและชุมชนสุขภาวะในหลายประเทศทั่วโลกโดยเฉพาะในยุโรปและอเมริกา ซึ่งให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกหลัก (Lafond, LJ. 2015, American Planning Association, 2017)

องค์ประกอบของ "ชุมชนสุขภาวะ"

ชุมชนสุขภาวะ ไม่ได้ขึ้นอยู่กับพื้นฐานคุณภาพของระบบการรักษาพยาบาลเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับทรัพยากรทางสังคมและเศรษฐกิจที่หลากหลาย ซึ่งจำเป็นต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีในทุกด้านของผู้อยู่อาศัย แต่ถึงแม้แนวคิดดังกล่าวจะเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง การดำเนินงานในแต่ละชุมชนแต่ละองค์กรท้องถิ่นก็ยังมีกรอบการดำเนินงานในรายละเอียดที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะการกำหนดองค์ประกอบซึ่งปัจจัยพื้นฐานสำหรับชุมชนสุขภาวะ ซึ่งมีความหลากหลายและจุดเน้นที่แตกต่างกันไปทั้งในยุโรปและอเมริกา (Partnership for Healthy Communities, 2022) โดยสามารถสรุปองค์ประกอบของชุมชนสุขภาวะ อย่างกว้าง ๆ ได้ ดังนี้

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม *(Healthy Environment)* ชุมชนมีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และคุณภาพของสิ่งแวดล้อมที่ดี สะอาด ปลอดภัย ปราศจากมลพิษ รวมถึงมีสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติและระบบนิเวศที่มีเสถียรภาพ ตลอดจนมีมาตรการดูแลอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมในระยะยาว เพื่อสร้างหลักประกันให้ชุมชนมีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะที่ดีของประชาชนอย่างยั่งยืน

ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม *(Participation and Partnership)* ชุมชนมีความเข้มแข็ง เอื้อเฟื้อสนับสนุนซึ่งกันและกัน ไม่เอารัดเอาเปรียบ มีระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตัดสินใจเชิงนโยบายที่ส่งผลต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของชุมชน โดยองค์กรท้องถิ่นและภาครัฐ รวมถึงเอกชน ให้ความสำคัญกับนโยบายด้านสุขภาวะและการส่งเสริมสุขภาวะร่วมกับชุมชน

ปัจจัยด้านสุขภาวะและความเป็นอยู่ที่ดี *(Health and Wellness)* ชุมชนมีวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดี เข้าถึงอาหารที่ดีต่อสุขภาพ มีความเป็นอยู่ที่กระฉับกระเฉง รวมถึงมีกิจกรรมนันทนาการ พักผ่อนที่เพียงพอ เหมาะสม รวมถึงการบริการสาธารณสุขพื้นฐานและการดูแลผู้ป่วยที่ดีและเหมาะสม มีสถานะสุขภาพ (health status) ที่ดี ทั้งสถานะสุขภาพเชิงบวกและอัตราการเป็นโรคต่ำ

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม *(Social and Economy)* ประกอบด้วย โอกาสทางเศรษฐกิจ (Economic Opportunity) ได้แก่ การเข้าถึงทรัพยากร รวมถึงโอกาสด้านการศึกษา การประกอบอาชีพ และรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต มีนวัตกรรมการสร้างสรรค์ และเศรษฐกิจชุมชนที่หลากหลาย ตลอดจนอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมและความมีชีวิตชีวา (Culture and Vitality) ได้แก่ กิจกรรมสร้างสรรค์ทางศิลปะ และประเพณี รวมถึงกิจกรรมทางสังคม การปฏิสัมพันธ์ สื่อสาร เชื่อมโยงกับชุมชน สังคม และปัจเจกบุคคลอื่น อย่างกว้างขวาง

ปัจจัยด้านกายภาพและผังเมือง *(Built Environment and Urban Planning)* รูปแบบการพัฒนาทางกายภาพของชุมชน ต้องสามารถรองรับและส่งเสริมความต้องการ และวิถีชีวิตสุขภาวะของชุมชนในทุกมิติ ทั้งโครงสร้างพื้นฐาน การพัฒนาที่อยู่อาศัยและชุมชน พื้นที่สีเขียว สวนสาธารณะและนันทนาการ รวมถึงโครงข่ายการสัญจรที่เอื้อต่อสุขภาวะที่ดีของชุมชน

บริบทการสร้าง “ชุมชนสุขภาวะ” ในประเทศไทย

ในบริบทขององค์การอนามัยโลก คำว่า “เมืองสุขภาวะ” และ “ชุมชนสุขภาวะ” มีความหมายใกล้เคียงกัน อย่างไรก็ตาม ลักษณะของชุมชนในประเทศไทยจะมีความแตกต่างจากนิยามขององค์การอนามัยโลกดังกล่าว โดย “ชุมชน” ในบริบทของประเทศไทย จะหมายถึงการอยู่รวมกันของกลุ่มคนในพื้นที่ซึ่งมีความสัมพันธ์และการใช้ชีวิตร่วมกัน (ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ, 2543) โดยชุมชนอาจมีเป้าหมาย ความต้องการ และความคิดเห็น รวมถึงการตัดสินใจของตนเองที่เป็นอิสระแตกต่างไปจากนโยบายขององค์กรท้องถิ่นในพื้นที่

ชุมชนดังกล่าวนี้ มีโจทย์ความต้องการและองค์ประกอบการทำงานที่หลากหลาย โดยส่วนใหญ่จะมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลสภาพแวดล้อม และความเป็นอยู่ที่ดีของสมาชิกในชุมชนมาโดยตลอด และหากชุมชนมีความเข้มแข็งก็จะช่วยให้ภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกิดประสิทธิผลและประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม รูปแบบการทำงานร่วมกันระหว่างชุมชนกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานส่วนใหญ่หน่วยงานภาครัฐยังคงมีบทบาทเป็นผู้นำและชุมชนเป็นผู้ตาม โดยขาดกระบวนการสร้างความเข้าใจถึงเป้าหมายการทำงานและการร่วมเป็นเจ้าของงานที่ดี ทำให้ผลลัพธ์ของการดำเนินการจำกัดอยู่ในระดับกิจกรรม และเกิดประโยชน์ได้น้อยกว่าที่ควรจะเป็น ดังนั้น การส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมใน**ระดับชุมชนจึงเป็นกุญแจสำคัญในการขับเคลื่อน “ชุมชนสุขภาวะ” ในประเทศไทย**

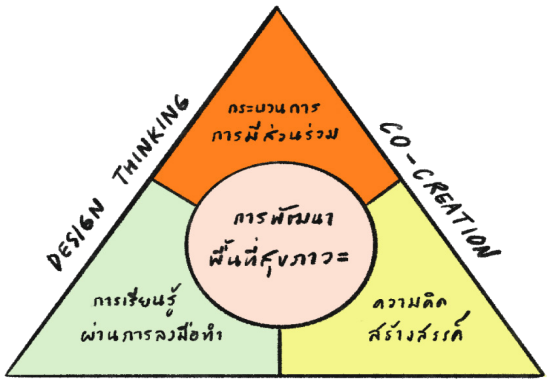
สถาบันอาศรมศิลป์ ได้ทำงานร่วมกับแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ตั้งแต่ปี 2555 เพื่อสร้างชุมชนสุขภาวะผ่านการพัฒนา “พื้นที่สุขภาวะ” โดยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดีในทุกมิติ ในบริบทชุมชนที่หลากหลาย จากกระบวนการมีส่วนร่วมกับชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ในการสร้างความเข้าใจ ระบุโจทย์ความท้าทาย สร้างสรรค์ทางเลือกร่วมตัดสินใจ และลงมือสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นรูปธรรม รวมไปถึงการสร้างกลไกความร่วมมือเพื่อการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืนในระยะยาว (สถาบันอาศรมศิลป์, 2565)

แนวทางการดำเนินงาน “ชุมชนสุขภาวะ” เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างสร้างสรรค์ เป็นกระบวนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาพื้นที่สุขภาวะ ซึ่งไม่เพียงแต่เป็นการสร้างการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ แต่ยังเป็นโอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาและการหาทางออกร่วมกัน ในการสร้างสุขภาวะองค์รวมให้กับชุมชน (สถาบันอาศรมศิลป์, 2565) ประกอบด้วย

กระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้ร่วมระบุความต้องการ ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ และร่วมประเมินผล ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างความเป็นเจ้าของและเกิดการเรียนรู้ร่วมกันกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

การเรียนรู้ผ่านการลงมือทำ เพื่อให้เกิดผลการเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรม ทำให้ผู้มีส่วนร่วมทุกฝ่ายได้เห็นศักยภาพและข้อจำกัดของตนเองและทีม ผ่านการสรุปความรู้ร่วมกันหลังการปฏิบัติ เพิ่มขีดความสามารถของบุคคลและองค์กร และพัฒนาไปสู่การสานพลังให้เกิดกลไกความร่วมมือในระยะยาว

ความคิดสร้างสรรค์ ทั้งในการออกแบบพื้นที่กายภาพและการออกแบบกระบวนการ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความต้องการ และผลลัพธ์ที่ได้ประโยชน์ทุกฝ่าย (Win-Win Solution) ท่ามกลางความต้องการที่หลากหลายของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง



ภาพที่ 1 แนวทางการดำเนินงาน "ชุมชนสุขภาวะ" (สถาบันอาศรมศิลป์, 2565)

ทั้งนี้ มีกรอบแนวคิดพื้นฐานในการสร้างความร่วมมือและกระบวนการทำงาน ดังนี้

1) **การร่วมสร้างสรรค์** (Co-Creation) กระบวนการร่วมกำหนดคุณค่าของบริการและพื้นที่ แสวงหาคำตอบในการพัฒนาทางเลือก ผลิตภัณฑ์ บริการ หรือพื้นที่ร่วมกันกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

2) **การคิดเชิงออกแบบ** (Design Thinking) กระบวนออกแบบผลิตภัณฑ์ บริการ หรือพื้นที่ เพื่อแก้ไขปัญหาโดยมีคนเป็นศูนย์กลาง ผ่านการทำความเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้อง กำหนดโจทย์ที่ชัดเจน ออกแบบทางเลือกการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ นำไปสู่การสร้างต้นแบบการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม

การถอดบทเรียน

บทเรียนการขับเคลื่อน "ชุมชนสุขภาวะ" ในประเทศไทย ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สถาบันอาศรมศิลป์ ได้ดำเนินโครงการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะชุมชนมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกรณีศึกษาเหล่านี้ แม้จะเป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่ในบางเขตบางจังหวัด แต่ก็สามารถใช้เป็นจุดเริ่มต้นแนวคิดในการทำงานขององค์กรท้องถิ่นรวมถึงชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกันทั่วประเทศ โดยมีโครงการซึ่งแสดงให้เห็นพัฒนาการในการทำงานที่สอดคล้องกับแนวคิดการสร้าง "ชุมชนสุขภาวะ" ที่เกิดขึ้นเป็นรูปธรรม ดังนี้

1) "โครงการลานกีฬาพัฒน์" บทเรียนการมีส่วนร่วมในการสร้างพื้นที่สุขภาวะชุมชน

โดยสำนักราชเลขาธิการ ได้ริเริ่มโครงการก่อสร้างลานกีฬาสำหรับประชาชน เพื่อสนับสนุนการรวมกลุ่มกิจกรรมนันทนาการ การกีฬา การพัฒนาชุมชน และกิจกรรมเพื่อสาธารณประโยชน์อื่น ๆ มีการพัฒนาโครงการนำร่อง 2 พื้นที่ ได้แก่ ลานกีฬาพัฒน์ 1 ชุมชนเคหะคลองจั่น การเคหะแห่งชาติ และลานกีฬาพัฒน์ 2 พื้นที่ใต้ทางด่วนอุรุพงษ์ บริเวณชุมชนบ้านครัว ในปี 2557 โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณการก่อสร้างจากหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน การดำเนินงานมีเป้าหมายสำคัญ คือ สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการสร้างพื้นที่สุขภาวะที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน พร้อมกับการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน โดยใช้กรอบแนวคิดพื้นฐานของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ผ่านการตั้งโจทย์จากสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ ด้วยการนำความรู้ที่มีอยู่ไปสร้างการมีส่วนร่วมในบริบทของพื้นที่ (สถาบันอาศรมศิลป์, 2558)

ผลจากการดำเนินงานโครงการลานกีฬาพัฒน์ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์และความสำคัญในการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อให้ชุมชนเกิดความรู้สึกความเป็นเจ้าของและมีบทบาทร่วมกับโครงการในบริบทของชุมชนในเขตเมือง โดยสามารถทำให้เกิดบทบาทการมีส่วนร่วมของชุมชนใน 4 มิติ ดังนี้ (1) มีส่วนร่วมให้ข้อมูล ระบุปัญหาและความต้องการของชุมชน (2) มีส่วนร่วมกำหนดเป้าหมายและสร้างทางเลือกในการดำเนินการ (3) มีส่วนร่วมดำเนินกิจกรรมในโครงการ (4) มีส่วนร่วมตัดสินใจและประเมินผลการออกแบบรวมถึงกิจกรรมของโครงการ

ภาพที่ 2 ลานกีฬาพัฒน์ 1 ชุมชนเคหะคลองจั่น

ภาพที่ 3 ลานกีฬาพัฒน์ 2 พื้นที่ใต้ทางด่วนอุรุพงษ์

จากปัจจัยดังกล่าว ได้ทำให้เกิดผลลัพธ์และความเปลี่ยนแปลงในชุมชนและพื้นที่โดยรอบ ทั้งในด้านการใช้งานซึ่งมีผู้เข้ามาใช้พื้นที่เป็นจำนวนมาก ทั้งสมาชิกชุมชนและบุคคลภายนอก ด้านการดูแลรักษาโครงการซึ่งชุมชนมีส่วนร่วมกับหน่วยงานราชการในการดูแลสถานที่และอุปกรณ์ต่าง ๆ ภายในพื้นที่ ไปจนถึงการรวมกลุ่มจัดกิจกรรมของชุมชนมาอย่างต่อเนื่องและสร้างสรรค์ จนเป็นที่รับรู้จากสาธารณชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ทั้งนี้ ความสำเร็จของโครงการมีปัจจัยพื้นฐานสำคัญ คือ เป้าหมายของโครงการที่สอดคล้องกับความต้องการพื้นที่เพื่อการออกกำลังกายและนันทนาการของชุมชน ซึ่งมีความหนาแน่นสูง มีสภาพความเป็นอยู่ที่แออัด ประกอบกับทำเลที่ตั้งของโครงการที่สะดวกต่อการใช้งานของชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ถือเป็นเงื่อนไขสำคัญ โดยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ของโครงการ ได้แก่ (1) การเปิดโอกาสให้ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น นำเสนอความต้องการและเข้าร่วมกิจกรรมอย่างเท่าเทียมกัน (2) บรรยากาศและเงื่อนไขการทำงานร่วมกันอย่างเสมอภาค รวมถึงกรอบการมีส่วนร่วมตัดสินใจที่ชัดเจน และยอมรับร่วมกันตั้งแต่เริ่มต้นการทำงาน (3) ความต่อเนื่องในการจัดกิจกรรมจากความคิดริเริ่มและความต้องการของชุมชน และ (4) การสร้างความเชื่อมั่นและกำลังใจ ให้ชุมชนเห็นถึงศักยภาพของตนเอง รวมถึงการยอมรับ และความร่วมมือจากหน่วยงานท้องถิ่นและภาครัฐ

2) “โครงการลานกีฬา วัฒนธรรมชุมชน” บทเรียนการสร้างความร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่น

เป็นการทำงานต่อยอดจากผลลัพธ์ของ “โครงการลานกีฬาพัฒน์” โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างความเข้าใจ และสร้างกลไกความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดภาคกลางตอนล่าง เพื่อใช้เป็นฐานการเรียนรู้ ขยายผลการทำงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศ โดยเริ่มดำเนินการ ในปี 2560 ในระยะที่ 1 มีการดำเนินงานร่วมกับเทศบาลตำบลบ้านแหลม และเทศบาลตำบลหาดเจ้าสำราญ จังหวัดเพชรบุรี สามารถทำให้เกิดความร่วมมือในการก่อสร้างพื้นที่สุขภาวะชุมชน โดยการจัดสรรงบประมาณของเทศบาลทั้ง 2 แห่ง และเกิดกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างชุมชนกับเทศบาลอย่างต่อเนื่อง

ภาพที่ 4 ลานสุขภาวะเทศบาลหาดเจ้าสำราญ จังหวัดเพชรบุรี

ในระยะที่ 2 มีการขยายผลโครงการไปยังพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร สมุทรสงคราม และประจวบคีรีขันธ์ ในปี 2562 โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนใจเข้าร่วมโครงการ 5 แห่ง ได้แก่ เทศบาลนครสมุทรสาคร องค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสงคราม และองค์การบริหารส่วนตำบลบางสะแก จังหวัดสมุทรสงคราม เทศบาลเมืองหัวหิน และ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองตาแต้ม จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ซึ่งผลการดำเนินงานจากการออกแบบสร้างสรรค์ “พื้นที่สุขภาวะ” ร่วมกับชุมชน นอกจากจะทำให้เกิดการใช้งานที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนแล้ว ยังเป็นการสร้างอัตลักษณ์ของพื้นที่ โดยเชื่อมโยงกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน ซึ่งนำไปสู่ความรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการ และการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนโครงการร่วมกัน

จากผลลัพธ์การดำเนินงานดังกล่าว ทำให้เกิดกลไกความร่วมมือระหว่างเทศบาล ชุมชน และองค์กรภาคประชาชนในพื้นที่ โดยองค์กรท้องถิ่นยอมรับแนวคิดผังแม่บท “ลานกีฬาวัฒนธรรมชุมชน” จากการมีส่วนร่วมของชุมชน และให้ความร่วมมือในการจัดสรรงบประมาณก่อสร้างโครงการ รวม 3 พื้นที่ ได้แก่ ลานสุขภาวะบ้านท่าฉลอม ซึ่งเทศบาลได้จัดสรรงบประมาณการก่อสร้าง ทั้งโครงการ 6.9 ล้านบาท ลานกีฬาวัฒนธรรมชุมชนตำบลหนองตาแต้ม มีการก่อสร้างในส่วนสนามกีฬาและสนามเปตอง และลานกีฬาวัฒนธรรมชุมชนตำบลบางสะแก มีการก่อสร้างสนามเด็กเล่น โดยการจัดกิจกรรมระดมทุนของชุมชน

ทั้งนี้ ปัจจัยพื้นฐานสำคัญต่อความสำเร็จของโครงการเกิดจากแนวโน้มความเข้าใจถึงความสำคัญของนโยบายการพัฒนาสุขภาวะชุมชน รวมถึงเจตจำนงทางการเมืองของผู้บริหารท้องถิ่นในทางที่ดีขึ้น ทำให้เกิดการแสวงหาความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ มากขึ้น โดยกระบวนการสร้างความร่วมมือระหว่างองค์กรท้องถิ่นกับชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการสนับสนุนภารกิจ และแบ่งเบาข้อจำกัดของหน่วยงานท้องถิ่น ประกอบด้วย (1) การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยมีองค์กรท้องถิ่นร่วมรับรู้ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างใกล้ชิด เท่าเทียม ทำให้องค์กรท้องถิ่นเข้าใจความต้องการของชุมชนชัดเจนขึ้น (2) การออกแบบพื้นที่โดยมีคนเป็นศูนย์กลาง มีการกำหนดโจทย์ที่ชัดเจน และแก้ปัญหาด้วยความคิดสร้างสรรค์ ช่วยให้องค์กรท้องถิ่นเข้าใจเกิดแรงบันดาลใจ และมีเจตจำนงในการขับเคลื่อนโครงการ (3) การผลักดันโครงการนำร่องให้เกิดขึ้นเป็นรูปธรรมในพื้นที่ ช่วยให้ผู้มีส่วนร่วมทุกฝ่ายเห็นความเป็นไปได้ เกิดกำลังใจ รวมถึงได้เรียนรู้การทำงานเพื่อผลักดันโครงการให้เกิดความสำเร็จ

ภาพที่ 5 ลานสุขภาวะท่าฉลอม จังหวัดสมุทรสาคร

บทสรุป

จากประสบการณ์การทำงานของสถาบันอาศรมศิลป์ พบว่าบริบทการทำงานขับเคลื่อน “ชุมชนสุขภาวะ” ในประเทศไทยในภาพรวมมีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิด แนวทางดำเนินงาน รวมถึงองค์ประกอบในการขับเคลื่อนชุมชนสุขภาวะในยุโรปและอเมริกา โดยเฉพาะการให้ความสำคัญกับบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งรับผิดชอบโดยตรงในการดูแลคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ การเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมถึงความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ อย่างใกล้ชิด

อย่างไรก็ตาม หากเปรียบเทียบกระบวนการและเงื่อนไขในการทำงานในรายละเอียด จะพบว่าการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับชุมชนในประเทศไทยยังขาดความเสมอภาคและมีช่องว่างระหว่างกัน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ยังคงมีบทบาทนำในขณะที่ชุมชนเป็นผู้ตาม ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัด ในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในฐานะหุ้นส่วนที่แข็งขันและยั่งยืน

ในประเด็นด้านนโยบายสาธารณะด้านสุขภาวะ พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศไทย ยังไม่มีการกำหนดนโยบายการขับเคลื่อนชุมชนสุขภาวะที่ชัดเจนและครอบคลุม โดยแผนงานพัฒนาท้องถิ่นที่มีผลต่อสุขภาวะ

ของชุมชน เช่น สิ่งแวดล้อมชุมชน การพักผ่อนหย่อนใจ จะถูกคิดแบบแยกส่วน และจัดไว้ในแผนพัฒนาด้านต่าง ๆ แทนที่จะเป็นนโยบายสุขภาวะ ซึ่งมีเป้าหมายในการสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนให้ประชาชนมีชีวิตที่มีสุขภาวะ สร้างทางเลือกที่ดีต่อสุขภาพ รวมถึงเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางสังคมและทางกายภาพอย่างชัดเจน

ขณะที่ประเด็นด้านเจตจำนงทางการเมือง ถึงแม้ผู้บริหารองค์กรท้องถิ่นส่วนใหญ่จะเริ่มเห็นความสำคัญของนโยบายการพัฒนาสุขภาวะชุมชน และให้การสนับสนุนการพัฒนาด้านสุขภาวะมากขึ้น แต่โดยภาพรวมแล้วยังจำเป็นต้องมีการยกระดับความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับแนวคิดชุมชนสุขภาวะ ที่ชัดเจน เป็นรูปธรรมมากขึ้น

ทั้งนี้ ผลลัพธ์ในการขับเคลื่อนชุมชนสุขภาวะ ซึ่งมีความสำเร็จที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ได้แก่ การพัฒนาบนฐานทุนชุมชน โดยชุมชนที่เข้าร่วมโครงการสามารถพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งจากการมีส่วนร่วมกำหนดเป้าหมาย ความต้องการ และอัตลักษณ์ของชุมชน รวมถึงการริเริ่มกิจกรรมเพื่อยกระดับวิถีชีวิตและสุขภาวะชุมชนที่ครอบคลุมในหลากหลายมิติ

ด้วยข้อจำกัดในการทำงานของสถาบันอาศรมศิลป์ ซึ่งเป็นการขยายผลความร่วมมือผ่านการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะชุมชน ซึ่งเป็นพื้นที่ขนาดเล็กและเน้นกระบวนการออกแบบทางกายภาพเป็นหลัก ทำให้การสื่อสารแนวคิดชุมชนสุขภาวะ ขาดความชัดเจน ไม่สะท้อนถึงความคิดที่เป็นองค์รวม ซึ่งอาจส่งผลให้การประสานความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ เป็นไปแบบแยกส่วนในรายกิจกรรม ซึ่งจำเป็นต้องมีการศึกษาและสร้างความเข้าใจเพื่อพัฒนาความรู้ในการดำเนินงานต่อไป

การขับเคลื่อนแนวคิดชุมชนสุขภาวะในประเทศไทย จำเป็นต้องมีการขยายขอบเขตการดำเนินงานให้ครอบคลุมในทุกมิติของการดำรงชีวิต และส่งผลต่อสุขภาวะของประชาชน เช่น โอกาสด้านการประกอบอาชีพ การศึกษา เศรษฐกิจชุมชน และความมีชีวิตชีวา

นอกจากนี้ ยังควรคำนึงถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในภาพรวม โดยการออกแบบ “ผังแม่บทชุมชนสุขภาวะ” ให้ครอบคลุมถึงระบบนิเวศโดยรอบพื้นที่ เพื่อป้องกันผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมและปัญหามลพิษที่อาจเกิดขึ้น เป็นการสร้างหลักประกันให้ชุมชนมีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะที่ดีได้อย่างยั่งยืนในอนาคต

อ้างอิง

1 American Planning Association. (2017). Healthy Communities Policy Guide. Available from: https://www.planning.org/publications/document/9141726/.

2 BC. (2022). Healthy Communities Society. Available from: https://planh.ca/big-picture/what-healthy-community.

3 Hancock, T. (2022). Healthy Communities. Encyclopedia of Public Health. Available from: https://www.encyclopedia.com.

4 Lafond, LJ. (2015). National healthy cities networks in the WHO European Region, Promoting health and well-being throughout Europe. Available from: https://www.who.int/europe/groups/who-european-healthy-cities-network.

5 University of Delaware. (2022). Partnership for Healthy Communities. Available from: https://sites.udel.edu/healthycommunities/defined/.

6 World Health Organization Europe. (1986). Healthy Cities: Promoting Health in the Urban Context. Copenhagen: Author. Available from: http://www.who.dk/healthy-cities.

7 ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ. (2543). กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

8 สถาบันอาศรมศิลป์. (2558). กระบวนการมีส่วนร่วมในการออกแบบสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย กรณีศึกษา โครงการลานกีฬาพัฒน์ 1 ชุมชนเคหะคลองจั่น. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

9 สถาบันอาศรมศิลป์. (2565). 20 โครงการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะ. แหล่งที่มา https://arsomsilpcommunity.studio/ โครงการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะ/

กระบวนการพัฒนาต้นแบบพื้นที่สาธารณะสีเขียวขนาดเล็กอย่างมีส่วนร่วม we!park

ยศพล บุญสม [1*]

[1]บริษัท ฉมา จำกัด, กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย

*การติดต่อ:
ยศพล บุญสม
Email: yossapon@shmadesigns.com

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: กรุงเทพมหานครมีเป้าหมายเพิ่มพื้นที่สาธารณะสีเขียวให้มีสัดส่วน 10 ตารางเมตรต่อคนให้สำเร็จในปี 2030 รวมถึงมุ่งเพิ่มการเข้าถึงพื้นที่สาธารณะสีเขียวในระยะ 400 เมตร เพื่อลดการใช้ยานพาหนะ ตามนโยบาย Green Bangkok 2030 อย่างไรก็ตาม เป้าหมายที่ท้าทายหน่วยงานภาครัฐอาจนำไปสู่การมุ่งปฏิบัติตามเป้าหมายเชิงปริมาณโดยขาดกระบวนการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ (ผู้ใช้งาน ชุมชน และบุคลากรผู้ดูแลบริหารจัดการสวน) ส่งผลให้เกิดพื้นที่สาธารณะใหม่ ๆ ที่ไม่ตอบโจทย์ความต้องการของผู้ใช้งาน นำไปสู่ปัญหาพื้นที่ถูกละทิ้งและกลายเป็นพื้นที่ร้างในเมือง โครงการกระบวนการพัฒนาต้นแบบพื้นที่สาธารณะสีเขียวขนาดเล็กอย่างมีส่วนร่วม we!park มีวัตถุประสงค์ในการสร้างกระบวนการและกลไกช่วยผสานความร่วมมือในการพัฒนาพื้นที่สาธารณะสีเขียวจากทุกภาคส่วน (ภาครัฐ ภาคเอกชน ประชาสังคม สถาบันการศึกษา สมาคมวิชาชีพ และชุมชน) ในกระบวนการและขั้นตอนของการพัฒนาพื้นที่สาธารณะสีเขียว (ร่วมริเริ่ม ร่วมสร้าง และร่วมบริหารจัดการดูแล) เพื่อสร้างการเข้าถึงพื้นที่สาธารณะสีเขียวอย่างเท่าเทียมและทั่วถึง

โปรแกรม/โครงการที่นำไปใช้: we!park ร่วมกับกองทุนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จัดกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ จัดกิจกรรมสร้างสรรค์และสร้างพื้นที่สาธารณะต้นแบบในพื้นที่ว่างขนาดเล็กไม่เกิน 2 ไร่ ใน 4 พื้นที่ ได้แก่ ชุมชนโชฎึก ชุมชนหลังวัดหัวลำโพง สวนป่าเอกมัย และลานกีฬาแสงทิพย์ มีระยะเวลาดำเนินงาน 18 เดือน

บทเรียนรู้: ผลจากการดำเนินงานตั้งแต่ปี 2562 นำไปสู่การขยายผลด้านการมีส่วนร่วมของสาธารณะในการระดมทุนจากประชาชนร่วมพัฒนาพื้นที่สวนสาธารณะแห่งใหม่ และเปิดใช้งานสวนหัวลำโพงรุกขนิเวศน์ผ่านแพลตฟอร์มระดมทุนออนไลน์ เกิดการร่วมสนับสนุนทุนจากเอกชนและภาคีนักออกแบบในการร่วมมือจัดกิจกรรมสร้างสรรค์กระตุ้นพื้นที่กายภาพโชฎึก

บทสรุป: เกิดการขยายผลเชิงประเด็นพื้นที่สาธารณะในระดับนโยบายร่วมกับสมัชชาสุขภาพ ผลักดันเป็นส่วนหนึ่งของมติสมัชชาสุขภาพกรุงเทพและพื้นที่ทดลองแห่งที่ 5 พื้นที่สวนสาธารณะ รวมทั้งเกิดชุดความรู้และคู่มือ และกลไกขับเคลื่อนความร่วมมือค้นหาพื้นที่ศักยภาพโดยประชาชนด้วยแพลตฟอร์มฐานข้อมูลเปิดออนไลน์ Green Finder ในปี 2021

คำสำคัญ: พื้นที่สาธารณะสีเขียวขนาดเล็ก, กระบวนการมีส่วนร่วม, พื้นที่สาธารณะที่มีคุณภาพและยั่งยืน , โครงสร้างเมือง, โมเดลบริหารจัดการ

บทนำ

จากข้อมูลองค์การอนามัยโลกพบว่า ตลอดช่วง 10 ปีที่ผ่านมา กลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Disease: NCDs) เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของคนไทย ซึ่งมีสาเหตุสำคัญมาจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การขาดกิจกรรมทางกาย ทั้งการไม่ออกกำลังกาย นอนดึกและเครียด และการสูบบุหรี่ (กรมควบคุมโรค, 2563) ดังนั้นการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อกิจกรรมสุขภาวะประเด็นที่ต้องมุ่งแก้ไขทั้งในระดับประเทศ รวมถึงในระดับเมืองอย่างกรุงเทพมหานคร

ตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 10 ปี ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาวะของคนไทยผ่านยุทธศาสตร์ที่หลากหลายรวมถึงการพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อกิจกรรมสุขภาวะ อีกทั้ง we!park ได้ศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาเมืองที่มีนโยบายการเพิ่มพื้นที่สาธารณะสีเขียวเพื่อเป็นโครงสร้างหลักของการพัฒนาเมือง ในประเทศสิงคโปร์ ญี่ปุ่น เดนมาร์ก และสหรัฐอเมริกา พบว่า การเพิ่มพื้นที่สาธารณะสีเขียวในเมืองไม่เพียงแต่ช่วยบรรเทาผลกระทบเชิงลบ แต่ยังช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้คนในเมืองให้ดีขึ้นได้ (we!park, 2564)

ในด้านกายภาพ พื้นที่สาธารณะสีเขียวเป็นอีกหนึ่งประเภทของพื้นที่สุขภาวะที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ ออกกำลังกาย กระตุ้นการเดิน แหล่งพบปะของทุกคน ในมิติสิ่งแวดล้อม พื้นที่สาธารณะสีเขียวช่วยพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อมในเมือง ทั้งในด้านของการเพิ่มร่มเงาจากต้นไม้ การดูดซับมลพิษทางอากาศ จับฝุ่นละอองขนาดเล็ก บรรเทาความรุนแรงและรองรับน้ำท่วม ลดอุณหภูมิ และเพิ่มความหลากหลายทางชีวภาพในเมือง ในมิติทางเศรษฐกิจ พื้นที่สาธารณะสีเขียวกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมการค้าขาย เพิ่มแหล่งงาน แหล่งอาชีพได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ พื้นที่สาธารณะสีเขียวยังเสริมสร้างความเป็นอยู่ที่ดีของคนในเมือง เช่น พัฒนาระบบการสัญจรของเมือง ลดการใช้พลังงานและยานพาหนะ พัฒนาคุณภาพการใช้ที่ดินในย่าน รวมไปถึงการเป็นแหล่งอาหาร สร้างความมั่นคงทางอาหารของคนในเมืองได้อย่างบูรณาการอีกด้วย

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของกลุ่ม we!park ร่วมกับบริษัท มอร์ แอนด์ ฟาร์มเมอร์ จำกัด ผู้เชี่ยวชาญด้านข้อมูลเมือง พบว่ากรุงเทพฯ มีพื้นที่สาธารณะสีเขียวต่อประชากรต่ำกว่าเป้าหมาย 10 ตร.ม. ต่อคน ที่แนะนำโดยแผนการเพิ่มพื้นที่สาธารณะสีเขียวของกรุงเทพมหานครในปี 2573 หรือ Green Bangkok 2030 และต่ำกว่าคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ว่าด้วยเมืองนั้นควรมีระยะการเข้าถึงพื้นที่สาธารณะสีเขียวได้ทุก ๆ 400 ม. (we!park, 2654) นอกเหนือจากการเพิ่มพื้นที่สาธารณะสีเขียวและเพิ่มการเข้าถึงแล้ว กรุงเทพมหานครยังต้องเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนได้ร่วมสร้างสรรค์พื้นที่สาธารณะสีเขียวด้วยกันเพื่อนำไปสู่ความยั่งยืนในระยะยาว ตามมติสมัชชาสุขภาพ 11.1 โดยสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ระบุว่า บทบาทของหน่วยงานและทุกภาคส่วนที่ขับเคลื่อนร่วมกันในทุกขั้นตอนจะเอื้อให้คนในท้องถิ่นเกิดการแบ่งปันใช้ประโยชน์ร่วมกันรวมถึงตอบสนองต่อความต้องการและความจำเป็นได้อย่างตรงจุด (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2561)

โครงการ we!park จึงจัดทำขึ้นเพื่อสร้างโอกาสในการพัฒนาพื้นที่ว่างที่ไม่ได้ใช้ประโยชน์ ด้วยแนวคิดการพัฒนาพื้นที่สาธารณะสีเขียวขนาดเล็ก (Pocket Park) ที่มีขนาดไม่เกิน 2 ไร่ ที่กระจายตัวในเมืองอย่างทั่วถึง ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ในทุกขั้นตอน เพื่อมุ่งจะเป็นกลไกช่วยผสานเชื่อมทรัพยากร ความสามารถของบุคลากรและแรงงานให้เพิ่มพื้นที่สาธารณะสีเขียวที่มีประสิทธิภาพและเกิดการใช้ประโยชน์ได้อย่างครอบคลุม

ขั้นตอนการดำเนินโครงการ (Project implementation)

ประวัติความเป็นมา

ในปี 2562-2564 โครงการ we!park เพื่อกระบวนการพัฒนาต้นแบบผ่านการมีส่วนร่วมและสร้างคู่มือการออกแบบพื้นที่สาธารณะสีเขียวขนาดเล็กที่มีคุณภาพและยั่งยืน ดำเนินการด้วยการสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ด้วยการริเริ่มของบริษัท ฉมา จำกัด ผู้เชี่ยวชาญด้านภูมิสถาปัตยกรรม และภาคีผู้เชี่ยวชาญ

ด้านข้อมูลเมือง มอร์แอนด์ฟาร์มเมอร์ จำกัด มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ บริษัท สนใจเฮาส์ และภาคีสนับสนุน เครือข่ายสถาปนิก เพื่อสังคมและเมือง (CAN) เครือข่ายต้นไม้ในเมือง สมาคมภูมิสถาปนิกไทย สำนักสิ่งแวดล้อม กรุงเทพมหานคร ทำงานอย่างบูรณาการเป็นกลไกเชื่อมผสานความร่วมมือ

วัตถุประสงค์

เป้าประสงค์หลักของ we!park เพื่อขับเคลื่อนการเพิ่มพื้นที่สาธารณะสีเขียวอย่างยั่งยืนและมีส่วนร่วม โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้เกิดเป็นโครงข่ายการพัฒนาทั้งในเชิงกายภาพและในเชิงกลไกการดำเนินงาน รวมทั้งเพื่อขับเคลื่อนนโยบาย ตลอดจนมุ่งหวังเพื่อจะถ่ายทอดองค์ความรู้ และสร้างความตระหนักรู้ในคุณค่าและความสำคัญของพื้นที่สาธารณะสีเขียวต่อการพัฒนาเมืองให้แก่ทุกภาคส่วนของสังคม โดยมีกิจกรรมหลัก 4 กิจกรรม ได้แก่

1) กิจกรรมวิจัยค้นคว้า และจัดทำชุดองค์ความรู้สาธารณะ เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการสื่อสารสู่สาธารณะที่เข้าใจได้ง่าย สร้างความตระหนักรู้ในคุณค่าและบทบาทของการร่วมพัฒนาพื้นที่สาธารณะสีเขียวให้เกิดขึ้นกับทุกคน ซึ่งดำเนินการผ่านกระบวนการสำคัญ ได้แก่

- ทบทวนวรรณกรรมเนื้อหาทางวิชาการ เพื่อจัดทำเนื้อหาเกี่ยวกับพื้นที่สาธารณะสีเขียว นิยาม กรณีศึกษาและแนวปฏิบัติที่ดีทั้งในระดับพื้นที่ ระดับนโยบาย และการบริหารจัดการ
- งานจัดทำเนื้อหาองค์ความรู้และเผยแพร่สู่สาธารณะในช่องทางออนไลน์ เป็นบทความ และ วิดีโอ

โดยมีมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ และ บริษัท ฉมา จำกัดเป็นผู้วิจัยหลักและผลิตเนื้อหาสื่อเผยแพร่อย่างต่อเนื่องผ่านแพลตฟอร์ม www.facebook.com/wecreatepark

2) กิจกรรมพัฒนาพื้นที่ต้นแบบด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม ใน 4 พื้นที่นำร่อง โดยมีกระบวนการสำคัญ ได้แก่

- วิเคราะห์ข้อมูลสรุปพื้นที่ศักยภาพ จากฐานข้อมูลของกรุงเทพมหานคร และคัดเลือกเป็นพื้นที่นำร่อง 4 แห่งเพื่อดำเนินการปฏิบัติการเชิงพื้นที่ ได้แก่ พื้นที่ว่างซอยหน้าวัดหัวลำโพง พื้นที่สวนป่าเอกมัย พื้นที่ชุมชนโชฎึก และพื้นที่ใต้ทางพิเศษฉลองรัช
- กิจกรรมเชิงปฏิบัติการออกแบบร่วมกับชุมชน (รับฟังความคิดเห็น ร่วมออกแบบ ร่วมตัดสินใจ)
- กิจกรรมเชิงปฏิบัติการออกแบบร่วมกับนักศึกษาและเยาวชน และผู้เชี่ยวชาญด้านการออกแบบและพัฒนาเมือง และบุคคลทั่วไป (วงเสวนาสาธารณะ ประกวดแบบ โจทย์แบบฝึกหัดเชิงปฏิบัติการ กิจกรรมเดินสำรวจเมือง)
- กิจกรรมจัดทำพื้นที่ชั่วคราวเพื่อทดลองใช้งาน เช่น การจัดทำ Pop-up Park การทำนิทรรศการ การติดตั้งแสงไฟ

การสร้างพื้นที่ทดลอง (Mockup park) ก่อนการพัฒนาเป็นกายภาพจริงยังเป็นอีกหนึ่งกลยุทธ์ที่ช่วยให้งานขับเคลื่อนพื้นที่สาธารณะสีเขียวขนาดเล็กของจริงเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและสร้างความมั่นใจในการพัฒนาให้เกิดแก่ทุกภาคส่วน อีกทั้งยังสามารถช่วยให้ได้ข้อมูลการใช้งานและผู้ใช้งานทั้งในชุมชนและผู้สัญจรไปมา เพิ่มข้อมูลให้กับนักออกแบบเพื่อนำไปประยุกต์งานออกแบบขั้นสุดท้ายให้ตอบโจทย์การใช้งานในอนาคตได้จริง

นอกจากนี้ กลุ่มกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความร่วมมือจากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม สถาบันการศึกษา ชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และขยายผลเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง กระตุ้นพื้นที่ในมิติด้านสังคมและวัฒนธรรมสาธารณะ

โดยมีบริษัท ฉมา จำกัด บริษัท สนใจเฮาส์ สมาคมภูมิสถาปนิกไทย (ฝ่ายวิชาการและวิชาชีพ) ร่วมดำเนินกิจกรรมโดยมีสำนักสิ่งแวดล้อมสนับสนุนด้านข้อมูลและการขับเคลื่อนด้านนโยบาย และรับการสนับสนุนในด้านอื่น ๆ เช่น สปอนเซอร์จัดทำและสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ต้นแบบ ร่วมแสดงผลงานและประชาสัมพันธ์ผ่านเทศกาลออกแบบกรุงเทพ ร่วมวงเสวนาของหน่วยงานเอกชนและภาครัฐ เป็นต้น

3) กิจกรรมพัฒนาต้นแบบฐานข้อมูลเปิด และขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของสาธารณะทางออนไลน์ www.wepark.co ซึ่งทางโครงการตั้งใจทำเพื่อให้สาธารณะสามารถเข้ามาศึกษาสถานการณ์พื้นที่สาธารณะสีเขียวทั้งในด้านปริมาณการเข้าถึง และพื้นที่ร่มไม้

- จัดทำต้นแบบฐานข้อมูลเปิดพื้นที่สาธารณะสีเขียวกรุงเทพมหานคร จัดแสดงข้อมูล เพื่อเผยแพร่หลักการ

ความสำคัญ และแสดงฉากทัศน์หรือความเป็นไปได้ในการพัฒนาพื้นที่โอกาสตามเป้าหมาย บนเว็บไซต์

- จัดทำเครื่องมือแบบจำลองร่วมค้นหาพื้นที่โอกาสในเมือง Green finder จากประชาชนและผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนมาร่วมเป็นนักสำรวจพื้นที่สีเขียวเพื่อค้นหาพื้นที่สีเขียวต่าง ๆ ที่ซ่อนตัวอยู่ในย่าน ไม่ว่าจะเป็นริมทางเท้า ริมคลอง หน้าคอนโด หรือหน้าอาคารสำนักงานที่มีศักยภาพที่จะพัฒนาให้เกิดเป็นพื้นที่สาธารณะสีเขียวขนาดเล็ก (Pocket park) ได้

โดยมีบริษัท มอร์แอนด์ฟาร์มเมอร์ จำกัด เป็นผู้ดำเนินการหลัก โดยมีบริษัท ฉมา จำกัด และสำนักสิ่งแวดล้อมกรุงเทพมหานครเป็นผู้สนับสนุนด้านประสานงานและจัดหาข้อมูล

4) กิจกรรมจัดทำคู่มือแนวทางการพัฒนา Small Green Public Space การพัฒนาพื้นที่ว่างให้เป็นพื้นที่สีเขียวขนาดเล็กที่มีคุณภาพและยั่งยืนของเมือง เพื่อให้เป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับสาธารณะที่สนใจพัฒนาพื้นที่ว่างให้เป็นพื้นที่สาธารณะสีเขียวและใช้ในการศึกษาทั่วไปในรูปแบบที่เข้าใจง่าย คัดกรองและย่อยข้อมูลจากงานวิจัย เพื่อให้บุคคลทั่วไปได้เห็นภาพและเข้าใจในกระบวนการเบื้องต้นของการพัฒนาพื้นที่สาธารณะสีเขียวได้เอง

- รวบรวมข้อมูล และศึกษาแนวทางการจัดทำคู่มือพัฒนาเนื้อหา และออกแบบรูปเล่ม
  - i. ความสำคัญของพื้นที่สาธารณะสีเขียวต่อการพัฒนาเมือง
  - ii. ความสำคัญของกระบวนการออกแบบอย่างมีส่วนร่วม
  - iii. กระบวนการและบทบาทการพัฒนาพื้นที่สาธารณะที่ทุกภาคส่วนปฏิบัติได้
  - iv. โมเดลการวางแผนโครงการและขั้นตอนการพัฒนาพื้นที่สาธารณะสีเขียว

ทางคณะทำงานได้ดำเนินโครงการ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย ทั้ง 4 เป้าหมายที่ตั้งไว้ ได้แก่ การพัฒนาด้านกายภาพพื้นที่สาธารณะสีเขียว ด้านการสร้างองค์ความรู้และการสื่อสาร เครือข่ายการพัฒนาพื้นที่สาธารณะสีเขียว และการบริหารจัดการอย่างยั่งยืน โดย we!park ได้ออกแบบกระบวนการและทดลองในรูปแบบต่าง ๆ ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ทั้งในรูปแบบออนไลน์และออฟไลน์ พบว่าสิ่งที่จะทำให้กระบวนการต่าง ๆ ประสบความสำเร็จคือความพร้อมและความสนใจในการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง อีกทั้งอีกหนึ่งสิ่งที่มีความสำคัญในกระบวนการนี้คือการสร้างความเข้าใจในกระบวนการและบทบาทของภาคส่วนนั้น ๆ ในกระบวนการ ด้วยระยะเวลา 18 เดือน โครงการได้ดำเนินงานจนมีผลผลิตสำคัญ ดังนี้

1) ต้นแบบพื้นที่สาธารณะสีเขียวขนาดเล็กในเมืองที่ก่อสร้างแล้วเสร็จ จำนวน 2 พื้นที่ (พื้นที่ซอยหน้าวัดหัวลำโพง และพื้นที่โชฎึก) และการสร้างความร่วมมือในการริเริ่มพัฒนาพื้นที่ จำนวน 2 พื้นที่ สวนป่าเอกมัย และลานกีฬาแสงทิพย์
2) ต้นแบบฐานข้อมูลพื้นที่สาธารณะสีเขียวของกรุงเทพมหานคร และเครื่องมือค้นพื้นที่โอกาส Green finder เผยแพร่ทางเว็บไซต์ wepark.co
3) คู่มือแนวทางการพัฒนาพื้นที่สาธารณะสีเขียวขนาดเล็กในเมืองอย่างมีส่วนร่วมเผยแพร่ทางระบบ DOL ของ สสส.
4) งานสื่อสารประชาสัมพันธ์สร้างความตระหนักรู้ทั้งในรูปแบบสื่อ บทความ วิดีโอ เผยแพร่ทาง www.facebook.com/wecreatepark
5) งานการจัดกิจกรรมสาธารณะ และกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ รวมประมาณ 17 ครั้ง
   a. เวทีสาธารณะในพื้นที่กายภาพ (on-site) 4 พื้นที่
   b. กิจกรรมเชิงปฏิบัติการ
      i. ระดับมหาวิทยาลัย ร่วมกับมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยพระจอมเกล้าธนบุรี สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
      ii. ระดับบุคคลทั่วไป
         1. SCG: Unique the Space พื้นที่สวนชุมชนโชฎึก
         2. กิจกรรม Green Finder พื้นที่ทองหล่อ-เอกมัย
   c. กิจกรรมเสวนา ออกแบบเชิงปฏิบัติการ และประกวดแบบ
      i. งานกิจกรรมเชิงปฏิบัติการและประกวดแบบระดับย่าน
      ii. งานเปิดตัวพื้นที่สาธารณะสวนวัดหัวลำโพง รุกขนิเวศน์
      iii. งานถอดบทเรียนการพัฒนาพื้นที่สาธารณะสีเขียวขนาดเล็ก 1 ปี

iv. งานเสวนาถอดบทเรียน สร้างกลยุทธ์ร่วมเพื่อเมืองสีเขียวในอนาคต

v. งานเสวนาภาษาอังกฤษแลกเปลี่ยนประสบการณ์พัฒนาเมืองด้วยนโยบายเพิ่มพื้นที่สาธารณะสีเขียวในเมืองระหว่างเมืองในภูมิภาคเอเชียและออสเตรเลีย และประเทศไทย (City to City) ด้วยการสนับสนุนจาก IURC *international urban and regional cooperation*

d. กิจกรรมประกวดแบบเพื่อพัฒนาสู่แบบก่อสร้างในระดับผู้ประกอบวิชาชีพ และบุคคลทั่วไปพื้นที่สวนป่าเอกมัย ร่วมกับสมาคมวิชาชีพภูมิสถาปนิกประเทศไทย

6) การต่อยอดยกระดับการเชื่อมโยงเครือข่ายกลไกสร้างการมีส่วนร่วมระดมทุนพัฒนาพื้นที่สาธารณะแห่งใหม่สวนวัดหัวลำโพงรุกขนิเวศน์ ระหว่างภาครัฐและประชาชนผ่านแพลตฟอร์มเทใจดอทคอม

การถอดบทเรียน

จากการดำเนินโครงการพบว่า การขับเคลื่อนด้วยพื้นที่ที่มีขนาดเล็กจึงเป็นเครื่องมือที่ช่วยสร้างกายภาพได้โดยใช้ระยะเวลาที่สั้นและทรัพยากรที่น้อยกว่ากระบวนการตามระบบราชการของภาครัฐ สามารถทำให้เกิดการกระจายตัวของโครงข่ายได้รวดเร็ว ผ่านความร่วมมือของโครงข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) ภาครัฐ 2) ภาคเอกชน 3) ภาคประชาสังคม 4) ภาควิชาชีพ 5) ภาคสถาบันการศึกษา โดยแนวคิดของกระบวนการหลักในการขับเคลื่อนพื้นที่สาธารณะสีเขียวขนาดเล็กของเมือง ด้วยหลักของการ “ร่วม” โดยแบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่

1) ร่วมหาพื้นที่ ได้แก่ การหาพื้นที่ว่างเพื่อการพัฒนาเป็นพื้นที่สาธารณะสีเขียวขนาดเล็กของเมือง ในขั้นตอนนี้จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือด้านฐานข้อมูลจากหน่วยงานภาครัฐและได้รับความยินยอมจากเจ้าของพื้นที่ก่อนดำเนินงานขั้นต่อไป

2) ร่วมคิด ได้แก่ ขั้นตอนระดมความคิดผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้เกิดการออกแบบที่มาจากความต้องการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้ใช้งานได้อย่างทั่วถึง ในขั้นตอนนี้จะได้มาซึ่งรูปแบบการใช้งาน แนวความคิดองค์รวม และอาจรวมถึงการวางแผนการดำเนินงานในอนาคต

3) ร่วมแรงร่วมทำ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วม รวมถึงกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมในพื้นที่เพื่อไม่ให้พื้นที่ถูกทิ้งร้างระหว่างการดำเนินการก่อสร้างพัฒนา

4) ร่วมลงทุน ผ่านการสนับสนุนด้านทุนการก่อสร้างระดมทุนหรือจัดตั้งกองทุน

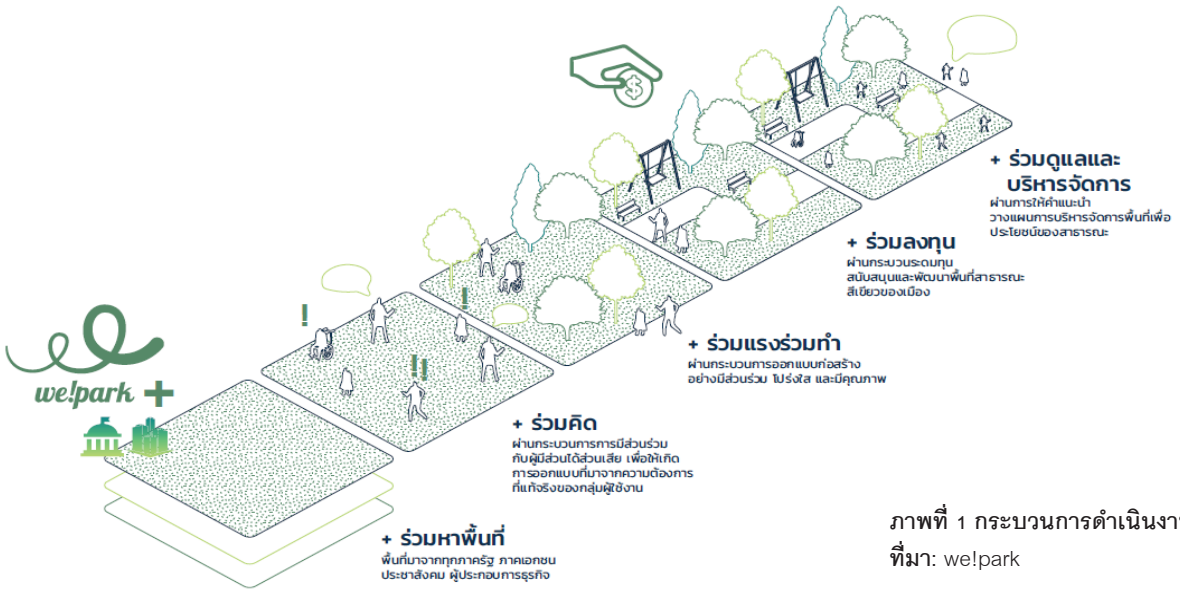
5) ร่วมดูแลและบริหารจัดการ ได้แก่ การร่วมกันวางแผนด้านการดูแลและการบริหารจัดการพื้นที่นั้น ๆ มีการจัดตั้งกลุ่มคน หรือสมาคม เพื่อร่วมกันดูแลและประสานกิจกรรม จัดประชุมหารือกันอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความยั่งยืนให้กับพื้นที่ในระยะยาว

อย่างไรก็ตาม ปัญหาและอุปสรรคที่ทาง we!park พบในระหว่างการดำเนินโครงการแบ่งออกเป็น 5 ประเด็นหลัก ได้แก่

1) ปัญหาจากการระบาดของเชื้อโควิด-19 เป็นปัญหาหลักที่ส่งผลกระทบในวงกว้างต่อทุกกระบวนการทำงาน ทั้งกับการทำงานภายในและการทำงานร่วมกับบุคคลภายนอก ทั้งกับการประสานงานหน่วยงานราชการ การประสานงานกับชุมชน การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ในพื้นที่กายภาพที่เป็นได้ยาก ทำให้จำเป็นต้องขยายระยะการทำงานเพื่อปรับเปลี่ยนรูปแบบ และวางแผนวิธีการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมภาคส่วนต่าง ๆ โดยส่วนมากจำเป็นต้องใช้เครื่องมือในรูปแบบออนไลน์ เช่น การประชุมหรือทำกิจกรรมร่วมกับชุมชนผ่านโปรแกรม Zoom การสัมภาษณ์ทาง Line หรือโทรศัพท์

2) อุปสรรคทางด้านการติดต่อประสานงาน เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากรูปแบบการทำงานที่แตกต่างกันของแต่ละภาคส่วน โดยสังเกตได้ชัดเจนในการประสานงานกับทางหน่วยงานราชการ ที่มีขั้นตอนการพิจารณาเอกสารหลายลำดับ และมีหน่วยงานย่อยที่อาจต้องมีการส่งต่อเรื่องกันอีกหลายขั้นตอน ขณะเดียวกัน ในการนัดหมายหารือหรือประชุมในวาระต่าง ๆ จะสามารถทำได้ในช่วงเวลาราชการเป็นหลัก ซึ่งจะแตกต่างกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีความยืดหยุ่นในรูปแบบการทำงานมากกว่า

3) อุปสรรคด้านสถานที่ทำกิจกรรม เนื่องด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาพื้นที่จำเป็นต้องใช้พื้นที่เพื่อเข้าร่วมกิจกรรมที่ใหญ่เพียงพอเพื่อให้สามารถรองรับการใช้งานที่มีคนจากภาคส่วนต่าง ๆ



ภาพที่ 1 กระบวนการดำเนินงานหลัก
ที่มา: we!park

จำนวนมาก และต้องขอการสนับสนุนจากเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดการประสานงานเรื่องการเตรียมสถานที่ อุปกรณ์และระยะเวลาในการขนส่ง ระยะเวลาติดตั้งอุปกรณ์ตามสถานที่ต่าง ๆ จึงทำให้ในการดำเนินกิจกรรมในบางครั้งจำเป็นต้องใช้เวลาในการรอการสนับสนุนที่มากกว่าที่คาดการณ์ไว้

4) อุปสรรคด้านงบประมาณในการพัฒนาพื้นที่ การพัฒนาพื้นที่สาธารณะสีเขียวพบปัญหาเรื่องการขอสนับสนุนงบประมาณจากทางภาครัฐ โดยการของบประมาณจากทางภาครัฐนั้นจะสามารถยื่นเรื่องเพื่อขอการสนับสนุนได้เป็นรายปี ดังนั้นจึงเป็นข้อจำกัดทางด้านเวลาที่ต้องเตรียมการให้สอดคล้องไปกับรอบงบประมาณรายปีของรัฐ อีกทั้งการของบประมาณจากรัฐจำเป็นต้องมีแบบก่อสร้างที่เรียบร้อยในระดับแบบก่อสร้างทางวิชาชีพภูมิสถาปัตยกรรม ซึ่งที่ผ่านมาทางโครงการพยายามหาการสนับสนุนด้านค่าเขียนแบบและพัฒนาแบบผ่านเครื่องมือการเปิดระดมทุนสาธารณะ เช่น สวนวัดหัวลำโพง รุกขนิเวศน์ โดยได้รับผลตอบรับเป็นอย่างดี

5) อุปสรรคการปรับความรู้ ความเข้าใจ ความหมายและคุณค่าของพื้นที่สาธารณะสีเขียว เนื่องจากภาคส่วนต่าง ๆ มีความรู้ ความเข้าใจในนิยาม ความหมายพื้นที่สาธารณะสีเขียวต่างกัน ส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนของชุดข้อมูลสำหรับนำไปพัฒนาพื้นที่ อีกทั้งหลายคนยังติดกับดักของความเข้าใจเดิมในพื้นที่สีเขียวที่สร้างประโยชน์ในด้านการเป็นพื้นที่ปลูกต้นไม้และประโยชน์ของการเพิ่มต้นไม้เพียงเท่านั้น หากเราปรับมุมมองให้สังคมใส่ใจในคำว่า “พื้นที่สาธารณะสีเขียว (จากกระบวนการมีส่วนร่วม)” สิ่งนี้จะครอบคลุมองค์ประกอบที่ส่งเสริมทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ที่มีบทบาทเพียงแค่การเป็นพื้นที่สีเขียว หรือพื้นที่สวนสาธารณะทั่วไป เช่น พื้นที่สาธารณะสีเขียวที่เป็นสวนกิจกรรมของชุมชน พื้นที่สีเขียวที่เป็นพื้นที่เรียนรู้ทางธรรมชาติ จนไปถึงพื้นที่สาธารณะสีเขียวที่สร้างโอกาสการเรียนรู้ทางทักษะและอาชีพ

ภาพที่ 2 โครงข่ายเพื่อการพัฒนาพื้นที่สาธารณะสีเขียวอย่างมีส่วนร่วม
ที่มา: we!park

อ้างอิง

1. สำนักสิ่งแวดล้อม กรุงเทพมหานคร. (2021). ฐานข้อมูลและระบบติดตามประเมินผลการเพิ่มพื้นที่สีเขียวของกรุงเทพมหานคร. เข้าถึงได้จาก http://203.155.220.118/green-parks-admin/
2. กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. (2563). รายงานสถานการณ์โรค NCDs. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf
3. นิรมล เสรีสกุล และอดิศักดิ์ กันทะเมืองลี้. (2563). กรุงเทพฯ เขียวได้ แต่อยากเขียวแค่ไหน. เข้าถึงได้จาก https://theurbanis.com/public-realm/10/03/2020/92
4. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. (2557). การจัดทำมาตรฐานพื้นที่สีเขียวในเมืองและชนิดพรรณไม้ที่เหมาะสมกับพื้นที่สีเขียวภายใต้โครงการพัฒนาเมืองและชุมชนเพื่อมุ่งสู่สังคมคาร์บอนต่ำ ปีงบประมาณ 2557.
5. ศิวพงศ์ ทองเจือ, ณวรา นราราษฎร, และจิรวัฒน์ สุวรรณพฤกษ์. (2016). แนวทางการออกแบบสวนสาธารณะระดับเมือง กรณีศึกษาสวนเฉลิมพระเกียรติ ร.9 เทศบาลนครภูเก็ต Design guidelines for City Public Park A Case Study ChaloemPrakiarti Rama 9 Park , Phuket Municipality.
6. ศูนย์ออกแบบและพัฒนาเมือง. (2563). การสำรวจพฤติกรรมการเดินเท้าของประชาชนโดยใช้แบบสอบถาม. เข้าถึงได้จาก http://www.uddc.net/th/node/288
7. สำนักการวางผังและพัฒนาเมือง กรุงเทพมหานคร. (2564). ผังเมืองรวมกรุงเทพมหานคร. เข้าถึงได้จาก http://www.bangkok.go.th/cpud/page/sub/18991/ผังเมืองรวมกรุงเทพมหานคร
8. สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2564). ระบบฐานข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมและพื้นที่สีเขียว. เข้าถึงได้จาก http://thaigreenurban.onep.go.th/index.aspx
9. สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2564). รายงานข้อมูลพื้นที่สีเขียวเชิงปริมาณ. เข้าถึงได้จาก http://thaigreenurban.onep.go.th/frmTassaban.aspx
10. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2561). มติ 11.1 การร่วมสร้างสรรค์พื้นที่สาธารณะในเขตเมืองเพื่อสุขภาวะสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน. เข้าถึงได้จาก https://www.samatcha.org/site/resolution/e45a02ce-5d55-4bbb-8848-4e5a5cc15393/detail
11. สำนักสิ่งแวดล้อม กรุงเทพมหานคร. (2564). ฐานข้อมูลและระบบติดตามประเมินผลการเพิ่มพื้นที่สีเขียวของกรุงเทพมหานคร. เข้าถึงได้จาก http://203.155.220.118/green-parks-admin/
12. สำนักสิ่งแวดล้อม กรุงเทพมหานคร. (2564). นิยามพื้นที่สีเขียว 7 ประเภท. เข้าถึงได้จาก http://203.155.220.118/userfiles/files/park%20type.pdf
13. สำนักสิ่งแวดล้อม กรุงเทพมหานคร. (2564). รายงานสวนสาธารณะรองของกรุงเทพมหานคร. เข้าถึงได้จาก http://203.155.220.118/green-parks-admin/reports/report2s.php
14. We!park. (2564). สถานการณ์พื้นที่สาธารณะสีเขียวของแต่ละเขตพื้นที่ชั้นในกรุงเทพฯ. เข้าถึงได้จาก https://wepark.co/aboutus
15. We!park. (2564). คู่มือการพัฒนาพื้นที่ว่างให้เป็นพื้นที่สาธารณะสีเขียวขนาดเล็กที่มีคุณภาพและยั่งยืนของเมือง. เข้าถึงได้จาก. https://www.facebook.com/wecreatepark/posts/pfbid0dqft2H2HBf9nPCHuxK6544kh3AWn3xcrSeikPUCXmrhe41irpWx-1jA8EjD6HoTtnl
16. Austin, G. (2014). Green Infrastructure for Landscape Planning. In Green Infrastructure for Landscape Planning. https://doi.org/10.4324/9781315856780
17. Better streets San francisco, Ted, A., The, B. Y., Francisco, S. A. N., Of, B., Erv, S. U. P., & On, I. (2010). San Francisc Streets Olicies and Guidelines for the Pedestrian Realm.
18. City of Melbourne. (2021). Greening the city. Retrieved from https://www.melbourne.vic.gov.au/community/greening-the-city/Pages/greening-the-city.aspx
19. City of Melbourne. (2012). Urban Forest Strategy: Making a great city greener 2012-2032. City of Melbourne, 68. Retrieved from https://www.melbourne.vic.gov.au/Sustainability/UrbanForest/Documents/Urban_Forest_Strategy.pdf

20. City of New York. (2021). New York City's Privately Owned Public Spaces. Retrieved from https://www1.nyc.gov/site/planning/plans/pops/pops-plaza-standards.page
21. Danish architecture center. (2012). Copenhagen - Pocket parks, a drop of urban green - Hrvatsko društvo krajobraznih arhitekata. Retrieved February 21, 2020, from http://hdka.hr/2012/10/copenhagen-pocket-parks-a-drop-of-urban-green/
22. Seattle Parks and Recreation. (2017). 2017 Parks and Open Space Plan. Seattle Parks and Recreation. Retrieved from http://www.seattle.gov/parks/about-us/policies-and-plans/2017-parks-and-open-space-plan
23. Siemens. (2011). Asian Green City Index. Retrieved from http://www.thecrystal.org/assets/download/Asian-Green-City-Index.pdf
24. Sustainable Singapore. (2021). Blueprint 2015. Retrieved from https://www.clc.gov.sg/docs/default-source/urban-solutions/urb-sol-iss-7-pdfs/illustration-sustainable-singapore-blueprint.pdf
25. The Trust for Public Land. (2016). Parks on the clock: why we believe in the 10-minute walk. Retrieved from The Trust for Public Land website: https://www.tpl.org/blog/why-the-10-minute-walk
26. The Trust for Public Land. The ParkScore®. (2021). index: Methodology and FAQ. Retrieved from https://www.tpl.org/parkscore/about
27. UN-Habitat. (2016). MEASUREMENT OF CITY PROSPERITY Methodology and Metadata. In City Prosperity Index Methodology and Metadata DATA.
28. UNESCO. (2017). Inclusion Through Access to Public Spacee. Retrieved from http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/urban-development/migrants-inclusion-in-cities/good-practices/inclusion-through-access-to-public-space/
29. US EPA. (2017). What is Open Space/Green Space? Retrieved from https://www3.epa.gov/region1/eco/uep/openspace.html
30. Victoria State Government. (2017). Plan Melbourne 2017 - 2050. 18. Retrieved from http://www.planmelbourne.vic.gov.au/__data/assets/pdf_file/0009/377127/Plan_Melbourne_2017-2050_Summary.pdf
31. U.S. Green Building Council. (2018). LEED v4 for NEIGHBORHOOD DEVELOPMENT. Retrieved from https://build.usgbc.org/l/413862/2019-01-17/nf5p2m/413862/152994/LEED_v4_ND.pdf
32. World Health Organization. (2012). Health Indicators of sustainable cities in the Context of the Rio+20 UN Conference on Sustainable Development. Initial findings from a WHO Expert Consultation: 17-18 May 2012. Retrieved from https://www.who.int/docs/default-source/environment-
33. World Health Organization. (2017). Towards More Physical Activity in Cities Transforming public spaces to promote physical activity — a key contributor to achieving the Sustainable Development Goals in Europe. BMC Public Health. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/353043/2017_WHO_Report_FINAL_WEB.pdf

ลานสุขภาพใกล้บ้าน

พนิต ภู่จินดา [1*]

[1] ศูนย์สร้างเสริมสุขภาวะเมือง, ศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านยุทธศาสตร์เมือง,
ภาควิชาการวางแผนภาคและเมือง คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย

*การติดต่อ:
พนิต ภู่จินดา
Email: panit.p@chula.ac.th

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: ประเทศไทยมีประชากรวัยผู้ใหญ่ที่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพออยู่ที่ร้อยละ 75.4 นับเป็นลำดับที่ 60 จาก 161 ประเทศ จากการจัดลำดับโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) และข้อมูลจาก Active Thai (2020) ยังแสดงให้เห็นระดับการมีกิจกรรมทางกายของประเทศไทยค่อนข้างกระจุกตัวในบางจังหวัด และยังมีหลายจังหวัดที่มีสัดส่วนการทำกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้น การเพิ่มนโยบายเพื่อส่งเสริมการพัฒนาทั้งด้านโครงสร้างพื้นฐานและกิจกรรมควบคู่ไปพร้อมกัน จะสามารถส่งเสริมให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกายมากขึ้นและครอบคลุมในทุกจังหวัดทั่วประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ

โปรแกรม/โครงการที่นำไปใช้: การออกแบบพื้นที่ส่งเสริมสุขภาพและกิจกรรมทางกายในแต่ละบริบทชุมชนเป็นการกระจายพื้นที่สาธารณะให้อยู่ใกล้บ้าน ในรัศมีการเดินทางที่ผู้คนสามารถเข้าถึงได้ด้วยการเดิน โดยมีจัดทำลานสุขภาพใกล้บ้าน 2 แห่ง ได้แก่ ลานรู้เล่นเต้นรำ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย และลานมีสุข ณ คุ้งสำเภา อำเภอมโนรมย์ จังหวัดชัยนาท เพื่อเป็นพื้นที่ต้นแบบใน 2 บริบทชุมชน คือ บริบทเมือง และบริบทชนบทตามลำดับ

บทเรียนรู้: จากการศึกษาและทบทวนแนวคิด การจัดกระบวนการมีส่วนร่วม และการออกแบบพื้นที่สุขภาวะต้นแบบ พบว่ากลไกที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะ ได้แก่ การสร้างพลังชุมชน (Community Empowerment) การสร้างเครือข่ายเมืองสุขภาวะ (Healthy City Network) และเครื่องมือการออกแบบ (Design Tools) จะช่วยส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะและสร้างความยั่งยืนด้านสุขภาพให้แก่ชุมชนต่อไป

บทสรุป: การออกแบบพื้นที่สาธารณะเพื่อส่งเสริมให้เกิดชุมชนสุขภาวะในยุคใหม่ ผ่านแนวคิดที่มีการคำนึงถึงพื้นที่สำหรับทุกคน (Inclusive) พื้นที่สำหรับความปกติใหม่ (New Normal) และพื้นที่ยืดหยุ่นพร้อมรับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง (Flexible and Resilient) ลานสุขภาพใกล้บ้านจึงเป็นพื้นที่สาธารณะสำหรับทุกคนที่มีการเพิ่มการเข้าถึงพื้นที่ที่สะดวกขึ้น เพิ่มกิจกรรมที่หลากหลาย รวมทั้งการปรับภูมิทัศน์เพื่อส่งเสริมการใช้งาน ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของภาครัฐส่วนกลาง ภาครัฐท้องถิ่น ภาคเอกชน รวมไปถึงภาคประชาชนที่เข้าใจง่าย เช่น การสอบถาม การขีดสีตีเส้น และการจัดกิจกรรมกระตุ้นด้วยชุมชนเองตลอดระยะเวลา 7 เดือน ส่งผลให้ผู้คนในชุมชนออกมาใช้พื้นที่สาธารณะ ดึงดูดให้คนออกมาทำกิจกรรมทางกายได้มากขึ้น สร้างความผูกพันระหว่างพื้นที่

คำสำคัญ: พื้นที่สุขภาวะ, พื้นที่ต้นแบบ, กิจกรรมทางกาย, กระบวนการมีส่วนร่วม, เครือข่ายเมืองสุขภาวะ

บทนำ

ประเทศไทยมีประชากรวัยผู้ใหญ่ที่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพออยู่ที่ร้อยละ 75.4 นับเป็นลำดับที่ 60 จาก 161 ประเทศ จากการจัดลำดับโดยองค์การอนามัยโลก และข้อมูลจาก Active Thai (2020) ยังแสดงให้เห็นระดับการมีกิจกรรมทางกายของประเทศไทยค่อนข้างกระจุกตัวในบางจังหวัด และยังมีหลายจังหวัดที่มีสัดส่วนการทำกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศไทยที่ร้อยละ 37.7 และระดับโลกที่ร้อยละ 30.0 (Active Thai, 2563) ดังนั้น การเพิ่มนโยบายเพื่อส่งเสริมการพัฒนาทั้งด้านโครงสร้างพื้นฐานและกิจกรรมควบคู่ไปพร้อมกันจะสามารถส่งเสริมให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกายมากขึ้นและครอบคลุมในทุกจังหวัดทั่วประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ

การออกแบบพื้นที่ส่งเสริมสุขภาพและกิจกรรมทางกายในแต่ละบริบทชุมชนเป็นการกระจายพื้นที่สาธารณะให้อยู่ใกล้บ้าน ในรัศมีการเดินทางที่ผู้คนสามารถเข้าถึงได้ด้วยการเดิน โดยมีจัดทำลานสุขภาพใกล้บ้าน 2 แห่ง ได้แก่ ลานรู้เล่นเต้นรำ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย และลานมีสุข ณ คุ้งสำเภา อำเภอมโนรมย์ จังหวัดชัยนาท เพื่อเป็นพื้นที่ต้นแบบใน 2 บริบทชุมชน คือ เมืองและชนบทตามลำดับ ผ่านแนวคิดการออกแบบพื้นที่สาธารณะเพื่อส่งเสริมให้เกิดชุมชนสุขภาวะในยุคใหม่ มีการคำนึงถึงพื้นที่สำหรับทุกคน พื้นที่สำหรับความปกติใหม่ และพื้นที่ยืดหยุ่นพร้อมรับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง ลานสุขภาพใกล้บ้านจึงเป็นพื้นที่สาธารณะสำหรับทุกคนที่มีการเพิ่มการเข้าถึงพื้นที่ที่สะดวกขึ้น เพิ่มกิจกรรมที่หลากหลาย รวมทั้งการปรับภูมิทัศน์เพื่อส่งเสริมการใช้งาน ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของภาครัฐส่วนกลาง ภาครัฐท้องถิ่น ภาคเอกชน รวมไปถึงภาคประชาชนที่เข้าใจง่าย เช่น การสอบถาม การขีดสีตีเส้น และการจัดกิจกรรมกระตุ้นด้วยชุมชนเอง

ขั้นตอนการดำเนินโปรแกรม/ โครงการ (Program/project implementation)

ประวัติความเป็นมา

ลานสุขภาพใกล้บ้าน หมายถึง พื้นที่สาธารณะมุ่งส่งเสริมสุขภาพให้คนในชุมชน เป็นพื้นที่ที่ตั้งอยู่ในละแวกบ้านทุกคนในชุมชนสามารถมาใช้พื้นที่ได้สะดวก การพัฒนาลานสุขภาพใกล้บ้านมีจุดประสงค์เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้คนในชุมชนมีกิจกรรมทางกายที่เพิ่มขึ้น ทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น และเกิดเป็นชุมชนสุขภาวะ โครงการนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการทบทวนผลงานสำคัญ และพัฒนาพื้นที่ต้นแบบเพื่อจัดกิจกรรมส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ ได้รับทุนการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ต่อยอดแนวคิดจากคู่มือ Healthy Space Next Door: A toolkit for healthy community design. (พนิต ภู่จินดา และคณะ, 2564) ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (WHO-SEARO) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อให้เกิดพื้นที่สุขภาวะต้นแบบในระดับชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทเมืองในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยมีศูนย์สร้างเสริมสุขภาวะเมือง (Healthy Space Forum) เป็นผู้ดำเนินโครงการร่วมกับเทศบาลนครเชียงรายและเทศบาลตำบลคุ้งสำเภา

วัตถุประสงค์

1. ส่งเสริมให้เกิดวิถีชีวิตสุขภาวะและเพิ่มกิจกรรมทางกายประเภทกิจกรรมยามว่างภายในชุมชน

2. สร้างเครือข่ายชุมชนวิถีชีวิตสุขภาวะ ผ่านการสร้างภาคีเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานหรือองค์กรที่ส่งเสริมด้านสุขภาพ หน่วยงานส่วนท้องถิ่น และประชาชน

กิจกรรมหลัก

1. ทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันของคนในชุมชน โดยเน้นไปที่การใช้พื้นที่สาธารณะกลางแจ้งเพื่อการทำกิจกรรมทางกาย กิจกรรมที่ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ประกอบด้วย

- รูปแบบพื้นที่ส่งเสริมสุขภาพและกิจกรรมในแต่ละบริบทชุมชน

- สถานการณ์ด้านกิจกรรมทางกายของประเทศไทย
- แนวคิดการออกแบบพื้นที่สาธารณะ ได้แก่ พื้นที่สำหรับทุกคน พื้นที่สำหรับความปกติใหม่ และพื้นที่ยืดหยุ่นและรองรับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง

2. คัดเลือกพื้นที่ต้นแบบ และสำรวจสภาพปัจจุบันของพื้นที่สาธารณะ ความต้องการเชิงพื้นที่ และพฤติกรรมของกลุ่มผู้ใช้งาน เพื่อนำมาประเมินและวิเคราะห์ศักยภาพในการดำเนินงานรวมไปถึงการออกแบบพื้นที่ให้มีความเหมาะสมต่อการทำกิจกรรม มีเกณฑ์คัดเลือกดังนี้

- เกณฑ์ของคู่มือแนะนำการสร้างพื้นที่สุขภาวะในชุมชน
- ด้านกายภาพ เช่น การเข้าถึงพื้นที่ และการใช้งานพื้นที่
- ด้านชุมชน เช่น มีความสนใจต่อโครงการ ความเข้มแข็งของชุมชน และความพร้อมในการพัฒนาและดูแลสถานที่

3. ออกแบบพื้นที่และอุปกรณ์ส่งเสริมกิจกรรมทางกายกลางแจ้ง สำหรับชุมชนวิถีชีวิตสุขภาวะ โดยเน้นความเหมาะสมของอุปกรณ์และสอดคล้องกับความต้องการของผู้คนและข้อจำกัดของพื้นที่ในบริบทที่แตกต่างกัน มีกระบวนการในการออกแบบดังนี้

- ศึกษากรณีตัวอย่างการจัดทำพื้นที่สาธารณะในไทยและต่างประเทศในบริบทใกล้เคียง
- กำหนดแนวคิดการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบที่สอดคล้องกับชุมชน ได้แก่ ลานรู้เล่นเต้นรำภายใต้แนวคิดกิจกรรมกระฉับกระเฉงกับการเรียนรู้ และลานมีสุขภายใต้แนวคิดพื้นที่ส่งเสริมสุขภาพและความสุขให้คนทุกวัย
- กำหนดโซนและออกแบบผังพื้นที่และอุปกรณ์ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

4. จัดทำพื้นที่ต้นแบบชุมชนวิถีชีวิตสุขภาวะ

5. สำรวจพฤติกรรมการใช้งานและประเมินผลการจัดทำพื้นที่ต้นแบบ โดยประเมินผลการใช้งานและความพึงพอใจ รวมทั้งประสิทธิภาพในการส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมทางกายภายในชุมชน เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการดำเนินการจัดทำพื้นที่ต้นแบบ

6. จัดกิจกรรมเผยแพร่ความรู้เรื่องการออกแบบพื้นที่และอุปกรณ์ส่งเสริมกิจกรรมทางกายกลางแจ้ง สำหรับชุมชนวิถีชีวิตสุขภาวะ ให้กับหน่วยงานและบุคคลที่สนใจ ประกอบด้วย

- กิจกรรมร่วมพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ เช่น ทาสีออกกำลังกาย และกิจกรรมนันทนาการ
- สื่อสิ่งพิมพ์ เช่น ป้ายความสำคัญของกิจกรรมทางกาย
- สื่อออนไลน์ เช่น เฟซบุ๊ก City Lab Thailand

โครงสร้างองค์กร/หน่วยงาน

1. ผู้รับผิดชอบโครงการ: ศูนย์สร้างเสริมสุขภาวะเมือง
2. หน่วยงานในระดับท้องถิ่นที่มีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการ:
   1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
   2) เทศบาลนครเชียงราย
   3) องค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงราย
   4) สภาเด็กและเยาวชนจังหวัดเชียงราย
   5) โรงเล่น พิพิธภัณฑ์เล่นได้
   6) กลุ่ม Chiangrai Craft Market
   7) กลุ่ม MY Dance Academy
   8) คุณวรินท์ธรน์ ประพัฒน์ทอง และทีมงาน
   9) เทศบาลตำบลคุ้งสำเภา
   10) ศาลเจ้าพ่อกวนอู คุ้งสำเภา อำเภอมโนรมย์
   11) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคุ้งสำเภา
   12) คุณพรเทพ พรหมตระกูล และศิลปินจิตอาสา
3. ผู้สนับสนุนเงินทุน: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

การติดตามและประเมินผล

1. สำรวจการใช้งานพื้นที่ก่อนและหลัง ด้วยวิธีนับจำนวนผู้ใช้งานในพื้นที่ต้นแบบ แบ่งตามเพศ อายุ และประเภทกิจกรรมที่ทำ โดยสำรวจเป็นเวลาห้านาทีในทุก ๆ สองและสามชั่วโมง แบ่งจากช่วงเวลาที่มีการใช้งาน ระหว่างเวลา 7.00 น. ถึง 20.00 น.

2. สัมภาษณ์ความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อโครงการ ด้วยคำถามระยะเวลาและความถี่ในการใช้พื้นที่ กิจกรรมที่ทำ ความพึงพอใจ และสิ่งที่ควรพัฒนา

การถอดบทเรียน

พื้นที่ต้นแบบบริบทเมือง คือ ลานรู้เล่นเต้นรำ เป็นพื้นที่ของเทศบาลนครเชียงราย ขนาดพื้นที่ 3.13 ไร่ มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาพื้นที่ส่งเสริมการเรียนรู้ และนำกิจกรรมทางกายและศิลปะซึ่งเป็นอัตลักษณ์ของจังหวัดมาเป็นแนวคิดในการออกแบบ โดยลานนี้จะเป็นศูนย์กลางกิจกรรมการเรียนรู้นอกห้องเรียน เชื่อมต่อกับพื้นที่เรียนรู้ด้านประวัติศาสตร์และทางเศรษฐกิจ มีกลุ่มผู้ใช้งานหลัก คือ นักเรียน นักศึกษา ข้าราชการ และชุมชนที่อาศัยและทำงานในพื้นที่ ครอบคลุมช่วงวัยตั้งแต่ระดับเด็กโตถึงวัยทำงาน

พื้นที่สำหรับทำกิจกรรมทางกาย ประกอบไปด้วย 3 ลาน (1) ลานทดลองและค้นคว้าตัวตน มีพื้นที่ เช่น ลานดนตรี เต้นรำ และระบายสี (2) ลานเล่นยืดหยุ่น มีพื้นที่สำหรับเล่นกีฬาออกกำลังกาย และเล่นเกมกายบริหาร และ (3) ลานพักผ่อนทางใจ มีพื้นที่ยืดเหยียดร่างกาย อ่านหนังสือ และนั่งพักผ่อน

มีกิจกรรม 4 กิจกรรม ได้แก่ (1) กิจกรรมลอง มีนำอุปกรณ์กีฬาและถาดสีและพู่กันมาวางในพื้นที่เพื่อทดลองและสร้างการรับรู้เป็นระยะเวลา 4 วัน (2) กิจกรรมรู้ มีกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ เช่น นิทานหุ่นมือและกิจกรรมวาดเมืองเชียงรายในฝัน รวมทั้งสอบถามความพึงพอใจลงในแผ่นอะคริลิคใส เพื่อนำไปเป็นส่วนหนึ่งในการตกแต่งพื้นที่ (3) กิจกรรมเล่น มีกิจกรรมส่งเสริมการเล่น เช่น การทำของเล่นไม้ ห้องสมุดเคลื่อนที่ กิจกรรม Workshop และกิจกรรมส่งเสริมการเล่นกีฬา และ (4) กิจกรรมเต้นรำ มีจัดกิจกรรมส่งเสริมการเต้น และการรำวงพื้นเมือง แสดงให้เห็นว่าลานสาธารณะมีกิจกรรมที่หลากหลาย และรองรับผู้ใช้งานได้ทุกเพศทุกวัย

ภาพที่ 1 ผังการออกแบบลานรำวงย้อนยุค อ.เมือง จ.เชียงราย

ภาพที่ 2 ลานรำวงย้อนยุค อ.เมือง จ.เชียงราย

มีพื้นที่ต้นแบบบริบทชนบท คือ ลานมีสุข เป็นพื้นที่ของเทศบาลตำบลคุ้งสำเภา ขนาดพื้นที่รวม 3.67 ไร่ มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาพื้นที่ส่วนกลางของครอบครัวและชุมชนที่ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โดยมีเด็กเล็กเป็นศูนย์กลางของชุมชน มีกลุ่มผู้ใช้งานหลัก คือ ชุมชนตลาดเก่า ครอบคลุมทุกช่วงวัย พื้นที่สำหรับทำกิจกรรมทางกาย ประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ (1) ลานสุขภาพชุมชน มีพื้นที่ออกกำลังกาย เล่นกีฬา และทำกิจกรรมของ และ (2) สนามเด็กเล่นชุมชนที่ส่งเสริมพัฒนาการและทักษะตามหลักการพัฒนาสมอง (Brain-Based Learning: BBL)

มีกิจกรรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายและสร้างความเป็นเจ้าของร่วม คือ กิจกรรมทาสีลานมีสุข ระยะเวลา 5 วัน

พื้นที่ต้นแบบ

ภาพที่ 3 ผังการออกแบบลานมีสุข อ.มโนรมย์ จ.ชัยนาท

ภาพที่ 4 ลานมีสุข อ.มโนรมย์ จ.ชัยนาท

พัฒนาสภาพแวดล้อมทางกายภาพในละแวกบ้านร่วมกับชุมชนและหน่วยงานส่วนท้องถิ่นส่งผลให้ชุมชนใช้พื้นที่สาธารณะมากขึ้น มีปัจจัยทางตรง คือ มีเดินทางสะดวกและมีกิจกรรมที่ตรงกับความต้องการ และปัจจัยทางทางอ้อม คือ มีความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมและมีความสัมพันธ์อันดีกับภาค การสัมภาษณ์ตัวอย่างผู้ใช้งานสามารถสรุปได้ว่าพื้นที่ต้นแบบส่งผลให้ประชาชนมีความถี่และปริมาณกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มที่เดิมใช้พื้นที่สาธารณะน้อย ได้แก่ เด็ก ผู้หญิง และผู้สูงอายุ นอกจากนั้นส่งผลต่อกิจกรรมทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น มีร้านค้าและกลุ่มกิจกรรมเพิ่มขึ้น

จากการดำเนินโครงการ พบว่ากลไกสำคัญในการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะ ได้แก่ การสร้างพลังชุมชน การสร้างเครือข่ายเมืองสุขภาวะ การใช้เครื่องมือออกแบบที่สามารถทำได้ และมีการให้ความรู้

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ที่มีส่วนสำคัญในการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะ มี 3 กลุ่ม ได้แก่ เจ้าของพื้นที่ ผู้นำกิจกรรม และผู้สนับสนุน ซึ่งควรมาจากท้องถิ่น จะทำให้เกิดภาคีเครือข่ายที่สนใจและพร้อมที่จะดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

2. โจทย์การพัฒนาพื้นที่สุขภาวะ นอกจากเรื่องสุขภาพ ผู้ออกแบบต้องคำนึงและสร้างสมดุลกับประเด็นอื่น ในท้องถิ่น เช่น การส่งเสริมเศรษฐกิจ และการส่งเสริมการเรียนรู้

3. ความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับชุมชนและพื้นที่ จำเป็นต้องลงพื้นที่ สังเกตพฤติกรรม และทดลองใช้ชีวิตแบบชุมชน เพื่อเข้าใจต้องการของผู้ใช้งาน

4. การออกแบบ ควรให้ชุมชนเป็นผู้ออกแบบ โดยคณะทำงานมีหน้าที่เป็นที่ปรึกษา แนะนำหลักการออกแบบตามความเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1 Pujinda, P., Wongtavilarp, W., Darikarnonta, S., Sae-Eaw, K., Areepong, R., Haetanurak, P., Dumrongkijkarn, J., Fangyong P. (2021). *Healthy Space Next Door A toolkit for healthy community design.* WHO Regional Office for South-East Asia (WHO-SEARO).

2 Activethai (no date) *ActiveThai*. Retrieved January 13, 2023, from https://www.activethai.org/

30 มกราคม 2566

ห้องประชุม MR209B

เวลา 14.30 - 16.00 น.

ACTIVE SOCIETY

(ENGLISH SESSION)

Active Video Game on Children and Adolescents' Physical Activity and Weight Management: A Network Meta-Analysis

*Robin Sze-Tak Ho[1], Eddie Ka-Yui Chan[1], Kenneth Kang-Yue Liu[1], Stephen Heung-Sang Wong[1]**

[1]Department of Sports Science and Physical Education, The Chinese University of Hong Kong, Hong Kong, China

* Corresponding author:
Stephen Heung-Sang Wong
Email: hsswong@cuhk.edu.hk

Abstract

Background: We synthesized evidence on the effectiveness of active video games (AVGs) versus no AVG- applied comparators on various physical activity (PA) levels and weight management outcomes in children and adolescents. We analyzed the comparative evidence on different sub-categories of AVGs and ranking the best option.

Methods: An overview of systematic reviews (SRs) and network meta-analysis (NMA) (PROSPERO: CRD42021248499) was employed. A search for relevant literature published in English was conducted in six electronic databases from their inception until April 2021. SRs consisting of randomized control trials (RCTs) and satisfying our PICOS inclusion criteria were included. RCTs included were a comparison of groups among children and adolescents between 6 and 21, where groups with AVG interventions were compared with groups without them. Direct head-to-head pairwise meta-analyses were conducted using weighted mean difference between the two groups, and the comparative effectiveness of different sub-categories of AVGs was analyzed indirectly using NMA.

Results: Overall, 17 SRs were identified from the 6,036 screened citations. Of these, 350 citations were retrieved, and 12 RCTs were finally included. Compared to no AVG group, AVG groups were shown to be more effective in achieving vigorous, moderate-to-vigorous, and moderate PA levels, and decreased BMI and body fat. NMA showed that rhythmic dance games had the highest probability of being the most effective sub-category for reducing BMI.
Conclusions: AVGs are effective in attaining vigorous, moderate to vigorous, and moderate PA levels and reducing BMI and body fat among children and adolescents. Dance appears to be the best option for reducing BMI among AVG subcategories.

Keywords: Active video game, systematic review, network meta-analysis, children & adolescents, weight-management

Introduction

Among children and adolescents, the health benefits of regular physical activity (PA) have been well documented, including reduced cardiovascular disease risk and improved fitness (Janssen & LeBlanc, 2010). Recent global data based on 1.6 million children and adolescents aged 11–17 years revealed that 85% of girls and 78% of boys were insufficiently physically active (Guthold et al., 2020). Reduced PA levels and prolonged sedentary behavior may negatively impact children and adolescents physically, and, in turn, induce a further deterioration in health with the reduced PA levels and prolonged sedentary behavior. For instance, being overweight and obese, indicated by a body mass index (BMI) above the normal range for children and adolescents, has been shown to be a significant risk factor for multiple chronic diseases, namely cardiovascular diseases (Friedemann et al., 2012). The rapidly increasing prevalence and disease burden of high BMI signals the need to evaluate evidence-based PA interventions (Afshin et al., 2017).

Previous systematic review (SR) and meta-analyses (MA) have shown that PA intervention in comparison to the control group had only a small effect on increasing children's overall PA levels and limited effectiveness in reducing BMI respectively (Metcalf et al., 2012). The results of these MA are also limited to their low to moderate-certainty evidence level and high heterogeneity among the included studies. There is a need to explore the effectiveness of other interventions that might increase PA levels and reduce BMI among children and adolescents, which might also be performed in settings other than ordinary school-based groups.

Active video games (AVGs), or exergames, are an innovative approach for mimicking on-screen movements from video games, such as jumping, punching, kicking, and dancing, where players can increase the opportunity to become physically active and combat childhood obesity while enjoying the features of traditional video games (Gao et al., 2017; Gao et al., 2019)

Existing SRs with MA have been used to assess the effectiveness of AVGs in increasing PA levels and weight management outcomes among children and adolescents. Previous MA has shown that AVGs were more effective than games with no AVG in achieving moderate-to-vigorous PA levels (Gao et al., 2015). Nevertheless, similar results were shown between the two groups in general PA level in another MA (Oliveira et al., 2020). Among weight management outcomes, small effect sizes were observed in the AVG group compared to the no AVG group for reducing BMI in multiple MA (Ameryoun et al., 2018; Hernández-Jiménez et al., 2019; Oliveira et al., 2020). However, AVGs were found to be ineffective in reducing body fat compared to the minimal AVG-applied groups (Oliveira et al., 2020). Inconsistent results were observed in reducing body weight; one MA showed that AVGs were more effective than no AVGs, whereas two other MAs showed no effects in both groups (Bochner et al., 2015; Oliveira et al., 2020). These contradictory results in previous SRs and MA make it difficult to draw conclusions on the effectiveness of AVGs in achieving different PA levels and maintaining a healthy weight status. These contradictory results might be attributed from the synthesis of heterogeneous outcome measures, for instance, mixing different PA levels together in a single MA, including vigorous physical activity (VPA) level, moderate to vigorous physical activity (MVPA) level, moderate physical activity (MPA) level, and light physical activity (LPA) level. Therefore, an overview of

SRs needs to be performed to clarify such uncertainty. Overview of SRs is appropriate to be used to describe the current body of SRs evidence on this study topic (Cumpston et al., 2019). Also, effort of previous SRs authors would not be wasted. In addition, the comparative effectiveness among different AVG sub-categories is yet to be examined, and it is important to rank the effectiveness among each AVG category using a method other than conventional MA, which is a head-to-head pairwise comparison between two groups.

We conducted an overview of SRs and head-to-head pairwise MA to critically appraise and synthesize evidence on the effectiveness of AVGs versus no AVGs in terms of various PA levels and weight management outcomes. We also conducted a network meta-analysis (NMA) to analyze all the comparative evidence on the effectiveness of the different sub-categories of AVGs, and to indirectly rank the sub-categories of AVGs to be the best option according to the highest probability (Mills et al., 2013).

Methods

In this overview of SRs and NMA, we followed the PRISMA 2020 Statement items for SRs in the sport and exercise medicine, musculoskeletal rehabilitation and sports science fields (Ardern et al., 2022) and the PRISMA extension statement for reporting of SRs incorporating NMA of health care interventions (Hutton et al., 2015). The study protocol was registered with PROSPERO: CRD42021248499. No amendments to information were made in this study comparing to the protocol.

2.1 Information Sources and Search Strategy

Six electronic databases (Cochrane Database of Systematic Reviews, MEDLINE and EMBASE, PsycINFO, Global Health, and SPORT Discus) were searched for potential SRs from their inception until April 2021. Validated, sensitivity-maximized search filters for SRs were applied in MEDLINE search (Haynes et al., 1994), EMBASE search (Wong et al., 2006), and PsycINFO search (Eady et al., 2008). The searches were limited to studies published in English and involving human participants for feasibility. The syntax of the search strategies used in this study for MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, and Global Health are presented in Supplemental Material 1.

2.2 Eligibility Criteria

2.2.1 Types of studies

To be included in this overview, an SR must consist of randomized control trials (RCT) and satisfy the participants, interventions, comparators, and outcome measures on the inclusion criteria described in the next few sections.

2.2.2 Types of participants

The age range of the participants was between 6 and 21 years. Participants from all weight statuses, including but not limited to normal, overweight, and obese groups, were included. Participants with medical or genetic conditions were excluded.

2.2.3 Types of interventions

In this overview of SRs, we defined 'active video games' as screen-based technology-driven activities (Yuksel & Tuncel, 2017), which require participants to adapt in game situations through body movements and gestures (González & Adelantado, 2015).

2.2.4 Types of comparators

In this overview of SRs, we excluded studies with no comparison groups. We included RCTs with comparison groups that were '*stationary video games*' and *'no AVG applied'*. RCTs with a comparison group that was active in nature, for instance, stationary bike as compared to virtual bicycle as an AVG intervention group, were excluded.

2.2.5 Types of outcomes measures

The results reported from each embedded RCT included at least one of the following outcomes:

(i) PA level outcomes (min/day): VPA level, MVPA level, MPA level, and LPA level.

(ii) Weight management outcomes: body weight in kilograms (kg), percentage of body fat, and body mass index (BMI) in kilogram/metre^2.

The choices of these outcomes related to the PA levels and weight management outcomes were based on our overview of the existing SRs in the AVG field. These outcomes were commonly measured in AVG studies embedded in these SRs.

2.3 Selection of Literature and Data Extraction

Two reviewers (RH and EC) independently screened the titles and abstracts of the retrieved citations from the six electronic databases, removed duplicates, and determined the eligible systematic review based on our inclusion criteria. For each eligible citation from our previous step, full texts of the embedded citations were obtained. The most updated RCTs among the duplicate citations were selected for data extraction, whereas the older versions were used as supplementary information, if necessary. The two reviewers resolved any discrepancies by consensus. If discrepancies persisted, a third reviewer (KL) was invited for adjudication.

Data from eligible RCTs were extracted, including the first author, year of publication, country of publication, number of participants, criteria of participants, age of participants, and features of intervention and control. The intervention features were also extracted to assist the reviewers in sub-categorizing the AVGs. Treatment duration, types of outcomes, and measurements were also extracted.

2.4 Critical appraisal of SRs and RCTs

Critical appraisals of both SRs and RCTs were independently performed by the two reviewers, and discrepancies were resolved through discussions. Consensus adjudication was sought from a third reviewer if discrepancies were not resolved.

Results

3.1 Selection of Studies

The search strategies yielded 6,036 citations, and 608 duplicates were identified and excluded. We excluded 5,399 citations based on their title and abstract and retrieved the remaining 29 citations in full text for further assessment. Twelve citations were excluded for the following reasons: eight of them were not SRs, three did not assess non-PA and non-weight management outcomes, including the measurement of psychological outcomes (n = 1), motor skills (n = 1), motor skills and physical fitness (n = 1), and the last one did not use AVGs as intervention (n = 1). Overall, 17 SRs were included in this overview for the subsequent literature screening for eligible RCTs (Ameryoun et al., 2018; Barnett et al., 2011; Biddiss & Irwin, 2010; Bochner et al., 2015; Gao & Chen, 2014; Gao et al., 2015; Gao et al., 2020; Hernández-Jiménez et al., 2019; Lamboglia et al., 2013; LeBlanc et al., 2013; Mack et al., 2017; Norris et al., 2016; Oliveira et al., 2020; Peng et al., 2013; Ramírez-Granizo et al., 2020; Williams & Ayres, 2020; Zeng & Gao, 2016).

Of the 17 eligible SRs, 350 RCTs were embedded. We excluded 197 duplicates, and the remaining 153 publications were retrieved for a full text assessment; among these, 143 were excluded for the following reasons: 84 were non-RCT research, 23 were not in our eligible age range, 10 contained irretrievable outcome data, 9 did not assess PA nor weight management outcomes, 6 contained a mix of other interventions with AVGs, 4 studied children and adolescents with

medical/genetic conditions, 3 were short papers, 2 did not use AVGs as the intervention, 1 contained an active comparison group, and 1 was excluded due to its short experimental duration. Ten eligible RCTs met our inclusion criteria from the 17 eligible SRs, and two additional RCTs were identified by checking the reference lists. There were 12 RCTs included in our overview for data extraction (Baranowski et al., 2012; Christison et al., 2016; Coknaz et al., 2019; Errickson et al., 2012; Graves et al., 2010; Lau et al., 2020; Lau et al., 2016; Maddison et al., 2011; Maloney et al., 2008; Murphy et al., 2009; Staiano et al., 2013).

3.2 Results of NMA

Among the seven outcomes related to PA level and weight management, NMA could only be performed for the outcome of BMI. NMA was not performed for the other six outcomes as its assumptions could not be met because of a scarcity of comparisons in the network.

A network was constructed to illustrate the comparative effectiveness of the six interventions for the outcome BMI from eight RCTs. These eight RCTs were in four types of AVG sub-categories: *gamercize*, *mixed*, *rhythmic dance game,* and *virtual sports simulator*). The common comparator among all interventions in the network was '*No AVG applied*'. The comparator '*Stationary Video Game*' was also included in the network. A detailed network is shown in Figure 5. The indirect comparative effectiveness of AVG interventions including four types of AVG sub-categories, together with stationary video game and no AVG applied group were presented in Supplemental Material 5. Both rhythmic dance game and virtual sport simulator were both shown to be more effective than no AVG applied group.

The SUCRA results showed that the cumulative probability was the best option for participants to reduce BMI, among the six interventions (four AVG sub-categories and two control groups) in Figure 6. '*Rhythmic Dance Game*' has the highest probability to be the best option (75.5%), whereas '*Virtual Sports Simulator*' has the second highest probability (63.7%), followed by '*Mixed*' (53.6%), '*Gamercize*' (48.1%), '*Stationary Video Game*' (33.3%), and '*No AVG applied*' had the lowest probability (25.7%).

Discussion

The pairwise MA results from our direct comparisons showed AVGs to be effective in BMI and body fat reduction, compared to when no AVGs were applied among children and adolescents; conversely, AVGs have been shown to be ineffective in reducing body weight as compared to not applying AVGs. Among the six AVG sub-categories we indirectly compared using NMA, rhythmic dance games, and virtual sports simulators were ranked as having the highest probabilities of being the most effective options for reducing BMI among children and adolescents. In addition, AVGs were shown to be effective in achieving VPA, MVPA, and MPA levels, but not LPA levels, when compared to applying no AVGs, from our pairwise MA results.

Conclusion

The evidence synthesized by this overview of SRs and NMA, have shown AVGs to be effective in achieving VPA, MVPA, MPA levels, as well as reducing BMI and body fat among children and adolescents. It was observed that rhythmic dance games have the highest probability of being the most effective AVG sub-category for reducing BMI.

References

1 Afshin, A., Forouzanfar, M. H., Reitsma, M. B., Sur, P., Estep, K., Lee, A., Marczak, L., Mokdad, A. H., Moradi-Lakeh, M., Naghavi, M., Salama, J. S., Vos, T., Abate, K. H., Abbafati, C., Ahmed, M. B., Al-Aly, Z., Alkerwi, A., Al-Raddadi, R., Amare, A. T., Amberbir, A., Amegah, A. K., Amini, E., Amrock, S. M., Anjana, R. M., Ärnlöv, J., Asayesh, H., Banerjee, A., Barac, A., Baye, E., Bennett, D. A., Beyene, A. S., Biadgilign, S., Biryukov, S., Bjertness, E., Boneya, D. J., Campos-Nonato, I., Carrero, J. J., Cecilio, P., Cercy, K., Ciobanu, L. G., Cornaby, L., Damtew, S. A., Dandona, L., Dandona, R., Dharmaratne, S. D., Duncan, B. B., Eshrati, B., Esteghamati, A., Feigin, V. L., Fernandes, J. C., Fürst, T., Gebrehiwot, T. T., Gold, A., Gona, P. N., Goto, A., Habtewold, T. D., Hadush, K. T., Hafezi-Nejad, N., Hay, S. I., Horino, M., Islami, F., Kamal, R., Kasaeian, A., Katikireddi, S. V., Kengne, A. P., Kesavachandran, C. N., Khader, Y. S., Khang, Y. H., Khubchandani, J., Kim, D., Kim, Y. J., Kinfu, Y., Kosen, S., Ku, T., Defo, B. K., Kumar, G. A., Larson, H. J., Leinsalu, M., Liang, X., Lim, S. S., Liu, P., Lopez, A. D., Lozano, R., Majeed, A., Malekzadeh, R., Malta, D. C., Mazidi, M., McAlinden, C., McGarvey, S. T., Mengistu, D. T., Mensah, G. A., Mensink, G. B. M., Mezgebe, H. B., Mirrakhimov, E. M., Mueller, U. O., Noubiap, J. J., Obermeyer, C. M., Ogbo, F. A., Owolabi, M. O., Patton, G. C., Pourmalek, F., Qorbani, M., Rafay, A., Rai, R. K., Ranabhat, C. L., Reinig, N., Safiri, S., Salomon, J. A., Sanabria, J. R., Santos, I. S., Sartorius, B., Sawhney, M., Schmidhuber, J., Schutte, A. E., Schmidt, M. I., Sepanlou, S. G., Shamsizadeh, M., Sheikhbahaei, S., Shin, M. J., Shiri, R., Shiue, I., Roba, H. S., Silva, D. A. S., Silverberg, J. I., Singh, J. A., Stranges, S., Swaminathan, S., Tabarés-Seisdedos, R., Tadese, F., Tedla, B. A., Tegegne, B. S., Terkawi, A. S., Thakur, J. S., Tonelli, M., Topor-Madry, R., Tyrovolas, S., Ukwaja, K. N., Uthman, O. A., Vaezghasemi, M., Vasankari, T., Vlassov, V. V., Vollset, S. E., Weiderpass, E., Werdecker, A., Wesana, J., Westerman, R., Yano, Y., Yonemoto, N., Yonga, G., Zaidi, Z., Zenebe, Z. M., Zipkin, B., & Murray, C. J. L. (2017, Jul 6). Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *N Engl J Med, 377*(1), 13-27. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1614362

2 Ameryoun, A., Sanaeinasab, H., Saffari, M., & Koenig, H. G. (2018, Feb/Mar). Impact of Game-Based Health Promotion Programs on Body Mass Index in Overweight/Obese Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Child Obes, 14*(2), 67-80. https://doi.org/10.1089/chi.2017.0250

3 Ardern, C. L., Büttner, F., Andrade, R., Weir, A., Ashe, M. C., Holden, S., Impellizzeri, F. M., Delahunt, E., Dijkstra, H. P., Mathieson, S., Rathleff, M. S., Reurink, G., Sherrington, C., Stamatakis, E., Vicenzino, B., Whittaker, J. L., Wright, A. A., Clarke, M., Moher, D., Page, M. J., Khan, K. M., & Winters, M. (2022, Feb). Implementing the 27 PRISMA 2020 Statement items for systematic reviews in the sport and exercise medicine, musculoskeletal rehabilitation and sports science fields: the PERSiST (implementing Prisma in Exercise, Rehabilitation, Sport medicine and SporTs science) guidance. *Br J Sports Med, 56*(4), 175-195. https://doi.org/10.1136/bjsports-2021-103987

4 Baranowski, T., Abdelsamad, D., Baranowski, J., O'Connor, T. M., Thompson, D., Barnett, A., Cerin, E., & Chen, T. A. (2012, Mar). Impact of an active video game on healthy children's physical activity. *Pediatrics, 129*(3), e636-642. https://doi.org/10.1542/peds.2011-2050

5 Barnett, A., Cerin, E., & Baranowski, T. (2011, Jul). Active video games for youth: a systematic review. *J Phys Act Health, 8*(5), 724-737. https://doi.org/10.1123/jpah.8.5.724

6 Biddiss, E., & Irwin, J. (2010, Jul). Active video games to promote physical activity in children and youth: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med, 164*(7), 664-672. https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.104

7 Bochner, R. E., Sorensen, K. M., & Belamarich, P. F. (2015, Jun). The impact of active video gaming on weight in youth: a meta-analysis. *Clin Pediatr (Phila), 54*(7), 620-628. https://doi.org/10.1177/0009922814545165

8 Christison, A. L., Evans, T. A., Bleess, B. B., Wang, H., Aldag, J. C., & Binns, H. J. (2016, Dec). Exergaming for Health: A Randomized Study of Community-Based Exergaming Curriculum in Pediatric Weight Management. *Games Health J, 5*(6), 413-421. https://doi.org/10.1089/g4h.2015.0097

9 Coknaz, D., Mirzeoglu, A. D., Atasoy, H. I., Alkoy, S., Coknaz, H., & Goral, K. (2019, Oct). A digital movement in the world of inactive children: favourable outcomes of playing active video games in a pilot randomized trial. *Eur J Pediatr, 178*(10), 1567-1576. https://doi.org/10.1007/s00431-019-03457-x

10 Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., Chandler, J., Welch, V. A., Higgins, J. P., & Thomas, J. (2019, Oct 3). Updated guidance for trusted systematic reviews: a new edition of the Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. *Cochrane Database Syst Rev, 10*, Ed000142. https://doi.org/10.1002/14651858.Ed000142

11 Eady, A. M., Wilczynski, N. L., & Haynes, R. B. (2008, Jan). PsycINFO search strategies identified methodologically sound therapy studies and review articles for use by clinicians and researchers. *J Clin Epidemiol, 61*(1), 34-40. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.09.016

12 Errickson, S. P., Maloney, A. E., Thorpe, D., Giuliani, C., & Rosenberg, A. M. (2012, Feb). "Dance Dance Revolution" Used by 7- and 8-Year-Olds to Boost Physical Activity: Is Coaching Necessary for Adherence to an Exercise Prescription? *Games Health J, 1*(1), 45-50. https://doi.org/10.1089/g4h.2011.0028

13 Friedemann, C., Heneghan, C., Mahtani, K., Thompson, M., Perera, R., & Ward, A. M. (2012, Sep 25). Cardiovascular disease risk in healthy children and its association with body mass index: systematic review and meta-analysis. *Bmj, 345*, e4759. https://doi.org/10.1136/bmj.e4759

14 Gao, Z., & Chen, S. (2014, Aug). Are field-based exergames useful in preventing childhood obesity? A systematic review. *Obes Rev, 15*(8), 676-691. https://doi.org/10.1111/obr.12164

15 Gao, Z., Chen, S., Pasco, D., & Pope, Z. (2015, Sep). A meta-analysis of active video games on health outcomes among children and adolescents. *Obes Rev, 16*(9), 783-794. https://doi.org/10.1111/obr.12287

16 Gao, Z., Pope, Z., Lee, J. E., Stodden, D., Roncesvalles, N., Pasco, D., Huang, C. C., & Feng, D. (2017, Mar). Impact of exergaming on young children's school day energy expenditure and moderate-to-vigorous physical activity levels. *J Sport Health Sci, 6*(1), 11-16. https://doi.org/10.1016/j.jshs.2016.11.008

17 Gao, Z., Zeng, N., McDonough, D. J., & Su, X. (2020, Aug). A Systematic Review of Active Video Games on Youth's Body Composition and Physical Activity. *Int J Sports Med, 41*(9), 561-573. https://doi.org/10.1055/a-1152-4959

18 Gao, Z., Zeng, N., Pope, Z. C., Wang, R., & Yu, F. (2019, Mar). Effects of exergaming on motor skill competence, perceived competence, and physical activity in preschool children. *J Sport Health Sci, 8*(2), 106-113. https://doi.org/10.1016/j.jshs.2018.12.001

19 González, C. S. G., & Adelantado, V. N. (2015, 2016/11/01). A Structural Theoretical Framework Based on Motor Play to Categorize and Analyze Active Video Games. *Games and Culture, 11*(7-8), 690-719. https://doi.org/10.1177/1555412015576613

20 Graves, L. E., Ridgers, N. D., Atkinson, G., & Stratton, G. (2010, Nov). The effect of active video gaming on children's physical activity, behavior preferences and body composition. *Pediatr Exerc Sci, 22*(4), 535-546. https://doi.org/10.1123/pes.22.4.535

21 Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., & Bull, F. C. (2020). Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1·6 million participants. *The Lancet Child & Adolescent Health, 4*(1), 23-35. https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30323-2

22 Haynes, R. B., Wilczynski, N., McKibbon, K. A., Walker, C. J., & Sinclair, J. C. (1994, Nov-Dec). Developing optimal search strategies for detecting clinically sound studies in MEDLINE. *J Am Med Inform Assoc, 1*(6), 447-458. https://doi.org/10.1136/jamia.1994.95153434

23 Hernández-Jiménez, C., Sarabia, R., Paz-Zulueta, M., Paras-Bravo, P., Pellico, A., Ruiz Azcona, L., Blanco, C., Madrazo, M., Agudo, M. J., Sarabia, C., & Santibáñez, M. (2019, Jul 8). Impact of Active Video Games on Body Mass Index in Children and Adolescents: Systematic Review and Meta-Analysis Evaluating the Quality of Primary Studies. *Int J Environ Res Public Health, 16*(13). https://doi.org/10.3390/ijerph16132424

24 Hutton, B., Salanti, G., Caldwell, D. M., Chaimani, A., Schmid, C. H., Cameron, C., Ioannidis, J. P., Straus, S., Thorlund, K., Jansen, J. P., Mulrow, C., Catalá-López, F., Gøtzsche, P. C., Dickersin, K., Boutron, I., Altman, D. G., & Moher, D. (2015, Jun 2). The PRISMA extension statement for reporting of systematic reviews incorporating network meta-analyses of health care interventions: checklist and explanations. *Ann Intern Med, 162*(11), 777-784. https://doi.org/10.7326/m14-2385

25 Janssen, I., & LeBlanc, A. G. (2010, 2010/05/11). Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 7*(1), 40. https://doi.org/10.1186/1479-5868-7-40

26 Lamboglia, C. M., da Silva, V. T., de Vasconcelos Filho, J. E., Pinheiro, M. H., Munguba, M. C., Silva Júnior, F. V., de Paula, F. A., & da Silva, C. A. (2013). Exergaming as a strategic tool in the fight against childhood obesity: a systematic review. *J Obes, 2013*, 438364. https://doi.org/10.1155/2013/438364

27 Lau, P., Wang, G., & Wang, J. J. (2020, 09/01). Effectiveness of active video game usage on body composition, physical activity level and motor proficiency in children with intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 33*. https://doi.org/10.1111/jar.12774

28 Lau, P. W., Wang, J. J., & Maddison, R. (2016, Dec). A Randomized-Controlled Trial of School-Based Active Videogame Intervention on Chinese Children's Aerobic Fitness, Physical Activity Level, and Psychological Correlates. *Games Health J, 5*(6), 405-412. https://doi.org/10.1089/g4h.2016.0057

29 LeBlanc, A. G., Chaput, J. P., McFarlane, A., Colley, R. C., Thivel, D., Biddle, S. J., Maddison, R., Leatherdale, S. T., & Tremblay, M. S. (2013). Active video games and health indicators in children and youth: a systematic review. *PLoS One, 8*(6), e65351. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0065351

30 Mack, I., Bayer, C., Schäffeler, N., Reiband, N., Brölz, E., Zurstiege, G., Fernandez-Aranda, F., Gawrilow, C., & Zipfel, S. (2017, Jul). Chances and Limitations of Video Games in the Fight against Childhood Obesity-A Systematic Review. *Eur Eat Disord Rev, 25*(4), 237-267. https://doi.org/10.1002/erv.2514

31 Maddison, R., Foley, L., Ni Mhurchu, C., Jiang, Y., Jull, A., Prapavessis, H., Hohepa, M., & Rodgers, A. (2011, Jul). Effects of active video games on body composition: a randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr, 94*(1), 156-163. https://doi.org/10.3945/ajcn.110.009142

32 Maloney, A. E., Bethea, T. C., Kelsey, K. S., Marks, J. T., Paez, S., Rosenberg, A. M., Catellier, D. J., Hamer, R. M., & Sikich, L. (2008, Sep). A pilot of a video game (DDR) to promote physical activity and decrease sedentary screen time. *Obesity (Silver Spring), 16*(9), 2074-2080. https://doi.org/10.1038/oby.2008.295

33 Metcalf, B., Henley, W., & Wilkin, T. (2012, Sep 27). Effectiveness of intervention on physical activity of children: systematic review and meta-analysis of controlled trials with objectively measured outcomes (EarlyBird 54). *Bmj, 345*, e5888. https://doi.org/10.1136/bmj.e5888

34 Mills, E. J., Thorlund, K., & Ioannidis, J. P. (2013, May 14). Demystifying trial networks and network meta-analysis. *Bmj, 346*, f2914. https://doi.org/10.1136/bmj.f2914

35 Murphy, E. C., Carson, L., Neal, W., Baylis, C., Donley, D., & Yeater, R. (2009). Effects of an exercise intervention using Dance Dance Revolution on endothelial function and other risk factors in overweight children. *Int J Pediatr Obes, 4*(4), 205-214. https://doi.org/10.3109/17477160902846187

36 Norris, E., Hamer, M., & Stamatakis, E. (2016, May). Active Video Games in Schools and Effects on Physical Activity and Health: A Systematic Review. *J Pediatr, 172*, 40-46.e45. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.02.001

37 Oliveira, C. B., Pinto, R. Z., Saraiva, B. T. C., Tebar, W. R., Delfino, L. D., Franco, M. R., Silva, C. C. M., & Christofaro, D. G. D. (2020, Jan). Effects of active video games on children and adolescents: A systematic review with meta-analysis. *Scand J Med Sci Sports, 30*(1), 4-12. https://doi.org/10.1111/sms.13539

38 Peng, W., Crouse, J. C., & Lin, J. H. (2013, Apr). Using active video games for physical activity promotion: a systematic review of the current state of research. *Health Educ Behav, 40*(2), 171-192. https://doi.org/10.1177/1090198112444956

39 Ramírez-Granizo, I. A., Ubago-Jiménez, J. L., González-Valero, G., Puertas-Molero, P., & San Román-Mata, S. (2020, Jun 14). The Effect of Physical Activity and the Use of Active Video Games: Exergames in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health, 17*(12). https://doi.org/10.3390/ijerph17124243

40 Staiano, A. E., Abraham, A. A., & Calvert, S. L. (2013, Mar). Adolescent exergame play for weight loss and psychosocial improvement: a controlled physical activity intervention. *Obesity (Silver Spring), 21*(3), 598-601. https://doi.org/10.1002/oby.20282

41 Williams, W. M., & Ayres, C. G. (2020, Jan 20). Can Active Video Games Improve Physical Activity in Adolescents? A Review of RCT. *Int J Environ Res Public Health, 17*(2). https://doi.org/10.3390/ijerph17020669

42 Wong, S. S., Wilczynski, N. L., & Haynes, R. B. (2006, Jan). Developing optimal search strategies for detecting clinically sound treatment studies in EMBASE. *J Med Libr Assoc, 94*(1), 41-47.

43 Yuksel, H., & Tuncel, F. (2017, 12/23). Experiences of 5th Grade Students Participating in Active Gaming-Assisted Physical Education Lessons. *Journal of Education and Training Studies, 5*, 19. https://doi.org/10.11114/jets.v5i13.2882

44 Zeng, N., & Gao, Z. (2016). Exergaming and obesity in youth: current perspectives. *Int J Gen Med, 9*, 275-284. https://doi.org/10.2147/ijgm.S99025

Physical activity inequality in Thailand: how do we measure and identify the most vulnerable group of population?

Dyah Anantalia Widyastari[1,2*], Piyawat Katewongsa[1,2]

[1]Institute for Population and Social Research, Mahidol University, Salaya, Phutthamonthon, Nakhon Pathom, Thailand
[2]Thailand Physical Activity Knowledge Development Centre, Institute for Population and Social Research, Mahidol University, Salaya, Phutthamonthon, Nakhon Pathom, Thailand

*Correspondence:
Dyah Anantalia Widyastari
Email: dyah.ana@mahidol.edu

Abstract

Background: There is substantial evidence that inequality – both in access and opportunity – is a predominant factor affecting Thais' participation in PA. However, the evidence of PA inequality is lacking. This study assessed PA inequality by using three parameters to construct an inequality index: (1) Proportion of the population with sufficient MVPA; (2) Cumulative minutes of MVPA; and (3) The Gini coefficient, and identify which groups of populations are the most vulnerable (have the least access and opportunities to PA).

Methods: Thailand's Surveillance on Physical Activity (SPA) 2019–2021 were employed. Over 6,000 individuals aged 18–64 years were selected in each round as nationally-representative samples. PA was measured subjectively by using the Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) version 2.0. PA inequality (between- and within-group) was constructed by using three parameters, with a combination of the three as the final measure, to identify the sub-groups of the Thai adults who are most vulnerable: groups with the least MVPA, highest insufficiency, and highest inequality index (Gini).

Results: Socioeconomic inequalities in PA was more profound than biologically-driven inequalities (age, sex), indicated by the lowest level of MVPA among socioeconomically deprived population (unemployed). Within group comparison suggested that the gap in the proportion of sufficient MVPA and cumulative minutes MVPA was the largest between those employed in the agricultural sector and the unemployed: Δ 17.3% vs 15.2%; 275 min vs 199 min in 2020 and 2021, respectively. The five most vulnerable groups during the Covid-19 epidemic were identified as follows: (1) Those with no income; (2) The unemployed; (3) Those who have no access to PA facilities; (4) Older adults aged 60+years; and (5) Those earning<3,500 Baht per month.

Conclusions: The use of combined indicators in measuring PA inequality should be useful in determining the most vulnerable groups of the population with a refined procedure, and offering a clear direction to provide assistance to those who need it most.

Keywords: PA inequalities, socioeconomic vulnerability, refined index

Introduction

The high prevalence of inactivity across the globe (Guthold et al., 2018) has raised a concern, particularly since inequalities in physical activity access and opportunities shown as a predominant factor affecting one's participation in physical activity (PA) (Althoff et al., 2017; Gordon-Larsen et al., 2006; Pabayo et al., 2018; Sfm et al., 2020; Werneck et al., 2021). The inequalities in PA participation is widened with the harsh restriction measures imposed by the government to contain the virus (e.g., lockdown, restriction of movement, closures of public and private facilities) (Christensen et al., 2022; Katewongsa et al., 2021; Ricardo et al., 2022). Hence, the evidence of PA inequality is lacking, as most studies focused on the disparities in the level (prevalence of sufficiency or cumulative minutes) of MVPA classified by age, sex, socio-economic status (SES), and geographic region. There is a limited discourse on PA inequalities in terms of how big inequality is, and how is PA distributed among sub-populations?

This study[1] aimed at assessing the PA inequality among Thai adults by using a refined inequality index. We measured inequalities between- and within-groups, by using three parameters: 1) Proportion of the population with sufficient MVPA; 2) Cumulative minutes of MVPA; and 3) The Gini coefficient. The final determination of the index identify the most vulnerable groups of population by using a combination of three metrices.

Methods

Three rounds of Thailand's Surveillance on Physical Activity (SPA) 2019-2021 were employed. Over 6,000 individuals in each round were selected as national representative samples and included in the analysis. PA was measured subjectively by using the Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) version 2.0 (Armstrong & Bull, 2006), translated to Thai version.

PA inequalities was measured by using three indices, in terms of: 1) proportion of population with sufficient MVPA, 2) cumulative minutes of MVPA and 3) Gini coefficient. PA inequality in sufficient MVPA was defined as the difference in the proportion of the population meeting the WHO guidelines, classified by various population characteristics. Inequality in the cumulative minutes of MVPA was defined as the difference in the mean cumulative weekly minutes of MVPA. Gini Coefficient was calculated as a summary statistic of the Lorenz curve of cumulative percentage of minutes MVPA against the population distribution (Dorfman, 1979). The potential value of the Gini Coefficient ranges from 0 to 1, with 0 denoting complete equality, and 1 denoting complete inequality. The fourth measure of PA inequality combined the above three parameters by firstly averaging the ranks of each sub-population. Correlates included in the analysis are sex, age group, region of residence, area of residence (urban/rural), occupation, education, income and whether the sample has a debilitating chronic disease.

Results and discussion

Covid-19 containment measures during 2020-21 has widened PA inequality, shown by declining proportion meeting the recommended WHO guidelines, from 74.3% in 2019 to 56.7% in 2020. From the first index, we found that in 2021, the proportion of adults meeting

---

1 *This research brief is an excerpt from a published article: Widyastari, D.A., Khanawapee, A., Charoenrom, W. et al. Refining index to measure physical activity inequality: which group of the population is the most vulnerable? Int J Equity Health 21, 123 (2022). https://doi.org/10.1186/s12939-022-01725-1*

the recommended PA guidelines was the lowest among individuals with no income (55.3%), unemployed (57.4%), and the elderly (58.3%). Similar to the first index, the overall cumulative minutes of MVPA of Thai adults dropped significantly, from 559 minutes in 2019 to 506 minutes in 2020, and continued to decline to 496 minutes in 2021 with the lowest cumulative minutes of MVPA among those with no income (382 min), unemployed (418 min) and Bangkok residents (424 min).

Based on Gini index, before Covid-19 emerged, the highest level of PA inequality was found among the sub-populations with the highest income (0.565), young adults (0.522), and those earning 10,001 – 15,000 baht per month (0.517). During the Covid-19 epidemic, PA inequality was found to be highest among those with no income (0.551), those earning <3,500 baht per month (0.548), and those who had attained primary education or less (0.537).

The combined index identified the most disadvantaged groups of the population as those whose PA was affected the most, based on three conditions: Least MVPA minutes, lowest proportion of sufficient MVPA, and ranked highest in the PA inequality index (Gini). We averaged the ranks of three indices and determined the five most vulnerable groups as follow: (1) Those with no income; (2) The unemployed; (3) Those who have no access to PA facilities; (4) older persons age 60+ years; and (5) Those earning <3,500 baht per month. (Table 1).

Table 1. Determination of the most vulnerable group of the population

Population characteristics	Rank of % MVPA (min-max)	Mean ± SD	Rank of minutes MVPA (min-max)	Mean ± SD	Rank of Gini index (max-min)	Average rank	
Sex							
Male	27	+	26	+	22	27	
Female	9	-	9	-	34	16	
Age group (years)							
Yong adults (18-24)	10	-	4	-	7	7	*
Prime working age (25-59)	25	+	23	+	28	29	
Older adults (60+)	3	-	7	-	6	4	**
Region							
North	16	+	27	+	11	18	
Central	14	-	18	+	14	11	
Northeast	21	+	22	+	10	17	
South	29	+	19	+	27	27	
Bangkok	7	-	3	-	9	6	*
Area of residence							
Urban	12	-	11	-	23	11	
Rural	19	+	32	+	18	23	

Population characteristics	Rank of % MVPA (min-max)	Mean ± SD	Rank of minutes MVPA (min-max)	Mean ± SD	Rank of Gini index (max-min)	Average rank	
Occupation							
Agriculture	34	+	34	+	19	32	
Formal sector	18	+	8	-	25	15	
Informal sector	23	+	33	+	16	24	
Unemployed	2	-	2	-	5	2	**
Education							
Primary or less	5	-	15	-	3	8	*
Secondary	20	+	24	+	15	19	
Higher	22	+	12	-	32	22	
Have a debilitating chronic disease							
Yes	11	-	21	+	12	10	*
No	17	+	16	+	26	19	
Income (baht per month)							
No Income	1	-	1	-	1	1	**
< 3,500	6	-	10	-	2	5	**
3,500 - 10,000	26	+	31	+	17	26	
10,001 – 15,000	15	-	25	+	8	13	
15,001 – 30,000	28	+	13	-	20	21	
30,001 – 50,000	33	+	29	+	31	34	
> 50,000	32	+	17	+	33	30	
Exposed to PA campaign							
Yes	30	+	30	+	30	33	
No	8	-	5	-	13	9	*
Joined the PA awareness campaign							
Yes	31	+	28	+	24	31	
No	13	-	14	-	21	13	
Have access to PA facilities							
Yes	24	+	20	+	29	25	
No	4	-	6	-	4	3	**

Notes: **The five most vulnerable groups of the population. *The ten most vulnerable. (+)/ (-) mean ± SD of a particular group is higher or lower than the mean of the population.

Implications for Research/Policy

Socioeconomic inequalities in PA was more profound than biologically-driven inequalities (age, sex), indicated by the lowest level of MVPA among socioeconomically deprived population (unemployed). Those who have no access to PA facilities are also among the underprivilege population who experience the greatest barriers in engaging PA during the Covid-19 epidemic. The results of the study suggest that while some of Thai population was able to resume/maintain their PA, several groups required immediate assistance in resuming their PA to pre-epidemic level. This study also suggests that, by using the refined index, the determination of the most vulnerable population can be built better, rather than by using just one parameter.

References

1. Althoff, T., Hicks, J. L., King, A. C., Delp, S. L., & Leskovec, J. (2017). Large-scale physical activity data reveal worldwide activity inequality. Nature, 547(7663), 336-339.
2. Armstrong, T., & Bull, F. (2006). Development of the world health organization global physical activity questionnaire (GPAQ). Journal of Public Health, 14(2), 66-70.
3. Christensen, A., Bond, S., & McKenna, J. (2022). The COVID-19 Conundrum: Keeping safe while becoming inactive. A rapid review of physical activity, sedentary behaviour, and exercise in adults by gender and age. PloS one, 17(1), e0263053.
4. Dorfman, R. (1979). A formula for the Gini coefficient. The review of economics and statistics, 146-149.
5. Gordon-Larsen, P., Nelson, M. C., Page, P., & Popkin, B. M. (2006). Inequality in the built environment underlies key health disparities in physical activity and obesity. Pediatrics, 117(2), 417-424. https://doi.org/10.1542/peds.2005-0058
6. Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., & Bull, F. C. (2018). Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1· 9 million participants. The lancet global health, 6(10), e1077-e1086.
7. Jian, J., Jianxiang, W., Xiaoyi, M., Yuding, W., & Renyong, L. (2015). Equality of medical health resource allocation in China based on the Gini coefficient method. Iranian journal of public health, 44(4), 445.
8. Katewongsa, P., Widyastari, D. A., Saonuam, P., Haemathulin, N., & Wongsingha, N. (2021). The effects of the COVID-19 pandemic on the physical activity of the Thai population: Evidence from Thailand's Surveillance on Physical Activity 2020. Journal of sport and health science, 10(3), 341-348.
9. Pabayo, R., Fuller, D., Lee, E. Y., Horino, M., & Kawachi, I. (2018). State-level income inequality and meeting physical activity guidelines; differential associations among US men and women. J Public Health (Oxf), 40(2), 229-236. https://doi.org/10.1093/pubmed/fdx082
10. Ricardo, L. I. C., Knuth, A. G., Nunes, B. P., Hallal, P. C., Santos, L. P., Harter, J., Pellegrini, D. d. C. P., & Crochemore-Silva, I. (2022). Inequalities in Physical Activity During the COVID-19 Pandemic: Report on 4 Consecutive Population-Based Surveys in Southern Brazil. Journal of Physical Activity and Health, 1(aop), 1-7.
11. Sfm, C., Van Cauwenberg, J., Maenhout, L., Cardon, G., Lambert, E. V., & Van Dyck, D. (2020). Inequality in physical activity, global trends by income inequality and gender in adults. Int J Behav Nutr Phys Act, 17(1), 142. https://doi.org/10.1186/s12966-020-01039-x
12. Werneck, A. O., Barboza, L. L., Araújo, R. H. O., Oyeyemi, A. L., Damacena, G. N., Szwarcwald, C. L., & Silva, D. R. (2021). Time Trends and Sociodemographic Inequalities in Physical Activity and Sedentary Behaviors Among Brazilian Adults: National Surveys from 2003 to 2019. Journal of Physical Activity and Health, 18(11), 1332-1341. https://doi.org/10.1123/jpah.2021-0156

30 มกราคม 2566

ห้องประชุมหลัก MR208

เวลา 14.30 - 16.00 น.

ACTIVE SOCIETY

Park run Thailand: จากสนามวิ่งใกล้บ้าน สู่ชุมชนนักวิ่งทั่วไทย

ณรงค์ เทียมเมฆ [1], ทนงศักดิ์ ศุภทรัพย์ [1], บุญญฤทธิ์ อุยยานนวาระ [2], กัมปนาท เปรมรัตนานนท์ [1]*

[1] สมาพันธ์ชมรมเดินวิ่งเพื่อสุขภาพไทย, กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย
[2] บริษัท ไทยดอทรัน จำกัด, กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย

[*] การติดต่อ:
ณรงค์ เทียมเมฆ
Email: narongsport@gmail.com

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลให้กิจกรรมการวิ่งเพื่อสุขภาพในประเทศไทยที่เคยมีงานวิ่งปีละมากกว่า 2,000 รายการต้องหยุดลง เนื่องด้วยมาตรการของภาครัฐในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

โปรแกรม/โครงการที่นำไปใช้: สมาพันธ์ชมรมเดินวิ่งเพื่อสุขภาพไทย เป็นภาคีด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายของ สสส. ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนากิจกรรมเดินวิ่งเพื่อสุขภาพมาตลอดระยะเวลา 20 ปี ได้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและพัฒนากิจกรรมวิ่งเพื่อสุขภาพ มีการจัดทำคู่มือพัฒนามาตรฐานงานวิ่งเป็นต้นแบบ การประกาศใช้เป็นแนวปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ดี วิกฤติการระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลต่อการจัดกิจกรรมงานวิ่ง รวมถึงการออกกำลังกายในสวนสาธารณะ สมาพันธ์ชมรมเดินวิ่งเพื่อสุขภาพไทย จึงหาทางออกด้วยการส่งเสริมให้มีการเดิน-วิ่งในพื้นที่ใกล้บ้าน โดยให้คำนึงถึงมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อย่างเคร่งครัด จึงกลายเป็นที่มาของโครงการ Park run Thailand ที่ริเริ่มจากความคิดและแรงบันดาลใจจากบุคคลกลุ่มเล็ก ๆ ในพื้นที่เพียง 3 แห่งในระยะแรก ขณะนี้เป็นสัปดาห์ที่ 113 มีสนาม Park run Thailand ทั่วประเทศ 433 สนาม มีสมาชิกลงทะเบียน 32,792 คน

บทเรียนรู้: ความสำเร็จของชุมชน Park run Thailand ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมในประเทศไทย สอดคล้องกับเป้าประสงค์ทางยุทธศาสตร์ 4 ข้อ ของแผนปฏิบัติการระดับโลกเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (ปี พ.ศ. 2561- 2573) คือ 1) สร้างบรรทัดฐานสังคมที่ไม่เนือยนิ่ง (Create Active Society) 2) สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย (Create Active Environment) 3) สร้างโอกาสต่อการมีกิจกรรมทางกาย (Create Active People) และ 4) สร้างระบบที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย (Create Active Systems)

บทสรุป: โครงการ Park run Thailand ที่ริเริ่มจากความคิดและแรงบันดาลใจจากบุคคลกลุ่มเล็ก ๆ ที่อยากให้ผู้คนมีกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายใกล้บ้าน ละแวกบ้านมากขึ้น และยังสามารถเลือกเส้นทางที่ตนเองต้องการใช้ในการเดิน-วิ่งเป็นประจำ ส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ อีกทั้งยังเป็นกิจกรรมวิ่งที่สร้างแรงบันดาลใจให้ผู้คนที่พบเห็น ชักชวนผู้อยู่ในท้องถิ่น ผู้เดินทางมาจากต่างถิ่น เข้าร่วมกิจกรรมเดิน-วิ่งพร้อมกันได้ ส่งเสริมให้เกิดความสามัคคีในชุมชน และสร้างประโยชน์สาธารณะสู่ชุมชนท้องถิ่นด้วย

คำสำคัญ: วิ่งเพื่อสุขภาพ, การเดิน-วิ่ง, Park Run, กิจกรรมทางกาย

บทนำ

เนื่องจากสภาวะการระบาดของโรคอุบัติใหม่โควิด-19 ทำให้กิจกรรมต่าง ๆ ทั้งในด้านเศรษฐกิจ การท่องเที่ยว และกีฬา ต้องหยุดชะงักลง มูลนิธิสมาพันธ์ชมรมเดินวิ่งเพื่อสุขภาพไทย ซึ่งเป็นหนึ่งในองค์กรที่ช่วยขับเคลื่อนการออกกำลังกายด้วยการเดิน-วิ่งตลอดมาได้พิจารณาถึงการออกกำลังกายวิถีใหม่ เพื่อกระตุ้นให้คนไทย ทั้งที่เป็นนักวิ่งอยู่แล้ว และประชาชนทั่วไปที่ไม่เคยออกกำลังกายมาก่อน ได้มีส่วนร่วมช่วยกันชักจูงบุคคลรอบข้างให้หันมาออกกำลังกายด้วยการเดิน-วิ่ง ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ได้ผลดี ง่าย สะดวก ประหยัด (วิโรจน์ ตระการวิจิตร, 2559)

สำหรับผู้ที่ออกกำลังกายด้วยการเดิน-วิ่งอยู่เป็นประจำ เมื่อเดินทางไปต่างถิ่นทั้งในประเทศและต่างประเทศ ไม่ว่าเป็นการเดินทางไปเพื่อเหตุผลทางธุรกิจ ท่องเที่ยวพักผ่อน ผู้คนเหล่านี้มักนำรองเท้าวิ่ง นำชุดสวมใส่เพื่อออกกำลังกายไปด้วยเสมอ และพร้อมที่จะออกไปเดิน-วิ่งออกกำลังกายทันทีเมื่อมีโอกาส แต่ด้วยความไม่คุ้นเคยกับเส้นทางวิ่งในต่างถิ่น ทำให้ต้องงดการออกกำลังกายไป ขณะที่นักวิ่งท้องถิ่นในละแวกนั้นมีเส้นทางวิ่งเป็นประจำที่ปลอดภัย มีบรรยากาศน่าวิ่งน่าออกกำลังกาย อีกทั้งบางแหล่งยังมีประวัติศาสตร์ ทำให้การเดิน-วิ่งเป็นกลุ่มเล็ก ๆ มีความสนุกสนาน ได้ความรู้เพิ่มอีกด้วย และหากมีระบบซึ่งสามารถเชื่อมโยงนักวิ่งจากต่างถิ่น หรือผู้คิดจะเริ่มออกมาเดิน-วิ่งออกกำลังกายแต่เกรงว่าจะเกิดอันตราย ให้มาร่วมออกกำลังกายกับนักวิ่งในท้องถิ่น ก็จะช่วยเพิ่มจำนวนผู้ออกกำลังกาย ทำให้สุขภาพของชาวไทยโดยรวมดีขึ้น จากแนวคิดนี้ มูลนิธิสมาพันธ์ชมรมเดินวิ่งเพื่อสุขภาพไทย ด้วยความร่วมมือจาก บริษัท ไทยดอทรัน จำกัด (Thai Run) จึงได้พัฒนาระบบ Park Run Thailand ขึ้น โดยใช้เทคโนโลยีบนโทรศัพท์มือถือ ทำให้ใช้งานได้ง่าย ทุกคนสามารถใช้ได้ฟรีโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ ในการเข้าร่วมกิจกรรม (มูลนิธิสมาพันธ์ชมรมเดินวิ่งเพื่อสุขภาพไทย, 2563) โดยมีปณิธานว่า “พอเพียง วินัย สุจริต จิตอาสา” เป็นแนวปฏิบัติสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ

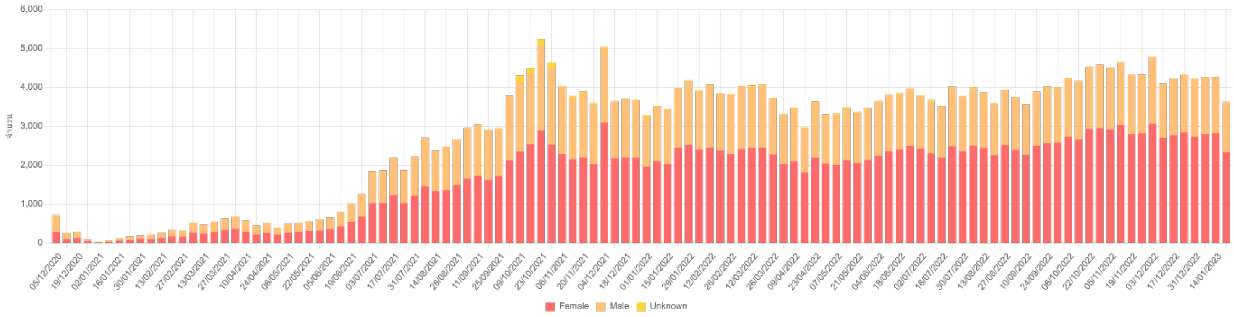
ขั้นตอนการดำเนินโปรแกรม/โครงการ (Program/project implementation)

รูปแบบของกิจกรรม Park Run Thailand

สมาชิกของระบบ Park Run Thailand สามารถเลือกเส้นทางที่ตนเองใช้วิ่งเป็นประจำ นำมาจัดกิจกรรมวิ่งเพื่อชักชวนผู้อยู่ในท้องถิ่น ผู้เดินทางมาจากต่างถิ่น เข้าร่วมกิจกรรมเดิน-วิ่งพร้อมกันได้ กิจกรรม Park Run Thailand กำหนดเดิน-วิ่งพร้อมกันทุกสนามในเช้าวันเสาร์ เวลา 7.00 น. โดยผู้จัดกิจกรรมของแต่ละสนามต้องเตรียมเส้นทางวิ่งที่ปลอดภัย ไม่รบกวนชุมชน เช่น ไม่มีการปิดกั้นเส้นทางสัญจรปกติ ไม่รบกวนผู้มาออกกำลังกายภายในสวนสาธารณะท่านอื่น ๆ และผู้จัดกิจกรรมต้องเตรียมโทรศัพท์มือถือที่มีแอพพลิเคชั่นของ Park Run Thailand เพื่อใช้เป็นอุปกรณ์เก็บสถิติการเดิน-วิ่งของผู้เข้าร่วมกิจกรรม เพื่อส่งต่อมายังระบบฐานข้อมูลของ Park Run Thailand ซึ่งทุกขั้นตอนไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ เพียงผู้ต้องการร่วมกิจกรรมต้องสมัครเข้าเป็นสมาชิกของระบบ Park Run Thailand สมาชิกจะได้รับหมายเลขประจำตัวและคิวอาร์โค้ดของตนเอง ซึ่งอาจจะเก็บคิวอาร์โค้ดไว้เป็นภาพในโทรศัพท์มือถือ หรือพิมพ์ใส่กระดาษห่อหุ้มด้วยพลาสติก ทำเป็นแถบสวมข้อมือ หรือทำเป็นแผ่น BIB แบบงานวิ่งทั่วไปหรือทำเป็นป้ายคล้องคอ โดยให้นำคิวอาร์โค้ดส่วนตัวนี้มาแสดงทุกครั้งที่มาร่วมกิจกรรมเพื่อให้ระบบสามารถจัดเก็บสถิติการเข้าร่วมกิจกรรมของสมาชิกแต่ละท่านไว้ เพื่อประมวลผลต่อไป

องค์ประกอบของ Park Run Thailand

1. *ผู้เข้าร่วมกิจกรรม (Participant)* คือ ทุกคนที่สมัครเป็นสมาชิกของ Park Run Thailand มีหมายเลขประจำตัวและคิวอาร์โค้ด โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย จากนั้นระบบจะส่งหมายเลขประจำตัวในรูปแบบคิวอาร์โค้ดให้ โดยสามารถเก็บภาพคิวอาร์โค้ดประจำตัวนี้ไว้ในโทรศัพท์มือถือ หรือพิมพ์ในกระดาษขนาดเล็กเพื่อใช้แสดงตนเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกสนามตลอดอายุขัย ในการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้ง หมายเลขสมาชิกนี้จะเรียงลำดับตามการสมัคร (โดยสมาชิกหมายเลข 1 ทางมูลนิธิสมาพันธ์ฯ มอบเพื่อเป็นเกียรติแก่ศาสตราจารย์นายแพทย์ อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม ผู้ก่อตั้ง



ภาพที่ 1 จำนวนนักวิ่งในแต่ละสัปดาห์จำแนกตามเพศ

สมาพันธ์ชมรมเดินวิ่งเพื่อสุขภาพไทย ในฐานะผู้จุดประกายกระแสการวิ่งเพื่อสุขภาพในประเทศไทย)

2. *ผู้จัดกิจกรรม (Event Director)* คือผู้นำกิจกรรมในแต่ละสนาม เป็นผู้กำหนดเส้นทางเดิน-วิ่ง ที่ใช้อยู่เป็นกิจวัตร เป็นเส้นทางที่ปลอดภัย หลีกเลี่ยงการตัดผ่านกับถนนที่มีรถยนต์สัญจร มีขนาดพื้นที่กว้างขวางพอสำหรับการรับผู้เข้าร่วมกิจกรรม ผู้จัดกิจกรรมต้องมีความพร้อมที่จะเดิน-วิ่ง นำผู้มาเข้าร่วมกิจกรรมได้ รวมถึงมีความรู้เบื้องต้นในการอบอุ่นร่างกายก่อนการทำกิจกรรมและหลังการทำกิจกรรมและที่สำคัญที่สุดคือ ต้องมีวินัยในการจัดกิจกรรมทุกเช้าวันเสาร์ เวลา 07.00 น. ทุกสัปดาห์ ผู้จัดกิจกรรมอาจจะมีตัวแทนผลัดกันมาช่วยจัดกิจกรรมทุกเช้าวันเสาร์เพื่อไม่ให้ขาดตอน โดยปกติแล้วผู้จัดกิจกรรมจะรับหน้าที่ดูแลการจัดกิจกรรมโดยรวม ตัดสินใจการเลื่อนหรือยกเลิกกิจกรรมตามสภาพภูมิอากาศ (ฝนตกหนัก พายุหนัก ฯลฯ) ดูแลเส้นทางวิ่ง เปลี่ยนแปลงเส้นทางวิ่ง ผู้จัดกิจกรรมทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยการวิ่ง (Run Director) ด้วยอีกตำแหน่งหนึ่ง

3. *อาสาสมัคร (Volunteer)* สมาชิกของระบบ Park Run Thailand หากต้องการพักกิจกรรมวิ่ง มารับอาสาช่วยจัดกิจกรรม สามารถเลือกสนามที่จัดกิจกรรมอยู่ และอาสาตนเองเข้ามาในระบบได้ อาสาสมัครต้องมาถึงสนามจัดกิจกรรมก่อนเวลา เพื่อรับมอบหน้าที่จากผู้จัดกิจกรรมหรือผู้อำนวยการวิ่ง โดยอาสาสมัครอาจจะมีหน้าที่ต่าง ๆ ได้แก่ ผู้ควบคุมเส้นทางช่วยดูแลผู้มีความบกพร่องทางสายตา ปิดท้ายผู้เข้าร่วมกิจกรรม แสกนคิวอาร์โค้ดของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ผู้นำการอบอุ่นร่างกาย และช่างถ่ายภาพ เป็นต้น

4. *สถานที่จัดกิจกรรม (Parkrun Event)* เป็นเส้นทางที่ผู้จัดกิจกรรมใช้เดิน-วิ่งออกกำลังกายเป็นประจำ มีความปลอดภัย มีขนาดกว้างขวางพอสำหรับต้อนรับจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม เพื่อไม่ให้เป็นการรบกวนชุมชนหรือผู้ร่วมใช้สวนสาธารณะคนอื่น ๆ

5. *ระบบ Park Run Thailand* เป็นระบบฐานข้อมูลที่ออกแบบและดูแลโดย บริษัท ไทยดอทรัน จำกัด(Thai Run) โดยมอบให้สมาชิกทุกคนสามารถใช้ได้เป็นสาธารณะ และมอบให้มูลนิธิสมาพันธ์ชมรมเดินวิ่งเพื่อสุขภาพไทยเป็นผู้ดูแล โดยฐานข้อมูลจะจัดเก็บข้อมูลของสมาชิก สนามจัดกิจกรรม สถิติการเข้าร่วมกิจกรรมของสมาชิกแต่ละครั้ง และนำมาแสดงสถิติรวมของแต่ละบุคคล บนเว็บเพจ https://parkrun-thailand.com/ เพื่อมอบรางวัลความมีวินัย เมื่อวิ่งครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

วัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการ

1. ส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนออกกำลังกายด้วยการเดิน-วิ่ง ในพื้นที่ใกล้บ้าน โดยมีผู้จัดกิจกรรมและอาสาสมัครดูแล

2. สร้างจิตสำนึก ปลูกฝังการเป็นผู้มีจิตอาสา การทำประโยชน์เพื่อสาธารณะโดยไม่หวังผลตอบแทน จากการเป็นผู้จัดกิจกรรม หรือเป็นอาสาสมัครช่วยจัดกิจกรรม

3. สร้างประโยชน์สาธารณะสู่ชุมชนท้องถิ่น

4. ส่งเสริมความสามัคคีในชุมชน

5. ระบบ Park Run Thailand เป็นระบบที่ทุกคนใช้ได้ฟรี โดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ

6. การจัดเก็บข้อมูลนักวิ่งของประเทศ เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการสร้างเสริมสุขภาพของประชากร

การถอดบทเรียน

ผลการดำเนินงาน

โครงการ Park Run Thailand เริ่มต้นในเดือนพฤศจิกายน ปี 2563 โดยการริเริ่มของ นายทนงศักดิ์ ศุภทรัพย์ รองประธานสมาพันธ์ชมรมเดินวิ่งเพื่อสุขภาพไทย และ รองศาสตราจารย์ ดร.บุญฤทธิ์ อุยยานนวาระ ประธานกรรมการ บริษัท ไทยดอทรัน จำกัด โดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ให้การสนับสนุนการจัดประชุมและการพัฒนาต้นแบบ

มีการลงนามความร่วมมือ ระหว่างมูลนิธิสมาพันธ์ชมรมเดินวิ่งเพื่อสุขภาพไทย กับบริษัท ไทยดอทรัน จำกัด เมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563

ในข้อตกลงความร่วมมือของโครงการสมาพันธ์ชมรมเดินวิ่งเพื่อสุขภาพไทย มีหน้าที่เชิญชวนนักวิ่งและชมรมวิ่งที่เป็นภาคีเครือข่ายของสมาพันธ์ฯ เข้าร่วมกิจกรรม Park Run Thailand เป็นประจำอย่างต่อเนื่อง ตามรูปแบบ และแนวปฏิบัติของ Park Run Thailand ส่วนระบบฐานข้อมูลของสมาชิก ผู้จัด อาสาสมัคร สถานที่จัดกิจกรรม ออกแบบและดูแลโดย บริษัท ไทยดอทรัน จำกัด

โครงการ Park Run Thailand เริ่มเปิดตัวอย่างเป็นทางการ เมื่อวันเสาร์ที่ 5 ธันวาคม พ.ศ. 2563 มีสมาชิกเข้าร่วมในครั้งรก ประมาณ 500 คน ปัจจุบัน มีสมาชิก 32,791 คน มีสนามที่เปิดเป็นทางการ 433 สนาม กระจายไปทุกภูมิภาคทั่วประเทศ

ต่อมาโครงการได้เพิ่มกิจกรรม Parkrun Anywhere ขึ้นเป็นประจำทุกวันพุธ เวลา 17.00 - 21.00 น. ระยะทาง 5 ก.ม. อีกรายการหนึ่ง เพื่อตอบสนองประชาชนที่ไม่สะดวกมาร่วมกิจกรรมในวันเสาร์ โดยใช้แอปพลิเคชัน Dromos และ Wind Training ทำการประมวลผล

ปัจจุบันโครงการ Park Run Thailand ได้รับความร่วมมือจากกรมพลศึกษา กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา ผลักดันให้เป็นนโยบายและมาตรการให้เจ้าหน้าที่พลศึกษา ที่อยู่ส่วนภูมิภาคร่วมกับชุมชนนักวิ่งในแต่ละท้องถิ่น เปิดสนาม Park Run Thailand ขึ้นทั้งในวันเสาร์และวันพุธ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเติบโตขึ้น

การออกกำลังกายด้วยการเดิน-วิ่งในชุมชนใกล้บ้านภายใต้โครงการ Park Run Thailand มีพัฒนาการที่เด่นชัดสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ การเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายของ สสส. ทั้งการมีแกนนำชุมชน และอาสาสมัครที่เข้มแข็ง (Active People) มีการรวมกลุ่มของสมาชิกในชุมชนที่ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน (Active Society) ช่วยเพิ่มพื้นที่ ที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกาย การเล่นกีฬาใกล้บ้าน (Active Environment) มีโครงสร้างการบริหารงาน มีความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน มีระบบฐานข้อมูลเพื่อนำไปใช้พัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Active Systems) ทั้งนี้เพื่อการเพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย และลดพฤติกรรมเนือยนิ่งของคนไทย

บทสรุป

โครงการ Park Run Thailand ที่ริเริ่มจากความคิดและแรงบันดาลใจจากบุคคลกลุ่มเล็ก ๆ ที่อยากให้ผู้คนมีกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายใกล้บ้าน ละแวกบ้านมากขึ้น และยังสามารถเลือกเส้นทางที่ตนเองต้องการใช้ในการเดิน-วิ่งเป็นประจำ ส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ อีกทั้งยังเป็นกิจกรรมวิ่งที่สร้างแรงบันดาลใจให้ผู้คนที่พบเห็นชักชวนผู้อยู่ในท้องถิ่น ผู้เดินทางมาจากต่างถิ่น เข้าร่วมกิจกรรมเดิน-วิ่งพร้อมกันได้ ส่งเสริมให้เกิดความสามัคคีในชุมชน และสร้างประโยชน์สาธารณะสู่ชุมชนท้องถิ่นด้วย

อ้างอิง

1 มูลนิธิสมาพันธ์ชมรมเดินวิ่งเพื่อสุขภาพไทย. (2563). *Park Run THAILAND*. https://www.parkrunthailand.com

2 วิโรจน์ ตระการวิจิตร. (2559). มหัศจรรย์วิ่งเปลี่ยนชีวิต. ดีเอ็มจี.

หลอดเลือดหัวใจตีบ: เบื้องหลังการเสียชีวิตระหว่างออกกำลังกาย

พจน์ พงศ์เผ่าพัฒนกุล [1*]

[1] ภาควิชาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก, คณะสหเวชศาสตร์, มหาวิทยาลัยนเรศวร, จังหวัดพิษณุโลก, ประเทศไทย

[*] การติดต่อ:
พจน์ พงศ์เผ่าพัฒนกุล
Email: pottp@nu.ac.th

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: การออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อสุขภาพ แต่ในขณะเดียวกันนักกีฬาก็มีโอกาสเสียชีวิตระหว่างออกกำลังกายจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอข้อมูลโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตขณะออกกำลังกาย

ระเบียบวิธีวิจัย: ทบทวนบทความทางวิชาการเกี่ยวกับการเสียชีวิตขณะออกกำลังกายของนักกีฬา รวบรวมประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการวิ่งออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของประชาชนทั่วไป

ผลการศึกษา: โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (coronary artery disease, CAD) ที่ไม่แสดงอาการ เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากกว่า ร้อยละ 60 ของการเสียชีวิตขณะออกกำลังกายในผู้ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี การลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบร่วมกับการฝึกซ้อมในระดับที่เหมาะสม เป็นการลดอัตราเสี่ยงของการเสียชีวิตขณะออกกำลังกายในขณะที่ยังคงไว้ซึ่งประโยชน์ของการออกกำลังกาย การวิ่งเพียง 1 ถึง 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ด้วยความเร็วต่ำ เป็นการออกกำลังกายที่เพียงพอต่อการลดอัตราการเสียชีวิตในระยะยาวได้

บทสรุป: โรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ไม่แสดงอาการ เป็นภัยเงียบที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตขณะออกกำลังกาย ในประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป แต่การวิ่งเพียง 1 ถึง 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ด้วยความเร็วต่ำ เป็นการออกกำลังกายที่เพียงพอต่อการลดอัตราการเสียชีวิตในระยะยาวได้

คำสำคัญ: หลอดเลือดหัวใจตีบ, การเสียชีวิตระหว่างออกกำลังกาย

บทนำ

กิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกาย เป็นที่ทราบกันดีว่ามีประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการออกกำลังกายด้วยการวิ่ง ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ง่ายและสะดวกต่อคนทุกเพศทุกวัย และกำลังได้รับความนิยมอย่างมากในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม ในช่วงระยะเวลา 2 – 3 ปีที่ผ่านมา กลับพบข่าวการเสียชีวิตของนักวิ่ง ที่เกิดขึ้นในขณะวิ่งออกกำลังกาย ซึ่งสาเหตุของการเสียชีวิตของนักกีฬาขณะออกกำลังกายนั้น มีหลากหลายสาเหตุ (Kochi et al., 2021) แต่หนึ่งในสาเหตุของการเสียชีวิตขณะออกกำลังกายของกลุ่มประชากรที่มีอายุมากกว่า 35 ปี คือ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (coronary artery disease, CAD) (Emery & Kovacs, 2018) จากสาเหตุดังกล่าวการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการตีบของหลอดเลือดหัวใจที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของนักวิ่งที่มีอายุมากกว่า 35 ปี

ระเบียบวิธีวิจัย

วิธีการศึกษา

ทบทวนบทความทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตขณะออกกำลังกายของนักกีฬา รวบรวมประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการวิ่งออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของประชาชนทั่วไป

ผลการศึกษาและอภิปรายผล

หลอดเลือดแดงหัวใจ (coronary artery)

หัวใจมีหน้าที่ในการสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกาย ซึ่งกล้ามเนื้อหัวใจจำเป็นต้องได้รับเลือดและก๊าซออกซิเจนเพื่อใช้ในการบีบตัว - คลายตัว เช่นเดียวกับกล้ามเนื้อมัดอื่น ๆ ทั่วร่างกาย โดยหลอดเลือดที่นำเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ คือ หลอดเลือดแดงหัวใจ หรือ coronary artery ซึ่งเป็นหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก เส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 4.5 ± 0.5 มิลลิเมตร (Dodge et al., 1992) แบ่งออกเป็นฝั่งขวา (right coronary artery) และ ฝั่งซ้าย (left coronary artery) ซึ่งรูเปิดของหลอดเลือดทั้งฝั่งซ้ายและฝั่งขวานี้ เชื่อมต่อกับส่วนต้นของหลอดเลือดแดงใหญ่เออร์ต้า (aorta) ที่รับเลือดมาจากหัวใจโดยตรง โดยหลอดเลือดแดงหัวใจนี้จะแตกแขนงแยกย่อย ปกคลุมหัวใจทั้งดวง สามารถนำเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ทุกส่วน และเส้นผ่านศูนย์กลางจะมีขนาดเล็กลงตามลำดับการแตกแขนงของหลอดเลือด

การทำงานของหัวใจในขณะพักและขณะออกกำลังกาย

หน้าที่หลักของหัวใจคือ การสูบฉีดเลือดให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย สอดคล้องกับกิจกรรมในช่วงเวลานั้น พิจารณาได้จากอัตราการเต้นของหัวใจที่มีหน่วยเป็น ครั้งต่อนาที (beat per minute, bpm) โดยอัตราการเต้นของหัวใจปกติ มีค่าอยู่ระหว่าง 60 – 100 ครั้งต่อนาที ซึ่งในขณะพัก อัตราการเต้นของหัวใจของผู้ที่มีสุขภาพดีอาจอยู่ที่ 70 ครั้งต่อนาที ในทางกลับกัน การออกกำลังกายเป็นการเพิ่มความต้องการเลือดและก๊าซออกซิเจนของกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย ส่งผลให้หัวใจถูกกระตุ้นให้มีการบีบตัวที่แรงขึ้น และมีอัตราที่เร็วขึ้นซึ่งอาจเพิ่มขึ้นได้ถึง 190 ครั้งต่อนาที ในระหว่างการออกกำลังกายอย่างหนัก ส่งผลให้เลือดที่ไหลเวียนในหลอดเลือดมีอัตราการไหลที่เร็วขึ้นและมีความดันภายในหลอดเลือดมากขึ้น (Burton et al., 2004)

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบและปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน ภาวะอ้วน พฤติกรรมเฉื่อยเนือยนิ่ง การไม่ค่อยมีกิจกรรมทางกาย การสูบบุหรี่ และการมีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป (Hajar, 2017) ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ ส่งเสริมให้เกิดการสะสมของไขมันและเนื้อเยื่อภายในผนังชั้นในของหลอดเลือด ส่งผลให้ผนังด้านในของหลอดเลือดสูญเสียความยืดหยุ่น ผนังด้านในหลอดเลือดมีการนูนขึ้น หลอดเลือดมีการตีบแคบลง เกิดการกีดขวางการไหลของเลือดไปยังกล้ามเนื้อหัวใจที่อยู่ส่วนปลายของหลอดเลือดนั้น เกิดเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งกระบวนการดังกล่าว เป็นกระบวนการที่ใช้ระยะเวลา โดยเริ่มจากการตีบแคบเพียงเล็กน้อย พัฒนาไปเป็นการตีบตันที่มากขึ้น จนเกิดการกีดขวางการไหลของเลือด ทั้งนี้

การตีบแคบเพียงเล็กน้อย จะไม่แสดงอาการใด ๆ ออกมา ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการแสดง เมื่อมีการอุดกั้นในระดับที่มาก (ประมาณ > 60%) โดยผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เมื่อออกแรงหรือมีกิจกรรมทางกาย และอาการจะหายไปเมื่อได้นั่งพัก โดยอาการเหล่านี้มีสาเหตุมาจาก ขณะพักเลือดสามารถไหลผ่านรอยตีบแคบเหล่านี้ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้เพียงพอตามความต้องการ ผู้ป่วยจึงไม่มีอาการใด ๆ แต่เมื่อมีกิจกรรมทางกาย กล้ามเนื้อหัวใจจะมีความต้องการเลือดและออกซิเจนเพิ่มขึ้น ซึ่งรอยตีบแคบที่เกิดขึ้นจะจำกัดการไหลของเลือด ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอกับความต้องการ เป็นเหตุให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรรีบเข้าพบแพทย์เพื่อเข้ารับการรักษาต่อไป

การเสียชีวิตระหว่างออกกำลังกายจากหลอดเลือดหัวใจตีบ

มีความเป็นไปได้ที่ผู้ที่มีหลอดเลือดแดงหัวใจตีบจะไม่แสดงอาการใด ๆ สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติโดยไม่มีอาการขณะออกแรง และอาจสามารถออกกำลังกายระดับหนักได้ ซึ่งถือเป็นภัยเงียบที่อันตราย สาเหตุเนื่องมาจากเมื่อออกกำลังกาย ความดันภายและความเร็วการไหลของเลือดในหลอดเลือดจะเพิ่มขึ้น ซึ่งการเพิ่มขึ้นของการไหลของเลือดนี้ อาจทำให้ผิวภายในของหลอดเลือดแดงตรงบริเวณรอยตีบที่ยื่นเข้ามาภายในหลอดเลือดเกิดการแตก (plaque rupture) (Chugh & Weiss, 2015) เกิดบาดแผลขึ้นภายในหลอดเลือดหัวใจ มีการกระตุ้นกลไกการห้ามเลือด ทำให้เกิดลิ่มเลือดขึ้นตรงบริเวณรอยโรค ซึ่งลิ่มเลือดนี้จะอุดกั้นการไหลของเลือดในเส้นเลือดทั้งหมด เลือดไม่สามารถไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อบริเวณที่อยู่ต่อจากรอยโรคที่เกิดลิ่มเลือดได้ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจเกิดการขาดเลือด เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย กล้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถบีบตัว – คลายตัวได้ตามปกติ ส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายขาดเลือดไปเลี้ยง มีการทำงานที่ล้มเหลว เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต โดยพบการเสียชีวิตด้วยสาเหตุดังกล่าวในอัตราที่มากกว่าร้อยละ 60 ของการเสียชีวิตระหว่างการออกกำลังกายในกลุ่มนักกีฬาที่มีอายุมากกว่า 35 ปี (Kochi et al., 2021)

แนวทางการป้องกันการเสียชีวิตระหว่างออกกำลังกาย

เนื่องด้วยโรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตระหว่างออกกำลังกายมักไม่แสดงอาการ (Wasfy et al., 2016) วิธีการป้องกันที่สามารถทำได้คือ การลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมกับการฝึกซ้อมที่เหมาะสม ซึ่งเป็นแนวทางการป้องกันการเสียชีวิตระหว่างออกกำลังกายจากโรคหลอดเลือดหัวใจในประชากรที่มีอายุ 35 ขึ้นไป การลดปัจจัยเสี่ยงสามารถทำได้โดย การงดสูบบุหรี่ และการตรวจสุขภาพประจำปี เป็นประจำทุกปี เพื่อติดตามระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด พร้อมทำการแก้ไขเมื่อค่าต่าง ๆ มีความผิดปกติ อาจเป็นการปรับพฤติกรรมหรือการรับประทานยา นอกเหนือจากนี้ การควบคุมการบริโภคอาหารควบคู่ไปกับการออกกำลังกายเพื่อรักษาระดับดัชนีมวลกายไม่ให้มีภาวะอ้วน ก็เป็นอีกหนึ่งแนวทางที่ช่วยลดความเสี่ยงได้

ในด้านของการฝึกซ้อม ควรเริ่มต้นฝึกซ้อมจากระดับเบาไปหนัก ค่อย ๆ เพิ่มระดับการฝึกซ้อมแบบไม่เร่งรีบ ให้ระยะเวลากับร่างกายและหัวใจได้มีการปรับตัว ซึ่งหากต้องการวิ่งเพื่อสุขภาพที่ดี การวิ่งเพียง 1 ถึง 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ด้วยความเร็วที่ต่ำกว่า 9.70 กิโลเมตรต่อชั่วโมง ก็เพียงพอต่อการลดความเสี่ยงการเสียชีวิตจากโรคต่าง ๆ ในระยะยาว เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกายด้วยการวิ่ง (Lee et al., 2014)

การตรวจเพิ่มเติมทางระบบหัวใจที่สามารถให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การสัมภาษณ์ประวัติครอบครัวเกี่ยวกับการเสียชีวิตขณะออกกำลังของสมาชิกในครอบครัว การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiography, ECG) การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (echocardiography) การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าหัวใจ (cardiac magnetic resonance imaging) และการตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการออกกำลังกาย (exercise stress test) การตรวจเหล่านี้ล้วนเป็นเครื่องมือที่สามารถใช้ในการตรวจการทำงานของหัวใจของนักกีฬา (Chugh & Weiss, 2015; Schmied & Borjesson, 2014; Wasfy et al., 2016) ให้ข้อมูลด้านโครงสร้างและการทำงานของหัวใจของแต่ละบุคคล เป็นข้อมูลที่สามารถใช้ในการลดความเสี่ยงและป้องกันการเสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากการออกกำลังกายได้

บทสรุป

การออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อสุขภาพ แต่ในขณะเดียวกันผู้ที่ออกกำลังกายก็มีโอกาสเสียชีวิตในขณะออกกำลังกายจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ การตรวจสุขภาพประจำปี การลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ร่วมกับการเลือกระดับการออกกำลังกายที่เหมาะสม เป็นการลดความเสี่ยงของการเสียชีวิตระหว่างออกกำลังกาย คงเหลือไว้เพียงประโยชน์ของการออกกำลังกายที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของคนไทยที่รักสุขภาพทุกคน

เอกสารอ้างอิง

1. Burton, D. A., Stokes, K., & Hall, G. M. (2004). Physiological effects of exercise. Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain, 4(6), 185-188. https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mkh050
2. Chugh, S. S., & Weiss, J. B. (2015). Sudden Cardiac Death in the Older Athlete. Journal of the American College of Cardiology, 65(5), 493-502. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jacc.2014.10.064
3. Dodge, J. T., Brown, B. G., Bolson, E. L., & Dodge, H. T. (1992). Lumen diameter of normal human coronary arteries. Influence of age, sex, anatomic variation, and left ventricular hypertrophy or dilation. Circulation, 86(1), 232-246. https://doi.org/doi:10.1161/01.CIR.86.1.232
4. Emery, M. S., & Kovacs, R. J. (2018). Sudden Cardiac Death in Athletes. JACC: Heart Failure, 6(1), 30-40. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jchf.2017.07.014
5. Hajar, R. (2017). Risk Factors for Coronary Artery Disease: Historical Perspectives. Heart views : the official journal of the Gulf Heart Association, 18(3), 109-114. https://doi.org/10.4103/HEARTVIEWS.HEARTVIEWS_106_17
6. Kochi, A. N., Vettor, G., Dessanai, M. A., Pizzamiglio, F., & Tondo, C. (2021). Sudden Cardiac Death in Athletes: From the Basics to the Practical Work-Up. Medicina (Kaunas), 57(2). https://doi.org/10.3390/medicina57020168
7. Lee, D.-c., Pate, R. R., Lavie, C. J., Sui, X., Church, T. S., & Blair, S. N. (2014). Leisure-Time Running Reduces All-Cause and Cardiovascular Mortality Risk. Journal of the American College of Cardiology, 64(5), 472-481. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jacc.2014.04.058
8. Schmied, C., & Borjesson, M. (2014). Sudden cardiac death in athletes. Journal of Internal Medicine, 275(2), 93-103. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/joim.12184
9. Wasfy, M. M., Hutter, A. M., & Weiner, R. B. (2016). Sudden Cardiac Death in Athletes. Methodist DeBakey cardiovascular journal, 12(2), 76-80. https://doi.org/10.14797/mdcj-12-2-76

The implementation of the effectiveness of two levels of active office interventions. [1]

Raweewan Maphong [1*]

[1] Chularongkorn University, Faulty of Sports Science, Health Promotion, Bangkok, Thailand

[*]Correspondence:
Raweewan Maphong
Email: raweewan.m@chula.ac.th

Abstract

Background: Sedentary behavior (SB) is an important health problem behavior. Excessive SB and insufficient physical activity (PA) are associated with many adverse health outcomes, especially among office workers. Thus, in this era, restoring and promoting PA and reducing SB in work for office workers is therefore necessary.

Program/project implementation: *The active office intervention* **was designed to reduce SB in office workers. The intervention was developed by collecting basic information, including questionnaires, interviews, observations, and an environmental survey targeted at the organizational and individual levels based on** the Social Cognitive Theory (SCT) construct. The organization in the study was the government university. Seventy-eight nonacademic university employees from different faculties were assigned to a control (CON) group (n=39) and an intervention (INT) group (n=39). At the organizational level, intervention complemented the announcement and enforcement of SB policies, knowledge, and tips to reduce SB, activity breaks, and motivational stickers. At the individual level, intervention provided the participants with knowledge, alerts, and PA tracking tools. After 8 weeks of intervention, at the organizational level, it was found that the organizational health culture, the physical and social environment, and the organizational health behavior were dramatically changed. At the individual level, compared with the CON group, the INT group was significantly higher in the METs rate, light-intensity physical activity, and moderate-to-vigorous-intensity physical activity, and lower in SB. The cost of the intervention was approximately 200,000 baht.

Lessons learned: The two levels of active office intervention based on SCT are effective in changing the organizational level and the individual level. The program included organizational policies that were put in place to change the organizational health culture, physical and social environment, and organizational health. At the individual level, the program promoted knowledge to increase self-efficacy, goals-setting, and outcome

1 *This Best Practice is an excerpt from a published article: "Maphong, R., Nakhonket, K., & Sukhonthasab, S. The effectiveness of two levels of active office interventions to reduce sedentary behavior in office workers: a mixed-method approach." The journal is Archives of Environmental & Occupational Health, 77(6), 504-513. (2022).*

expectations to change personal attitudes and behaviors. For successful and sustainable change behaviors for staff in the workplace, the organization should provide a policy to reduce SB for personnel in the organization in order to continue developing good health behaviors. However, as we enter a new era, some workplaces have changed their working styles from office to hybrid or remote work.

Conclusion: Researchers and stakeholders should find other solutions to solve the problem of the new working styles that affect the policy and the intervention setting to promote office workers' health behavior, especially in PA and SB.

Keywords: Active office interventions, Physical activity, Sedentary behavior, Office workers, Social cognitive theory

โครงการการสะสมพลังงาน “ต้านภัยโควิด 19”

ปณิตา พิมพ์สกุล [1*]

[1] สมาคมกรีฑาผู้สูงอายุไทย, กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย

[*]การติดต่อ:
ปณิตา พิมพ์สกุล
Email: pimsakulp@gmail.com

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: จากอุบัติการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เป็นวงกว้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการชีวิตประจำวันและวิถีชีวิตของประชาชน ไม่เว้นแต่การออกกำลังกายและเล่นกีฬาเพื่อสุขภาพ หรือกิจกรรมทางกายที่เป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยโครงการฯ มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมและกระตุ้นการมีกิจกรรมทางกายในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19

โปรแกรม/โครงการที่นำไปใช้: โครงการฯ ได้ดำเนินกิจกรรมกับสมาชิกเครือข่ายชมรมกรีฑาผู้สูงอายุไทย จำนวน 2,000 คน โดยกำหนดรูปแบบการออกกำลังกายหรือกิจกรรมต่าง ๆ ภายในพื้นที่บ้านหรือสถานที่อื่นที่ปลอดภัย โดยมีเป้าหมายในการสะสมจำนวนแคลอรี่จากการออกกำลังกายและการมีกิจกรรมทางกาย จำนวน 15,000 กิโลแคลอรี่ต่อคน ภายในระยะเวลา 90 วัน โดยวิธีการบันทึกลงในสมุดบันทึกพลังงาน เมื่อสะสมแคลอรี่ได้ครบตามจำนวนจะได้รับเสื้อกิจกรรมและประกาศนียบัตร เพื่อเป็นการของที่ระลึกที่เข้าร่วมโครงการฯ รวมถึงเพื่อสร้างความภูมิใจให้กับผู้เข้าร่วมกิจกรรมโครงการฯ

บทเรียนรู้: จากการดำเนินกิจกรรมโครงการฯ พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมของโครงการฯ ทั้งหมดจำนวน 2,000 คน แบ่งเพศหญิงร้อยละ 55 และเพศชาย ร้อยละ 45 ผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 58 ปี โดยสามารถแบ่งเป็น อายุต่ำกว่า 49 ปี ร้อยละ 25 อายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 35 และอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40 เมื่อพิจารณาผลการดำเนินโครงการฯ พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทุกคนสามารถสะสมแคลอรี่ที่เผาพลาญจากการออกกำลังกายและมีกิจกรรมทางกายได้ตามเป้าหมาย (15,000 กิโลแคลอรี่) คิดเป็นร้อยละ 100

บทสรุป: กิจกรรมการสะสมพลังงาน “ต้านภัยโควิด 19” สามารถเป็นสิ่งกระตุ้นให้สมาชิกได้มีการตระหนักถึงการมีกิจกรรมทางกายที่จะช่วยให้มีสุขภาพที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: สะสมแคลอรี่, กิจกรรมทางกาย

บทนำ

จากอุบัติการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่มีความรุนแรงและมีจำนวนผู้ติดเชื้อรวมไปถึงผู้เสียชีวิตมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้เกิดความตื่นตระหนกในกลุ่มประชาชนต่อสถานการณ์เป็นอย่างมาก ประชาชนส่วนใหญ่จึงมักเก็บตัวอยู่ภายในที่พักอาศัย จนทำให้บางคนมีพฤติกรรมเนือยนิ่งที่มากขึ้น มีกิจกรรมทางกายที่ลดลง ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะโรคไม่ติดเชื้อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น กระทบต่อการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เป็นวงกว้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ชีวิตประจำวันและวิถีชีวิตของประชาชน ไม่เว้นแต่การออกกำลังกายและเล่นกีฬาเพื่อสุขภาพ หรือกิจกรรมทางกายที่เป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ สมาคมกรีฑาผู้สูงอายุไทยจึงเห็นเล็งถึงปัญหาทางด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต จึงเกิดโครงการ “การสะสมพลังงาน ต้านภัยโควิด-19” ขึ้น เพื่อเป็นการชักชวนและกระตุ้นให้มีการออกกำลังกายอยู่เสมอ แม้จะมีการกักตัวอยู่ในที่พักอาศัย เพื่อสุขภาพที่ดีและห่างไกลจากเชื้อไวรัสโควิด-19

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และอยู่กับสถานการณ์วิกฤตด้วยความเข้าใจ และมีประสิทธิผลในการดูแลตนเองจากกิจกรรมทางกาย
2. เพื่อส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางกายและกีฬาเพื่อสุขภาพในวิถีชีวิตประจำวัน
3. เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายในสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 เป็นการสร้างภูมิการป้องกันภัย
4. เพื่อให้มีการประเมินผลการส่งเสริมการออกกำลังกายจากการสะสมพลังงาน

ขั้นตอนการดำเนินโครงการ (Project implementation)

การรับสมัครเข้าร่วมโครงการฯ

ประกาศรับสมัครผู้เข้าร่วมโครงการ “การสะสมพลังงานต้านภัย โควิด-19” ผ่านทาง Facebook เพจสมาคมกรีฑาผู้สูงอายุไทย จำนวน 2,000 คน โดยไม่มีการระบุคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโครงการฯ ข้อจำกัด หรือข้อห้าม ทุกคนสามารถลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการฯ ได้

กิจกรรมหลัก

กิจกรรมหลักของโครงการฯ คือการออกกำลังกายหรือกิจกรรมต่าง ๆ ภายในพื้นที่บ้านหรือสถานที่อื่นที่ปลอดภัย โดยกำหนดเป้าหมายในการสะสมจำนวนแคลอรี่จากการออกกำลังกายและการมีกิจกรรมทางกาย จำนวนคนละ 15,000 กิโลแคลอรี่ต่อคน ภายในระยะเวลา 90 วัน (ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน – 30 สิงหาคม 2564) โดยวิธีการบันทึกลงในสมุดบันทึกพลังงาน ทั้งนี้สามารถใช้ Smart watch ในการคำนวนพลังงานที่ใช้ หรือเปรียบเทียบจากตารางตัวอย่าง ดังนี้

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบกิจกรรมการออกกำลังกายกับปริมาณการเผาผลาญพลังงาน (กิโลแคลอรี่) ต่อชั่วโมง

กิจกรรมการออกกำลังกาย	ปริมาณการเผาผลาญ พลังงาน (กิโลแคลอรี่) ต่อชั่วโมง
เดินธรรมดา	200-250
เดินเร็ว	350-400
รำวงต่างๆ	250-350
เต้นแอโรบิก	300-350
ฮูล่าฮูป	300-400
วิ่ง Jogging	400-450
ปั่นจักรยานความเร็วธรรมดา	250-350
ปั่นจักรยานเร็ว	450-500
ว่ายน้ำ	450-500

ที่มา: Faculty of Physical therapy Mahidol University, 2015

การติดตามและประเมินผล

ผู้เข้าร่วมโครงการบันทึกจำนวนแคลอรี่ในแต่ละวันด้วยความซื่อสัตย์ และส่งให้ประธานเครือข่าย ลงนามรับรองเมื่อสะสมพลังงานครบตามจำนวน (15,000 กิโลแคลอรี่) จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมโครงการส่งสมุดสะสมพลังงานกลับมาที่สมาคมกรีฑาผู้สูงอายุไทย เลขที่ 286 การกีฬาแห่งประเทศไทย แขวงหัวหมาก เขตบางกะปิ กรุงเทพฯ 10240 จึงจะได้รับเสื้อกิจกรรมและประกาศนียบัตร เพื่อเป็นของที่ระลึกรวมถึงเพื่อสร้างความภูมิใจให้กับผู้เข้าร่วมกิจกรรมโครงการฯ

ผลการเข้าร่วมโครงการฯ

ผู้เข้าร่วมโครงการฯ

กลุ่มสมาชิกเครือข่ายของสมาคมฯ ส่วนมากมีอายุ 35 ปีขึ้นไป แต่กิจกรรมและโครงการต่าง ๆ ที่ทางสมาคมจัดขึ้นไม่ได้จำกัดขอบเขตของอายุ สมาชิกเครือข่ายสามารถชักชวนคนในครอบครัวมาร่วมกิจกรรมได้ จึงพบความหลากหลายของกลุ่มประชากรที่เข้าร่วมโครงการ ทั้งนี้มีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ ฯ ทั้งสิ้น 2,000 คน จากการประชาสัมพันธ์ผ่านเพจของสมาคมฯ และการชักชวนของสมาชิกเครือข่าย โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 2 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของผู้เข้าร่วมโครงการ การสะสมพลังงาน "ต้านภัยโควิด-19"

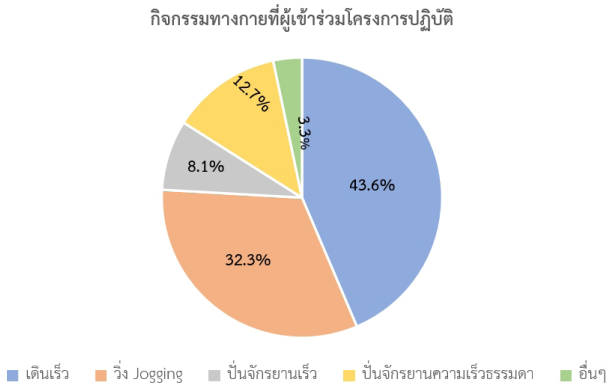
ตัวแปร	คิดเป็นร้อยละ (*n* = 2,000)
เพศ	
ชาย	55.6 (1,112)
หญิง	44.4 (888)
กลุ่มอายุ	
ไม่เกิน 49 ปี	25.6 (512)
50-59 ปี	34.2 (684)
60 ปีขึ้นไป	40.2 (804)
ระดับการศึกษา	
ต่ำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา	23.7 (474)
มัธยมศึกษา	33.2 (664)
สูงกว่ามัธยมศึกษา	43.1 (862)
อาชีพ	
นักเรียน	11.2 (224)
ข้าราชการหรือลูกจ้างส่วนราชการ	23.5 (470)
อาชีพอิสระ	24.8 (496)
ภาคเอกชน	19.4 (388)
ว่างงาน	21.1 (422)
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	
มี	56.2 (1,124)
ไม่มี	43.8 (876)
เขตที่อยู่อาศัย	
เมือง	21.9 (438)
ชนบท	78.1 (1,562)
พื้นที่เสี่ยงโควิด-19 (ข้อมูล ณ เดือนมิถุนายน 2564)	
สีแดง	27.6 (552)
สี ส้ม	54.2 (1,084)
สีเขียว	18.2 (364)
ได้รับข่าวสารจาก Facebook page สมาคมกรีฑาผู้สูงอายุไทย	
ใช่	40.6 (812)
ไม่	59.4 (1,188)

หมายเหตุ: โซนสีแดง: มีรายงานจำนวนผู้ติดเชื้อมากกว่า 10 ราย, โซนสีส้ม: มีรายงานจำนวนผู้ติดเชื้อ 1–10 ราย, โซนสีเขียว: ไม่มีรายงานการติดเชื้อ,

ผู้เข้าร่วมโครงการฯ จำนวน 2,000 คน ประกอบด้วยเพศชายร้อยละ 55.6 และเพศหญิงร้อยละ 44.4 อยู่ในกลุ่มอายุ ไม่เกิน 49 ปี ร้อยละ 25.6 กลุ่มอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 34.2 และมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40.2 ระดับการศึกษาส่วนมากจะอยู่ระดับสูงกว่ามัธยมศึกษา ร้อยละ 43.1 ผู้เข้าร่วมโครงการส่วนมากประกอบอาชีพอิสระ ร้อยละ 24.8 รองลงมาคืออาชีพข้าราชการและลูกจ้างเอกชน ร้อยละ 23.5 และ 19.4 ตามลำดับ มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร้อยละ 56.2 ไม่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร้อยละ 43.8 อาศัยในเขตชนบทร้อยละ 78.1 อาศัยอยู่ในเขตเมืองร้อยละ 21.9 โดยอาศัยในเขตสีแดง สีส้ม และสีเขียว ร้อยละ 27.6 54.2 และ 18.2 ตามลำดับ ผู้เข้าร่วมโครงการจำนวนร้อยละ 40.6 ทราบข้อมูลการรับสมัครการเข้าร่วมโครงการ “การสะสมพลังงาน ต้านภัยโควิด-19” จาก Facebook เพจสมาคมกรีฑาผู้สูงอายุไทย แต่จำนวนร้อยละ 50.4 ทราบจากการชักชวนของสมาชิกเครือข่ายสมาคม (ตารางที่ 2)

ผลจากการติดตามและประเมินผล

จากการติดตามและประเมินผลการเข้าร่วมโครงการฯ พบว่า ผู้ว่าเข้าร่วมโครงการฯ ทุกคนมีการออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น โดยเลือกการเดินเร็วร้อยละ 43.6 วิ่ง jogging ร้อยละ 32.3 ปั่นจักรยานความเร็วธรรมดา ร้อยละ12.7 ปั่นจักรยานเร็ว ร้อยละ 8.1 และกิจกรรมอื่น ๆ ร้อยละ 3.3 (ภาพที่1)



ภาพที่ 1: แสดงอัตราส่วนกิจกรรมทางกายที่ผู้เข้าร่วมโครงการปฏิบัติ

การถอดบทเรียน

โครงการ “การสะสมพลังงาน ต้านภัยโควิด-19” มีวัตถุประสงค์ในการกระตุ้นการเพิ่มกิจกรรมทางกายในสถานการณ์การแพร่ระบาดเชื้อไวรัสโควิด-19 เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันและลดอัตราการเกิดโรคไม่ติดเชื้อเรื้อรัง โดยพบว่าผู้เข้าร่วมโครงการฯ จำนวนทั้งสิ้น 2,000 คน มีกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้นระหว่างการเข้าร่วมโครงการฯ เนื่องจากมีแรงจูงใจในการพิชิตเป้าหมายการสะสมพลังงานจำนวนให้ครบ 15,000 กิโลแคลอรี่ ภายในระยะเวลา 90 วัน ทั้งนี้ หน่วยงานภาครัฐหรือภาคเอกชน เช่น กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา การกีฬาแห่งประเทศไทย กรมอนามัย ฯลฯ สามารถเข้ามาพัฒนาหรือเป็นส่วนหนึ่งในการสนับสนุนกิจกรรมเพื่อการรณรงค์ให้ประชาชนได้ตระหนักถึงสุขภาพและการเพิ่มกิจกรรมทางกายให้มีอย่างสม่ำเสมอ หรือเพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสม เพื่อลดภาวการณ์เจ็บป่วย ลดค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาล ฯลฯ

เอกสารอ้างอิง

1 Faculty of Physical therapy Mahidol University. (2015). *Thai physical activity guideline*. สืบค้น 22 พฤศจิกายน 2565, จาก https://pt.mahidol.ac.th/TPAG/index.php.

31 มกราคม 2566

ห้องประชุมหลัก MR208

เวลา 09.00 - 10.25 น.

ACTIVE PEOPLE

การพัฒนาหลักสูตรอบรมผู้นำสุขภาพในสถานที่ทำงานเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในประชาชนวัยทำงาน

เพชร รอดอารีย์[1*]

[1] เครือข่ายคนไทยไร้พุง ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, ประเทศไทย

*การติดต่อ:
เพชร รอดอารีย์
Email: raipoong@gmail.com, petch1@nmu.ac.th, petch.rawdaree@gmail.com

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Diseases; NCDs) เป็นสาเหตุการตายถึงร้อยละ 70 ของประชากรไทย การขาดกิจกรรมทางกายและรับประทานอาหารไม่เหมาะสมในวัยทำงานเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การเกิดโรค NCDs ที่ส่งผลให้พิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ตลอดจนความสูญเสียทางเศรษฐกิจ จากประสบการณ์การจัดโครงการและกิจกรรมการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเพิ่มกิจกรรมทางกายและการรับประทานอาหารตามหลักโภชนการ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมในสถานที่ทำงานเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานซึ่งจะนำไปสู่การเป็นองค์กรสุขภาพดี (Healthy Organization) โดยเครือข่ายคนไทยไร้พุงตั้งแต่ปี 2560 พบว่าผู้นำสุขภาพในองค์กร (Health Leader) เป็นผู้มีบทบาทสำคัญยิ่งในการขับเคลื่อนให้มีการดำเนินการเพื่อให้เกิดมีพฤติกรรมสุขภาพตามบริบทขององค์กรอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นที่มาของการจัดทำหลักสูตรเพื่อพัฒนาผู้นำสุขภาพในสถานที่ทำงาน ให้มีความรู้และทักษะในการดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมตามบริบท เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา NCDs ที่เกิดขึ้นกับพนักงานในองค์กรของตน

โปรแกรม/โครงการที่นำไปใช้: จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพของคนวัยทำงาน และการระดมสมองผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยอาจารย์ประจำหลักสูตรที่ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ นักจิตวิทยาสังคม และ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาโครงการ ได้จัดทำหลักสูตรผู้นำสุขภาพในสถานที่ทำงาน โดยมีเป้าหมายให้ได้ผู้นำสุขภาพฯ ที่มีทักษะความรู้พื้นฐานที่ถูกต้อง และมีความสามารถในการออกแบบ จัดการ และขับเคลื่อนโครงการสร้างเสริมสุขภาพแก่พนักงานในองค์กร โดยผ่านกระบวนการอบรมของหลักสูตร เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพพนักงานในองค์กรให้ประสบความสำเร็จตามรูปแบบขององค์กรสุขภาพดี (Healthy Organization) หลักสูตรฯ ประกอบด้วย 5 ชุดวิชา ได้แก่ 1) รู้จัก NCDs การตรวจประเมินและการจัดการเชิงป้องกัน 2) การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกาย 3) การส่งเสริมโภชนาการเพื่อสุขภาพที่ดี ห่างไกลโรค 4) การพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารและสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ 5) การออกแบบและดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรบนพื้นฐานของ Healthy Organization หลักสูตรนี้ถูกออกแบบให้สามารถดำเนินการอบรมภาคทฤษฎี ปฏิบัติและภาคสนาม ทั้งในรูปแบบออนไลน์และในสถานที่ โดยจัดอบรมหลักสูตรนำร่องให้กับตัวแทนองค์กร ๆ ละ 3 คน จำนวน 2 รุ่น ๆ ละ ไม่เกิน 30 องค์กร

บทเรียนรู้: มีผู้เข้ารับการอบรมจำนวน 183 คน จาก 59 องค์กร ผ่านการประเมินและการนำเสนอโครงการหลังจากเข้าอบรม 155 คน (ร้อยละ 85) โดยมีการนำเสนอโครงการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรจำนวน 56 โครงการ ตามแนวทางที่ได้รับการอบรม ทั้งในลักษณะที่เป็นรายบุคคล รายกลุ่ม และการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดีในพื้นที่ตามบริบทขององค์กร จากการประเมินหลักสูตรฯ โดยผู้เข้ารับการอบรม พบว่า ผู้เข้าอบรมได้รับความรู้ ทักษะ และมีความพึงพอใจหลักสูตรภาพรวมอยู่ใน ระดับดีมาก ร้อยละ 44 ระดับดี ร้อยละ 47 และระดับปานกลาง ร้อยละ 9 เป็นไปตามความคาดหวังที่ตั้งไว้ก่อนเข้ารับการอบรม และสอดคล้องกับนโยบายของผู้บริหารองค์กร จากการนำร่องหลักสูตรนี้มีองค์กรสนใจและสมัครเข้ารับการอบรมมากกว่าจำนวนที่สามารถรับได้ และองค์กรที่เข้ารับการอบรมมีขนาด ลักษณะงาน และพันธกิจขององค์กรที่แตกต่างกันมาก เครือข่ายคนไทยไร้พุงจึงมีแผนที่จะพัฒนาหลักสูตรให้มีรูปแบบและการบริหารหลักสูตรที่หลากหลาย สามารถรองรับจำนวนผู้สนใจและสอดคล้องกับบริบทขององค์กรมากขึ้น เพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะของวัยทำงานตามแผนการพัฒนาประเทศด้านการสาธารณสุข

บทสรุป: หลักสูตรอบรมผู้นำสุขภาพ เป็นหลักสูตรที่ให้ความรู้ ทักษะพื้นฐานเกี่ยวกับ NCDs การตรวจประเมิน ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภค การออกกำลังกาย ที่จำเป็นในการจัดกิจกรรม โครงการสร้างเสริมสุขภาพแก่พนักงานในองค์กร อีกทั้งยังจัดให้มีการปรับสภาพแวดล้อม เพิ่มพื้นที่ออกกำลังกาย และส่งเสริมการออกกำลังกายในรูปแบบที่พนักงานเลือกเพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีเจตคติ เป็นผู้นำสุขภาพที่มีความกระตือรือร้น ตื่นตัว ทันต่อสถานการณ์ข้อมูลข่าวสาร มีความคิดสร้างสรรค์ในเชิงบวก พร้อมดูแลตนเองและให้กำลังใจเพื่อนร่วมงานในการดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา NCDs ที่เกิดขึ้นกับพนักงานในองค์กร

คำสำคัญ: โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, Healthy Organization, Health Leader, ผู้นำสุขภาพในสถานที่ทำงาน

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นสาเหตุการตายถึงร้อยละ 70 ของประชากรไทย การขาดกิจกรรมทางกายและรับประทานอาหารไม่เหมาะสมในวัยทำงานเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรค NCDs ที่ส่งผลให้พิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร นำมาซึ่งการสูญเสียทางเศรษฐกิจ คนวัยทำงานเป็นกลุ่มที่มีโอกาสการมีพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพสูง เนื่องจากลักษณะงานจำนวนมากมีการเคลื่อนไหวน้อย เช่น งานที่ต้องนั่งโต๊ะ ควบคุมสายการผลิต นอกจากนั้น คนวัยทำงานมักไม่มีเวลาเพียงพอในการดูแลสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการพักผ่อน การออกกำลังกาย หรือการเลือกอาหารที่เหมาะสมในการบริโภค องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับสถานที่ทำงานในการสร้างเสริมสุขภาพของคนวัยทำงานในศตวรรษที่ 21 เนื่องจากสามารถเข้าถึงกลุ่มประชากรเป้าหมายได้โดยตรง นอกจากนี้วัยทำงานโดยเฉลี่ยใช้เวลาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 40 ชั่วโมงในสถานที่ทำงาน สถานที่ทำงานจึงสามารถส่งผลต่อสุขภาพของคนทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถส่งผลถึงครอบครัว ชุมชน และสังคม สอดคล้องกับแผนปฏิรูปประเทศของไทยในปัจจุบันที่เน้นให้มีนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ความรอบรู้และการป้องกันโรคไม่ติดต่อที่บูรณาการเข้ากับระบบบริหารทรัพยากรมนุษย์และสวัสดิการในสถานที่ทำงานทั้งภาครัฐและเอกชน โดยรวมถึงการมีผู้ดูแลสุขภาพหลักในสถานที่ทำงาน (Chief Health officer)

จากการศึกษานโยบายและมาตรการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงานในสถานประกอบการโดยการทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศ โดย ผศ.ดร. มนสิการ กาญจนะจิตรา และกรณีศึกษาสถานประกอบการภาครัฐและเอกชนในประเทศไทย โดย รศ.ดร. จงจิตต์ ฤทธิรงค์ และ รศ.นพ. เพชร รอดอารีย์ พบว่า การสร้างเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงานในสถานประกอบการ (workplace

health promotion: WHP) เป็นแนวทางสำคัญในการเข้าถึงประชาชนวัยทำงาน เนื่องจากวัยทำงานใช้เวลาในสถานประกอบการจำนวนมากในแต่ละสัปดาห์ การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จในการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายนี้ โดยพบว่ามาตรการสร้างเสริมสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการที่มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การบริโภคผักและผลไม้เพิ่มขึ้น การออกกำลังกายและการมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น และงานวิจัยเกือบทั้งสิ้นแสดงให้เห็นความคุ้มค่าในการลงทุน (ROI เฉลี่ยร้อยละ 160-390 การลางานลดลงโดยเฉลี่ยร้อยละ25.1 และค่าใช้จ่ายสุขภาพลดลงเฉลี่ยร้อยละ 24.5) โดยลักษณะมาตรการที่มีประสิทธิภาพ ควรต้องมีหลายองค์ประกอบ ผู้บริหารต้องให้ความสำคัญ มาตรการต้องสอดคล้องกับวัฒนธรรมองค์กร และอยู่บนฐานทฤษฎี พนักงานต้องมีส่วนร่วม ระยะเวลาการดำเนินการที่นานเพียงพอ และมีระบบการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

ในการจัดการปัญหาดังกล่าว นอกจากการให้ความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพแก่ประชาชนวัยทำงานแล้ว การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสังคมในสถานที่ทำงานให้เอื้ออำนวยต่อการดูแลสุขภาพ เพื่อพัฒนาไปสู่การเป็นองค์กรสุขภาพดี (Healthy Organization) เป็นสิ่งสำคัญยิ่งซึ่งต้องอาศัย “ผู้นำสุขภาพ” (Health Leader) เป็นผู้ขับเคลื่อนให้เกิดการมีพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืนตามบริบทขององค์กร

การถ่ายทอดความรู้ และพัฒนาทักษะในการจัดการ NCDs ให้กับผู้ที่ได้รับมอบหมายในการจัดกิจกรรม โครงการสร้างเสริมสุขภาพพนักงานในองค์กร ในปัจจุบันพบว่าส่วนใหญ่ดำเนินการในรูปแบบการอบรมระยะสั้น 1-2 วัน เน้นการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเบื้องต้น แต่ยังขาดการดำเนินการในส่วนของการถ่ายทอด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ตลอดจนการให้คำปรึกษา และการติดตามผลในการนำความรู้ไปดำเนินโครงการจริงในองค์กร ด้วยเหตุนี้เครือข่ายคนไทยไร้พุงฯ จึงได้ทำการพัฒนาหลักสูตรอบรมผู้นำสุขภาพในสถานที่ทำงาน โดยมีทีมแพทย์ ผู้ทรงคุณวุฒิ และทีมวิทยากร ที่มีประสบการณ์ในการดำเนินกิจกรรม โครงการตลอดจนการให้คำปรึกษาแก่องค์กรต่าง ๆ กว่า 300 องค์กร ร่วมกันออกแบบหลักสูตร

ขั้นตอนการดำเนินโปรแกรม/โครงการ (Program/project implementation)

เครือข่ายคนไทยไร้พุงฯ ได้เชิญแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการ NCDs โภชนาการ วิทยาศาสตร์การกีฬา ตลอดจนวิทยากรด้านจิตวิทยา สังคมวิทยา และกระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) มาเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการหลักสูตรอบรมผู้นำสุขภาพในสถานที่ทำงาน โดยมีประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ศ.เกียรติคุณ พญ.วรรณี นิธิยานันท์ ประธานเครือข่ายคนไทยไร้พุง พล.ต.หญิง ศ.คลินิก พญ.อัมพา สุทธิจำรูญ รองประธานเครือข่ายคนไทยไร้พุง และ อ.ดร. สง่า ดามาพงษ์ ที่ปรึกษากรมอนามัย ร่วมเป็นที่ปรึกษา และ รศ.ดร. เพชร รอดอารีย์ ดำรงตำแหน่งประธานหลักสูตร มีการประชุมระดมความคิดจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและองค์กรที่มีประสบการณ์ในการสร้างเสริมสุขภาพพนักงานในองค์กรที่ประสบความสำเร็จ และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

หลักสูตรผู้นำสุขภาพในองค์กรตามกระบวนการการสร้างเสริมสุขภาพพนักงานในองค์กรตามรูปแบบองค์กรสุขภาพดี (Healthy Organization) มีความครอบคลุมทักษะความรู้ 5 ชุดวิชา ได้แก่

1) รู้จัก NCDs การตรวจประเมินและการจัดการเชิงป้องกัน
2) การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกาย
3) การส่งเสริมโภชนาการเพื่อสุขภาพที่ดี ห่างไกลโรค
4) การพัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร และสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ
5) การออกแบบ และดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร

ซึ่งจะทำให้ผู้ผ่านการอบรมเป็นผู้นำสุขภาพที่มีทักษะความรู้พื้นฐานที่ถูกต้อง และมีความสามารถในการออกแบบจัดการ และขับเคลื่อนโครงการสร้างเสริมสุขภาพแก่พนักงานในองค์กร

ภาพที่ 1 กระบวนการ ผลลัพธ์ และผลกระทบของการจัดอบรมหลักสูตรผู้นำสุขภาพในสถานที่ทำงาน

วัตถุประสงค์ของหลักสูตร

1. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับ NCDs การตรวจประเมิน ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภค การออกกำลังกาย และการปรับสภาพแวดล้อมในองค์กรให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพพนักงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา NCDs ที่เกิดขึ้นกับพนักงานในองค์กร
2. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีทักษะที่จำเป็นในการเป็นผู้นำสุขภาพในสถานที่ทำงาน สามารถออกแบบ จัดการ และขับเคลื่อนโครงการสร้างเสริมสุขภาพแก่พนักงานในองค์กร
3. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีเจตคติ เป็นผู้นำสุขภาพที่มีความกระตือรือร้น ตื่นตัว ทันต่อสถานการณ์ข้อมูลข่าวสาร มีความคิดสร้างสรรค์ในเชิงบวก พร้อมดูแลตนเองและให้กำลังใจเพื่อนร่วมงานในการดูแลสุขภาพ

คำบรรยายชุดวิชา

1. **รู้จัก NCDs การตรวจประเมินและป้องกัน**

ผู้นำสุขภาพจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs ; Non-Communicable Diseases) ปัจจัยเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การดูแลรักษาเพื่อลดความเสี่ยง รวมถึงการจัดการระบบในองค์กรเพื่อจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2. **การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกาย**

ผู้นำสุขภาพจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย ทำความรู้จักรูปแบบวิธีการฟิตร่างกายด้วยประเภทการฝึกที่เหมาะสม และการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องตามความต้องการ และข้อจำกัดต่าง ๆ ตามขั้นตอนที่ถูกต้องและปลอดภัย

3. **การส่งเสริมโภชนาการเพื่อสุขภาพที่ดี ห่างไกลโรค**

ผู้นำสุขภาพจะได้เรียนรู้และสามารถถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการกินอาหารทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมและส่งผลต่อสุขภาพ อีกทั้งสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับคำแนะนำด้านโภชนาการจากแหล่งที่เชื่อถือได้ เพื่อนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

ภาพที่ 2 รูปแบบการจัดอบรมหลักสูตรผู้นำสุขภาพในสถานที่ทำงาน

4. การพัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร สร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ

ผู้นำสุขภาพจะได้เรียนรู้การพัฒนาจากภายในตัวเอง การกำหนดแผนพัฒนารายบุคคลด้านสุขภาพ รวมไปถึงบทบาทและทักษะด้านการสื่อสารที่สำคัญและจำเป็นในการเป็นผู้นำสุขภาพในสถานที่ทำงาน

5. การออกแบบและดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร

ผู้นำสุขภาพจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ถูกต้องในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ อย่างเหมาะสมตามบริบทและสถานการณ์ที่แตกต่างกัน รวมถึงทำความรู้จักแนวคิด การพัฒนาองค์กรไปสู่การเป็นองค์กรสุขภาพดี (Healthy Organization) และทดลองออกแบบโครงการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อนำไปปฏิบัติจริงในองค์กร

รูปแบบการจัดอบรม

หลักสูตรอบรมผู้นำสุขภาพ มีการจัดอบรมแล้วจำนวน 3 รุ่น โดยรุ่นที่ 1 และ 2 จัดอบรมแบบ Online ผ่านระบบ Zoom meeting และรุ่นที่ 3 ได้ปรับรูปแบบการอบรมเป็นแบบ Hybrid เรียน Onsite และ Online 4 สัปดาห์ ๆ ละ 2 วัน

หลังจากจบการอบรม เครือข่ายคนไทยไร้พุง มีการวางระบบให้คำปรึกษาผ่านช่องทางออนไลน์ มีระบบงานสนับสนุนการดำเนินโครงการ และมีการกำหนดกติกานำเสนอโครงการเพื่อขอรับรางวัล Healthy Organization Award เพื่อพัฒนาต่อยอดความสำเร็จตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพให้การสนับสนุนค่าวิทยากร และค่าดำเนินงานในการจัดอบรม ตลอดจนการจัดเวทีนำเสนอผลงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ตำแหน่งงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พยาบาล	42	23
อื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย	39	21
ทรัพยากรมนุษย์	32	17
นักวิชาการสาธารณสุข	22	12
จป.วิชาชีพ	19	10
ครู/อาจารย์	10	5
นักโภชนาการ	8	4
นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	3	2
นักกายภาพบำบัด	2	1
นักวิทยาศาสตร์การกีฬา	2	1
แพทย์	2	1
แพทย์แผนไทย	2	1
รวม	183	100

ตารางที่ 1 ตำแหน่งงานของผู้เข้าอบรม

ประเภทองค์กร	รุ่นที่หนึ่ง	รุ่นที่สอง	รุ่นที่สาม	รวม	ร้อยละ
องค์กรเอกชนขนาดเล็ก	4	5	4	13	22
องค์กรเอกชนขนาดใหญ่	4	4	4	12	20
โรงพยาบาลขนาดใหญ่	5	5	1	11	19
โรงพยาบาลขนาดเล็ก	4	4	1	9	15
สถาบันการศึกษา	3	5	-	8	14
หน่วยงานภาครัฐ/รัฐวิสาหกิจ	4	2	-	6	10
รวม	24	25	10	59	100

ตารางที่ 2 ประเภทองค์กรที่ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม

จำนวนองค์กร/โครงการทั้งหมด 56

	จำนวน	ร้อยละของจำนวนองค์กร/โครงการทั้งหมด
ทำครบทุกองค์ประกอบ	25	45
ทำ Healthy Policy	56	100
ทำ Healthy Workshop	46	82
ทำ Healthy Canteen	44	79
ทำ Healthy Tournament	41	73
ทำ Healthy Space	40	71
ทำ Healthy Meeting	27	48

ตารางที่ 3 การนำความรู้ไปใช้ดำเนินโครงการหลังการอบรม แยกตามองค์กรประกอบของ Healthy Organization

การถอดบทเรียน

จากการจัดอบรม 3 รุ่น มีผู้นำสุขภาพสมัครเข้าอบรม 183 คน จาก 59 องค์กร ผ่านเกณฑ์การอบรมได้รับใบประกาศนียบัตรจากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย รวม 155 คน หรือคิดเป็น ร้อยละ 85 มีการนำเสนอโครงการสร้างเสริมสุขภาพกับพนักงานหลังจากเข้าอบรม ตามบริบทขององค์กร ทั้งโครงการให้ความรู้แก่พนักงาน จัดให้มีการปรับสภาพแวดล้อม เพิ่มพื้นที่ออกกำลังกาย และส่งเสริมการออกกำลังกายในรูปแบบที่พนักงานเลือก ซึ่งการประเมินผลโครงการ พบว่า ผู้เข้าอบรมมีความรู้ทักษะและความพึงพอใจหลักสูตรภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 44 ระดับดี ร้อยละ 47 และระดับปานกลาง ร้อยละ 9 ตามลำดับ

หลักสูตรผู้นำสุขภาพในสถานที่ทำงานถูกพัฒนาขึ้นเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ซึ่งมีเป้าหมายกำหนดให้มีการพัฒนาบุคลากรขององค์กรให้เป็นผู้นำสุขภาพ มีทักษะความรู้พื้นฐานที่จำเป็นในการจัดกิจกรรม โครงการสร้างเสริมสุขภาพพนักงานในองค์กร ตลอดจนการติดตาม ประเมินผล และประสานความร่วมมือกับหน่วยงานด้านสาธารณสุข โดยเนื้อหาหลักสูตรถูกพัฒนาขึ้นบนพื้นฐานของความรู้ คำแนะนำ ตัวอย่าง ทางเลือกที่สามารถเลือกนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงตามบริบทของแต่ละองค์กร และยังช่วยสนับสนุน สร้างความร่วมมือในการขับเคลื่อนงานของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ดังจะเห็นได้จากการที่ภาคีเครือข่าย เช่น โครงการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข (Happy Workplace) โครงการส่งเสริมสุขภาวะองค์กรในวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs Happy and Productive Workplace; SHAP) ได้แนะนำให้องค์กรที่เข้าร่วมโครงการ ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมในหลักสูตร

อย่างไรก็ตาม เครือข่ายคนไทยไร้พุงฯ ได้เล็งเห็นโอกาสในการพัฒนาหลักสูตรเพิ่มเติม โดยปรับเนื้อหาให้มีความกระชับ มีรูปแบบการอบรมที่ยืดหยุ่น ทั้งรูปแบบการเรียนแบบพบปะวิทยากรในชั่วโมงเรียนที่เน้นการฝึกปฏิบัติ การเรียนผ่านช่องทางออนไลน์ และการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยองค์กรสามารถส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมได้ในระยะเวลาที่สะดวก ตามบริบทขององค์กรแต่ละประเภท และเน้นการให้คำปรึกษา คำแนะนำในการคิดและออกแบบกิจกรรมโครงการสร้างเสริมสุขภาพพนักงาน ตลอดจนการเปิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อต่อยอดความสำเร็จ

บทสรุป

หลักสูตรอบรมผู้นำสุขภาพ เป็นหลักสูตรที่ให้ความรู้ ทักษะพื้นฐานเกี่ยวกับ NCDs การตรวจประเมิน ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภค การออกกำลังกาย ที่จำเป็นในการจัดกิจกรรม โครงการสร้างเสริมสุขภาพแก่พนักงานในองค์กร อีกทั้งยังจัดให้มีการปรับสภาพแวดล้อม เพิ่มพื้นที่ออกกำลังกาย และส่งเสริมการออกกำลังกายในรูปแบบที่พนักงานเลือกเพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีเจตคติ เป็นผู้นำสุขภาพที่มีความกระตือรือร้น ตื่นตัว ทันต่อสถานการณ์ข้อมูลข่าวสาร มีความคิดสร้างสรรค์ในเชิงบวก พร้อมดูแลตนเองและให้กำลังใจเพื่อนร่วมงานในการดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา NCDs ที่เกิดขึ้นกับพนักงานในองค์กร

การเดินมากกว่า 5,000 ก้าวต่อวัน ช่วยลดความเสี่ยงการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่ำและอาศัยอยู่ในชุมชนเมือง

ชุติมา ชลายนเดชะ [1], ธันยาภรณ์ อรัญวาลัย [2], วรรธนะ ชลายนเดชะ [1], โสภา พิชัยยงค์วงศ์ดี[1],จรณิต แก้วกังวาน [3], James J. Laskin[4]*

[1] คณะกายภาพบำบัด, มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม, ประเทศไทย
[2] คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล, มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช, กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย
[3] ภาควิชาสุขวิทยาเขตร้อน คณะเวชศาสตร์เขตร้อน, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย
[4] School of Physical Therapy & Rehabilitation Sciences, University of Montana, Montana, USA.

*การติดต่อ:
ชุติมา ชลายนเดชะ
Email: chutima.jal@mahidol.edu

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: การหกล้มเป็นสาเหตุสำคัญของการบาดเจ็บและเสียชีวิตในผู้สูงอายุทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย การกำหนดนโยบายสุขภาพที่เป็นกลยุทธ์ป้องกันและลดความเสี่ยงของการหกล้มจึงเป็นเรื่องสำคัญ การเดินเป็นกิจกรรมทางกายที่รณรงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพสำหรับทุกกลุ่มวัย เดิน 7,000-10,000 ก้าว/วัน ส่งผลต่อสุขภาพเทียบเท่ากับการออกกำลังกายระดับปานกลางถึงหนักมากอย่างน้อย 30 นาที/วัน อย่างไรก็ตาม ข้อเสนอแนะจำนวนก้าวเดินต่อวันเพื่อลดความเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุนั้นยังไม่มีการกำหนดชัดเจน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาจำนวนก้าวเดินต่อวันที่ช่วยลดความเสี่ยงการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่ำและอาศัยอยู่ในชุมชนเมือง

ระเบียบวิธีวิจัย: ผู้สูงอายุจำนวน 933 คน อาศัยอยู่ใน 5 ชุมชน ในเขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร ได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการทดสอบสมรรถภาพทางกายและการทรงตัว วัดจำนวนก้าวเดินต่อวันด้วยเครื่อง Actical® ซึ่งสวมบนข้อมือข้างไม่ถนัด 24 ชั่วโมง เป็นเวลา 7 วัน ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลจดบันทึกอุบัติการณ์การหกล้มในปฏิทิน และส่งผลไปยังอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทุก 2 สัปดาห์ เป็นเวลา 6 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Survival analysis with Kaplan-Meier curve และ Cox proportional hazard model

ผลการศึกษา: จากผู้สูงอายุ 255 คนเข้าร่วมโครงการมี 33 คน (12.9%) รายงานการหกล้มใน 6 เดือน อุบัติการณ์ล้มเท่ากับ 0.79 ต่อ 1,000 คนต่อวัน และพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างจำนวนก้าวเดินต่อวันกับอุบัติการณ์ล้ม ถ้าผู้สูงอายุเดิน ≥ 5,000 ก้าว/วัน จะลดความเสี่ยงในการหกล้มได้มากกว่าร้อยละ 60 (HR_{adj}=0.38, 95%CI=0.14-0.63, p=0.002) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่เดินจำนวนก้าวน้อยกว่า นอกจากนี้ความน่าจะเป็นที่จะรอดจากการหกล้มมากกว่าร้อยละ 80 ในผู้สูงอายุที่เดินมากกว่า 5,000 ก้าว/วัน

บทสรุป: การศึกษานี้เสนอแนะให้ผู้สูงอายุเดินมากกว่า 5,000 ก้าว/วัน เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและควรวางแผนนโยบายส่งเสริมสุขภาพกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเดินมากกว่า 5,000 ก้าว/วัน จะช่วยลดความเสี่ยงหกล้ม และเพิ่มขึ้นเป็น 7,500-10,000 ก้าว/วัน จะช่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรคและเสียชีวิตในผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ: การล้ม, กิจกรรมทางกาย, เดิน, ผู้สูงอายุ

บทนำ

การล้มเป็นสาเหตุสำคัญในการเสียชีวิตของผู้สูงอายุทั่วโลก รายงานความชุกของการล้มทั่วโลกในอยู่ระหว่างร้อยละ 28 ถึงร้อยละ 35 ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปี และเพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น (WHO, 2007) ผู้สูงอายุที่ล้มประมาณ 1 ใน 3 คนจะบาดเจ็บระดับปานกลางถึงรุนแรง ส่งผลให้ต้องเข้ารับการรักษาหรือนอนพักในโรงพยาบาลเป็นเวลานานและอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (NSO, 2015) พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีการล้มสูงกว่าเพศชาย 1.5 เท่า ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บและการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น 2-3 เท่าในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไป และคาดการณ์จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจะเพิ่มมากยิ่งขึ้น เนื่องจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้น (Assantachai et al., 2003) ดังนั้นการล้มเป็นปัญหาสำคัญทางสุขภาพที่ควรได้รับการศึกษาเพื่อหามาตรการดำเนินการป้องกันหรือลดความเสี่ยงของการล้มในผู้สูงอายุไทย

ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์ต่อการล้มในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม (WHO, 2007) ปัจจัยด้านพฤติกรรมครอบคลุมไปถึงกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอหรือพฤติกรรมเนือยนิ่ง การส่งเสริมสุขภาพดีให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมทางกายที่มีระดับหนักปานกลางถึงหนักมากอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ และเพิ่มการออกกำลังด้วยแรงต้านของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ และฝึกการทรงตัวเพื่อป้องกันล้มอย่างน้อย 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ จะช่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรคเรื้อรังหรือการเสียชีวิตและป้องกันการล้มในผู้สูงอายุได้ (WHO, 2020; Pescatello et al., 2014)

การเดินเป็นกิจกรรมทางกายที่สามารถทำได้ง่าย ช่วยพัฒนาสมดุลและการทรงตัวเพื่อป้องกันการล้มได้ ช่วยสร้างความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อลำตัว สะโพกและขา (Okubo et al., 2014) การทรงตัวและการรักษาสมดุลขณะเดินเป็นการทำงานประสานสัมพันธ์ระหว่างระบบกล้ามเนื้อและข้อต่อและระบบประสาทรับความรู้สึก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเดินอย่างน้อย 7,000-10,000 ก้าวต่อวัน ใช้พลังงานเท่ากับการทำกิจกรรมทางกายระดับหนักปานกลางถึงหนักมาก 150 นาทีต่อสัปดาห์ (Tudor-Locke et al., 2011)

อย่างไรก็ตาม จำนวนก้าวเดินเฉลี่ยต่อวันในผู้สูงอายุที่ช่วยลดความเสี่ยงล้ม ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน และต้องคำนึงถึงจำนวนก้าวเดินต่อวัน ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เดินเฉลี่ยไม่ถึง 10,000 ก้าวต่อวัน (Tudor-Locke et al., 2011) หรือประมาณ 4,000 ก้าวต่อวัน เพศชายเดินมากกว่าเพศหญิง และจำนวนก้าวเดินต่อวันลดลงเมื่ออายุมากขึ้น (Nanbnacha et al., 2015; Choothong et al., 2017) ด้วยเหตุนี้จำนวนก้าวเดินต่อวันเท่าไรที่เป็นเกณฑ์ขั้นต่ำของผู้สูงอายุ ส่งผลดีต่อสุขภาพและช่วยลดความเสี่ยงล้มในผู้สูงอายุจึงเป็นคำถามของการศึกษานี้ และกำหนดวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาจำนวนก้าวเดินต่อวันที่เหมาะสมในการลดความเสี่ยงล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง

ระเบียบวิธีวิจัย

การออกแบบการวิจัยหรือข้อมูลที่ใช้

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงสังเกตและติดตามไปข้างหน้าเป็นระยะ 6 เดือน เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองจำนวน 5 ชุมชน ในเขตธนบุรี จังหวัดกรุงเทพมหานครฯ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจะได้รับการประชาสัมพันธ์เชิญชวนให้เข้าร่วมการศึกษา มีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ (1) ไม่มีประวัติการล้มภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา (2) สามารถเดินนอกบ้านได้ด้วยตนเองหรือใช้ไม้เท้าขาเดียว (3) มีการรับรู้และการสื่อสารได้ดีเมื่อประเมินด้วย Thai Mini Mental State Examination (TMMSE คะแนนมากกว่า 22/30 สำหรับผู้ที่เรียนสูงกว่าชั้นประถม และคะแนนมากกว่า17/30 สำหรับผู้ที่เรียนน้อยกว่าชั้นประถม) (IGM, 2002) และ (4) ไม่มีปัญหาการมองเห็นหรือได้รับการแก้ไขการมองเห็นเมื่อวัดด้วยแผนภูมิสเนลเลน และผู้เข้าร่วมการศึกษานี้ถูกจัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงการล้มระดับต่ำด้วยแบบทดสอบ Falls Risk for Older People in the Community (FROPCom) ได้คะแนน <19/60 คะแนน (Russell et al., 2009) และแบบประเมิน Modified Falls Efficacy (MFES)

ได้คะแนน ≥112/140 คะแนน (Hill et al., 1996) ผู้สูงอายุจะถูกคัดออกหากมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงของระบบกระดูกกล้ามเนื้อและข้อต่อ ระบบประสาท ระบบหัวใจหายใจและหลอดเลือด ที่ส่งผลต่อการจำกัดการทำกิจกรรมเคลื่อนไหว รวมถึงการเดินและการทำกิจวัตรประจำวัน

วิธีการรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลเริ่มเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2018 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2019 เมื่อผู้สูงอายุได้รับทราบข้อมูลระเบียบวิธีการวิจัย และลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ผู้วิจัยเก็บข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล (เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษาและรายได้ต่อเดือน) ข้อมูลภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยด้วยแบบทดสอบ FROP-Com และข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย ผู้สูงอายุได้รับการตรวจวัดสมรรถภาพทางกายและประเมินระดับกิจกรรมทางกายด้วยการวัดจำนวนก้าวเดินต่อวันและพลังงานแคลอรี่วัดด้วยอุปกรณ์ Actical® (Philips Respironics, Bend, OR, USA) สวมใส่ที่ข้อมือข้างไม่ถนัดตลอด 24 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 5 วันต่อเนื่องกัน นำข้อมูลในระยะ 12 ชั่วโมงตั้งแต่ 06.00 น. ถึง 18.00 น. รวม 5 วัน มาวิเคราะห์ผล เมื่อครบกำหนดหนึ่งสัปดาห์ที่ต้องคืนอุปกรณ์ ผู้สูงอายุจะถูกสัมภาษณ์ระดับกิจกรรมทางกายในช่วง 7 วันที่ผ่านมาด้วยแบบประเมินระดับกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ (Physical Activity Scale for the Elderly; PASE)

ผู้สูงอายุได้รับปฏิทินบันทึกการล้ม เพื่อรายงานข้อมูลการเกิดอุบัติการณ์ล้มครั้งแรกในระยะเวลา 6 เดือน และส่งข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งจะเดินทางเข้าไปเยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุทุก 2 สัปดาห์เพื่อรวบรวมสมุดบันทึกและปฏิทินการล้ม ข้อมูลระยะเวลารวมที่เสี่ยงต่อการล้ม (total person-day at risk of falling) หน่วยเป็นวัน และแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มล้ม (fallers) และผู้สูงอายุกลุ่มไม่ล้ม (nonfallers) โดยเริ่มนับระยะเวลาเสี่ยงต่อการล้มตั้งแต่วันที่เข้าร่วมโครงการจนถึงวันที่ล้มครั้งแรกภายในเวลา 6 เดือน หรือจนถึงวันที่สิ้นสุดการติดตาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Wayne และคณะ [$Z\alpha 2\ p(1-p)$]/d2 (Wayne et al., 1995) ด้วยค่าความชุกของการล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนเมืองเท่ากับ 20% (Assantachai et al., 2003) กำหนดค่า α เท่ากับ 0.05 และได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างมีค่าเท่ากับ 246 คน การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS เพื่อนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนาและนำเสนออุบัติการณ์ล้มของผู้สูงอายุในระยะ 6 เดือน (จำนวนการล้มครั้งแรกภายใน 6 เดือนหารด้วยระยะเวลารวมที่เสี่ยงต่อการล้ม) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงและอุบัติการณ์ล้มในระยะ 6 เดือน ใช้สถิติ Cox's proportional hazard model นำเสนอค่าความเสี่ยงคือ Unadjusted and adjusted Hazard ratio (HR) ร่วมกับ 95%CI และแสดงอุบัติการณ์การล้มตามฟังก์ชันของเวลาด้วยกราฟ Kaplan-Meier (KM) และใช้ Log rank test เพื่อเปรียบเทียบฟังก์ชันการรอดจากการล้มระหว่างผู้สูงอายุที่เดิน ≥ 5,000 ก้าวต่อวัน กับเดิน <5,000 ก้าวต่อวัน

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหิดล (MU-CIRB COA. NO. 2018/079.0404)

ผลการศึกษาและอภิปรายผล

ผู้สูงอายุจำนวน 933 คนที่อาศัยอยู่ใน 5 ชุมชนในเขตธนบุรี จังหวัดกรุงเทพมหานครฯ มีจำนวน 255 คน ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกมีอายุระหว่าง 60-89 ปี และอาศัยอยู่ในชุมชนมัสยิดบ้านสมเด็จ (n=85) ชุมชนวัดน้อยหิรัญรุจี (n=60) ชุมชนประสานมิตร (n=50) ชุมชนวัดใหญ่ศรีสุพรรณ (n=40) และชุมชนศรีภูมิ (n=87) ผู้สูงอายุที่ไม่ผ่านเกณฑ์เนื่องจากมีความบกพร่องทางการรับรู้ (n=16) มีปัญหาสายตา (n=22) และไม่สามารถเดินได้ด้วยตนเอง (n=2)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐาน สมรรถภาพทางกายและกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่รายงานอุบัติการณ์ล้มจำนวน 33 คน และไม่ล้มจำนวน 222 คนในระยะ 6 เดือน และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของอายุ FROPCom, physical performance test, การเดิน (ก้าวต่อวัน) และกิจกรรมทางกายระหว่างกลุ่มที่ล้มและกลุ่มที่ไม่ล้ม ผลการศึกษาแสดงกลุ่มล้มมีระดับกิจกรรมทางกายต่ำกว่ากลุ่มไม่ล้ม เมื่อวัดด้วยอุปกรณ์ Actical® และแบบประเมิน PASE

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐาน สมรรถภาพทางกายและกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุ

Baseline characteristics	Total (n=255)	Fallers (n=33)	Non-fallers (n=222)	p-value
Demographics				
Age (years)	68.7±6.7	71.4±7.4	68.3±6.5	*0.03**
BMI (kg/m^2) [a]	24.3±3.9	24.7±3.5	24.2±4.1	0.49
FROP-Com (scores)	7.81±3.3	10.4±3.9	7.4±3.1	*<0.001***
MFES (scores)	136.3±3.7	134.2±4.6	136.6±3.5	0.69
Physical performance tests				
FTSTS (sec)	13.1±2.3	14.9±2.3	12.8±2.2	*<0.001***
BBS (scores)	50.2±3.3	48.1± 3.8	50.5± 3.2	*<0.001***
TUG (sec.) [a]	12.3±2.5	14.8±2.5	12.4± 2.4	*<0.001***
10mWT (m/s)	0.7±0.2	0.6±0.1	0.8±04	*<0.001***
6MWT (m)	308.6±48.1	278.2±45.9	313.1±46.8	*<0.001***
Physical activity [b]				
PASE (scores)	75.3±47.9	48.54±36.9	79.45±48.1	*<0.001***
Accelerometer				
Walking (step/d)	6,694.6±3,386.9	4,677.1±2,970.4	7,005.7±3,345.9	*<0.001***
Sleeping (min/wk.)	2,193.3±122.4	2,232.7±112.01	2,187±123.03	0.08
Sedentary (min/wk.)	927.63±185.05	1,007.5±128.5	915.32±189.5	*<0.001***
LPA (min/wk.)	86.7±115.1	38.5±45.4	94.1±120.6	*<0.001***
MVPA (min/wk.)	51.7±80.7	20.9±49.4	56.4±83.6	*<0.001***
MVPA for 10min bouts (min/wk.)	34.9±73.6	17.3±52.1	37.6±76.2	*<0.001***
Energy estimated activity (kcal/wk.)	242.5±187.9	171.3±117.1	253.5±194	*<0.001***

Abbreviations. FROP-Com: Falls Risk for Older People in the Community (score 0-60); MFES: Modified-Falls Efficacy Scale (score 0-140); PASE: The Physical Activity Scale for Elderly (score 0-360); LPA: Light intensity of physical activity; MVPA: Moderate to vigorous intensity of physical activity; wk.: Week; [a]data analysis using the independent t-test; [b]eight persons did not completed 5 days of physical activity monitoring by Actical® accelerometer (n=247); *p<0.05 and **p<0.001

อุบัติการณ์ล้มและค่า Hazard Ratio (HR) ตามปัจจัยเสี่ยงการล้มในระยะ 6 เดือน

ผลการศึกษารายงานความชุกการล้ม เท่ากับร้อยละ 12.9 (33/225 คน) ในระยะ 6 เดือน และระยะเวลารวมที่เสี่ยงต่อการล้ม (total person-day at risk) เท่ากับ 41,656 วัน ดังนั้นอุบัติการณ์ล้มเท่ากับ 0.79 ต่อ 1,000 คนต่อวัน พบว่าการล้มภายในบ้าน (ร้อยละ 45.5) นอกบ้าน (ร้อยละ 12.1) และในบริเวณชุมชน (ร้อยละ 42.4) และการบาดเจ็บจากการล้ม ได้แก่ รอยฟกช้ำหรือถลอกที่ผิวหนัง (n = 16) เคล็ดขัดยอกที่แขน (n = 14) ข้อสะโพกหัก (n = 1) และไม่มีอาการ (n = 2) ในตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอุบัติการณ์ล้มและปัจจัยเสี่ยง

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอุบัติการณ์ล้มในช่วง 6 เดือนในผู้สูงอายุและปัจจัยเสี่ยง

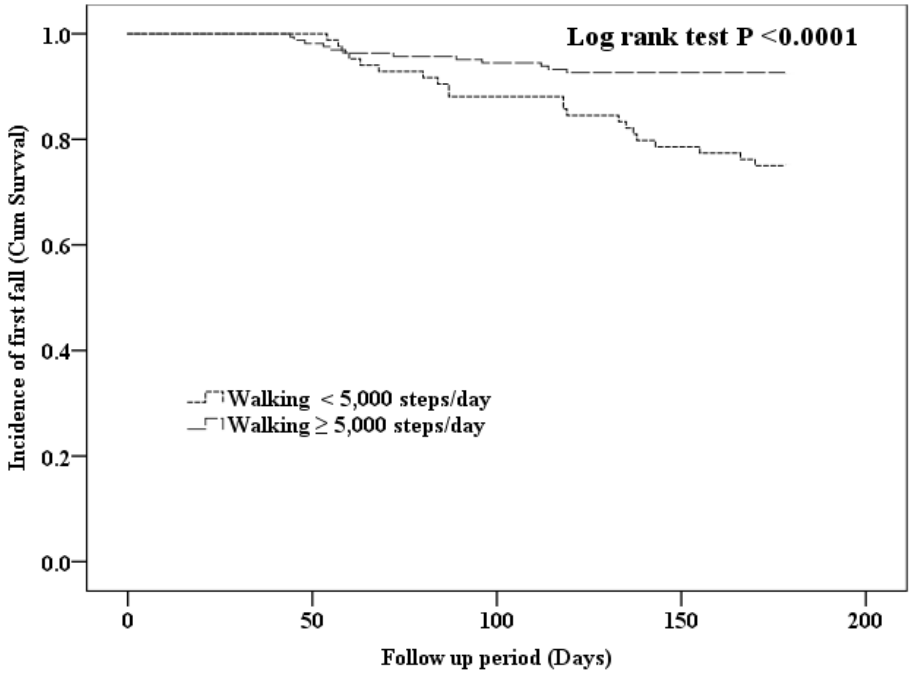
Fall risk factors	Total (n=255)	Fallers (n=33)	Person-day (days)	Incidence density (per 1,000 person day)	Cox-proportional hazard model					
					HR_{unadj}	95%CI	*p*-value	HR_{adj}	95%CI	*p*-value
FTSTS										
>13sec	148	26	23,339	1.11	2.92	1.27-6.73	***0.01****	1.02	0.36-2.91	0.97
≤13 sec	107	7	18,317	0.38	1.00					
BBS										
≤45	20	7	2,859	2.44	3.67	1.59-8.46	***0.002****	1.27	0.45-3.61	0.66
>45	235	26	38,797	0.67	1.00					
TUG										
≥13.5sec	142	27	17,189	1.57	6.43	2.65-15.57	***0.001****	4.22	1.69-10.56	***0.002****
<13.5sec	57	6	24,467	0.25	1.00					
10mWT										
≤0.6 m/s	57	17	8,579	1.98	4.13	2.08-8.17	***0.001****	1.01	0.42-2.39	0.98
>0.6 m/s	198	16	33,077	0.48	1.00					
6MWT										
<306 m	138	27	21,453	1.26	4.25	1.75-10.29	***0.001****	1.99	0.68-5.83	0.21
≥306 m	117	6	20,203	0.30	1.00					
PASE										
<100	169	29	28,027	1.03	3.53	1.24-10.04	***0.02****	1.44	0.47-4.43	0.53
≥100	78	4	13,629	0.29	1.00					
Accelerometer										
Walking										
<5,000step/d	84	21	13,570	1.55	3.60	1.76-7.31	***0.001****	2.62	1.27-5.42	***0.009****

Fall risk factors	Total (n=255)	Fallers (n=33)	Person-day (days)	Incidence density (per 1,000 person day)	Cox-proportional hazard model					
					HR_{unadj}	95%CI	*p*-value	HR_{adj}	95%CI	*p*-value
≥5,000step/d	163	12	28,086	0.43	1.00					
MVPA										
<150 min/wk.	227	31	38,261	0.81	1.37	0.33-5.75	0.66	1.44	0.47-4.43	0.53
≥150 min/wk.	20	2	3,395	0.59	1.00					
<60 min/wk.	183	30	30,477	0.98	3.66	1.12-12.01	*0.03**	1.55	0.42-5.76	0.51
≥60 min/wk.	64	3	11,179	0.27	1.00					

Adjusted by age, polypharmacy/psychotics drugs, medical condition and urinary incontinence

กราฟ Kaplan-Meier (KM) ของอุบัติการณ์ล้มจำแนกตามจำนวนก้าวเดินต่อวัน

รูปที่ 1 แสดงความน่าจะเป็นของการล้มใน 6 เดือนของผู้สูงอายุทั้งหมดและตามจำนวนก้าวเดิน ≥ 5000 ก้าว/วัน และ < 5,000 ก้าว/วัน ผลการศึกษาพบว่าอัตราการรอดจากการล้มเท่ากับร้อยละ 87.06 ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง ค่า median survival time จากการล้มเท่ากับ 44 วัน ความน่าจะเป็นของการล้มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในช่วง 6 เดือนระหว่างผู้สูงอายุที่เดิน ≥ 5000 ก้าว/วัน และ < 5,000 ก้าว/วัน ($p < 0.001$)



ภาพที่ 1: กราฟ Kaplan-Meier (KM) แสดงอุบัติการณ์ล้มในผู้สูงอายุเดิน <5,000 ก้าวต่อวันและ ≥ 5,000 ก้าวต่อวัน

การนำไปใช้สำหรับงานวิจัย/นโยบาย

การศึกษานี้นำเสนออุบัติการณ์ล้มในระยะ 6 เดือนของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง ผลการศึกษาพบว่าการติดตามผู้สูงอายุจำนวน 255 คน มี 33 คนรายงานการล้ม (ร้อยละ12.9) ในช่วง 6 เดือนและคำนวณอุบัติการณ์ล้มเท่ากับ 0.79 ต่อ 1,000 คนต่อวัน ในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนเมืองและมีความเสี่ยงล้มในระดับต่ำ และพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างอุบัติการณ์ล้มและปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ได้แก่ อายุช่วง 80-89 ปี การใช้ยาหลายชนิด/ยาจิตเวช มีโรคประจำตัวหลายโรคและมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ สมรรถภาพทางกายต่ำ (FTSTS>13 วินาที, BBS ≤45, TUG>13.5 วินาที, 10mWT≤0.6 เมตร/วินาที, 6MWT<306 เมตร) และมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (PASE<100 คะแนน, MVPA<150 นาทีต่อสัปดาห์)

ผลการศึกษาแสดงข้อมูลที่น่าเชื่อถือและสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอุบัติการณ์ล้มกับปัจจัยเสี่ยงการล้มหลายด้าน ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยและข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย สมรรถภาพทางกาย และกิจกรรมทางกาย รวมถึงนำเสนอเกณฑ์ขั้นต่ำของจำนวนก้าวเดิน 5,000 ก้าวต่อวันตามค่าตัดแบ่งของ Tudor-Locke และคณะ (Tudor-Locke et. al., 2011) ช่วยลดเสี่ยงล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง เพื่อนำไปเป็นข้อเสนอแนะทางนโยบายสุขภาพต่อไปได้ ตามแผนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ตามแนวคิด Active Ageing เพื่อวางแผนสุขภาพให้กับผู้สูงอายุรายบุคคลตามข้อจำกัดที่จำเพาะแต่ละคน ประโยชน์ของการเดินจะช่วยเพิ่ม Skeletal muscle strength และ mass decline with age and physical fitness ซึ่งจะส่งผลให้ลดภาวะเสี่ยงการหกล้ม ให้กับผู้สูงอายุการรณรงค์ส่งเสริมกิจกรรมทางกายเป็นส่วนหนึ่งในแผนส่งเสริมสุขภาพนี้ การเดินเป็นกิจกรรมทางกายที่สามารถทำได้ง่ายและถูกเลือกมาใช้ในการรณรงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพให้กับทุกกลุ่มวัย สำหรับผู้สูงอายุควรมีการตั้งเป้าหมายการเดินอย่างน้อย 5,000 ก้าวต่อวัน เพื่อลดความเสี่ยงในการล้มและหากเพิ่มได้ 7,500-10,000 ก้าวต่อวัน ก็จะสามารถส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคและเสียชีวิตได้

เอกสารอ้างอิง

1. Assantachai P, Praditsuwan R, Chatthanawaree W, Pisalsarakij D, & Thamlikkitkul V. (2003). Risk factors for falls in the Thai elderly in an urban community. *Journal of Medical Association Thailand*, 86,124-30.
2. Choothong P, Jalayondeja C, Pichaiyongwongdee S, & Bunprajun T. (2007). Daily walking steps and physical fitness in middle-aged and older adults in community dwellers. *Huachiew Chalermprakiet University Journal*, *20*(40), 31-44.
3. Hill K, Schwarz J, Kalogeropoulos A, & Gibson S. (1996). Fear of falling revisited. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation,* 77,1025-9.
4. Institute of Geriatric Medicine (IGM), Department of Medicine Services, Ministry of Public Health, Thailand. (2002). *Mini-mental state examination-Thai 2002.* https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/142640
5. Nanbnacha W, Jalayondeja C, Jalayondeja W, Bunprajun T, & Pongurgsorn C. (2015). Number of step predicts physical fitness in elderly. *1st National Conference of Physical Activity Thailand*. https://www.allthaievent.com/event/11626/
6. National Statistical Office (NSO), Ministry of Information and Communication Technology. (2015). *Number and death rate report of the elderly population in Thailand.* https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1635826412-975_0.pdf
7. Okubo Y, Osuka Y, & Jung S. (2014). Effects of walking on physical and psychological fall-related factors in community-dwelling older adults: a walking versus balance program. *The Journal of Physical Fitness and Sports Medicine,* 3, 515-24.
8. Pescatello LS, Arena R, Riebe D, & Thompson PD. (2014). *ACSM's guideline for exercise testing and prescription. American College of Sports Medicine.* (9th ed.) China: Lippincott Williams and Wilkins.
9. Russell MA, Hill KD, Day LM, Blackberry ID. (2009). Development of the falls risk for older people in community (FROP-com) screening tool. *Age and Ageing, 38*,40-6.
10. Tudor-Locke CE, Craig CL, & Aoyagi Y. (2011). How many steps/day are enough? For older adults and special populations. *International journal of behavioral nutrition and physical activity, 8*(80), 1-19.
11. Wayne WD. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health science.* (6th ed.) USA: Wiley.
12. World Health Organization. (2007). WHO global report on falls prevention in older age. https://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf.
13. World Health Organization. (2010). Global recommendations on physical activity for health. Switzerland. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/.

การพัฒนาพื้นที่สุขภาวะในบริบทประเทศไทยโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษา โครงการลานกีฬาวัฒนธรรมชุมชน

อิสริยา ปุณโณปถัมภ์ [1*]

[1] สถาบันอาศรมศิลป์ ประเทศไทย

*การติดต่อ:
อิสริยา ปุณโณปถัมภ์
Email: isariya@arsomsilp.ac.th

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: ประเทศไทยมีพื้นที่สาธารณะที่เอื้อให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกายน้อยกว่ามาตรฐานโลก ซึ่งพื้นที่สาธารณะส่วนใหญ่ในปัจจุบันยังขาดการบริหารจัดการ ทำให้ถูกทิ้งร้าง ทรุดโทรม ทำให้พื้นที่สาธารณะจำนวนมากอยู่ในสภาพที่ไม่พร้อมใช้งานต่อการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย เนื่องจากหน่วยงานรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขาดงบประมาณในการดูแลรักษาพื้นที่และอุปกรณ์ต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง รวมถึงขาดความรู้ความเข้าใจและแนวทางการสร้างพื้นที่สาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาวะ และขาดการออกแบบพื้นที่ที่แสดงถึงอัตลักษณ์และวัฒนธรรมของชุมชนที่จะทำให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของพื้นที่สาธารณะ ดังนั้น แนวคิดการสร้างความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับชุมชนเพื่อสร้าง “ต้นแบบกระบวนการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะที่ชุมชนร่วมเป็นเจ้าของ” จึงมีความสำคัญในการส่งเสริมพื้นที่ที่เอื้อให้เกิดการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอและการมีสุขภาวะที่ดีของประชาชน

โปรแกรม/โครงการที่นำไปใช้: การดำเนินงาน “โครงการลานกีฬาวัฒนธรรมชุมชน” เป็นการต่อยอดต้นแบบพื้นที่สุขภาวะจาก “โครงการลานกีฬาพัฒน์” ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในกลุ่มภาคกลางตอนล่าง 2 เข้าร่วมการดำเนินโครงการ 8 พื้นที่ เพื่อขับเคลื่อนดำเนินงานการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะในรูปแบบต่าง ๆ ที่หลากหลาย โดยใช้เครื่องมือที่เป็นการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมออกแบบและพัฒนาพื้นที่สุขภาวะร่วมกันระหว่างภาครัฐ ชุมชน และเอกชน เพื่อตอบสนองความต้องการของคนในพื้นที่ สะท้อนอัตลักษณ์ และสร้างความภาคภูมิใจ รวมถึงความรู้สึกเป็นเจ้าของพื้นที่ผ่านการดำเนินกิจกรรม และบริหารจัดการร่วมกัน โดยดำเนินงานพื้นที่ในระดับเมือง 4 พื้นที่ และในระดับชุมชน 4 พื้นที่ เพื่อช่วยส่งเสริมให้ประชาชนมีพื้นที่ที่เอื้อให้เกิดกิจกรรมทางกายที่เพียงพอและมีสุขภาวะที่ดี

บทเรียนรู้: จากการดำเนินงาน พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรมมี 2 ส่วน คือ 1) ภาคีการดำเนินงาน ประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผู้ขับเคลื่อนโครงการ ชุมชนผู้ร่วมขับเคลื่อนโครงการ ภาคเอกชนในพื้นที่ สถาปนิกผู้ออกแบบ และกระบวนกรผู้สร้างการมีส่วนร่วม 2) องค์ประกอบสำคัญต่อการดำเนินงาน ประกอบด้วย ที่ดินที่เหมาะสม งบประมาณและการบริหารจัดการ กระบวนการมีส่วนร่วมและอัตลักษณ์ของโครงการ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ถือได้ว่ามีผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะของชุมชนต่าง ๆ และสามารถนำไปเป็นแนวทางการดำเนินงานและขยายผลไปยังพื้นที่อื่น ๆ ทั่วประเทศ

บทสรุป: การต่อยอดและขยายผลแนวคิดโครงการไปสู่การพัฒนาเมืองสุขภาวะที่ให้ความสำคัญกับสุขภาพของผู้คน และมุ่งมั่นในการพัฒนาเมือง ทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพ และสภาพแวดล้อมทางสังคม เป็นปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determination of Health) ของผู้คน เพื่อให้ทุกคนในเมืองสามารถใช้ชีวิตอย่างกระฉับกระเฉง (Active Living)

คำสำคัญ: องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, กิจกรรมทางกาย, พื้นที่สุขภาวะ, ลานกีฬาวัฒนธรรมชุมชน

บทนำ

ในโลกยุคใหม่ซึ่งขับเคลื่อนด้วยความเจริญก้าวหน้าทางเศรษฐกิจ อาคารสถานที่ตึกสูงต่าง ๆ เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ภายใต้เมืองซึ่งมีพื้นที่เท่าเดิม ผู้คนต่างมีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นผ่านทางหน้าจอเป็นหลัก สิ่งแวดล้อมดังกล่าวค่อย ๆ บ่มเพาะพฤติกรรมที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพโดยไม่รู้ตัวทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ปัญหาที่ตามมาคือเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยทางกายและจิตใจ โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพทางกาย เช่น โรคในกลุ่ม NCDs ทั้งเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ และหลอดเลือด รวมถึงการเจ็บป่วยอื่น ๆ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อความพิการทุพพลภาพ การเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดสภาพแวดล้อมและพื้นที่ที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายและการเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างเหมาะสม

ใน ปี 2557 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จึงได้สนับสนุนการดำเนินงานของสถาบันอาศรมศิลป์ ดำเนินงานการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาต้นแบบพื้นที่สุขภาวะ “โครงการลานกีฬาพัฒน์” เพื่อออกแบบและสร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการทำกิจกรรมทางกายร่วมกับชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และทำให้ชุมชนออกแบบพื้นที่และสภาพแวดล้อมให้คนที่อาศัยในชุมชนและอยู่รอบชุมชนมีพื้นที่ในการเคลื่อนไหวร่างกาย ออกกำลังกายและมีกิจกรรมทางกายมากขึ้น รวมถึงนำความสำเร็จเชิงกระบวนการดำเนินงานโครงการลานกีฬาพัฒน์ ไปต่อยอดโครงการให้เกิดผลกระทบในวงกว้าง (สถาบันอาศรมศิลป์, 2562; ชิตินทรีย์ และคณะ, 2556) และให้เกิดพื้นที่สุขภาวะที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย ออกกำลังกายและเคลื่อนไหวร่างกายอย่างเพียงพอ เพื่อช่วยส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs

ทั้งนี้ จากสถานการณ์ภายใต้มาตรฐานสัดส่วนพื้นที่สีเขียว พบว่า การใช้ชีวิตในสังคมไทยยังขาดพื้นที่สีเขียวตามเกณฑ์มาตรฐานที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ที่ได้กำหนดไว้ คือ ควรมีพื้นที่สีเขียวในเมืองอย่างน้อย 9 ตารางเมตรต่อคน แต่เมืองหลวงของเรามีอัตราส่วนพื้นที่สีเขียวต่อประชากรอยู่ที่ 6.73 ตารางเมตรต่อคนเท่านั้น (The Urbanis, 2019) ซึ่งปัจจุบันกระบวนการในการพัฒนาพื้นที่สาธารณะที่ดำเนินการโดยภาครัฐ ตั้งแต่กระบวนการเลือกพื้นที่ การกำหนดโจทย์และกิจกรรม การออกแบบพื้นที่ต่าง ๆ ส่วนใหญ่ไม่ได้ถูกสื่อสารและทำความเข้าใจกับผู้ใช้งานอย่างเพียงพอ จึงส่งผลให้เกิดความไม่สอดคล้องกับความต้องการและพฤติกรรมของผู้ใช้งานในชุมชน รวมทั้งไม่เกิดการใช้งานและถูกทิ้งร้างในที่สุด ในขณะเดียวกัน แม้ว่าพื้นที่ดังกล่าวจะตอบโจทย์และมีคนเข้ามาใช้งานจำนวนมาก แต่หากประชาชนในพื้นที่เข้าไปใช้บริการพื้นที่อย่างเดียวโดยไม่มีบทบาทหรือจิตสำนึกในความเป็นเจ้าของที่ต้องดูแลรักษาร่วมกัน การดูแลรักษาจึงตกเป็นภาระของภาครัฐเพียงฝ่ายเดียว อย่างไรก็ตาม จากบทเรียนการดำเนินโครงการลานกีฬาพัฒน์ พบว่า การพัฒนาพื้นที่สาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาวะนั้นมีระบบในการดูแลและบริหารจัดการที่ดีโดยสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากผู้ใช้งาน ซึ่งให้ชุมชนได้เป็นเจ้าของพื้นที่สุขภาวะร่วมกับภาครัฐ เพื่อให้พื้นที่ได้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อตอบโจทย์และความต้องการของคนในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นการสร้างแกนนำที่เป็นจิตอาสาในการร่วมกันดูแลและบริหารจัดการพื้นที่ร่วมกับภาครัฐ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมถือได้ว่าเป็นการสร้างพลังชุมชนในการดูแลและบริหารจัดการพื้นที่สุขภาวะของชุมชน ซึ่งเป็นการช่วยลดภาระของรัฐและลดช่องว่างของการมีส่วนร่วมระหว่างชุมชนพื้นที่กับภาครัฐมากยิ่งขึ้น (สถาบันอาศรมศิลป์, 2562)

จากสถานการณ์ดังกล่าว สถาบันอาศรมศิลป์ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จึงเห็นความสำคัญและร่วมดำเนินงานเพื่อต้นแบบพื้นที่สุขภาวะโดยชุมชนร่วมเป็นเจ้าของ ต่อยอดสู่การพัฒนาพื้นที่สุขภาวะในชุมชน “โครงการลานกีฬาวัฒนธรรมชุมชน” เพื่อการสร้างความร่วมมือกับชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการพัฒนาต้นแบบพื้นที่สุขภาวะชุมชนโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมในรูปแบบต่าง ๆ ร่วมกัน ระหว่างภาครัฐ ชุมชน และเอกชน

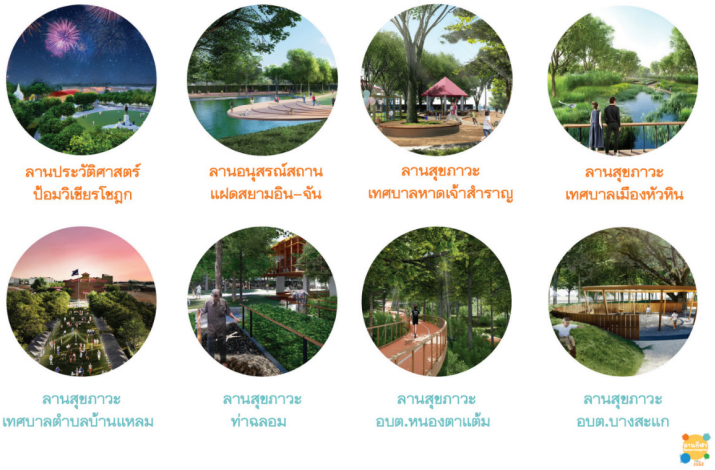
ขั้นตอนการดำเนินโปรแกรม/โครงการ (Program/project implementation)

โครงการลานกีฬาวัฒนธรรมชุมชน ดำเนินงานเพื่อสร้างความร่วมมือกับชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยคณะทำงานได้พัฒนาเครื่องมือเชิงกระบวนการมีส่วนร่วม การออกแบบและจัดกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับภาครัฐ ชุมชน และเอกชน ใน 4 จังหวัด คือ จังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสงคราม จังหวัดเพชรบุรี และจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 8 พื้นที่ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) **การคัดเลือกพื้นที่ลานสุขภาวะต้นแบบ 8 พื้นที่**

เพื่อให้เกิดตัวอย่างพื้นที่สุขภาวะในบริบทต่าง ๆ โครงการลานกีฬาวัฒนธรรมชุมชนจึงได้เลือกพื้นที่ลานสุขภาวะต้นแบบ 8 พื้นที่ โดยในแต่ละพื้นที่มีโจทย์และความท้าทายที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งการดำเนินงานสามารถแบ่งออกเป็นพื้นที่สุขภาวะระดับเมือง 4 พื้นที่ ได้แก่ ลานประวัติศาสตร์ป้อมวิเชียรโชฎก ลานอนุสรณ์สถานแฝดสยามอิน-จัน ลานสุขภาวะเทศบาลหาดเจ้าสำราญ และลานสุขภาวะเทศบาลเมืองหัวหิน และพื้นที่สุขภาวะระดับชุมชน 4 พื้นที่ ได้แก่ ลานสุขภาวะท่าฉลอม ลานสุขภาวะ อบต.ท่าสะแก ลานสุขภาวะเทศบาลตำบลบ้านแหลม และลานสุขภาวะ อบต.หนองตาแต้ม โดยการดำเนินงานของโครงการคาดหวังที่จะให้การพัฒนาลานกีฬาวัฒนธรรมชุมชนดังกล่าวช่วยเป็นต้นแบบและสร้างแรงบันดาลใจในการนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

ภาพที่ 1 ลานสุขภาวะต้นแบบ 8 พื้นที่



ภาพที่ 2 พื้นที่สุขภาวะระดับเมืองและระดับชุมชน

2) **การวิเคราะห์ภาคีหลักในการดำเนินโครงการและองค์ประกอบพื้นฐานของโครงการ**

เป็นการถอดบทเรียนจากคณะทำงานในการขับเคลื่อนพื้นที่สุขภาวะ ว่ามีภาคีที่เกี่ยวข้องที่เป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาและขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่คือใครบ้าง และองค์ประกอบพื้นฐานที่เป็นปัจจัยในการดำเนินงานให้บรรลุความสำเร็จได้นั้นเป็นอย่างไร

3) **การดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน**

ขั้นตอนการดำเนินงานในการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะโดยชุมชนเป็นเจ้าของตั้งแต่เริ่มต้นโครงการจนไปถึงการดูแลบริหารจัดการพื้นที่สุขภาวะของชุมชน ประกอบด้วยวิธีการดำเนินงาน 4 ขั้นตอนหลัก ๆ ได้แก่

1) การริเริ่มโครงการ ด้วยการศึกษาและประเมินความเป็นไปได้ของโครงการ การเลือกที่ตั้งโครงการ การสำรวจและทำความรู้จักชุมชน

2) กระบวนการออกแบบ โดยการสำรวจที่ตั้ง บริบท และอัตลักษณ์ของชุมชน เวทีระดมความคิดเห็นและร่วมออกแบบวางผัง และเวทีนำเสนอแบบและรับฟังความคิดเห็นต่อแบบปรับปรุงภูมิทัศน์

3) การผลักดันโครงการสู่การก่อสร้าง การจัดสรรงบประมาณ และดำเนินการก่อสร้าง

4) การดูแลบริหารจัดการพื้นที่ จัดกิจกรรมทดลองใช้พื้นที่ กระตุ้นให้เกิดการจัดกิจกรรม และผลักดันให้เกิดกลไกการบริหารจัดการดูแลพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

4) **กิจกรรมและเครื่องมือในการดำเนินงาน**

เป็นการรวบรวมตัวอย่างกิจกรรมและเครื่องมือที่คณะทำงานทดลองใช้ในการดำเนินโครงการที่ผ่านมาทั้งหมด โดยแต่ละกิจกรรมจะมีรายละเอียด วัตถุประสงค์ ขั้นตอนกระบวนการ ผู้ที่เกี่ยวข้องและตัวอย่างกิจกรรมที่เกิดขึ้น รวมถึงแนะนำเทคนิคที่ผ่านการทดลองทำจริงเพื่อเป็นวิธีการให้สามารถนำไปปรับใช้ในการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ 1) กระบวนการมีส่วนร่วมในการออกแบบปรับปรุงภูมิทัศน์ ที่เป็นเวทีระดมความคิดเห็นเพื่อกำหนดกิจกรรมและโปรแกรมความต้องการในลานกีฬา เพื่อสร้างความเป็นเจ้าของพื้นที่ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมในการกำหนดโปรแกรมการใช้งาน และเป็นข้อมูลในการออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของชุมชน 2) กระบวนการมีส่วนร่วมในการออกแบบปรับปรุงภูมิทัศน์ ที่เป็นเวทีรับฟังความคิดเห็นต่อแบบปรับปรุงภูมิทัศน์เพื่อตรวจสอบว่าแบบสอดคล้องกับความต้องการของชุมชนหรือไม่ 3) กระบวนการมีส่วนร่วมในการปรับปรุงพื้นที่เพื่อกระตุ้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับปรุงพื้นที่ผ่านการลงมือทำและสร้างสำนึกของการเป็นเจ้าของพื้นที่ และ 4) กระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมกิจกรรมการใช้พื้นที่ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและการใช้พื้นที่อย่างต่อเนื่อง

การถอดบทเรียน

จากการดำเนินงานการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะในชุมชน “โครงการลานกีฬาวัฒนธรรมชุมชน” ดังกล่าว ของสถาบันอาศรมศิลป์ ที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และภาคีเครือข่าย ด้วยความร่วมมือกับชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในกลุ่มจังหวัดภาคกลางตอนล่าง 2 เพื่อพัฒนาต้นแบบพื้นที่สุขภาวะชุมชน ซึ่งมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทที่สำคัญในการดำเนินการพัฒนาพื้นที่อย่างมีส่วนร่วม ร่วมกับภาครัฐ เอกชน และชุมชน ในพื้นที่ 4 จังหวัด คือ จังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสงคราม จังหวัดเพชรบุรี และจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 8 พื้นที่ พบว่า นอกจากการดำเนินโครงการต้องเข้าใจถึงบริบทพื้นที่และการดำเนินงานพื้นที่สุขภาวะระดับเมืองและระดับชุมชนแล้ว ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะอย่างเป็นรูปธรรมมีด้วยกัน 2 ส่วนหลัก คือ 1) ภาคีเครือข่ายการดำเนินงาน ที่ประกอบด้วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผู้ขับเคลื่อนโครงการ ชุมชนผู้ร่วมขับเคลื่อนโครงการ ภาคเอกชนในพื้นที่ สถาปนิกผู้ออกแบบและกระบวนกรผู้สร้างการมีส่วนร่วม และ 2) องค์ประกอบสำคัญต่อการดำเนินงาน ประกอบด้วย ที่ดินที่เหมาะสม งบประมาณและการบริหารจัดการ กระบวนการมีส่วนร่วมและอัตลักษณ์ของโครงการ ซึ่งเป็นปัจจัยที่จำเป็นและมีความสำคัญต่อความสำเร็จในการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะของชุมชนต่าง ๆ และสามารถนำบทเรียนรู้ที่ได้จากการดำเนินงานโครงการลานกีฬาวัฒนธรรมชุมชนไปเป็นแนวทางการดำเนินงานพัฒนาพื้นที่สุขภาวะและขยายผลไปยังพื้นที่อื่น ๆ ทั่วประเทศ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

บริบทพื้นที่และการดำเนินงานพื้นที่สุขภาวะระดับเมืองและระดับชุมชน

พื้นที่สุขภาวะระดับเมือง เป็นพื้นที่ที่มีรัศมีบริการแก่คนในระดับเมืองและพื้นที่ใกล้เคียง ที่ตั้งอยู่บนใจกลางความเป็นเมือง ประชาชนมีการเข้าถึงพื้นที่สะดวกจากถนนสายหลักของเมือง และมีพื้นที่รองรับการทำกิจกรรม และการออกกำลังกายที่หลากหลาย ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย นอกจากนี้ ภาคีในการดำเนินงานโครงการ ผู้ร่วมขับเคลื่อนพื้นที่จะเป็นหน่วยงานภาครัฐที่มีภารกิจหน้าที่ในการดูแลพื้นที่ และมีภาคเอกชนที่สนใจในการพัฒนาเมืองให้การสนับสนุน ซึ่งภาคีเครือข่ายการดำเนินงานพื้นที่สุขภาวะระดับเมือง ประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน กลุ่มพัฒนาเมือง ภาคประชาสังคม ชุมชน และประชาชนในพื้นที่ที่ได้รับประโยชน์ เป็นต้น

พื้นที่สุขภาวะระดับชุมชน เป็นพื้นที่สุขภาวะที่มีรัศมีบริการแก่คนในชุมชน ละแวกบ้าน ที่ตั้งของพื้นที่จะอยู่ใกล้แหล่งชุมชน ประชาชนมีการเข้าถึงสะดวกจากชุมชนโดยรอบ มีพื้นที่โครงการขนาดไม่ใหญ่มากนัก ใช้การออกแบบที่ยืดหยุ่นในการใช้งานและรองรับการทำกิจกรรมสำหรับชุมชน และมีการออกแบบให้คนอยู่ในชุมชนสามารถออกกำลังกายที่ครอบคลุมและทั่วถึงตามความต้องการของคนในชุมชนเป็นหลัก ในขณะที่ภาคีการดำเนินงานโครงการพื้นที่สุขภาวะ ผู้ร่วมขับเคลื่อนพื้นที่จะเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น ๆ ชุมชนที่อยู่รอบพื้นที่ และประชาชนในพื้นที่ที่ได้รับประโยชน์ เป็นต้น

ภาคีหลักในการดำเนินโครงการและองค์ประกอบพื้นฐานโครงการ

1. **องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น** มีบทบาทเป็นผู้ขับเคลื่อนโครงการ ดังนี้ 1) ผู้ริเริ่มโครงการ ด้วยการสร้างความร่วมมือกับชุมชนและภาคส่วนต่าง ๆ 2) เปิดพื้นที่ให้ชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการให้ความคิดเห็น ระบุความต้องการและออกแบบพื้นที่สุขภาวะร่วมกัน 3) ส่งเสริมและกระตุ้น ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง 4) จัดสรรงบประมาณ โดยการหาช่องทางในการระดมทุนพัฒนาพื้นที่สุขภาวะอย่างเหมาะสม และ 5) ดูแลและบริหารจัดการพื้นที่ลานกีฬาร่วมกับชุมชนอย่างต่อเนื่อง

2. **ชุมชน** มีบทบาทเป็นผู้ร่วมขับเคลื่อนโครงการ ซึ่งชุมชนถือเป็นเงื่อนไขที่สำคัญที่จะทำให้โครงการประสบความสำเร็จ เนื่องจากเป็นผู้ใช้ประโยชน์หลักของโครงการที่ต้องมีความตระหนักถึงการเป็นเจ้าของพื้นที่ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยชุมชนมีบทบาทที่สำคัญ ดังนี้ 1) ร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินโครงการ 2) ระบุความต้องการกิจกรรมในการใช้พื้นที่ รวมถึงอัตลักษณ์ของชุมชนเพื่อใช้ในการออกแบบอย่างเหมาะสม 3) มีกลุ่มแกนนำชุมชนในการดำเนินกิจกรรมการมีส่วนร่วมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง และ 4) มีจิตสาธารณะร่วมกันดูแลรักษาบริหารจัดการพื้นที่ด้วยความรัก ความภาคภูมิใจในความเป็นเจ้าของพื้นที่

3. **ภาคเครือข่ายภาคเอกชนในพื้นที่** มีบทบาทเป็นผู้ร่วมขับเคลื่อนโครงการ ซึ่งภาคเอกชนในพื้นที่ อาจหมายถึง บริษัทพัฒนาเมือง หอการค้าจังหวัด YEC ซึ่งส่วนใหญ่แล้วจะให้ความสนใจในการพัฒนาเมือง การพัฒนาบ้านเกิดของตนเอง โดยภาคีเครือข่ายเอกชนมีบทบาทสำคัญ ดังนี้ 1) ผลักดันโครงการร่วมกับหน่วยงานท้องถิ่นและชุมชน 2) ประสานความร่วมมือ เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานท้องถิ่นและชุมชน และ 3) ระดมทุนเพื่อให้เกิดการพัฒนาพื้นที่อย่างต่อเนื่องในระยะยาว

4. **สถาปนิก** มีบทบาทเป็นผู้ออกแบบพื้นที่สุขภาวะชุมชน โดยการดำเนินโครงการพื้นที่สุขภาวะนั้นสามารถค้นหาสถาปนิกผู้ออกแบบได้หลายวิธี อาทิ สถาปนิกในสังกัดหน่วยงานท้องถิ่น การจัดจ้างสถาปนิก หรืออาจารย์และนักศึกษาในสถาบันการออกแบบที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้ออกแบบจำเป็นต้องมีคุณลักษณะเบื้องต้น ดังนี้ 1) เปิดใจรับฟังความคิดเห็นและความต้องการของชุมชน 2) ออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทและเอกลักษณ์ของชุมชน และ 3) ใช้เครื่องมือสื่อสารทางสถาปัตยกรรมสร้างแรงบันดาลใจให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของพื้นที่ที่เกิดประโยชน์กับสุขภาวะชุมชน

5. **กระบวนกร** มีบทบาทเป็นผู้สร้างกระบวนการมีส่วนร่วม โดยสามารถหากระบวนกรได้ในหลายวิธี อาทิ เจ้าหน้าที่ฝ่ายพัฒนาชุมชนของเทศบาล จัดจ้างกระบวนกร หรืออาจารย์และนักศึกษาที่เชี่ยวชาญกระบวนการมีส่วนร่วม ซึ่งกระบวนกรต้องมีคุณสมบัติเบื้องต้น ดังนี้ 1) สร้างความคุ้นเคยกับชุมชน ทำความรู้จักผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง

2) สร้างกระบวนการมีส่วนร่วม ในการออกแบบปรับปรุงพื้นที่และสร้างสำนึกของการเป็นเจ้าของพื้นที่ผ่านกิจกรรมต่าง ๆ 3) ค้นหา Change agent สร้างทีมชุมชนในการบริหารจัดการและดูแลพื้นที่ และ 4) จัดกระบวนการเรียนรู้ให้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อทบทวนและเรียนรู้การทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

องค์ประกอบพื้นฐานของโครงการ

1. **ที่ดิน** เป็นเงื่อนไขตั้งต้นที่จะทำให้เกิดโครงการ ควรพิจารณาที่ดินเพื่อใช้เป็นที่ตั้งโครงการ ดังนี้ กรรมสิทธิ์ที่ดิน การเข้าถึง ขนาด บริบทโดยรอบ ความยากง่ายในการพัฒนา

2. **งบประมาณในการก่อสร้างและบริหารจัดการ** เป็นเงื่อนไขที่จะทำให้โครงการสำเร็จ แกนนำผู้ดำเนินโครงการต้องแสวงหาความร่วมมือและแหล่งทุนทั้งจากภาครัฐหรือเอกชน และทุนที่มีความยืดหยุ่นก็จะทำให้โครงการมีความคล่องตัวมากขึ้น ซึ่งงบประมาณอาจจะได้มาจากภาครัฐ เช่น งบประมาณภายในองค์กร งบประมาณภายนอกองค์กร หรืองบประมาณจากภาคเอกชน เช่น การระดมทุน การบริจาค

3. **กระบวนการมีส่วนร่วม** เป็นเงื่อนไขสำคัญของโครงการที่จะทำให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของพื้นที่ โดยควรจัดกระบวนการมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นโครงการจนไปถึงการทำกิจกรรมในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ดังนี้ 1) กระบวนการออกแบบอย่างมีส่วนร่วม เช่น เวทีระดมความคิดเห็นเพื่อกำหนดกิจกรรมและโปรแกรม เวทีรับฟังความคิดเห็นต่อแบบปรับปรุงภูมิทัศน์ 2) กระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างจิตสำนึกความเป็นเจ้าของ เช่น กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการปรับปรุงพื้นที่ และกิจกรรมส่งเสริมการใช้พื้นที่

4. **อัตลักษณ์ของชุมชน** เป็นปัจจัยที่ทำให้โครงการแสดงอัตลักษณ์ของชุมชน ที่สอดคล้องกับบริบทและยังทำให้ชุมชนเกิดความภาคภูมิใจ จึงควรมีประเด็นในการศึกษาข้อมูลเพื่อใช้ในการออกแบบ ดังนี้ 1) ประวัติศาสตร์ท้องถิ่น 2) วิถีชีวิต วัฒนธรรมประเพณีของชุมชน และ 3) อัตลักษณ์ที่เป็นจุดเด่นที่ชุมชนภาคภูมิใจ

บทสรุป

การดำเนินงานที่ผ่านมา มีข้อจำกัดคือ การพัฒนาพื้นที่สุขภาวะเป็นจุด ๆ ยังไม่เชื่อมโยงภาพรวมของเมืองอย่างเป็นระบบ รวมถึงสถานการณ์ที่ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยและมีความต้องการการออกแบบเมืองเพื่อรองรับกลุ่มผู้สูงอายุให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ จึงควรที่จะต่อยอดและขยายผลแนวคิดโครงการไปสู่การพัฒนาเมืองสุขภาวะที่ให้ความสำคัญกับสุขภาพของผู้คน และมุ่งมั่นในการพัฒนาเมืองทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพ และสภาพแวดล้อมทางสังคมอันเป็นปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determination of Health) ของผู้คน เพื่อให้ทุกคนในเมืองสามารถใช้ชีวิตอย่างกระฉับกระเฉง (Active Living) ในชีวิตประจำวันอย่างเท่าเทียม

อ้างอิง

1 The Urbanis. (2019). How to be Green เพิ่มป่าจริงในป่าคอนกรีต. ที่มา https://theurbanis.com/environment/26/12/2019/179.

2 กระทรวงสาธารณสุข. (2562). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์. กลุ่มเทคโนโลยีระบาดวิทยาและมาตรการชุมชน กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

3 ชิดินทรีย์ บุญมา และคณะ. (2556). คู่มือกิจกรรมทางกาย เพื่อพัฒนาการเรียนรู้สำหรับเด็ก โดยใช้รูปแบบสนามเด็กเล่นโดยใช้หลักการเรียนรู้ของสมองเป็นฐาน Brain-Based Learning (BBL) Playground for Chidden. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท พริ้นซิตี้ จำกัด.

4 สถาบันอาศรมศิลป์. (2562). คู่มือออกแบบลานกีฬาวัฒนาธรรมชุมชน. โครงการขยายผลต้นแบบพื้นที่สุขภาวะ “ลานกีฬาพัฒน์” สู่การพัฒนาพื้นที่สุขภาวะในพื้นที่วัดและโรงเรียน จ.เพชรบุรี โครงการความร่วมมือระหว่างสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และ สถาบันอาศรมศิลป์.

ผลของการขัดการนั่งต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานที่มีต่อความดันโลหิตขณะพัก ของผู้ใหญ่ช่วงต้นเพศชายที่มีภาวะอ้วน[1]

วริศ วงศ์พิพิธ[1,2], Xiaoyuan Zhang[2,3], Masashi Miyashita[3], Stephen Heung-sang Wong[2*]

[1] คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย
[2] Department of Sports and Physical Education, The Chinese University of Hong Kong, Hong Kong S.A.R.
[3] Department of Physical Education, Peking University, Beijing, Republic of China
[4] Faculty of Sport Sciences, Waseda University, Saitama, Japan

*การติดต่อ:
วริศ วงศ์พิพิธ
Email: waris.w@chula.ac.th

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: มนุษย์มีพฤติกรรม 24 ชั่วโมง ทั้งหมด 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมทางกาย 2) พฤติกรรมเนือยนิ่ง และ 3) การนอน โดยสัดส่วนทั้ง 3 กิจกรรมแตกต่างกัน หากมีสัดส่วนที่ไม่เหมาะสมอาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิด NCDs ได้ การขัดการนั่งต่อเนื่องสามารถลดความดันโลหิตขณะพักได้ การศึกษาการขัดการนั่งในผู้ใหญ่วัยที่มีภาวะน้ำหนักเกินยังมีไม่เพียงพอที่จะให้คำแนะนำการลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง ดังนั้นการศึกษานี้จึงศึกษาผลของรูปแบบการขัดพฤติกรรมเนือยนิ่งด้วยการเดินที่ความหนักระดับเบาเป็นเวลา 3 นาที และการเดินที่ความหนักระดับปานกลาง 1.5 นาที ทุก 30 นาทีของการนั่ง ที่มีผลต่อความดันโลหิตขณะพักในผู้ใหญ่ช่วงต้นเพศชายที่มีภาวะอ้วนลงพุง

ระเบียบวิธีวิจัย: วิจัยแบบสุ่มไขว้มีเงื่อนไข (randomized crossover study) ผู้เข้าร่วมงานวิจัยต้องมาที่ห้องปฏิบัติการณ์ 5 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาในสถานศึกษาเขตปกครองพิเศษฮ่องกง เพศชาย จำนวน 18 คน อายุระหว่าง 18–34 ปี มีภาวะอ้วนลงพุง มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมากกว่า 3 เดือน ไม่สูบบุหรี่ ไม่มีประวัติการเป็นโรคหัวใจหรือเบาหวาน ไม่มีการรับประทานยาที่ส่งผลต่อไขมันหรือน้ำตาลในเลือด ใช้ generalized estimating equations แบบ exchangeable correlation matrix ในการวิเคราะห์ผล

ผลการศึกษา: ผู้เข้าร่วมวิจัยอายุเฉลี่ย 24 ปี BMI 30.0±1.7 กิโลกรัม/เมตร2 เส้นรอบเอว 100.2±5.8 เซนติเมตร หลังทดลองโปรแกรมพบว่า ค่าความดันโลหิต Systolic ขณะพัก 122.8±10.4 มิลลิเมตรปรอท ลดลงในเงื่อนไข 3-min เป็น 119.8±6.7 มิลลิเมตรปรอท, p = .048 และค่าความดันโลหิต Systolic ลดลงในเงื่อนไข 1.5-min เหลือ 119.9±7.9 มิลลิเมตรปรอท, p = .193 และค่าความดันโลหิต Diastolic ขณะพัก 76.4±8.4 มิลลิเมตรปรอท ลดลงในเงื่อนไข 3-min เป็น 75.0±6.0 มิลลิเมตรปรอท, p = .002 และลดลงเหลือ 75.1±7.1 มิลลิเมตรปรอท, p = .007 ในเงื่อนไข 1.5-min

บทสรุป: การขัดพฤติกรรมเนือยนิ่ง/การนั่งเป็นระยะเวลานานด้วยการเดินที่ความหนักระดับเบาเป็นระยะเวลา 3 นาที ทุก 30 นาทีของการนั่ง และการเดินที่ความหนักระดับปานกลางเป็นระยะเวลา 1.5 นาที ทุก 30 นาทีของการนั่ง สามารถลดความดันโลหิตขณะพักในผู้ใหญ่ช่วงต้นเพศชายที่มีภาวะอ้วนลงพุงได้

คำสำคัญ: พฤติกรรมเนือยนิ่ง, การนั่ง, ความดันโลหิต, ภาวะอ้วนลงพุง, การขัดพฤติกรรมเนือยนิ่ง, การแทรกกิจกรรมทางกาย

1 *บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของบทความ "Interrupting Prolonged Sitting Reduces Postprandial Glucose Concentration in Young Men With Central Obesity" ในวารสาร The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*

บทนำ

มนุษย์ทุกคนมีกิจกรรมระหว่างพฤติกรรมการเคลื่อนไหวและไม่เคลื่อนไหวตลอดระยะเวลา 24 ชั่วโมง ทั้งหมด 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมทางกาย 2) พฤติกรรมเนือยนิ่ง และ 3) การนอน (Tremblay et al., 2017) ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีสัดส่วนของทั้ง 3 กิจกรรมที่แตกต่างกัน และหากมีสัดส่วนของพฤติกรรมการเคลื่อนไหวและไม่เคลื่อนไหวที่ไม่เหมาะสม เช่น การใช้ระยะเวลาที่มากในพฤติกรรมเนือยนิ่งและการใช้ระยะเวลาในการมีกิจกรรมทางกายที่ความหนักระดับปานกลางถึงสูงที่ต่ำ อาจจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด (Edwardson et al., 2012; Pandey et al., 2016; Wilmot et al., 2012) โรคเบาหวานชนิดที่สอง (Biswas et al., 2015; Edwardson et al., 2012; Gill et al., 2011; Li et al., 2021; Wilmot et al., 2012) หรืออัตราการตายจากทุกสาเหตุได้ (Biswas et al., 2015; Ekelund et al., 2016; Stamatakis et al., 2019; Wilmot et al., 2012) โดยคนที่มีความเสี่ยงสูงที่สุดคือคนที่ใช้ระยะเวลาน้อยในการมีกิจกรรมทางกายที่ความหนักระดับปานกลางถึงสูง หรือไม่สามารถทำตามแนวทางการมีกิจกรรมทางกายที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2020) หรือ/และรัฐบาลประเทศต่าง ๆ ได้กำหนดไว้ ซึ่งพฤติกรรมเนือยนิ่งนั้นหมายถึง พฤติกรรมใด ๆ ขณะตื่นนอนที่อยู่ในท่านั่ง เอนหลัง หรือนอนราบ (ต้นขานั้นมีการขนานกับพื้น) และมีการใช้พลังงานที่ต่ำกว่า 1.5 Metabolic Equivalents (METs)

การลดพฤติกรรมเนือยนิ่งที่ส่งผลดีต่อสุขภาพควรคำนึงถึง 3 เรื่อง ได้แก่ 1) การเพิ่มกิจกรรมทางกาย 2) การลดระยะเวลาที่ใช้ในพฤติกรรมเนือยนิ่งทั้งหมด และ 3) การลดระยะเวลาที่ใช้ในพฤติกรรมเนือยนิ่งต่อครั้ง (Diaz et al., 2017) ซึ่งการเพิ่มกิจกรรมทางกายและลดระยะเวลาที่ใช้ในพฤติกรรมเนือยนิ่งทั้งหมด และระยะเวลาที่ใช้ในพฤติกรรมเนือยนิ่งต่อครั้งสามารถทำได้ด้วยการขัดพฤติกรรมเนือยนิ่ง

การขัดพฤติกรรมเนือยนิ่งหมายถึง การแทรกกิจกรรมทางกายใด ๆ ระหว่างระยะเวลาการมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง ซึ่งหากมีการขัดพฤติกรรมเนือยนิ่งที่ความถี่บ่อยครั้งตลอดทั้งวัน (อาทิ ทุก 20–30 นาที) จะสามารถทำตามคำแนะนำในการลดพฤติกรรมเนือยนิ่งได้ ซึ่งการที่ลดพฤติกรรมเนือยนิ่งโดยการขัดพฤติกรรมเนือยนิ่ง (การนั่งนาน ๆ ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 20 นาที) ทุก 2 นาที ที่ความหนักระดับเบา หรือทุก 2 นาที ที่ความหนักระดับปานกลาง โดยไม่คำนึงถึงการใช้พลังงาน (energy expenditure) ที่เท่ากันนั้นสามารถลดความดันโลหิตขณะพักได้เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมในผู้ใหญ่กลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน (Larsen et al., 2014) และการขัดการนั่งต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 นาที ทุก 30 นาที ที่ความหนักระดับเบาด้วยการเดิน หรือการออกกำลังกายแบบแรงต้านพื้นฐานสามารถลดความดันโลหิตขณะพักได้ในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวาน (Dempsey et al., 2016) แต่การศึกษาในปัจจุบันยังมีไม่เพียงพอที่จะให้คำแนะนำรายละเอียดเกี่ยวกับรูปแบบการลดพฤติกรรมเนือยนิ่งที่ส่งผลประโยชน์ต่อสุขภาพ ดังนั้นการศึกษาว่าการขัดการนั่งต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 30 นาที ทุก 3 นาที ที่ความหนักระดับเบา และทุก 1.5 นาที ที่ความหนักระดับปานกลาง โดยที่มีการใช้พลังงานที่เท่ากันนั้นจะให้ประโยชน์ต่อความดันโลหิตขณะพักเหมือนกันหรือไม่ วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้คือ เพื่อศึกษาผลของการขัดพฤติกรรมเนือยนิ่ง/การนั่งเป็นระยะเวลานาน ด้วยการเดินที่ความหนักระดับเบาเป็นระยะเวลา 3 นาที ทุก 30 นาทีของการนั่ง และการเดินที่ความหนักระดับปานกลางเป็นระยะเวลา 1.5 นาที ทุก 30 นาทีของการนั่ง เมื่อใช้ระดับพลังงานที่เท่ากัน ที่มีต่อความดันโลหิตขณะพักในผู้ใหญ่ช่วงต้นเพศชายที่มีภาวะอ้วนลงพุง

ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็น นักศึกษาเพศชาย เชื้อชาติจีน จำนวน 18 คน อายุระหว่าง 18–34 ปี มีภาวะอ้วนลงพุง (มีค่าดัชนีมวลกาย ≥ 25.0 กิโลกรัมต่อเมตร^2 และมีเส้นรอบเอว ≥ 90 เซนติเมตร) กำลังศึกษาอยู่ในสถานศึกษามหาวิทยาลัยในเขตปกครองพิเศษฮ่องกง มีความสมัครใจ และมีกิจกรรมทางกายระดับความหนักปานกลางหรือสูงต่ำกว่าคำแนะนำของกิจกรรมทางกายมากกว่า 3 เดือน (มีกิจกรรมทางกายความหนักระดับปานกลางต่ำกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือมีกิจกรรมทางกายความหนักระดับสูงต่ำกว่า 75 นาทีต่อสัปดาห์) อีกทั้งไม่มีค่าน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 7 มิลลิโมลต่อลิตร

ไม่สูบบุหรี่ ไม่มีประวัติการเป็นโรคหัวใจหรือเบาหวาน ไม่มีการรับประทานยาที่ส่งผลต่อไขมันหรือน้ำตาลในเลือด และไม่มีปัญหาทางด้านความสามารถในการที่จะเดินหรือวิ่งบนลู่วิ่ง ซึ่งการศึกษานี้ได้ออกแบบให้สอดคล้องกับแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ 1) Declaration of Helsinki 2) The Belmont Report 3) CIOMS Guideline และ 4) International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice โดยผู้เข้าร่วมวิจัยได้เซ็นและส่งคืนเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และการศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจาก The Joint Chinese University of Hong Kong–New Territories East Cluster Clinical Research Ethics Committee (2019.288) และได้ทำการลงทะเบียน Clinical Trial หมายเลข CHiC-TR1900025834 (chictr.org.cn) ในวันที่ 10 กันยายน 2562 ซึ่งส่วนหนึ่งของการศึกษานี้ได้ตีพิมพ์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว (Wongpipit et al., 2021)

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบสุ่มไขว้มีเงื่อนไข (randomized crossover study) โดยมีระยะห่างระหว่างการทดลองแต่ละครั้งเป็นเวลาอย่างน้อย 7 วัน ซึ่งผู้เข้าร่วมงานวิจัยจำเป็นต้องมาที่ห้องปฏิบัติการจำนวน 5 ครั้ง คือ 1) การคัดกรอง 2) การทำความคุ้นเคย 3) การทดลองเงื่อนไขที่ 1 4) การทดลองเงื่อนไขที่ 2 และ 5) การทดลองเงื่อนไขที่ 3 โดยการสุ่มเงื่อนไขของการทดลองนั้นเป็นแบบ block randomization with balanced block sizes โดยใช้คอมพิวเตอร์ในการสุ่มการทดลองโดยบุคคลภายนอก และผนึกใส่ในซองจดหมาย เมื่อผู้เข้าร่วมมาถึงที่ห้องปฏิบัติการซองจดหมายจะถูกเปิดผนึกซึ่งนักวิจัยและผู้เข้าร่วมการทดลองจะทราบเงื่อนไขการทดลองแต่ละครั้งพร้อมกันว่าผู้เข้าร่วมวิจัยจะทำเงื่อนไขการทดลองแบบไหน

การทดลอง มี 3 เงื่อนไข ได้แก่ 1) การนั่งเนือยนิ่งเป็นเวลา 6 ชั่วโมง (SIT) 2) การเดินบนลู่วิ่ง 3 นาทีด้วยความหนักระดับเบาที่ 20%–39% VO2reserve ในทุก 30 นาทีของการนั่งเนือยนิ่ง เป็นระยะเวลา 6 ชั่วโมง (3-min) และ 3) การเดินบนลู่วิ่ง 1.5 นาทีด้วยความหนักระดับปานกลางที่ 40%–59% VO_2reserve ทุก 30 นาทีของการนั่งเนือยนิ่ง เป็นระยะเวลา 6 ชั่วโมง (6-min) โดยที่เงื่อนไขที่ 2 และ 3 นั้นมีการใช้พลังงานในการเดินที่เท่ากัน

เงื่อนไขของการเข้าร่วมการทดลอง ก่อนวันทดลอง 7 วัน ผู้เข้าร่วมงานวิจัยจะต้องสวมใส่เครื่องวัดความเร่ง (Accelerometer; ActiGraph GT3X, Florida, US) และ เครื่องวัดความชัน (Inclinometer; activPAL, Glasgow, UK) โดยสามารถมีกิจวัตรประจำวันได้เป็นปกติ ไม่มีการออกกำลังกายใด ๆ และงดการดื่มแอลกอฮอล์และคาเฟอีนอย่างน้อย 48 ชั่วโมงก่อนการเข้าร่วมการทดลองในแต่ละเงื่อนไข อีกทั้งผู้เข้าร่วมวิจัยต้องบันทึกว่า ในช่วงระหว่าง 2 วันก่อนการทดลองเงื่อนไขแรกนั้น ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับประทานอาหารหรือดื่มน้ำอะไรและปริมาณเพียงใด โดยการชั่งน้ำหนักของอาหารและเครื่องดื่มแต่ละอย่างและทำการบันทึก ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยต้องรับประทานอาหารและเครื่องดื่มชนิดและปริมาณอาหาร/เครื่องดื่มที่เหมือนเดิมกับ 2 วันก่อนการทดลองของเงื่อนไขแรก ในแต่ละครั้งก่อนการทดลอง 48 ชั่วโมงในเงื่อนไขต่อ ๆ ไป และก่อนการทดลอง 12 ชั่วโมง ผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องงดทานอาหารแต่สามารถดื่มน้ำได้เป็นเวลา 12 ชั่วโมง (ตั้งแต่เวลา 20.00 น.) เมื่อมาถึงห้องปฏิบัติการ ณ เวลา 7.30 น. ผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องไปเข้าห้องน้ำ เพื่อขับถ่ายก่อนการชั่งน้ำหนักแต่ละครั้ง และให้นั่งนิ่งเป็นเวลา 1 ชั่วโมง ตั้งแต่เวลา 8.00 น. โดยระหว่างการนั่งนิ่งนั้น ผู้วิจัยจะทำการวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ (HEM-7322T-E, Omron Health Care Co. Ltd, Kyoto, Japan) โดยมีการใช้อุปกรณ์สวมใส่แขนที่เหมาะสมกับขนาดตัวของผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะพักจะคำนวณจากการวัดความดันโลหิตทั้งหมด 2 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 นาที ทุก 1 ชั่วโมง (ตั้งแต่ 8.00 น. ถึง 15.00 น.) และผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับประทานอาหารทั้งหมด 2 มื้อ ซึ่งมื้อที่ 1 เวลา 9.00 น. และ มื้อที่ 2 เวลา 12.00 น. โดยอาหารทั้ง 2 มื้อนั้นเหมือนกัน ประกอบด้วย คาร์โบไฮเดรต 55% ไขมัน 30% และ โปรตีน 15% ซึ่งตรงกับตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก และคำนวณปริมาณอาหารจาก Mifflin et al. (1990) ระหว่างการทดลองหากผู้เข้าร่วมงานวิจัยต้องการที่จะเข้าห้องน้ำ พยาบาลวิชาชีพจะให้เปลี่ยนมานั่งเก้าอี้รถเข็น เพื่อพาไปยังห้องน้ำ

วัดผลความดันโลหิตขณะพัก และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คือ generalized estimating equations แบบ exchangeable correlation matrix มีตัวแปรควบคุม

ได้แก่ ลักษณะของผู้เข้าร่วม (ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย และ อายุ) ลำดับของเงื่อนไขการทดลอง ค่าพื้นฐานของความดันโลหิตขณะพักและกิจกรรมทางกาย 48 ชั่วโมงก่อนการทดลองแต่ละครั้ง

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาของ (Wongpipit et al., 2021) ดังนั้นการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้จะไม่ได้คำนวณจากความดันโลหิตขณะพัก การคำนวณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้นั้นคำนวณจากการศึกษาในผู้ใหญ่ช่วงกลางที่มีน้ำหนักเกินหรือภาวะโรคอ้วน (Dunstan et al., 2012) ที่ค้นพบการลดลงของพื้นที่ใต้กราฟของกลูโคสและอินซูลิน ร้อยละ 24.1 และ 23.0 ตามลำดับเมื่อการนั่งเป็นระยะเวลานานถูกขัดด้วยการเดินที่ความหนักระดับเบาที่ 3.2 กิโลเมตรต่อชั่วโมงที่ 2 นาที ทุก 20 นาทีของการนั่ง ดังนั้นการศึกษานี้ต้องการผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างน้อย 9 คน เพื่อที่จะตรวจจับ ขนาดของผลขนาดเล็ก (0.4) ในการลดลงของพื้นที่ใต้กราฟของกลูโคส เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่นั่งเป็นระยะเวลานานแต่เพียงอย่างเดียว (two-sided significance level of 5%) ที่ 90% power แต่การศึกษานี้ได้ทำการเพิ่มจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นจำนวน 18 คน เพราะผู้เข้าร่วมวิจัยในการศึกษานี้อายุน้อยและมีค่าดัชนีมวลกายที่น้อยกว่างานวิจัยของ Dunstan et al. (2012)

ผลการศึกษาและอภิปรายผล

คุณลักษณะของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 18 คน มีอายุเฉลี่ย 24±4 ปี (ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ส่วนสูง 175.0±6.1 เซนติเมตร มวลร่างกาย 92.1±8.8 กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย 30.0±1.7 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เส้นรอบเอว 100.2±5.8 เซนติเมตร ไขมันในร่างกาย 30.6±3.3% กลูโคสขณะอดอาหาร 5.3±0.4 มิลลิโมลต่อลิตร HbA_{1c} 5.4±0.5% ค่าความดันโลหิต Systolic ขณะพัก 123±8 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิต Diastolic ขณะพัก 81±9 มิลลิเมตรปรอท ค่าความสมบูรณ์ของระบบไหลเวียนโลหิตและหายใจ 29.9±4.0 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อนาที และได้รับอาหารต่อมื้อในการทดลอง 796±57 กิโลแคลอรี ซึ่งประกอบด้วย คาร์โบไฮเดรต 109.4±7.7 กรัม ไขมัน 27.0±1.9 กรัม และโปรตีน 29.8±2.1 กรัม ในส่วนของค่าอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทดลองนั้นถูกระบุอยู่ในการศึกษาอื่น (Wongpipit et al., 2021)

ค่าความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ขณะพัก

เมื่อเปรียบเทียบกับเงื่อนไขการนั่งเนื่อยนิ่ง (SIT) (122.8±10.4 มิลลิเมตรปรอท) ค่าความดันโลหิต Systolic ขณะพัก นั้นลดลงในเงื่อนไข 3-min (119.8±6.7 มิลลิเมตรปรอท, p = .048) และมีแนวโน้มที่ค่าความดันโลหิต Systolic ขณะพักจะลดลงในเงื่อนไข 1.5-min (119.9±7.9 มิลลิเมตรปรอท, p = .193) อีกทั้งเมื่อเปรียบเทียบกับเงื่อนไขการนั่งเนื่อยนิ่ง (SIT) (76.4±8.4 มิลลิเมตรปรอท) ค่าความดันโลหิต Diastolic ขณะพัก นั้นลดลงในเงื่อนไข 3-min (75.0±6.0 มิลลิเมตรปรอท, p = .002) และเงื่อนไข 1.5-min (75.1±7.1 มิลลิเมตรปรอท, p = .007)

ผลการศึกษาค้นพบว่า การขัดพฤติกรรมเนื่อยนิ่ง/การนั่งเป็นระยะเวลานานด้วยการเดินที่ความหนักระดับเบาเป็นระยะเวลา 3 นาที ทุก 30 นาทีของการนั่ง สามารถลดความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ขณะพักได้ และการเดินที่ความหนักระดับปานกลางเป็นระยะเวลา 1.5 นาที ทุก 30 นาทีของการนั่ง สามารถลดความดันโลหิต Diastolic ขณะพักได้ ซึ่งการค้นพบนี้มีความสอดคล้องกับ Padilla et al (2009) ที่ค้นพบว่าการมีพฤติกรรมเนื่อยนิ่งต่อเนื่อง 3 ชั่วโมงนั้นจะเพิ่มความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ขณะพักได้ในผู้ใหญ่ช่วงต้นเพศชายสุขภาพดีที่มีกิจกรรมทางกายพอเพียง แต่ไม่สอดคล้องกับ Bailey et al (2015) ที่ค้นพบว่าการขัดพฤติกรรมเนื่อยนิ่ง/การนั่งเป็นระยะเวลานานด้วยการยืนหรือการเดินที่ความหนักระดับเบาเป็นระยะเวลา 2 นาที ทุก 20 นาทีของการนั่งไม่สามารถลดความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ขณะพักได้ในผู้ใหญ่ช่วงต้นสุขภาพดี ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างนั้นมีสุขภาพดี ทำให้ไม่เห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน ในขณะที่การศึกษาของผู้ใหญ่ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงกว่าปกติ (Pre-hypertensive และ hypertensive populations) นั้นแสดงถึงว่าการขัดพฤติกรรมเนื่อยนิ่ง/การนั่งเป็นระยะเวลานานนั้นสามารถลดความดันโลหิตทั้ง Systolic และ Diastolic ขณะพักได้ (Dempsey et al., 2016; Larsen et al., 2014; Zeigler & Swan, 2016; Zeigler et al., 2015) ทั้งนี้การศึกษาส่วนมากรวมถึงการศึกษานี้ไม่ได้มีผลลัพธ์หลักเป็นค่าความดันโลหิตขณะพัก ซึ่งอาจจะทำให้มีกลุ่มตัวอย่างที่น้อยกว่าที่จะหาความแตกต่างของความดันโลหิตขณะพักด้วยการขัดพฤติกรรมเนื่อยนิ่ง/การนั่งเป็นระยะเวลานานได้ นอกจากนี้กลไกการเกิดความ

ดันโลหิตขณะพักสูงขึ้นเนื่องจากการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งได้ระบุไว้ในการศึกษาของ Dempsey et al. (2018)

การศึกษานี้มีข้อจำกัด อาทิ 1) การคำนวณกลุ่มตัวอย่างนั้นไม่ได้คำนวณจากการขัดพฤติกรรมเนือยนิ่ง/การนั่งเป็นระยะเวลานานที่มีต่อความดันโลหิตขณะพัก 2) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีเพียงเพศชายดังนั้นผลลัพธ์ที่ได้ไม่สามารถระบุได้ว่าเพศหญิงจะมีการตอบสนองของการขัดพฤติกรรมเนือยนิ่ง/การนั่งเป็นระยะเวลานานเหมือนกับเพศชายหรือไม่ และ 3) การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลฉับพลันของการขัดพฤติกรรมเนือยนิ่ง/การนั่งเป็นระยะเวลานานที่มีต่อความดันโลหิตขณะพัก ถึงแม้ว่าหากมีการขัดพฤติกรรมเนือยนิ่ง/การนั่งเป็นระยะเวลานานทุกวันจะได้รับการตอบสนองจากผลฉับพลันโดยมีการลดลงของความดันโลหิตขณะพัก แต่การศึกษานี้ไม่สามารถระบุได้ว่าจะมีการตอบสนองของผลเรื้อรังอย่างไร

การศึกษานี้สามารถสรุปได้ว่า เมื่อเปรียบเทียบกับการมีพฤติกรรเนือยนิ่ง/การนั่งเป็นระยะเวลานาน การขัดพฤติกรรมเนือยนิ่ง/การนั่งเป็นระยะเวลานาน ทุก 30 นาที ที่การเดินที่ความหนักระดับเบาเป็นระยะเวลา 3 นาที สามารถลดความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ขณะพักได้ หรือ การเดินที่ความหนักระดับปานกลางเป็นระยะเวลา 1.5 นาที สามารถลดความดันโลหิต Diastolic ขณะพักได้ เมื่อเงื่อนไขทั้ง 2 มีการใช้ระดับพลังงานที่เท่ากันในผู้ใหญ่ช่วงต้นเพศชายที่มีภาวะอ้วนลงพุง

การนำไปใช้สำหรับงานวิจัย/นโยบาย

องค์ความรู้นี้สามารถเป็นแนวทางในการแนะนำรูปแบบให้มีกิจกรรมทางกายอย่างมีประสิทธิภาพและลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง เพื่อลดความเสี่ยงจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคหัวใจและหลอดเลือด) และอาจเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชน ซึ่งองค์ความรู้นี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ขณะใช้ชีวิตประจำวันในบริบทต่าง ๆ เช่น ที่บ้าน สถานศึกษา และสถานที่ทำงาน อาทิ หากนั่งต่อเนื่องเป็นระยะเวลาประมาณ 20–30 นาทีต่อเนื่องกันแล้วอาจจะมีการเดินไปเข้าห้องน้ำ การดื่มน้ำ หรือการเปลี่ยนอริยบทต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการหดตัวของกล้ามเนื้อในช่วงระยะเวลา 2–3 นาที เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1 Biswas, A., Oh, P. I., Faulkner, G. E., Bajaj, R. R., Silver, M. A., Mitchell, M. S., & Alter, D. A. (2015). Sedentary time and its association with risk for disease incidence, mortality, and hospitalization in adults: a systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med, 162(2), 123-132. https://doi.org/10.7326/M14-1651

2 Dempsey, P. C., Larsen, R. N., Dunstan, D. W., Owen, N., & Kingwell, B. A. (2018). Sitting Less and Moving More: Implications for Hypertension. Hypertension, 72(5), 1037-1046. https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.118.11190

3 Dempsey, P. C., Sacre, J. W., Larsen, R. N., Straznicky, N. E., Sethi, P., Cohen, N. D., Cerin, E., Lambert, G. W., Owen, N., Kingwell, B. A., & Dunstan, D. W. (2016). Interrupting prolonged sitting with brief bouts of light walking or simple resistance activities reduces resting blood pressure and plasma noradrenaline in type 2 diabetes. J Hypertens, 34(12), 2376-2382. https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000001101

4 Diaz, K. M., Goldsmith, J., Greenlee, H., Strizich, G., Qi, Q., Mossavar-Rahmani, Y., Vidot, D. C., Buelna, C., Brintz, C. E., Elfassy, T., Gallo, L. C., Daviglus, M. L., Sotres-Alvarez, D., & Kaplan, R. C. (2017). Prolonged, Uninterrupted Sedentary Behavior and Glycemic Biomarkers Among US Hispanic/Latino Adults: The HCHS/SOL (Hispanic Community Health Study/Study of Latinos). Circulation, 136(15), 1362-1373. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.116.026858

5 Dunstan, D. W., Kingwell, B. A., Larsen, R., Healy, G. N., Cerin, E., Hamilton, M. T., Shaw, J. E., Bertovic, D. A., Zimmet, P. Z., Salmon, J., & Owen, N. (2012). Breaking up prolonged sitting reduces postprandial glucose and insulin responses [Article]. Diabetes Care, 35(5), 976-983. https://doi.org/10.2337/dc11-1931

6 Edwardson, C. L., Gorely, T., Davies, M. J., Gray, L. J., Khunti, K., Wilmot, E. G., Yates, T., & Biddle, S. J. (2012). Association of sedentary behaviour with metabolic syndrome: a meta-analysis. PLoS One, 7(4), e34916. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0034916

7 Ekelund, U., Steene-Johannessen, J., Brown, W. J., Fagerland, M. W., Owen, N., Powell, K. E., Bauman, A., Lee, I. M., Lancet Physical Activity Series 2 Executive, C., & Lancet Sedentary Behaviour Working, G. (2016). Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't

8 Comment]. Lancet, 388(10051), 1302-1310. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30370-1

9 Gill, J. M., Bhopal, R., Douglas, A., Wallia, S., Bhopal, R., Sheikh, A., Forbes, J. F., McKnight, J., Sattar, N., Murray, G., Lean, M. E., & Wild, S. H. (2011). Sitting time and waist circumference are associated with glycemia in U.K. South Asians: data from 1,228 adults screened for the PODOSA trial [Research Support, Non-U.S. Gov't]. Diabetes Care, 34(5), 1214-1218. https://doi.org/10.2337/dc10-2313

10 Larsen, R. N., Kingwell, B. A., Sethi, P., Cerin, E., Owen, N., & Dunstan, D. W. (2014). Breaking up prolonged sitting reduces resting blood pressure in overweight/obese adults. Nutr Metab Cardiovasc Dis, 24(9), 976-982. https://doi.org/10.1016/j.numecd.2014.04.011

11 Li, X., Zhou, T., Ma, H., Liang, Z., Fonseca, V. A., & Qi, L. (2021). Replacement of sedentary behavior by various daily-life physical activities and structured exercises: genetic risk and incident type 2 diabetes. Diabetes Care, 44(10), 2403-2410.

12 Mifflin, M. D., St Jeor, S. T., Hill, L. A., Scott, B. J., Daugherty, S. A., & Koh, Y. O. (1990). A new predictive equation for resting energy expenditure in healthy individuals. Am J Clin Nutr, 51(2), 241-247. https://doi.org/10.1093/ajcn/51.2.241

13 Pandey, A., Salahuddin, U., Garg, S., Ayers, C., Kulinski, J., Anand, V., Mayo, H., Kumbhani, D. J., de Lemos, J., & Berry, J. D. (2016). Continuous Dose-Response Association Between Sedentary Time and Risk for Cardiovascular Disease: A Meta-analysis [Meta-Analysis

14 Research Support, Non-U.S. Gov't]. JAMA Cardiol, 1(5), 575-583. https://doi.org/10.1001/jamacardio.2016.1567

15 Stamatakis, E., Gale, J., Bauman, A., Ekelund, U., Hamer, M., & Ding, D. (2019). Sitting Time, Physical Activity, and Risk of Mortality in Adults. J Am Coll Cardiol, 73(16), 2062-2072. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.02.031

16 Tremblay, M. S., Aubert, S., Barnes, J. D., Saunders, T. J., Carson, V., Latimer-Cheung, A. E., Chastin, S. F. M., Altenburg, T. M., Chinapaw, M. J. M., & Participants, S. T. C. P. (2017). Sedentary Behavior Research Network (SBRN) - Terminology Consensus Project process and outcome. Int J Behav Nutr Phys Act, 14(1), 75. https://doi.org/10.1186/s12966-017-0525-8

17 Wilmot, E. G., Edwardson, C. L., Achana, F. A., Davies, M. J., Gorely, T., Gray, L. J., Khunti, K., Yates, T., & Biddle, S. J. (2012). Sedentary time in adults and the association with diabetes, cardiovascular disease and death: systematic review and meta-analysis. Diabetologia, 55(11), 2895-2905. https://doi.org/10.1007/s00125-012-2677-z

18 Wongpipit, W., Zhang, X., Miyashita, M., & Wong, S. H. (2021). Interrupting Prolonged Sitting Reduces Postprandial Glucose Concentration in Young Men With Central Obesity. J Clin Endocrinol Metab, 106(2), e791-e802. https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa834

19 Zeigler, Z. S., & Swan, P. D. (2016). Acute effects of whole-body vibration with resistance exercise on postexercise blood pressure and oxygen consumption in prehypertensive adults. J Exerc Sci Fit, 14(1), 14-23. https://doi.org/10.1016/j.jesf.2015.12.001

20 Zeigler, Z. S., Swan, P. D., Bhammar, D. M., & Gaesser, G. A. (2015). Walking Workstation Use Reduces Ambulatory Blood Pressure in Adults With Prehypertension. J Phys Act Health, 12 Suppl 1, S119-127. https://doi.org/10.1123/jpah.2013-0487

31 มกราคม 2566

ห้องประชุม MR209B

เวลา 09.00 - 10.25 น.

ACTIVE PEOPLE

การพัฒนาสร้างเสริมองค์ความรู้และการเผยแพร่กิจกรรมทางกายสู่สังคมอย่างยั่งยืน

สุชาติ ทวีพรปฐมกุล [1*]

[1] ศูนย์กีฬาแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย

[*] การติดต่อ:
สุชาติ ทวีพรปฐมกุล
Email: suchart_ta@hotmail.com

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: ประเทศไทยได้ริเริ่มในการดำเนินการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ของคนทุกเพศ ทุกวัย ทุกกลุ่มอาชีพ อันนำมาซึ่งมูลค่าการสูญเสียเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลราว 5,977 ล้านบาท ซึ่งสาเหตุสำคัญ คือ การขาดนโยบายที่บูรณาการความร่วมมือเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ขาดแคลนพื้นที่สำหรับการมีกิจกรรมทางกายในวิถีชีวิต การมีวิถีชีวิตที่ทำให้เกิดพฤติกรรมเนือยนิ่ง และสิ่งสำคัญการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกายที่ถูกต้อง ทั้งนี้การส่งเสริมและสนับสนุนการมีกิจกรรมทางกายอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยทำให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกายที่เพิ่มขึ้นและพฤติกรรมเนือยนิ่งลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเด็กและเยาวชนในสถานศึกษาและชุมชน

โปรแกรม/โครงการที่นำไปใช้: การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้นำด้านการออกกำลังกายและกีฬาให้กับเครือข่ายสถาบันการผลิตครู อาจารย์ด้านพลศึกษาและวิทยาศาสตร์การกีฬา โรงเรียน ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศ จำนวน 425,000 คน โดยมีกระบวนการ คือ 1) จัดเพิ่มสาระ PA สอดแทรกในรายวิชาปัจจุบัน 2) จัดทำหลักสูตรต้นแบบสถาบันผลิตครูพลศึกษาและวิทยาศาสตร์การกีฬา 3) จัดทำโครงการกิจกรรมทางกายในสถานศึกษาและโครงการกิจกรรมทางกายในชุมชน 4) ถอดบทเรียนการดำเนินโครงการและเวทีแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ระดับกลุ่มภาคและระดับประเทศ

บทเรียนรู้: การส่งเสริมและสนับสนุนความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ให้บัณฑิตครู อาจารย์สาขาวิชาพลศึกษาและนักวิทยาศาสตร์การกีฬา ให้สามารถผลิตนวัตกรรมการถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจ ผ่านหลักสูตรการเรียนการสอนของสถาบันผลิตบัณฑิต และขยายผลไปสู่การจัดการเรียนรู้ของเด็กและเยาวชนในโรงเรียน สถาบันการศึกษาและชุมชน เพื่อทำให้เด็กและเยาวชน และประชาชนทั่วไป มีความรู้ ความเข้าใจและตระหนักรู้ ทำให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) และมีกิจกรรมทางกายในวิถีชีวิตอย่างเพียงพอและเหมาะสมต่อสุขภาพในอนาคต

คำสำคัญ: กิจกรรมทางกาย, องค์ความรู้, สังคมอย่างยั่งยืน

บทนำ

กิจกรรมทางกาย (Physical Activity) เป็นประเด็นที่สังคมโลกเริ่มให้ความสนใจมากขึ้นทุกขณะ ซึ่งในประเทศไทยได้มีการประชุมระดับนานาชาติ (พ.ศ. 2561) และมีข้อตกลงร่วมกันในการดำเนินการกิจกรรมทางกาย เพื่อลดการขาดกิจกรรมทางกายกับบุคคลทุกเพศทุกวัย ทุกกลุ่มอาชีพและทุกระดับชุมชน จากพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยในการอำนวยความสะดวกสบายหลายประการ ทำให้การดำรงชีวิตการทำงาน การเรียนการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ล้วนก่อให้เกิดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยในประเทศไทยพบว่า การขาดกิจกรรมทางกายทำให้มูลค่าการสูญเสียเป็นเงินราว 5,977 ล้านบาท (กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560) และในปี 2554 พบว่าภาวะอ้วนและมีน้ำหนักเกินที่มีความสัมพันธ์กับการขาดกิจกรรมทางกายร่วมกับการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม มีมูลค่าการสูญเสียกว่า 12,142 ล้านบาท (มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์ และคณะ, 2554) โดยเฉพาะกลุ่มวัยเด็กเป็นกลุ่มที่มีน้ำหนักเกินและโรคอ้วนนั้น การขาดนโยบายการส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่บูรณาการความร่วมมือภาคส่วนต่าง ๆ ในระดับประเทศก็เป็นหนึ่งในสาเหตุของปัญหาดังกล่าว

การขาดแคลนพื้นที่ที่มีความเหมาะสมสำหรับการมีกิจกรรมทางกายในวิถีชีวิต รวมไปถึงการขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกิจกรรมทางกาย ทัศนคติค่านิยมและพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เหมาะสมจากรูปแบบวิถีชีวิตในปัจจุบัน ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเนือยนิ่งที่สูงในทุกช่วงวัย ไม่ว่าจะเป็นการนั่งหรือนอนดูโทรทัศน์ นั่งทำงาน นั่งเรียน นั่งเล่นเกม โทรศัพท์มือถือหรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ รวมถึงนั่งคุย นั่งประชุม เป็นต้น จากสถานการณ์ข้างต้น การส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้กับประชาชนโดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียนและนักศึกษาจะไม่อาจประสบความสำเร็จได้ หากขาดการสนับสนุนด้านความรู้ สร้างความเข้าใจ รวมถึงการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในระดับพื้นที่ เป้าหมายของการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในสถานศึกษาและชุมชนทั่วประเทศที่ผ่านมานั้น ได้มีการดำเนินงานโครงการต่าง ๆ ตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ของ สสส. ซึ่งช่วงปี 2561-2562 ได้มีการดำเนินงานให้ครอบคลุมใน 3 ช่วงวัย ได้แก่ วัยเด็ก วัยทำงาน และวัยผู้สูงอายุ ซึ่งดำเนินงานใน 4 Setting ได้แก่ บ้าน โรงเรียน องค์กร และชุมชน แต่อย่างไรก็ตามจากข้อมูลสถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาวะเด็กและเยาวชน กลับพบว่า เด็กและเยาวชนยังคงมีพฤติกรรมเนือยนิ่งสูง ยังมีภาวะน้ำหนักเกินที่เกิดจากการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เคลื่อนไหวและออกกำลังกายน้อยลง บางส่วนยังมีพฤติกรรมเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อีกด้วย ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ล้วนเป็นต้นเหตุของการเกิดโรค NCDs (Non-Communicable diseases) หากปล่อยให้เด็กนักเรียนในวัยเรียนและวัยรุ่นมีสภาพปัญหาทางสุขภาวะหรือวิถีการกิน ขาดกิจกรรมทางกายเช่นนี้ต่อไปก็จะส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิดโรค NCDs ในอนาคต

การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (Physical Activity) ให้กลุ่มเป้าหมาย 3 ช่วงวัย และ 4 Setting การสนับสนุนส่งเสริมให้เกิดความรู้ทางสุขภาพหรือกิจกรรมทางกาย โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน เพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญในการกำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพระดับบุคคล ทำให้เด็กและเยาวชนเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่ที่มีพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาวะที่ดี มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ รับประทานอาหารและโภชนาการที่เหมาะสม จะนำไปสู่การลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรค NCDs ซึ่งการใช้โรงเรียนหรือสถานศึกษาเป็นฐาน (Setting) โดยที่มีครู อาจารย์ บุคคลทางการศึกษาเข้ามามีบทบาทสำคัญในการถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจของการมีกิจกรรมทางกายและด้านสุขภาพ จะช่วยสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) ให้กับเด็กและเยาวชน ประชาชนได้เป็นอย่างดี ดังนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องพัฒนาหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพด้านกิจกรรมทางกาย การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ให้กับครู อาจารย์ด้านพลศึกษาและบุคลากรทางการศึกษา ทั้งในสถาบันการศึกษาในระดับโรงเรียน ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการนำองค์ความรู้ไปถ่ายทอด สื่อสารสร้างเข้าใจให้กับเด็กและเยาวชน ประชาชน ได้มีความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) ไปสู่การมีพฤติกรรมทางสุขภาพและกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินโปรแกรม/โครงการ (Program/project implementation)

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้นำด้านการออกกำลังกายและกีฬาให้กับเครือข่ายสถาบันการผลิตครู อาจารย์ด้านพลศึกษา และวิทยาศาสตร์การกีฬาทั้งในโรงเรียน ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศ จำนวน 425,000 คน ผ่านสถาบันผลิตบัณฑิต โดยมีกระบวนการ 1) จัดเพิ่มสาระ PA สอดแทรกในรายวิชาปัจจุบัน 2) จัดทำหลักสูตรต้นแบบสถาบันผลิตครูพลศึกษาและวิทยาศาสตร์การกีฬา 3) จัดทำโครงการกิจกรรมทางกายในสถานศึกษาและโครงการกิจกรรมทางกายในชุมชน 4) ถอดบทเรียนการดำเนินโครงการและเวทีแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ระดับกลุ่มภาค และระดับประเทศ

วัตถุประสงค์

1. พัฒนาหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพด้านกิจกรรมทางกาย การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ (NCDs)

2. เพื่อพัฒนาศักยภาพครู อาจารย์พลศึกษา และนักวิทยาศาสตร์การกีฬา ทั่วประเทศ ไปสู่การเป็นผู้นำด้านการออกกำลังกายและเล่นกีฬา ให้มีองค์ความรู้ด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และโรค NCDs

3. เพื่อขยายผลองค์ความรู้และทักษะการมีกิจกรรมทางกายให้เกิดรูปแบบหรือต้นแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

4. เพื่อพัฒนาระบบเครือข่ายให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงรูปแบบหรือโมเดลต้นแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

ขั้นตอนเชิงกระบวนการ

1. สร้างความร่วมมือกับผู้บริหาร สถาบันผลิตครู อาจารย์พลศึกษา และนักวิทยาศาสตร์การกีฬา

2. ประชุมและเชิญผู้เชี่ยวชาญ อบรม แนะนำกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้เกิดการพัฒนาหลักสูตร และกิจกรรมทางกายในรูปแบบที่เหมาะสมกับสถานการณ์

3. พัฒนาครู บุคลากร ให้เกิดการบูรณาการในการใช้กิจกรรมทางกายให้เกิดประโยชน์ทุกกลุ่มสาระ และมีการจัดการเรียนรู้แบบ Active learning ให้นักเรียนได้ลงมือทำและใช้กระบวนการคิดเกี่ยวกับสิ่งที่ได้ทำลงไปตามโครงการกิจกรรมทางกาย ลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs

4. จัดเวทีเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของหลักสูตรและประเมินผลหลักสูตร

การถอดบทเรียน

กลุ่มเป้าหมายมีการตื่นตัวและให้ความสำคัญด้านการมีกิจกรรมทางกาย (Physical Activity) กับเยาวชนในสถาบันการศึกษา เครือข่ายสถาบันการผลิตครู อาจารย์ด้านพลศึกษาและวิทยาศาสตร์การกีฬามีกิจกรรมเชิงนวัตกรรม (Innovation) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) คือ ระดับความสามารถและทักษะส่วนบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ปรับใช้ข้อมูลความรู้และบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้นิยามออกเป็น 5 มิติ ประกอบด้วย มิติการเข้าถึง มิติการเข้าใจ มิติการโต้ตอบซักถาม มิติตัดสินใจ และมิติการเปลี่ยนพฤติกรรม

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า “ความรู้ทางสุขภาพ” เป็นปัจจัยที่สำคัญที่กำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งหากเด็กและเยาวชนในวัยเรียน วัยรุ่นได้รับการสนับสนุนส่งเสริมให้เกิดความรู้ทางสุขภาพหรือกิจกรรมทางกาย หรือทักษะส่วนบุคคลด้านสุขภาพที่มากเพียงพอ โอกาสที่เด็กจะเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่ที่มีพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพหรือสุขภาวะที่ดี จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs ดังนั้น โรงเรียนจึงเป็นฐาน (Setting) ที่สำคัญของการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และมีกิจกรรมทางกาย เนื่องจากเด็กวัยเรียนจะใช้ชีวิตอยู่โรงเรียนมากกว่า 8 ชั่วโมง ที่สำคัญโรงเรียนมีบทบาทในการสร้างการเรียนรู้ให้เด็กเกิดความรู้ เข้าใจ คิดวิเคราะห์ สื่อสารโต้ตอบ พัฒนาไปสู่ทักษะการดูแลและรักษาสุขภาพที่ดี นอกจากนี้การเชื่อมโยงความร่วมมือกับครอบครัว ชุมชน หน่วยงานต่าง ๆ ในท้องถิ่น จะเป็นการสนับสนุนปัจจัยสภาพแวดล้อมและสังคมในการส่งเสริมสุขภาวะที่ดีกับเด็กและเยาวชน ดังนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้องกับเด็กและเยาวชนจึงควรมีการบูรณาการพัฒนาบุคลากร สร้างความเข้าใจให้ผู้ปกครองเห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน การมีกิจกรรมทางกายในสถานศึกษา เพิ่มชั่วโมงการออกกำลังกายและลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง

โดยเฉพาะสถานการณ์การแพร่เชื้อโรคโควิด-19 ในประเทศไทยมีผู้ป่วยจำนวนมาก ซึ่งการป้องกันและหยุดยั้งการแพร่กระจายของโควิด-19 มีมาตรการทางสาธารณสุขทั้งด้านสุขอนามัยส่วนบุคคลและอนามัยสิ่งแวดล้อม จึงมีคำแนะนำให้อยู่บ้านหรือที่พัก และมีเงื่อนไขทางสังคม (Social Distancing) ที่ต้องรักษาระยะห่างทางสังคม ซึ่งเด็กเล็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดต่อได้ง่าย จะไม่สามารถมาร่วมกันจัดกิจกรรมทางกายในระยะใกล้ชิดได้ จึงควรมีการจัดกิจกรรมแบบเว้นระยะห่างเพื่อให้เข้ากับสถานการณ์ ซึ่งในหลักการ 3 สร้าง 2 ใช้ ที่มีการสร้างความสงบด้วยการออกกำลังกายและกำลังใจ

ดังนั้น การดำเนินการที่จะพัฒนาองค์ความรู้และการเผยแพร่กิจกรรมทางกายสู่สังคมอย่างยั่งยืน ให้สำเร็จบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมาย จึงมีความจำเป็นที่ต้องอาศัยเครือข่ายความร่วมมือของสถานศึกษา ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถาบันผลิตบัณฑิตครูอาจารย์สาขาวิชาพลศึกษา นักวิทยาศาสตร์การกีฬา ในการถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจ ความหมายที่แท้จริงของการมีกิจกรรมทางกาย และร่วมกันหานวัตกรรมการมีกิจกรรมทางกาย หรือค้นหารูปแบบกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมสำหรับเยาวชน และประชาชน ตลอดจนการเผยแพร่ความรู้ตามหลักการสุขภาพกายถ้วนหน้าในปัจจุบัน รวมถึงตรวจเยี่ยมโครงการที่ได้รับการสนับสนุนกิจกรรมให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดและบรรลุเป้าหมายผ่านการสร้างองค์ความรู้ความเข้าใจในกิจกรรมทางกาย ผ่านหลักสูตรการเรียนการสอนของสถาบันผลิตครู อาจารย์ด้านพลศึกษาและนักวิทยาศาสตร์การกีฬา เพื่อขยายผลไปสู่การจัดการเรียนรู้ของนักเรียน เยาวชนในสถาบันการศึกษาระดับโรงเรียน ตลอดจนการถ่ายทอดสู่สังคม

บทสรุป

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึง การส่งเสริมและสนับสนุนความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ให้บัณฑิตครูอาจารย์สาขาวิชาพลศึกษา และนักวิทยาศาสตร์การกีฬา ให้สามารถผลิตนวัตกรรมการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจ ผ่านหลักสูตรการเรียนการสอนของสถาบันผลิตบัณฑิต และขยายผลไปสู่การจัดการเรียนรู้ของเด็กและเยาวชนในโรงเรียน สถาบันการศึกษา และชุมนุม ถือเป็นการดำเนินงานที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการสนับสนุนการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอและสร้างเสริมสุขภาพกับเด็กและเยาวชน เพื่อทำให้เด็กและเยาวชนมีความรู้ความเข้าใจและตระหนักรู้ และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกายในวิถีชีวิตอย่างเพียงพอและเหมาะสมต่อไปในอนาคต

การนำไปใช้สำหรับงานวิจัย/นโยบาย

1. เกิดหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพด้านกิจกรรมทางกาย การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค NCDs ให้กับเครือข่ายสถาบันการผลิตครู อาจารย์ด้านพลศึกษา สถาบันการศึกษา ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
2. เกิดโรงเรียนส่งเสริมกิจกรรมทางกายต้นแบบ 7 ภูมิภาค
3. เกิดระบบในการเชื่อมประสานและแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ระหว่างเครือข่าย
4. เกิดการทบทวนการดำเนินงานที่ผ่านมาและผลงานสำคัญที่ส่งผลต่อกระทบ (Impact) ต่อสังคม

เอกสารอ้างอิง

1 กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2560). แผนแม่บทการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (พ.ศ. 2561 - 2573). จาก https://dopah.anamai.moph.go.th/th/activity-plan/185662

2 มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์ และคณะ. (2554). การศึกษาผลกระทบในเชิงเศรษฐศาสตร์และคุณภาพชีวิตจากโรคอ้วนในประเทศไทย (Impact of obesity on economics and quality of life in Thailand). นนทบุรี : โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายสุขภาพ.

การสื่อสารรณรงค์ความรู้เพื่อการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของคนไทยในช่วงสถานการณ์โควิด-19

ชลชัย อานามนารถ [1*]

[1]วิทยาลัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดนครปฐม ประเทศไทย

[*]การติดต่อ:
ดร.ชลชัย อานามนารถ
Email: chonlachai.ara@mahidol.ac.th

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: การขาดการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ส่งผลต่อความเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรทั่วโลก ด้วยการเจ็บป่วยหรือเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจากโรค NCDs สถานการณ์การมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทยก็มีทิศทางเดียวกัน การใช้แนวทางการสื่อสารสาธารณะตาม GAPPA เพื่อสื่อสารความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายอย่างเพียงพอและเหมาะสม และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ การดำเนินงานนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาชุดความรู้และสื่อสารเพื่อการสนับสนุนการเข้าถึงความรู้ให้คนไทยทุกช่วงวัยมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น

โปรแกรม/โครงการที่นำไปใช้: พัฒนาองค์ความรู้ในการส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย ออกกำลังกายและมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับช่วงวัย ตามหลักของวิทยาศาสตร์การกีฬา โดยแบ่งออกได้เป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) Clip วิดีโอความรู้การออกกำลังกาย 2) บทความออนไลน์ และ 3) กิจกรรมการออกกำลังกายแบบ Virtual Run และสื่อสารการรณรงค์ความรู้แก่วัยเด็กและเยาวชน วัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ผ่านช่องทาง 1) Mahidol SCB Health Application 2) Mahidol channel 3) MUSS CHANNEL 4) นิตยสารออนไลน์ Olunla และรวบรวมข้อมูลการเข้าถึงความรู้ของประชากรไทยช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

บทเรียนรู้: ผลการดำเนินงาน พบว่า ความรู้ที่สื่อสารรณรงค์ความรู้การเคลื่อนไหวร่างกาย จำนวน 437 ชุด โดยผ่านช่องทาง Mahidol SCB Health Application จำนวน 350 ชุด ช่องทาง Mahidol channel จำนวน 50 ชุด ช่องทาง MUSS CHANNEL จำนวน 36 ชุด และช่องทางนิตยสารออนไลน์ Olunla จำนวน 1 ชุด มีประชากรไทยสามารถเข้าถึงช่องทางการสื่อสารในภาพรวม จำนวน 4,217,987 ครั้ง

บทสรุป: ในช่วงของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การรณรงค์ให้ความรู้เรื่องของการเคลื่อนไหวร่างกาย ออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายผ่านช่องทางการสื่อสารรูปแบบต่าง ๆ โดยเฉพาะสื่อออนไลน์จะช่วยทำให้กลุ่มเป้าหมายสามารถรับรู้ เข้าใจและตระหนักรู้ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเชิงบวกด้านสุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อมแม้ว่าจะอยู่ในสภาวะการณ์ที่ต้องใช้ชีวิตในบ้านหรือนอกบ้าน และการสื่อสารความรู้ในระดับสาธารณะ (Public education, Including mass media) ถือเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าที่ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนกับประชาชน

คำสำคัญ: การออกกกำลังกายช่วงสถานการณ์โควิด-19, สื่อสารรณรงค์, วิทยาศาสตร์การกีฬา, Mahidol channel, การสื่อสารให้ความรู้ในระดับสาธารณะ

บทนำ

เป้าหมายของการพัฒนาประเทศทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองนั้น ทรัพยากรมนุษย์ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการพัฒนาประเทศในทุกมิติ ประชากรที่มีคุณภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความรู้ และความสามารถ ถือเป็นรากฐานสำคัญต่อการเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาประเทศอย่างต่อเนื่องหากประชากรไทยมีสุขภาวะที่ดีโดยมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง ที่ผ่านมาแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) ได้ให้ความสำคัญในการเสริมสร้างพฤติกรรมทางสุขภาพให้คนมีสุขภาวะที่ดี โดยการพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกายและโภชนาการที่เหมาะสมกับแต่ละช่วงวัย นำไปสู่การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพที่ดี จึงทำให้มีการผลักดันการเสริมสร้างด้านสุขภาพให้สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560)

การสื่อสารรณรงค์เพื่อสร้างความรู้และความเข้าใจถึงประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย การเล่นกีฬาที่เหมาะสมตามช่วงวัย เพื่อให้คนไทยทุกคนมีความรู้ความเข้าใจ ตระหนักรู้และให้ความสำคัญต่อการออกกำลังกายและเล่นกีฬาเพื่อสุขภาพ ถือเป็นแนวทางส่งเสริมด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับนโยบายที่หลายประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแผนปฏิบัติการส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับโลก หรือ Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030 (GAPPA) (ISPAH, 2020) ซึ่งประเทศไทยก็ได้นำไปกำหนดนโยบายและมาตรการในการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมทางสุขภาพให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดีเช่นเดียวกัน (ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย, 2565).

เมื่อกล่าวถึงการสื่อสารเพื่อสร้างการรับรู้และสร้างความเข้าใจด้านการกีฬาและการออกกำลังกาย ซึ่งปัจจุบันเรียกว่า “การมีกิจกรรมทางกาย” ถือได้ว่าเป็นการลงทุนทางนโยบายเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยการสื่อสารสาธารณะเพื่อการเรียนรู้และสื่อสารมวลชน (Public education, Including mass media) ตามข้อแนะนำของ International Society for Physical Activity and Health (ISPAH) ภายใต้เป้าหมายของแผนปฏิบัติการส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับโลก (GAPPA) เพื่อสื่อสารข้อมูลข่าวสาร การรณรงค์ ความรู้ทางสุขภาพ การเคลื่อนไหวร่างกาย การเล่นกีฬา การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย ด้วยช่องทางการเรียนรู้หรือสื่อต่าง ๆ โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ทั่วโลกชี้ให้เห็นตรงกันว่า การส่งเสริมการสื่อสารสาธารณะเพื่อการเรียนรู้และสื่อสารมวลชน จะนำไปสู่วิถีชีวิตที่กระฉับกระเฉงที่ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากร (ISPAH, 2020)

ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 นั้น ก็พบว่าหลายประเทศมีการส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมทางกายของประชาชนโดยให้ผู้คนออกจากบ้านเพื่อไปทำกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายได้ โดยประเทศออสเตรเลียและประเทศอังกฤษจะส่งเสริมและสนับสนุนการสื่อสารรณรงค์ทุกช่องทาง ทั้งทางโทรทัศน์ วิทยุ และโซเชียลมีเดีย เพื่อให้ประชาชนรักษาสุขภาพกายและใจที่ดีและมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ จึงทำให้ประชาชนเกิดความรู้ความเข้าใจด้านกิจกรรมทางกายมากขึ้น ส่งผลกระทบเชิงบวกต่อสถานการณ์การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยพบว่าในปี 2563 หลังจากการมีมาตรการส่งเสริมของภาครัฐ กลุ่มวัยผู้ใหญ่ 2 ใน 3 ของประเทศอังกฤษได้ให้ความสำคัญกับการมีกิจกรรมทางกาย โดยร้อยละ 65 เชื่อว่าการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอจะช่วยให้มีสุขภาพจิตที่ดี นอกจากนี้พบว่า ประชากรทุกกลุ่มอายุมีกิจกรรมทางกายที่เพิ่มขึ้น (กลุ่มอายุ 16-34 ปี มีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นร้อยละ 43, กลุ่มอายุ 55 ปีขึ้นไปมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นร้อยละ 22) (Levinger P; Hill KD., 2020)

ในขณะเดียวกันสถานการณ์การรับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมทางกายของประชากรไทย พบว่า ปี 2563 มีการรณรงค์ส่งเสริมกิจกรรมทางกายและจัดแคมเปญรณรงค์ผ่านสื่อต่าง ๆ ทำให้การรับรู้กิจกรรมทางกายของประชากรไทยอยู่ที่ร้อยละ 62.5 และปี 2564 ลดลงมาที่ร้อยละ 46.3 (ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย, 2564) ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่น่าเป็นกังวลเนื่องจากการสื่อสารรณรงค์มีส่วนสำคัญในการสร้างพฤติกรรมเชิงบวกโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการมีกิจกรรมทางกาย ดังนั้น ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จึงควรมีการส่งเสริมการสื่อสารรณรงค์ความรู้ทางสุขภาพ การเคลื่อนไหวร่างกาย การเล่น

กีฬา การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารและประโยชน์ของกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอและหลากหลาย และเป็นทางเลือกที่เป็นประโยชน์กับทุกกลุ่มวัยที่สามารถมีแนวทางในการดูแลสุขภาพ เคลื่อนไหวร่างกาย เล่นกีฬา ออกกำลังกายและมีกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสม

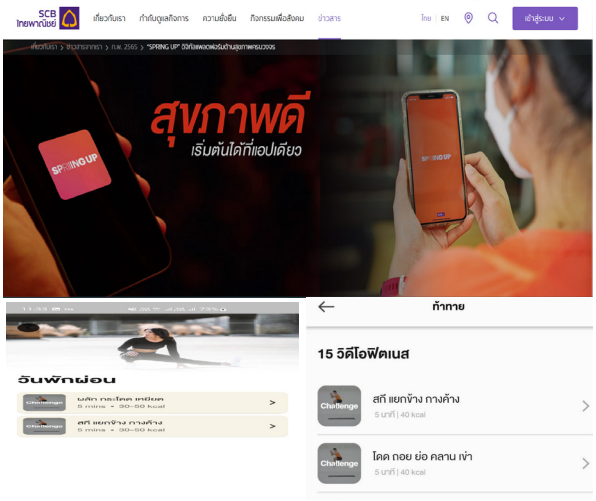
วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา มหาวิทยาลัยมหิดล นอกจากมีพันธกิจสำคัญในการผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพตามมาตรฐานสากลและสร้างความเป็นเลิศด้านงานวิจัยและนวัตกรรมทางการกีฬา นอกจากนี้ การสร้างเสริมสุขภาวะที่ดีแก่ประชาชน (หน่วยพัฒนาคุณภาพนโยบายและแผนงานบริหารและทรัพยากรบุคคล, 2564) ถือเป็นบทบาทหน้าที่ขององค์กรที่ต้องขับเคลื่อนงานการบริการวิชาการด้านวิทยาศาสตร์การกีฬาและการออกกำลังกายให้แก่ประชาชนทั่วไปได้เข้าถึงความรู้และนำไปใช้สร้างเสริมพฤติกรรมให้เกิดการมีสุขภาวะที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาและผลักดันระบบการเผยแพร่องค์ความรู้ทางด้านการบริการวิชาการให้มีความรวดเร็วเข้าถึงผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ในรูปแบบต่าง ๆ และจากสถานการณ์ของการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เคลื่อนไหวร่างกาย เล่นกีฬา ออกกำลังกายและมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทยในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ผ่านลดลง อันจะส่งผลต่อสุขภาวะที่ดีของคนไทยโดยรวม วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา มหาวิทยาลัยมหิดล เห็นความสำคัญและความจำเป็นในการสื่อสารความรู้ให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพสูงสุด จึงดำเนินงานเพื่อพัฒนาชุดความรู้และสื่อสารรณรงค์ความรู้ให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยเคลื่อนไหวร่างกาย เล่นกีฬา ออกกำลังกายและมีกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพอย่างเพียงพอและเหมาะสม และช่วยให้คนไทยมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเพิ่มขึ้น และมีสุขภาพร่างกายและสุขภาพใจที่แข็งแรงในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ขั้นตอนการดำเนินโปรแกรม/โครงการ (Program/project implementation)

การดำเนินงานนี้ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา มหาวิทยาลัยมหิดล ได้นำความรู้และชุดความรู้ตามหลักของวิทยาศาสตร์การกีฬา ไม่ว่าจะเป็นการเคลื่อนไหวร่างกาย ออกกำลังกาย และมีกิจกรรมทางกาย ไปพัฒนาเพื่อให้นำไปสื่อสารความรู้ความเข้าใจในการเคลื่อนไหวร่างกาย ออกกำลังกาย และมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมแก่ประชาชน โดยมุ่งเน้นการสื่อสารรณรงค์ในระดับสาธารณะผ่านช่องทางต่าง ๆ ให้ประชาชนรับรู้และเข้าใจเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพกายและใจของตนเองในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. ดำเนินการพัฒนาความรู้และชุดความรู้ และสื่อสารรณรงค์ให้ความรู้และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกาย ออกกำลังกาย และมีกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กับกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่มวัย คือ วัยเด็กและเยาวชน วัยผู้ใหญ่ และวัยผู้สูงอายุ ด้วยรูปแบบและวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลความรู้ โดยขั้นตอนการพัฒนาความรู้และการสื่อสารรณรงค์ให้ความรู้และสร้างความเข้าใจประกอบด้วย 4 รูปแบบ ดังนี้

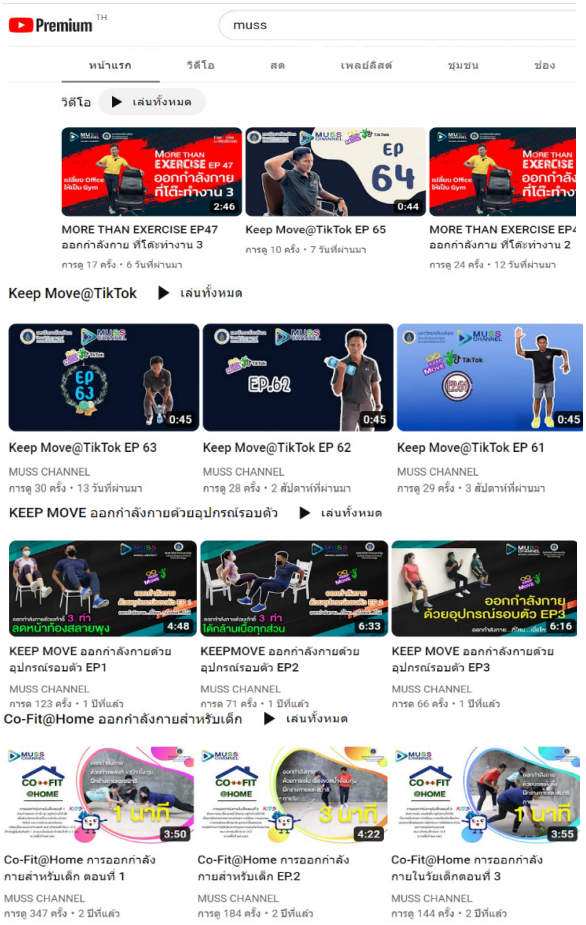
1) พัฒนาองค์ความรู้และสนับสนุนแพลตฟอร์มการออกกำลังกายของ “Mahidol SCB Health Application” โดยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พัฒนาและออกแบบโปรแกรมสาธิตการออกกำลังกายตามหลักของวิทยาศาสตร์การกีฬา และร่วมจัดทำเป็นคลิปวิดีโอสาธิตการออกกำลังกายสำหรับผู้ใช้งานแพลตฟอร์มบนแอปพลิเคชัน “SPRING UP” ซึ่งเป็นการร่วมกันพัฒนาองค์ความรู้และนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้สื่อสารให้เกิดประโยชน์กับประชาชน โดยคลิปวิดีโอสาธิตการออกกำลังกาย จะสื่อสารข้อมูลความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพที่เข้าถึงง่ายและมีความสะดวก ซึ่งกลุ่มเป้าหมายได้แก่ประชาชนทุกเพศทุกวัยที่สามารถเข้าถึงแพลตฟอร์มโครงการ



ภาพที่ 1 แพลตฟอร์มบนแอปพลิเคชัน “SPRING UP”

2) พัฒนาองค์ความรู้และสนับสนุนคลิปวิดีโอการออกกำลังกาย ภายใต้ Mahidol Channel ที่เป็นสื่อของมหาวิทยาลัยมหิดล ที่นำเอา Education มาผสมผสานกับ Entertainment มาถ่ายทอดเพื่อประโยชน์แก่ประชาชนทุกเพศทุกวัย ผ่านช่องทาง YouTube คือ Mahidol Channel มหิดล แชนแนล และ Website คือ http://channel.mahidol.ac.th ซึ่งวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พัฒนาองค์ความรู้และร่วมจัดทำคลิปวิดีโอการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ภายใต้ชื่อ Healthy Fine Day และ Stay Home Stay Healthy ซึ่งในส่วนของ Stay Home Stay Healthy จะเป็นการสื่อสารความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายภายในบ้านหรือบริเวณบ้าน เพื่อช่วยทำให้เด็กและเยาวชน ผู้ใหญ่วัยทำงาน และผู้สูงอายุ สามารถออกกำลังกายได้ในช่วงของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยกลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มวัยเด็กและเยาวชน

ภาพที่ 2 Mahidol Channel มหิดล แชนแนล



ภาพที่ 3 MUSS CHANNEL

3) พัฒนาองค์ความรู้และสื่อสารเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ภายใต้ MUSS CHANNEL ซึ่งเป็นช่องทางการสื่อสารของวิทยาลัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา มหาวิทยาลัยมหิดล ที่รวมความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์การกีฬา และทางด้านสุขภาพนำไปถ่ายทอดเพื่อประโยชน์แก่ประชาชนทุกเพศทุกวัย ผ่านช่องทาง YouTube คือ MUSS CHANNEL โดยการสื่อสารข้อมูลข่าวสารเนื้อหาสาระความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การเคลื่อนไหวร่างกาย และการมีกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพเป็นหลัก มีการแบ่งเนื้อหาสาระที่ตรงกับความต้องการกับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งแบ่งออกเป็นชุดหลัก ๆ ดังนี้ 1) Co-Fit@Home ออกกำลังกายสำหรับเด็ก 2) Co-fit@Home ออกกำลังกายวัยทำงาน 3) Co-fit@Home ออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ 4) KEEP MOVE ออกกำลังกายด้วยอุปกรณ์รอบตัว และ 5) MORE THAN EXERCISE

4) สื่อสารความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ เผยแพร่บนนิตยสารออนไลน์ โอ-ลั้นลา (O-lunla) ซึ่งเป็นนิตยสารที่เน้นให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการเคลื่อนไหวร่างกายด้วยความกระฉับกระเฉง นอกจากนี้ นิตยสารยังส่งเสริมให้ผู้สูงอายุค้นพบและเริ่มต้นทำในสิ่งที่ชอบและสนใจ เช่น การเป็นจิตอาสา การท่องเที่ยว ดูแลสุขภาพ เป็น Blogger/ Youtuber เป็นต้น ซึ่งวิทยาลัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา ได้นำเอาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ สื่อสารบนนิตยสารโอ-ลั้นลา เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ เข้าใจและนำไปใช้ในการออกกำลังกายเคลื่อนไหวร่างกายอย่างเหมาะสม

2. ดำเนินการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนการเข้าถึงการสื่อสารข้อมูลความรู้การเคลื่อนไหวร่างกาย ออกกำลังกายและมีกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ ทั้ง 4 รูปแบบ และวิเคราะห์รูปแบบการเข้าถึงการสื่อสารการรณรงค์ให้ความรู้การมีกิจกรรมทางกายในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อให้ได้แนวทางการหรือรูปแบบการสื่อสารรณรงค์ความรู้เรื่องการเคลื่อนไหวร่างกาย การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย เพื่อให้ประชาชนได้รับประโยชน์อย่างทั่วถึง

การถอดบทเรียน

จากการดำเนินการพัฒนาความรู้และชุดความรู้ และสื่อสารรณรงค์ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกาย ออกกำลังกาย และมีกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพกับกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่มวัย ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ใน 4 รูปแบบ จำนวน 437 ชุด มีประชาชนเข้าถึงช่องทางการสื่อสารในภาพรวม จำนวน 4,217,987 ครั้ง พบว่า การสื่อสารความรู้ด้วยคลิปวิดีโอบนแพลตฟอร์มการออกกำลังกายของ “Mahidol SCB Health Application” จำนวน 350 ชุด และมีประชาชนเข้าถึงจำนวน 324,609 ครั้ง สื่อสารบนช่องทาง Mahidol channel จำนวน 50 ชุด และมีประชาชนเข้าถึงจำนวน 3,883,671 ครั้ง สื่อสารบนช่องทาง MUSS CHANNEL จำนวน 36 ชุด และมีประชาชนเข้าถึงจำนวน 8,346 ครั้ง สื่อสารความรู้ด้วยบทความบนช่องทางนิตยสารออนไลน์ โอ-ลั้นลา (O-lunla) จำนวน 1 ชุด และมีประชาชนเข้าถึงจำนวน 1,361 ครั้ง

จากข้อมูลข้างต้น ชี้ให้เห็นว่าชุดข้อมูลความรู้ที่มีจำนวนมากและเนื้อหาสาระที่หลากหลายจะส่งผลต่อการเข้าถึงของผู้คนทุกเพศทุกวัย ในขณะที่ช่องทางการสื่อสารที่มีความน่าเชื่อถือทางวิชาการมีผลต่อจำนวนการเข้าถึง ทั้งนี้ ในกลุ่มผู้สูงอายุจำเป็นจะต้องสื่อสารบนช่องทางที่เหมาะสมต่อการใช้งานและความสะดวกในการเข้าถึงเช่นกัน

ภาพที่ 4 นิตยสารออนไลน์ โอ-ลั้นลา (O-lunla)

บทสรุป

ผลการพัฒนาองค์ความรู้และการดำเนินงานครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าในช่วงของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การรณรงค์ให้ความรู้เรื่องของการเคลื่อนไหวร่างกาย ออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายผ่านช่องทางการสื่อสารในรูปแบบต่างๆ โดยเฉพาะสื่อออนไลน์จะช่วยทำให้กลุ่มเป้าหมายสามารถรับรู้ เข้าใจและตระหนักรู้เกี่ยวกับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ (Levinger P; Hill KD., 2020) และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงบวกต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อม แม้ว่าจะอยู่ในสภาวการณ์ที่ต้องใช้ชีวิตในบ้านหรือนอกบ้าน ชี้ให้เห็นว่าการสื่อสารเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายในระดับสาธารณะ หรือ Public education, Including mass media (ISPAH, 2020) ถือเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าที่สถาบันทางการศึกษาที่มีองค์ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมทางกายและการส่งเสริมสุขภาพ และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จำเป็นต้องให้ความสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนให้กับประชาชนทุกเพศทุกวัยอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1 International Society for Physical Activity and Health (ISPAH) (2020). ISPAH's Eight Investments That Work for Physical Activity 2020 [Available from: https://www.ispah.org/resources/key-resources/8-investments/.

2 Levinger P, Hill KD. (2020). The Impact of Mass Media Campaigns on Physical Activity Participation on a Global Scale: Lessons Learned From the COVID-19 Pandemic. J Phys Act Health. 2020 Aug 12;17(9):857-858. doi: 10.1123/jpah.2020-0387. PMID: 32788410.

3 ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (TPAK). (2564). ผลการสำรวจโครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทย ปี 2564. ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (TPAK), สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (TPAK) สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

4 ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (ทีแพค). (2565). สถานการณ์การเข้าถึงนโยบายการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (8 Investment) ของประชากรไทย. ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (ทีแพค), สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (ออนไลน์) แหล่งที่มา https://www.tpak.or.th/th/article/483

5 สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564). แหล่งที่มา https://www.nesdc.go.th/ewt_news.php?nid=6420&filename=develop_issue

6 หน่วยพัฒนาคุณภาพ นโยบายและแผนงานบริหารและทรัพยากรบุคคล. (2564). แผนยุทธศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2564-2567. แหล่งที่มา https://ss.mahidol.ac.th/th/index.php/th/2021-06-08-03-14-04/strategicplan-th

การส่งเสริมสุขภาวะทางกายของเด็กในชุมชนชาติพันธุ์ จังหวัดเชียงราย

จุฑามาศ ราชประสิทธิ์ [1*]

[1] มูลนิธิพัฒนาชุมชนและเขตภูเขา (พชภ.) Hill Area and Community Development Foundation (HADF)
จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย

*การติดต่อ:
จุฑามาศ ราชประสิทธิ์
Email: jchiangrai@hotmail.com

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: ชุมชนชาติพันธุ์มีลักษณะทางวัฒนธรรมและภูมิศาสตร์ที่เฉพาะ มีลักษณะที่โดดเด่นสัมพันธ์กับธรรมชาติ ชุมชนพึ่งพาตนเองทั้งด้านอาหาร การเกษตร ป่า ธรรมชาติ ในอดีตการเดินทางล้วนใช้วิธีการเดินเท้าและใช้สัตว์ การเดินเท้าเป็นสุนทรียอย่างหนึ่งโดยวัฒนธรรมการใช้ชีวิตจากรุ่นพ่อแม่บรรพบุรุษก็จะส่งต่อสู่เด็กและเยาวชน ปัจจุบันสภาพสังคมบนพื้นที่สูงในชุมชนชาติพันธุ์มีการเปลี่ยนแปลงไป ทั้งระบบเงินตรา การใช้ทุน การประกอบธุรกิจทั้งด้านการท่องเที่ยว และอุตสาหกรรมอื่น ๆ มีการนำเครื่องจักรเข้ามาใช้ทดแทนแรงงานคนในการเกษตร การจ้างงานแรงงาน คนในชุมชนเริ่มออกไปค้าแรงงานต่างประเทศมากขึ้น เด็กและเยาวชนเริ่มถูกกำหนดบทบาทให้เรียนหนังสือเท่านั้น จากที่เคยมีกิจกรรมทางกายต่าง ๆ ก็เริ่มลดลง การเดินเท้าและการใช้จักรยานจึงไม่เป็นที่นิยมในชีวิตประจำวันอีกต่อไป

โปรแกรม/โครงการที่นำไปใช้: มูลนิธิพัฒนาชุมชนและเขตภูเขา (พชภ.) เห็นความสำคัญของการนำอัตลักษณ์วัฒนธรรมชาติพันธุ์มาใช้เพื่อการส่งเสริมสุขภาวะทางกายในโรงเรียนบนพื้นที่สูงที่มีผู้เรียน/ชุมชนชาติพันธุ์ ดำเนินกิจกรรมร่วมกับคณาจารย์ ผู้บริหารสถานศึกษาและคณะผู้ปกครองในโรงเรียนประถมศึกษา จำนวน 24 แห่ง ในอำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ตั้งแต่ พ.ศ. 2563 จนถึงปัจจุบัน

บทเรียนรู้: จากการพูดคุยกลุ่มย่อย พบว่ากระแสหลักในการเดินทางไปโรงเรียนด้วยรถจักรยานยนต์/รถรับส่ง/ผู้ปกครองรับส่งมีสาเหตุหลักมากมายที่เป็นองค์ประกอบ อาทิเช่น การเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศ ความเร่งรีบของผู้ปกครองที่ต้องเร่งรีบไปทำงานในตอนเช้า เป็นต้น ประเด็นหลักของชุมชนชาติพันธุ์ที่โดเด่น และเป็นอัตลักษณ์คือ วัฒนธรรมชาติพันธุ์ที่สืบทอดมาช้านานโดยชุมชน ซึ่งในแต่ละชาติพันธุ์มีกิจกรรมที่แสดงออกถึงอัตลักษณ์วัฒนธรรมชาติพันธ์ที่มีความแตกต่างกัน การทำงานในรูปแบบของการผสานความร่วมมือของพื้นที่อำเภอเวียงแก่น ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาวะทางกาย การส่งเสริมอาหารปลอดภัยในชุมชนและในโรงเรียน เป็นยุทธศาสตร์หลักในการดำเนินงานส่งเสริมที่มูลนิธิพัฒนาชุมชนและเขตภูเขาได้ดำเนินงานในพื้นที่

บทสรุป: สภาพสังคมของชุมชนชาติพันธุ์มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ส่งผลให้วิถีชีวิตของประชาชนในชุมชนชาติพันธุ์แบบดั้งเดิมเริ่มเปลี่ยนแปลงไป มูลนิธิพัฒนาชุมชนและเขตภูเขา (พชภ.) เห็นความสำคัญของการนำอัตลักษณ์วัฒนธรรมชาติพันธุ์มาใช้เพื่อการส่งเสริมสุขภาวะทางกายในโรงเรียนบนพื้นที่สูงที่มีผู้เรียน/ชุมชนชาติพันธุ์ เพื่อให้สังคมสาธารณะได้เห็นภาพรวมของการเปลี่ยนแปลงในชุมชนชาติพันธุ์ และความพยายามของหน่วยงานที่ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาวะทางกายในชุมชนด้านการส่งเสริมสุขภาวะทางกาย การส่งเสริมอาหารปลอดภัยในชุมชนและในโรงเรียน อีกทั้งยังเป็นการนำเสนออัตลักษณ์ดั้งเดิมที่ดีของชุมชนชาติพันธุ์ด้วย

คำสำคัญ: ชุมชนชาติพันธุ์, มูลนิธิพัฒนาชุมชนและเขตภูเขา (พชภ.), สุขภาวะทางกาย

บทนำ

ชุมชนชาติพันธุ์มีลักษณะทางวัฒนธรรมและภูมิศาสตร์ที่เฉพาะ มีลักษณะที่โดดเด่นสัมพันธ์กับธรรมชาติ มักมีความเชื่อต่อธรรมชาติ โดยความหลากหลายทางความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มชาติพันธุ์ล้วนมีความสอดคล้องกันกับการพึ่งพาธรรมชาติ โดยกลุ่มชาติพันธ์ต่าง ๆ ล้วนแต่ต้องพึ่งพาอาศัยธรรมชาติ ซึ่งการอยู่ร่วมกับธรรมชาติอย่างยั่งยืนนั้นมักอาศัยอุดมคติทางความเชื่อที่แฝงไปด้วยการอนุรักษ์ป่าโดยการดำรงชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์ยังคงพึ่งพาอาศัยวัสดุจากธรรมชาติเมื่อต้องพึ่งพาก็ต้องรักษาไว้ให้คงอยู่ต่อไป (พิพัฒน์ จรัสเพ็ชร, 2564) โดยชุมชนพึ่งพาธรรมชาติในการดำรงชีพทั้งด้านอาหาร การผลิตทางการเกษตร การแสวงหาผลผลิตจากป่าธรรมชาติ ในช่วงฤดูกาลที่แตกต่างกันความหลากหลายทางชีวภาพของระบบนิเวศน์วิทยา วัฒนธรรม ภูมิปัญญาวิถีชีวิตแบบดั้งเดิมที่เน้นการผลิตทางการเกษตรเป็นหลัก ชุมชน ครอบครัว ชาวบ้าน และเด็ก ๆ ต้องใช้แรงงานของตนเองเพื่อการทำการเกษตร การเคลื่อนไหวร่างกาย อาทิ เช่น การเดินด้วยเท้าจากบ้านไปทำงานในไร่ และจากพื้นที่ไร่กลับมาบ้าน การขุดดิน เพื่อเพาะปลูกพืชผักทางการเกษตร เป็นต้น

อาหารตามฤดูกาล เป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญสำหรับชุมชนชาติพันธุ์ ในฤดูฝนคนในชุมชนจะบริโภคอาหารที่หาได้จากป่าตามธรรมชาติ เช่น เห็ดชนิดต่าง ๆ หน่อไม้นานาชนิด ยอดผักในป่า ดอกไม้จากป่า ปลาในลำห้วย ส่วนในช่วงฤดูแล้ง คนในชุมชนจะบริโภคผักกูดที่ขึ้นตามริมตลิ่งริมลำห้วย เช่น ปลา สัตว์น้ำเล็ก ๆ ผักกาด และผักต่าง ๆ เป็นต้น อีกทั้งยังบริโภคอาหารแปรรูป และอาหารตากแห้งด้วย ซึ่งการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์นั้น มักจะต้องรอในช่วงเทศกาลที่สำคัญ เช่น เทศกาลโล้ชิงช้า เทศกาลลูกข่าง ประเพณีเรียกขวัญ ประเพณีขึ้นบ้านใหม่ ประเพณีแต่งงาน ประเพณีงานศพ เป็นต้น

การพักผ่อนหย่อนใจ หรือการละเล่นพื้นบ้าน ในชุมชนชาติพันธุ์นิยมการละเล่นที่เป็นการเล่นรวมกลุ่ม ตามสถานที่ลานใจกลางของชุมชน เช่น การละเล่นที่ขึ้นอยู่กับช่วงฤดูกาลต่าง ๆ พิธีโล้ชิงช้าในฤดูฝน การเล่นลูกข่างในฤดูแล้ง การโยนลูกสะบ้า การเต้นรำ เป็นต้น การละเล่นในช่วงเวลาทั่ว ๆ ไป เช่น การเล่นไม้โถกเถก การเล่นล้อไม้ การเล่นที่จับรวมทั้งการร้องรำทำเพลงในช่วงเทศกาลปีใหม่ที่มีการเต้นรำการร้องเพลง เป็นต้น

ในอดีตการเดินทางจากชุมชนหนึ่งไปยังอีกชุมชนหนึ่งล้วนใช้วิธีการเดินเท้าทั้งสิ้น มีบางส่วนที่ใช้สัตว์ เช่น ม้า แต่ก็เป็นส่วนน้อยมาก ในระหว่างช่วงทางที่เดินนั้นจะเดินทางผ่านไร่ข้าวของชาวบ้าน ผ่านลำห้วย ผ่านเถียง/ที่พักในไร่สวน การเดินทางแม้จะไกลและยาวนาน แต่ชาวบ้านก็มิได้ย่อท้อ เนื่องจากเป็นวิถีชีวิตปกติทั่วไป การเดินเท้าเป็นสุนทรียอย่างหนึ่ง มีการร้องเพลง มีการเป่าใบไม้เป็นบทเพลง เป็นต้น โดยวัฒนธรรมการใช้ชีวิตจากรุ่นพ่อแม่บรรพบุรุษก็จะส่งต่อสู่เด็กและเยาวชน ได้เรียนรู้วิถีปฏิบัติแบบชนชาวชาติพันธุ์ ทั้งการผลิตทางการเกษตร การผลิตอาหาร การประกอบอาหาร เป็นต้น

ปัจจุบัน สภาพสังคมบนพื้นที่สูงในชุมชนชาติพันธุ์มีการเปลี่ยนแปลงไป ระบบเงินตรา การใช้ทุน การประกอบธุรกิจทั้งด้านการท่องเที่ยว และอุตสาหกรรมอื่น ๆ เริ่มเข้ามาในชุมชน ครอบครัวชุมชนชาติพันธุ์แบบดั้งเดิมเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงไป มีการนำเครื่องจักรเข้ามาใช้ทดแทนแรงงานคนในการเกษตร การจ้างงานแรงงานจากต่างประเทศเข้ามาทำการเกษตรในชุมชน เช่น การจ้างแรงงานชาวพม่าในการเก็บเมล็ดกาแฟ การเกี่ยวข้าว เป็นต้น ครอบครัวเปลี่ยนเป็นการบริหารการเกษตร คนในชุมชนเริ่มออกไปค้าแรงงานต่างประเทศมากขึ้น เพื่อให้มีรายได้เพิ่มมากขึ้น เช่น เดินทางไปทำงานยังประเทศเกาหลีใต้ ประเทศออสเตรเลีย ประเทศญี่ปุ่น ประเทศอิสราเอล ประเทศรัสเซีย เป็นต้น เด็กและเยาวชนที่มีบทบาทช่วยเหลือการดำเนินงานของครอบครัว เริ่มถูกกำหนดบทบาทให้เรียนหนังสือเท่านั้น ทั้งการเรียนในระบบโรงเรียนของรัฐไทย และการเรียนพิเศษกวดวิชา การเรียนในโรงเรียนภาษาจีน เป็นต้น การใช้เวลาของเด็กและเยาวชน มักมุ่งเน้นด้านการเรียน จากที่เคยมีกิจกรรมทางกายต่าง ๆ ก็เริ่มลดลง ไม่มีการเดินไปโรงเรียน ไม่มีการเดินไปไร่ ทำสวน การใช้เวลาต่าง ๆ ล้วนมีความเร่งรีบ เด็กส่วนมากใช้รถจักรยานยนต์ และรถรับส่งที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม เพื่อการเดินทางไปเรียนหนังสือในโรงเรียนที่อาจอยู่ห่างจากบ้านไปเพียง 2-7 กม. วัตถุประสงค์ของการนำเสนอในครั้งนี้ เพื่อให้สังคมสาธารณะได้เห็นภาพรวมของการเปลี่ยนแปลงในชุมชนชาติพันธุ์ และความพยายามของหน่วยงานที่ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาวะทางกายในชุมชน

ขั้นตอนการดำเนินโปรแกรม/โครงการ (Program/project implementation)

มูลนิธิพัฒนาชุมชนและเขตภูเขา (พชภ.) เห็นความสำคัญของการนำอัตลักษณ์วัฒนธรรมชาติพันธุ์มาใช้เพื่อการส่งเสริมสุขภาวะทางกายในโรงเรียนบนพื้นที่สูงที่มีผู้เรียน/ชุมชนชาติพันธุ์ ดำเนินกิจกรรมร่วมกับคณาจารย์ ผู้บริหารสถานศึกษา และคณะผู้ปกครอง ในโรงเรียนประถมศึกษาจำนวน 24 แห่ง ในอำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ตั้งแต่ พ.ศ. 2563 จนถึงปัจจุบัน แบ่งลักษณะงานเป็น 4 ประเภท คือ

1. การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในกลุ่มเด็กนักเรียนช่วงชั้นที่ 2 (ชั้นป.4-ป.6) ในการสร้างเสริมกิจกรรมการเต้นประกอบบทเพลงทั้งในส่วนที่เป็นการแสดงออกทางวัฒนธรรม และการแสดงประกอบบทเพลงสากลรูปแบบต่าง ๆ
2. การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในกลุ่มผู้ปกครอง/เกษตรกรของชุมชนโดยรอบสถานศึกษา/โรงเรียน
3. การส่งเสริมกิจกรรมทางกายใกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขของชุมชน
4. การส่งเสริมกิจกรรมทางกายผ่านอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมชาติพันธุ์ของชุมชนชาติพันธุ์ 10 ชาติพันธุ์ คือ อาข่า ลีซู ลาหู่ ม้ง เมี่ยน ไทยลื้อ ไทยใหญ่ ลัวะ จีนยูนนาน ปกาเกอญอ

และการพูดคุยกลุ่มย่อยกับคณะผู้ปกครอง ผู้บริหารสถานศึกษาในพื้นที่เป้าหมายในชุมชนชาติพันธุ์

การถอดบทเรียน

จากการพูดคุยกลุ่มย่อยกับคณะผู้ปกครอง/ผู้บริหารสถานศึกษาในพื้นที่เป้าหมายในชุมชนชาติพันธุ์ พบว่าเป็นกระแสหลักในการเดินทางไปโรงเรียนด้วยรถจักรยานยนต์/รถรับส่ง/ผู้ปกครองรับส่ง โดยมีสาเหตุหลักมากมายที่เป็นองค์ประกอบ อาทิเช่น การเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศ ความเร่งรีบของผู้ปกครองที่ต้องเร่งรีบไปทำงานในตอนเช้า เป็นต้น ในขณะที่พฤติกรรมการบริโภคของเด็กและเยาวชน/คนชุมชน มีความเปลี่ยนแปลงเช่นกัน จากการที่เป็นผู้ผลิตอาหาร ผู้ปลูกผัก เป็นเกษตรกร ก็กลายเป็นผู้ใช้แรงงานรายวัน ผู้บริหารงานเกษตร ผู้บริโภค ดังจะเห็นได้ว่าปรากฏการณ์ที่ร้านสะดวกซื้อบรรษัทข้ามประเทศที่ขึ้นไปเปิดสาขาบนพื้นที่สูงแห่งหนึ่งของจังหวัดเชียงราย สามารถทำรายได้เป็นอันดับหนึ่งของจังหวัดเชียงรายมานานหลายปีตั้งแต่เปิดเริ่มแรกจนกระทั่งถึงปัจจุบัน และเป็นความภาคภูมิใจของบรรษัทนั้นอย่างยิ่ง

ประเด็นหลักของชุมชนชาติพันธุ์ที่โดดเด่น และเป็นอัตลักษณ์คือ วัฒนธรรมชาติพันธุ์ที่สืบทอดมาช้านานโดยชุมชน ซึ่งในแต่ละชาติพันธุ์มีกิจกรรมที่แสดงออกถึงอัตลักษณ์วัฒนธรรมชาติพันธ์ ที่มีความแตกต่างกัน อาทิเช่น การละเล่นโดยใช้ลูกสะบ้าเป็นเครื่องมือการแข่งขัน การเต้นรำนกกิงกะลา การเต้นรำจะคี เป็นต้น

การทำงานในรูปแบบของการผสานความร่วมมือของพื้นที่อำเภอเวียงแก่น ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาวะทางกาย การส่งเสริมอาหารปลอดภัยในชุมชนและในโรงเรียน เป็นยุทธศาสตร์หลักในการดำเนินงานส่งเสริมที่มูลนิธิพัฒนาชุมชนและเขตภูเขา ได้ดำเนินงานในพื้นที่

ผลสำเร็จหลักจากการดำเนินงาน ความท้าทายในการดำเนินงาน การตอบรับจากชุมชนและข้อเสนอแนะสำหรับโปรแกรมในอนาคต

ผลการดำเนินงาน

- สถานศึกษาทุกแห่งให้ความสำคัญ และเข้าร่วมในกิจกรรมของโครงการ โดยการจัดตั้งชมรมเด็กแกนนำในโรงเรียนที่ดำเนินกิจกรรมกีฬา กิจกรรมทางกายในทุกรูปแบบ การจัดกิจกรรมการแสดงประกอบบทเพลงในเวลาเช้า/บ่าย การจัดกิจกรรมเสียงตามสายในโรงเรียนโดยเฉพาะในเวลากลางวันที่หยุดพักเรียน เพื่อให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้เรียน
- กิจกรรมค่ายเด็กสร้างเพลงในการสร้างบทเพลงเพื่อการแสดงประกอบบทเพลง ในโรงเรียนนำร่อง 10 โรงเรียน ของพื้นที่เป้าหมายของโครงการ การคิดค้นบทเพลงจากพื้นที่ และการแสดงประกอบบทเพลงโรงเรียนละ 1 บทเพลง
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลที่ดำเนินงานโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพให้ความร่วมมือกับโครงการ ในการพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงสุขภาวะทางกายของเด็กนักเรียนในโรงเรียน

ข้อเสนอแนะ

- ควรมีการส่งเสริมและบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับ อปท.ในพื้นที่
- การจัดตั้งกลุ่มสำหรับผู้ที่มีความตระหนักในสุขภาพทางกายร่วมกัน เพื่อดำเนินกิจกรรมในชุมชนอย่างมีชีวิตชีวา
- การจัดกิจกรรมที่เป็นที่นิยมในหมู่เยาวชนกลุ่มใหญ่ โดยการสอดแทรกอัตลักษณ์ชาติพันธุ์ที่สามารถผสมผสานเข้ากับกิจกรรมนั้น ๆ ได้

บทสรุป

สภาพสังคมของชุมชนชาติพันธุ์มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ส่งผลให้วิถีชีวิตของประชาชนในชุมชนชาติพันธุ์แบบดั้งเดิมเริ่มเปลี่ยนแปลงไปเช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นการดำเนินชีวิต การเป็นอยู่ การเดินทาง อาหาร อาชีพหรือการทำงาน ล้วนมีการเปลี่ยนแปลงให้เกิดความทันสมัย มีการใช้เครื่องมืออำนวยความสะดวกมากขึ้น มีการปรับเปลี่ยนการทำงาน การจ้างงานแรงงานจากต่างประเทศเข้ามาทำการเกษตรในชุมชน คนในชุมชนเริ่มออกไปค้าแรงงานต่างประเทศมากขึ้น เด็กและเยาวชนที่เคยมีบทบาทช่วยเหลือการดำเนินงานของครอบครัวเริ่มถูกกำหนดบทบาทให้เรียนหนังสือเท่านั้น มูลนิธิพัฒนาชุมชนและเขตภูเขา (พชภ.) เห็นความสำคัญของการนำอัตลักษณ์วัฒนธรรมชาติพันธุ์มาใช้เพื่อการส่งเสริมสุขภาวะทางกายในโรงเรียนบนพื้นที่สูงที่มีผู้เรียน/ชุมชนชาติพันธุ์ เพื่อให้สังคมสาธารณะได้เห็นภาพรวมของการเปลี่ยนแปลงในชุมชนชาติพันธุ์ และความพยายามของหน่วยงานที่ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาวะทางกายในชุมชนด้านการส่งเสริมสุขภาวะทางกาย การส่งเสริมอาหารปลอดภัยในชุมชนและในโรงเรียน อีกทั้งยังเป็นการนำเสนออัตลักษณ์ดั้งเดิมที่ดีของชุมชนชาติพันธุ์ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1 พิพัฒน์ จรัสเพ็ชร. (2564). พหุวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์: อิทธิพลที่มีต่อเรือนพื้นถิ่นในภาคเหนือของไทย. *วารสารพัฒนศิลป์วิชาการ*, 5(2), 96-115.

31 มกราคม 2566

ห้องประชุมหลัก MR208

เวลา 10.40 - 12.00 น.

ACTIVE SYSTEM/ POLICY

The Assessment of Physical Activity Programs Implementation in the Thai Urban-Setting against the Global Action Plan on Physical Activity Strategic Actions

Thitikorn Topothai [1], Chompoonut Topothai [1], Viroj Tangcharoensathien [1], Orratai Waleewong [1], Weerasak Putthasri [2], Udom Asawutmangkul [3]*

[1] International Health Policy Program, Ministry of Public Health
[2] National Health Commission Office
[3] Division of Physical Activity and Health, Department of Health, Ministry of Public Health

[*] Correspondence:
Thitikorn Topothai
Email: thitikorn@u.nus.edu

Abstract

Background: Physical inactivity is ranked as the fourth leading risk factor for premature deaths from non-communicable diseases. The Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030 (GAPPA), adopted in the 71st World Health Assembly in 2018 emphasizes the need for a whole-of-society approach to creating social, cultural, economic, and environments conducive to physical activity.

Methods: This study assessed the promotion of physical activity in the urban setting of twelve selected municipalities in Thailand against the four GAPPA strategic actions.

Results: The findings revealed that all twelve municipalities implemented at least one intervention of the four strategic actions, and achieved 12 out of 20 (60%) GAPPA-recommended actions. The city municipalities achieved the highest score, followed by the town and the subdistrict municipalities. The highest achievements were the implementations of strategic action 3: create active people, and strategic action 1: create active societies. This study showed that GAPPA recommendations were relevant and feasible in the Thai context. However, gaps remained in the promotion of strategic action 2: create active environments, and strategic action 4: create active systems.

Conclusions: The municipality could be one of the lead agencies for physical activity promotion in an urban setting in collaboration with other public and private stakeholders. GAPPA strategic actions should be translated into specific tools and indicators for monitoring the progress of policy implementation.

Keywords: physical activity, urban, assessment, community-based, Thailand

Introduction

Globally, physical inactivity is the fourth leading risk factor for premature deaths from non-communicable diseases (NCDs) such as heart disease, stroke, breast and colon cancer, and diabetes (World Health Organization, 2014). Globally, 23% of adults and older adults did not meet the global recommended level of physical activity in 2010 (World Health Organization, 2014). A similar pattern was found in Thailand that 25.4% of adults and older adults had insufficient physical activity in 2019. In response to the physical inactivity crisis, the Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030 (GAPPA) adopted in the 71st World Health Assembly in 2018 reiterated the need for a whole-of-society response to create social, cultural, economic, and environmental support conducive to physical activity, as physical activity deeply connects with lifestyles of people in the community (World Health Organization, 2018). Four strategic actions: (i) create active societies, (ii) create active environments, (iii) create active people, and (Division of Physical Activity and Health et al.) create active systems, which are recommended for strengthening physical activity promotion. In Thailand, the National Physical Activity Strategy 2018-2030, implemented in 2018, is in line with the GAPPA on physical activity promotion.

The United Nations estimated that urban populations will double from 30% in 1950 to 68% or nearly 6.7 billion people worldwide by 2050 (United Nations, 2018). The findings from the previous studies that the urban people were less active than the rural people cast an increasing magnitude of physical inactivity soon. Promoting physical activity in the urban community is of paramount importance, especially in the countries with rapid urbanization like Thailand. In democratic systems, the elected local governments tend to be more responsive to citizens' needs. Also, an organizational structure of local government in terms of mission, budget, staff, as well as strong relationships with local people, is conducive to addressing social determinants of health promotion in communities. In Thailand, there are 2,442 municipalities that can be classified as 30 cities, 179 towns and 2,233 subdistrict municipalities depending on population size and local tax mobilization. A city municipality is established in an area where there are at least 50,000 citizens, a town municipality in an area of at least 10,000 citizens, and a subdistrict municipality in any other area. There is a trend for upgrading 5,332 subdistrict administrative organizations (the smallest form of local government) to subdistrict municipalities as the growth of urbanization has increased rapidly.

Several studies in Thailand had described the implementation of physical activity promotion in the city municipalities. In 2016, the Department of Health and the Thai Health Promotion Foundation launched the project to define and assist the implementation of physical activity promotion strategies in twelve municipalities throughout Thailand (Division of Physical Activity and Health et al., 2018). The results revealed that all municipalities had well implemented physical activity promotion programs with similar patterns of implementation in terms of focusing on providing active facilities such as public parks and sport stadiums, as well as supporting activities such as exercise clubs and local sport festivals, health events such as walking, running and biking, and many traditional and cultural festivals in the community. For example, the Chiang Rai City Municipality in the north had provided active early childhood development centers, active primary and secondary schools, schools for the older people, traditional and seasonal festivals i.e. winter flower festival, weekly walking street market with traditional

dancing, recreational and natural parks, sport stadiums and gyms, and active tourism.

However, to date, there is no study assessing the effectiveness physical activity promotion implementation in the urban-setting in Thailand in accordance with the GAPPA. Also, the evidence on whether GAPPA is feasible in the urban setting in the context of developing country like Thailand is still missing. To fill the knowledge gaps, this study assessed the level of promoting physical activity against sub-strategies of the four strategic actions proposed by GAPPA.

Methods

Study Design

This study reviewed secondary data from the Department of Health, and the Thai Health Promotion Foundation on the implementation of physical activity promotion strategies in twelve municipalities throughout Thailand in 2016 (Division of Physical Activity and Health et al., 2018). Secondary data were analyzed based on the four strategic actions of GAPPA (World Health Organization, 2018)

Population and Sampling Method

Out of 2,442 municipalities in Thailand, 12 municipalities in the study were purposive selected by multiple steps. (i) 76 provincial health offices (excluding Bangkok) nominated a municipality in their provinces that had implemented exercise activities providing exercise places and supporting exercise clubs to people for more than two years. (ii) 76 municipalities from 76 provinces were invited to attend the research project meeting. (iii) 12 municipalities with the variety of levels of municipalities (city, town and subdistrict) from 12 health regions were invited to attend the project on a voluntary basis.

Data Collection Method

Previous documented data were collected through sessions of direct observation, document review, informal dialogue, and brainstorming meeting among responsible staff of twelve municipalities. Direct observations were performed during two-round visits (2-3 days per visit with 4-month interval in between) for evaluating a presence of physical activity promoting places and activities of all age groups in the community. Examples include provision of recreational places i.e. park, market, natural traveling place, walking street, active schools and child development centers, or a provision of exercise equipment, playground, extracurricular syllabus or activities, or a support of exercise club, older persons school activities, etc. Document review report contained geographical and demographic data, and physical activity promoting project with budget data retrieved from the municipality annual report and development plan. For informal dialogue, responsible staff, mainly the director of the Division of Public Health and Environment, were informally inquired on details of operational process, problem, solution, and suggestion of providing physical activity promotion to local people in a community. A brainstorming meeting among responsible staff of twelve municipalities was organized at the tenth month of the project to verify the collected data from two visits, the meeting identified success factor, problem and the ways forward for physical activity promotion in the community.

Analysis Method

We applied the GAPPA framework of four strategic actions, for assessing the effectiveness physical activity promotion implementation in twelve municipalities. Four strategic actions and sub-strategies consisted of (i) create active societies (four sub-strategies:

implement social marketing campaigns, promote the co-benefits, provide mass participation events, build workforce capacity), (ii) create active environments (five sub strategies: integrate transport and urban planning policies, improve walking and cycling networks, strengthen road safety, improve access to public open spaces, implement proactive building policies), (iii) create active people (six sub-strategies: enhance physical education and school-based programs, incorporate physical activity into health and social services, provide programs across multiple settings, improve provision for older adults, prioritize programs for the least active, implement whole-of-community initiatives), (Division of Physical Activity and Health et al.) create active systems (five sub-strategies: strengthen policy, leadership and governance, improve and integrate data systems, build research and development, expand advocacy, develop innovative finance mechanisms).

We applied a yes/no check list to assess the physical activity implementation in twelve municipalities against each GAPPA strategic action. The 'yes' criterion is defined by the demonstrated evidence of physical activity implementations in each GAPPA strategic action. For example, in the strategic action 1.1 'implement social marketing campaign', if a municipality had implemented at least one community-wide social marketing campaign to raise awareness of the benefits from regular physical activity, this municipality was assessed as 'yes'. However, if the strategic action focuses on the target population or settings, the 'yes' criterion would be assessed by the coverage >50% of the target population. For example, in the strategic action 3.4 'improve provision for older adults', the coverage of at least 50% of all older adults in the community would be assessed as 'yes'. The assessment was based on the available evidence of the prior project in 2016.

Results and discussion

In overall, all municipalities achieved at least one 'yes' in the GAPPA strategic actions. The average 'yes' scores of twelve municipalities are 3/4, 2/5, 5/6, and 2/5 of the strategic action 1, 2, 3, and 4, respectively.

In strategic action 1 (create active societies), 3 out of 4 sub-strategies had a 'yes' score in all municipalities (1.1 implement social marketing campaigns, 1.2 promote the co-benefits, and 1.3 provide mass participation events). While sub-strategy 1.4 build workforce capacity received a 'no' score in all municipalities.

In strategic action 2 (create active environments), sub-strategy 2.4 improve access to public open spaces had a 'yes' score in all municipalities. While sub-strategies 2.3 strengthen road safety and 2.5 implement proactive building policies received a 'no' score in all municipalities. In addition, sub-strategy 2.1 integrate transport and urban planning policies got a 'yes' score in all municipalities except Thayang and Nam Pleek subdistrict municipalities. While sub-strategy 2.2 improved walking and cycling networks had a 'yes' score in only Chiang Rai and Phitsanulok city municipalities.

In strategic action 3 (create active people), 5 out of 6 sub-strategies had a 'yes' score in all municipalities (3.1 enhance physical education and school-based programs, 3.3 provide programs across multiple settings, 3.4 improve provision for older adults, 3.5 prioritize programs for the least active, implement whole-of-community initiatives)At the same time, sub-strategy 3.2 incorporate physical activity into health and social services received a 'yes' score in only four city municipalities.

In strategic action 4 (create active systems), 2 out of 5 sub-strategies had a 'yes' score in all municipalities (4.4 expand advocacy and 4.5 develop innovative finance mechanisms). While sub-strategies

4.1 strengthen policy, leadership and governance 4.2 improve and integrate data systems, and 4.3 build research and development received a 'no' score in all municipalities.

The Chiang Rai and Phitsanulok city municipalities had the highest overall 'yes' score (14/20), followed by the Nakhon Sawan and Phuket city municipalities (13/20). The Ang Thong, Wang Nam Yen, Nong Bua Lamphu, Chaiyaphum, and Satun town municipalities had a similar score of 12/20. The least score, 11/20 was achieved by Thayang, Wang Noi, Nam Pleek subdistrict municipalities.

When disaggregated by level of municipality, the highest percentage of 'yes' score was achieved in strategic action 3, ranges between 83% and 100%, followed by strategic action 1, 75% equally across three levels. The least percentage of 'yes' score was achieved in strategic action 2, ranged between 20% and 60%, and strategic action 4, 40% equally across three levels of municipality.

Discussion

Overall, twelve municipalities had at least one 'yes' in the GAPPA strategic action, and had an average 'yes' score, 12 out of 20 sub-strategic actions (60%). The city municipalities had the highest 'yes' score, between 13 and 14 out of 20, followed by the town municipalities, 12 out of 20, and the subdistrict municipalities at 11 out of 20. The highest percentage of 'yes' score was found in the strategic action 3 and 1, while the least score was in the strategic action 2 and 4.

In general, physical activity promotion in the community-wide from twelve municipalities in Thailand seemed to be in line with the GAPPA strategic actions especially strategic action 3: create active people, and strategic action 1: create active societies. While the implementation gaps were found in the strategic action 2: create active environments (especially sub-strategies 2.2 improve walking and cycling networks, 2.3 strengthen road safety, and 2.5 implement proactive building policies), and strategic action 4: create active systems (especially sub-strategies 4.1 strengthen policy, leadership and governance 4.2 improve and integrate data systems, and 4.3 build research and development). Moreover, the higher level of municipalities seemed to be associated with the higher score achievement; likely to have more capacity, responsible persons and funding supports.

The results also revealed that all twelve municipalities, considered as the leading local governments on physical activity promotion as described by the 2016 project, were able to implement 60% of the GAPPA recommendations. This level of achievement led to the recognition of the important roles of municipalities in promoting and supporting physical activity, though there were rooms for further improvements. The areas which the municipalities were relatively successful were in the creation of active people and active societies. This was unsurprised as the local governments had marked records on supporting different exercise clubs in the parks, local sport games, traditional and cultural festivals, walking streets and markets, school based physical activity and recreational programs, and older adult recreational activities.

However, there were needs to fill the gaps of creating active environments and systems. The low score in the strategic action 2: create active environments, was mainly due to the lack of improving walking and cycling network, strengthening road safety for pedestrians and cyclists and reorienting transport systems which encourage people active mobility in their daily activities. To fill the gaps, municipalities in Thailand can consider to provide a variety of public transport choices such as bus, van, and boat to increase

people's travel choices instead of the use of private car. However, to implement this policy, a comprehensive consultation with local residents and stakeholders needed to be performed to assess the demand and supply of service. Another proposed option is to provide community transport feeders which support the first-kilometer connectivity between home and public transport such as small buses, or sidewalks can improve active environment. In addition, restricted car zones should be scaled up throughout cities to make private and public vehicles more difficult to use, especially during the rush hour. One of good examples in the area of active transport could be seen through the Safe Route to School initiative in an area of Ranong city to promote walking and cycling of students to school and of local residents in the city center by Ranong town municipality and stakeholders had implemented in the southern region of Thailand. Another example was the initiative to build a walking and cycling city in Bangkhla, Chachoengsao by implementing a speed reduction and oneway street measure in the center of the city, and support bicycle club for health for general population by Bangkhla subdistrict municipality and stakeholders had implemented in the central region of Thailand.

For the low score in the strategic action 4: create active systems, especially in providing multi-sectoral engagement and coordination mechanisms, improving data systems for population surveillance of physical activity and regular monitoring and reporting on implementation, and in building research and development especially the application of digital technologies and innovation aimed at increasing physical activity, were the main gaps. More efforts in these areas could help boost physical activity implementation, however, the aim of this strategic action was designed for the national or subnational levels, not for individual municipality, as indicated clearly in the GAPPA. The National Physical Activity Strategy 2018-2030 had fully recognized the importance of these issues, hence there were the establishments of the steering committees from various relevant organizations, and five subcommittees since 2018, to support physical activity. Subcommittees included research and development, monitoring and evaluation, capacity building, communication, and policy development. The annual physical activity survey at the national level, and the national steps challenge were good examples of actions related to GAPPA strategic action 4.

The results of 60% of physical activity implementation in the twelve municipalities reflect that GAPPA recommendations are somehow feasible to Thailand's contexts. Moreover, the findings of the study also show positive relationships between higher level of municipalities and high level of physical activity implementation. This can imply that the GAPPA, perhaps, is more suitable and feasible to higher level of municipality, and that implementing physical activity promotion needs more resources and capacity. It is like the situation around the world that cities that are good at implementing whole-of-city physical activity promotion are from the high-income countries especially the European region. For example, the Copenhagen and Amsterdam which are the cities for good walkability and everyday bicycle and public transport use that resulting in a more physical activity in the transport domain. This provides lessons for developing countries with a rapid urbanization, like Thailand, to re-orient the transport and urban planning and design conducive to physical activity especially the lower level of municipalities by promoting walking and cycling network in communities and implementing speed limit policy to increase road safety and making car use a non-preferable choice.

For policy implication, a well-prepared municipality with a long-term clear vision for promoting health and well-being of the people through an active city, is a pre-requisite for successful promotion of physical activities in the population. Municipalities can be one of the main agencies for local physical activity promotion working collaboratively with other public and private stakeholders.

The strengths of the study are: this is the first study which assesses physical activity implementation in the urban setting based on the recommendations by GAPPA in three-level municipalities in Thailand; and the twelve municipalities represent a variety of the characteristics in terms of level of municipality, geographical region and population density. However, few limitations are recognized. Firstly, the assessment was based on secondary data of the prior project in 2016 not reflecting the current 2021 situation. Secondly, the GAPPA is designed to be used as a strategic framework for physical activity promotion, not a good tool for monitoring and evaluating the implementation level. Also, the yes/no criterion of assessment in the study cannot fully describe the level of implementation. Further study should be designed for more up-to-date evaluation, more variety and numbers of local governments, and using a more comprehensive assessment tool in terms of implementation details and measurement of outcomes and use of physical activity facilities by local people.

Conclusions

Municipality plays an important role for physical activity promotion in an urban-setting as reflected by this study. However, there are rooms for improvement especially in the GAPPA strategic action 2: create active environments (especially sub-strategies 2.2 improve walking and cycling networks, 2.3 strengthen road safety, and 2.5 implement proactive building policies), and strategic action and strategic action 4: create active systems (especially sub-strategies 4.1 strengthen policy, leadership and governance 4.2 improve and integrate data systems, and 4.3 build research and development). All related stakeholders should collaborate and synergize their efforts with the municipality to address physical activity promotion in the local context. Though GAPPA recommendations are used as an initial tool for assessing the physical activity implementation, these should be translated into specific tool, which may include process and outcome indicators for monitoring progress of implementation and making a policy proposal.

Reference

1 Division of Physical Activity and Health, Department of Health, & Ministry of Public Health. (2018). *12 Local authority models on physical activity promotion*. Informan Teem Computer Limited Partnership.

2 United Nations. (2018). *World urbanization prospects: the 2018 revision*. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

3 World Health Organization. (2014). *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. WHO. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf?sequence=1

4 World Health Organization. (2018). *Global action plan on physical activity 2018-2030* World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf?sequence=1

เว็บไซต์เพื่อการพัฒนาศักยภาพในการวางแผนและจัดทำโครงการเพิ่มกิจกรรมทางกายของคนไทย ในกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

กุลทัต หงส์ชยางกูร [1], พงค์เทพ สุธีรวุฒิ [1], ณัตติพงศ์ แก้วทอง [1], สมชาย ละอองพันธุ์ [2], ภาณุมาศ นนทพันธ์ [3]*

[1] สถาบันนโยบายสาธารณะ, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา, ประเทศไทย
[2] สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 12, จังหวัดสงขลา, ประเทศไทย
[3] นักวิชาการ โปรแกรมเมอร์อิสระ, จังหวัดสงขลา, ประเทศไทย

[*] การติดต่อ:
กุลทัต หงส์ชยางกูร
Email: kullatat.h@gmail.com

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่พอเพียงนำไปสู่ปัญหาสุขภาพ ทั้งในคนทั่วไปและกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอยู่มากกว่า 3.2 ล้านคน การส่งเสริมให้คนไทยมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างพฤติกรรมจนกลายเป็นวิถีชีวิตที่ยั่งยืน กลไกกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่หรือท้องถิ่นสนับสนุนให้ชุมชนสามารถจัดการกับสุขภาพได้อย่างมีคุณภาพผ่านการทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพ แต่ยังมีข้อจำกัดของคุณภาพโครงการที่มักเป็นลักษณะเดิมต่อเนื่องกันหลายปี นวัตกรรมเว็บไซต์การจัดทำแผนงาน โครงการเป็นเครื่องมือที่ช่วยพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการจัดการข้อมูลเพื่อการวางแผน จัดทำโครงการเพื่อเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายให้กับประชาชนในพื้นที่

โปรแกรม/โครงการที่นำไปใช้: เป็นการประยุกต์ใช้การวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วยขั้นตอน การพัฒนาโปรแกรมโดยทีมพัฒนา ทดลองใช้โปรแกรมในกลุ่มพี่เลี้ยง ผู้รับผิดชอบกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ ผู้ขอทุน จำนวน 50 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้เทคนิคการถอดบทเรียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

บทเรียนรู้: เว็บไซต์เพื่อการพัฒนาศักยภาพในการวางแผนและจัดทำโครงการเพิ่มกิจกรรมทางกายของคนไทย (https://localfund.happynetwork.org/project/planning) เป็นต้นแบบโปรแกรมอย่างง่าย ในการจัดทำแผน และพัฒนาโครงการ พร้อมคู่มือการใช้โปรแกรมที่แสดงขั้นตอนและให้ความรู้ในการออกแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ผลการใช้เว็บไซต์พบว่าใช้ได้ง่าย ใช้ได้ทั้งคอมพิวเตอร์และโทรศัพท์มือถือ ผู้ใช้สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองจากคู่มือในเว็บไซต์ พิมพ์เอกสารโครงการออกมาเป็นรูปเล่มเพื่อนำไปขอสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ได้ ผู้จัดการโปรแกรมสามารถวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ติดตามสถานการณ์กิจกรรมทางกายโดยจำแนกตามพื้นที่ สิ่งที่ช่วยให้ใช้โปรแกรมได้ดี ได้แก่ ทัศนคติต่อการใช้โปรแกรม ทักษะการใช้คอมพิวเตอร์และโทรศัพท์มือถือ ความรู้ความเข้าใจพื้นฐานเรื่องแนวคิดการส่งเสริมกิจกรรมทางกายตามแนวทางออตตาวา ชาร์เตอร์

บทสรุป: โปรแกรมนี้สามารถนำไปขยายผลในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ ซึ่งจะช่วยสร้างความเข้มแข็งในการจัดการตนเองด้านสุขภาพของชุมชน ผู้กำหนดนโยบายสามารถใช้ในการวางแผนเพื่อเพิ่มกิจกรรมทางกายของคนไทยได้

คำสำคัญ: นวัตกรรม, เว็บไซต์, พัฒนาศักยภาพ, ชุมชน, กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่

บทนำ

การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอนำไปสู่ปัญหาสุขภาพ ทั้งในคนทั่วไปและกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอยู่มากกว่า 3.2 ล้านคน การส่งเสริมให้คนไทยมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างพฤติกรรมจนกลายเป็นวิถีชีวิตที่ยั่งยืน การสร้างเสริมสุขภาพที่เน้นให้ชุมชนสามารถจัดการกับสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพผ่านการดำเนินการของชุมชนที่เป็นรูปธรรมในการวางแผน การดำเนินการ และการติดตามประเมินผล ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน สร้างความรู้สึกร่วมในการเป็นเจ้าของและควบคุมสุขภาพของตนเอง (WHO, 1986) สอดคล้องกับเป้าหมายการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่หรือท้องถิ่น

กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นเป็นเครื่องมือที่ สปสช.ใช้เสริมพลังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เพื่อขับเคลื่อนกิจกรรมด้านสุขภาพและป้องกันโรคของประชาชนในพื้นที่ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 18(9) และมาตรา 47 ที่กำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการส่งเสริมการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ซึ่งสปสช.จะโอนงบประมาณในส่วนของงบส่งเสริมสุขภาพชุมชน จำนวน 45 บาท /หัวประชากร และอปท. ร่วมจ่ายสมทบในอัตราไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ส่วนการดำเนินการในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 12 เขตทั่วประเทศสนับสนุนให้ อปท.เป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการในลักษณะไตรภาคีระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาครัฐ และภาคประชาชนในพื้นที่ ผ่านการทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2549 จนถึงปัจจุบันมีองค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลทั่วประเทศเข้าร่วมดำเนินงานรวมทั้งสิ้น 7,747 แห่ง

การดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่หรือท้องถิ่น พบว่ามีข้อจำกัดของคุณภาพโครงการที่มักเป็นลักษณะเดิมต่อเนื่องกันหลายปี กลุ่มองค์กร ประชาชนมีข้อจำกัดในการเขียนโครงการ ขาดการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน การศึกษาของณภัทร (2556) พบว่าระบบการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนที่ศึกษาไม่สามารถวัดผลกระทบด้านสุขภาพได้ โดยเมื่อเปรียบเทียบกองทุนที่มีผลการประเมินระดับดีที่มีคะแนนสูงสุดและต่ำสุด พบว่ากองทุนที่มีคะแนนผลการประเมินสูงสุดกลับมีสัดส่วนของประชาชนที่มีพฤติกรรมด้านสุขภาพไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมมากกว่า และมีอัตราการเจ็บป่วยของประชาชนในพื้นที่สูงกว่ากองทุนที่มีผลคะแนนการประเมินต่ำสุด

การวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่หรือท้องถิ่น โดยผู้รับผิดชอบงานดังกล่าวของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 (สปสช. เขต 12) พบปัญหางบประมาณคงค้างในกองทุนฯ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ต่าง ๆ จำนวนมาก จำนวนโครงการที่เสนอเข้ามามีไม่มาก ส่วนใหญ่เป็นโครงการลักษณะเดิม ผู้ขอรับทุนไม่กล้าเสนอโครงการรูปแบบใหม่ ๆ ด้วยกลัวว่าจะไม่ได้รับการอนุมัติ คณะกรรมการกองทุนฯ กลัวการใช้เงินในโครงการจะไม่ถูกต้องตามระเบียบ ถูกเรียกตรวจสอบจากสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) และอาจถูกเรียกเงินคืนหลังดำเนินการไปแล้ว วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่หรือท้องถิ่น สปสช.เขต 12 พบว่ามาจากข้อจำกัดในเรื่อง 1) การวางแผนการดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ 2) ความครอบคลุมในการออกแบบโครงการที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยกำหนดปัญหาสุขภาพ และ 3) การติดตามประเมินผลโครงการอย่างเป็นระบบ

นวัตกรรมเว็บไซต์เพื่อการพัฒนาศักยภาพในการจัดทำแผนและโครงการเพิ่มกิจกรรมทางกายของคนไทยในกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เริ่มพัฒนาขึ้นในปี พ.ศ. 2560 จากความต้องการของผู้รับผิดชอบงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่หรือท้องถิ่นของสปสช. เขต 12 ในการวางระบบการบริหารจัดการเพื่อนำงบประมาณสนับสนุนจาก สปสช. ใช้ทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนในพื้นที่หรือท้องถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะที่สถาบันนโยบายสาธารณะ (ชื่อเดิม สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ หรือ สจรส. ม.อ.) มีทุนความรู้ “เว็บไซต์ชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่” ที่สร้างขึ้นเพื่อใช้พัฒนาศักยภาพผู้ขอรับทุน

ในการออกแบบโครงการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน ในโครงการร่วมสร้างชุมชนน่าอยู่ ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เว็บไซต์นี้จึงเป็นนวัตกรรมใหม่ที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเรียนรู้ เพิ่มทักษะของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลกองทุนฯ คณะกรรมการกองทุนฯ และผู้ขอรับทุนที่มาจากหน่วยงานภาครัฐ และภาคประชาชนในเรื่องแนวคิดใหม่ของกิจกรรมทางกาย การจัดทำแผนงาน การออกแบบโครงการส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่ครอบคลุมปัจจัยกำหนดสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่ ซึ่งจะนำไปสู่การมีกิจกรรมสำหรับการเพิ่มกิจกรรมทางกายของประชาชน การมีสุขภาพที่ดี ป้องกันการเกิดโรค โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่เป็นปัญหาสำคัญ รวมทั้งการใช้เป็นฐานข้อมูลในการพัฒนางานด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้กับประชาชนในทุกพื้นที่ของประเทศไทย

ขั้นตอนการดำเนินโปรแกรม/โครงการ (Program/project implementation)

การพัฒนาเว็บไซต์หรือโปรแกรมประยุกต์ใช้การวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วยขั้นตอน 1) การพัฒนาโปรแกรม 2) ทดลองใช้โปรแกรม 3) ติดตามและประเมินผลโปรแกรม ดังรายละเอียด

1. การพัฒนาโปรแกรม วัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาความต้องการของผู้ใช้เว็บไซต์ และ (2) พัฒนาเว็บไซต์ในการศึกษาความต้องการ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานกองทุนฯ ของสปสช.เขต 12 นักวิชาการจากสถาบันการศึกษาที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน ตัวแทนจากผู้รับผิดชอบกองทุน ส่วนการพัฒนาเว็บไซต์ดำเนินการโดยโปรแกรมเมอร์ ที่จบการศึกษาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ และมีประสบการณ์การทำงานพัฒนาชุมชนในพื้นที่ภาคใต้ ควบคู่กับการพัฒนาโปรแกรมนักวิชาการจาก สนส.ม.อ.ได้พัฒนาคู่มือการจัดทำแผน และโครงการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย คู่มือการใช้เว็บไซต์ และจัดทำเป็นรูปเล่ม และเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถดาวน์โหลดได้จากเว็บไซต์ฯ เพื่อใช้ประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาศักยภาพของแกนนำพี่เลี้ยงในพื้นที่

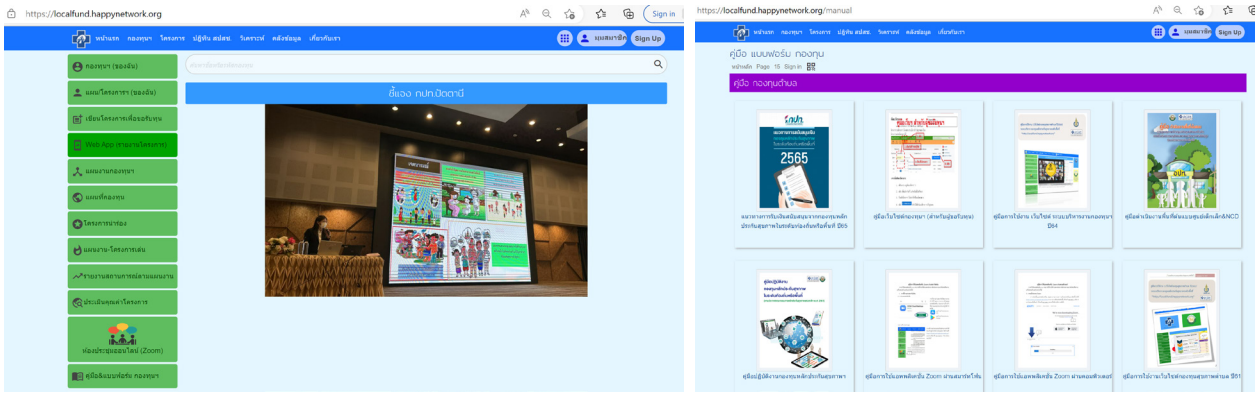
2. การทดลองใช้โปรแกรม วัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรม โดยนำไปทดลองใช้ในเบื้องต้นในกลุ่มผู้รับผิดชอบงานกองทุนฯ สปสช. ผู้ประสานงานโครงการวิจัยของสนส. ม.อ. และกลุ่มแกนนำพี่เลี้ยงที่ทำหน้าที่ให้คำแนะนำการจัดทำแผนและโครงการในพื้นที่ และในช่วงปี พ.ศ. 2561-2563 นำไปใช้ประกอบการเรียนรู้ในการพัฒนาศักยภาพของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ในโครงการขับเคลื่อน ภายใต้การสนับสนุนของ สสส. ผู้ใช้ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับผิดชอบงานกองทุนฯ คณะกรรมการกองทุนฯ กลุ่มแกนนำพี่เลี้ยง และผู้เสนอโครงการ ที่เข้ามาร่วมในโครงการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะการส่งเสริมให้คนไทยมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น ที่ สนส.ม.อ.ได้รับการสนับสนุนจาก สสส.

3. ติดตามและประเมินผลโปรแกรม วัตถุประสงค์เพื่อติดตามการใช้งานของโปรแกรม โดยการถอดบทเรียนหลังการใช้งานเว็บไซต์ ในปี พ.ศ. 2564 ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยกลุ่มแกนนำพี่เลี้ยง ผู้รับผิดชอบกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ และผู้เสนอโครงการ จำนวน 50 ราย ในโครงการยกระดับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายในระดับพื้นที่ ซึ่งสนส.ม.อ. ได้รับการสนับสนุนจาก สสส.

การถอดบทเรียน

ผลการพัฒนา

1. รูปแบบเว็บไซต์เพื่อการพัฒนาศักยภาพในการจัดทำแผน และโครงการเพิ่มกิจกรรมทางกายของคนไทย เป็นต้นแบบโปรแกรมอย่างง่าย มีองค์ประกอบย่อยเพื่อการจัดทำแผนงาน และการพัฒนาโครงการ พร้อมคู่มือต่างๆ ได้แก่ คู่มือการใช้เว็บไซต์จากเครื่องคอมพิวเตอร์และโทรศัพท์มือถือ คู่มือการจัดทำแผนงาน และโครงการกิจกรรมทางกาย

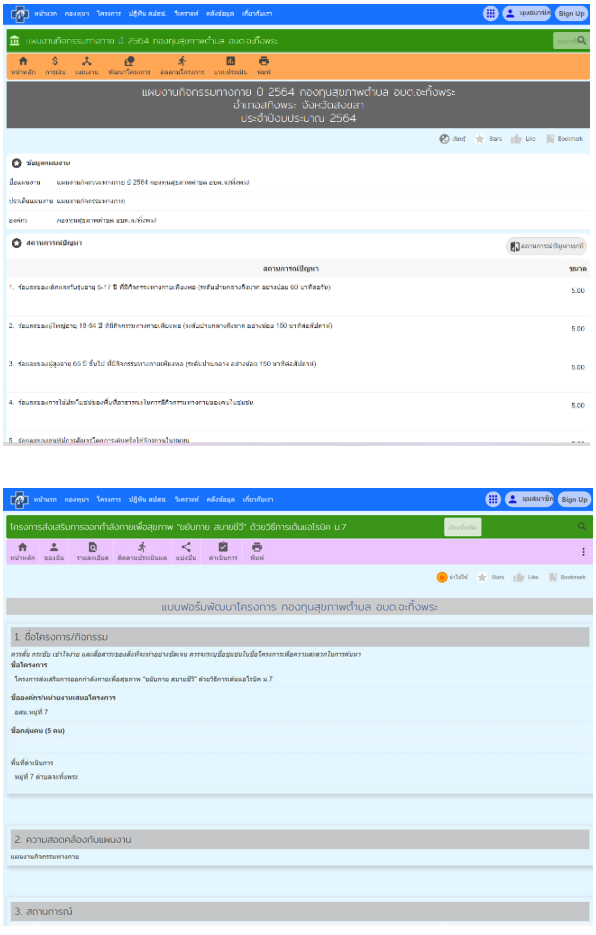


ภาพที่ 1 หน้าเว็บไซต์เพื่อการพัฒนาศักยภาพในการวางแผน และจัดทำโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ และคู่มือ

โดยในเว็บไซต์ฯ มีโปรแกรมการจัดทำแผนงาน ประกอบด้วยหัวข้อสำคัญ คือ (1) สถานการณ์ปัญหากิจกรรมทางกาย (2) วัตถุประสงค์ (3) ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย (4) แนวทางสำคัญที่นักวิชาการทบทวนมาจากองค์ความรู้ด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ตามกรอบการส่งเสริมสุขภาพของออตตาวา ชาเตอร์ ซึ่งผู้ใช้สามารถเลือกใช้เป็นแนวทางในการออกแบบโครงการในแผน เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายและตัวชี้วัดที่วางไว้ (5) งบประมาณที่ตั้งไว้ตามแผนงาน (6) โครงการที่ควรดำเนินการ ในการจัดทำผู้ใช้เพียงบันทึกข้อมูลในหัวข้อที่กำหนดไว้โดยใช้ข้อมูลที่เก็บและได้มาจากพื้นที่ทำการวิเคราะห์เหตุและปัจจัยของสถานการณ์จากข้อมูลที่บันทึกไว้ตามกรอบปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinants of health) ศึกษาและเลือกแนวทางการส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่สอดคล้อง นำไปกำหนดเป็นโครงการย่อย โดยผู้ใช้สามารถศึกษาเพิ่มเติมได้จากคู่มือในการจัดทำแผนและโครงการ

ส่วนหน้าเว็บการจัดทำโครงการ ประกอบด้วยหัวข้อสำคัญ ๆ ได้แก่ (1) ชื่อโครงการ (2) ชื่อผู้เสนอโครงการ (3) ความสอดคล้องกับแผนงาน (4) สถานการณ์ปัญหา (5) วัตถุประสงค์และตัวชี้วัด (6) กลุ่มเป้าหมาย (7) ระยะเวลาดำเนินงาน (8) วิธีการดำเนินงาน (9) งบประมาณ และ (10) ผลการดำเนินงานที่คาดหวัง โดยผู้ใช้สามารถศึกษาเพิ่มเติมได้จากคู่มือในการจัดทำแผนและโครงการที่อยู่บนเว็บไซต์ฯ

นอกจากนี้ เว็บไซต์ฯยังถูกออกแบบเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ถูกบันทึกไว้ เพื่อนำไปสู่การพัฒนางานส่งเสริมกิจกรรมทางกายในอนาคตได้



ภาพที่ 2 หน้าเว็บการจัดทำแผนงานกิจกรรมทางกาย และการจัดทำโครงการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ในเว็บไซต์ฯ

2. การติดตาม และประเมินผลการใช้เว็บไซต์เพื่อการพัฒนาศักยภาพในการวางแผนและจัดทำโครงการเพิ่มกิจกรรมทางกายของคนไทย

สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สนส. ม.อ.) ดำเนินการติดตามประเมินผลโดยการถอดบทเรียนในช่วงเดือน ธันวาคม พ.ศ.2564 ข้อมูลจากการถอดบทเรียน พบว่าโปรแกรมในเว็บไซต์ฯ ใช้งานได้ง่าย สามารถบันทึกผ่านเครื่องคอมพิวเตอร์และโทรศัพท์มือถือ โดยผู้ใช้สามารถเรียนรู้การใช้โปรแกรมได้ด้วยตนเองจากคู่มือบนเว็บไซต์ เว็บไซต์พัฒนาขึ้นมาค่อนข้างดี การบันทึกข้อมูลบนเว็บไซต์ทำให้เห็นภาพทั้งหมดและสะดวกต่อการเรียกสืบค้นติดตาม และสั่งพิมพ์เอกสารโครงการออกมาเป็นรูปเล่ม หลังการจัดทำโครงการซึ่งผู้รับผิดชอบโครงการสามารถนำไปขอสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ได้

เว็บไซต์ฯ ช่วยเสริมให้การจัดการแผนงาน โครงการ การขับเคลื่อนเรื่องสุขภาพมีประสิทธิภาพมากขึ้นสามารถใช้ในการตรวจสอบ การประเมิน สามารถใช้ผ่านออนไลน์ เหมาะสำหรับการดำเนินงานในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 ข้อมูลการจัดทำแผนงานและโครงการสามารถนำไปวิเคราะห์ เพื่อใช้ติดตามสถานการณ์กิจกรรมทางกายโดยจำแนกตามพื้นที่ได้ การติดตามเว็บไซต์ในเดือนธันวาคม ปี พ.ศ. 2565 พบว่า ทั่วประเทศ มีแผนงานกิจกรรมทางกายในเว็บไซต์ฯ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ ในจำนวน 2,473 แผนงาน/กองทุน มีโครงการที่พัฒนาจำนวน 4,157 โครงการ และโครงการส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฯ จำนวน 6,997 โครงการ โดยงบประมาณที่ลงไปสู่พื้นที่รวมทั้งสิ้น 213,517,680 บาท

ปัจจัยที่ช่วยให้ใช้โปรแกรมได้ดี ได้แก่ ทัศนคติต่อการใช้โปรแกรม ทักษะในการใช้คอมพิวเตอร์และโทรศัพท์มือถือ Smart Phone ความรู้ความเข้าใจพื้นฐานเรื่องปัจจัยกำหนดสุขภาพ และแนวคิดการส่งเสริมกิจกรรมทางกายตามแนวทางออตตาวา ชาร์เตอร์ รวมทั้งนโยบายของหน่วยงานที่สนับสนุน เช่น สปสช.เขต 10 มีนโยบายนวัตกรรม การทำงานกับพื้นที่โดยใช้เว็บไซต์ฯ ในการจัดทำแผนและโครงการเพิ่มกิจกรรมทางกายนี้ จึงเป็นนวัตกรรมเด่นของงานกองทุนที่ทำงานภายใต้เป้าหมายเดียวกัน และเป็นการบูรณาการการทำงานทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการในพื้นที่ของสปสช. เขต 10

ข้อจำกัดของเว็บไซต์ ได้แก่ (1) การเชื่อมโยงกับโปรแกรมในระบบของ สปสช. (2) การจำแนกและรวบรวมเครือข่ายภาคประชาสังคม ชมรมต่าง ๆ ที่ทำงานในพื้นที่ ซึ่งจะช่วยเพิ่มเครือข่ายงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ก้าวหน้า ช่วยทำให้ภาคประชาชนเข้มแข็ง

ข้อเสนอแนะเพื่อการดำเนินงานในอนาคต

- การผนวกโปรแกรมในเว็บไซต์ฯ เข้ากับโปรแกรมของ สปสช. จะช่วยลดความยุ่งยากให้คนทำงาน
- การพัฒนาโปรแกรมเพื่อใช้ในการจำแนกและรวบรวมคน และเครือข่ายการทำงานภาคประชาชนในการใช้เป็นต้นทุนในการพัฒนาพื้นที่

บทสรุป

โปรแกรมนี้สามารถนำไปขยายผลในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ ซึ่งจะช่วยสร้างความเข้มแข็งในการจัดการตนเองด้านสุขภาพของชุมชน ผู้กำหนดนโยบายสามารถใช้ในการวางแผนเพื่อเพิ่มกิจกรรมทางกายของคนไทยได้

เอกสารอ้างอิง

1 กองทุนสุขภาพตำบล. (2565). https://localfund.happynetwork.org/

2 ณัทภร ไชยวงค์ (2556). การประเมินระบบการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น บทความวิจัยเสนอในการประชุมหาดใหญ่วิชาการ ครั้งที่ 4วันที่ 10 พฤษภาคม 2556 (212)https://www.hu.ac.th/conference/conference2013/Proceedings2013/pdf/Book3/Poster1/212_65-73.pdf

3 อิบรอฮิม สารีมาแซ (2562). การประเมินผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในเขตพื้นที่ สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ดุษฎีนิพนธ์หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/55810229.pdf

4 Bull, F.C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., Carty, C., Chaput, J.-P., Chastin, S., & Chou, R. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. British journal of sports medicine, 54(24), 1451-1462. https://bjsm.bmj.com/content/bjsports/54/24/1451.full.pdf

5 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (มมป.). กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่. https://shorturl.asia/3DdwZ

6 World Health Organization. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion: Health Promotion https://intranet.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf

การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเวชปฏิบัติ (Physical Activity Promotion in Medical Practice)

อภิชัย วรรธนะพิศิษฐ์ [1*]

[1] มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, สำนักวิชาแพทยศาสตร์, จังหวัดนครศรีธรรมราช, ประเทศไทย

[*] การติดต่อ:
อภิชัย วรรธนะพิศิษฐ์
Email: apichai.wa@wu.ac.th

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเวชปฏิบัติเป็นกระบวนการเพิ่มกิจกรรมทางกายในกลุ่มประชากรที่มารับบริการสุขภาพ ณ สถานบริการสาธารณสุข บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปประเด็นเกี่ยวกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเวชปฏิบัติ

โปรแกรม/โครงการที่นำไปใช้: ขั้นตอนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเวชปฏิบัติประกอบด้วย การประเมินกิจกรรมทางกาย การให้คำปรึกษากิจกรรมทางกาย และการติดตามและการส่งต่อ โดยอุปสรรคและความท้าทายในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเวชปฏิบัติแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) บุคลากรทางสุขภาพ (เช่น การขาดความรู้และทักษะในการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย) 2) ผู้รับบริการ/ผู้ป่วย (เช่น ข้อจำกัดด้านการรับรู้และความเข้าใจ) และ 3) ระบบ (เช่น ข้อจำกัดด้านเวลาในการให้บริการ)

บทเรียนรู้: ข้อเสนอแนะในการพัฒนาการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเวชปฏิบัติ ได้แก่ การฝึกอบรมเพื่อให้เกิดความรู้และทักษะ เครื่องมือเพื่อสนับสนุนให้บุคลากรทางสุขภาพสามารถส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเวชปฏิบัติ และทีมสนับสนุนเพื่อให้คำปรึกษากิจกรรมทางกายแก่ผู้รับบริการ

บทสรุป: การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเวชปฏิบัติเป็นกลไกหนึ่งในการเพิ่มกิจกรรมทางกายในกลุ่มประชากรที่รับบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม กระบวนการดังกล่าวยังมีข้อจำกัด การพัฒนาการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเวชปฏิบัติควรมุ่งเน้นทั้งด้านการพัฒนาบุคลากรทางสุขภาพและระบบสนับสนุนในการบริการ

คำสำคัญ: การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย, เวชปฏิบัติ, ออกกำลังกาย

บทนำ

กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (insufficient physical activity หรือ physical inactivity) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ และนำไปสู่การเกิดโรคและความเจ็บป่วย เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน มะเร็ง และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (GBD 2017 Risk Factor Collaborators, 2018; GBD 2019 Risk Factors Collaborators, 2020) นอกจากนี้ กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอเป็นเหตุของการสูญเสียทางเศรษฐกิจมูลค่า มากกว่า 5.3 หมื่นล้านดอลลาร์ต่อปี (Ding et al., 2016)

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศแผนปฏิบัติการในชื่อ Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030 ที่ประกอบด้วยแผนปฏิบัติการย่อยจำนวน 20 แผนปฏิบัติการในปี 2561 โดยมีเป้าหมายคือ ลดการขาดกิจกรรมทางกายลงร้อยละ 15 ภายในปี 2573 ทั้งนี้หนึ่งในแผนปฏิบัติการดังกล่าวคือ การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในระบบบริการสุขภาพและสังคม (World Health Organization, 2018) ที่แสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายทุกภาคส่วนเพื่อให้เกิดสังคม สิ่งแวดล้อม คน และระบบที่กระฉับกระเฉง (active societies, active environments, active people, and active systems) (World Health Organization, 2018)

เวชปฏิบัติ (medical practice) เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมมิติการบริการสุขภาพหลายรูปแบบ ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion) การป้องกันโรค (disease prevention) การรักษา (treatment) การบำบัดฟื้นฟู (rehabilitation) และการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) กรณีที่ไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาด การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (physical activity promotion) ในเวชปฏิบัติสามารถสอดแทรกในการบริการสุขภาพดังกล่าวข้างต้น อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเวชปฏิบัติยังเป็นประเด็นที่มีความท้าทาย

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอขั้นตอนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเวชปฏิบัติ อุปสรรคและความท้าทายในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเวชปฏิบัติ และข้อเสนอแนะในการพัฒนาการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเวชปฏิบัติ

ขั้นตอนการดำเนินโปรแกรม/โครงการ (Program/project implementation)

การให้บริการผู้รับบริการหรือการดูแลผู้ป่วยในเวชปฏิบัติเป็นการทำงานเป็นทีมโดยสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยแพทย์/พยาบาล ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย บางหน่วยงานหรือบางแผนกอาจมีเจ้าหน้าที่ที่มีความชำนาญเฉพาะหรือบทบาทแตกต่างกัน เช่น นักกำหนดอาหาร นักจิตวิทยา เป็นต้น การส่งเสริมกิจกรรมทางกายสามารถทำได้หลายรูปแบบ และบุคลากรทางสุขภาพสามารถมีส่วนร่วมทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวปฏิบัติหรือระบบของแต่ละหน่วยบริการ

การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเวชปฏิบัติประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลักดังนี้ (Stoutenberg et al., 2018; Wattanapisit et al., 2021)

1. **การประเมินกิจกรรมทางกาย** (physical activity assessment) เป็นการประเมินระดับกิจกรรมทางกายของบุคคล โดยใช้เกณฑ์ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกให้มีกิจกรรมทางกายแบบแอโรบิกความหนักระดับปานกลางถึงหนัก 150-300 นาที/สัปดาห์ (Bull et al., 2020) สามารถประเมินด้วยคำถามสั้น ๆ ได้แก่ “โดยเฉลี่ยท่านมีกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายความหนักปานกลางถึงหนักกี่วันต่อสัปดาห์” และ “โดยเฉลี่ยท่านมีกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายความหนักปานกลางถึงหนักวันละกี่นาที” คำตอบของสองคำถามนี้สามารถนำไปคำนวณระดับกิจกรรมทางกายในสัปดาห์เพื่อประเมินว่าบุคคลนั้นมีกิจกรรมทางกายเพียงพอหรือไม่ (Wattanapisit et al., 2021; อภิชัย วรรธนะพิศิษฐ์, 2564)

2. **การให้คำปรึกษากิจกรรมทางกาย** (physical activity counselling) เป็นการให้คำปรึกษาโดยการสื่อสารสองทางระหว่างบุคลากรทางสุขภาพและผู้รับบริการ/ผู้ป่วยบนพื้นฐานระดับกิจกรรมทางกายปัจจุบัน ภาวะสุขภาพ เช่น โรคประจำตัว ข้อห้ามและข้อควรระวัง เป็นต้น และความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้คำปรึกษากิจกรรมทางกายอาศัยกระบวนการสื่อสารและการให้คำปรึกษาโดยมุ่งหวังให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือรักษาพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอยู่แล้วให้คงอยู่ สามารถทำได้หลายรูปแบบ เช่น การให้คำปรึกษาด้วยวาจา การใช้ใบสั่งกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกาย (physical activity

or exercise prescription) การใช้เครื่องมือด้านสารสนเทศ (เช่น การใช้แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์) (Wattanapisit et al., 2020; Wattanapisit et al., 2021; อภิชัย วรรธนะพิศิษฐ์, 2564)

3. **การติดตามและการส่งต่อ (follow-up and referral scheme)** เป็นการติดตามต่อเนื่องจากการให้คำปรึกษากิจกรรมทางกาย เนื่องจากการให้คำปรึกษากิจกรรมทางกายเพียงครั้งเดียวอาจไม่สามารถช่วยให้บุคคลเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะยาวได้ (van der Wardt et al., 2021) การติดตามอาจเกิดขึ้นที่หน่วยบริการสุขภาพในครั้งถัดไปสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ กระบวนการส่งต่อผู้รับบริการ/ผู้ป่วยจากหน่วยบริการสุขภาพไปยังผู้เชี่ยวชาญด้านกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายเพื่อออกแบบกิจกรรม แนะนำกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกาย รวมถึงติดตามความก้าวหน้าและปัญหาอุปสรรคของบุคคล เป็นอีกหนึ่งวิธีที่ช่วยเพิ่มกิจกรรมทางกายและมีความคุ้มค่า (Campbell et al., 2015; Rowley et al., 2018; Wattanapisit et al., 2021)

การถอดบทเรียน

อุปสรรคและความท้าทายในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเวชปฏิบัติ

การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเวชปฏิบัติเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญและมีประโยชน์ต่อผู้รับบริการ/ผู้ป่วย และอาจเป็นผลดีกับระบบสุขภาพในระยะยาว อย่างไรก็ตาม กระบวนการนี้มีอุปสรรคและความท้าทาย ได้แก่

1. บุคลากรทางสุขภาพ (healthcare provider) ไม่ได้รับการฝึกอบรมทำให้ขาดความรู้และทักษะในการส่งเสริม ให้คำปรึกษาและแนะนำกิจกรรมทางกาย นอกจากนี้ ทัศนคติของบุคลากรทางสุขภาพ เช่น ไม่สามารถแนะนำให้ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนได้สำเร็จ มีความเห็นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเรื่องส่วนบุคคลที่บุคลากรไม่ควรยุ่งเกี่ยว เป็นต้น (Hébert et al., 2012; Wattanapisit et al., 2019; Wattanapisit et al., 2018)

2. ผู้รับบริการ/ผู้ป่วย (client/patient) อาจมีข้อจำกัดส่วนบุคคล เช่น มีเวลาจำกัด ขาดการสนับสนุนจากสังคม มีข้อจำกัดด้านการรับรู้หรือความเข้าใจ ให้ความสำคัญกับการรักษาด้วยยามากกว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น (AuYoung et al., 2016; Hébert et al., 2012; Wattanapisit et al., 2021)

3. ระบบ (system) เป็นกลไกที่สำคัญในการเกิดกระบวนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเวชปฏิบัติ อุปสรรคเชิงระบบที่สำคัญ ได้แก่ ข้อจำกัดด้านเวลาเนื่องจากความไม่สมดุลระหว่างภาระงานและจำนวนผู้รับบริการ การขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจน การขาดการติดตามอย่างต่อเนื่อง การขาดการสนับสนุนในการให้บริการ เป็นต้น (AuYoung et al., 2016; Hébert et al., 2012; Wattanapisit et al., 2019; Wattanapisit et al., 2021)

บทสรุป

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเวชปฏิบัติ

การพัฒนาการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเวชปฏิบัติเพื่อให้เกิดกระบวนการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนเพื่อลดข้อจำกัดทั้งด้านบุคลากร ผู้รับบริการ และระบบ การศึกษาในแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศไทยมีข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา 3 ด้าน ได้แก่ (Wattanapisit et al., 2019)

1. การฝึกอบรม (training) เพื่อให้เกิดความรู้และทักษะในการให้คำแนะนำกิจกรรมทางกาย สำหรับผู้ป่วยทั้งรูปแบบการเรียนในหลักสูตรหรือการเรียนรู้ต่อเนื่อง

2. เครื่องมือ (tool) เพื่อสนับสนุนให้บุคลากรทางสุขภาพสามารถส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเวชปฏิบัติ เช่น ใบสั่งกิจกรรมทางกาย เป็นต้น

3. ทีมสนับสนุน (team) เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพมีความคุ้นเคยกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และสามารถให้คำปรึกษากิจกรรมทางกายแก่ผู้รับบริการได้

เอกสารอ้างอิง

1 AuYoung, M., Linke, S. E., Pagoto, S., Buman, M. P., Craft, L. L., Richardson, C. R., . . . Sheinfeld Gorin, S. (2016). Integrating Physical Activity in Primary Care Practice. *Am J Med*, *129*(10), 1022-1029. https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2016.02.008

2 Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., . . . Willumsen, J. F. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med*, *54*(24), 1451-1462. https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955

3 Campbell, F., Holmes, M., Everson-Hock, E., Davis, S., Buckley Woods, H., Anokye, N., . . . Kaltenthaler, E. (2015). A systematic review and economic evaluation of exercise referral schemes in primary care: a short report. *Health Technol Assess*, *19*(60), 1-110. https://doi.org/10.3310/hta19600

4 Ding, D., Lawson, K. D., Kolbe-Alexander, T. L., Finkelstein, E. A., Katzmarzyk, P. T., van Mechelen, W., & Pratt, M. (2016). The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *Lancet*, *388*(10051), 1311-1324. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)30383-x

5 GBD 2017 Risk Factor Collaborators. (2018). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, *392*(10159), 1923-1994. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)32225-6

6 GBD 2019 Risk Factors Collaborators. (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*, *396*(10258), 1223-1249. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30752-2

7 Hébert, E. T., Caughy, M. O., & Shuval, K. (2012). Primary care providers' perceptions of physical activity counselling in a clinical setting: a systematic review. *Br J Sports Med*, *46*(9), 625-631. https://doi.org/10.1136/bjsports-2011-090734

8 Rowley, N., Mann, S., Steele, J., Horton, E., & Jimenez, A. (2018). The effects of exercise referral schemes in the United Kingdom in those with cardiovascular, mental health, and musculoskeletal disorders: a preliminary systematic review. *BMC Public Health*, *18*(1), 949. https://doi.org/10.1186/s12889-018-5868-9

9 Stoutenberg, M., Galaviz, K. I., Lobelo, F., Joy, E., Heath, G. W., Hutber, A., & Estabrooks, P. (2018). A Pragmatic Application of the RE-AIM Framework for Evaluating the Implementation of Physical Activity as a Standard of Care in Health Systems. *Prev Chronic Dis*, *15*, E54. https://doi.org/10.5888/pcd15.170344

10 van der Wardt, V., di Lorito, C., & Viniol, A. (2021). Promoting physical activity in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*, *71*(706), e399-e405. https://doi.org/10.3399/bjgp.2020.0817

11 Wattanapisit, A., Thanamee, S., & Wongsiri, S. (2019). Physical activity counselling among GPs: a qualitative study from Thailand. *BMC Fam Pract*, *20*(1), 72. https://doi.org/10.1186/s12875-019-0968-x

12 Wattanapisit, A., Tuangratananon, T., & Thanamee, S. (2018). Physical activity counseling in primary care and family medicine residency training: a systematic review. *BMC Med Educ*, *18*(1), 159. https://doi.org/10.1186/s12909-018-1268-1

13 Wattanapisit, A., Tuangratananon, T., & Wattanapisit, S. (2020). Usability and utility of eHealth for physical activity counselling in primary health care: a scoping review. *BMC Fam Pract*, *21*(1), 229. https://doi.org/10.1186/s12875-020-01304-9

14 Wattanapisit, A., Wattanapisit, S., & Wongsiri, S. (2021). Overview of Physical Activity Counseling in Primary Care. *Korean J Fam Med*, *42*(4), 260-268. https://doi.org/10.4082/kjfm.19.0113

15 World Health Organization. (2018). *Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world*. World Health Organization.

16 อภิชัย วรรธนะพิศิษฐ์. (2564). การส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการให้คำปรึกษากิจกรรมทางกายในเวชศาสตร์ครอบครัว. สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.

ถอดบทเรียนการขับเคลื่อนแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573 และแผนปฏิบัติการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2565

สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย [1], อุดม อัศวุตมางกุร [2], ชลพันธ์ ปิยถาวรอนันต์ [2], รัตนาวดี ทองสุทธิ์ [2]*

[1] กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
[2] กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

*การติดต่อ:
รัตนาวดี ทองสุทธิ์
Email: rattanawadee.t@anamai.mail.go.th

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งกรมอนามัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทย จึงร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573 และแผนปฏิบัติการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2565 เพื่อเป็นกรอบแนวทางการส่งเสริมกิจกรรมทางกายของประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยมุ่งหวังให้การดำเนินงานส่งผลต่อประชาชนให้มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ มีความตระหนักรู้ทางสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สู่การมีสุขภาวะได้อย่างยั่งยืน โดยกำหนดเป้าหมายให้ประชาชนไทยมีกิจกรรมทางกายเพียงพอร้อยละ 75 ใน พ.ศ. 2573

โปรแกรม/โครงการที่นำไปใช้: แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573 ดำเนินการผ่านกลไกคณะกรรมการ ประกอบด้วย (1) คณะกรรมการบริหารการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ซึ่งมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และมีหัวหน้าส่วนราชการระดับนโยบายร่วมเป็นคณะกรรมการ (2) คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบสนับสนุนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โดยมีแผนปฏิบัติการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2565 เป็นกรอบการดำเนินงานในการขับเคลื่อนแผนงานต่าง ๆ อย่างเป็นรูปธรรม ผ่านหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการขับเคลื่อนมีการดำเนินการผ่านกลไกคณะกรรมการฯ และคณะอนุกรรมการฯ เพื่อดำเนินกิจกรรมการขับเคลื่อนในระดับปฏิบัติการ

บทเรียนรู้ : หน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ผู้ปฏิบัติงาน ตลอดจนประชากรไทยมีความเข้าใจความหมายของกิจกรรมทางกายที่กว้างกว่าการออกกำลังกาย มีความเข้าใจประโยชน์ทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและสังคม และเห็นความจำเป็นของการมีแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โดยประชากรไทยมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพออยู่ในระดับที่น่าพอใจ และมีแนวโน้มดีขึ้นในทุก ๆ ปี ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญคือ การยกระดับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายไปสู่การทำงานระดับประเทศและความร่วมมือจากหน่วยงานภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในการนำแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายฯ สู่การปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็นความท้าทายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ระดับนักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงผู้กำหนดนโยบายในการร่วมกันออกแบบและกำหนดแนวทางเพื่อฟื้นระดับการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทยให้กลับมาอยู่ในระดับปกติและพร้อมที่จะก้าวสู่การบรรลุเป้าหมายทางสุขภาพในอนาคต

คำสำคัญ: แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย, ถอดบทเรียน, กิจกรรมทางกาย, ส่งเสริมสุขภาพ, สาธารณสุข

บทนำ

การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ เป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับที่สี่ของการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ จากรายงานสถานการณ์การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอในระดับโลก พบว่า ก่อให้เกิดการเสียชีวิตปีละ 3.2 ล้านคนทั่วโลก (WHO, 2019) ในระดับโลกได้มีความพยายามในการลดปัญหาการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอผ่านการพัฒนาและรับรองแผนปฏิบัติการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายโลก พ.ศ. 2561-2573

ประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตของคนไทยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถึงร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั้งหมด แม้สัดส่วนประชาชนที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอจะเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 จนถึงปี พ.ศ. 2561 อยู่ที่ร้อยละ 65 และมีแนวโน้มลดลงในช่วงปี พ.ศ. 2562–2563 อยู่ที่ร้อยละ 64 และ 50 ตามลำดับ เป็นผลจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (ปิยวัฒน์ เกตุวงศา และกรกนก พงษ์ประดิษฐ์, 2563) และค่อย ๆ ฟื้นตัวขึ้นเป็นร้อยละ 58.9 ในปี พ.ศ. 2564 ด้วยประชาชนได้รับความรู้ เข้าใจโรค มีการปรับตัว เริ่มมีวิถีชีวิตใหม่ รวมไปถึงการผ่อนคลายมาตรการต่าง ๆ จากรัฐ (ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย, 2564)

กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย ร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องดำเนินการพัฒนาแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โดยจัดทำและผลักดันขับเคลื่อนแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573 วิสัยทัศน์ คือ ประชาชนมีวิถีชีวิตที่กระฉับกระเฉงด้วยกิจกรรมทางกายภายใต้สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม มีการกำหนด 13 ตัวชี้วัดภายใต้ 3 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในประชาชนทุกกลุ่มวัย การส่งเสริมสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย และการพัฒนาระบบสนับสนุนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และขับเคลื่อนแผนฯ ดังกล่าวครอบคลุม 5 กลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มเด็กปฐมวัย กลุ่มวัยเรียน กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ผ่าน 5 Setting ได้แก่ สถานศึกษา สถานประกอบการ สถานบริการสาธารณสุข ชุมชน คมนาคมและผังเมือง โดยมีระบบสนับสนุนการขับเคลื่อนงาน ได้แก่ ระบบองค์ความรู้และวิจัย ระบบเฝ้าระวังและติดตามผล ระบบพัฒนาศักยภาพบุคลากร ระบบสื่อสารรณรงค์ และระบบพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย กำหนดเป้าหมายให้ประชาชนไทยมีกิจกรรมทางกายเพียงพอร้อยละ 75 ใน พ.ศ. 2573 (คณะกรรมการพัฒนาแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (พ.ศ. 2561-2573), 2561)

ขั้นตอนการดำเนินโปรแกรม/โครงการ (Program/project implementation)

กระบวนการการขับเคลื่อนแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573 และแผนปฏิบัติการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2565

องค์ประกอบ และโครงสร้างการขับเคลื่อนแผนฯ

การขับเคลื่อนแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573 เป็นการดำเนินการผ่านกลไกคณะกรรมการ ประกอบด้วย (1) คณะกรรมการบริหารการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ซึ่งมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และมีหัวหน้าส่วนราชการระดับนโยบายร่วมเป็นคณะกรรมการ (2) คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบสนับสนุนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย 5 คณะ ได้แก่ (2.1) คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบสนับสนุนการสร้างองค์ความรู้และวิจัย (2.2) คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบสนับสนุนการติดตามการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (2.3) คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร (2.4) คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบสนับสนุนการสื่อสารรณรงค์กิจกรรมทางกาย และ (2.5) คณะอนุกรรมการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ซึ่งมีองค์ประกอบจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในหลายภาคส่วน

ในระยะแรก (พ.ศ. 2561-2565) ได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561–2563 และแผนปฏิบัติการการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2564–2565 (กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561; 2564) เพื่อใช้เป็นกรอบการดำเนินงานขับเคลื่อนแผนงาน/โครงการต่าง ๆ อย่างเป็นรูปธรรม โดยหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมีการจัดทำโครงการ/กิจกรรม เพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกาย สำหรับการขับเคลื่อนผ่านกลไกคณะกรรมการฯ และคณะอนุกรรมการฯ ได้มีกิจกรรมการขับเคลื่อนในระดับปฏิบัติการ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงกิจกรรมขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการ
แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2565 ตามคณะอนุกรรมการฯ

คณะอนุกรรมการฯ	กิจกรรมขับเคลื่อนแผนฯ
1. คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบสนับสนุนการสร้างองค์ความรู้และวิจัย	● พัฒนาระบบการวิจัยและพัฒนาด้านกิจกรรมทางกาย - ทบทวนสถานการณ์วิจัยและพัฒนา ประเด็นกิจกรรมทางกายในกลุ่มวัยต่าง ๆ - ผลักดันการตั้งประเด็นวิจัยและพัฒนาด้านกิจกรรมทางกายเข้าสู่กองทุนและผู้สนับสนุนทุนวิจัย - ผลักดันให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องสร้างองค์ความรู้ งานวิจัยเพื่อพัฒนางานกิจกรรมทางกายในระดับจังหวัด/พื้นที่ - ติดตามการขับเคลื่อนงาน
2. คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบสนับสนุนการติดตามการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	● พัฒนาระบบกำกับและติดตามด้านกิจกรรมทางกาย - จัดทำข้อมูลการส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับประเทศ - พัฒนาระบบฐานข้อมูลในการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย หรือเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลสารสนเทศอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง - พัฒนาศักยภาพด้านการใช้เครื่องมือและระบบติดตามการส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้กับบุคลากรในหน่วยงานระดับจังหวัด/พื้นที่ - ปรับปรุงและพัฒนากรอบและตัวชี้วัดการติดตามผลการดำเนินงานตามแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573 - ติดตามการขับเคลื่อนงาน
3. คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร	● พัฒนาระบบพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านกิจกรรมทางกาย - ทบทวนองค์ความรู้ หลักสูตรและเครือข่ายผู้ดูแลหลักสูตรในกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง - พัฒนาศักยภาพบุคลากร ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย - พัฒนาศักยภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย เพื่อให้มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ - ติดตามการขับเคลื่อนงาน
4. คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบสนับสนุนการสื่อสารรณรงค์กิจกรรมทางกาย	● พัฒนาระบบสื่อสารประชาสัมพันธ์ด้านกิจกรรมทางกาย - พัฒนารูปแบบการสื่อสารรณรงค์การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย - กำหนดกลุ่มเป้าหมายการสื่อสารและความรอบรู้สุขภาพด้านการมีกิจกรรมทางกายของประชาชนทุกกลุ่มวัย - จัดทำข้อเสนอเพื่อสร้างการรับรู้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมทางกาย - ติดตามการขับเคลื่อนงาน

คณะอนุกรรมการฯ	กิจกรรมขับเคลื่อนแผนฯ
5. คณะอนุกรรมการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	● พัฒนาระบบสนับสนุนข้อเสนอเชิงนโยบายด้านกิจกรรมทางกาย - พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะด้านกิจกรรมทางกาย - พัฒนาให้เกิดการบังคับใช้กฎหมายที่ส่งผลเชิงบวกต่อกิจกรรมทางกาย - พัฒนานโยบาย/มาตรการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกาย กีฬาและนันทนาการ - ติดตามการขับเคลื่อนงาน

ผลลัพธ์การดำเนินงาน

ผลลัพธ์ที่ได้จากกิจกรรมการขับเคลื่อนแผนฯ ซึ่งเริ่มต้นใน พ.ศ. 2561 ได้ตั้งแต่กรอบการดำเนินงาน กรอบเนื้อหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังที่แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลลัพธ์การดำเนินงานตาม
แผนปฏิบัติการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2565 ตามคณะอนุกรรมการฯ

คณะอนุกรรมการฯ	ผลลัพธ์
1. คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบสนับสนุนการสร้างองค์ความรู้และวิจัย	- สถานการณ์การวิจัยและพัฒนา ประเด็นกิจกรรมทางกายในกลุ่มวัยต่าง ๆ
2. คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบสนับสนุนการติดตามการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	- แผนปฏิบัติการการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2563 - แผนปฏิบัติการการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2564-2565 - รายงานการติดตามประเมินผลแผนปฏิบัติการการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2563 - รายงานการติดตามประเมินผลแผนปฏิบัติการการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2564-2565 - รายงานการสำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมกิจกรรมทางกายใน 5 setting ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - รายงานผลการประเมินการดำเนินงานในรอบ 5 ปีแรก (พ.ศ. 2561-2565) ตามแผนปฏิบัติการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573
3. คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร	- กรอบการเนื้อหาการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านกิจกรรมทางกายในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เช่น กลุ่มนักเรียนนักศึกษา กลุ่มผู้สอน กลุ่มผู้ที่จบการศึกษาแล้วและกำลังทำงานเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายอยู่ - การผลักดันกรอบเนื้อหาฯ ไปในกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องและการติดตาม เพื่อการปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรให้มีความทันสมัยและครบถ้วน ในประเด็นกิจกรรมทางกาย - ตัวอย่างหลักสูตรการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (DPAC: Dietary and Physical Activity Clinic)
4. คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบสนับสนุนการสื่อสารรณรงค์กิจกรรมทางกาย	- กรอบการดำเนินงานและความร่วมมือ สื่อสารประชาสัมพันธ์ด้านกิจกรรมทางกาย - การสื่อสารประชาสัมพันธ์ การขับเคลื่อนแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573

คณะอนุกรรมการฯ	ผลลัพธ์
5. คณะอนุกรรมการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	- การส่งเสริมการก้าวเดินและการออกกำลังกายด้วยเทคโนโลยีดิจิตอล - มาตรการทางภาษีเพื่อส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย - การเสริมความเข้มแข็งด้านนโยบายกิจกรรมทางกายระดับประเทศด้วยเครื่องมือ Situation Assessment Tool (SAT) - การจัดทำแนวทางการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ตามข้อแนะนำการส่งเสริมกิจกรรมทางกายของ WHO 2020 - การจัดทำแนวทางจำนวนก้าวเดินในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ - การส่งเสริมการก้าวเดิน ด้วยนโยบายก้าวท้าใจ 5 ฤดูกาล (2563-2565) - การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในภาวการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ด้วยการใช้สวนสาธารณะ และสถานที่สาธารณะกลางแจ้งอย่างปลอดภัย

การถอดบทเรียน

สรุปผลการถอดบทเรียนจากการขับเคลื่อนแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573 และแผนปฏิบัติการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2565

แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573 และแผนปฏิบัติการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2565 จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางการส่งเสริมกิจกรรมทางกายของประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยมุ่งหวังให้การดำเนินงานต่าง ๆ นั้นส่งผลต่อประชาชนให้มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ มีความตระหนักรู้ทางสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สู่การมีสุขภาวะได้อย่างยั่งยืน กลไกการขับเคลื่อนแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายฯ ไปสู่การปฏิบัติประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) การจัดตั้งคณะกรรมการฯ และคณะอนุกรรมการฯ เป็นกลไกระดับประเทศ ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย ทิศทาง และสนับสนุน/ส่งเสริมการดำเนินงานตลอดจนกำกับดูแล ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน 2) หน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ท้องถิ่น จัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมเพื่อส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย

ตลอดช่วงระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายฯ จนถึงปัจจุบัน หน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ผู้ปฏิบัติงาน ตลอดจนประชาชนคนไทยมีความเข้าใจความหมายของกิจกรรมทางกายที่กว้างขวางกว่าการออกกำลังกายที่คุ้นเคย เข้าใจประโยชน์ทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและสังคม และเห็นความจำเป็นของการมีแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายฯ เป็นกรอบแนวทางการดำเนินงานสำหรับประเทศไทย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการจัดทำแผนงาน/โครงการ และขับเคลื่อนโครงการต่าง ๆ บรรลุผลที่กำหนดไว้ ความสำเร็จที่เกิดขึ้นสะท้อนผ่านสถานการณ์การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทย ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพออยู่ในระดับที่น่าพอใจ มีแนวโน้มดีขึ้นในทุก ๆ ปี โดยระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเพิ่มขึ้น คิดเป็นอัตราเพิ่มเฉลี่ยที่ร้อยละ 1.04 ต่อปี

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จที่สำคัญ ได้แก่ การยกระดับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายไปสู่การทำงานระดับประเทศและเกิดความร่วมมือจากหน่วยงานภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในการนำแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายฯ แปลงสู่การปฏิบัติ การส่งเสริมกิจกรรมทางกายต้องอาศัยการทำงานจากหลายภาคส่วน เช่น ภาคการศึกษา การคมนาคม การบริหารจัดการเมือง การกีฬา การออกกำลังกาย การนันทนาการ การท่องเที่ยว และชุมชน ซึ่งหน่วยงานต่าง ๆ เหล่านี้ ได้จัดทำและดำเนินการโครงการต่าง ๆ ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้ในแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายฯ นอกจากนี้ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จอีกประการ

หนึ่ง ได้แก่ กลไกระดับประเทศที่รับผิดชอบในการบริหารจัดการและขับเคลื่อนแผนฯ คือ คณะกรรมการบริหารการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบสนับสนุนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ซึ่งมีองค์ประกอบเป็นผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม เป็นกลไกที่มีความจำเป็นที่จะทำให้เกิดนโยบายระดับประเทศ เกิดการสั่งการ/กำหนดแนวทางการดำเนินงาน การบริหารงานและการกำกับติดตามประเมินผล

บทสรุป

การยกระดับการพัฒนาในอนาคต

การดำเนินงานในระยะต่อไป จะยังคงรักษาปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จไว้ และ**มุ่งสร้างเป้าหมายและความสำเร็จของการดำเนินงานในแต่ละระดับอย่างชัดเจน ระบุค่าเป้าหมายและตัวชี้วัดผลสำเร็จได้อย่างเป็นรูปธรรม** รวมไปถึงการชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย **การสร้างความตระหนักถึงปัญหา** และ**ร่วมกันกำหนดทิศทาง มาตรการในการแก้ไขปัญหา** โดยให้ความสำคัญกับการ**สร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน** การพัฒนาปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรของแต่ละหน่วยงานจนเกิดเป็นเครือข่ายความร่วมมือ เกิดความรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของร่วมกัน อันจะส่งผลต่อการนำไปสู่การปฏิบัติต่อไป

อย่างไรก็ดี ทั้งหมดที่กล่าวมาคือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่เข้ามาปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตลอดจนพฤติกรรมทางสุขภาวะเชิงองค์รวม รวมถึงประเด็นกิจกรรมทางกาย นับเป็นสิ่งท้าทายสำหรับให้นักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงาน ตลอดจนผู้กำหนดนโยบาย ในการร่วมกันออกแบบและกำหนดแนวทางเพื่อฟื้นระดับการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทยให้กลับมาอยู่ในระดับปกติและพร้อมที่จะก้าวสู่การบรรลุเป้าหมายทางสุขภาพในอนาคต

อ้างอิง

1 World Health Organization. (2019). Global Recommendations on Physical Activity for Health. Retrieved 10 May 2019, from Website: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/en/

2 กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แผนปฏิบัติการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. *2561-2563*. กรุงเทพฯ: เอ็นซี คอนเซ็ปต์ จำกัด.

3 กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แผนปฏิบัติการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. *2564-2565*. กรุงเทพฯ: เอ็นซี คอนเซ็ปต์ จำกัด.

4 คณะกรรมการพัฒนาแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (พ.ศ. 2561-2573). (2561). แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. *2561 - 2573*. กรุงเทพฯ: เอ็นซี คอนเซ็ปต์ จำกัด.

5 ปิยวัฒน์ เกตุวงศา และกรกนก พงษ์ประดิษฐ์. (2563). *REGENERATING Physical Activity in Thailand after COVID-19 Pandemic:* ฟื้นกิจกรรมทางกายในประเทศไทยหลังวิกฤตโควิด-*19*. ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (ทีแพค) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: บริษัท ภาพพิมพ์.

6 ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย. (2564). ผลการสำรวจโครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทย ปี *2564*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

31 มกราคม 2566

ห้องประชุม MR209B

เวลา 10.40 - 12.00 น.

ACTIVE SYSTEM/ POLICY

การจัดทำระบบแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกายและการเล่นกีฬาของประชาชน (Calories Credit Challenge: CCC)

บงกชรัตน์ โมลี [1*], *วรรณชลี โนริยา* [2]

[1] กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา, ผู้อำนวยการกองนโยบายการท่องเที่ยวและกีฬาแห่งชาติ
[2] มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์

[*]การติดต่อ:
บงกชรัตน์ โมลี
Email: noksally21@hotmail.com

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา ในฐานะที่มีบทบาทขับเคลื่อนการส่งเสริมการออกกำลังกายและกีฬาขั้นพื้นฐานให้กลายเป็นวิถีชีวิต และการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมออกกำลังกาย กีฬาและนันทนาการ จึงได้ริเริ่มการพัฒนาแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกายและการเล่นกีฬาของประชาชน การประชาสัมพันธ์และสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนหันมาใส่ใจสุขภาพ และสร้างเครือข่ายความร่วมมือทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชนในการจัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายและการเล่นกีฬาของประชาชน

ระเบียบวิธีวิจัย: จากการรวบรวมข้อมูลเพื่อพัฒนาและติดตามผลการดำเนินงานแพลตฟอร์มด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้นำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และผู้ใช้บริการ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบบเจาะจง และทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา: ข้อมูลที่จำเป็นต่อการพัฒนาแพลตฟอร์มการส่งเสริมการออกกำลังกาย การเล่นกีฬาและกิจกรรมทางกาย มีจำนวนทั้งสิ้น 7 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ข้อมูลพื้นฐานบุคคล 2) รูปแบบของกิจกรรม 3) ลักษณะเฉพาะของแพลตฟอร์ม 4) ข้อมูลการออกกำลังกายรายบุคคล 5) คะแนนแคลลอรี่กลาง 6) ช่องทางการนำเข้าข้อมูล และ 7) ข้อมูลสำหรับการแสดงผล แนวทางการประชาสัมพันธ์และสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนหันมาใส่ใจสุขภาพ พบว่า การประชาสัมพันธ์และการสร้างการรับรู้และจูงใจให้รู้จักแพลตฟอร์ม CCC ผ่านช่องทางออนไลน์ โดยการนำบุคคลที่มีชื่อเสียงเป็นที่รู้จัก (Influencer) ในทุกกลุ่ม รวมไปถึงผู้นำท้องถิ่น และช่องทางออฟไลน์ โดยการประชาสัมพันธ์ภายในองค์กร หน่วยงาน ทั้งภาครัฐและเอกชน และให้ผู้นำของท้องถิ่นนั้น ๆ ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่คนในชุมชน ส่งเสริมให้ทุกคนออกกำลังกายอย่างมีเป้าหมายด้วยการสะสมแคลอรี่ของตนเอง โดยที่ทุกองค์กร ทุกหน่วยงานสามารถใช้ CCC ในการส่งเสริมให้บุคลากรในหน่วยงานออกกำลังกายและเล่นกีฬาเพื่อพัฒนาตนเองและใช้ CCC Point เป็นเกณฑ์ในการให้ของรางวัลและสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ โดยมีเป้าหมายให้ CCC เป็นเครื่องมือในการบูรณาการให้ทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมร่วมกันส่งเสริมให้คนไทยออกกำลังกายและเล่นกีฬาอย่างสม่ำเสมอเป็นวิถีชีวิตไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 ในปี 2570

บทสรุป: ข้อเสนอแนะการวิจัย หน่วยงานที่มีหน้าที่ในการกำกับดูแลและส่งเสริมให้ประชาชนออกกำลังกาย และดูแลสุขภาพเป็นวิถีชีวิต เช่น กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงศึกษาธิการ กรมพลศึกษา กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย ควรบูรณาการความร่วมมือกันกำหนดนโยบาย เพื่อขับเคลื่อนโครงการที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายและการเล่นกีฬาของประชาชน และทำงานบูรณาการกับภาคเอกชนที่ให้เข้ามามีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความยั่งยืน

คำสำคัญ : แพลตฟอร์ม CCC ,การส่งเสริมการออกกำลังกาย,แพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกายและการเล่นกีฬา,การสร้างแรงจูงใจ

บทนำ

ประชากรไทยมีแนวโน้มการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ประมาณ 320,000 คนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 75 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด โดยมีสาเหตุจากโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ตามลำดับ โดยปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคเกิดจากการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (กรมอนามัย, 2563) โรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถลดอุบัติการณ์ได้จากการปรับพฤติกรรมด้วยการมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ รับประทานอาหารที่เหมาะสม จากสถิติการออกกำลังกายของประชากรไทย พบว่ามีเพียงร้อยละ 40.4 ที่มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (กรมพลศึกษา กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา, 2564) ทั้งนี้ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอนอกจากทำให้มีสุขภาพดีขึ้นแล้วยังสามารถลดระดับค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศได้ด้วย จากข้อมูลงานวิจัย การที่ประชากรออกกำลังกายสม่ำเสมอดัชนีชี้วัดผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (GDP) ขึ้นได้ประมาณร้อยละ 0.5 ต่อปี หรือประมาณ 81,000 ล้านบาท (Hafner, M. et al., 2019)

การทำให้ประชากรในประเทศออกกำลังกายมากขึ้นจึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญระดับประเทศ ทั้งในแง่การประหยัดค่าใช้จ่ายทางด้านสาธารณสุข และดัชนีชี้วัดผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (GDP) ดังนั้น จึงเป็นเรื่องที่ท้าทายอย่างมากในการหาวิธีที่ทำให้ประชากรหันมาออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งการสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ต้องใช้เครื่องมือหลายรูปแบบรวมถึงการวางกลยุทธ์ระยะสั้น ระยะยาวและการวัดผลอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ปัจจุบันนวัตกรรมและเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของมนุษย์มากขึ้น ทั้งด้านการติดต่อสื่อสาร การเรียนรู้ การค้นหาข้อมูล การทำธุรกรรมการเงินและการใช้จ่าย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนารูปแบบการสื่อสารและสร้างแรงจูงใจให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการออกกำลังกาย การเล่นกีฬา และการมีกิจกรรมทางกายให้เหมาะสมกับสถานที่ เวลาและการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความสม่ำเสมอและเหมาะสมกับข้อจำกัดของสภาพแวดล้อม

จากการศึกษาข้อมูลต่างประเทศ พบว่า การผลักดันให้คนมีการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมเพื่อสุขภาพที่ดีขึ้นจะส่งผลให้เกิดประโยชน์ 2 ด้าน ได้แก่ 1) ทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรง ลดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จะสามารถเพิ่ม GDP ของประเทศได้ร้อยละ 0.3 – 1.0 ต่อปี 2) สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากการเจ็บป่วยจากโรค NCDs โดยในประเทศไทย พบว่าการออกกำลังกายจะลดค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในปี 2568 ได้ถึงประมาณ 1,300 ล้านบาท (Hafner, M. et al., 2019)

กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา ในฐานะที่มีบทบาทขับเคลื่อนการส่งเสริมการออกกำลังกายและกีฬาขั้นพื้นฐานให้กลายเป็นวิถีชีวิต และการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมออกกำลังกาย กีฬาและนันทนาการ ตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561-2580) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ในปี 2570 จึงดำเนินโครงการพัฒนา

แพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกายและเล่นกีฬาของประชาชน (Calories Credit Challenge: CCC) เพื่อรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมการออกกำลังกายและเล่นกีฬาของประชากรไทย และเพื่อสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนหันมาใส่ใจสุขภาพ สนับสนุนและส่งเสริมให้ประชาชนมีความตื่นตัวต่อการออกกำลังกาย เล่นกีฬา และมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอจนเป็นวิถีชีวิต รวมถึงสร้างเครือข่ายความร่วมมือทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชนในการส่งเสริมการออกกำลังกายและการเล่นกีฬาของประชาชนให้สอดรับกับยุทธศาสตร์ชาติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาและพัฒนาแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกายและการเล่นกีฬาของประชาชน

2. เพื่อศึกษาแนวทางการประชาสัมพันธ์และสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนหันมาใส่ใจสุขภาพ ด้วยกิจกรรมทางกายการออกกำลังกายและเล่นกีฬา และบันทึกแต้มจากการสะสมจำนวนก้าว ระยะทาง และแคลอรี่ มาแลกรางวัล/สิ่งของสมนาคุณที่สนับสนุนโดยภาครัฐ ภาคเอกชน และ/หรือผู้ประกอบการ

3. เพื่อสร้างเครือข่ายความร่วมมือทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชนในการจัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายและการเล่นกีฬาของประชาชน

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้นำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และผู้ใช้บริการ เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาแพลตฟอร์มที่มีการเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกายและเล่นกีฬาของประชาชน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

เครื่องมือการวิจัย/ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เพื่อจัดทำข้อมูลที่จำเป็นต่อการพัฒนาแพลตฟอร์มการส่งเสริมการออกกำลังกาย อาทิ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลกิจกรรม ข้อมูลที่จำเป็นต่อการจัดทำรายงาน ข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงหลักการคิดสูตรคำนวณคะแนนแคลอรี่กลาง กับผู้แทนของหน่วยงานที่ส่งเสริมการออกกำลังกาย นักวิทยาศาสตร์การกีฬาหรือพลศึกษา ผู้ประกอบการ ผู้จัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย กลุ่มภาคธุรกิจ ผู้ใช้บริการ นักวิเคราะห์ระบบ ผู้เชี่ยวชาญด้านการเขียนโปรแกรม วิศวกรระบบ ผู้เชี่ยวชาญด้านการทดสอบระบบ นักจัดการระบบฐานข้อมูล จำนวน 25 คน

2) การสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อรับฟังความคิดเห็นกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาระบบแพลตฟอร์มทางด้านการใช้เทคโนโลยี เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลกิจกรรม ข้อมูลที่จำเป็นต่อการจัดทำรายงาน เพื่อยืนยันข้อมูลและข้อเสนอแนะที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้แทนจากกองนโยบายการท่องเที่ยวและกีฬาแห่งชาติ ผู้แทนจากกระทรวงศึกษาธิการ ผู้แทนจากการกีฬาแห่งประเทศไทย ผู้แทนจากกรมพลศึกษา ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนจากส่วนราชการระดับจังหวัดหรือกลุ่มจังหวัด ผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนจากเครือข่ายภาคประชาชนและภาคเอกชน จำนวน 32 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ คณะผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษาและอภิปรายผล

การศึกษาข้อมูลที่จำเป็นต่อการพัฒนาแพลตฟอร์มการส่งเสริมการออกกำลังกาย การเล่นกีฬาและกิจกรรมทางกาย พบว่า ข้อมูลที่จำเป็นต่อการพัฒนาแพลตฟอร์มฯ มีจำนวนทั้งสิ้น 7 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ข้อมูลพื้นฐานบุคคล 2) รูปแบบของกิจกรรม 3) ลักษณะเฉพาะของแพลตฟอร์ม 4) ข้อมูลการออกกำลังกายรายบุคคล 5) คะแนนแคลลอรี่กลาง 6) ช่องทางการนำเข้าข้อมูล และ 7) ข้อมูลสำหรับการแสดงผล

จากการศึกษาแนวทางการประชาสัมพันธ์และสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนหันมาใส่ใจสุขภาพ พบว่า สามารถจำแนกออกเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ 1) การประชาสัมพันธ์และการสร้างการรับรู้ การประชาสัมพันธ์และสร้างการรับรู้ในแพลตฟอร์ม CCC ให้กับประชาชน ผ่านช่องทางออนไลน์ (Online) โดยการนำบุคคลที่มีชื่อเสียงเป็นที่รู้จัก (Influencer) ในทุกกลุ่ม

รวมไปถึงผู้นำท้องถิ่น เพื่อให้ความรู้และเป็นการเชิญชวนให้ประชาชนมาใช้แอปพลิเคชัน ส่วนช่องทางออฟไลน์ (Offline) โดยการประชาสัมพันธ์ภายในองค์กร หน่วยงาน ทั้งภาครัฐและเอกชน และให้ผู้นำของท้องถิ่นนั้น ๆ ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่คนในชุมชน 2) การสร้างแรงจูงใจแก่ประชาชนที่มีต่อการตัดสินใจเลือกทำกิจกรรม ที่มุ่งเน้นการลดภาระค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดการใช้แพลตฟอร์มที่เพิ่มมากขึ้น ด้วยการนำจำนวนแต้มแคลอรี่มาแลกเป็นส่วนลดสินค้าอุปโภคหรือบริโภคที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายและกีฬา รวมถึงการนำแต้มมาแลกเป็นส่วนลด หรือสิทธิพิเศษในการเข้าใช้บริการต่าง ๆ ของทั้งภาครัฐ หรือภาคเอกชน สามารถลดค่าที่พักโรงแรม ร้านอาหาร โรงภาพยนตร์ หรือลดหย่อนภาษีต่าง ๆ เช่น ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าประกันสังคมรายเดือน เพื่อช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ใช้บริการและทำให้ผู้ใช้บริการเข้าร่วมกิจกรรมได้มากยิ่งขึ้น

จากการสร้างเครือข่ายความร่วมมือทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชนในการจัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายและการเล่นกีฬาของประชาชน พบว่า หน่วยงานที่มีหน้าที่ในการกำกับดูแลและส่งเสริมให้ประชาชนออกกำลังกาย และดูแลสุขภาพเป็นวิถีชีวิต เช่น กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงศึกษาธิการ กรมพลศึกษา กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย ควรบูรณาการความร่วมมือกันกำหนดนโยบาย เพื่อขับเคลื่อนโครงการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการออกกำลังกายและการเล่นกีฬาของประชาชน และทำงานบูรณาการกับภาคเอกชนเพื่อให้เข้ามามีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมการออกกำลังกายและการเล่นกีฬาของประชาชน เช่น การดำเนินกิจกรรมทางการตลาดเพื่อสังคม (CSR)

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา ควรผลักดันให้การส่งเสริมการออกกำลังกายและการเล่นกีฬาของคนในชาติ ผ่านการใช้แพลตฟอร์ม CCC เป็นวาระแห่งชาติ และขอความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี ในการผลักดันให้ทุกกระทรวง และทุกหน่วยงานนำแพลตฟอร์มฯ ไปใช้ในการสร้างเสริมการออกกำลังกายเพื่อพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน

2. กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงมหาดไทย กระทรวงคมนาคม กระทรวงกลาโหม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการสนับสนุนให้เกิดการสร้างพื้นที่สุขภาวะ พื้นที่ต้นแบบของการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ใน 4 setting ได้แก่ บ้าน โรงเรียน องค์กร/หน่วยงาน/โรงพยาบาล และชุมชน โดยการส่งเสริมการสร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายผ่านแพลตฟอร์ม CCC และครอบคลุมสถานที่ทำงาน

3. คณะกรรมการกิจการกระจายเสียงกิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) ซึ่งเป็นผู้กำกับดูแลผู้ให้บริการเครือข่ายโทรศัพท์เคลื่อนที่ในประเทศไทย ควรกำหนดมาตรการในการทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงแพลตฟอร์ม CCC โดยการกำหนดให้บริษัทเจ้าของโทรศัพท์เคลื่อนที่ติดตั้งแพลตฟอร์มฯ ดังกล่าวไว้ในโทรศัพท์เคลื่อนที่ และกำหนดให้เป็นแอปพลิเคชันพื้นฐานของโทรศัพท์

4. ส่งเสริมการบูรณาการร่วมมือกับภาคเอกชนให้เกิดการใช้แพลตฟอร์ม CCC ให้สอดคล้องกับนโยบายของบริษัท เพื่อสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของบริษัท และสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับภาคธุรกิจเอกชนในลักษณะเชิงรุก เช่น ห้างสรรพสินค้า ธุรกิจร้านอาหาร ธุรกิจร้านสะดวกซื้อ ธุรกิจนำเที่ยว ธุรกิจที่พักโรงแรม โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน ให้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของแพลตฟอร์ม CCC เพื่อเพิ่มจำนวนสิทธิประโยชน์ให้กับประชาชน

5. กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรเชิญ Influencer เช่น ยูทูบเบอร์ นักกีฬา ดารานักแสดง ผู้นำท้องถิ่น รวมถึงประชาชนทั่วไป ที่กำลังได้รับความนิยมในสังคมและในชุมชน ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างกระแสและสร้างการรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการออกกำลังกายผ่านแพลตฟอร์ม CCC และเชิญชวนให้ประชาชนเข้ามาใช้แพลตฟอร์ม CCC

อ้างอิง

1 Hafner, M. et al. (2019). *The economic benefits of a more physically active population: an international analysis*. Santa Monica, CA: RAND Corporation.

2 กรมพลศึกษา กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา. (2564). รายงานผลการสำรวจข้อมูลการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาของประชาชน ประจำปี 2564. สืบค้นเมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2565, จาก https://www.dpe.go.th/manal-files-๔๓๒๘๙๑๗๙๑๗๙๓

3 กรมอนามัย. (2563). โครงการ 10 ล้านครอบครัวไทยออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพฯ: เอกสารอัดสำเนา.

การเพิ่มกิจกรรมทางกายของประชาชนไทยผ่านแอปพลิเคชัน

ภัทรภณ อติเมธิน [1*] , *วินเซน รัตโนภาส* [2]

[1] ศูนย์กระดูก ข้อ และการแพทย์, โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท, ประเทศไทย
[2] World Athletics Academy Elite Coach, USA

[*]การติดต่อ:
ภัทรภณ อติเมธิน
Email: phattarapon@wind-training.com

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: การส่งเสริมให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ เป็นวิธีการหนึ่งที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น และช่วยลดโอกาสการเกิดโรค NCDs และยกระดับคุณภาพชีวิต รวมไปถึงลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของประเทศ อย่างไรก็ดี แม้จะเป็นที่รับรู้กันว่าการมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกจะช่วยให้สุขภาพดี แต่ปัญหาขาดคือ ประชาชนทั่วไปไม่รู้ว่าจะเริ่มต้นมีกิจกรรมทางกาย หรือออกกำลังกายอย่างไรให้ได้อย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือเมื่อเริ่มแล้ว ก็ไม่สามารถทำให้ต่อเนื่องได้ เนื่องจากขาดแรงจูงใจ หรือมีอาการบาดเจ็บเกิดขึ้นจากการออกแรง/ออกกำลังกายที่ไม่ถูกต้อง ด้วยเหตุนี้ทางโครงการจึงได้พัฒนาแอปพลิเคชัน WIND Training (วินด์เทรนนิ่ง) ขึ้น ซึ่งเป็นแอปพลิเคชันที่ผสานองค์ความรู้ทั้งทฤษฎีและแนวปฏิบัติการมีกิจกรรมทางกายเข้าไว้ด้วยกัน

ระเบียบวิธีวิจัย: ทำการรวบรวมข้อมูลการใช้งานจริงของผู้ใช้งานผ่านแอปพลิเคชัน WIND Training (วินด์เทรนนิ่ง) ข้อมูลตัวแปรต่าง ๆ ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานของผู้ใช้งาน ตารางการซ้อม ข้อมูลสรุปการมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นส่วนที่นำไปใช้ในการวิเคราะห์ผลการมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย ด้วยการวัดผลตัวแปร ความสม่ำเสมอในการมีกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกาย เมื่อเทียบกับตารางที่แนะนำในแอปพลิเคชัน เป้าหมายในการมีกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกาย ดูจากการเลือกใช้ตารางต่าง ๆ ในแอปพลิเคชัน รวมไปถึงกิจกรรมที่เข้าร่วม

ผลการศึกษา: จากการดำเนินโครงการพบว่า ผู้ใช้งานแอปพลิเคชัน WIND Training (วินด์เทรนนิ่ง) ที่มีเป้าหมายในการออกกำลังกายเป็นวันแข่งขันที่ชัดเจน จะมีความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายมากกว่าในกลุ่ม ผู้ใช้งานแอปพลิเคชันวินด์เทรนนิ่งที่ไม่มีเป้าหมายในการออกกำลังกายที่ชัดเจน (ร้อยละ 44.05 และร้อยละ 26.63 ตามลำดับ) โดยกลุ่มผู้ใช้งานแอปพลิเคชันประกอบด้วยกลุ่มที่ใช้งานตารางฝึกซ้อมงานบางแสน 42 ชลบุรีมาราธอน บางแสน 21 วิ่งสู่วิถีชีวิตใหม่ และตารางออกกำลังกายที่ผู้ใช้งานเลือกใช้แบบเฉพาะเจาะจง นอกจากนี้ ยังพบว่ากลุ่มผู้ใช้งานแอปพลิเคชันที่เข้าร่วมกิจกรรมบนแอปพลิเคชัน มีความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย มากกว่ากลุ่มผู้ใช้งานแอปพลิเคชันที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม (ร้อยละ 74.69 และร้อยละ 28.47 ตามลำดับ)

บทสรุป: แอปพลิเคชัน WIND Training (วินด์เทรนนิ่ง) ส่งผลให้ผู้ใช้งาน/เข้าร่วมกิจกรรม มีความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายมากขึ้นด้วย ขณะเดียวกันในการดำเนินงานโครงการยังได้มีการพัฒนาประสิทธิภาพของระบบโดยการเพิ่มประเภทการมีกิจกรรมทางกายให้มีความหลากหลาย และเพื่อลดพฤติกรรมเนือยนิ่งผ่านรูปแบบของกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีความสอดคล้องกับรูปแบบชีวิตวิถีใหม่สำหรับคนทุกเพศทุกวัยมากขึ้น

คำสำคัญ: กิจกรรมทางกาย, WIND Training (วินด์เทรนนิ่ง), การออกกำลังกาย

บทนำ

การส่งเสริมให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเป็นวิธีการหนึ่งที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้นในภาพรวม และยังช่วยลดโอกาสการเกิดโรคไม่ติดต่อ (Noncommunicable diseases หรือ NCDs) ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของประเทศ และยกระดับคุณภาพชีวิตให้กับคนไทยได้ โดยคำแนะนำสำหรับการเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายที่แนะนำกันอยู่ในวงกว้างโดยองค์การอนามัยโลกแนะนำว่า ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ควรมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางอย่างน้อย 150-300 นาทีต่อสัปดาห์ หรือระดับหนักอย่างน้อย 75-150 นาทีต่อสัปดาห์ซึ่งเป็นระยะเวลาที่สามารถทำให้เห็นผลดีต่อสุขภาพได้อย่างชัดเจน (World Health Organization, 2022)

แม้จะเป็นที่รับรู้กันว่าควรจะมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกแต่ปัญหาก็คือ ประชาชนทั่วไปไม่รู้ว่าจะเริ่มต้นมีกิจกรรมทางกาย หรือออกกำลังกายอย่างไรให้ได้อย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือเมื่อเริ่มแล้ว ก็ไม่สามารถทำให้ต่อเนื่องได้ เนื่องจากขาดแรงจูงใจ หรือมีอาการบาดเจ็บเกิดขึ้นจากการออกแรง/ออกกำลังกายที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งหนึ่งในวิธีที่สามารถช่วยเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายของประชาชน ได้แก่ การให้ความรู้ การดูแลตนเอง โดยวิธีการฝึกอบรม เพื่อสอนวิธี และติดตามการทำกิจกรรมต่าง ๆ แต่วิธีการนี้มีข้อจำกัดเรื่องของการเพิ่มจำนวนประชาชนที่จะเข้าร่วมโครงการ เพราะผู้ที่มีความรู้ความสามารถที่จะให้คำแนะนำได้นั้นมีอยู่จำนวนจำกัด

ด้วยเหตุนี้ทางโครงการจึงพัฒนาแอปพลิเคชัน WIND Training (วินด์เทรนนิ่ง) ขึ้น ซึ่งเป็นแอปพลิเคชันที่ใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ หรือ Artificial Intelligence (AI) ผสานองค์ความรู้ทั้งทฤษฎีและแนวปฏิบัติการมีกิจกรรมทางกายเข้าไว้ด้วยกัน มีหลักการใช้งานที่ง่าย สามารถปฏิบัติตามได้ มีความสนุกสนาน เห็นผลในเชิงสุขภาพได้จริง รวมทั้งยังช่วยลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง และมีความปลอดภัยไร้อาการบาดเจ็บหลังปฏิบัติ จึงเหมาะสำหรับกลุ่มคนทุกเพศทุกวัย ซึ่งผู้ที่ใช้แอปพลิเคชันฯ นี้ก็เสมือนกับมีผู้ฝึกสอนการมีกิจกรรมทางกายส่วนตัวโดยไม่มีค่าใช้จ่าย และเมื่อสามารถปฏิบัติตามตารางกิจกรรมทางกายได้อย่างสม่ำเสมอก็เท่ากับมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่มุ่งกระตุ้นให้คนไทยฟิตกาย-ใจ ห่างไกล โรคไม่ติดต่อ เพื่อทำให้การเพิ่มกิจกรรมทางกาย หรือการออกกำลังกายง่ายขึ้น โดยการทำให้ผู้ใช้สามารถเลือกตารางการเพิ่มกิจกรรมทางกาย หรือการออกกำลังกายที่ออกแบบโดยผู้ฝึกสอนที่ได้รับการรับรองจากสหพันธ์สมาคมกรีฑานานาชาติ (World Athletics) ตามเป้าหมาย และความต้องการของแต่ละคน อีกทั้ง ยังเพิ่มวิธีการส่งข้อมูลการทำกิจกรรมของแอปพลิเคชัน WIND Training ที่สามารถส่งรายละเอียดการมีกิจกรรมทางกาย หรือออกกำลังกายแบบเป็นขั้นตอนที่เข้าใจง่าย ทำตามได้จริง รวมไปถึงระบบการวิเคราะห์ข้อมูลที่จะปรับเปลี่ยนตารางตามสิ่งที่ผู้ใช้ทำได้จริง ทำให้ตารางกิจกรรมของผู้ใช้แต่ละคนแตกต่างกันออกไปเหมาะสมกับพื้นฐาน และการพัฒนาของแต่ละบุคคล

รวมไปถึงกิจกรรมการแข่งขันภายในแอปพลิเคชัน (League หรือลีก) ที่เป็นกิจกรรมการแข่งขันรูปแบบใหม่ โดยเน้นความสม่ำเสมอในการทำกิจกรรมตามตารางของแต่ละบุคคลเอง แทนที่การเก็บระยะ หรือแคลลอรี่ที่จะช่วยเพิ่มความสนุกสนาน และความต่อเนื่องในการทำกิจกรรมของผู้ใช้ได้อีกด้วย

ระเบียบวิธีวิจัย

วิธีการเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลการใช้งานแอปพลิเคชัน โดยการเก็บข้อมูลการใช้งานจริงของผู้ใช้งานผ่านแอปพลิเคชันทั้งหมด ข้อมูลตัวแปรต่าง ๆ ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานของผู้ใช้ ตารางการซ้อม และข้อมูลสรุปการมีกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกาย อีกส่วนหนึ่งเก็บข้อมูลรายละเอียดการมีกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นส่วนที่นำไปใช้ในการวิเคราะห์ผลการทำกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกายด้วย

การออกแบบการวิจัยหรือข้อมูลที่ใช้

การเริ่มต้นใช้งานแอปพลิเคชัน มีการแจ้งเตือนเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ใช้งานอย่างชัดเจน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ใช้งานแอปพลิเคชัน WIND Training (วินด์เทรนนิ่ง) ทั้งหมด โดยมีการแยกกลุ่มผู้ใช้เป็นกลุ่มต่าง ๆ เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูล

วิธีการรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลใช้ 2 วิธีร่วมกัน วิธีแรกคือ การเก็บข้อมูลแบบอัตโนมัติจากข้อมูลที่ผู้ใช้งานระบุในแอปพลิเคชัน และข้อมูลการมีกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกายที่ผู้ใช้งานบันทึกผ่านแอปพลิเคชันเอง หรืออุปกรณ์ติดตามตัวต่าง ๆ และวิธีที่สองคือ การสอบถามข้อมูลที่คาดการณ์ว่าอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงระหว่างการใช้งานแอปพลิเคชันเป็นระยะ โดยจะสอบถามด้วยชุดคำถามผ่านทางแอปพลิเคชัน

การวัดตัวแปร

ความสม่ำเสมอในการมีกิจกรรมทางกาย หรือออกกำลังกาย วัดผลจากการมีกิจกรรมทางกาย หรือออกกำลังกายเมื่อเทียบกับตารางที่แนะนำในแอปพลิเคชัน เป้าหมายในการมีกิจกรรมทางกาย หรือออกกำลังกาย ดูจากการเลือกใช้ตารางต่าง ๆ ในแอปพลิเคชัน รวมไปถึงกิจกรรมที่เข้าร่วม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการเก็บข้อมูลนี้ โดยการเปรียบเทียบความสม่ำเสมอในการมีกิจกรรมทางกาย หรือออกกำลังกาย กับเป้าหมาย และกิจกรรมในแอปพลิเคชันที่เข้าร่วมของผู้ใช้ เพื่อพิจารณาดูว่าตัวแปรใดที่ส่งผลให้ผู้ใช้งานแอปพลิเคชันมีความสม่ำเสมอในการมีกิจกรรมทางกาย หรือออกกำลังกายที่เพิ่มขึ้น

ผลการศึกษาและอภิปรายผล

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลการออกกำลังกายจากผู้ใช้งานแอปพลิเคชัน พบว่า มีตัวแปรที่ผู้เก็บข้อมูลสังเกตว่าส่งผลกับความสม่ำเสมอกับการออกกำลังกายอยู่ 2 ตัวแปรหลัก คือ เป้าหมายของการออกกำลังกาย และการเข้าร่วมกิจกรรมบนแอปพลิเคชัน

พบว่า ผู้ใช้งานแอปพลิเคชัน WIND Training (วินด์เทรนนิ่ง) ที่มีเป้าหมายในการออกกำลังกายเป็นวันแข่งขันที่ชัดเจน (ร้อยละ 44.05) จะมีความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายมากกว่าในกลุ่ม ผู้ใช้งานแอปพลิเคชันวินด์เทรนนิ่งที่ไม่มีเป้าหมายในการออกกำลังกายที่ชัดเจน (ร้อยละ 26.63)

โดยกลุ่มผู้ใช้งานแอปพลิเคชัน WIND Training (วินด์เทรนนิ่ง) ที่มีเป้าหมายในการออกกำลังกายที่ชัดเจน ซึ่งนำมาใช้ในการคำนวณ ประกอบด้วย กลุ่มที่ใช้งานตารางฝึกซ้อมงานบางแสน 42 ชลบุรีมาราธอน บางแสน 21 วิ่งสู่วิถีชีวิตใหม่ และตารางออกกำลังกายที่ผู้ใช้งานเลือกใช้แบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งมีจำนวนวันที่ออกกำลังกายเป็นสัดส่วนเปรียบเทียบกับจำนวนวันออกกำลังกายที่แนะนำทั้งหมด ดังที่แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย ของผู้ใช้แอปพลิเคชันที่มี กับไม่มีเป้าหมายในการออกกำลังกายที่ชัดเจน

ตารางออกกำลังกาย	จำนวนวันที่ออกกำลังกาย	จำนวนวันที่แนะนำให้ออกกำลังกาย	ร้อยละความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย
บางแสน42	20,740	45,812	ร้อยละ 45.27
บางแสน21	5,221	13,144	ร้อยละ 39.72
วิ่งสู่วิถีชีวิตใหม่	805	1,577	ร้อยละ 51.05
ตารางอื่น ๆ	1,674	4,031	ร้อยละ 41.53
รวม	28,440	64,564	ร้อยละ 44.05

อีกตัวแปรหนึ่งคือ การเข้าร่วมกิจกรรมบนแอปพลิเคชัน โดยกิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมรูปแบบใหม่ที่ให้คะแนนจากความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย แทนการเก็บระยะทาง หรือจำนวนแคลอรี่ที่ใช้ในการออกกำลังกาย พบว่ากลุ่มผู้ใช้งานแอปพลิเคชัน WIND Training (วินด์เทรนนิ่ง) ที่เข้าร่วมกิจกรรมบนแอปพลิเคชันนี้ มีความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย มากกว่ากลุ่มผู้ใช้งานแอปพลิเคชัน WIND Training (วินด์เทรนนิ่ง) ที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม (ร้อยละ 74.69 และร้อยละ 28.47 ตามลำดับ) ดังที่แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย ของผู้ใช้แอปพลิเคชันที่เข้าร่วม และไม่เข้าร่วมกิจกรรมบนแอปพลิเคชัน

สถานะการเข้าร่วมกิจกรรม	จำนวนวันที่ออกกำลังกาย	จำนวนวันที่แนะนำให้ออกกำลังกาย	ร้อยละความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย
เข้าร่วม	5,992	8,022	ร้อยละ 74.69
ไม่เข้าร่วม	137,983	484,585	ร้อยละ 28.47

การที่ผู้ใช้งานแอปพลิเคชันมีเป้าหมายที่ชัดเจนในการออกกำลังกาย จะทำให้แต่ละท่านต้องการเห็นผลลัพธ์ของการออกกำลังกายตามตาราง เป็นไปในทางที่พัฒนาขึ้น ซึ่งส่งผลให้การทำตามคำแนะนำในตารางออกกำลังกายนั้นสม่ำเสมอมากกว่า

ส่วนการเข้าร่วมกิจกรรมบนแอปพลิเคชันนั้น จะทำให้เกิดการแข่งขันขึ้นในกิจกรรม ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมแบบกลุ่มหรือแบบส่วนบุคคล ซึ่งจะช่วยเพิ่มทั้งความสนุกสนาน และยังได้รับการกระตุ้นจากผู้เข้าร่วมท่านอื่น ๆ ในการแข่งขันกันออกกำลังอย่างสม่ำเสมออีกด้วย

โดยรูปแบบกิจกรรมบนแอปพลิเคชัน WIND Training (วินด์เทรนนิ่ง) นั้น สามารถจัดการแข่งขันระหว่างผู้ใช้งานแอปพลิเคชันที่มีเป้าหมายต่างกัน พื้นฐานต่างกันได้อีกด้วย จึงทำให้ทุก ๆ คนที่เข้าร่วมมีโอกาสที่จะเป็นผู้ชนะการแข่งขันได้ ถึงแม้ว่าจะเป็นผู้ที่เพิ่งเริ่มต้นออกกำลังกายก็ตาม

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

แอปพลิเคชัน WIND Training (วินด์เทรนนิ่ง) ได้พัฒนาประสิทธิภาพของระบบโดยการเพิ่มประเภทการมีกิจกรรมทางกายเพื่อลดพฤติกรรมเนือยนิ่งที่สอดคล้องกับรูปแบบชีวิตวิถีใหม่สำหรับคนทุกเพศทุกวัยมากขึ้น และสามารถเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายได้ทั้งภายในบริเวณบ้าน ละแวกบ้าน หรือพื้นที่ขนาดจำกัด อีกทั้งยังวิเคราะห์พฤติกรรมและความสามารถในการมีกิจกรรมทางกายจากพื้นฐานของผู้ใช้เฉพาะราย เพื่อประมวลผลและสรุปเป็นตารางกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมเฉพาะบุคคลนั้น ๆ นำไปฝึกปฏิบัติตาม ผู้ใช้งานแอปพลิเคชัน WIND Training (วินด์เทรนนิ่ง) จะมีความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายมากกว่าในกลุ่มที่มีเป้าหมายในการออกกำลังกายเป็นวันแข่งขันที่ชัดเจน อีกทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมบนแอปพลิเคชัน โดยกิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมรูปแบบใหม่ที่ให้คะแนนจากความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย แทนการเก็บระยะทางหรือจำนวนแคลอรี่ที่ใช้ในการออกกำลังกาย พบว่ากลุ่มผู้ใช้งานแอปพลิเคชันที่เข้าร่วมกิจกรรมบนแอปพลิเคชันมีความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย มากกว่ากลุ่มผู้ใช้งานแอปพลิเคชันที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม

การสนับสนุนให้ประชาชนทั่วไปมีกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกาย นอกเหนือจากการแนะนำตารางการออกกำลังกายที่ถูกต้องตามหลักการ ทำตามได้ง่าย และเป็นไปตามเป้าหมายที่เลือกเองของแต่ละคนแล้ว การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน เช่น วันจบตาราง การวัดผลที่เห็นการเปลี่ยนแปลงแบบจับต้องได้ หรือการจัดกิจกรรมให้เกิดการแข่งขัน เป็นรูปแบบเหมือนการเล่นเกมส์ ก็จะสามารถทำให้ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของผู้ใช้งานสูงขึ้น

ดังนั้น การทำโครงการสนับสนุนให้ประชาชนออกกำลังกายต่าง ๆ หากสามารถเปิดเป็นรูปแบบการทำกิจกรรมที่มีเป้าหมายชัดเจน และมีการแข่งขันเก็บคะแนนจากความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายด้วย ก็จะช่วยเพิ่มให้ผู้ใช้งานมีความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายมากขึ้น รูปแบบกิจกรรมที่แนะนำ เช่น กิจกรรมลดน้ำหนัก ระยะเวลา 3 เดือน หรือกิจกรรมวิ่ง 5 กิโลเมตรแรก ในเวลา 2 เดือน เป็นต้น

อ้างอิง

1 World Health Organization. (2022). *Physical activity*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity

การนำแอปพลิเคชันเบาใจไปใช้เพื่อเพิ่มกิจกรรมทางกายและปรับพฤติกรรมทางด้านสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กฤดิ์ชนา หุตะแพทย์ [1], บุณยนุช วิจารณ์ [1], ศราวิน เขมโชติกูร [1], ภานุวัฒน์ อาสาสะนา [1], นันทวัน ป้อมค่าย [2]*

[1] บริษัทพ็อพเมด จำกัด, กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย
[2] ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (ทีแพค), มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม, ประเทศไทย

[*] การติดต่อ:
กฤดิ์ชนา หุตะแพทย์
Email: kritchana@popmed.co

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: ปัจจุบันความชุกของโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) 3 โรคหลักในประเทศไทย ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ เพิ่มขึ้นทุกปี และยังเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 75 หรือในทุก ๆ 1 ชั่วโมงจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคิดเป็น 37 ราย การมีภาวะเนือยนิ่งและมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอเป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังต่าง ๆ ทั้งนี้โรคเหล่านี้สามารถป้องกันได้ด้วยการปรับพฤติกรรมด้านสุขภาพด้วยหลัก 3อ ได้แก่ อารมณ์ อาหาร ออกกำลังกาย หรือการเพิ่มกิจกรรมทางกาย อย่างไรก็ตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพในระยะยาวทำได้ยากและไม่ยั่งยืน แอปพลิเคชันเบาใจจึงถูกพัฒนาให้เป็นแอปพลิเคชันที่ช่วยเป็นเครื่องมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพทั้งด้านอาหารและการออกกำลังกาย

โปรแกรม/โครงการที่นำไปใช้: ทั้งหมด 3 โครงการ ได้แก่ โครงการ YHelp-YHealth งาน สสส. 20 ปี 20 Big changes และ โครงการวิจัย “การทำนายการเกิดโรคเบาหวานและการป้องกันโรคเบาหวานด้วยยาเมทฟอร์มินเปรียบเทียบกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวาน” ของโรงพยาบาลศิริราช

บทเรียนรู้: สำหรับโครงการ YHelp-YHealth ซึ่งดำเนินโครงการจบแล้ว เมื่อสิ้นสุดโครงการระยะเวลา 8 สัปดาห์ มีผู้เข้าร่วมโครงการ 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ใช้แอปฯ เบาใจ 40 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน หลังเข้าร่วมโครงการ พบว่ากลุ่มทดลองมีก้าวเดินและกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งเมื่อเทียบระหว่างสองกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีกิจกรรมทางกายมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ และงาน สสส. 20 ปี 20 Big changes พลังภาคีสร้างสุขที่จัดขึ้นเป็นระยะเวลา 3 วัน มีผู้ดาวน์โหลดแอปพลิเคชันใช้ในงาน ทั้งหมด 158 คน มีจำนวนก้าวรวมกันทั้งหมด 848,337 ก้าว ส่วนโครงการของโรงพยาบาลศิริราชยังอยู่ในขั้นตอนดำเนินโครงการวิจัย

บทสรุป: จากโครงการ YHelp-YHealth สามารถสรุปได้ว่า การนำเอาแอปพลิเคชันเบาใจมาใช้เพื่อช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ ช่วยเพิ่มก้าวเดินและกิจกรรมทางกายในกลุ่มตัวอย่างได้ จึงควรมีการนำเอาแอปพลิเคชันด้านสุขภาพมาเป็นหนึ่งในเครื่องมือที่ช่วยสร้างความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย โดยเฉพาะในยุคโรคระบาดโควิด-19 ที่เน้นการสื่อสารและวิถีชีวิตที่พึ่งพาเทคโนโลยี (Internet of Thing) มากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: แอปพลิเคชันสุขภาพ, กิจกรรมทางกาย, ปัญญาประดิษฐ์, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, เจเนอเรชันวาย

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญ

ปัจจุบันความชุกของโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable diseases; NCDs) เพิ่มขึ้นทุกปี และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 75 อีกทั้งคนไทยในปัจจุบันมีแนวโน้มที่เริ่มเป็นโรค NCDs ตั้งแต่อายุน้อยลง เนื่องจากหลายปัจจัย เช่น การมีวิถีชีวิตแบบเนือยนิ่ง (Sedentary lifestyle) รูปแบบการใช้ชีวิตในสังคมที่เร่งรีบ ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและมีการออกกำลังกายน้อยลงร้อยละ 60 (Bevan S, 2020)

1.2 ขนาดและความสำคัญของปัญหาในชุมชน ช่องว่างระหว่างนโยบาย

อีกหนึ่งปัญหาในการรักษาโรค NCDs คือ การมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญไม่เพียงพอกับอัตราส่วนของคนไข้ เช่น จากรายงานการสำรวจปี 2557 พบว่าแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวานในประเทศไทยมีจำนวน 272 คน ต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 4.8 ล้านคน ทำให้แพทย์มีเวลาในการให้คำปรึกษาได้ไม่เพียงพอและทั่วถึง (ชัชลิต รัตรสาร, 2560) รวมทั้งการรักษาในอดีตยังเน้นไปที่การรักษาแบบแนวรับ ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดโรคและการรักษาแบบเชิงรุกที่เรียกว่า P4 (Predictive, Preventive, Personalized, Participatory) จึงเป็นกุญแจสำคัญ (ชัชลิต รัตรสาร, 2560)

1.3 เหตุผลที่โครงการได้ถูกออกแบบและให้ความสำคัญ

โทรศัพท์มือถือเป็นเครื่องมือที่คนไทยมีการใช้งานตลอดทั้งวัน สำนักงานสถิติแห่งชาติ (สสช.) เปิดผลการสำรวจการใช้ ICT (information and communication technology) ปี 2565 พบว่า คนไทยมีแนวโน้มการใช้คอมพิวเตอร์และสมาร์ตโฟนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2565)

ทั้งนี้ เทคโนโลยีด้าน Mobile health application ได้มีการพัฒนาอย่างมาก ในระยะเวลาเพียงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ในต่างประเทศได้มีการพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึงและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ ซึ่งได้ผลลัพธ์เป็นที่น่าพอใจ (Everett et al., 2018; Painter et al., 2020) แต่ผลิตภัณฑ์เหล่านี้ไม่รองรับการใช้งานภาษาไทย รวมทั้งแอปพลิเคชันถูกพัฒนาขึ้นจากผู้ใช้ที่มีความแตกต่างในวัฒนธรรม ทำให้มีข้อจำกัดในการนำมาใช้งานในประเทศไทย

ขั้นตอนการดำเนินโปรแกรม/โครงการ (Program/project implementation)

2.1 ประวัติ

แอปพลิเคชันเบาใจถูกพัฒนาขึ้นโดยบริษัทพ็อพเมด (Popmed company) โดยมีสหวิชาชีพ ได้แก่ วิศวกรสาขาชีวการแพทย์ วิศกรคอมพิวเตอร์ แพทย์ นักกำหนดอาหาร นักพฤติกรรมศาสตร์ เป็นผู้ร่วมกันออกแบบ

2.2 เป้าหมาย

แอปพลิเคชันเบาใจถูกพัฒนาให้เป็นแอปพลิเคชันสุขภาพที่ช่วยเป็นเครื่องมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (lifestyle modification) ด้านสุขภาพ ทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย ลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง เพิ่มก้าวเดินและกิจกรรมทางกาย เพื่อช่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้องรัง (NCDs) โดยเริ่มแรกมีกลุ่มเป้าหมาย คือ พนักงานบริษัท และกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน หลังจากนั้นจึงมีการนำแอปพลิเคชันมาขยายผลต่อในกลุ่มอื่น ๆ

ฟีเจอร์ (feature) หลัก 5 อย่างของแอปพลิเคชันเบาใจ ได้แก่ 1. การบันทึกอาหาร (Food record) และ ระบบ AI แสดงชื่ออาหารและพลังงานของอาหารที่บันทึก 2. การบันทึกก้าวเดินด้วยการเชื่อมต่อกับเครื่องนับก้าว (Pedometer) 3. การบันทึกน้ำหนักและข้อมูลสุขภาพ 4. บทเรียนด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย 5. การขอคำแนะนำจากนักกำหนดอาหารและนักวิทยาศาสตร์การกีฬาผ่านช่องทางการแชท (chat) สามารถดูรูปประกอบได้ที่ภาคผนวก

จุดเด่นของเบาใจ คือ ระบบปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence; AI) ที่ช่วยประมวลผลคำแนะนำหลังจากที่ผู้ใช้กรอกข้อมูลต่าง ๆ อย่างทันที (Realtime Feedback) และเป็นการให้คำแนะนำแบบเฉพาะบุคคล (personalize) โดยคำนึงถึงพื้นฐานองค์ความรู้ทางการแพทย์ เช่น หากผู้ใช้มีจำนวนก้าวเดินไม่ถึงเป้าหมายติดต่อกันหลายวัน

suggestion อาจแนะนำให้เพิ่มก้าวเดินหรือกิจกรรมทางกายมากยิ่งขึ้น หรือแนะนำให้ออกกำลังกายในหมวดหมู่ที่หลากหลายหลังจากบันทึกการออกกำลังกายหมวดหมู่เดียวเป็นเวลานาน เป็นต้น

โครงการที่นำไปใช้ มีทั้งหมด 3 โครงการ

1. โครงการ YHelp-YHealth งานวิจัยหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยประชากรและสังคม สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โดย นันทวัน ป้อมค่าย และ รศ.ดร.ปิยวัฒน์ เกตุวงศา สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

1.1. วัตถุประสงค์ คือ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการเพิ่ม Physical Activity ให้ได้ตามเป้าหมาย โดยทุก ๆ 10,000 ก้าว จะร่วมสมทบทุนการบริจาค 10 บาท โดยคัดเลือกผู้เข้าร่วมทดลองที่อยู่ในขั้นความต้องการปรับพฤติกรรมตามทฤษฎี stage of change (Contemplation stage หรือขั้นลังเลใจในการปรับพฤติกรรม) และมีการกระตุ้นและจูงใจผู้เข้าร่วมด้วยแนวคิดของทฤษฎีการกระทำร่วม (Collective Action)

1.2 กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ร่วมโครงการเป็นประชากรกลุ่ม generation Y (อายุเฉลี่ย 20 – 39 ปี) จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (case) 40 คน กลุ่มควบคุม (control) 40 คน

2. งาน "สสส. 20 ปี 20 Big changes พลังภาคีสร้างสุข" (online event)

โครงการต่อยอดของหน่วยงาน สสส. หลังจากนำแอปพลิเคชันเบาใจใช้ในโครงการ YHelp-YHealth จึงนำแอปพลิเคชันไปขยายผลในงานวันที่ 8-10 พฤศจิกายน 2565

2.1 วัตถุประสงค์ คือ เพื่อให้ผู้ร่วมงานนำแอปพลิเคชันไปใช้สำหรับเป็นเครื่องมือเพื่อลดพฤติกรรมเนือยนิ่งในช่วงสถานการณ์โรคโควิด 19 (หนึ่งในการรณรงค์ 5 จุดเน้น สร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ) และติดตามพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และในส่วนของผู้จัดงานสามารถติดตามผลในรูปแบบ dashboard และ real time infographic ที่ประกอบด้วยก้าวเดินโดยรวม การบริโภคอาหารตามหมวดหมู่ “หวาน มัน เค็ม” ของผู้เข้าร่วมงาน (รูปประกอบที่ภาคผนวก)

2.2 กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้เข้าร่วมงาน (แบบ online)

3. โครงการวิจัย “การทำนายการเกิดโรคเบาหวานและการป้องกันโรคเบาหวานด้วยยาเมทฟอร์มินเปรียบเทียบกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวาน” ของโรงพยาบาลศิริราช

3.1 วัตถุประสงค์ คือ เพื่อวัดประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมาตรฐาน (conventional lifestyle modification กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มงวดโดยใช้การเชื่อมต่อด้วยอินเตอร์เน็ต (pragmatic technology-assisted lifestyle modification) ในการติดตามและเสริมการให้คำแนะนำ (reinforcement) เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3.2 กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้มีภาวะก่อนเบาหวาน (prediabetes)

4. โครงการวิจัยที่จะดำเนินการในอนาคต

โครงการศึกษานำร่องเกี่ยวกับการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แอปพลิเคชันเบาใจเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงเบาหวานประเภทที่สองในผู้มีความเสี่ยงเบาหวาน ดำเนินการโดยบริษัทพ็อพเมด ร่วมกับโรงพยาบาลเทพธารินทร์

การถอดบทเรียน

ผลลัพธ์จากการใช้แอปพลิเคชันนำมาจากผลลัพธ์ของงาน "สสส. 20 ปี 20 Big changes พลังภาคีสร้างสุข" และ โครงการ YHelp-YHealth ซึ่งเป็นโครงการที่ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้วและได้มีการวัดผลก่อนและหลังโครงการเป็นที่เรียบร้อย

1. งาน สสส. 20 ปี 20 Big changes พลังภาคีสร้างสุข

จากข้อมูลของ dashboard มีผู้โหลดใช้งานแอปพลิเคชันจำนวนทั้งหมด 158 คน จำนวนก้าวเดินรวมทั้งหมด 848,337 ก้าว (ดูรูป infographic ที่ภาคผนวก) นอกจากจำนวนก้าวเดิน ยังสามารถวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย โดยมีจำนวนผู้ที่น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (underweight) คิดเป็นร้อยละ 7.5 สมส่วน (normal weight) 37.9 % น้ำหนักเกิน (overweight) ร้อยละ 17.2 และ อ้วน (obesity) ร้อยละ 37.4

รวมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลการรับประทานอาหารของผู้เข้าร่วมงานจากฟีเจอร์การถ่ายรูปอาหาร (food logging) โดยแบ่งเป็นประเภทอาหาร ประเภท healthy ร้อยละ 39.1 high fat ร้อยละ 39.1 high sodium ร้อยละ 26.1 high sugar ร้อยละ 17.4 low fiber ร้อยละ 13.0 อย่างไรก็ตาม ไม่ได้มีการวัดข้อมูลก่อนและหลังของผู้ใช้ ในโครงการต่อไปจึงควรมีการเก็บข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบผล

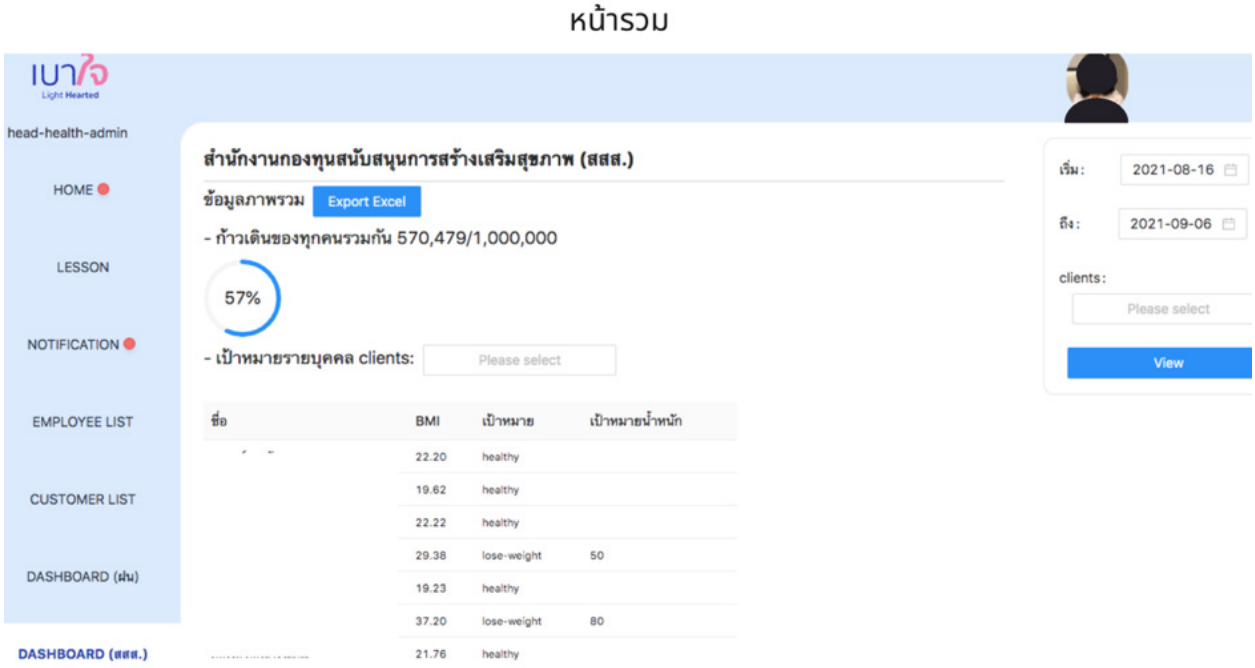
2. โครงการ YHelp-Yhealth

2.1 ผลด้านพฤติกรรมด้านสุขภาพ

พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการมีกิจกรรมทางกายมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าจากการเข้าร่วมกิจกรรมและการใช้แอปพลิเคชัน สามารถช่วยเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายได้

2.2 แดชบอร์ด (dashboard) ที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในโครงการวิจัย

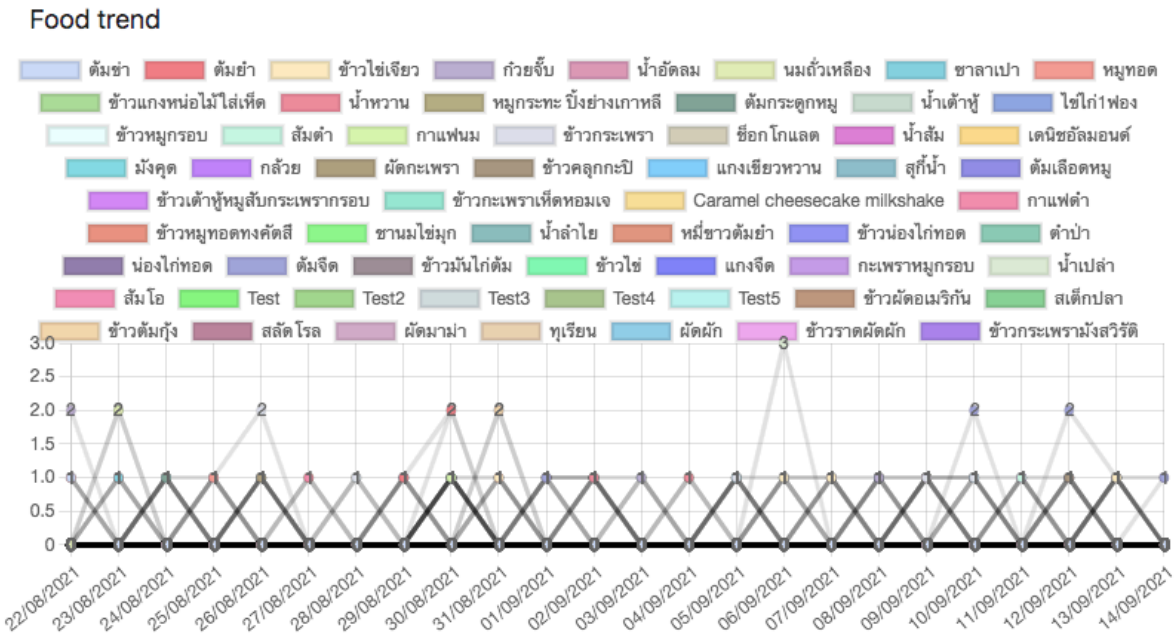
นอกจากตัวแอปพลิเคชันในโทรศัพท์มือถือ ทีมงานยังทำงานพัฒนาระบบแดชบอร์ดคู่ขนานสำหรับโครงการ Yhelp-Yhealth ไปด้วยกัน เพื่อให้ผู้ใช้งาน (health admin) และผู้วิจัยสามารถเห็นภาพรวมของผู้เข้าร่วมโครงการทั้งแบบเดี่ยวและแบบกลุ่ม เพื่อในการให้คำแนะนำผู้เข้าร่วมวิจัยได้ และรวมทั้งใช้ export ข้อมูลมาประมวลผลตอนสิ้นสุดโครงการ โดยแสดงข้อมูล ดังนี้



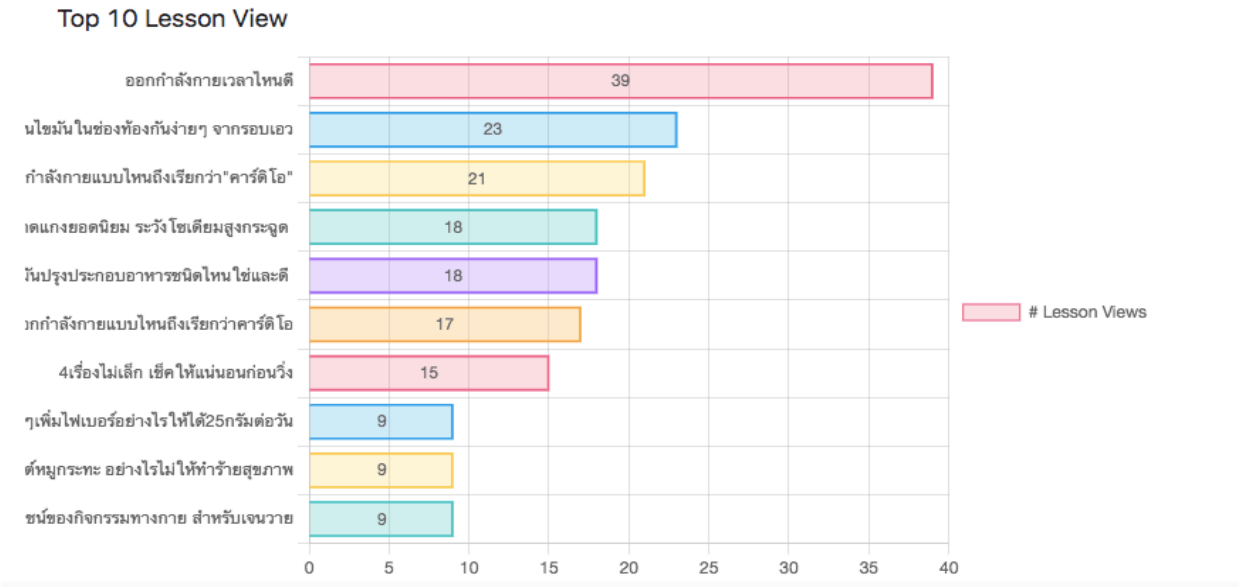
ภาพที่ 1 แดชบอร์ด (dashboard) โครงการ Yhelp-Yhealth

- จำนวนก้าวเฉลี่ยต่อคน , จำนวนก้าวรวมของทุกคนในโครงการและร้อยละตามเป้าหมาย
- เป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ สุขภาพดีรอบด้าน การลดน้ำหนักอย่างสุขภาพดี การเพิ่มน้ำหนักอย่างสุขภาพดี
- แผนภูมิแสดงช่วงอายุ
- ตารางแสดงตัวเลขของน้ำหนัก และ BMI เฉลี่ย, minimum, maximum
- Insight เพื่อนำไปปรับปรุง AI ให้คำแนะนำแก่ผู้ใช้ได้แม่นยำมากขึ้น
- Exercise trend: ประเภทการออกกำลังกายที่ผู้ใช้แอปพลิเคชันส่วนใหญ่ทำเป็นประจำ

ภาพที่ 2 Exercise trend: ประเภทการออกกำลังกายที่ผู้ใช้แอปพลิเคชัน



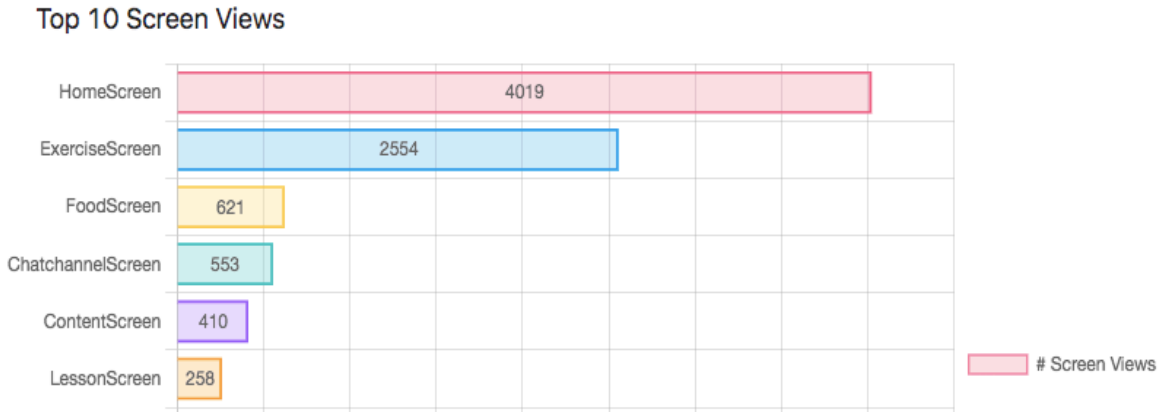
ภาพที่ 3 Food trend: เมนูอาหารที่ผู้ใช้แอปพลิเคชันบริโภค



ภาพที่ 4 top 10 lesson view **บทความที่ผู้อ่านอ่าน**

จากภาพที่ 4 พบว่า บทเรียนที่ถูกอ่านมากที่สุดสามอันดับแรกคือ หัวข้อ “ออกกำลังกายเวลาไหนดี”, “ประเมินไขมันในช่องท้องง่าย ๆ จากรอบเอว” และ “ออกกำลังกายแบบไหนถึงเรียกว่าคาร์ดิโอ” ตามลำดับ

นอกจากนี้ ยังมีฟังก์ชัน top 10 screen view ซึ่งจากข้อมูลพบว่าผู้ใช้ในโครงการ Yhelp-Yhealth เข้าฟีเจอร์บันทึกการออกกำลังกายมากที่สุด ซึ่งตรงตามวัตถุประสงค์ของโครงการ นอกจากนั้นยังใช้ฟีเจอร์บันทึกอาหารและฟีเจอร์แชตรองลงมา (ดังภาพที่ 5)



ภาพที่ 5 top 10 screen view **โครงการ** Yhelp-Yhealth

ผลสำเร็จ/ประโยชน์ของฟีเจอร์บันทึกก้าวเดิน การแชตขอคำแนะนำด้านการออกกำลังกาย และแดชบอร์ดประมวลผล

ผู้วิจัยและทีมงานสามารถดูข้อมูลจากแดชบอร์ดจึงสะดวกต่อการวิเคราะห์ข้อมูลและให้คำแนะนำอย่างทันที (real time) หากใช้การส่งข้อมูลด้วยวิธีการอื่น ๆ เช่น ส่งรูปก้าวเดินผ่าน application Line จะทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการไม่สะดวกและมีผลต่อการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้

หมายเหตุ : ผลการพัฒนาแอปพลิเคชันของฟีเจอร์อื่น ๆ จะไม่ได้กล่าวรายละเอียดใน Best Practice ฉบับนี้ เนื่องจากไม่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการเพิ่มกิจกรรมทางกาย

ความท้าทายในการดำเนินงาน

เนื่องจากโครงการวิจัยดำเนินการในช่วงของเหตุการณ์โรคระบาดโควิด 19 ทุกกระบวนการจึงกระทำผ่านออนไลน์ ตั้งแต่การคัดผู้เข้าร่วมวิจัย การเปิดโครงการและสอนการใช้แอปพลิเคชันผ่านโปรแกรมประชุมออนไลน์ (Zoom meeting) กิจกรรมบางอย่างจึงอาจถูกลดทอนประสิทธิภาพได้ (เช่น หากผู้เข้าร่วมวิจัยได้รู้จักผู้วิจัยหรือทีมงานเบาใจก่อนแบบ offline ก่อน อาจเกิดปฏิสัมพันธ์ที่มากกว่าการเริ่มรู้จักกันแบบ online) รวมทั้งการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในช่วงโรคระบาดอาจมีอุปสรรคในส่วนของการแพร่ระบาดของโรคได้มากขึ้น เช่น ความกังวลจากการติดโรค หรือการมีกิจกรรมทางกายที่ลดลงกว่าปกติ เพราะอยู่ในช่วงการกักตัวหรือเว้นระยะห่าง (social distance) เป็นต้น อย่างไรก็ตาม แอปพลิเคชันเบาใจ และโครงการ yhealth to yhelp แสดงให้เห็นว่า ทุกขั้นตอนที่กระทำผ่านโลกออนไลน์สามารถทำให้โครงการดำเนินสำเร็จลุล่วงได้ และ เห็นผลที่ดีขึ้นของผู้เข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญ

การตอบรับจากชุมชนและข้อควรแนะนำ

1. จากผู้เข้าร่วมโครงการและผู้วิจัย
   - ระบบถูกออกแบบให้เข้าแอปพลิเคชันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ก่อนจะมีการเชื่อมต่อก้าวเดิน ซึ่งบางวันผู้เข้าร่วมโครงการลืมเข้าแอปพลิเคชัน ก้าวเดินจึงไม่ถูกเก็บบันทึกย้อนหลัง จึงเสนอแนะให้มีฟังก์ชันการแจ้งเตือน (notification) เพื่อที่จะได้ไม่ลืมเข้าแอปพลิเคชัน
   - การประมวลผลชื่อเมนูอาหารด้วยระบบ AI บางรายการอาจได้ไม่ตรงกับอาหารจริง หรือไม่พบรายการอาหาร

2. ความคิดเห็นของทางผู้พัฒนาเบาใจ
   - ผู้พัฒนาได้วางแผนเพิ่มชนิดของการออกกำลังกายและเพิ่มฐานข้อมูลของรายการอาหารให้มากยิ่งขึ้น
   - ควรมีการขออนุญาตเก็บข้อมูลด้าน clinical outcome ไว้ก่อนและหลังเข้าโครงการ เพื่อจะเป็นประโยชน์ในการนำมาวิเคราะห์ผลด้านสุขภาพและหาความสัมพันธ์สำหรับการใช้แอปพลิเคชันเบาใจได้ในอนาคต
   - อาจมีกิจกรรมกระตุ้นเพิ่มเติมจากแอปฯ หรือโครงการวิจัยในอนาคต ให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีก้าวเฉลี่ยเพิ่มขึ้นให้ได้อย่างน้อย 7,000 -10,000 ก้าวต่อวันตามเป้าหมายการลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

จากโครงการ Yhelp-Yhealth ร่วมกับ สสส. ช่วยอำนวยความสะดวกแก่ผู้ทำงานวิจัยและหน่วยงาน สสส. ในการจัดเก็บข้อมูลเพื่อนำไปวางแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ อีกทั้ง AI ที่ทางบริษัทได้พัฒนา สามารถลดภาระคนในการให้คำแนะนำด้านสุขภาพได้

บทสรุป

ปัจจุบันแอปพลิเคชันด้านสุขภาพ สามารถเป็นเครื่องมือหนึ่งที่ช่วยในการปรับพฤติกรรมด้านสุขภาพได้อย่างดี ภาครัฐ เอกชน หรือหน่วยงานวิจัย สามารถนำไปใช้ในหน่วยงานและองค์กรได้ โดยใช้แอปพลิเคชันเบาใจให้ประโยชน์ทางตรง คือ ใช้กระตุ้นการมีกิจกรรมทางกายจากการบันทึกก้าวเดิน รับการแจ้งเตือนและรับคำแนะนำจากระบบ AI และทางอ้อม คือ ผู้นำขององค์กรสามารถนำข้อมูลภาพรวมจากแดชบอร์ดมาใช้จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ ได้ เช่น หากทราบว่าหน่วยงานของเราบันทึกการออกกำลังกายประเภทตี แบตจำนวนมาก อาจจัดกิจกรรม “กีฬาสี ตีแบตฯ” หรือ หากข้อมูลก้าวเดินน้อยกว่าค่าเฉลี่ยที่แนะนำ อาจจัดโครงการ “เดินวิ่งเก็บแต้มรับของรางวัล” ฯลฯ เพื่อเพิ่มกิจกรรมทางกาย ส่งเสริมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้

อ้างอิง

1 Bevan S, M. B., Bajorek Z,. (2020). *IES Working at Home Wellbeing Survey - Interim Findings*.

2 Retrieved, from https://www.employment-studies.co.uk/resource/ies-working-home-wellbeing-survey

3 Everett, E., Kane, B., Yoo, A., Dobs, A., & Mathioudakis, N. (2018, Feb 27). A Novel Approach for Fully Automated, Personalized Health Coaching for Adults with Prediabetes: Pilot Clinical Trial. *J Med Internet Res, 20*(2), e72. https://doi.org/10.2196/jmir.9723

4 Painter, S. L., Lu, W., Schneider, J., James, R., & Shah, B. (2020, Jul). Drivers of weight loss in a CDC-recognized digital diabetes prevention program. *BMJ Open Diabetes Res Care, 8*(1). https://doi.org/10.1136/bmjdrc-2019-001132

5 ชัชลิต รัตรสาร. (2560). *สถานการณ์ปัจจุบันและความร่วมมือเพื่อปฏิรูปการดูแลรักษาโรคเบาหวานในประเทศไทย*. สืบค้นจาก https://www.novonordisk.com/content/dam/Denmark/HQ/sustainablebusiness/performance-on-tbl/more-about-how-we-work/Creating%20shared%20value/PDF/Thailand%20Blueprint%20for% 20Change_2017_TH.pdf

6 สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2565). *การสำรวจการมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ.*2565. สืบค้นจาก https://www.nso.go.th/sites/2014en/Survey/ICT/Survey%20In%20Household/2022/full_report_q1_2022.pdf

How Big Data Analytics Can Support Preventive Healthcare in Thailand: A Preliminary Study

Jetsada Arnin[1], Kantaphon Chueahor[2]*

[1] Department of Biomedical Engineering, Faculty of Engineering, Mahidol University, Thailand
[2] Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Thailand

[*]Correspondence:
Jetsada Arnin
Email: jetsada.arn@mahidol.ac.th

Abstract

Background: Non-communicable diseases (NCDs) have been extensively discussed as challenges in developing countries, dramatically impacting the health status of higher-risk populations. NCDs are also considered a severe public health threat to several countries and are one of the most significant causes of death worldwide. In Thailand, many studies on the assessment of NCDs have been included in public policies to reduce the number of new patients with NCDs and unnecessary rehospitalization of existing patients. In addition, the government has continuously promoted self-prevention and self-management as one of the operational policies to tackle the rise of NCDs. This study implemented a self-monitoring approach based on mobile applications and big data analytics to track populational health status, especially in groups with diabetes and hypertension. The study aims to monitor local and regional health situations and promote long-term health and wellness.

Methods: The application was developed for frontline health workers who conduct regular surveys in their local areas, collecting data on blood glucose levels and blood pressure periodically. During each survey, the collected data is instantly analyzed by clustering the blood glucose levels and blood pressure based on the standard guideline. After the analysis, the application provides an infographic result and clinical instructions to end users, which can be shared with the patients.

Results: Based on the data collected from local volunteers, the records represented regional health situations which infer their lifestyle, underlying medical conditions, and the risk of NCDs. The participants were also given clinical instructions depending on their analyzed category.

Conclusions: The proposed application shows the advantage of using big data in order to support the healthcare system. The clinical instructions were designed based on a biopsychosocial model, which includes biological, social, and psychological aspects. The government can further apply the analyzed results to improve public policies in an active society.

Keywords: NCDs, active society, preventive healthcare, big data, physical activity

Introduction

Non-communicable diseases (NCDs) have been extensively discussed as challenges in developing countries and have dramatically impacted the health status of higher-risk populations (Islam et al., 2020; Martinez et al., 2020). In addition, NCDs are considered a severe public health threat and are one of the most significant causes of death worldwide. In order to characterize the risks of NCD-related complications in each country and analyze combinations of reductions in NCD causes of death, several groups from the public and private sectors have been working cooperatively on an exhaustive analysis using collective data on cause-specific mortality (Bennett et al., 2020). For example, in Thailand, many studies on NCD assessment (Wakabayashi et al., 2015; Nawamawat et al., 2020; Tuangratananon et al., 2021) have been included in public policies to reduce the number of new patients with NCDs and unnecessary rehospitalization of existing patients. In addition, the government has continuously promoted self-management as an operational policy to tackle the rise of NCDs (Cetthakrikul et al., 2019).

Over the last decade, big data analytics has been increasingly applied to many parts of the business and scientific research, especially in healthcare (Belle et al., 2015; Ristevski & Chen, 2018; Rehman et al., 2021). Those studies showed that extensive analytics capabilities are critical to creating value from big data, potentially becoming a key source of policy development and implementation. Therefore, this study uses big data analytics to present a framework for healthcare organizations that might benefit from the early detection and in-depth analysis of NCDs, particularly in community-based health care. The study implemented self-monitoring using mobile applications underpinning big data analytics to track the health status of people with diabetes and hypertension, the most common diseases in NCDs (Amberbir et al., 2019). The primary purpose of this study is to develop a platform that can monitor local and regional health situations, blood glucose levels and blood pressure, to promote long-term health and wellness. Moreover, municipalities can use collected data to develop effective healthcare policies and assist in lowering the admission rates of NCD patients and unnecessary health expenditures in the future.

Methods

Design of digital platform

This study employed a well-known communication application named LINE, which is widely used among Thai people, as the primary data collection and visualization platform. The LINE messenger was primarily designed for encrypted communication and later allowed third-party applications such as Dialogflow, developed by Google (Sabharwal & Agrawal, 2020), to connect to the LINE application using a specific method called a webhook. This approach enables the application to customize and analyze messages, including sending and receiving programmatically. In this study, the Line Official account named “AVOKRUB” was created and used as the main window for collecting and processing data from local volunteers. The platform was designed exclusively for local health workers or volunteers who are responsible for conducting usual care assessments of people in their responsible areas. In this study, the data collection will be conducted by them, and the analysis will be driven based on big data analytics. The workflow of the application is demonstrated in Figure 1, in which a user can use the LINE application to collect and analyze data based on existing health records.

Figure 1 Overview of the digital platform for supporting preventive healthcare

Setting up and data collection

In order to use the platform for data analytics, an active member (local health volunteers) can join via invitation only, and all requests are approved manually by the administrator according to the security policy to prevent the platform from improper use. The members can get access to all the analyzing features and all the records, including names, national IDs, addresses, underlying health conditions, and health records. It is important for them to understand the application's functionality as their primary tasks are to collect health data from people in their responsible areas and provide specific health recommendations (both physical and mental health) based on the individual's results analyzed by the platform. Therefore, all volunteers were provided with an intensive training session before conducting the actual data collection. This study recruited more than 30 volunteers from undergraduate nursing students from Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Thailand, to evaluate the platform's performance in terms of usability, reliability, and applicability. The data collection was randomly undertaken among healthy samples and people with underlying and chronic health conditions. The collection was performed in the city center monthly, where more than 5,000 people living in the area were included in this study. In each survey, the volunteers used the "Seven Colored Ping-Pong Balls" model to interpret the classified blood glucose levels and blood pressure of those people. They recorded data on the platform periodically for six months. With regards to the data protection policy used in this study, the state Personal Data Protection Act (Thai PDPA) was selected to comply with, which means the process of personal data collection was done after obtaining participants' consent regarding the purpose.

Data analysis

In this study, the analysis part was driven by big data analytics. During the survey, the collected data was instantly analyzed by classifying the blood glucose levels and blood pressure based on the "Seven Colored Ping-Pong Balls" model (Carey et al., 2018; Malanda et al., 2012). According to the scoring model, the risk level was classified into seven levels based on blood pressure and glucose intensity, with each level associated with the degree of health severity and underlying health conditions. The platform performs the analysis on the fly. The application will return an infographic result and clinical instructions to end users, which can be easily shared with their participants or customers within the Line application. Moreover, the

application can show the historical data in combination with the risk factors for NCDs, which can be interpreted from the user's health records. Note that the clinical practice guidelines in the application are in line with the Ministry of Public Health recommendations.

Ethical approvals

The data collection in this study was integrated into a part of the mandatory course named "Community Health Nursing" provided by Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Thailand. This course was designed for fourth-year undergraduate nursing students to gain professional experience in population-focused clinical practices based on the community's needs. The ethical approval was reviewed and provided by their ethics committee.

Results and discussion

In this study, the application was developed for frontline health workers who conduct regular assessments in their responsible areas, collecting essential health information including monthly blood glucose levels and blood pressure. Based on the data collected by the volunteers, the records can represent regional health situations, which infer their lifestyle, underlying medical conditions, and the risk of NCDs. During the survey, the participants were also given clinical recommendations depending on their analyzable category. This can help them to realize their current health conditions and raise concerns regarding the risks and consequences of NCDs. This study also collected feedback from the users (health volunteers) regarding the design of the application and functionality in order to improve its usability and accessibility in the future. Figure 2 shows examples of how the application works, including the data collection and analysis part, in which the

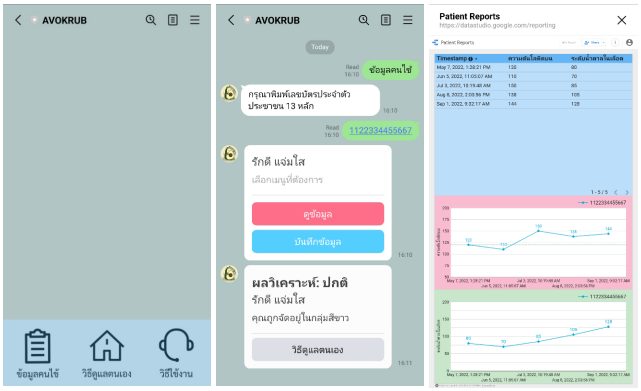


Figure 2 Examples of the application, including main menu, data collection, and analysis

participant's ID is mainly used for accessing the records. The clinical guidelines will be provided based on the classified results, and the recommendations are self-care practices including dietary details, proper types of physical activity, and self-monitoring.

Implications for Research/ Policy

The proposed digital platform shows the advantage of using big data and cloud computing to support the healthcare system and decrease the prevalence of NCDs in local and global areas. In this study, the clinical instructions were designed based on a biopsychosocial model, which includes biological, social, and psychological aspects. Therefore, the immediate analysis results could help participants understand their existing health conditions to maximize their self-management. In addition, in terms of the data analysis, the state and local governments can further apply the analyzed results as an index for measuring the effectiveness of public health policy. Also, the platform can be used to support the digital infrastructure for community-based health promotion, leading to a sustainable healthcare system.

References

1 Amberbir, A., Lin, S. H., Berman, J., Muula, A., Jacoby, D., Wroe, E., ... & van Oosterhout, J. J. (2019). Systematic review of hypertension and diabetes burden, risk factors, and interventions for prevention and control in malawi: The NCD BRITE consortium. *Global heart*, *14*(2), 109-118.

2 Belle, A., Thiagarajan, R., Soroushmehr, S. M., Navidi, F., Beard, D. A., & Najarian, K. (2015). Big data analytics in healthcare. *BioMed research international*, 2015.

3 Bennett, J. E., Kontis, V., Mathers, C. D., Guillot, M., Rehm, J., Chalkidou, K., ... & Ezzati, M. (2020). NCD Countdown 2030: pathways to achieving Sustainable Development Goal target 3.4. *The Lancet*, *396*(10255), 918-934.

4 Carey, R. M., Whelton, P. K., & 2017 ACC/AHA Hypertension Guideline Writing Committee*. (2018). Prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: synopsis of the 2017 American College of Cardiology/ American Heart Association Hypertension Guideline. *Annals of internal medicine*, *168*(5), 351-358.

5 Cetthakrikul, N., Phulkerd, S., Jaichuen, N., Sacks, G., & Tangcharoensathien, V. (2019). Assessment of the stated policies of prominent food companies related to obesity and non-communicable disease (NCD) prevention in Thailand. *Globalization and health*, *15*(1), 1-10.

6 Islam, S. M. S., Purnat, T. D., Phuong, N. T. A., Mwingira, U., Schacht, K., & Fröschl, G. (2014). Non-Communicable Diseases (NCDs) in developing countries: a symposium report. *Globalization and health*, *10*(1), 1-8.

7 Malanda, U. L., Welschen, L. M., Riphagen, I. I., Dekker, J. M., Nijpels, G., & Bot, S. D. (2012). Self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus who are not using insulin. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).

8 Martinez, R., Lloyd-Sherlock, P., Soliz, P., Ebrahim, S., Vega, E., Ordunez, P., & McKee, M. (2020). Trends in premature avertable mortality from non-communicable diseases for 195 countries and territories, 1990–2017: a population-based study. *The Lancet Global Health*, *8*(4), e511-e523.

9 Nawamawat, J., Prasittichok, W., Prompradit, T., Chatchawanteerapong, S., & Sittisart, V. (2020). Prevalence and characteristics of risk factors for non-communicable diseases in semi-urban communities: Nakhonsawan, Thailand. *Journal of Health Research*.

10 Rehman, A., Naz, S., & Razzak, I. (2021). Leveraging big data analytics in healthcare enhancement: trends, challenges and opportunities. *Multimedia Systems*, 1-33.

11 Ristevski, B., & Chen, M. (2018). Big data analytics in medicine and healthcare. *Journal of integrative bioinformatics*, *15*(3).

12 Sabharwal, N., & Agrawal, A. (2020). Introduction to Google dialogflow. In *Cognitive virtual assistants using Google Dialogflow* (pp. 13-54). Apress, Berkeley, CA.

13 Tuangratananon, T., Julchoo, S., Phaiyarom, M., Panichkriangkrai, W., Pudpong, N., Patcharanarumol, W., & Tangcharoensathien, V. (2021). Healthcare providers' perspectives on integrating NCDs into primary healthcare in Thailand: a mixed method study. *Health research policy and systems*, *19*(1), 1-15.

14 Wakabayashi, M., McKetin, R., Banwell, C., Yiengprugsawan, V., Kelly, M., Seubsman, S. A., ... & Sleigh, A. (2015). Alcohol consumption patterns in Thailand and their relationship with non-communicable disease. *BMC public health*, *15*(1), 1-9.

31 มกราคม 2566

ห้องประชุม MR209B

เวลา 13.00 - 14.30 น.

ACTIVE SYSTEM/ POLICY

ประสิทธิผลของการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเชิงระบบด้วยแนวคิด 4PC[1]

ปัญญา ชูเลิศ [1], ไพโรจน์ เสาน่วม [2], Dyah Anantalia Widyastari[3], ปิยวัฒน์ เกตุวงศา [3]*

[1]ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (ทีแพค), สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม, ประเทศไทย
[2]สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย
[3]สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม, ประเทศไทย

[*]การติดต่อ:
ปัญญา ชูเลิศ
Email: pchoolres@gmail.com

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของการพัฒนาโรงเรียนทั้งระบบโดยใช้แนวคิด 4PC มีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ นโยบายส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายในทุกโอกาส (Active Policy), บุคลากรที่มีความกระฉับกระเฉงตื่นรู้ (Active People), แผนกิจกรรมฉลาดเล่น (Active Program), พื้นที่ส่งเสริมการเล่น (Active Place) และห้องเรียนฉลาดรู้ (Active Classroom) เพื่อเพิ่มกิจกรรมทางกายและลดพฤติกรรมเนือยนิ่งให้กับนักเรียนในระดับประถมศึกษาของโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการ

ระเบียบวิธีวิจัย: ใช้การวิจัยเชิงกึ่งทดลองแบบติดตามกลุ่มประชากรและมีกลุ่มควบคุม (quasi-experimental cohort design) โดยใช้กิจกรรมแทรกแซงด้วยแนวคิด 4PC กับโรงเรียนกลุ่มทดลอง และโรงเรียนควบคุมดำเนินการตามปกติ จากนั้นติดตามนักเรียนคนเดิมจากโรงเรียน 10 แห่งที่เข้าร่วมการศึกษาเป็นระยะเวลา 3 ปี (2560-2562) ตั้งแต่นักเรียนอยู่ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 มีนักเรียนทั้งหมด 119 คนจาก 184 คนในกลุ่มทดลอง และมีนักเรียน 173 คนจาก 254 คนในกลุ่มควบคุมที่เข้าร่วมในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อเนื่องทั้ง 5 รอบและอยู่ในการวิเคราะห์

ผลการศึกษา : เมื่อเปรียบเทียบนักเรียนที่ได้รับกิจกรรมแทรกแซงด้วยแนวคิด 4PC กับนักเรียนในกลุ่มควบคุม พบว่านักเรียนกลุ่มทดลองมีกิจกรรมทางกายสะสมเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 21, 21, 19 และ 25 นาทีในรอบ R2–R5 ตามลำดับ และสัดส่วนของนักเรียนในกลุ่มทดลองที่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอสูงกว่ากลุ่มควบคุมร้อยละ 21–31 หลังจากนำแนวคิด 4PC มาใช้ และแนวคิด 4PC ช่วยเพิ่มกิจกรรมทางกายให้นักเรียนกลุ่มทดลอง 22 นาทีจากเส้นฐาน ($t = 15.539$, $p = .000$) ในขณะที่นักเรียนในกลุ่มควบคุมลดลงประมาณ 2 นาที ($t = -2.744$, $p = .007$)

บทสรุป: การพัฒนาโรงเรียนทั้งระบบด้วยแนวคิด 4PC มีประสิทธิภาพในการเพิ่มกิจกรรมทางกายและลดพฤติกรรมเนือยนิ่งของเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาในประเทศไทย

คำสำคัญ: กิจกรรมทางกาย, พฤติกรรมเนือยนิ่ง, โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

---

1 *บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของบทความ "Effectiveness of a Whole-of-School Approach in Promoting Physical Activity for Children: Evidence From Cohort Study in Primary Schools in Thailand" ในวารสาร Journal of Teaching in Physical Education.*

บทนำ

กิจกรรมทางกายที่เพียงพอมีความสำคัญสำหรับเด็ก การสะสมกิจกรรมทางกายระดับปานกลางถึงหนัก (MVPA) ให้ได้เฉลี่ย 60 นาทีทุกวันนั้นสัมพันธ์กับสมรรถภาพทางกายที่ดี ทักษะการเคลื่อนไหวขั้นพื้นฐาน สุขภาพของกระดูก การทำงานของสมอง สุขภาพจิต และการพัฒนาทางอารมณ์และสังคม (Bland et al., 2020; Bull et al., 2020; Donnelly et al., 2016; Zeng et al., 2021) อย่างไรก็ดี แม้ว่าจะมีการส่งเสริมกิจกรรมทางกายตามแนวทางระดับสากล อาทิ Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030 แต่ยังพบว่ามีเด็กและเยาวชนมากถึงร้อยละ 80 ที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (Guthold et al., 2020) ขณะที่ประเทศไทยพบว่ามีเด็กและเยาวชนไทยเพียงร้อยละ 26 เท่านั้นที่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ (Wilkie et al., 2018)

ทั้งนี้ หากจะพิจารณาถึงโอกาสและความเหมาะสมในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเด็กพบว่า โรงเรียนเป็นสถานที่ในอุดมคติที่เหมาะสำหรับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเด็กมากที่สุด เนื่องจากในช่วงกลางวันเด็ก ๆ จะใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ที่โรงเรียน และสภาพแวดล้อมของโรงเรียนนั้นมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายของเด็ก (McMullen et al., 2015; Wilkie et al., 2018) เพราะโรงเรียนเป็นสถานที่ที่เด็ก ๆ มากรวมตัวกันเป็นจำนวนมาก และมีโอกาสมากมายที่จะทำให้เด็ก ๆ ได้มีกิจกรรมทางกาย อาทิ วิชาพลศึกษา กีฬา กิจกรรมในช่วงเวลาว่าง รวมถึงกิจกรรมในห้องเรียน (Demetriou et al., 2019; Hyde et al., 2020)

ด้วยเหตุนี้ คณะวิจัยจึงได้ริเริ่มโครงการโรงเรียนฉลาดเล่น หรือ “Active School” สำหรับส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเด็กระดับประถมศึกษาในรูปแบบ Whole of School Program ภายใต้แนวคิดการบริหารจัดการเชิงระบบแบบ 4PC ได้แก่ นโยบายส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายในทุกโอกาส (Active Policy), บุคลากรที่มีความกระฉับกระเฉงตื่นรู้ (Active People), แผนกิจกรรมฉลาดเล่น (Active Program), พื้นที่ส่งเสริมการเล่น (Active Place) และห้องเรียนฉลาดรู้ (Active Classroom) โดยใช้ระยะในการศึกษาวิจัยและติดตามประเมินผลเป็นเวลา 3 ปี เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของการพัฒนาโรงเรียนทั้งระบบโดยใช้แนวคิด 4PC

ระเบียบวิธีวิจัย

การออกแบบการวิจัย

การศึกษานี้ใช้การวิจัยเชิงกึ่งทดลองแบบติดตามกลุ่มประชากรและมีกลุ่มควบคุม (quasi-experimental cohort design) โดยใช้กิจกรรมแทรกแซงด้วยแนวคิด 4PC กับโรงเรียนกลุ่มทดลองจำนวน 4 โรงเรียน และโรงเรียนควบคุมจำนวน 6 โรงเรียนจะดำเนินกิจกรรมตามปกติ โดยการวิจัยได้ติดตามนักเรียนคนเดิมจากโรงเรียน 10 แห่งที่เข้าร่วมการศึกษาเป็นระยะเวลา 3 ปี (2560-2562) และเก็บรวบรวมข้อมูลต่อเนื่อง 5 รอบ ตั้งแต่นักเรียนอยู่ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมแทรกแซง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

นักเรียนกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาถูกคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกันทั้งขนาดโรงเรียน เพศ และอายุ โดยมีนักเรียนที่สามารถเก็บข้อมูลต่อเนื่องทั้ง 5 รอบในกลุ่มทดลองจำนวน 119 คนจากนักเรียน 184 และนักเรียนกลุ่มควบคุมจำนวน 173 คนจากนักเรียน 254 คน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้วิธีการเก็บข้อมูล 2 วิธี ได้แก่ 1) การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบตัวต่อตัวโดยพนักงานสัมภาษณ์ (Subjective Measure) เพื่อเก็บข้อมูลคุณลักษณะพื้นฐานทางประชากร การเข้าร่วมกิจกรรม พฤติกรรมเนือยนิ่ง พฤติกรรมการใช้หน้าจอ ความผูกพันกับโรงเรียน ทักษะและพัฒนาการของนักเรียน และ 2) การเก็บข้อมูลกิจกรรมทางกายโดยการติดเครื่อง Feel-fit (Objective Measure) โดยคุณครูประจำชั้นที่ผ่านการอบรมการเก็บข้อมูลเป็นผู้ติดเครื่องและบันทึกข้อมูลนักเรียนเป็นระยะเวลา 5 วัน (จันทร์-ศุกร์) เฉลี่ยวันละ 7 ชั่วโมง หรือ 420 นาที/วัน (8.00 น. – 15.00 น.) ซึ่งข้อมูลที่ได้จะถูกนำมาคำนวณความเพียงพอของการมีกิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมเนือยนิ่งตามข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก

ขั้นตอนของกิจกรรมแทรกแซง

ผู้บริหารและครูแกนนำของโรงเรียนกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโครงการโรงเรียนฉลาดเล่นจะได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้มีความรู้ความเข้าในเกี่ยวกับแนวคิด 4PC และสามารถวางแผนและออกแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเชิงระบบให้กับนักเรียนกลุ่มตัวอย่างได้ ตั้งแต่การกำหนดนโยบายส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย (Active Policy) ของโรงเรียนที่ชัดเจนและสามารถดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรม ผ่านทางการสร้างโอกาสในการมีกิจกรรมทางกายตลอดช่วงวันที่อยู่โรงเรียน หรือที่เรียกว่า Active Program พร้อมกับการปรับปรุงพื้นที่สุขภาวะภายในโรงเรียนให้เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย (Active Place) ของนักเรียน โดยให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของพื้นที่เล่น และการมีส่วนร่วมของบุคลากรภายในโรงเรียน และสื่อสารทำความเข้าใจให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเห็นความสำคัญของการมีกิจกรรมทางกาย (Active People) นอกจากนี้ โรงเรียนจะต้องสอดแทรกกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายเข้าไปในวิชาเรียน เพื่อลดพฤติกรรมเนือยนิ่งระหว่างวันผ่านกิจกรรม “ห้องเรียนฉลาดรู้” (Active Classroom) เพื่อให้เกิดการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและลดพฤติกรรมเนือยนิ่งไปพร้อมกัน โดยจะเก็บข้อมูลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภาคการศึกษาละ 1 ครั้ง และนำผลที่ได้เสนอให้กับโรงเรียนกลุ่มทดลองได้รับทราบเพื่อวางแผนและปรับเปลี่ยนกิจกรรมให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่วนโรงเรียนกลุ่มควบคุมจะดำเนินการเก็บข้อมูลกับนักเรียนกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น

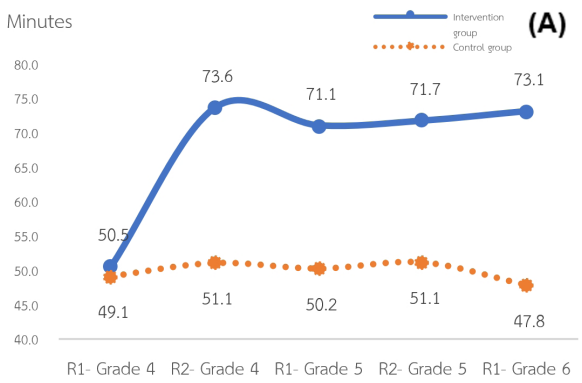
จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลปี 2560 – 2562 หมายเลขทะเบียนอ้างอิง COA. No. 2017/10-219, COA. No. 2018/01-003 และ COA No. 2019/01-024 ตามลำดับ

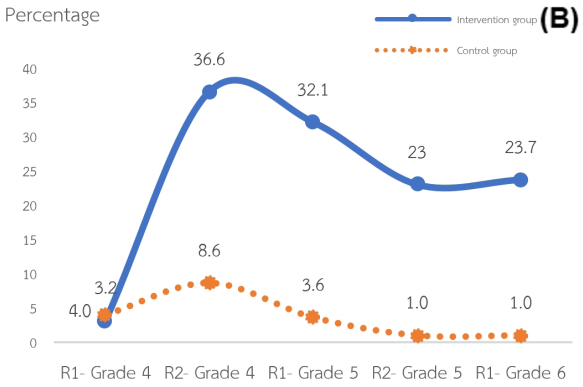
ผลการศึกษาและอภิปรายผล

ก่อนการแทรกแซง (R1) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของระยะเวลาการมีกิจกรรมทางกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (t = 0.544, p = 0.587) โดยนักเรียนกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอน้อยกว่า 60 นาทีต่อวัน แต่หลังจากการนำแนวคิด 4PC ไปในระดับกิจกรรมทางกายของนักเรียนกลุ่มควบคุมในรอบที่ 2-5 ดีขึ้น (73.6, 71.1, 71.7 และ 73.1 นาที ตามลำดับ) นอกจากนี้ สัดส่วนของนักเรียนที่มีระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากร้อยละ 3.2 ในรอบก่อนการดำเนินกิจกรรม (R1) เป็นร้อยละ 36.6, 32.1, 23.0 และ 23.7 ในรอบ R2–R5 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลง

แนวคิด 4PC ได้รับการยืนยันว่ามีประสิทธิผลในการเพิ่มกิจกรรมทางกาย จากการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ t-test ซึ่งพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของเวลาเฉลี่ยการมีกิจกรรมทางกายระหว่างนักเรียนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นักเรียนที่กลุ่มทดลองมีกิจกรรมทางกายสะสมเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 21, 21, 19 และ 25 นาที ในรอบ R2–R5 ตามลำดับ และสัดส่วนของนักเรียนในกลุ่มทดลองที่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอนั้นสูงกว่ากลุ่มควบคุมร้อยละ 21–31 หลังจากนำนำคิด 4PC มาใช้ และผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในรอบก่อน (R1) และรอบสุดท้าย (R5) ของการดำเนินกิจกรรม พบว่า แนวคิด 4PC ช่วยเพิ่มกิจกรรมทางกายให้นักเรียนกลุ่มทดลอง 22 นาทีจากเส้นฐาน (t = 15.539, p = .000) ในขณะที่นักเรียนในกลุ่มควบคุมลดลงประมาณ 2 นาที (t = -2.744, p = .007)



ภาพที่ 1 (A) เวลาสะสมการมีกิจกรรมทางกายของนักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเฉลี่ยต่อวัน, R = รอบการเก็บข้อมูล



ภาพที่ 2 (B) ร้อยละของนักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีระดับกิจกรรมทางกายทางกายที่เพียงพอตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก, R = รอบการเก็บข้อมูล

การนำไปใช้สำหรับงานวิจัย/นโยบาย

การส่งเสริมกิจกรรมทางกายเชิงระบบตามแนวคิด 4PC ที่มีองค์ประกอบสำคัญได้แก่ นโยบาย โปรแกรมกิจกรรมทางกาย พื้นที่สุขภาพวะ บุคลากรต้นแบบที่กระฉับกระเฉง และการสอดแทรกกิจกรรมทางกายในระหว่างการเรียนการสอน สามารถเพิ่มเวลาสะสมการมีกิจกรรมทางกายให้กับเด็กได้มากถึง 19 – 25 นาทีต่อวัน รวมถึงเพิ่มสัดส่วนของระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอได้มากถึงร้อยละ 20 – 30 เมื่อเทียบกับกลุ่มนักเรียนในโรงเรียนปกติ โรงเรียนฉลาดเล่นภายใต้แนวคิด 4PC จึงเป็นแนวคิดที่พร้อมสำหรับการขยายผลเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายในโรงเรียนระดับประถมศึกษาทั่วประเทศ อีกทั้งยังมีคู่มือการดำเนินงานโปรแกรมการอบรมครูออนไลน์ และระบบฐานข้อมูลติดตามประเมินผลบนเว็บไซต์ที่พร้อมรองรับนโยบายของกระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ) สำนักการศึกษากรุงเทพมหานคร และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งทำหน้าที่กำกับดูแลโรงเรียนระดับประถมศึกษาทั่วประเทศ

เอกสารอ้างอิง

1 Bland, V., Heatherington-Rauth, M., Howe, C., Going, S., & Bea, J. (2020). Association of objectively measured physical activity and bone health in children and adolescents: a systematic review and narrative synthesis. *Osteoporosis International*, *31*(10), 1865-1894.

2 Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., . . . Chou, R. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British journal of sports medicine*, *54*(24), 1451-1462.

3 Demetriou, Y., Reimers, A. K., Alesi, M., Scifo, L., Borrego, C. C., Monteiro, D., & Kelso, A. (2019). Effects of school-based interventions on motivation towards physical activity in children and adolescents: protocol for a systematic review. *Systematic reviews*, *8*(1), 1-6.

4 Donnelly, J. E., Hillman, C. H., Castelli, D., Etnier, J. L., Lee, S., Tomporowski, P., . . . Szabo-Reed, A. N. (2016). Physical activity, fitness, cognitive function, and academic achievement in children: a systematic review. *Medicine and science in sports and exercise*, *48*(6), 1197.

5 Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., & Bull, F. C. (2020). Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1· 6 million participants. *The Lancet Child & Adolescent Health*, *4*(1), 23-35.

6 Hyde, E. T., Gazmararian, J. A., Barrett-Williams, S. L., & Kay, C. M. (2020). Health Empowers You: Impact of a School-Based Physical Activity Program in Elementary School Students, Georgia, 2015-2016. *Journal of School Health*, *90*(1), 32-38.

7 McMullen, J., Ní Chróinín, D., Tammelin, T., Pogorzelska, M., & Van Der Mars, H. (2015). International approaches to whole-of-school physical activity promotion. *Quest*, *67*(4), 384-399.

8 Wilkie, H. J., Standage, M., Gillison, F. B., Cumming, S. P., & Katzmarzyk, P. T. (2018). Correlates of intensity-specific physical activity in children aged 9–11 years: a multilevel analysis of UK data from the International Study of Childhood Obesity, Lifestyle and the Environment. *BMJ open*, *8*(2), e018373.

9 Zeng, X., Cai, L., Wong, S. H.-s., Lai, L., Lv, Y., Tan, W., . . . Chen, Y. (2021). Association of sedentary time and physical activity With executive function Among children. *Academic Pediatrics*, *21*(1), 63-69.

การศึกษาผลความแตกต่างของจำนวนก้าวและระยะทาง ขณะปฏิบัติงานในรูปแบบที่แตกต่างกันของพนักงานในร้านสะดวกซื้อ

ภาคภูมิ ไข่มุก [1], ธัญนุช ประเสริฐสกุล [2], วรางคณา ไข่มุก [1], วรรณนัฏฐา ขนิษฐบุตร [1]*

[1] สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์, คณะบริหารธุรกิจ, นนทบุรี, ประเทศไทย
[2] มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช, คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ, กรุงเทพฯ, ประเทศไทย

[*] การติดต่อ:
ดร.ภาคภูมิ ไข่มุก
Email: pharkpumkai@pim.ac.th

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: จำนวนก้าวเดิน 10,000 ก้าวต่อวัน เป็นหนึ่งในเกณฑ์ที่ได้รับการยอมรับอย่างมากในการส่งเสริมให้ประชากรมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมในแต่ละวัน เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่สามารถตรวจนับได้ง่ายด้วยเครื่องมือที่มีราคาไม่สูง จึงได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายดังเช่นในประเทศญี่ปุ่นที่ได้ทำการรณรงค์ผ่านทางสื่อต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนออกมาท่องเที่ยงด้วยการเดิน ซึ่งส่งผลดีทั้งในด้านสุขภาพและเศรษฐกิจของประเทศในเวลาเดียวกัน จากเหตุผลดังกล่าวนี้เองจำนวนก้าวเดินจึงได้รับความนิยมในหลายการศึกษา ด้วยเหตุนี้ทางทีมวิจัยจึงได้เล็งเห็นถึงคุณประโยชน์ดังกล่าวเพื่อการนำไปใช้ในการวิเคราะห์ผลกิจกรรมทางกายของผู้ปฏิบัติงานในร้านสะดวกซื้อ

ระเบียบวิธีวิจัย: จัดแบ่งรูปแบบการทำงานออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ตำแหน่งแคชเชียร์ และตำแหน่งอื่น ๆ (กิจกรรมอื่น ๆ ทั้งหมดยกเว้นแคชเชียร์) โดยการศึกษานี้มีผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 60 คน

ผลการศึกษา: ค่าเฉลี่ยของน้ำหนัก ส่วนสูง และดัชนีมวลกายเท่ากับ 63.07 ± 15.50 กิโลกรัม, 164.98 ± 7.99 เซนติเมตร และ 23.07 ± 5.08 กิโลกรัม/เมตร^2 ตามลำดับ ทำการเก็บผลจากผู้เข้าร่วมการวิจัยเมื่อเข้าปฏิบัติงานในตำแหน่งแคชเชียร์หรือ ตำแหน่งอื่น ๆ ในแต่ละวัน เป็นระยะเวลา 8 ชั่วโมง/วัน เป็นระยะเวลา 2 วัน จากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งแคชเชียร์มี ระยะทางในการเดิน 4,928.9 ± 1,607.10 เมตร/วัน และ จำนวนก้าวเดิน 7,532.97 ± 2,345.67 ก้าว/วัน ซึ่งมีค่าน้อยกว่าขณะปฏิบัติงานตำแหน่งอื่นๆ (ระยะทางในการเดิน (5,334.85 ± 1,672.19 เมตร/วัน) และจำนวนก้าวเดิน (8,124.28 ± 2,468.65 ก้าว/วัน)

บทสรุป: จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า รูปแบบการทำงานที่แตกต่างกันส่งผลให้จำนวนก้าวเดินและระยะทางในการเดินมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน กล่าวคือ ผู้ที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งแคชเชียร์จะมีรูปแบบของการทำงานอยู่กับที่มากกว่าขณะปฏิบัติงานในตำแหน่งอื่น ๆ จึงทำให้ผู้ที่ปฏิบัติงานตำแหน่งแคชเชียร์มีโอกาสที่จะผ่านเกณฑ์จำนวนก้าว 10,000 ก้าวต่อวันน้อยกว่าตำแหน่งอื่น ๆ จากผลการศึกษานี้เองได้แสดงให้เห็นว่าข้อมูลดังกล่าวนี้สามารถนำไปปรับใช้ในองค์กร เพื่อสร้างเป็นนโยบายและชุดความรู้เพื่อการส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมต่อไปในอนาคต

คำสำคัญ: กิจกรรมทางกาย, ร้านสะดวกซื้อ, นโยบายสุขภาพองค์กร

บทนำ

ปัจจุบันในหลายประเทศเริ่มเผชิญกับปัญหาระยะเวลาของกิจกรรมทางกายที่ลดลง อันเนื่องมาจากเทคโนโลยีที่ทันสมัยที่นำมาใช้ในการดำเนินชีวิตหรือการประกอบวิชาชีพต่าง ๆ ที่ส่งเสริมให้ประชากรมีกิจกรรมทางกายแบบเนือยนิ่ง (sedentary activities) ที่มากขึ้น เมื่อประชากรมีกิจกรรมทางกายที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายของประชากรในระยะยาวได้ เช่น ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicational diseases: NCDs) หรือภาวะเสี่ยงต่อการเสื่อมสภาพของ cognitive function (Park et al., 2020) ดังนั้นการส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้เหมาะสมเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมากที่ควรจะต้องได้รับการส่งเสริม เพื่อป้องกันหรือชะลอปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการมีกิจกรรมแบบเนือยนิ่งเป็นระยะเวลานาน ซึ่งในปัจจุบันองค์การอนามัยโลก หรือ World Health Organization (WHO) ได้มีข้อเสนอแนะต่อประชากรในแต่ละประเทศเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการบ่งชี้ว่ามีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมหรือไม่ มีทั้งหมด 3 เกณฑ์ (Romero-Blanco et al., 2020) โดยจำนวนก้าวเดิน 10,000 ก้าวต่อวัน เป็นหนึ่งในเกณฑ์ที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่เข้าถึงได้ง่าย และเป็นตัวชี้วัดในการมีสุขภาพทางกายที่ดี ดังนั้นจำนวนการก้าวเดิน 10,000 ก้าวต่อวัน จึงเป็นกิจกรรมที่มีความสามารถในการส่งเสริมให้ประชากรมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมในแต่ละวัน (Wattanapisit, 2017) และนำมาใช้กับประชากรในหลายประเทศ เช่น ญี่ปุ่น, แคนาดา และสหรัฐอเมริกา (Cao et al., 2014) จากที่กล่าวมาในข้างต้นที่แสดงให้เห็นได้ว่าการเดินนั้นนอกจากมีความสามารถในการส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมได้แล้ว ยังมีความสามารถนำมาประยุกต์ใช้เข้ากับกิจวัตรประจำวันของประชากรได้อย่างกลมกลืนเป็นอย่างมาก จึงทำให้กิจกรรมการเดินเข้าถึงในทุกกลุ่มประชากรและทุกอาชีพได้ดีกว่าเกณฑ์อื่น ๆ ดังนั้นในการศึกษานี้จึงได้นำเงื่อนไขของการเดินมาใช้ในการศึกษาและประเมินการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมในอาชีพที่นำมาศึกษาในโครงการวิจัยนี้

ในการประกอบแต่ละวิชาชีพจะมีรูปแบบและลักษณะการทำงานที่ไม่เหมือนกัน บางสายงานจะมีการเคลื่อนไหวร่างกายอยู่ตลอดระยะเวลาของการดำเนินงาน แต่ในขณะที่ส่วนงานอื่น ๆ อาจจะเป็นงานที่ต้องนั่งโต๊ะทำงานอยู่เป็นประจำ จากตัวอย่างที่กล่าวมานี้จะเห็นได้ว่ากิจกรรมทางกายมีความแตกต่างกันในแต่ละวันอย่างชัดเจน โดยพนักงานออฟฟิตจะพบว่ามีระยะเวลากิจกรรมแบบเนือยนิ่งมากกว่ากลุ่มที่ทำงานรับส่งเอกสาร อีกทั้งพนักงานออฟฟิตจะทำงานอยู่ในท่าเดิมและเคลื่อนไหวร่างกายน้อยเป็นระยะเวลานาน จึงทำให้ร่างกายใช้พลังงานน้อยลงแต่รับประทานอาหารที่มีพลังงานเท่าเดิม จึงทำให้อัตราส่วนของการรับและเผาผลาญพลังงานแตกต่างกัน จึงก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ในเวลาต่อมา (Quinn et al., 2020) ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มอาชีพที่มีการเคลื่อนไหวไม่อยู่ในท่าเดิมเป็นเวลานาน เช่น พนักงานส่งเอกสาร ที่จะพบว่ามีการใช้พลังงานใกล้เคียงกันกับการรับพลังงานเข้าไปในแต่ละวัน จึงทำให้ผู้ที่ทำงานกลุ่มนี้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงมากกว่ากลุ่มที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกายน้อย เพื่อให้เกิดความชัดเจนของการศึกษานี้ ทางโครงการวิจัยจึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการปรับเปลี่ยนรูปแบบของการทำงานภายในองค์กร ที่ส่งเสริมให้พนักงานภายมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ด้วยการส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม โดยในการศึกษานี้จะทำการวิเคราะห์ถึงจำนวนก้าวเดินและระยะทางของผู้ที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งงานที่แตกต่างกัน เพื่อนำไปใช้ในการศึกษาวิเคราะห์ความแตกต่างของรูปแบบการทำงาน และนำไปสู่การสร้างระเบียบหรือรูปแบบการทำงานที่ส่งเสริมให้มีสุขภาพทางกายที่ดีต่อไป

จุดประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างจำนวนก้าวเดินและระยะทางของการเดินของผู้ที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งที่แตกต่างกันในร้านสะดวกซื้อ
2. เพื่อวิเคราะห์และประเมินถึงการทำงานในตำแหน่งใดที่ส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมในผู้ปฏิบัติงานภายในร้านสะดวกซื้อ
3. เพื่อการนำองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษามาใช้เป็นต้นแบบให้กับผู้ปฏิบัติงานในสายงานต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม

ระเบียบวิธีวิจัย

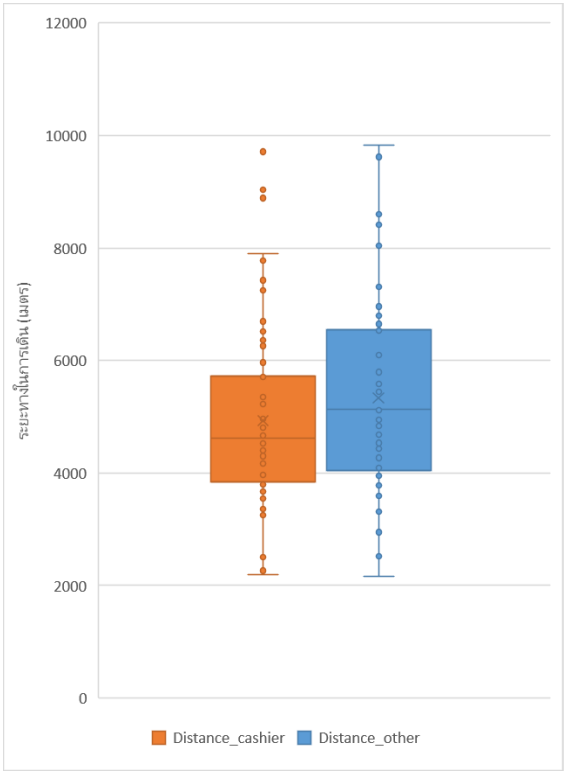
สำหรับกระบวนการศึกษาวิจัยของโครงการนี้ ได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยที่เป็นผู้ปฏิบัติงานจากร้านสะดวกซื้อในสาขาเดียวกัน โดยมีเกณฑ์สำหรับการคัดผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและไม่มีประวัติหรือโรคที่ส่งผลกระทบต่อการเคลื่อนไหวและการทำงาน และผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะถูกคัดออกจากการศึกษาวิจัยนี้ เมื่อพบว่ามีภาวะอ่อนแรง และ/หรือพบความผิดปกติของการทำงานของระบบการหายใจและหัวใจ ผู้ที่รับประทานยาที่ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวขณะปฏิบัติงาน ผู้เข้าร่วมการศึกษาแต่ละคนจะได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ที่แตกต่างกันระหว่างกะเช้าและบ่าย โดยรายละเอียดของการศึกษาในครั้งนี้มีดังต่อไปนี้

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเริ่มปฏิบัติงานในกะเช้าหรือบ่าย ก่อนเริ่มต้นทำการเก็บผลการศึกษาผู้เข้าร่วมการวิจัยแต่ละรายจะได้รับการติดตั้งอุปกรณ์สำหรับการตรวจประเมินระดับกิจกรรมทางกาย (FeelFit®) ไว้ที่กึ่งกลางด้านข้างลำตัวระดับเอว เพื่อใช้ในการตรวจจับจำนวนก้าวเดินและระยะทางของการเดินขณะทำงาน โดยระยะเวลาของการเก็บผลการศึกษาวิจัยของโครงการนี้เท่ากับ 8 ชั่วโมง/วัน ทำการเก็บผลการศึกษาทั้งหมด 2 วัน ซึ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการสุ่มว่าจะปฏิบัติหน้าที่แบบใดในวันที่ 1 และ 2 สำหรับตำแหน่งของการปฏิบัติหน้าที่ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่แคชเชียร์ (Cashier) และ ตำแหน่งอื่น ๆ ความแตกต่างของทั้งสองตำแหน่ง คือ ตำแหน่ง แคชเชียร์ (Cashier) ทำหน้าที่ในการคิดเงิน หยิบสินค้าบริเวณด้านหลังเคาน์เตอร์และการอุ่นอาหารพร้อมทานให้กับลูกค้า ในขณะที่ตำแหน่งอื่น ๆ จะทำหน้าที่ในการรับสินค้าขาเข้า เติมสินค้าตามชั้นต่าง ๆ ภายในร้าน ทำความสะอาดร้าน จัดการดูแลภาพรวมของพื้นที่ขายภายในร้านให้อยู่ในสภาพพร้อมให้บริการให้คำแนะนำและช่วยเหลือลูกค้าที่เข้าใช้บริการ ข้อมูลที่ได้จากการเก็บผลในผู้เข้าร่วมการวิจัยแต่ละราย จะได้รับการจดบันทึกหลังจากที่ทำงานครบเวลาแล้ว เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการประเมินถึงกิจกรรมทางกายของแต่ละตำแหน่ง และหาความแตกต่างของค่าจำนวนก้าวเดินและระยะทางเดินภายใต้รูปแบบกิจกรรมการทำงานที่แตกต่างกันระหว่างแคชเชียร์และ ตำแหน่งอื่น ๆ ด้วยวิธีการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

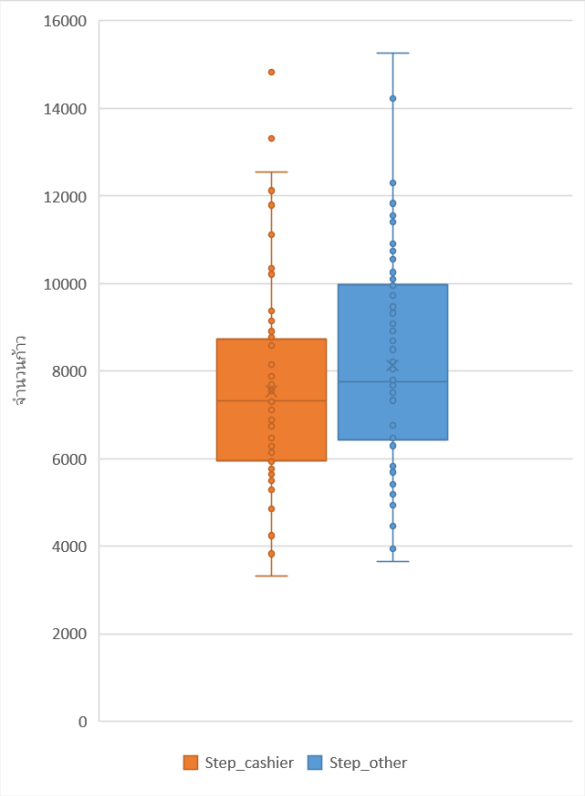
ผลการศึกษาและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาวิจัยของโครงการนี้มีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมด 60 คน ประกอบด้วยเพศชายและหญิงอย่างละ 30 คน ค่าเฉลี่ยของน้ำหนัก ส่วนสูง และดัชนีมวลกายเท่ากับ 63.07 ± 15.50 กิโลกรัม, 164.98 ± 7.99 เซนติเมตร และ 23.07 ± 5.08 กิโลกรัม/เมตร^2 ตามลำดับ

จากผลของการศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นว่า ระยะเวลาของการมีกิจกรรมทางกายของผู้เข้าร่วมการวิจัยขณะปฏิบัติงานในตำแหน่งแคชเชียร์และตำแหน่งอื่น ๆ มีความแตกต่างกัน โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งแคชเชียร์พบว่าค่าเฉลี่ยของจำนวนระยะทางในการเดิน (Mean ± SD: 4,928.9 ± 1,607.10 m) และจำนวนก้าวเดินต่อวัน (Mean ± SD: 7,532.97 ± 2,345.67 ก้าว) มีค่าน้อยกว่าผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งอื่น ๆ ที่มีค่าเฉลี่ยของจำนวนระยะทางในการเดินและจำนวนก้าวเดินเท่ากับ 5,334.85 ± 1,672.19 เมตร และ 8,124.28 ± 2,468.65 ก้าว ตามลำดับ (แสดงดังรูปที่ 1) ซึ่งจากผลของการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าทั้งจำนวนก้าวเดินและระยะทางในการเดินมีความแตกต่างกันระหว่างผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่แคชเชียร์และตำแหน่งอื่น ๆ โดยผลความแตกต่างของทั้งสองตัวแปรนี้ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



(ก)



(ข)

ภาพที่ 1 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (ก) ระยะทางในการเดิน และ (ข) จำนวนก้าวเดินของผู้เข้าร่วมการวิจัยเมื่อปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งแคชเชียร์ (กราฟสีส้ม) และตำแหน่งอื่น ๆ (กราฟสีฟ้า)

จากผลการศึกษาของโครงการวิจัยนี้ได้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการทำงานเป็นปัจจัยหลักที่มีผลต่อระยะเวลาของการมีกิจกรรมทางกายที่แตกต่างกัน โดยจากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งอื่น ๆ มีจำนวนก้าวเดินที่มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งแคชเชียร์ ซึ่งแสดงให้เห็นได้ว่ารูปแบบงานที่มีการเดินเพื่อเติมสินค้าภายในร้านสะดวกซื้อส่งเสริมให้เกิดการเคลื่อนไหวร่างกายของพนักงานในระหว่างปฏิบัติงานได้ดีกว่า ในขณะที่การทำงานในตำแหน่งแคชเชียร์มีข้อจำกัดเรื่องของสถานที่การทำงาน อีกทั้งยังมีข้อจำกัดของภาระงานที่ต้องยืนประจำอยู่กับที่ ทำให้เกิดข้อจำกัดเรื่องของการเคลื่อนไหวร่างกาย จึงทำให้รูปแบบการทำงานของตำแหน่งแคชเชียร์อยู่ในรูปแบบของกิจกรรมเนือยนิ่งมากกว่า กล่าวคือจะต้องยืนประจำตำแหน่งขณะทำงานเป็นระยะเวลานาน ด้วยเหตุนี้จึงทำให้จำนวนก้าวเดิน และรวมไปถึงระยะทางของการเดินนั้นน้อยกว่า

นอกจากรูปแบบการทำงานที่แตกต่างกันจะส่งผลให้จำนวนก้าวเดินและระยะทางในการเดินมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนแล้ว อันเนื่องมาจากผู้ที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งแคชเชียร์มีรูปแบบของการทำงานในลักษณะของกิจกรรมเนือยนิ่งที่มากกว่าขณะปฏิบัติงานในตำแหน่งอื่น ๆ จากสาเหตุที่กล่าวมานี้ แสดงถึงแนวโน้มของผู้ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยที่ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งแคชเชียร์ มีแนวโน้มที่จะไม่สามารถผ่านเกณฑ์จำนวนก้าวเดิน 10,000 ก้าวภายในหนึ่งวันได้ แต่ในขณะที่ผู้ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยที่ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งอื่น ๆ มีโอกาสที่จะสามารถผ่านเกณฑ์การมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมได้ง่ายกว่า จากผลของการศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นเป็นที่ประจักษ์ว่าการวางแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายของพนักงานในองค์กรนอกจากการส่งเสริมให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอแล้ว การปรับเปลี่ยนแผนการปฏิบัติงานเพื่อส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสมก็เป็นอีกหนทางหนึ่งที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ เพื่อให้ผู้ที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งต่าง ๆ มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ และท้ายสุดก็นำไปสู่การสร้างเสริมให้มีสุขภาวะทางกายและจิตใจที่แข็งแกร่งและยั่งยืนได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Xiao Yu และคณะ (Yu et al., 2022) ที่พบว่าการใช้แบบประเมินตนเอง (self-report) นั้นไม่สามารถประเมินระดับกิจกรรมทางกายได้ จึงต้องทำการวัดผ่านเครื่องมือ เพื่อให้ได้ปริมาณการเคลื่อนไหวมาวิเคราะห์เพิ่มเติมเช่นเดียวกันกับการศึกษานี้ ด้วยการใช้เครื่องมือที่มีความสามารถในการวัดขนาดความเร่ง เพื่อวัดอัตราเร่งของการเคลื่อนไหวของร่างกาย ด้วยการติดที่เครื่องมือดังกล่าวไว้ที่เอว จากผลการศึกษาดังกล่าวได้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการทำงานที่แตกต่างกันส่งผลให้การเคลื่อนไหวของร่างกายแตกต่างกัน และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนระยะเวลาของการมีกิจกรรมทางกายในระดับที่แตกต่างกันตามลำดับ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

จากผลการศึกษาของโครงการวิจัยนี้สามารถกล่าวได้ว่า การสร้างนโยบายและการวางแผนงานขององค์กร สามารถทำควบคู่กับการออกแบบรูปแบบการทำงานที่ส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานได้ โดยผู้บริหารองค์กรสามารถพิจารณาถึงรูปแบบการทำงานผสมที่มีการกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนไหวของร่างกายขณะทำงาน ดังเช่นในผู้ที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งอื่น ๆ ที่มีจำนวนก้าวเดินและระยะทางของการเดินที่มากพอต่อการผ่านเกณฑ์การมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ ดังนั้นการสร้างงานที่มีรูปแบบการเคลื่อนไหวของร่างกายที่หลากหลายในแต่ละวัน ก็เป็นอีกทางหนึ่งที่จะนำไปสู่การพัฒนาบุคลากรให้มีสุขภาพทางกายที่แข็งแรง และยังสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ในกลุ่ม NCDs รวมไปถึงการสร้างรูปแบบการทำงานที่ส่งผลให้เกิดการมีสุขภาวะทางกายและจิตใจที่ดีต่อไปได้อย่างยั่งยืน

อ้างอิง

1 Cao, Z. B., Oh, T., Miyatake, N., Tsushita, K., Higuchi, M., & Tabata, I. (2014, Sep). Steps per day required for meeting physical activity guidelines in Japanese adults. *J Phys Act Health, 11*(7), 1367-1372. https://doi.org/10.1123/jpah.2012-0333

2 Park, J. H., Moon, J. H., Kim, H. J., Kong, M. H., & Oh, Y. H. (2020, Nov). Sedentary Lifestyle: Overview of Updated Evidence of Potential Health Risks. *Korean J Fam Med, 41*(6), 365-373. https://doi.org/10.4082/kjfm.20.0165

3 Quinn, T. D., Pettee Gabriel, K., Siddique, J., Aaby, D., Whitaker, K. M., Lane-Cordova, A., Sidney, S., Sternfield, B., & Barone Gibbs, B. (2020, Mar). Sedentary Time and Physical Activity Across Occupational Classifications. *Am J Health Promot, 34*(3), 247-256. https://doi.org/10.1177/0890117119885518

4 Romero-Blanco, C., Rodríguez-Almagro, J., Onieva-Zafra, M. D., Parra-Fernández, M. L., Prado-Laguna, M. D. C., & Hernández-Martínez, A. (2020, Sep 9). Physical Activity and Sedentary Lifestyle in University Students: Changes during Confinement Due to the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health, 17*(18). https://doi.org/10.3390/ijerph17186567

5 Wattanapisit, A., & Thanamee, S. (2017). Evidence Behind 10,000 Steps Walking. *Journal of Health Research, 31*(3), 241–248. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jhealthres/article/view/89095

6 Yu, X., Hao, L., Crainiceanu, C., & Leroux, A. (2022, Mar). Occupational determinants of physical activity at work: Evidence from wearable accelerometer in 2005-2006 NHANES. *SSM Popul Health, 17*, 100989. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100989

การสร้างปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกายเพื่อฟื้นฟูย่านเก่าของเมืองอย่างมีส่วนร่วม กรณีศึกษา: ย่านตลาดน้อย

จุฤทธิ์ กังวานภูมิ [1], ปณัฐพรรณ ลัดดากล [1]*

[1] บริษัท ปั้นเมือง จำกัด, กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย

*การติดต่อ:
จุฤทธิ์ กังวานภูมิ
Email: qerzone@gmail.com

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: ย่านตลาดน้อยเป็นย่านเก่าของชุมชนชาวจีน ตั้งอยู่ใจกลางเมืองในเขตสัมพันธวงศ์ มีต้นทุนที่เข้มแข็งทางด้านเครือข่ายสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ทำเลที่ตั้ง แต่ขาดการดูแลรักษา และกลไกการบริหารจัดการที่ดีจากการอยู่อาศัยหนาแน่นและใช้พื้นที่อย่างเต็มศักยภาพมาตลอด ส่งผลให้เขตนี้ขาดแคลนพื้นที่สาธารณะ และมีสัดส่วนพื้นที่สีเขียวที่น้อยที่สุดในกรุงเทพมหานคร จึงเป็นที่มาของการฟื้นฟูย่านตลาดน้อย โดยโครงการฯ มีวัตถุประสงค์เพื่อฟื้นฟูเขตสัมพันธวงศ์ด้วยการสร้างพื้นที่สุขภาวะอย่างมีส่วนร่วม ผ่านกระบวนการเรียนรู้และลงมือทำร่วมกันของชุมชนกับภาคีที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนสร้างความยั่งยืนและส่งผลต่อการขับเคลื่อนนโยบายด้านพื้นที่สุขภาวะในเขตย่านเก่าของเมือง เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในชุมชน ฟื้นฟูมรดกทางวัฒนธรรม ส่งเสริมเศรษฐกิจ และสร้างแรงจูงใจให้เกิดการเดินและการมีกิจกรรมทางกายเพิ่มมากขึ้น

โปรแกรม/โครงการที่นำไปใช้: โครงการฯ ขับเคลื่อนการทำงานร่วมกับชุมชน โดยเริ่มจากการตั้งเป้าหมายร่วม กำหนดกรอบแนวคิด วางวิสัยทัศน์ ออกแบบกิจกรรม และลงมือทำร่วมกัน เพื่อสร้างการเรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพของชุมชน ผ่านการจัดการมรดกทางวัฒนธรรม และพัฒนาสภาพแวดล้อมให้เกิดสุขภาวะที่ดี เอื้อต่อการเรียนรู้ ด้วยเครื่องมือการออกแบบทางกายภาพที่ปรับเปลี่ยนพื้นที่ว่างและพื้นที่เสื่อมโทรมในชุมชนให้เป็นพื้นที่สีเขียวขนาดเล็กที่มีคุณภาพและใช้งานได้จริง เพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายของคนในชุมชน

บทเรียนรู้: ปัจจุบันชุมชนย่านตลาดน้อยเป็นที่รู้จักมากขึ้นและเป็นแหล่งเรียนรู้ของภาคการศึกษาของกลุ่มคนที่มีประเด็นร่วมด้านการฟื้นฟูย่านและเมือง ส่งผลให้เกิดความร่วมมือด้านการทำงานกับทุกภาคส่วน ทำให้คนในชุมชนให้ความสนใจและกลับมาดูแลพื้นที่ของตนเองมากขึ้น ซึ่งจะเป็นกำลังสำคัญด้านการมีบทบาทและยื่นข้อเสนอในเชิงนโยบายกับภาครัฐในประเด็นเรื่องเมืองสุขภาวะต่อไป

บทสรุป: โครงการฯ เป็นการออกแบบพื้นที่ของชุมชนอย่างมีส่วนร่วม รวมถึงสร้างความเป็นเจ้าของพื้นที่ร่วมกันระหว่างคนในชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนหาแนวทางการส่งเสริมและสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย

คำสำคัญ: ตลาดน้อย, ฟื้นฟูย่าน, ปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย, การเดิน, พื้นที่สาธารณะขนาดเล็ก

บทนำ

ย่านตลาดน้อยเป็นย่านเก่าของชุมชนชาวจีน ตั้งอยู่ใจกลางเมืองในเขตสัมพันธวงศ์ ซึ่งเติบโตจากการเป็นย่านค้าขายและท่าเรือ มีต้นทุนที่เข้มแข็งด้านเครือข่ายทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ทำเลที่ตั้ง จึงมีการอยู่อาศัยหนาแน่นและใช้พื้นที่อย่างเต็มศักยภาพมาตลอดเนื่องจากที่ดินมีราคาสูง และเป็นทำเลค้าขายที่สำคัญ จึงเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาทางด้านกายภาพ และสิ่งแวดล้อมสะสมมาเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้เขตนี้ขาดแคลนพื้นที่สาธารณะและมีสัดส่วนพื้นที่สีเขียวที่น้อยที่สุดในกรุงเทพมหานคร ประกอบกับพื้นที่ส่วนกลางของชุมชนในอดีตนั้นมีลักษณะการครอบครองแบบกึ่งสาธารณะ เช่น ท่าเรือ โกดังสินค้า เป็นต้น ซึ่งปัจจุบันได้ถูกปรับเปลี่ยนเป็นพื้นที่ส่วนตัวตามกรรมสิทธิ์การถือครองที่ดิน อีกทั้งยังมีระบบสาธารณูปโภคที่เก่า จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตของคนในย่านลดลง และเป็นสาเหตุหนึ่งของการย้ายที่อยู่อาศัยของกลุ่มคนรุ่นหลังตั้งแต่ พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา ดังสถิติของจำนวนประชากรเขตที่ลดลงอย่างต่อเนื่องกว่าร้อยละ 46.7 ในช่วงเวลา 24 ปี ที่ผ่านมา กล่าวคือ เมื่อปี พ.ศ. 2540 เขตสัมพันธวงศ์มีประชากร 38,984 คน / พ.ศ. 2550 มีประชากร 30,646 คน / พ.ศ. 2560 มีประชากร 24,150 คน / พ.ศ. 2564 มีประชากร 20,777 คน (สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (n.d.) ทำให้เขตสัมพันธวงศ์มีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุที่สูงที่สุดในกรุงเทพมหานครถึงร้อยละ 28.07 หรือจำนวน 6,411 คน ในปี พ.ศ. 2560 (กองยุทธศาสตร์สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล กรุงเทพมหานคร, 2562) ซึ่งถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super – Aged Society) หากไม่มีนโยบายหรือแนวทางการฟื้นฟูย่านที่สามารถรองรับสถานการณ์ผู้สูงอายุ และกระตุ้นให้ย่านนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ชุมชนในเขตสัมพันธวงศ์ก็จะมีโอกาสเป็นแหล่งเสื่อมโทรมที่เต็มไปด้วยผู้สูงอายุที่มีกายภาพและสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการใช้ชีวิต และสูญเสียจิตวิญญาณ ตัวตน รวมถึงความเข้มแข็งทางวัฒนธรรมไปพร้อมกับคนรุ่นใหม่ที่ตัดสินใจย้ายถิ่นฐานออกไปเพื่อต้องการคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากโอกาสของการพัฒนาระบบโครงข่ายขนส่งสาธารณะด้วยระบบรางของกรุงเทพมหานครส่งผลให้เขตสัมพันธวงศ์ที่มีขนาดพื้นที่เพียง 1.4 ตารางกิโลเมตร เป็นจุดตัดของระบบขนส่งสาธารณะใจกลางเมือง ได้แก่ สถานีรถใต้ดิน 3 สถานี ท่าเรือด่วน 4 ท่า ท่าเรือข้ามฟาก 3 ท่า และป้ายรถเมล์กว่า 15 ป้าย ด้วยศักยภาพเหล่านี้การเดินจึงเป็นการสัญจรทางเลือกที่ดีที่สุดที่จะเปลี่ยนแปลงย่านนี้ไปสู่พื้นที่สุขภาวะที่ผู้คนมีวิถีชีวิตกระฉับกระเฉง (active lifestyle) และก้าวเข้าสู่เมืองที่ใช้การเดินทางแบบคาร์บอนต่ำเป็นหลัก นอกจากนี้การเดินยังเป็นเครื่องมือที่ดีที่กระตุ้นให้เกิดความเปลี่ยนแปลงและสร้างชีวิตชีวาในพื้นที่ด้าน (1) การยกระดับคุณภาพชีวิดด้านสภาพแวดล้อมและความปลอดภัย (2) การเรียนรู้และอนุรักษ์มรดกทางวัฒนธรรมในชุมชน (3) ส่งเสริมเศรษฐกิจและการท่องเที่ยวในระดับฐานรากของชุมชน ด้วยการเพิ่มศักยภาพการเข้าถึง สร้างแรงจูงใจและส่งเสริมให้ผู้คนใช้การเดินเข้าถึงพื้นที่ต่าง ๆ ใช้เวลาและทำกิจกรรมอยู่ภายในย่านได้ยาวนานขึ้น

ด้วยเหตุนี้จึงเป็นที่มาของการฟื้นฟูย่านตลาดน้อยภายใต้วิสัยทัศน์ “ลูกหลานยังอยู่ วัฒนธรรมได้รับการสืบทอด ค้าขายดีคนคึกคัก” ร่วมกับพัฒนาสภาพแวดล้อมจากต้นทุนด้านทำเลที่ตั้งและมรดกทางวัฒนธรรมของพื้นที่ให้เป็นย่านแห่งการเดิน ด้วยการฟื้นฟูพื้นที่สาธารณะขนาดเล็กในพื้นที่และเชื่อมโยงด้วยเครือข่ายทางเดินที่มีอยู่เดิม เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในชุมชน ฟื้นฟูมรดกทางวัฒนธรรม ส่งเสริมเศรษฐกิจ และสร้างแรงจูงใจให้เกิดการเดินและการมีกิจกรรมทางกายเพิ่มมากขึ้น

ขั้นตอนการดำเนินโปรแกรม/โครงการ (Program/project implementation)

ประวัติความเป็นมา

โครงการฯ เริ่มดำเนินงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 - พ.ศ. 2564 (บริษัทปั้นเมืองจำกัด, 2561; 2562; 2564; 2565; สถาบันอาศรมศิลป์, 2555; 2558; 2559; 2560) โดยเริ่มขับเคลื่อนการทำงานร่วมกับชุมชน โดยเริ่มจากการตั้งเป้าหมายร่วม กำหนดกรอบแนวคิด วางวิสัยทัศน์ ออกแบบกิจกรรม และลงมือทำร่วมกัน เพื่อสร้างการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของชุมชน ผ่านการจัดการมรดกทางวัฒนธรรม และพัฒนาสภาพแวดล้อมให้เกิดสุขภาวะที่ดี

เอื้อต่อการเรียนรู้ ด้วยเครื่องมือการออกแบบทางกายภาพที่ปรับเปลี่ยนพื้นที่ว่างและพื้นที่เสื่อมโทรมในชุมชนให้เป็นพื้นที่สีเขียวขนาดเล็กที่มีคุณภาพและใช้งานได้จริง เพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายของคนในชุมชน

กระบวนการฟื้นฟูย่านตลาดน้อยอย่างมีส่วนร่วมนั้น มีเป้าหมายที่จะผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายด้านเมืองสุขภาวะ ซึ่งหมายถึงเมืองที่เอื้ออำนวยต่อการสร้างภาวะแห่งการมีความสุขให้กับคนเมืองทั้งด้านกาย จิต ปัญญา สังคม ด้วยวิธีการสร้างกิจกรรมและการเรียนรู้ให้กับภาคีที่เกี่ยวข้องภายในย่านและพื้นที่โดยรอบให้มีส่วนช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้คนที่อยู่อาศัยในเขตเมืองชั้นในให้มีวิถีชีวิตสุขภาวะจากการเป็นย่านแห่งการเดิน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ปรับภูมิทัศน์ สร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีและมีพื้นที่สาธารณะที่สามารถรองรับกิจกรรมทางกายหรือกิจกรรมทางสังคมได้ในระยะที่เดินถึงจากชุมชน และเป็นแหล่งเรียนรู้ด้านประวัติศาสตร์และวัฒนธรรมร่วมกับการส่งเสริมเศรษฐกิจในชุมชนในแนวทางของย่านสร้างสรรค์แห่งการเดินได้อย่างปลอดภัยและเป็นมิตรกับคนทุกประเภทและทุกวัย โดยใช้พื้นที่ย่านตลาดน้อยเป็นพื้นที่นำร่อง

วัตถุประสงค์

ฟื้นฟูเขตสัมพันธวงศ์ด้วยการสร้างพื้นที่สุขภาวะอย่างมีส่วนร่วม ผ่านกระบวนการเรียนรู้และลงมือทำร่วมกันของชุมชนกับภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความยั่งยืนและส่งผลต่อการขับเคลื่อนนโยบายด้านพื้นที่สุขภาวะในเขตย่านเก่าของเมือง

กิจกรรมหลัก

1) การเก็บข้อมูล และสร้างสื่อเพื่อขับเคลื่อนโครงการ
2) การเสริมศักยภาพ และการเรียนรู้ร่วมกับชุมชนและภาคีที่เกี่ยวข้อง
3) การจัดทำข้อเสนอและสร้างปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย

โครงสร้างองค์กร/หน่วยงานที่รับผิดชอบโปรแกรม

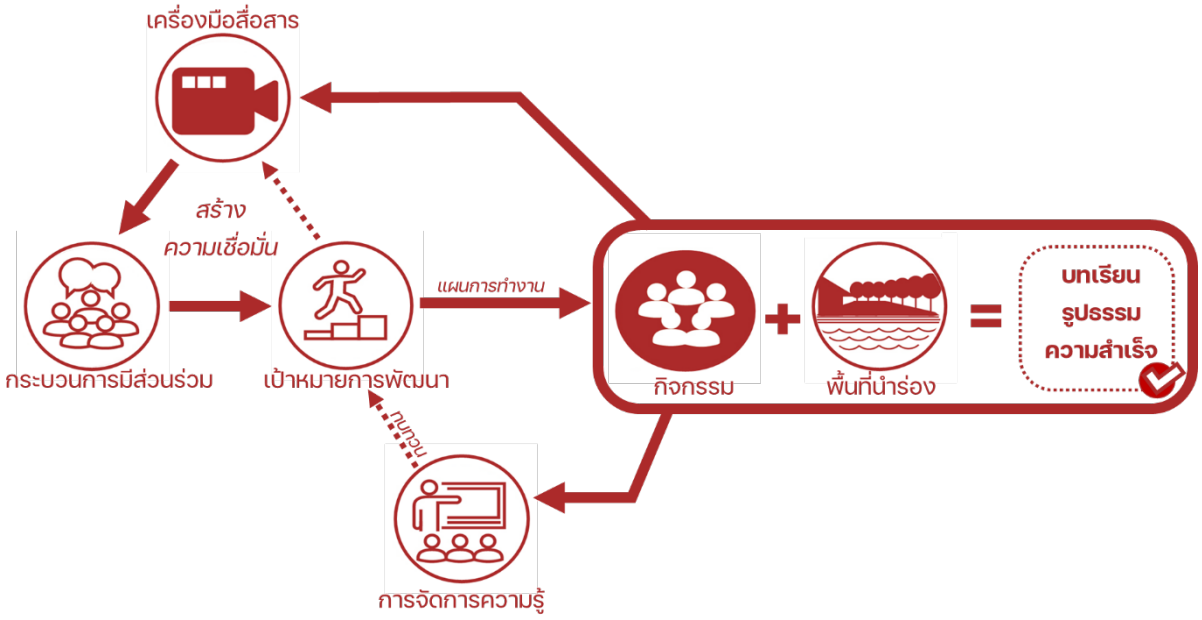
โครงการสร้างปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกายเพื่อฟื้นฟูย่านเก่าของเมืองอย่างมีส่วนร่วม ได้รับการสนับสนุนทุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ดำเนินการโดย บริษัทปั้นเมือง จำกัด ภายใต้ความร่วมมือกับชุมชน ชมรม และหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในเขตสัมพันธวงศ์ มีพื้นที่ดำเนินการหลักอยู่ที่แขวงตลาดน้อย ซึ่งมีภาคีที่สำคัญได้แก่ ชุมชนตลาดน้อย กลุ่มคนรักตลาดน้อย เครือข่ายการท่องเที่ยวย่านตลาดน้อย ชมรมแม่บ้านและผู้สูงอายุเขตสัมพันธวงศ์ เครือข่ายประธานชุมชนเขตสัมพันธวงศ์ สำนักงานเขตสัมพันธวงศ์ สำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจสร้างสรรค์ (องค์การมหาชน) และกรมเจ้าท่า เพื่อกำหนดเป้าหมาย สร้างการรับรู้ ทำความเข้าใจและร่วมกันฟื้นฟูพื้นที่เขตสัมพันธวงศ์ในแนวทางของพื้นที่สุขภาวะ (พื้นที่สร้างสรรค์)

การติดตามและประเมินผล

การติดตามและประเมินผลภายใต้โครงการฯ นั้นจะใช้วิธีการติดตามผลในทุกกิจกรรมย่อยในรูปแบบการทำงานแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้เครื่องมือการประชุมติดตามงาน การทบทวนหลังปฏิบัติงาน (After Action Review: AAR) และการจัดการความรู้ (Knowledge Management) ในระหว่างขั้นตอนการทำงานและหลังสิ้นสุดโครงการย่อย เพื่อทบทวนเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และผลการดำเนินงานของทีมทำงานและกลุ่มภาคีที่สำคัญต่อการขับเคลื่อนงาน รวมไปถึงการปรับแผนงานตามความเหมาะสม พร้อมกับการนำผลผลิต ผลลัพธ์ที่ได้ไปสร้างสื่อที่เหมาะสมเพื่อสื่อสารกับสาธารณะให้มีส่วนร่วมในการสนับสนุนหรือเป็นภาคีในการสร้างปฏิบัติการร่วมกันกับโครงการฯ

การถอดบทเรียน

วิธีการที่ใช้ในการถอดบทเรียนจากการทำงานพื้นที่สุขภาวะตลอด 9 ปี ในย่านไชน่าทาวน์ จะเน้นไปที่กระบวนการทำงานในแต่ละขั้นตอนของโครงการที่จะทำให้ประสบผลสำเร็จ รวมถึงปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้อง ความสำเร็จเกิดจากปัจจัยอะไร ด้วยการทบทวนเอกสารรายงานสรุปโครงการในแต่ละปี ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ของตัวแทนชุมชนและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับโครงการฯ



ภาพที่ 1 แสดงกระบวนการใช้กิจกรรมเป็นเครื่องมือสำหรับสร้างการมีส่วนร่วม และส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงชุมชน

ทำให้ได้เป็นข้อสรุปของแนวทางการทำงานที่เหมาะสม ปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูย่าน และองค์ประกอบสำคัญของแนวคิดการฟื้นฟูย่านด้วยการเดินดังต่อไปนี้

1) แนวทางการทำงานที่เหมาะสมต่อการฟื้นฟูย่านอย่างมีส่วนร่วม ประกอบด้วย

- มีความเข้าใจในพื้นที่
- สร้างการมีส่วนร่วม
- มีกลไกการทำงาน
- สร้างปฏิบัติการ

2) มีกระบวนการเรียนรู้ปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูย่าน

- ทัศนคติร่วมเพื่อสร้างกลไกการทำงาน
- การบริหารปัจจัยแวดล้อม
- การประยุกต์ใช้องค์ความรู้
- การบริหารและพัฒนาทักษะ
- การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วม
- การจัดการวิกฤติ
- การเรียนรู้และเปลี่ยนแปลง

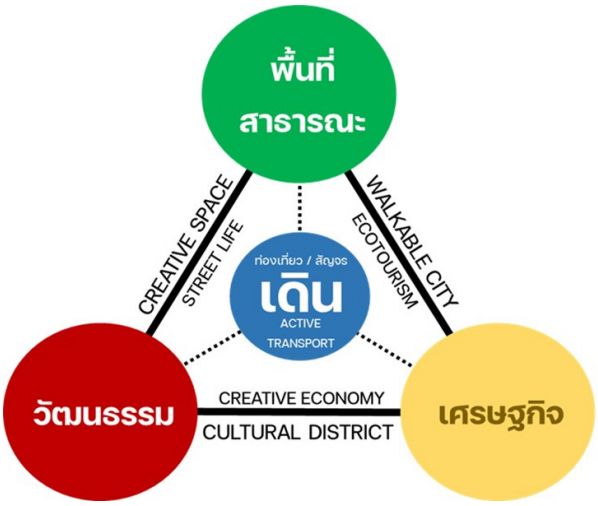
เพื่อหาแนวทางการออกแบบพื้นที่ของชุมชนอย่างมีส่วนรวม รวมถึงสร้างความเป็นเจ้าของของพื้นที่ร่วมกันระหว่างคนในชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนหาแนวทางการส่งเสริมและสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย

3) แนวคิดการฟื้นฟูย่านด้วยการเดิน

การทำงานฟื้นฟูย่านไชน่าทาวน์สู่การเป็นเมืองสุขภาวะตามเป้าหมายและวิสัยทัศน์ของย่านนั้น ได้ทำงานผ่านประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ พื้นที่สาธารณะ วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ แล้วเชื่อมโยงด้วยการเดินท่องเที่ยวและสัญจรในชีวิตประจำวันนั้นสามารถส่งผลให้ย่านนี้เกิดเป็นย่านที่มีปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกายด้วยองค์ประกอบของ

- *พื้นที่สร้างสรรค์ (Creative Space)* ที่นำต้นทุนทางด้านวัฒนธรรมมาผนวกกับการจัดการพื้นที่สาธารณะที่มีคุณภาพให้มีชีวิตชีวา (Street Life) ซึ่งรองรับกิจกรรมที่หลากหลาย ทำให้เกิดความน่าสนใจและคนอยากเข้ามาทำกิจกรรม ศึกษาเรียนรู้หรือเดินท่องเที่ยวในพื้นที่
- *เมืองแห่งการเดิน (Walkable City)* ที่นำพื้นที่สาธารณะและทางเดินซึ่งมีการออกแบบและจัดการที่ดีมาแทรกแนวคิดทางด้านเศรษฐกิจลงไป ให้เป็นเมืองที่เดินได้และเป็นทางเลือกหลักและเป็นทางเลือกหลักของการโดยส่งเสริมให้คนเดินทางแบบคาร์บอนต่ำ (Low Carbon Transport / Micro Mobility / Active Transport) และใช้ระบบขนส่งสาธารณะมากขึ้น จะช่วยส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมทางเศรษฐกิจย่อย ๆ ตามเส้นทางสัญจรและในชุมชน

- *ย่านวัฒนธรรม (Cultural District)* ที่นำต้นทุนทางด้านวัฒนธรรมและเศรษฐกิจที่เป็นเอกลักษณ์มาส่งเสริมด้วยแนวทางเศรษฐกิจสร้างสรรค์ (Creative Economy) และการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมด้วยเส้นทางการเดินที่เชื่อมโยงกับมรดกทางวัฒนธรรมและการค้าภายในชุมชน



ภาพที่ 2 แสดงแนวคิดไชน่าทาวน์ย่านน่าเดินที่ใช้การเดินเชื่อมโยงประเด็นสำคัญในย่านด้านพื้นที่สาธารณะ วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ

บทสรุป

การสร้างปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกายเพื่อฟื้นฟูย่านเก่าของเมืองอย่างมีส่วนร่วมกรณีศึกษา: ย่านตลาดน้อย เป็นโครงการฯ การออกแบบพื้นที่ของชุมชนอย่างมีส่วนรวม รวมถึงสร้างความเป็นเจ้าของของพื้นที่ร่วมกันระหว่างคนในชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนหาแนวทางการส่งเสริมและสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย ปัจจุบันชุมชนย่านตลาดน้อยเป็นที่รู้จักมากขึ้นและเป็นแหล่งเรียนรู้ของภาคการศึกษาและกลุ่มคนที่มีประเด็นร่วมด้านการฟื้นฟูย่านและเมือง ส่งผลให้เกิดความร่วมมือด้านการทำงานกับทุกภาค ทำให้คนในชุมชนให้ความสนใจและกลับมาดูแลพื้นที่ของตนเองมากขึ้น ซึ่งจะเป็นกำลังสำคัญด้านการมีบทบาทและยื่นข้อเสนอในเชิงนโยบายกับภาครัฐในประเด็นเรื่องเมืองสุขภาวะต่อไป

เพื่อการฟื้นฟูย่านให้เกิดเป็นพื้นที่สุขภาวะ ตลอดจนออกแบบพื้นที่ของชุมชนอย่างมีส่วนรวม รวมถึงสร้างความเป็นเจ้าของของพื้นที่ร่วมกันระหว่างคนในชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โครงการฯ จึงมีข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของภาคส่วนต่าง ๆ ได้ดังนี้

ข้อเสนอต่อชุมชน

- ทบทวนเป้าหมายและวิสัยทัศน์ในปัจจุบัน และกำหนดแผนงานต่อเนื่องที่ชัดเจน
- ขยายเครือข่ายความร่วมมือให้ครอบคลุมพื้นที่และประเด็นมากขึ้น
- สร้างศูนย์กลางข้อมูล โครงการ และงานวิจัยของชุมชนให้เป็นระบบผ่านการสร้างความร่วมมือจากภาคการศึกษา

ข้อเสนอต่อต่อหน่วยงานผู้สนับสนุนงบประมาณและผู้กำกับนโยบาย

- เป็นตัวกลางในการเชื่อมประสานการทำงานกับเครือข่าย และหน่วยงานอื่น ๆ
- ร่วมกันผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะ ด้านเมืองสุขภาวะ

ข้อเสนอต่อภาคีเครือข่ายภาครัฐและเอกชน

- ควรให้ความสำคัญและใช้พื้นที่เป็นตัวตั้งในการทำงานมากกว่าประโยชน์ส่วนตัว
- สร้างความร่วมมือกับภาคีอื่นที่ทำงานอยู่บนพื้นที่เดียวกัน

อ้างอิง

1 กองยุทธศาสตร์สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม. (2562). รายงานข้อมูลผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานครจากฐานประชากรในระบบทะเบียนราษฎร. สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล กรุงเทพมหานคร.

2 บริษัทปั้นเมืองจำกัด. (2561). รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการฟื้นฟูย่านไชน่าทาวน์สู่การเป็นย่านสุขภาวะแห่งการเดิน. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

3 บริษัทปั้นเมืองจำกัด. (2562). รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการไชน่าทาวน์เมืองสุขภาวะแห่งการเดิน. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

4 บริษัทปั้นเมืองจำกัด. (2564). รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการย่านน่าเดินเขตสัมพันธวงศ์. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

5 บริษัทปั้นเมืองจำกัด. (2565). รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการถอดบทเรียนการทำงาน 9 ปี ย่านไชน่าทาวน์พื้นที่สุขภาวะ. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

6 สถาบันอาศรมศิลป์. (2555). รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการกรุงเทพมหานครน่าอยู่ยั่งยืน. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

7 สถาบันอาศรมศิลป์. (2558). รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการสร้างเสริมสุขภาวะ (พื้นที่สร้างสรรค์) ระยะที่ 1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

8 สถาบันอาศรมศิลป์. (2559). รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการสร้างเสริมสุขภาวะ (พื้นที่สร้างสรรค์) ระยะที่ 2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

9 สถาบันอาศรมศิลป์. (2560). รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการไชน่าทาวน์ย่านน่าเดิน. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

10 สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2565). โครงสร้างข้อมูลสถิติจำนวนประชากร. สืบค้น 8 ตุลาคม 2565 .จาก https://stat.bora.dopa.go.th/new_stat/webPage/statByYear.php

สถานการณ์ความเหลื่อมล้ำของการมีกิจกรรมทางกายในประเทศไทย

ณรากร วงษ์สิงห์ [1], คมกฤช ตะเพียนทอง [1], วณิสรา เจริญรมย์ [1]*

[1] ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (ทีแพค), สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม, ประเทศไทย

[*]การติดต่อ:
ณรากร วงษ์สิงห์
Email: narakorn.wongs@gmail.com

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: องค์การอนามัยโลกระบุว่าความเหลื่อมล้ำทางโอกาสสำหรับผู้คนกลุ่มต่าง ๆ ในการมีกิจกรรมทางกายสะท้อนให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมของระบบส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย และจำเป็นต้องได้รับการเปลี่ยนแปลง แม้กิจกรรมทางกายของประชากรไทยจะมีแนวโน้มที่ดี แต่หากพิจารณาอาจจะมีความเหลื่อมล้ำและไม่เท่าเทียมตามที่ทั่วโลกกำลังเผชิญ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำในมิติของลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคมที่ส่งผลต่อการมีกิจกรรมทางกายคนไทย เพื่อให้ได้ข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการออกแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกายกับประชากรไทยต่อไป

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษาครั้งนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากการสำรวจเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทย ปี 2564 ที่ใช้วิธีการดำเนินการสุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนระดับประเทศ จำนวน 7,665 ราย โดยใช้ข้อมูลการสำรวจกิจกรรมทางกายระดับสากล หรือ GPAQ และใช้ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ และข้อมูลการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ และวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ที่อธิบายถึงความเหลื่อมล้ำในมิติต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อระดับการมีกิจกรรมทางกายของประชากร

ผลการศึกษา: พบว่า มีประชากรไทยอย่างน้อย 5 กลุ่ม มีความเหลื่อมล้ำในการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ โดยพบว่าระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของผู้ชายยังคงสูงกว่าผู้หญิง เด็กและเยาวชนมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอน้อยกว่าวัยทำงานและผู้สูงอายุ กลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรือจบการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือมัธยมศึกษาตอนต้นมีกิจกรรมทางกายน้อยกว่าระดับปริญญาตรีขึ้นไป และกลุ่มประชากรที่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือไม่ทำงานมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอน้อยกว่าอาชีพอื่น ๆ

บทสรุป: จากสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำในการขาดกิจกรรมทางกายที่เพียงพอในประชากร 5 กลุ่ม กล่าวคือ ผู้หญิง เด็กและเยาวชน ผู้ได้รับการศึกษาน้อย ผู้ไม่มีอาชีพ และผู้มีรายได้น้อย จึงจำเป็นต้องดำเนินงานและขับเคลื่อนเชิงกลยุทธ์การส่งเสริมและสนับสนุนการมีกิจกรรมทางกาย ได้แก่ การสื่อสารและรณรงค์ การจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึง การจัดให้มีกิจกรรมและบริการที่เหมาะสม หลากหลาย และครอบคลุมต่อการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน

คำสำคัญ: กิจกรรมทางกาย, ความเหลื่อมล้ำ, ความไม่เท่าเทียม

บทนำ

องค์การอนามัยโลกระบุว่า สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 เป็นปรากฏการณ์ที่ช่วยเน้นย้ำให้เห็นถึงความสำคัญของกิจกรรมทางกายทั้งในมิติด้านสุขภาพกายและจิต รวมถึงได้เปิดเผยให้เห็นถึงความเปราะบางและความเหลื่อมล้ำทางโอกาสสำหรับชุมชนและผู้คนกลุ่มต่าง ๆ ในการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เท่าเทียมกัน อันสะท้อนให้เห็นถึงความแยกส่วน ความไม่เท่าเทียม และความไม่เป็นธรรมของระบบส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายที่เป็นอยู่ และสิ่งเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการเปลี่ยนแปลง (World Health Organization, 2021) จึงได้ทำการแถลงการณ์และเปิดตัว Fair Play Brief ขึ้นเมื่อช่วงเดือนตุลาคมที่ผ่านมา เพื่อให้ข้อสรุปเพื่อการดำเนินการดังกล่าวเป็นวาระสำคัญที่ประเทศสมาชิกได้ให้ความสำคัญและนำสู่การออกแบบและดำเนินการเชิงนโยบายด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้มีความเป็นธรรมและเสมอภาคมากยิ่งขึ้น โดยในช่วงเดือนตุลาคม 2564 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้เผยแพร่เอกสาร “Fair Play: Building a strong physical activity system for more active people” โดยชี้ให้เห็นข้อมูลเชิงสถานการณ์ของความเหลื่อมล้ำทางด้านกิจกรรมทางกายที่เกิดขึ้นกับกลุ่มประชากรต่าง ๆ ในระดับสากล โดยพบว่า “ผู้ใหญ่ 1 ใน 4 และเด็กและวัยรุ่น 4 ใน 5 มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ” “ผู้สูงอายุหรือผู้พิการขาดโอกาสการเข้าถึงการส่งเสริมและสนับสนุนอย่างเหมาะสม” “ผู้หญิงมีวิถีกระฉับกระเฉงน้อยกว่าผู้ชาย” “กลุ่มประเทศที่มีรายได้สูงขาดการมีกิจกรรมทางกายมากกว่ากลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำ” (Guthold et al., 2018, 2020; World Health Organization, 2021)

ตลอดระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ข้อมูลจากการติดตามและเฝ้าระวังสถานการณ์พฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทยได้ชี้ให้เห็นว่า แนวโน้มการมีกิจกรรมทางกายของคนไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2562 เป็นช่วงเวลาที่ประชากรไทยมีกิจกรรมทางกายสูงที่สุดในรอบ 10 ปี คือ มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกที่ร้อยละ 74.6 โดยเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 8.3 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2555 ซึ่งขณะนั้นคนไทยมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอร้อยละ 66.3 (ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย, 2564) ทว่าในช่วงปี 2563 และ 2564 ทั่วโลกต่างต้องเผชิญต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ส่งผลกระทบต่อมิติทางสุขภาพในหลายประการ รวมถึงผลกระทบต่อสถานการณ์การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากร โดยในปี 2563 การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของคนไทยลดลงเหลือเพียงร้อยละ 54.3 ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องจึงเร่งฟื้นระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอให้กลับมาดังเดิม จึงส่งผลทำให้ในปี 2564 ประชากรไทยมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 63.0 ซึ่งถือว่าเป็นสัญญาณที่ดีของการฟื้นระดับการมีกิจกรรมทางกายของคนไทยให้กลับมาเป็นเช่นเดิม (ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย, 2564) แม้สถานการณ์การมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทยในภาพรวมจะมีแนวโน้มที่ดีอย่างต่อเนื่องและแม้จะได้รับผลกระทบจากสถานการณ์โควิด-19 ก็กลับมาเช่นเดิม แต่อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาความเท่าเทียมของการส่งเสริมและสนับสนุนการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทยนั้น อาจจะสอดคล้องหรือมีทิศทางเดียวกันกับความเหลื่อมล้ำและไม่เท่าเทียมในด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่ทั่วโลกกำลังเผชิญ ดังนั้นเพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำและไม่เท่าเทียมของการส่งเสริมและสนับสนุนการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทย การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ความเหลื่อมล้ำในมิติของลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคมที่อาจจะเป็นตัวกำหนดและส่งผลต่อระดับการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทย เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำไปใช้ประโยชน์ในการออกแบบและกำหนดทิศทางการส่งเสริมและสนับสนุนการมีกิจกรรมทางกายให้กับประชากรไทยอย่างเท่าเทียมและทั่วถึงมากยิ่งขึ้น

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากการสำรวจเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทย ปี 2564 โดยศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำในมิติของลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคมที่อาจจะเป็นตัวกำหนดและส่งผลต่อระดับการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทย ที่ใช้วิธีการดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stages Random Sampling) แบบทราบความน่าจะเป็น (Probability Random Sampling) กำหนดค่าความเชื่อมั่นสูงสุดที่ร้อยละ 95 เพื่อเป็นตัวแทนระดับประเทศ โดยพิจารณาจากที่อยู่อาศัยที่มีความเป็นเขตเมืองและชนบท เพศและอายุ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นประชากรของ 77 จังหวัด รวมกรุงเทพมหานคร จำนวนขั้นต่ำ 7,665 ราย (ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย, 2564) สำหรับวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำในมิติของลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคม ที่เป็นตัวกำหนดและส่งผลต่อระดับการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ใช้ข้อมูลการสำรวจกิจกรรมทางกายระดับสากล หรือ GPAQ (Global Physical Activity Questionnaire) เวอร์ชั่น 2 ที่พัฒนาโดยผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลก เพื่อประเมินกิจกรรมทางกายหรือการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังใน 3 หมวดประกอบด้วย หมวดที่ 1) กิจกรรมในการทำงาน (Activity at work) ทั้งงานบ้านและงานอาชีพ หมวดที่ 2) กิจกรรมในการเดินทางจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง (Travel to and from place) และหมวดที่ 3) กิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ/นันทนาการ (Recreational activities) และข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคม ข้อมูลการสำรวจการรับรู้ข้อมูลข่าวสารการรณรงค์ให้ความรู้ด้านต่าง ๆ รวมถึงเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชุมชนและในสถานที่ทำงาน โดยวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพและรายได้ เปรียบเทียบกับระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ เพื่ออธิบายถึงความเหลื่อมล้ำของการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทย

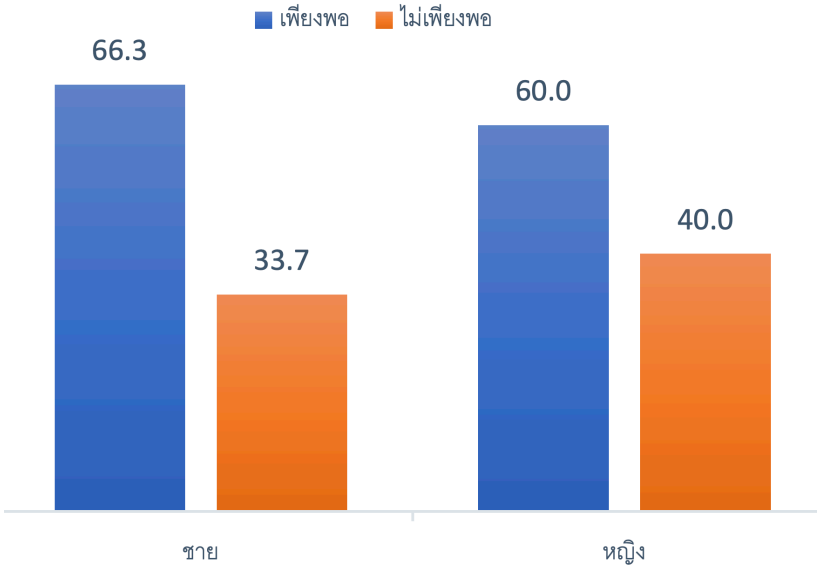
รวบรวมข้อมูลผ่านช่องทางเฟซบุ๊ค (Facebook) โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ ที่เรียกว่า “TPAK Survey System” ซึ่งพัฒนาเป็น Platform จาก Lime Survey ให้เป็นเครื่องมือสำหรับรวบรวมข้อมูลบนระบบฐานข้อมูลออนไลน์ และวิเคราะห์โดยอาศัยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) อาทิ จำนวน ร้อยละ ที่อธิบายถึงความเหลื่อมล้ำในมิติของลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลต่อระดับการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทย

โดยโครงการการสำรวจเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทย ประจำปี 2564 ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคน สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 21 พฤษภาคม 2564 เลขที่ 2021/05-114

ผลการศึกษาและอภิปรายผล

เมื่อพิจารณาปัจจัยลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคม ที่นำไปสู่ความเหลื่อมล้ำและความไม่เท่าเทียมและส่งผลต่อระดับการมีกิจกรรมทางกายของคนไทย พบว่าสอดคล้องกับปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งลักษณะทางประชากรไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านเพศ ช่วงวัย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และการเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่ล้วนแต่มีอิทธิพลหรือความสัมพันธ์ที่นำไปสู่ความเหลื่อมล้ำ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

โดยพบว่าผู้หญิงมีกิจกรรมทางกายใกล้เคียงกับผู้ชายมากที่สุดในปี 2557 (ผู้ชายร้อยละ 61.9, ผู้หญิงร้อย 59.9) ซึ่งเป็นช่วงของระดับการมีกิจกรรมทางกายของคนไทยในภาพรวมไม่สูงมากนัก และผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในปี 2564 สถานการณ์การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของผู้ชายก็ยังคงสูงกว่าผู้หญิงถึงร้อยละ 6.3 (ผู้ชายร้อยละ 66.3, ผู้หญิงร้อยละ 60.0) ซึ่งยืนยันได้ว่า ไม่ว่าสถานการณ์ทางสังคมจะเป็นเช่นไร ความแตกต่างทางเพศยังคงเป็นปัจจัยความเหลื่อมล้ำทางด้านกิจกรรมทางกายที่สำคัญ ผู้หญิงไทยยังต้องเผชิญอุปสรรคในการเคลื่อนไหวและมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ



ภาพที่ 1 ร้อยละการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทย ปี 2564 จำแนกตามเพศ

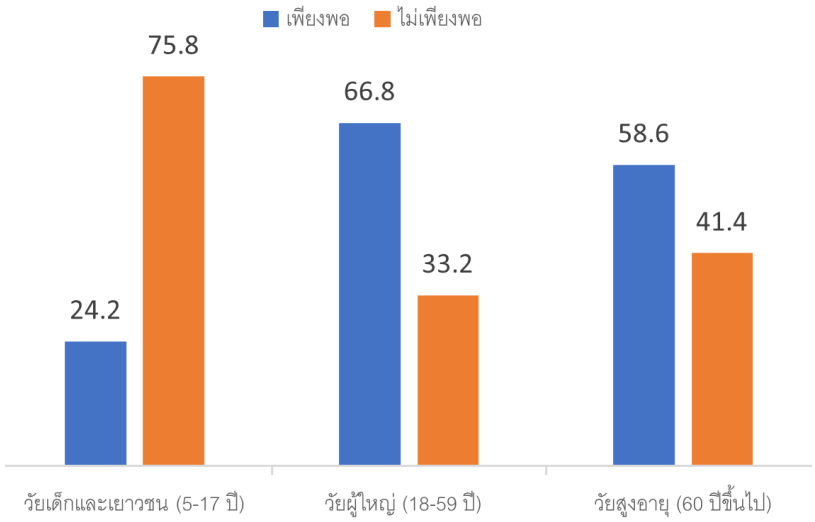
แม้ว่าผู้หญิงร้อยละ 44.3 จะเคยได้รับรู้เกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารการรณรงค์ให้ความรู้ด้านสุขภาพใกล้เคียงกับผู้ชาย แต่พบว่าเมื่อมีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายหรือออกกำลังกายของชุมชนผู้ชายมักจะเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ถึงร้อย 66.3 ในขณะที่ผู้หญิงเข้าร่วมเพียงร้อยละ 53.0 เท่านั้น ตลอดจนการใช้พื้นที่และอุปกรณ์ที่ส่งเสริมการทำกิจกรรมทางกายนั้นพบว่าผู้ชายใช้พื้นที่และอุปกรณ์ต่าง ๆ ภายในชุมชนมากกว่าผู้หญิงเช่นเดียวกัน

ความแตกต่างเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของผู้หญิงยังคงน้อยกว่าผู้ชาย ดังนั้น ในการส่งเสริมหรือสนับสนุนดังกล่าว หากผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนสามารถดำเนินการจัดทำชุดความรู้ ออกแบบกิจกรรม จัดสรรพื้นที่รวมถึงอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้หญิง อาจจะช่วยทำให้ลดความเหลื่อมล้ำและความไม่เท่าเทียม เพื่อให้ผู้หญิงสามารถเข้าถึงโอกาสอย่างเป็นธรรมในการมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอมากยิ่งขึ้น

หากเด็กและเยาวชนได้รับการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสติปัญญา ให้เจริญเติบโต สมบูรณ์แข็งแรงตามช่วงวัยที่ควรจะได้รับแล้ว ก็จะทำให้เป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในวันหน้า แต่สถานการณ์ที่เด็กกำลังเผชิญขณะนี้กลับพบว่ามีเด็กไทยอยู่ในภาวะเตี้ย มีภาวะอ้วน และบางส่วนมีปัญหาผอม ซึ่งสาเหตุสำคัญเป็นผลมาจากการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการใช้หน้าจอ รวมถึงการขาดการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก

ในปี 2555 เด็กและเยาวชนมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอร้อยละ 24.9 ซึ่งอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับในปี 2564 ที่พบว่ามีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอร้อยละ 24.2 สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าตลอดระยะเวลาผ่านมาปีที่ 10 กิจกรรมทางกายของเด็กและเยาวชนยังคงมีแนวโน้มอยู่ในระดับต่ำแบบคงที่ ในขณะที่ระดับการมีกิจกรรมทางกายของวัยทำงานและผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จะลดลงมาบ้าง (วัยทำงานร้อยละ 66.8, ผู้สูงอายุร้อยละ 55.6) แต่ก็ยังคงสูงกว่ากลุ่มประชากรวัยเด็กและเยาวชนอยู่มาก

ทั้งนี้ พบว่า เด็กและเยาวชนส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้รับรู้เกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารการรณรงค์ให้ความรู้สุขภาพต่าง ๆ รวมถึงกิจกรรมทางกาย ออกกำลังกาย และเล่นกีฬา (รับรู้ข้อมูลร้อยละ 31.1) ดังนั้น การส่งเสริมและสนับสนุนให้เด็กและเยาวชนมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอในโรงเรียนและสถานศึกษาอาจจะนำไปสู่การสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงโอกาสที่จะได้รับการพัฒนาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสติปัญญา ให้เจริญเติบโตสมบูรณ์แข็งแรงตามช่วงวัย



ภาพที่ 2 ร้อยละการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทย ปี 2564 จำแนกตามช่วงวัย

พบว่า ประชากรที่ไม่ได้เรียนหนังสือ หรือจบการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือมัธยมศึกษาตอนต้นมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอน้อยกว่า (ระดับประถมศึกษาร้อยละ 54.2, ไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 61.1, ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 61.7 และตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมากกว่าร้อยละ 67.7) กลุ่มประชากรที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการประกอบอาชีพมากกว่าการออกกำลังกาย ทำให้ร้อยละการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของกลุ่มประชากรที่ระดับการศึกษาน้อยมีน้อยกว่ากลุ่มประชากรที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่า

ดังนั้น การส่งเสริมให้ประชากรกลุ่มดังกล่าวมีโอกาสที่เท่าเทียมต่อการเข้าถึงการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอจำเป็นจะต้องใช้การสื่อสารข้อมูลความรู้ที่หลากหลายเพื่อสร้างการตระหนักรู้ถึงความสำคัญต่อการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ โดยรูปแบบการสื่อสารควรมีหลากหลายช่องทาง ไม่ว่าจะด้วยข้อความหรือรูปภาพที่ครอบคลุมเข้าถึงง่าย ตลอดจนโฆษณาหรือคลิปวิดีโอ โดยให้ชุมชนสามารถนำไปปรับใช้ให้มีความเหมาะสมกับบริบท อีกทั้งการสร้างความเข้าใจจำเป็นต้องอาศัยสิ่งอำนวยความสะดวกและผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนหรือศูนย์บริการทางสุขภาพคอยให้ความรู้ ความเข้าใจ ให้คำปรึกษาแนะนำประโยชน์ของการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ

พบว่า กลุ่มประชากรที่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือไม่ทำงานมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอร้อยละ 46.5 เท่านั้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำและการขาดโอกาสที่จะเข้าถึงการส่งเสริมและสนับสนุนทางสุขภาพมากกว่ากลุ่มอาชีพอื่น ๆ ขณะที่เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอาชีพที่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมากที่สุด 4 อันดับแรก คือ อาชีพเลี้ยงสัตว์ ข้าราชการบำนาญ เกษตรกรรม และข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้างส่วนราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 78.6, 74.4, 72.4 และ 71.2 ตามลำดับ) จะเห็นได้ว่ามีความแตกต่างอยู่ประมาณร้อยละ 30

เนื่องจากลักษณะของการทำงานที่เป็นการใช้พละกำลังแรงกายหรือออกแรงในการทำงานระหว่างประกอบอาชีพ อีกทั้งในกลุ่มของข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ ที่สามารถจัดการเวลาของตนเองในระหว่างวัน หรือช่วงหลังเลิกงานที่เอื้อต่อการออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายมากกว่า รวมถึงในช่วงของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 หลายกลุ่มอาชีพต้องทำงานที่บ้านมากขึ้น ในทางกลับกันมีหลายกลุ่มอาชีพที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 กลายเป็นผู้ที่ไม่มีอาชีพและไม่ได้ทำงานจำนวนมาก ส่งผลกระทบต่อโอกาสในการเข้าถึงรายได้และเข้าถึงปัจจัยที่ส่งเสริมทางสุขภาพอื่น ๆ ตามมา ดังนั้น แนวทางการส่งเสริมและสนับสนุนเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางประชากรที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์เช่นนี้ คือ ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับชุมชน จำเป็นต้องจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้กลุ่มประชากรที่ได้รับผลกระทบมีโอกาสเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวก สถานที่ พื้นที่ และอุปกรณ์ได้อย่างปลอดภัย เข้าถึงง่าย โดยไม่มีค่าใช้จ่ายหรือราคาไม่แพง เพื่อให้กลุ่มคนที่ไม่มีงานทำและไม่ได้ประกอบอาชีพได้เข้าถึงการส่งเสริมและสนับสนุนการมีกิจกรรมทางกายที่เท่าเทียมเพื่อการมีสุขภาพและมีสุขภาวะที่ดีในการดำเนินชีวิตต่อไป

ตารางที่ 1 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพและการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ

กลุ่มอาชีพ		การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ		รวม
		เพียงพอ	ไม่เพียงพอ	
1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ไม่ทำงาน	จำนวน	346	398	744
	ร้อยละ	46.5	53.5	100.0
2. ว่างงาน/กำลังหางาน	จำนวน	280	123	403
	ร้อยละ	69.5	30.5	100.0
3. นักเรียน/นิสิต/นักศึกษา	จำนวน	750	650	1,400
	ร้อยละ	53.6	46.4	100.0
4. เกษตรกรรม	จำนวน	417	159	576
	ร้อยละ	72.4	27.6	100.0
5. เลี้ยงสัตว์	จำนวน	11	3	14
	ร้อยละ	78.6	21.4	100.0
6. ประมง	จำนวน	15	10	25
	ร้อยละ	60.0	40.0	100.0
7. ประกอบกิจการส่วนตัว/ค้าขาย	จำนวน	775	364	1,139
	ร้อยละ	68.0	32.0	100.0
8. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้างส่วนราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ	จำนวน	632	256	888
	ร้อยละ	71.2	28.8	100.0
9. ข้าราชการบำนาญ	จำนวน	96	33	129
	ร้อยละ	74.4	25.6	100.0
10. นักการเมืองระดับชาติ	จำนวน	3	0	3
	ร้อยละ	100.0	0.0	100.0
11. พนักงานบริษัทเอกชนประจำสำนักงาน	จำนวน	550	310	860
	ร้อยละ	64.0	36.0	100.0
12. พนักงานโรงงานอุตสาหกรรมฝ่ายการผลิตและขนส่ง	จำนวน	171	93	264
	ร้อยละ	64.8	35.2	100.0

กลุ่มอาชีพ		การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ		รวม
		เพียงพอ	ไม่เพียงพอ	
13. นักกีฬาอาชีพ	จำนวน	2	0	2
	ร้อยละ	100.0	0.0	100.0
14. รับจ้างทั่วไป	จำนวน	678	334	1,012
	ร้อยละ	67.0	33.0	100.0
15. ขายของออนไลน์	จำนวน	101	48	149
	ร้อยละ	67.8	32.2	100.0
16. พนักงานส่งพัสดุ สินค้า อาหาร เดลิเวอรี่	จำนวน	25	15	40
	ร้อยละ	62.5	37.5	100.0
17. อื่น ๆ	จำนวน	1	8	9
	ร้อยละ	11.1	88.9	100.0
รวม	จำนวน	4,947	2,900	7,847
	ร้อยละ	63.0	37.0	100.0

พบว่า ประชากรที่มีรายได้น้อยหรือกลุ่มที่ไม่มีรายได้จะมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอน้อยกว่ากลุ่มรายได้อื่น ๆ (กลุ่มที่ไม่มีรายได้ร้อยละ 51.5, กลุ่มที่มีรายได้น้อยร้อยละ 59.3, กลุ่มที่มีรายได้ตั้งแต่ 15,000-30,000 บาทร้อยละ 69.1 และกลุ่มที่มีรายได้ตั้งแต่ 30,000 บาทขึ้นไปร้อยละ 72.0)

ปัจจัยด้านระดับรายได้เป็นอีกหนึ่งประเด็นที่ก่อให้เกิดอุปสรรคต่อโอกาสการเข้าถึงการมีกิจกรรมทางกายในรูปแบบต่าง ๆ อาทิ เช่น ความสามารถในการจัดสรรเวลา ค่าใช้จ่าย จัดหาอุปกรณ์ และการเข้าถึงพื้นที่สุขภาพต่าง ๆ ที่อาจเป็นเหตุผลที่ทำให้กลุ่มประชากรที่มีรายได้สูงมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมากกว่ากลุ่มประชากรที่มีรายได้น้อย ดังนั้น แนวทางการส่งเสริมและสนับสนุนเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงการมีสุขภาพและสุขภาวะที่ดีแก่ประชากรที่มีรายได้น้อยหรือไม่มีรายได้ คือ ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จำเป็นต้องจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้กลุ่มประชากรที่ได้รับผลกระทบด้านรายได้มีโอกาสเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวก สถานที่พื้นที่ และอุปกรณ์ได้อย่างปลอดภัย เข้าถึงง่าย โดยไม่มีค่าใช้จ่ายหรือมีราคาที่ไม่แพง เพื่อให้กลุ่มประชากรที่มีรายได้น้อยหรือไม่มีรายได้เข้าถึงการส่งเสริมและสนับสนุนการมีกิจกรรมทางกายที่เท่าเทียม รวมไปถึงการสื่อสารความรู้เกี่ยวกับแนวทางการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอที่บ้านหรือบริเวณรอบ ๆ ชุมชน เพื่อสร้างโอกาสการเข้าถึงชุดความรู้เพื่อนำไปปฏิบัติให้มีสุขภาวะที่ดี

ตารางที่ 2 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายได้ และการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ

รายได้		การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ		รวม
		เพียงพอ	ไม่เพียงพอ	
ไม่มีรายได้	จำนวน	719	678	**1,397**
	ร้อยละ	51.5	48.5	**100.0**
ต่ำกว่า 3,500 บาท	จำนวน	575	394	**969**
	ร้อยละ	59.3	40.7	**100.0**
3,500 - 10,000 บาท	จำนวน	1,156	529	**1,685**
	ร้อยละ	68.6	31.4	**100.0**
10,001 – 15,000 บาท	จำนวน	743	396	**1,139**
	ร้อยละ	65.2	34.8	**100.0**
15,001 – 30,000 บาท	จำนวน	828	371	**1,199**
	ร้อยละ	69.1	30.9	**100.0**
30,001 – 50,000 บาท	จำนวน	332	129	**461**
	ร้อยละ	72.0	28.0	**100.0**
50,001 – 100,000 บาท	จำนวน	177	74	**251**
	ร้อยละ	70.5	29.5	**100.0**
มากกว่า 100,001 ขึ้นไป	จำนวน	141	55	**196**
	ร้อยละ	71.9	28.1	**100.0**
ไม่ต้องการตอบข้อมูลรายได้	จำนวน	259	253	**512**
	ร้อยละ	50.6	49.4	**100.0**
อื่น ๆ	จำนวน	17	21	**38**
	ร้อยละ	44.7	55.3	**100.0**
รวม	**จำนวน**	**4,947**	**2,900**	7,847
	ร้อยละ	**63.0**	**37.0**	100.0

จากข้อมูลสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำและความไม่เท่าเทียม รวมถึงความท้าทายการขับเคลื่อนงานด้านกิจกรรมทางกายที่ทุกคนควรมีโอกาสอย่างเป็นธรรมในการได้รับส่งเสริมและสนับสนุนอย่างเท่าเทียมข้างต้น แม้ที่ผ่านมาความเหลื่อมล้ำและความไม่เท่าเทียมเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายจะไม่ได้ถูกพูดถึงอย่างแพร่หลายมากนัก แต่จากการศึกษาที่พบว่า ความไม่เท่าเทียมและความเหลื่อมล้ำของการมีกิจกรรมทางกาย อันประกอบไปด้วย 1) ความแตกต่างทางสถานะสุขภาพหรือการกระจายทรัพยากรด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มประชากร 2) เด็กจากชนบทและครัวเรือนที่ยากจน 3) ช่องว่างระหว่างคนรวยและคนจน 4) การเป็นโรคที่มักจะเกิดกับความยากจน 5) การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรค NCDs ของกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง 6) การมีอายุคาดเฉลี่ยของประเทศที่มีรายได้ต่ำกับประเทศที่มีรายได้สูง 7) ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพประชากรภายในประเทศ 8) ความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพในเขตเมืองที่มีความแตกต่างหลากหลาย 9) การมีค่าใช้จ่ายทางการเงินที่ไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ และ 10) การพัฒนาที่ล่าช้าไม่ทันต่อการพัฒนาไปสู่ความเป็นชุมชนและเมืองที่ส่งเสริมทางสุขภาพดีที่ยั่งยืน (World Health Organization, 2013, 2018)

จากปัจจัยที่กำหนดภาวะสุขภาพตามนิยามขององค์การอนามัยโลก (WHO) ดังกล่าว จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพต่าง ๆ ครอบคลุมทั้งปัจจัยปัจเจกบุคคล สภาพแวดล้อม รวมถึงระบบบริการสุขภาพ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกันและส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ นโยบายด้านสุขภาพ และเศรษฐกิจภาพรวมของประเทศ (คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2563) ซึ่งความเหลื่อมล้ำและความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพเหล่านี้จะมีความสอดคล้องกับแนวโน้มสถานการณ์การขาดการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรทั่วโลก (Guthold et al., 2018) โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคมที่มีความเหลื่อมล้ำและความไม่เท่าเทียมไปในทิศทางเดียวกันที่เป็นประเด็นที่จำเป็นต้องให้ความสำคัญในการจัดการปัญหาให้คลี่คลายลง

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

สถานการณ์ด้านการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทยตลอดระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ได้สะท้อนให้เห็นว่าลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคม ส่งผลต่อความเหลื่อมล้ำอันนำไปสู่การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอในกลุ่มประชากรอย่างน้อย 5 กลุ่ม กล่าวคือ ผู้หญิง เด็กและเยาวชน ผู้ได้รับการศึกษาน้อย ผู้ไม่มีอาชีพ และผู้มีรายได้น้อย ด้วยเหตุนี้ เพื่อการจัดการกับความไม่เท่าเทียมและลดความเหลื่อมล้ำให้ประชากรไทยทุกคนมีโอกาสอย่างเป็นธรรมในการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพออย่างเท่าเทียม ประเทศไทยจึงจำเป็นต้องดำเนินงานและขับเคลื่อนเชิงกลยุทธ์การส่งเสริมและสนับสนุนการมีกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกาย และการเล่นกีฬา การส่งเสริมกิจกรรมทางกายเพื่อให้ประชากรทุกคนมีโอกาสเข้าการมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ โดยอาจพิจารณาตามคำแนะนำจากเอกสาร “Fair Play: Building a strong physical activity system for more active people” ที่จัดทำและเผยแพร่โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) 3 ประการ (World Health Organization, 2021) ดังต่อไปนี้

1. การสื่อสารและรณรงค์ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ทั้งสื่อหลักที่สร้างการรับรู้ในวงกว้างระดับสาธารณะ การสื่อสารที่ออกแบบให้เหมาะสมและหลากหลายผ่านข้อความและรูปภาพเพื่อให้ความเหมาะกับความหลากหลายของชุมชนอย่างมีประสิทธิผลต่อการเข้าถึงและการมีส่วนร่วมของผู้คนในชุมชน

2. การจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวก สถานที่ และพื้นที่สาธารณะได้อย่างปลอดภัยและราคาไม่แพง เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงการมีกิจกรรมทางกายในรูปแบบต่าง ๆ มากขึ้น

3. การจัดให้มีกิจกรรม ผลิตภัณฑ์ และบริการด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม หลากหลาย ครอบคลุมการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน โดยสอดคล้องกับระดับความสามารถที่แตกต่างกันในแต่ละคน เพื่อประสบการณ์ที่สนุกสนานและคุ้มค่าให้กับผู้เข้าร่วมกิจกรรม

โดยทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องจำเป็นจะต้องร่วมมือกันเร่งดำเนินการ (World Health Organization, 2021) ดังต่อไปนี้

1. ภาครัฐ หน่วยงานหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต้องเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสนับสนุนสำหรับการมีกิจกรรมทางกาย จำเป็นต้องมีกลไกการจัดหาเงินทุนที่หลากหลายเพื่อการลงทุนที่มุ่งลดความไม่เท่าเทียมกันของโครงสร้างให้มีความยั่งยืนและบูรณาการมากยิ่งขึ้น และสนับสนุนผู้ที่อยู่ในกลุ่มความไม่เท่าเทียมที่กล่าวมาในข้างต้นให้มีความเป็นธรรมในการเข้าถึงการส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมทางกายอย่างเท่าเทียมเพื่อการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ

2. กำกับดูแล นโยบาย กฎหมาย และมาตรฐานความปลอดภัย การเข้าถึง ลดค่าใช้จ่ายในการมีกิจกรรมทางกาย เช่น กำหนดมาตรฐานการเดินเท้า การปั่นจักรยานให้มีคุณภาพและปลอดภัย การจัดการเรียนการสอนวิชาพลศึกษาในโรงเรียนอย่างมีคุณภาพ การเข้าถึงพื้นที่สาธารณะ สนามเด็กเล่น สิ่งอำนวยความสะดวกและอุปกรณ์การออกกำลังกายกลางแจ้งภายในชุมชน และรัฐบาลควรใช้นโยบายและกฎหมายเพื่อลดอุปสรรคในการมีกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกาย เล่นกีฬา และสร้างจูงใจให้ผู้คนมีกิจกรรมทางกายผ่านสถานที่ พื้นที่ และบริการที่จัดเตรียมขึ้นไว้

3. บูรณาการระบบการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพออย่างมีประสิทธิภาพ ระบบการมีกิจกรรมทางกายอย่างมีประสิทธิผลผู้ขับเคลื่อนนโยบายด้านกิจกรรมทางกายต้องจัดทำโมเดลความเท่าเทียมและความเป็นธรรมในการมีกิจกรรมทางกายที่ยั่งยืนและวัดผลได้ จัดทำแคมเปญโดยการศึกษาสภาพแวดล้อมของชุมชนให้ครอบคลุมเพื่อการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพมีการบริการสุขภาพในระดับชุมชนและในการให้บริการด้านสุขภาพระดับโรงเรียน รวมถึงการจัดทำระบบข้อมูลแบบบูรณาการใช้ในการประเมินผลการทำงาน

อ้างอิง

1 Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., & Bull, F. C. (2018). Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. *Lancet Glob Health*, 6(10), e1077-e1086. https://doi.org/10.1016/s2214-109x(18)30357-7

2 Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., & Bull, F. C. (2020). Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1·6 million participants. *Lancet Child Adolesc Health*, 4(1), 23-35. https://doi.org/10.1016/s2352-4642(19)30323-2

3 World Health Organization. (2013). *Glossary of terms used*.

4 World Health Organization. (2018). *Health inequities and their causes*. https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes

5 World Health Organization. (2021). *Fair Play: Building a strong physical activity system for more active people*. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HEP-HPR-RUN-2021.1

6 คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. (2563). สังคมสงเคราะห์และสวัสดิการสังคม: การปลดล็อกความเหลื่อมล้ำสู่ความยั่งยืน. https://socadmin.tu.ac.th/uploads/socadmin/file_document/Proceeding66year.pdf

7 ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย. (2564). ผลการสำรวจโครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทย ปี 2564.

31 มกราคม 2566

ห้องประชุมหลัก MR208

เวลา 13.00 - 14.30 น.

ACTIVE SYSTEM/ POLICY

การบูรณาการและการใช้ประโยชน์จากข้อมูลภาครัฐทางด้านสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจวางแผนการดำเนินงานด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายของประเทศไทย โดยการใช้แพลตฟอร์มข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data platform)

ทศนัย ชุ่มวัฒนะ [1], ณปภัช เจษฎาวัฒน์ [2]*

[1] สาขาวิชาเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, วิทยาลัยนานาชาติ, มหาวิทยาลัยรังสิต, ปทุมธานี, ประเทศไทย
[2] บริษัท ทาเวสท์อนาไลติกส์ จำกัด, กรุงเทพ, ประเทศไทย

การติดต่อ:
ทศนัย ชุ่มวัฒนะ
Email: Todsanai.c@rsu.ac.th

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: จากเหตุการณ์การเกิดโรคระบาดของโควิด-19 ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลา 3 ปีที่ผ่านมา ทำให้ประชากรในประเทศไทยมีกิจกรรมทางกาย (PA: Physical Activity) ลดลง เนื่องจากข้อจำกัดที่ส่งผลกระทบต่อการเคลื่อนไหวร่างกายและพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป อาทิเช่น การอยู่อาศัยในที่พักเป็นส่วนใหญ่เพื่อลดโอกาสในการติดเชื้อ การทำงานที่บ้านเพื่อปรับตัวตามนโยบาย Work From Home (WFH) ของสถานที่ทำงาน และสถานที่สาธารณะต่าง ๆ ปิดการให้บริการเพื่อลดความเสี่ยง เป็นต้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบทำให้ประชาชนมีปัญหาทางสุขภาพในระยะยาว รวมถึงมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรค NCDs (Non-communicable diseases) ที่เพิ่มขึ้น ในขณะเดียวกันรัฐบาลได้มีการผลักดันแผนการบูรณาการข้อมูลภาครัฐเพื่อยกระดับขีดความสามารถรองรับการไปสู่รัฐบาลดิจิทัล เพื่อการใช้ประโยชน์จากข้อมูลภาครัฐ หรือจากหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ที่มีข้อมูลที่แตกต่างกัน มาใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อสนับสนุนการวางแผนนโยบายและจัดสรรงบประมาณสำหรับโครงการต่าง ๆ ที่จะส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี โดยการบูรณาการข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และมีความเกี่ยวข้องกับสาธารณสุข

ระเบียบวิธีวิจัย: ใช้การบูรณาการข้อมูลภาครัฐ ได้แก่ ข้อมูลสถิติประชากรศาสตร์ ข้อมูลกิจกรรมทางกาย ข้อมูลจำนวนและอัตราการตายด้วยโรคไม่ติดต่อ (NCDs) แบ่งตามชนิดของโรค และข้อมูลการบริโภคยาสูบของประเทศไทย เป็นต้น เพื่อส่งไปสู่การวิเคราะห์แบบพื้นฐาน หรือ Descriptive Analytics ในลักษณะของการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยภาพ (Data Visual Analytics) จากแพลตฟอร์มข้อมูลขนาดใหญ่

ผลการศึกษา: จากผลการศึกษาพบว่า การเสียชีวิตของคนไทยจากโรคไม่ติดต่อทั้ง 5 โรค ได้แก่ 1. ความดันโลหิตสูง 2. เบาหวาน 3. หัวใจขาดเลือด 4. หลอดเลือดสมอง และ 5. ทางเดินหัวใจอุดกั้นเรื้อรัง มีจำนวนแตกต่างกันไป โดยโรคไม่ติดต่อที่ทำให้คนไทยส่วนใหญ่เสียชีวิตมากที่สุด คือ โรคหัวใจขาดเลือด และหลอดเลือดสมอง โดยข้อมูลจากหน่วยงานต่าง ๆ แสดงให้เห็นถึงสถานการณ์ทางด้านสุขภาวะของคนไทย ที่แสดงระดับพฤติกรรมในการทำกิจกรรมทางกายที่แตกต่างกัน แบ่งแยกตาม อายุ เพศ พื้นที่ รวมถึงปัจจัยและสถานการณ์ต่าง ๆ ที่สนับสนุนหรือขัดขวางกิจกรรมทางกาย จากผลการศึกษาพบว่า จำนวนประชากรที่เป็นเพศหญิงจะมีระดับกิจกรรมทางกายน้อยกว่าเพศชาย ในขณะที่ประชากรส่วนใหญ่จะมีระดับความหนักของการออกแรง

ในระดับปานกลาง เช่น การทำกิจกรรมนันทนาการ อีกทั้ง ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมถือเป็นตัวแปรหนึ่งตัวที่สำคัญต่อการมีกิจกรรมทางกายของประชาชน เช่น จำนวนสวนสาธารณะในพื้นที่ ค่า PM 2.5 รวมถึงความเหมาะสมของพื้นที่ต่อการเดินทางด้วยเท้า ล้วนส่งผลให้ประชาชนในแต่ละพื้นที่มีกิจกรรมทางกายที่ไม่เท่ากัน

บทสรุป: การใช้ประโยชน์จากข้อมูลของหน่วยงานต่าง ๆ ทางด้านสาธารณสุขสามารถนำไปสู่การช่วยสนับสนุนการออกแบบนโยบาย และโครงการต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับกลุ่มคนที่มีปัญหาทางด้านสุขภาวะที่แตกต่างกัน และในพื้นที่ที่มีปัญหาไม่เหมือนกัน ซึ่งข้อมูลและ Dashboard ดังกล่าวจะช่วยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถวางแผนการออกนโยบายในการขับเคลื่อนกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ให้สอดคล้องกับพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป เพื่อเป้าหมายการกู้คืน ฟื้นฟู และกระตุ้น ให้ประชาชนคงระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ รวมไปถึงการวางแผนจัดสรรงบประมาณที่มีความเหมาะสมในแต่ละพื้นที่และกลุ่มคน ซึ่งจะทำให้หน่วยงานหลักที่มีภารกิจหน้าที่ในการผลักดันเรื่องการมีสุขภาวะที่ดีของคนไทยสามารถวางแผนกิจกรรมที่จะส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาพที่ดีในระยะยาวได้

คำสำคัญ: ข้อมูลภาครัฐ, การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยภาพ, กิจกรรมทางกาย, โรคไม่ติดต่อ, การสนับสนุนการตัดสินใจ

บทนำ

เนื่องด้วยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นหน่วยงานที่มียุทธศาสตร์และพันธกิจที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมการมีสุขภาวะที่ดีของคนไทย ได้ตระหนักและให้ความสำคัญกับการติดตามแนวโน้มการมีกิจกรรมทางกายของคนไทย จากพันธกิจดังกล่าว สสส. จึงมีบทบาทในการกำหนดนโยบายและให้งบประมาณสนับสนุนหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการวิเคราะห์เพื่อวางแผนการออกนโยบายที่มีประสิทธิผลและสามารถวัดผลได้ดังกล่าว จะต้องประกอบด้วยข้อมูลที่หลากหลายมิติ ถูกต้อง และมีปริมาณมาก เพื่อชี้ให้เห็นถึงปัจจัยหลักในการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย นำไปสู่การออกแบบโครงการเพื่อตั้งงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ โดยทาง สสส. จะใช้แพลตฟอร์มข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data Platform) ตามนโยบายการใช้ประโยชน์จากข้อมูลภาครัฐ (สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล, 2017) ในการต่อยอดเพื่อวางแผนส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาพที่ดีในระยะยาว ซึ่งเริ่มจากการรวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่งที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางกายและข้อมูลด้านสุขภาวะจากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน และจัดเตรียมข้อมูลให้มีความพร้อม เพื่อนำไปประมวลผลและแสดงผลให้เกิดความเข้าใจในข้อมูลได้ง่าย แล้วนำมาสนับสนุนการออกนโยบายของภาคีของ สสส. ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในภาวะการเกิดโรคระบาดของโควิด-19 ในช่วงเวลา 3 ปีที่ผ่านมา พบว่าประชากรในประเทศไทยมีกิจกรรมทางกาย (PA: Physical Activity) ลดลง เนื่องจากข้อจำกัดที่ส่งผลกระทบต่อการเคลื่อนไหวร่างกาย และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป อาทิเช่น การอยู่อาศัยในที่พักเป็นส่วนใหญ่เพื่อลดโอกาสในการติดเชื้อ การทำงานที่บ้าน (Work From Home) และสถานที่สาธารณะต่าง ๆ ปิดการให้บริการเพื่อลดความเสี่ยง เป็นต้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบทำให้ประชาชนมีปัญหาทางสุขภาพในระยะยาว รวมถึงมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรค NCDs (Non-communicable diseases) ที่เพิ่มขึ้น (อมรรัตน์ และคณะ, 2560) โดยงานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ในการใช้ประโยชน์จากข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยภาพ (Data Visual Analytics) (Anandarajan, 2004) ที่จะช่วยในการสนับสนุนการตัดสินใจให้กับผู้บริหารและคณะทำงานในการผลักดันให้เกิดกิจกรรมทางกายในกลุ่มประชาชนคนไทย

ระเบียบวิธีวิจัย

สำหรับการบูรณาการและใช้ประโยชน์จากข้อมูลภาครัฐทางด้านสาธารณสุขเพื่อวิเคราะห์ให้เห็นถึงสถานการณ์ทางด้านสุขภาวะของคนไทย ซึ่งจะนำไปสู่การนำเสนอข้อมูลด้วยภาพ (Data Visualization) ที่จะช่วยสนับสนุนการตัดสินใจวางแผนนโยบายและการดำเนินโครงการต่าง ๆ มีความจำเป็นที่จะต้องใช้ข้อมูลจากหลากหลายแหล่งที่มีความสำคัญในมิติต่าง ๆ เช่น ข้อมูลสถิติประชากรศาสตร์ ข้อมูลกิจกรรมทางกาย ข้อมูลจำนวนและอัตราการตายด้วยโรคไม่ติดต่อ (NCDs) แบ่งตามชนิดของโรค และข้อมูลการบริโภคยาสูบของประเทศไทย ดังที่แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ชุดข้อมูลที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์

หน่วยงานเจ้าของข้อมูล	ข้อมูล	ที่มา
TPAK	ข้อมูลกิจกรรมทางกาย	https://www.tpak.or.th/th
CALORIES CREDIT CHALLENGE	ข้อมูลกิจกรรมทางกาย	https://ccc.mots.go.th/
UDDC	คะแนนการเข้าถึงด้วยการเดิน	https://www.uddc.net/
สำนักงานสถิติแห่งชาติ	ข้อมูลสถิติประชากรศาสตร์	http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx
กรมควบคุมโรค	ข้อมูลอัตราการตาย และจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ (NCD) แบ่งตามชนิดของโรค	http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1-020
ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ [ศจย.]	ข้อมูลการบริโภคยาสูบของประเทศไทย	https://www.trc.or.th/th/media/attachments/2562/01/29/2561.pdf

- **ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย** (TPAK: Thailand Physical Activity Knowledge Development Centre)

เป็นศูนย์วิชาการภายใต้โครงสร้างการบริหารของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นหน่วยงานอ้างอิงข้อมูลและองค์ความรู้จากการวิจัยทางด้านกิจกรรมทางกายในมิติทางประชากรศาสตร์และสังคมศาสตร์ ซึ่งงานวิเคราะห์นี้ได้นำข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายและพฤติกรรมสุขภาพของประชากรไทย ระหว่างปี 2555-2564 มาใช้ในการวิเคราะห์เพื่อดูข้อมูลกิจกรรมทางกายและพฤติกรรมเนือยนิ่งของประชากรที่อาศัยอยู่ในแต่ละพื้นที่

- **โครงการ Calories Credit Challenge: CCC กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา**

เป็นโครงการที่พัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อช่วยนับแคลอรี่ในการออกกำลังกาย ภายใต้โครงการส่งเสริมการออกกำลังกายและกีฬาเพื่อมวลชน เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งงานวิเคราะห์นี้ได้นำข้อมูลกิจกรรมทางกาย มาใช้ในการวิเคราะห์เพื่อดูข้อมูลกิจกรรมทางกายของประชากรที่อาศัยอยู่ในแต่ละพื้นที่

- **ศูนย์ออกแบบและพัฒนาเมือง** (Urban Design and Development Center: UddC)

เป็นองค์กรที่มีความเชี่ยวชาญด้านเมือง ซึ่งงานวิเคราะห์นี้ได้นำข้อมูลคะแนนการเข้าถึงด้วยการเดินของโครงการกรุงเทพฯ เมืองเดินได้-เมืองเดินดี (GoodWalk) มาใช้ในการวิเคราะห์ เพื่อแสดงข้อมูลที่เป็นปัจจัยสนับสนุนหรือขัดขวางการมีกิจกรรมทางกายของประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพและปริมณฑล

- **สำนักงานสถิติแห่งชาติ**

เป็นหน่วยงานที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลสถิติประชากรศาสตร์ของประเทศไทย ซึ่งงานวิเคราะห์นี้ได้นำข้อมูลจำนวนประชากรจากการทะเบียน จำแนกตามกลุ่มอายุ ภาคและจังหวัด ในปี 2563 มาใช้ในการวิเคราะห์เพื่อดูสัดส่วนจำนวนของประชากรที่อาศัยอยู่ในแต่ละจังหวัด

- **กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค**

เป็นหน่วยงานที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลสถิติการตายและเจ็บป่วยจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ซึ่งงานวิเคราะห์นี้ได้นำข้อมูลจำนวนการตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ (NCDs) ในปี 2563 มาใช้ในการวิเคราะห์เพื่อดูอัตราการตายของประชากรที่อาศัยอยู่ในแต่ละจังหวัด

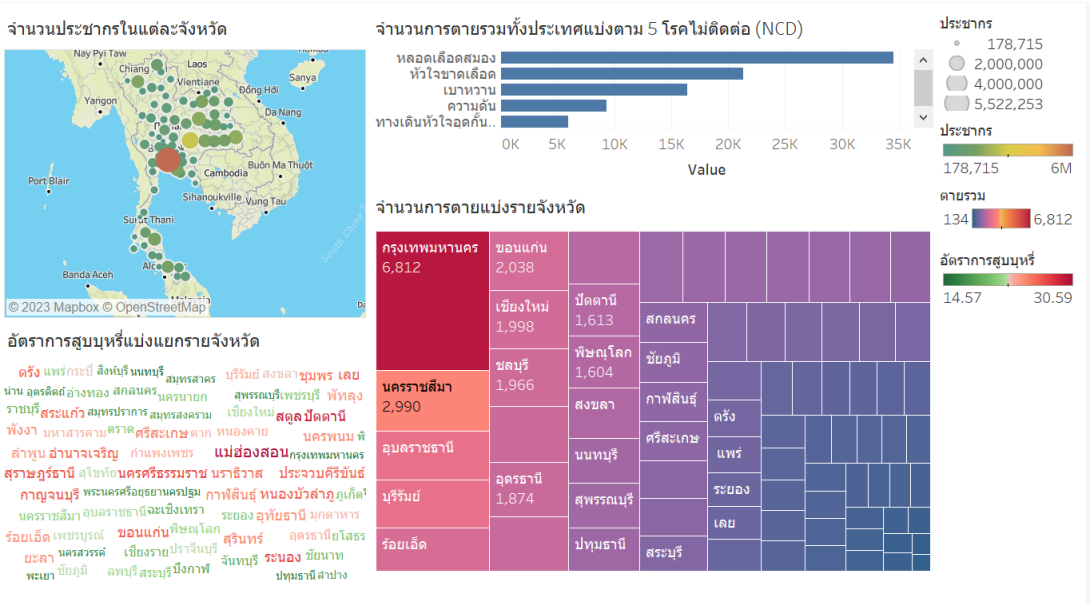
- **ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล (ศจย.)**

เป็นหน่วยงานที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย ซึ่งงานวิเคราะห์นี้ได้นำข้อมูลอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี 2560 มาใช้ในการวิเคราะห์เพื่อดูอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรที่อาศัยอยู่ในแต่ละจังหวัด

ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลข้างต้นได้ถูกนำมาวิเคราะห์ในระดับ Descriptive Analytics และแสดงผลข้อมูลด้วยภาพ (Data Visualization) โดยใช้พื้นที่จังหวัดมาเป็นแกนหลักในการนำเสนอผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้หน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนโครงการต่าง ๆ ในแต่ละจังหวัดที่จะมุ่งเน้นให้ประชาชนคนไทยมีสุขภาพที่ดี

ผลการศึกษา :

จากการใช้เทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยภาพ (Data Visual Analytics) ข้อมูลสถิติประชากรศาสตร์ ข้อมูลจำนวนและอัตราการตายด้วยโรคไม่ติดต่อ (NCDs) แบ่งตามชนิดของโรค และข้อมูลการบริโภคยาสูบของประเทศไทย ได้ถูกนำมาแสดงบน Dashboard ดังภาพที่ 1

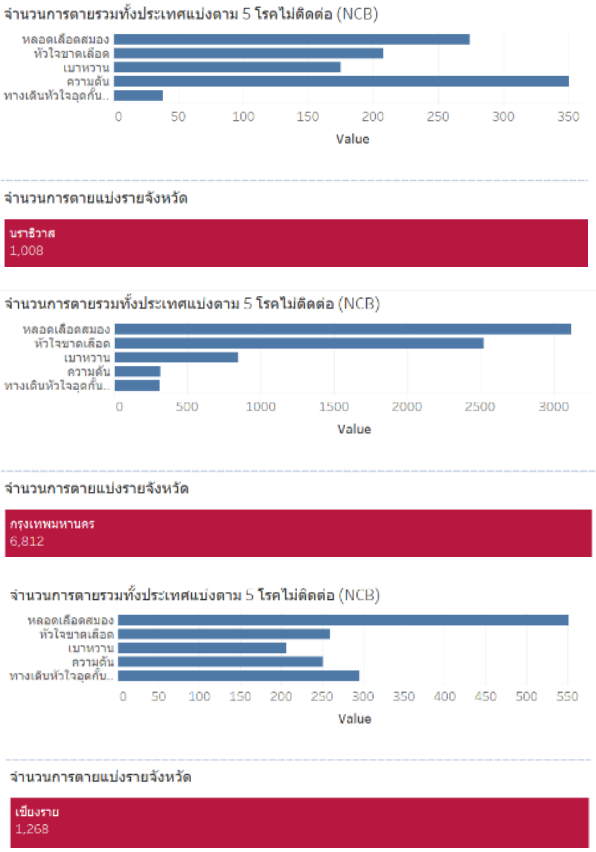


ภาพที่ 1 Dashboard **แสดงสถานการณ์จำนวนและอัตราการตายด้วยโรคไม่ติดต่อ** (NCDs) **แบ่งตามชนิดของโรคในแต่ละจังหวัด**

จากภาพที่ 1 ข้อมูลจากหน่วยงานต่าง ๆ แสดงให้เห็นถึงสถานการณ์ทางด้านสุขภาวะของคนไทยในปี 2563 ซึ่งกราฟต่าง ๆ เป็นตัวบ่งชี้ให้เห็นถึงจำนวนการตายของคนไทยจากโรคไม่ติดต่อทั้ง 5 โรค คือ 1. ความดันโลหิตสูง 2. เบาหวาน 3. หัวใจขาดเลือด 4. หลอดเลือดสมอง และ 5. ทางเดินหัวใจอุดกั้นเรื้อรัง รวมถึงอัตราการสูบบุหรี่ที่เป็นสาเหตุหลักสำคัญของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด และโรคอื่น ๆ โดยในแต่ละจังหวัดจะมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อทั้ง 5 โรคนี้ในจำนวนที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งข้อมูลที่แสดงบนกราฟสามารถใช้เป็นตัวบ่งชี้ให้เห็นว่าโรคไม่ติดต่อที่ทำให้คนไทยส่วนใหญ่เสียชีวิต คือ โรคหัวใจขาดเลือด และหลอดเลือดสมอง อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์ด้วยภาพแสดงให้เห็นว่า การเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ในแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกันออกไป ดังแสดงในภาพที่ 2

จากภาพที่ 2 ข้อมูลแสดงให้เห็นว่า ผู้คนส่วนใหญ่ในจังหวัดนราธิวาส ซึ่งอยู่ในภาคใต้ มักเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในขณะที่คนส่วนใหญ่ในจังหวัดกรุงเทพฯ ซึ่งอยู่ในภาคกลาง และจังหวัดเชียงราย ซึ่งอยู่ในภาคเหนือ มักจะเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นข้อมูลเหล่านี้เป็นปัจจัยที่สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาทางด้านสุขภาวะของคนไทยตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา จึงนำไปสู่การวิเคราะห์ข้อมูลกิจกรรมทางกาย เพื่อหาสาเหตุหลักของการเกิดโรคไม่ติดต่อ (NCDs) จากภาวะการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ (ปฏิญญา, 2021) โดยได้รับความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวกับกิจกรรมทางกายจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และภาคีเครือข่าย รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผ่านโครงการพัฒนาแบบจำลองการวิเคราะห์ข้อมูลกิจกรรมทางกายโดยการใช้แพลตฟอร์มข้อมูลขนาดใหญ่ ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจากสำนัก 5 ของ สสส.

จากการใช้เทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยภาพ (Data Visual Analytics) บนฐานข้อมูลสถิติประชากรศาสตร์ ข้อมูลกิจกรรมทางกาย ข้อมูลผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ (NCDs) และข้อมูลที่เป็นปัจจัยสนับสนุนหรือขัดขวางกิจกรรมทางกาย จึงได้มาซึ่งบทสรุปการวิเคราะห์ที่สามารถแสดงให้เห็นถึงสัดส่วนของการมีกิจกรรมทางกายในเชิงพื้นที่ประชากรศาสตร์ และระดับของกิจกรรมทางกาย ซึ่งได้ถูก

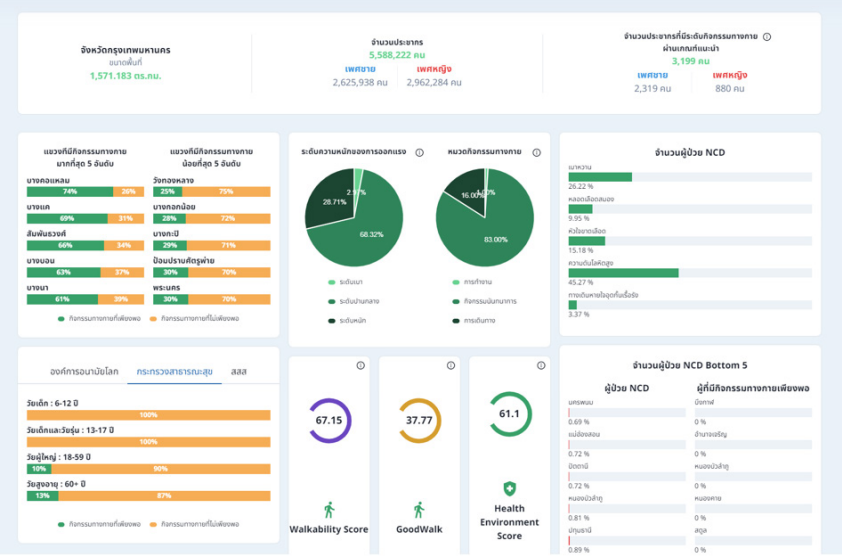


ภาพที่ 2 กราฟแสดงข้อมูลจำนวนการตายด้วยโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ทั้ง 5 โรคของจังหวัดนราธิวาส กรุงเทพฯ และเชียงราย

นำเสนอบน Dashboard ในภาพที่ 3 (กรณีตัวอย่าง จังหวัดกรุงเทพมหานคร)

จากภาพที่ 3 ข้อมูลจากหน่วยงานต่าง ๆ แสดงให้เห็นถึงสถานการณ์ทางด้านสุขภาวะของคนไทย ซึ่งกราฟต่าง ๆ แสดงระดับพฤติกรรมในการทำกิจกรรมทางกาย พฤติกรรมแยกตามข้อมูลประชากร (Demographic) ต่าง ๆ เช่น อายุ เพศ สัดส่วนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ (NCDs) รวมถึงปัจจัยและสถานการณ์ต่าง ๆ ที่สนับสนุนหรือขัดขวางกิจกรรมทางกายในแต่ละพื้นที่ โดยในแต่ละพื้นที่จะมีพฤติกรรมทางกายที่แตกต่างกันออกไป

ข้อมูลเหล่านี้ล้วนช่วยสนับสนุนการตัดสินใจให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนนโยบายทางด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย รวมถึงการดำเนินโครงการต่าง ๆ ที่จะผลักดันให้เกิดกิจกรรมทางกายในกลุ่มประชาชนคนไทย อย่างไรก็ตาม การดำเนินโครงการรณรงค์และให้ความรู้



ภาพที่ 3: Dashboard แสดงสถานการณ์กิจกรรมทางกายในแต่ละจังหวัดกรุงเทพมหานคร

ทางด้านสุขภาวะในแต่ละพื้นที่จำเป็นต้องมีความแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับบริบทของปัญหาสุขภาพและปัจจัยต่าง ๆ ของพื้นที่นั้น ๆ เช่น หากพื้นที่ไหนมีปริมาณกิจกรรมทางกายน้อย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอาจจำเป็นที่จะต้องพิจารณาให้มีการก่อสร้างหรือฟื้นฟูสวนสาธารณะในพื้นที่ให้มีความเหมาะสม ทำให้ประชาชนสนใจมาใช้บริการ หรือกรณีการประชาสัมพันธ์รณรงค์ให้ผู้หญิงหันมาออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้นผ่านโครงการต่าง ๆ ของทาง สสส. หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น WINDtraining หรือ Calories Credit อีกทั้งอาจมีการส่งเสริมให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายในสถานที่ทำงานผ่านกิจกรรมนันทนาการต่าง ๆ ในขณะเดียวกันหน่วยงานภาครัฐยังสามารถจัดทำสื่อรณรงค์เลิกบุหรี่โดยเริ่มต้นให้ความสำคัญในจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูง ซึ่งเป็นอีกหนึ่งสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคไม่ติดต่อ (NCDs)

บทสรุป

การใช้ประโยชน์จากข้อมูลของหน่วยงานต่าง ๆ ทางด้านสาธารณสุข สามารถนำไปสู่การช่วยสนับสนุนการออกแบบนโยบาย และโครงการต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับกลุ่มคนที่มีปัญหาทางด้านสุขภาวะที่แตกต่างกัน และในพื้นที่ที่มีปัญหาไม่เหมือนกัน ซึ่งข้อมูล และ Dashboard ดังกล่าวจะช่วยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถวางแผนการออกนโยบายในการขับเคลื่อนกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ให้สอดคล้องกับพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป เพื่อเป้าหมายการกู้คืน ฟื้นฟู และกระตุ้นให้ประชาชนคงระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ รวมไปถึงการวางแผนจัดสรรงบประมาณที่มีความเหมาะสมในแต่ละพื้นที่และกลุ่มคน ซึ่งจะทำให้หน่วยงานหลักที่มีภารกิจหน้าที่ในการผลักดันเรื่องการมีสุขภาวะที่ดีของคนไทยสามารถวางแผนกิจกรรมที่จะส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาพที่ดีในระยะยาวได้

เอกสารอ้างอิง

1 Anandarajan, M. (2004). Business intelligence techniques. Springer-Verlag Berlin Heidelberg GmbH.

2 ปฏิญญา พงษ์ราศรี. (2021). การส่งเสริมสุขภาพประชาชนไทยผ่านการจัดทำข้อแนะนำการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง และการนอนหลับเพื่อสุขภาพ. Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health-วารสารการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม, 44(1), 11-25.

3 สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (สพร.). (2017). การบูรณาการข้อมูลภาครัฐ – สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล. https://www.dga.or.th/wp-content/uploads/2015/10/file_a10cdc2d80f3eef296268a64fd3222dd.pdf

4 อมรรัตน์ มานะวัฒนวงศ์, สุรศักดิ์ ไชยสงค์, สุพล ลิมวัฒนานนท์, จุฬาภรณ์ ลิมวัฒนานนท์, กัญจนา ติษยาธิคม, วลัยพร พัชรนฤมล, และ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2560). ผู้ป่วย ด้วย NCD มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพอยู่มากน้อยแค่ไหน: รายงานจากการสำรวจ อนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558 วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 11(3), 345-354.

การประยุกต์ใช้ฐานข้อมูลการวิจัยด้านกิจกรรมทายกายเพื่อการพัฒนาระบบวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติเพื่อการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (Data Analytic System for Physical Activity Promotion: DASPAP)

ดนุสรณ์ โพธารินทร์ [1], นฤมล เหมะธุลิน [1], สิทธิชาติ สมตา [1], อัญญารัตน์ คณะวาปี [1]*

[1] ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (ทีแพค), สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล, จังหวัดนครปฐม, ประเทศไทย

[*] การติดต่อ:
ดนุสรณ์ โพธารินทร์
Email: danusorn.pot@mahidol.edu

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: ปัจจุบันเป็นยุคที่ข้อมูล (Data) ได้เข้ามามีบทบาทในชีวิตประจำวันของคนในสังคมอย่างเห็นได้ชัด ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (ทีแพค) ให้ความสำคัญกับการจัดทำฐานข้อมูล รวมถึงการวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลด้านกิจกรรมทางกาย เพื่อการนำใช้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพสูงที่สุด ทั้งในการรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการพยากรณ์เพื่อแสดงให้ประจักษ์กับสถานการณ์ที่เป็นอยู่

โปรแกรม/โครงการที่นำไปใช้: การพัฒนาระบบวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติเพื่อการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (Data Analytic System for Physical Activity Promotion: DASPAP) เป็นเครื่องมือสำคัญที่จะเพิ่มพลังให้กับระบบเฝ้าระวังและฐานข้อมูล ให้สามารถวิเคราะห์เพื่อการวางแผนเชิงนโยบาย ซึ่งระบบเฝ้าระวังนี้จะเป็นเสมือนสะพานเชื่อมการวางแผนการดำเนินงานที่เอื้อให้เกิดประโยชน์ได้ในหลาย ๆ มิติของระบบการสนับสนุนการทำงานด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่มีประสิทธิภาพ โดยการจัดทำ Dashboard ที่ใช้ในการแสดงผลจากฐานข้อมูลของระบบ DASPAP ได้แก่ 1) ข้อมูลสถานการณ์ภาพรวมร้อยละของการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทย 2) ข้อมูลการกำกับติดตามและการประเมินผลของการมีกิจกรรมทางกาย (M&E) 3) ข้อมูลการการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (SROI)

บทเรียนรู้: ประโยชน์ของระบบวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติเพื่อการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (Data Analytic System for Physical Activity Promotion: DASPAP) ช่วยให้สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกาย พฤติกรรมเนือยนิ่ง และพฤติกรรมสุขภาวะของคนไทยได้ดีมากยิ่งขึ้นกว่าเดิม ตลอดจนสามารถทำความเข้าใจข้อมูลเชิงสถิติได้ด้วย Dashboard ทั้งในวงประชาชนทั่วไปตลอดจนนักวิชาการ ที่แสดงให้เห็นภาพของสถานการณ์พฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมเนือยนิ่งของประชากรแต่ละช่วงวัย และแต่ละจังหวัดภายในประเทศ

บทสรุป: การจัดทำ Dashboard ของระบบวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติเพื่อการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (Data Analytic System for Physical Activity Promotion: DASPAP) ในประเทศไทยยังไม่ครบทุกองค์ประกอบ ดังนั้นหากสามารถนำข้อมูลของภาคีต่าง ๆ ที่ช่วยกันผลักดันส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่มีข้อมูลมาร่วมวิเคราะห์จะทำให้สามารถเห็นภาพสถานะปัจจุบัน ทิศทาง และแนวโน้มของการส่งเสริมกิจกรรมทางกายได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: กิจกรรมทางกาย, ฐานข้อมูล, Dashboards

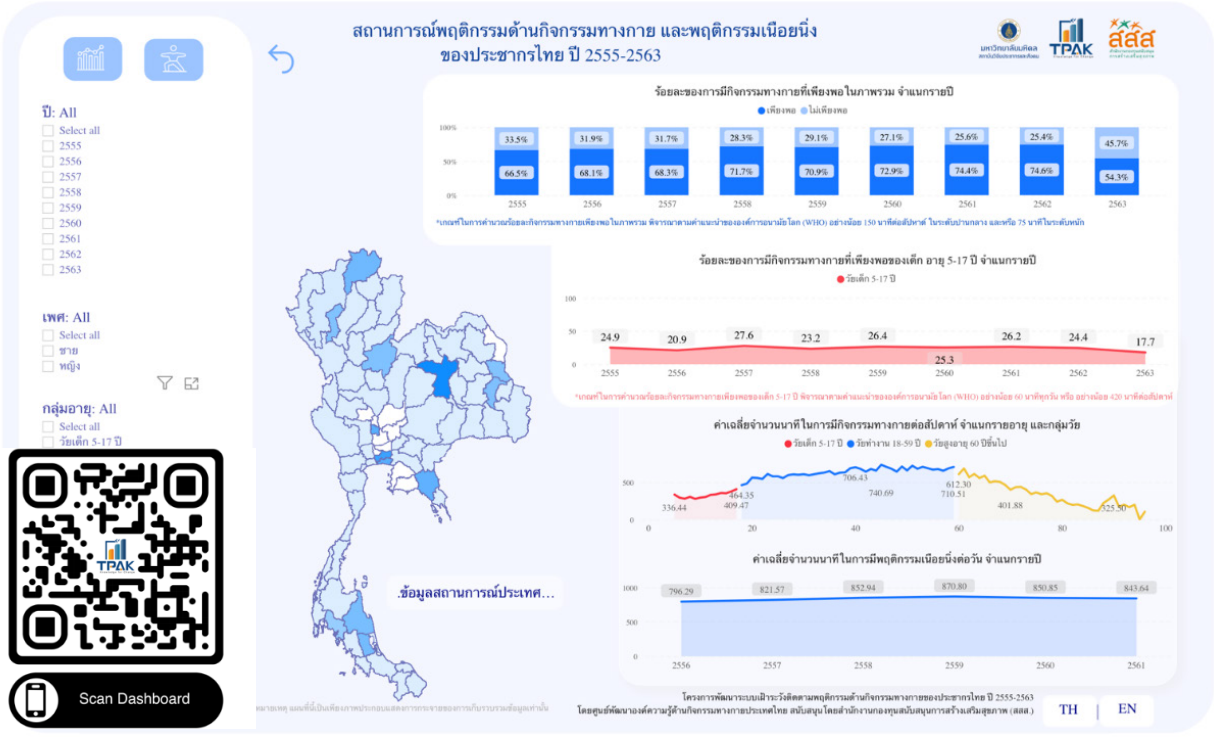
บทนำ

ปัจจุบันเป็นยุคที่ข้อมูล (Data) ได้เข้ามามีบทบาทในชีวิตประจำวันของคนในสังคมอย่างเห็นได้ชัด ในแต่ละวันของการดำรงชีวิตเราทุกคนล้วนที่จะต้องพบเจอหรือเผลอใช้ข้อมูลโดยที่เรารู้ตัว และในบางครั้งอาจจะไม่รู้ตัวเสียด้วยซ้ำ การฟังเพลงออนไลน์แบบ Streaming การเปิดเข้าไปดูแผนที่ผ่าน GPS การสำรวจโดยผ่านแบบสอบถามออนไลน์ หรือแม้กระทั้งข้อมูลในลักษณะออฟไลน์ที่ถูกนำเข้าสู่ฐานข้อมูลเหล่านี้ล้วนเป็นการยุ่งเกี่ยวกับการรับข้อมูลและป้อนข้อมูลทั้งสิ้น ซึ่งข้อมูลเหล่านี้หากนำมาผ่านกระบวนการจัดการและการจัดเก็บข้อมูลที่ดี จะสามารถนำมาใช้ในการประมวลและทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีประโยชน์และพร้อมที่จะสามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์และการวางแผนในอนาคตได้เป็นอย่างดี (Raguseo, 2018) ด้วยเหตุนี้ ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (ทีแพค) ซึ่งเป็นหน่วยงานอ้างอิงข้อมูลและองค์ความรู้จากการวิจัยทางด้านกิจกรรมทางกายในมิติทางประชากรศาสตร์และสังคมศาสตร์ จึงได้ให้ความสำคัญกับการจัดทำฐานข้อมูล รวมถึงการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลด้านกิจกรรมทางกาย เพื่อใช้ในการสื่อสารสาธารณะ และการสื่อสารทางนโยบายที่จำเป็นต่อการสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายของประชากรไทย โดยได้เริ่มต้นการเก็บข้อมูลการสำรวจและจัดทำฐานข้อมูลกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 ถึงปัจจุบัน (ปิยวัฒน์ เกตุวงศา, กรกนก พงษ์ประดิษฐ์, 2563) ด้วยแบบวัดระดับกิจกรรมทางกายสากล (GPAQ v.2) ตามหมวดของการมีกิจกรรมทางกายที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้นิยามไว้ตามรูปแบบการเคลื่อนไหวร่างกายชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นการทำงาน การเดินทาง และกิจกรรมนันทนาการ ซึ่งสามารถจำแนกเป็น 3 ระดับ คือ การมีกิจกรรมทางกายในระดับเบา ปานกลาง และหนัก ในขณะที่การมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวร่างกายน้อย การเอนหลังเอนกาย ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากกิจกรรมที่ใช้พลังงานต่ำจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มของ “พฤติกรรมเนือยนิ่ง (Sedentary Behavior)” เช่น การนั่งเล่นโทรศัพท์มือถือ การนั่งใช้คอมพิวเตอร์เป็นเวลานาน ๆ หรือนอนดูโทรทัศน์ ที่ไม่รวมการนอนหลับ

จะเห็นได้ว่าข้อมูลเหล่านี้ไม่ใช่เป็นเพียงแค่ข้อมูลที่ถูกจัดเรียงไว้ในฐานข้อมูลเท่านั้น หากแต่เป็นระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพในการรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการพยากรณ์เพื่อแสดงให้ประจักษ์กับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ ซึ่งระบบเฝ้าระวังนี้จะเป็นเสมือนสะพานเชื่อมการวางแผนการดำเนินงานที่เอื้อให้เกิดประโยชน์ได้ในหลาย ๆ มิติของระบบการสนับสนุนการทำงานด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ปัจจุบันการมีกิจกรรมทางกายในประเทศในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ลดลงอย่างเห็นได้ชัด จากการสำรวจของโครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทย ปี 2563 พบว่าการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทยลดลงจากเดิมร้อยละ 74.6 ในปี 2562 เหลือเพียงร้อยละ 54.7 ในปี 2563 ซึ่งตัวเลขดังกล่าวเป็นการลดลงอย่างกะทันหันจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่ทำให้พฤติกรรมของผู้คนปรับเปลี่ยนไปส่งผลให้การเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันลดลง จะเห็นได้ว่าเรามีข้อมูลจากการสำรวจที่ดีในรูปแบบฐานข้อมูล แต่ยังขาดเครื่องมือในการช่วยวิเคราะห์ในลักษณะฐานข้อมูล Big Data ที่จะเป็นตัวช่วยเพิ่มความรวดเร็วในการนำข้อมูลอื่น ๆ มาร่วมวิเคราะห์พร้อมกับพฤติกรรมระดับบุคคลที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งถือเป็นกุญแจสำคัญที่จะช่วยในการวางแผนหรือปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการฟื้นกิจกรรมทางกายให้เพิ่มมากขึ้นได้ทันท่วงที ดังนั้น การพัฒนาระบบวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติเพื่อการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (Data Analytic System for Physical Activity Promotion: DASPAP) จึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะเพิ่มพลังให้กับระบบเฝ้าระวังและฐานข้อมูลให้สามารถวิเคราะห์ เพื่อการวางแผนเชิงนโยบายให้กับ กรมอนามัย สสส. และภาคีเครือข่ายในการสนับสนุนการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลการวิเคราะห์นำข้อมูลจากการสำรวจ และการรวบรวมจากฐานข้อมูลอื่น ๆ ของภาคีเครือข่าย มาใช้งานในการพยากรณ์และการออกแบบสังคม สภาพแวดล้อม และผู้คนให้เกิดความตื่นตัว มีความกระฉับกระเฉงได้มากยิ่งขึ้น สุดท้ายแล้วการมีฐานข้อมูลจากระบบ DASPAP ก็เป็นเหมือนการมีภูมิคุ้นกันที่มีประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังและป้องกันการขาดกิจกรรมทางกายในหมู่ประชากรไทยได้เป็นอย่างดี

ขั้นตอนการดำเนินโปรแกรม/โครงการ (Program/project implementation)

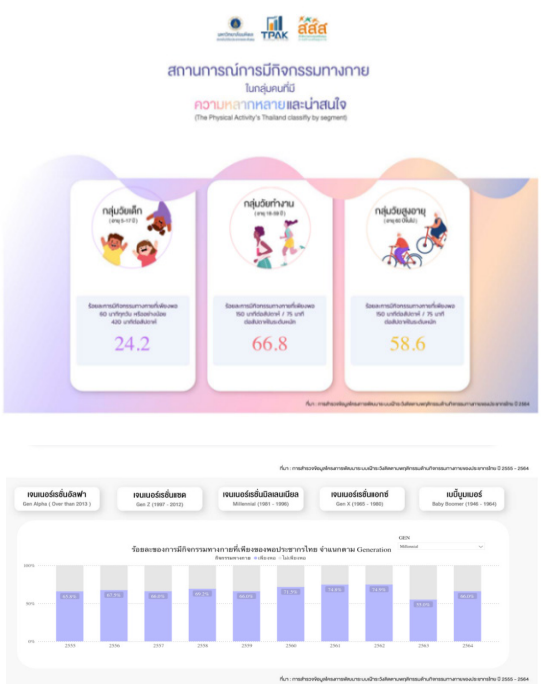
จากการให้ความสำคัญและเล็งเห็นประโยชน์ของการใช้ข้อมูลให้มีประสิทธิผลที่ได้จากการสำรวจวิจัยสูงที่สุด ที่ทางศูนย์ที่แพคมีข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำเข้าสู่กระบวนการการจัดการข้อมูล (Clean data) การวิเคราะห์ข้อมูล และการจัดโครงสร้างการแสดงผลให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีประโยชน์ที่พร้อมจะสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ในทันทีการจัดการข้อมูล ทั้งนี้ข้อมูลจะเกิดประโยชน์หรือประสิทธิภาพสูงสุดก็ต่อเมื่อผู้ใช้ข้อมูลสามารถใช้ข้อมูลได้ตรงตามความต้องการมากที่สุด ช่วยในการตัดสินใจหรือนำไปใช้ประโยชน์อื่น ๆ ต่อไปจากชุดข้อมูลทางสถิติที่น่าสนใจ ด้านกิจกรรมทางกาย พฤติกรรมเนือยนิ่ง และข้อมูลประเด็นพฤติกรรมสุขภาวะอื่น ๆ ให้ง่ายต่อการนำข้อมูลการวิเคราะห์ไปนำเสนอเป็น Data Visualization ช่วยให้ผู้ใช้บริการสามารถเรียกดูข้อมูลและใช้ประโยชน์จากข้อมูลทางสถิติได้อย่างสะดวกรวดเร็ว และเข้าใจง่าย โดยแสดงผลในรูปแบบ Dashboard ที่มีการทำงานแบบอัตโนมัติ เช่น เมื่อมีการนำเข้าข้อมูลใหม่จะส่งผลให้มีการ Update ผลของข้อมูลและมีการเปลี่ยนแปลงการแสดงผลทันที อีกทั้งยังสามารถใช้ Filter เพื่อเลือกดูข้อมูลบางส่วนได้ โดยองค์ประกอบของ Dashboard สถานการณ์พฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายและพฤติกรรมเนือยนิ่งของประชากรไทย ที่แพคได้ประยุกต์ใช้ฐานข้อมูลการวิจัยด้านกิจกรรมทายกายเพื่อใช้ในการพัฒนาระบบวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติเพื่อการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (Data Analytic System for Physical Activity Promotion: DASPAP) ซึ่งขณะนี้มี 3 Dashboard ที่ใช้ในการแสดงผลจากฐานข้อมูลของระบบ DASPAP ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 1 ข้อมูลสถานการณ์ภาพรวมร้อยละของการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทย

เป็นข้อมูลสถานการณ์การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทย ปี 2555-2563 ในเชิงลึก ซึ่งจะเป็นการนำข้อมูลเชิงสถิติในระดับของการรายงานจำนวนนาทีของการแสดงพฤติกรรมของประชากรไทย มาจัดทำให้สามารถแสดงผลในรูปของกราฟ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์และแนวโน้มของพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมเนือยนิ่งของประชากรไทยได้อย่างง่ายดาย และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างสะดวกรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

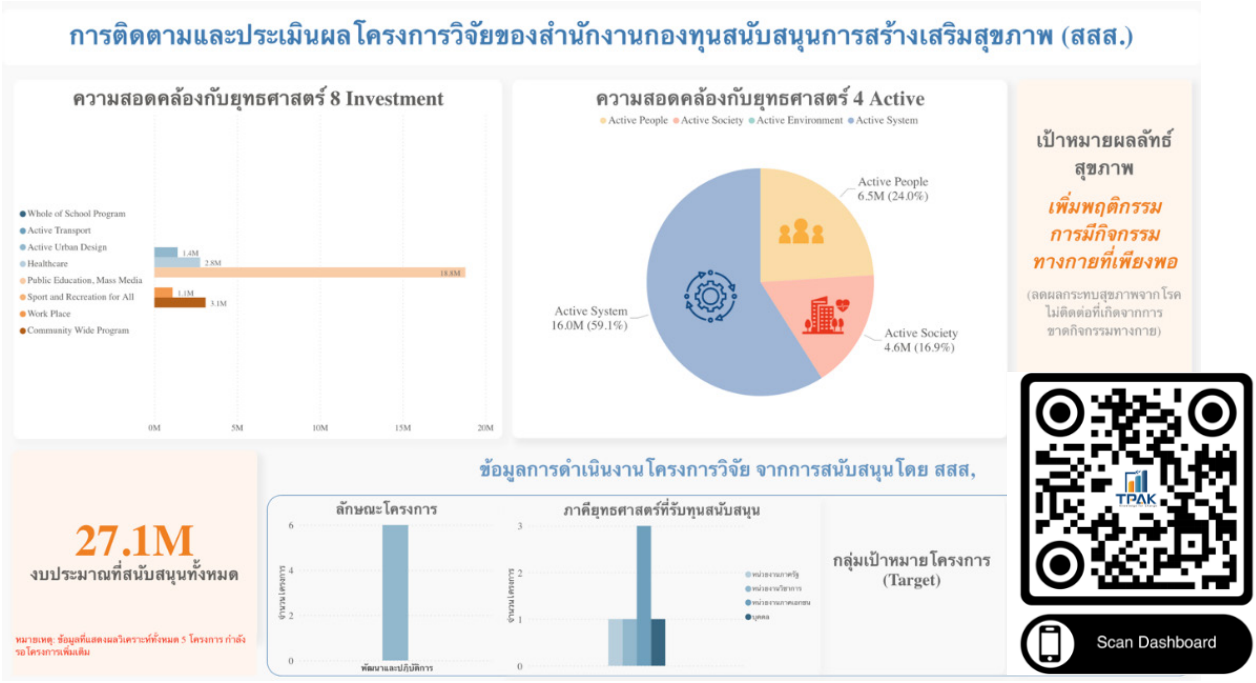
นอกจากนี้ ในแต่ละแผนภูมิภาพที่อยู่ใน Dashboard เดียวกัน จะมีความเกี่ยวเนื่องกัน เช่น หากเลือก Filter การแสดงผลเฉพาะปี 2020 แผนภูมิภาพอื่น ๆ ใน Dashboard จะแสดงผลเป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องเฉพาะในส่วนปี 2020 ทันที อีกทั้งมีการแสดงผลในรูปแบบแผนที่ ทำให้สามารถเข้าใจถึงมุมมองของร้อยละการมีกิจกรรมทางกายที่กระจายตัวอยู่ในแต่ละพื้นที่ทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทยได้ง่ายขึ้น โดยจะทำให้ผู้สนใจใช้ข้อมูลสามารถเห็นภาพรูปแบบ (Pattern) ของร้อยละการมีกิจกรรมทางกายและพฤติกรรมเนือยนิ่งที่แสดงผลเป็นรายปี และระดับ (Level) ของการมีกิจกรรมทางกายและพฤติกรรมเนือยนิ่งที่ถูกแสดงผลจำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ เขตที่อยู่ เป็นต้น ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้ผ่านกระบวนการวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและเปลี่ยนแปลงสภาพข้อมูลทั่วไปให้อยู่ในรูปแบบที่มีความสัมพันธ์หรือมีความเกี่ยวข้องกันในมุมมองที่ดูง่าย



ภาพที่ 2 แสดงข้อมูล Dashboard การกำกับติดตามและการประเมินผลของการมีกิจกรรมทางกาย (M&E)

เป็นข้อมูลของการสนับสนุนทุนวิจัยจำนวนมากแต่ละปีในประเด็นต่าง ๆ ของการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย แต่มีการประเมินและติดตามผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโครงการมีค่อนข้างน้อย ดังนั้นการประเมินและติดตามโครงการวิจัยเพื่อให้ทราบถึงการใช้ทุนสนับสนุนในแต่ละมิติมีความสอดคล้องกับเป้าหมาย สถานการณ์ปัจจุบัน และประชากรมากเท่าเพียงใด อีกทั้งเพื่อสร้างความเข้าใจในทางเลือกนโยบายต่าง ๆ รวมถึงความคุ้มค่าทางการเงิน และการสร้างความรู้เพื่อพัฒนาการออกแบบนโยบายจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งเป็นหนึ่งในหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัยโดยเฉพาะในประเด็นของการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย เพื่อให้การสนับสนุนทุนวิจัยและการดำเนินโครงการวิจัยเป็นไปในทิศทางและเป้าหมาย

ระยะ 10 ปี (พ.ศ.2565-2574) (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2564) ที่จะส่งเสริมให้ประชากรไทยมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ผ่านการสนับสนุนและการให้ทุกคนมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ การสร้างบรรทัดฐานของสังคมที่กระฉับกระเฉงไม่เนือยนิ่ง และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายนั้น เพื่อนำไปสู่การช่วยสนับสนุนการออกแบบนโยบาย และโครงการต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับประชากรทุกกลุ่มวัย รวมถึงมีการจัดสรรทุนวิจัยที่มีสอดคล้องกับสถานการณ์ของประเทศไทย ซึ่งจะทำให้บรรลุเป้าหมายในการส่งเสริมให้ประชากรคนไทยมีกิจกรรมทางกายเพียงพอเพิ่มขึ้น ลดผลกระทบสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อที่เกิดจากการขาดกิจกรรมทางกาย



ภาพที่ 3 แสดงข้อมูล Dashboard การประเมินผลตอบแทนทางสังคม (SROI)

ปัจจุบันประเทศไทยได้มีการส่งเสริมให้ประชากรคนไทยมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ และอย่างที่ทราบกันว่าการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการส่งเสริมกิจกรรมทางกายไม่เพียงแต่ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพและพื้นที่สุขภาวะเท่านั้น หากแต่ยังมีผลต่อมิติทางสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ ดังนั้น จึงนำไปสู่ประเด็นในการศึกษาผลตอบแทนทางสังคมของกองทุนสุขภาพตำบลในแผนกิจกรรมทางกายเป็นเท่าไหร่จากงบประมาณในการสนับสนับสนุน ดังนั้นการศึกษา SROI ระดับประเทศ และผลลัพธ์ของการวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคมของการมีกิจกรรมทางกายจะนำไปสู่หลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะช่วยสนับสนุนโอกาสในการส่งเสริมให้ประชาชนคนไทยมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มวัย และการขับเคลื่อนในเชิงนโยบาย เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียจากการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายในรูปของมูลค่าเชิงสังคมในรูปตัวเงิน อีกทั้งหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชนสังคม สามารถนำผลการศึกษานี้เป็นหลักฐานวิชาการเพื่อขอการสนับสนุนโครงการในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายของประชาชนในแต่ละพื้นที่ ซึ่งเป็นฐานข้อมูลเชิงวิชาการจากการวิเคราะห์แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายของกองทุนสุขภาพตำบล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายของประชากรไทย

การถอดบทเรียน

ประโยชน์ของระบบวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติเพื่อการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (Data Analytic System for Physical Activity Promotion: DASPAP) ช่วยให้สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกาย พฤติกรรมเนือยนิ่ง และพฤติกรรมสุขภาวะของคนไทยได้ดีมากยิ่งขึ้นกว่าเดิม ตลอดจนสามารถทำความเข้าใจข้อมูลเชิงสถิติได้ด้วย Dashboard ทั้งในวงประชาชนทั่วไปตลอดจนนักวิชาการ ที่แสดงให้เห็นภาพของสถานการณ์พฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมเนือยนิ่ง ของประชากรแต่ละช่วงวัย และแต่ละจังหวัดภายในประเทศ อีกทั้งสามารถนำข้อมูลสถานการณ์ปัญหาพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกาย พฤติกรรมเนือยนิ่ง ไปประกอบการทำนายวิเคราะห์แนวโน้มสถานการณ์พฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกาย พฤติกรรมเนือยนิ่งในอนาคต ทำให้มองเห็นภาพรวมในสถานการณ์พฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมเนือยนิ่งของประชากรไทยได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น สะท้อนภาพของสถานการณ์การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทย รวมไปถึงพฤติกรรมเนือยนิ่ง ในแต่ละช่วงปีที่จะทำให้เห็นถึงทิศทางและแนวทางการวางแผนที่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จะสามารถให้การสนับสนุนงานของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย เพื่อให้คนไทยมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอในวิถีชีวิตปกติ

บทสรุป

การจัดทำ Dashboard ของระบบวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติเพื่อการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (Data Analytic System for Physical Activity Promotion: DASPAP) ข้อมูลที่นำใช้ส่วนมากเป็นข้อมูลที่ได้จากการวิจัยของศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (ทีแพค) ซึ่งจะทำให้เห็นภาพของข้อมูลการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในประเทศไทยยังไม่ครบทุกองค์ประกอบ ดังนั้น หากสามารถนำข้อมูลของภาคีต่าง ๆ ที่ช่วยกันผลักดันส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่มีข้อมูลมาร่วมวิเคราะห์จะทำให้สามารถเห็นภาพสถานะปัจจุบัน ทิศทางและแนวโน้มของการส่งเสริมกิจกรรมทางกายได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

อ้างอิง

1 Raguseo, E. (2018). Big data technologies: An empirical investigation on their adoption, benefits and risks for companies. *International Journal of Information Management, 38*, 187–195. https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2017.07.008

2 ปิยวัฒน์ เกตุวงศา, กรกนก พงษ์ประดิษฐ์, and บรรณาธิการ., (2563). ฟื้นกิจกรรมทางกายในประเทศไทย หลังวิกฤตโควิด-19: Regenerating physical activity in Thailand after COVID-19 pandemic. นครปฐม: ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

3 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, ส.ก.ส.ท., (2564). ทิศทางเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. บริษัท พีเอเอ็น (ไทยแลนด์) จำกัด.

บทเรียนจากการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายระดับประเทศ “เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก” [1]

ปทุมรัตน์ สามารถ [1], ทับทิม ศรีวิไล [1], วัชรินทร์ แสงสัมฤทธิ์ผล [1], ธวัชชัย ทองบ่อ [1], เศวต เชี่ยงลี่ [1], จิ๊ติกร โตโพธิ์ไทย [1, 2], อุดม อัศวุตมางกุร [1]*

[1] กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ, กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี, ประเทศไทย
[2] สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี, ประเทศไทย

*การติดต่อ:
จิ๊ติกร โตโพธิ์ไทย
Email: champthitikorn@gmail.com

บทคัดย่อ

สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 และการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีอย่างก้าวกระโดด ส่งผลให้มนุษย์ต้องมีการปรับตัวและพัฒนาทักษะพื้นฐานที่จำเป็นเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วและแก้ไขปัญหาที่ไม่อาจคาดเดาได้ในอนาคต การพัฒนาศักยภาพมนุษย์ควรเริ่มตั้งแต่เด็กปฐมวัย (0-6 ปี) เนื่องจากสมองมีการสร้างเซลล์สมองและเส้นใยประสาทในจำนวนที่มากและรวดเร็วที่สุด โดยเฉพาะการเล่น ในปีงบประมาณ 2563 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้ประกาศนโยบาย “เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก” เพื่อให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านการเล่น ด้วยหลักการ 3F คือ 1) ครอบครัว (family) 2) อิสระ (free) และ 3) สนุก (fun) ผ่านการบริหารจัดการ 4 องค์ประกอบ (4P) คือ 1) พื้นที่เล่น (play space) 2) กระบวนการเล่น (play process) 3) ผู้อำนวยการเล่น (play worker) และ 4) หน่วยบริหารจัดการการเล่น (play management unit) บทความนี้ทำการศึกษากระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกสู่ระดับพื้นที่ การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายเล่นเปลี่ยนโลก มีกระบวนการสำคัญคือ การพัฒนาองค์ความรู้ การพัฒนานโยบายที่ชัดเจน ความมุ่งมั่นจากภาครัฐ ความร่วมมือจากภาคประชาสังคม ผนวกรวมกับความต้องการของสังคม แม้จะดำเนินการได้ตามเป้าหมาย แต่นโยบายเล่นเปลี่ยนโลกยังต้องการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเพื่อขยายผลให้ครอบคลุมในพื้นที่ เพิ่มคุณภาพ และมีความต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อเด็กปฐมวัยอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะการบูรณาการการเล่นในแผนการเรียนการสอน 6 กิจกรรมของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และการพัฒนาทักษะผู้อำนวยการเล่น ทั้งในครูผู้ดูแลเด็ก พ่อแม่ ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งนี้ ควรมีการทบทวนการดำเนินนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกอย่างสม่ำเสมอ ตามสถานการณ์ บริบท และวิชาการของประเทศและของโลกที่เปลี่ยนแปลงไป

คำสำคัญ: การเล่น, นโยบาย, ปฐมวัย, การพัฒนา, การขับเคลื่อน

1 *บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของบทความการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายระดับประเทศ “เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก” ในวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ปีที่ 45 ฉบับที่ 1 มกราคม 2665*

บทนำ

สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 และการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีอย่างก้าวกระโดด ส่งผลกระทบอย่างมากต่อการดำเนินชีวิต เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และสุขภาพ และก่อให้เกิดความจำเป็นที่มนุษย์ต้องมีการปรับตัวและพัฒนาทักษะพื้นฐานที่จำเป็น เช่น ทักษะการคิดวิเคราะห์ การมีจินตนาการ ตั้งเป้าหมาย แก้ปัญหา การทำงานเป็นทีม และการควบคุมอารมณ์ เพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วและแก้ไขปัญหาที่ไม่อาจคาดเดาได้ในอนาคต (Aboud & Yousafzai, 2016; Tandon et al., 2015) การพัฒนาศักยภาพมนุษย์ควรเริ่มตั้งแต่เด็กปฐมวัย (0-6 ปี) เนื่องจากสมองมีการสร้างเซลล์สมองและเส้นใยประสาทในจำนวนที่มากและรวดเร็วที่สุด (Wass, 2015; Yogman et al., 2018) การที่เด็กปฐมวัยได้รับการกระตุ้นพัฒนาการอย่างเต็มศักยภาพ จะช่วยให้ประเทศชาติมีทรัพยากรบุคคลที่พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงได้

ทั้งนี้ การเล่นมีส่วนสำคัญอย่างมากต่อการพัฒนาสมอง โดยกระตุ้นให้มีการเพิ่มขึ้นของการส่งสัญญาณประสาทและเพิ่มการประสานงานระหว่างเซลล์สมองกับการทำงานของร่างกายได้ดีขึ้น การเล่นยังช่วยพัฒนาตัวตนและการตระหนักรู้ของเด็ก ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเล่นจึงเป็นการเรียนรู้อย่างเป็นธรรมชาติที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ (Blair, 2017; Hinkley et al., 2020; Shaheen, 2014) ทั้งนี้ การส่งเสริมการเล่นจำเป็นต้องมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ทั้งพื้นที่ที่เพียงพอสำหรับการเคลื่อนไหวร่างกาย มีกิจกรรมที่กระตุ้นประสาทสัมผัสทั้ง 5 ด้าน มีกิจกรรมส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีผู้ดูแลที่มีความเข้าใจและสร้างโอกาสให้เด็กได้เล่นอย่างอิสระโดยบูรณาการกิจกรรมที่ส่งเสริมทักษะความคิดสร้างสรรค์ แก้ไขปัญหา และท้าทายความสามารถตนเองภายใต้หลักการความปลอดภัย

อย่างไรก็ตาม ในระดับโลกพบว่าร้อยละ 39 ของเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ไม่ได้รับการส่งเสริมการเล่นอย่างเพียงพอ เนื่องจากขาดการกระตุ้นจากสภาพแวดล้อมรอบตัว ทั้งจากพ่อแม่ ผู้ปกครองที่บ้าน สถานศึกษา หรือชุมชน (Aboud & Yousafzai, 2016) สมาคมการเล่นนานาชาติ (International Play Association) ได้แสดงความกังวลต่อการให้ความสำคัญของการศึกษาทฤษฎีและวิชาการ ที่ส่งผลให้เวลาการเล่นของเด็กลดลงอย่างต่อเนื่อง (International Play Association, 2014) ในประเทศไทย มีหลากหลายหน่วยงานให้ความสำคัญในการสร้างพื้นที่เล่นสำหรับเด็ก กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานบริหาร และพัฒนาองค์ความรู้ และมูลนิธิสนามเด็กเล่นสร้างปัญญา ร่วมกันดำเนินโครงการสนามเด็กเล่นสร้างปัญญา โครงการเล่นตามรอยพระยุคลบาท และสนามเด็กเล่นต้นแบบเพื่อสุขภาวะ อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัด ในด้านความต่อเนื่องของนโยบาย การขยายผลครอบคลุมพื้นที่เป้าหมายทั่วประเทศ การบริหารจัดการการส่งเสริมการเล่นอย่างเป็นระบบที่ยังเน้นเฉพาะการพัฒนาพื้นที่เล่นเป็นหลัก เป็นต้น

ในปีงบประมาณ 2563 กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็กสถาบันสื่อเด็กและเยาวชน และเครือข่ายเล่นเปลี่ยนโลก ได้ประกาศนโยบาย “เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก” เพื่อให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านการเล่น ด้วยหลักการ 3F คือ 1) ครอบครัว (family) คือ การเล่นกับครอบครัว/เพื่อน พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก ที่มีทักษะส่งเสริมการเล่น 2) อิสระ (free) คือ การเปิดโอกาสให้เด็กได้เล่นตามอิสระตามความต้องการ โดยมีมุมเล่น ลานเล่น สนามเด็กเล่น ทั้งที่บ้าน สถานศึกษา และชุมชน และ 3) สนุก (fun) คือ การเล่นให้มีความสุข โดยมีกิจกรรม สื่อของเล่นหลากหลาย หาได้ง่าย ไม่ซับซ้อน และสอดคล้องกับวัย ผ่านการบริหารจัดการ 4 องค์ประกอบ (4P) คือ 1) พื้นที่เล่น (play space) 2) กระบวนการเล่น (play process) 3) ผู้อำนวยการเล่น (play worker) และ 4) หน่วยบริหารจัดการการเล่น (play management unit) โดยสื่อสารนโยบายและขับเคลื่อนการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ “เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก” อย่างน้อย 300 แห่ง ครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ ในปีงบประมาณ 2564 และตั้งเป้าหมายขยายพื้นที่ไปทุกตำบล ในปีงบประมาณ 2565 (Division of Physical Activity and Health, 2021a)

ในประเทศไทยมีการศึกษารูปแบบการส่งเสริมการเล่นในเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กเล็กสังกัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 12 แห่งในประเทศไทย โดยธีรพงษ์ คำพุฒ และคณะ ในปี พ.ศ. 2562 พบว่า มีรูปแบบการเรียนการ

สอนที่เน้นให้เด็กได้ลงมือทำกิจกรรมด้วยตนเอง ทั้งร้องเพลง เต้นรำ ทำเกษตร ทำอาหาร และวิ่งเล่นอิสระ รวมถึงจัดสถานที่ให้มีพื้นที่นอกอาคารเรียนที่กว้างขวาง และจัดมุมเล่นในห้องเรียน (Khamput et al., 2019) การศึกษารูปแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาล และบ้าน ที่มีความแตกต่างในระดับของเมือง ทั้งชนบทและเมือง ใน 5 ภูมิภาค โดยวัชรินทร์ แสงสัมฤทธิ์ผล และคณะ ในปี 2563 (Sangsamritpol et al., 2020) และการศึกษาการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบสร้างสรรค์เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใน 4 ภูมิภาค โดยทับทิม ศรีวิไล และคณะ ในปี 2563 (Sriwilai & Chainongpan, 2020) อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาใดที่ศึกษากระบวนการพัฒนานโยบายระดับประเทศด้านการส่งเสริมการเล่นในเด็กปฐมวัย รวมถึงการขับเคลื่อนสู่ระดับพื้นที่ คณะผู้ศึกษาจึงเห็นความจำเป็นในการศึกษานโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก เพื่อให้เกิดความเข้าใจในประเด็นดังกล่าว อันจะนำไปสู่การพัฒนานโยบายให้เกิดประโยชน์ในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อทบทวนนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก ในด้านกระบวนการพัฒนานโยบาย และการขับเคลื่อนนโยบาย
2. เพื่อสังเคราะห์ช่องว่าง ความท้าทาย และข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาการดำเนินนโยบายในระยะต่อไป

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดังขั้นตอนต่อไปนี้

1. ศึกษาข้อมูลจากเอกสาร ข้อมูลจากเรื่องเล่า (Story Telling) และโครงการเกี่ยวกับการเล่นของเด็กปฐมวัยของกรมอนามัย ปี 2560 – 2565 และการวิเคราะห์หลังการปฏิบัติ (Action After Review: AAR)
2. ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการเล่นในสถานพัฒนาการเด็กปฐมวัยและการเล่นใน ครอบครัว ปี 2560 – 2565
3. เก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

การขับเคลื่อนการดำเนินงาน

1.*กระบวนการพัฒนานโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก*

กระบวนการพัฒนานโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก เริ่มจาก ปี 2560-2561 โดยคณะทำงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ศึกษาทบทวนความต้องการของสังคมด้านทรัพยากรมนุษย์ในปัจจุบัน ที่มีการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว และทักษะที่สำคัญที่จะใช้แก้ไขปัญหาที่ไม่อาจคาดเดาได้ ในอนาคต (ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการเสริมสร้างและปลูกฝังตั้งแต่ปฐมวัย ผ่านกระบวนการเล่น ส่งผลให้เกิดความตระหนักต่อความสำคัญของการส่งเสริมการเล่นในเด็กปฐมวัย และได้จัดทำคู่มือ “เล่นให้ได้เรื่อง พ่อแม่ 4.0 รู้ทันเรื่องเล่นเจนอัลฟ่า” (Division of Physical Activity and Health, 2018) เพื่อสื่อสารความสำคัญของการส่งเสริมการเล่นในเด็กปฐมวัยและรูปแบบการเล่นที่เหมาะสมกับวัยนี้ให้กับสังคม นอกจากนี้ คณะทำงานกรมอนามัยได้ศึกษาการดำเนินการส่งเสริมการเล่นที่ผ่านมา ในระดับประเทศผ่านทางเอกสารและการหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการพัฒนาการของโครงการ กิจกรรม ช่องว่าง และความท้าทาย รวมถึงการดำเนินการวิจัยรูปแบบการส่งเสริมการเล่นและกิจกรรมทางกายในเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 12 แห่งในประเทศไทย

ในปี 2562 คณะทำงานกรมอนามัย ได้ดำเนินการวิจัยศึกษารูปแบบการส่งเสริมการเล่นและกิจกรรมทางกายในบริบทที่กว้างขวางกว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยขยายการศึกษาไประดับอนุบาลและบ้าน เพื่อให้ครอบคลุมการส่งเสริมการเล่นตลอดทั้งวันตลอดช่วงปฐมวัย โดยทั้งในบริบทเมืองและชนบทใน 5 ภูมิภาคของประเทศไทย และจัดทำคู่มือข้อแนะนำกิจกรรมทางกายและการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายของเด็กปฐมวัยสำหรับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (Division of Physical Activity and Health, 2019) และดำเนินการถ่ายทอดรูปแบบไปยังศูนย์อนามัยเขตและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ

ในปี 2563 คณะทำงานกรมอนามัย ได้พัฒนาเนื้อหาสาระและกิจกรรมของนโยบายเด็กไทย เล่นเปลี่ยนโลก ผ่านกระบวนการหารือและระดมสมองร่วมกับหน่วยงานที่

เกี่ยวข้อง และผู้บริหารกรมอนามัย และกระทรวงสาธารณสุข โดยเนื้อหาสาระของนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกได้พัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงทฤษฎีพัฒนาการตามช่วงวัย โดยการเล่นที่เหมาะกับช่วงวัยหรือพัฒนาการของเด็กจะช่วยเสริมสร้างพัฒนาการด้านต่าง ๆ ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย การเล่นเป็นการพัฒนากล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกาย การเคลื่อนไหวขณะเล่นจะเป็นการกระตุ้นการหดและคลายตัวของกล้ามเนื้อ การรักษาสมดุลของร่างกาย การพัฒนาระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงระบบการหายใจ ส่งผลต่อสมรรถภาพร่างกายที่ดียิ่งขึ้น 2) ด้านจิตใจและอารมณ์ การเล่นจะช่วยสร้างจิตใจที่ดีและปรับอารมณ์ของเด็ก เด็กจะรู้จักการแก้ปัญหา คลายความเครียด วิตกกังวล และสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง 3) ด้านสติปัญญา การเล่นสอนให้เด็กได้มีโอกาสคิด แก้ไขปัญหา กระตุ้นจินตนาการ รู้จักยืดหยุ่น 4) ด้านสังคมและศีลธรรม เด็กจะเรียนรู้การอยู่ร่วมกับผู้อื่นผ่านการเล่น เรียนรู้ที่จะแบ่งปัน ถ้อยทีถ้อยอาศัย รู้จักการรอคอย เรียนรู้ที่จะปรับตัวเพื่อให้อยู่ในกลุ่มเพื่อนได้อย่างมีความสุข

คณะทำงานกรมอนามัยได้จัดทำคู่มือแนวทางการดำเนินงานทั้งหมด 3 เล่ม ได้แก่ คู่มือเล่นเปลี่ยนโลก สำหรับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย แนวทางการดำเนินงานเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก และคู่มือผู้อำนวยการเล่น (play worker) เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก (Division of Physical Activity and Health, 2021b) และดำเนินการวิจัยศึกษาการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบสร้างสรรค์เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใน 4 ภูมิภาค โดยทับทิม ศรีวิไล และคณะ ในปี 2563

หลักการ 3F ของนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก ประกอบด้วย 1) family คือ การเล่นกับครอบครัว/เพื่อน พ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็ก ที่มีทักษะ/สร้างแรงจูงใจในการเล่น 2) free คือ การเปิดโอกาสให้เด็กเล่นอิสระตามความต้องการอยากจะเล่นโดยมีมุมเล่น ลานเล่น สนาม เด็กเล่น ที่บ้าน โรงเรียน ชุมชน ให้เด็ก “เล่นที่ไหนก็ได้ขอให้ปลอดภัย” และ 3) fun คือ การเล่นให้สุข สนุก โดยมีกิจกรรม/สื่อของเล่นหลากหลาย หาง่าย ไม่ซับซ้อน เป็นไปตามวัย เน้นธรรมชาติ ได้รับการพัฒนาโดยอ้างอิงหลักการพัฒนาการเด็กปฐมวัยข้างต้น โดยเน้นที่การสร้างโอกาสและสนับสนุนการเล่นของเด็กผ่านหลักการ 3F

ทั้งนี้ การจะแปลงหลักการของนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกให้เป็นรูปธรรมในพื้นที่ จำเป็นต้องมี 4 องค์ประกอบสำคัญ (4P) ดังนี้ 1) พื้นที่เล่น (play space) คือ พื้นที่เล่นตามบริบท สภาพแวดล้อมรอบตัวเด็กต้องกระตุ้น การเรียนรู้บรรยากาศในการเล่น มีความรักและความอบอุ่น สถานที่ปลอดภัย พื้นที่เล่นเข้าถึงได้ง่าย ไม่ถูกจำกัดด้วยกฎระเบียบหรือข้อห้ามในการเข้าถึง “เล่นได้ทุกที่ ทุกช่วงเวลา” 2) กระบวนการเล่น (play process) คือ การส่งเสริมกระบวนการเล่นให้กับเด็กปฐมวัยด้วยการเล่น 3 แบบ คือ (i) การเล่นอิสระ เด็กเป็นผู้นำการเล่น มีโอกาสเลือกและมีความยืดหยุ่น เด็กได้เล่นอย่างเป็นตัวของตัวเอง (ii) การเล่นที่ครอบครัวมีส่วนร่วม ภายใต้แนวคิดกิจกรรมในบ้านและเลี้ยงลูกเชิงบวก และ (iii) การเล่นด้วยกิจกรรมทางกาย ส่งเสริมสุขภาพทางกาย และการเจริญเติบโต เช่น การคลาน ยืน เดิน วิ่ง กระโดด ขว้าง ปีนป่าย ว่ายน้ำ เดินขึ้นที่สูง ขึ้น-ลงบันได วิ่งเปี้ยว วิ่งเก็บของ เป็นต้น 3) ผู้อำนวยการเล่น (play worker) ที่สนับสนุนการเล่นของเด็ก เพิ่มการเรียนรู้ ความคิดสร้างสรรค์สิ่งใหม่ให้กับเด็ก จัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างแรงบันดาลใจและส่งเสริมบรรยากาศการเรียนรู้ของเด็ก ช่วยให้เด็กผ่อนคลาย รู้สึกปลอดภัยทางด้านจิตใจ และช่วยให้ได้รับความปลอดภัยระหว่างการเล่น ผู้อำนวยการเล่นเป็นได้ทั้งครูผู้ดูแลเด็ก พ่อแม่ ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ (4) หน่วยบริหารจัดการการเล่น (play management unit) คือ หน่วยที่ทำหน้าที่บริหารจัดการ ดูแลและพัฒนาระบบการสร้างโอกาสการเล่นเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะทำให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน เกิดจากความร่วมมือกันใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (i) บ้าน/ครอบครัว (ii) สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย/ หน่วยบริการสาธารณสุข และ (iii) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน

การแปลงหลักการ 4P ของนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกให้เป็นรูปธรรม เป็นหัวใจของการขับเคลื่อนนโยบายในปีงบประมาณ 2564 แนวทางการดำเนินงาน เป้าหมาย ตัวชี้วัด ได้รับการหารือและกำหนดผ่านการประชุมกลุ่มงาน ประชุมหน่วยงาน ประชุมคณะกรรมการกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัยกรมอนามัย และการปรึกษาหารือกับผู้บริหารกรมอนามัย ได้ข้อสรุปในการกำหนดตัวชี้วัดในการดำเนินงาน

คือ ไตรมาสที่ 1 จัดงานมหกรรม play day ไตรมาสที่ 2 จัดอบรมผู้อำนวยการเล่น (play worker) จำนวน 500 คน ไตรมาสที่ 3 พัฒนาพื้นที่เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก (เข้าร่วมโครงการ) จำนวนอย่างน้อย 500 แห่ง (ครอบคลุมทุกจังหวัด) และไตรมาสที่ 4 พัฒนาพื้นที่ต้นแบบเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก (ผ่านเกณฑ์องค์ประกอบ 4P ครบถ้วน) จำนวนอย่างน้อย 300 แห่ง (ครอบคลุมทุกจังหวัด)

2.การขับเคลื่อนนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก

การขับเคลื่อนนโยบายเริ่มจากการประกาศนโยบาย “เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก” โดย ดร.สาธิต ปิตุเตชะ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข วันที่ 18 มกราคม 2563 ณ โรงแรมฟอร์จูน ราชพฤกษ์ จังหวัดนครราชสีมา ร่วมกับมูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก สมาคมการเล่นนานาชาติ (International Play Association) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และการแถลงข่าวกิจกรรมเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก โดย ดร.สาธิต ปิตุเตชะ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข วันที่ 27 สิงหาคม 2563 ณ สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ จังหวัดนนทบุรี ร่วมกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมกิจการเด็กและเยาวชน คณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และบรรจุเป็นหนึ่งในนโยบายหลักของรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564 จากนั้นประชุมชี้แจงการดำเนินงาน แก่ผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัยของศูนย์อนามัยที่ 1-12 และสถาบันพัฒนา สุขภาวะเขตเมือง เพื่อถ่ายทอดเป้าหมาย ตัวชี้วัด และแนวทางในการดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก ปี 2564

กิจกรรมการพัฒนาทักษะผู้อำนวยการเล่น (Play worker) ครู ก ดำเนินการผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการแก่ผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัยของศูนย์อนามัยที่ 1-12 และสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง และครูผู้ดูแลเด็ก ให้มีความรู้ เจตคติ และทักษะในการเป็นผู้อำนวยการเล่น สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับเด็กปฐมวัย และนำไปถ่ายทอดต่อ (ครู ข) แก่ครูผู้ดูแลเด็กในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัย โดยมีหัวข้อการอบรมทั้งหมด 12 เรื่อง ดังนี้ 1) แลกเปลี่ยนทัศนคติเรื่องการเล่นของเด็ก 2) เรียนรู้ธรรมชาติและความต้องการของเด็ก 3) การเล่นอิสระ 4) การเล่นคืออะไร กิจกรรมคืออะไร 5) ความสำคัญและประโยชน์ของการเล่น 6) เข้าใจโมเดลเล่นเปลี่ยนโลก 7) เล่นตามช่วงวัย 8) คุณค่าของการเล่น 9) การพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาเด็ก 10) คุณสมบัติและบทบาทของผู้อำนวยการเล่น 11) พัฒนาทักษะผู้อำนวยการเล่น และ 12) การประเมินความเสี่ยงในการเล่นของเด็ก โดยเน้นให้ผู้อำนวยการเล่นมีทักษะ ดังนี้ 1) เพิ่มการเรียนรู้และความคิดสร้างสรรค์สิ่งใหม่ให้กับเด็ก (creativity) 2) จัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างแรงบันดาลใจและส่งเสริมบรรยากาศการเรียนรู้ของเด็ก (facilitating) 3) เติมเต็มการเรียนรู้ให้แก่เด็กอย่างต่อเนื่อง (learning) 4) พัฒนาทักษะการสื่อสารการเจรจาพูดคุยกับเด็กอย่างเข้าใจด้วยเหตุและผล (communication) 5) ส่งเสริมความสามารถของเด็กได้อย่างเต็มศักยภาพ (capacity building) 6) ช่วยให้ปลดปล่อยผ่อนคลายภาวะกดดันภายในด้วยตัวเอง รู้สึกปลอดภัยทางด้านจิตใจ และมีตัวตน (resilience) และ 7) ช่วยให้ได้รับความปลอดภัยระหว่างการเล่น (safe) ต่อมาได้พัฒนาในรูปแบบออนไลน์ผ่านระบบเรียนออนไลน์ของกรมอนามัย

หลักสูตรผู้อำนวยการเล่น (Play worker) สำหรับศึกษาด้วยตนเอง โดยมีแผนการเรียนรู้ 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) แบบทดสอบก่อนเรียน 2) แบบเรียนรู้ด้วยตัวเอง ประกอบด้วย 11 บท ได้แก่ บทที่ 1 เล่นเปลี่ยนโลก คืออะไร? บทที่ 2 สถานีความคิด บทที่ 3 เรียนรู้ธรรมชาติและความต้องการของเด็ก บทที่ 4 ความสำคัญและประโยชน์ของการเล่น บทที่ 5 เล่นตามช่วงวัย บทที่ 6 การพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาเด็ก บทที่ 7 คุณสมบัติและบทบาทของผู้อำนวยการเล่น บทที่ 8 พัฒนาทักษะผู้อำนวยการเล่น บทที่ 9 การประเมินความเสี่ยง บทที่ 10 โมเดลเล่นเปลี่ยนโลก บทที่ 11 การเล่นด้วยกิจกรรมทางกาย 3) แบบทดสอบหลังเรียน และ 4) การเก็บประสบการณ์ 12 ชั่วโมง (Department of Health, 2021)

การนำนโยบายไปปฏิบัติจริงในพื้นที่

ศูนย์อนามัยสนับสนุนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแต่ละพื้นที่ในการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบเด็กไทย เล่นเปลี่ยนโลกตามองค์ประกอบ 4P และสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทำแบบประเมินการดำเนินงานด้วยตนเอง โดยกรมอนามัยเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานระดับพื้นที่ เพื่อติดตามการดำเนินงาน สนับสนุน รับฟังข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานของศูนย์อนามัยและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่เข้าร่วมการพัฒนาเป็นพื้นที่ต้นแบบเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก โดยผลการดำเนินงานวัดจากจำนวนพื้นที่ต้นแบบเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกตามองค์ประกอบ 4P จากแบบประเมินข้างต้นพบว่า มีสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์การดำเนินงานในระดับพื้นที่ต้นแบบจำนวน 787 แห่ง (ผ่านเกณฑ์องค์ประกอบ 4P ครบถ้วน) จากเป้าหมาย 300 แห่ง และจำนวนผู้อำนวยการเล่น (play worker) จำนวน 2,322 คน จากเป้าหมาย 500 คน

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กปฐมวัยของประเทศ ควรระดมทรัพยากรเพื่อขับเคลื่อนนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกไปในทิศทางเดียวกัน ครอบคลุมในทุกพื้นที่ เพิ่มคุณภาพ เกิดความต่อเนื่อง และเกิดประโยชน์ต่อเด็กปฐมวัยให้มากที่สุด โดยเฉพาะการบูรณาการการเล่นในแผนการเรียนการสอน 6 กิจกรรมของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และการพัฒนาทักษะผู้อำนวยการเล่นทั้งในครูผู้ดูแลเด็ก พ่อแม่ ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

2. กรมอนามัย โดยกองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ ควรร่วมกับหน่วยงานวิชาการที่เกี่ยวข้องศึกษาวิจัยและประเมินผลการดำเนินนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกอย่างสม่ำเสมอ ตามสถานการณ์ บริบท และวิชาการของประเทศและของโลกที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อพัฒนานโยบายส่งเสริมการเล่นของประเทศให้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1 Aboud, F. E., & Yousafzai, A. K. (2016). Very Early Childhood Development. In R. E. Black, R. Laxminarayan, M. Temmerman, & N. Walker (Eds.), *Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 2)*. https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0348-2_ch13

2 Blair, C. (2017). Educating executive function. *Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci*, 8(1-2). https://doi.org/10.1002/wcs.1403

3 Department of Health. (2021). *MOOC Anamai: play worker online learning*. Department of Health. https://mooc.anamai.moph.go.th/course_intro?9fc3d7152ba9336a670e36d0ed79bc43

4 Division of Physical Activity and Health. (2018). *The guidance on playing with young children*. Division of Physical Activity and Health. https://www.unicef.org/thailand/th/reports/เล่น-ให้ได้-เรื่อง

5 Division of Physical Activity and Health. (2019). *The guidance on physical activity promotion in young children for early child development centers*. Division of Physical Activity and Health. https://www.unicef.org/thailand/th/reports/คู่มือข้อแนะนำกิจกรรมทางกายและการจัดสภาพแวดล้อม

6 Division of Physical Activity and Health. (2021a). *The guidance on implementing the Thai children change the world through play*. Division of Physical Activity and Health. https://www.thaihealth.or.th/Books/661/คู่มือ+ผู้อำนวยการเล่น+%28PLAY+WORKER%29+เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก.html

7 Division of Physical Activity and Health. (2021b). *The manual on implementing the Thai children change the world through play for early development centers*. Division of Physical Activity and Health. https://www.thaihealth.or.th/Books/661/คู่มือ+ผู้อำนวยการเล่น+%28PLAY+WORKER%29+เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก.html

8 Hinkley, T., Timperio, A., Watson, A., Duckham, R. L., Okely, A. D., Cliff, D., Carver, A., & Hesketh, K. D. (2020). Prospective associations with physiological, psychosocial and educational outcomes of meeting Australian 24-Hour Movement Guidelines for the Early Years. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 17(1), 36. https://doi.org/10.1186/s12966-020-00935-6

9 International Play Association. (2014). *Declaration on the Importance of Play*. International Play Association. Retrieved 11 Oct from http://ipaworld.org/wp-content/uploads/2015/05/IPA_Declaration-FINAL.pdf

10 Khamput, T., Patsorn, K., Thongbo, T., Seunglee, S., Keryai, T., Sangsamritpol, W., Puangkrampun, M., Kamonrungsan, J., Samart, P., & Topothai, T. (2019). Administration of Physical Activity Promotion by Twelve Local Administrative Organizations in Thailand. *Health Systems Research*, 13(1), 63-89.

11 Sangsamritpol, W., Samart, P., Puangkrampun, M., Seunglee, S., Khamput, T., Thongbo, T., Asawutmangkul, U., Topothai, C., & Topothai, T. (2020). Physical Activity Promotion for Early Childhoods in Thailand: A Case Study in Five Regions. *Regional Health Promotion Center 7 Journal* 12(2), 28-45.

12 Shaheen, S. (2014). How child's play impacts executive function--related behaviors. *Appl Neuropsychol Child*, 3(3), 182-187. https://doi.org/10.1080/21622965.2013.839612

13 Sriwilai, T., & Chainongpan, C. (2020). The prototype play area in child development centers of Subdistrict Administrative Organization in four regions. *Journal of the Association of Researchers*, 25(3), 81-95. https://so04.tci-thaijo.org/index.php/jar/article/view/247580/168111

14 Tandon, P. S., Saelens, B. E., & Christakis, D. A. (2015). Active play opportunities at child care. *Pediatrics*, 135(6), e1425-1431. https://doi.org/10.1542/peds.2014-2750

15 Wass, S. V. (2015). Applying cognitive training to target executive functions during early development. *Child Neuropsychol*, 21(2), 150-166. https://doi.org/10.1080/09297049.2014.882888

16 Yogman, M., Garner, A., Hutchinson, J., Hirsh-Pasek, K., Golinkoff, R. M., Committee On Psychosocial Aspects Of, C., Family, H., Council On, C., & Media. (2018). The Power of Play: A Pediatric Role in Enhancing Development in Young Children. *Pediatrics*, 142(3). https://doi.org/10.1542/peds.2018-2058

การพัฒนาพื้นที่สุขภาวะด้วยกลุ่มกลไกพลเมือง

อัญชัญ แกมเชย[1*], *สุรชัย รักษาชาติ*[1]

[1]ห้างหุ้นส่วนสามัญอรุณอินสยาม จังหวัดนนทบุรี, ประเทศไทย

*การติดต่อ:
อัญชัญ แกมเชย
Email: a_ftop@hotmail.com

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: “พื้นที่สุขภาวะ” เกิดขึ้นภายใต้แนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพที่ให้ความสำคัญของ “การป้องกัน” มากกว่า “การรักษา” เพื่อส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน เพิ่มพฤติกรรมการเคลื่อนไหว และลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง ซึ่งการมีสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพในมิติต่าง ๆ โดยเฉพาะความเสี่ยงการเกิดโรค Non-communicable diseases หรือ NCDs ดังนั้นการดำเนินงานการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะเพื่อการมีวิถีชีวิตที่สร้างสรรค์ฯ (พ.ศ.2556-2558 และ พ.ศ.2560-2562) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาพื้นที่สุขภาวะด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มกลไกพลเมือง เพื่อส่งเสริมพื้นที่สุขภาวะให้เกิดกิจกรรมทางกายของคนในชุมชน

โปรแกรม/โครงการที่นำไปใช้: โครงการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะเพื่อการมีวิถีชีวิตที่สร้างสรรค์ฯ (พ.ศ. 2556-2558 และ พ.ศ. 2560-2562) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาพื้นที่สุขภาวะด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มกลไกพลเมืองให้เกิดกิจกรรมทางกายและพื้นที่สุขภาวะ ดำเนินงานในเขตเทศบาลเมืองโพธาราม จังหวัดราชบุรี โดยใช้เครื่องมือส่งเสริมศักยภาพกิจกรรมการเรียนรู้ อาทิ การประชุมทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ การสนทนากลุ่มย่อย การเข้าร่วมกิจกรรมวัฒนธรรมประเพณีของชุมชน การสำรวจและเก็บข้อมูลสุขภาพด้านการมีกิจกรรมทางกายด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม การจัดวงสุนทรียสนทนา การศึกษาดูงานการจัดกิจกรรมทางกายเพื่อสร้างการเรียนรู้ระหว่างกัน การถอดบทเรียนทั้งก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม รวมไปถึงการประเมินผลให้แก่กลุ่มผู้นำจาก 10 ชุมชนที่เข้าร่วม

บทเรียนรู้: 1) กลุ่มผู้นำเกิดกระบวนการเรียนรู้และมีส่วนร่วมพัฒนากิจกรรมทางกาย 2) เกิดสำนึกความเป็นเจ้าของชุมชน จนได้รวมตัวกันเป็นกลุ่มกลไกพลเมืองในชื่อ “ชมรมจักรยานเมืองคนสวยช่วยกันปั่น” 3) กลุ่มกลไกพลเมืองสามารถเชื่อมประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาคส่วนอื่น ๆ ในท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาลโรงเรียน โรงพยาบาล ภาคธุรกิจในเขตเทศบาล เกิดเครือข่ายความร่วมมือสนับสนุนกิจกรรมปั่นจักรยาน 4) เกิดกระแสสังคมของเมืองโพธารามในการปั่นจักรยาน 5) เกิดการขยายกลุ่มกิจกรรมทางกาย อาทิ กลุ่มลีลาศเพื่อสุขภาพ กลุ่มปั่นจักรยานแม่บ้านและเยาวชน เป็นต้น 6) เทศบาลเมืองโพธารามเห็นความสำคัญของกระบวนการมีส่วนร่วม จึงได้ร่วมมือกับกลุ่มกลไกพลเมืองจัดกระบวนการมีส่วนร่วมให้แก่ประชากรในเมืองให้เข้ามาร่วมปรับปรุงพื้นที่สาธารณะริมแม่น้ำของเทศบาลเมืองโพธาราม เพื่อเป็นพื้นที่ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ของเมือง 7) เกิดเส้นทางท่องเที่ยวเมืองสุขภาวะด้วยกิจกรรมทางกายของเมืองโพธาราม

บทสรุป: จากกระบวนการดำเนินงาน ยิ่งทำให้อรุณอินสยามเห็นว่าชุมชนเมืองที่มีศักยภาพ จะสามารถเข้าถึงปัจจัยกำหนดทางด้านการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกของท้องถิ่นได้ ทั้งนี้ หน่วยงานสนับสนุนจึงจำเป็นต้องมีการเสริมศักยภาพหรือเสริมพลังอำนาจให้แก่ชุมชน เพื่อนำไปสู่การยอมรับศักยภาพของชุมชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพราะเมื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยอมรับและเชื่อมั่นในศักยภาพของกลุ่มกลไกพลเมืองแล้ว ก็จะนำไปสู่การร่วมกำหนดแผนกิจกรรมการสร้างสุขภาพเชิงรุกให้แก่ประชาชนโดยรวมของเมืองได้ต่อไป ดังนั้น จึงยิ่งตอกย้ำว่า การพัฒนาศักยภาพของกลุ่มประชากรเพื่อสร้างให้เป็นกลุ่มกลไกพลเมืองนั้น จะช่วยให้ประชาชนในท้องถิ่นสามารถเข้าถึงทรัพยากรทางด้านสุขภาพของท้องถิ่นได้อย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ: กลไกพลเมือง, พื้นที่สุขภาวะ, กิจกรรมทางกาย, กิจกรรมสุขภาวะ

บทนำ

สังคมเมืองได้กลายเป็นกลไกสำคัญของการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศในโลกยุคใหม่ และมีแนวโน้มว่า สังคมทั่วโลกกำลังปรับตัวจากสังคมชนบทเข้าสู่สังคมเมืองมากขึ้น ในประเทศไทยได้เริ่มปรากฏแนวคิดการพัฒนาเมืองอย่างชัดเจนในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1-3 (พ.ศ 2504-พ.ศ 2518) (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2518) ที่เน้นการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ โดยมีอุตสาหกรรมเป็นตัวขับเคลื่อน แนวทางการพัฒนาเมืองในลักษณะนี้ได้ทำเกิดปัญหาที่มาจากกระบวนการพัฒนาเมือง อาทิ ปัญหาการหลั่งไหลของจำนวนประชากร (over urbanization) การเกิดความเหลื่อมล้ำทางการพัฒนาระหว่างเมืองขนาดใหญ่และเมืองขนาดต่าง ๆ จนทำให้เกิดภาวะการพัฒนาเมืองที่ไม่สมดุล และเกิดปัญหาชุมชนเมืองในด้านต่าง ๆ ต่อมา ในช่วงปลายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3-4 รัฐบาลไทยเริ่มมีมุมมอง และแนวทางการพัฒนาเมืองในส่วนภูมิภาคมากขึ้น เพราะต้องการแก้ปัญหาการอพยพเข้ามาสู่เมืองหลวงของประชากรในพื้นที่เมืองขนาดต่าง ๆ ของประเทศไทย แต่ทว่ากลับยิ่งผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงฐานการผลิตของชุมชน จากฐานของเกษตรกรรมชนบทสู่ภาวะสังคมเมืองมากขึ้น อย่างไรก็ดี กระบวนการพัฒนาเมืองของประเทศไทยเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงขึ้น โดยเฉพาะในมิติการมีส่วนร่วมของประชาชนกับนโยบายการพัฒนาเมือง อันเนื่องมาจากประเทศไทยได้รับอิทธิพลทางความคิดจากกระแสพัฒนาโดยพบว่า ในช่วงหลัง พ.ศ. 2515 ประเทศไทยได้รับแนวความคิดการพัฒนาความเจริญทางด้านเศรษฐกิจเพื่อสร้างความเป็นธรรม (Redistribution with Growth) จากธนาคารโลก ซึ่งส่งผลให้ประเทศไทยเริ่มสนใจศึกษาปัญหาความยากจนและการกระจายรายได้ในประเทศไทยมากขึ้น โดยในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7-8 ได้เริ่มนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม (People participation) และแนวคิดว่าด้วยความจำเป็นพื้นฐานของมนุษย์ (Basic Human Needs) มาใช้เป็นแนวทางการพัฒนา (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2544) นอกจากนั้นยังได้รับอิทธิพลมาจากองค์การอนามัยโลกในเรื่องของการสร้างเมืองน่าอยู่ (Healthy Cities) แนวคิดการกระจายอำนาจจากส่วนกลางสู่ท้องถิ่น แนวคิดการมีส่วนร่วมทางการพัฒนา แนวคิดการสร้างธรรมาภิบาล (World Health Organization, 2563) และที่สำคัญ คือ การตื่นตัวของประชาชนในด้านการรวมกลุ่ม ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 แนวคิดต่าง ๆ เหล่านี้ ส่งผลต่อทั้งแนวคิดและแนวทางการพัฒนาเมือง จากเดิมที่เป็นหน้าที่เฉพาะของหน่วยงานชำนาญการที่เกี่ยวข้อง กลายเป็นการมีส่วนร่วมของทั้งจากประชาชนในเมือง องค์กรตามภาคส่วนต่าง ๆ มากขึ้น โดยวิวัฒนาการขององค์กรชุมชนด้านการฟื้นฟูเมืองของประเทศไทย เริ่มต้นขึ้นใน พ.ศ 2520 ที่นโยบายของภาครัฐเน้นเรื่องของการรื้อถอนกายภาพของเมืองเป็นหลัก จนกระทั่งใน พ.ศ. 2538-2543 ได้เริ่มมีสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน ที่มีเป้าหมายเพื่อการพัฒนาที่อยู่อาศัย

และคุณภาพชีวิตของประชาชนทั้งในพื้นที่เมืองและชนบท เกิดขึ้น จึงได้ส่งผลต่อกระบวนการฟื้นฟูเมืองของประเทศไทย โดยเฉพาะกระบวนการฟื้นฟูเมืองในลักษณะของการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชน ต่อมาได้มีนักวิชาการ กลุ่มนักวิชาการอิสระ เข้ามามีส่วนร่วมกับประชาชนในพื้นที่ อาทิ บางกอกฟอรั่ม อรุณอินสยาม เป็นต้น ลักษณะสำคัญของการเคลื่อนไหวในแนวทางนี้ คือการพัฒนาศักยภาพให้แก่ประชาชนในท้องถิ่นด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม เริ่มตั้งแต่การคิด การวางแผน การตัดสินใจ และการประเมินผล ดังตัวอย่างการดำเนินงานภายใต้โครงการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะด้วยกลุ่มกลไกพลเมือง (พ.ศ. 2556-2558 และ พ.ศ. 2560-2562) สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หรือ สสส. โครงการฯ นี้ดำเนินการภายใต้แนวคิด การฟื้นฟูเมือง/พื้นที่สุขภาวะ ในความหมายของการเปลี่ยนคุณภาพของผู้คนที่อยู่ในชุมชน/เมือง/พื้นที่ ให้มีหัวใจใหม่ มีความรู้ มีมโนสำนึกใหม่ มีจิตและคุณค่าใหม่ (การพัฒนากลุ่มกลไกพลเมือง เพื่อมีส่วนร่วมกับภาคส่วนสำคัญของเมืองในการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะ) โดยอรุณอินสยามในฐานะผู้จัดกระบวนการได้ใช้แนวทางการเสริมศักยภาพ และได้เข้ามามีบทบาทกระตุ้นให้ประชาชนในพื้นที่เปลี่ยนพฤติกรรมจากการเป็นผู้รอรับการพัฒนามาเป็นการร่วมฟื้นฟูเมือง/พื้นที่ในท้องถิ่นของตนเองร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อออกแบบพื้นที่สาธารณะที่ทุกคนเข้าถึงได้ง่าย สะดวกต่อการดำเนินชีวิตประจำวันจะช่วยส่งผลดีต่อทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตของคนในชุมชน ภายใต้แนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพที่ให้ความสำคัญของ “การป้องกัน” มากกว่า “การรักษา” เพื่อส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน เพิ่มพฤติกรรมการเคลื่อนไหว และลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง ซึ่งการมีสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพในมิติต่าง ๆ โดยเฉพาะความเสี่ยงการเกิดโรค Non-communicable diseases หรือ NCDs (ศักรพัฒน์ อนุรักษ์ภราดร, 2561, ศูนย์สร้างเสริมสุขภาวะเมือง, 2564)

ขั้นตอนการดำเนินโปรแกรม/โครงการ (Program/project implementation)

1. แผนที่ทางสังคม มีวัตถุประสงค์เพื่อ การค้นหาต้นทุนทางสังคมของพื้นที่ผ่านความสัมพันธ์ของผู้คน และนำไปวิเคราะห์เพื่อถอดรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมของกลุ่มคนในพื้นที่ โดยเริ่มจากกระบวนการพูดคุยกับแกนนำอย่างไม่เป็นทางการ และใช้วิธีการ Snow Ball ทำให้ได้พบแกนนำที่มีศักยภาพอย่างหลากหลาย (Potential Champions) แผนที่ทางสังคมช่วยให้เกิดการวิเคราะห์บทบาทของแกนนำ เพราะการต่อเชื่อมให้เกิดเป็นกลไกแกนนำนั้นมีความสำคัญมากในการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนการสร้างพื้นที่สุขภาวะด้วยกลุ่มกลไกลพลเมือง

2. การจัดกระบวนการสร้างการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ โดยคำนึงถึงความหลากหลายของกลุ่มเป้าหมายภายในพื้นที่ปฏิบัติการ โดยเงื่อนไขสำคัญ คือ ต้องจัดกระบวนการเพื่อให้ปัจเจกบุคคลสามารถแลกเปลี่ยนความหมาย หรือให้คุณค่ากิจกรรมที่จะดำเนินการร่วมกันได้ ประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่งของการค้นหาความหมายในพื้นที่ คือ การเรียนรู้วิถีชุมชนและรูปแบบทางวัฒนธรรม (cultural model) ของท้องถิ่นซึ่งช่วยให้ อรุณอินสยามในฐานะผู้หนุนเสริมกระบวนการ สามารถวางยุทธศาสตร์เพื่อสนับสนุนการทำงานในพื้นที่ได้อย่างแหลมคม และสอดคล้องกับพื้นที่

3. เครื่องมือจัดการพูดคุยด้วยกระบวนการสุนทรียสนทนา (dialogue) เป็นเครื่องมือสำคัญทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนและค้นหาความหมาย (share meaning) อย่างลึกซึ้งของปัจเจกบุคคลสู่การพัฒนาเป็นกลุ่ม การใช้กระบวนการคุยแบบสุนทรียสนทนาช่วยสร้างพลังขับเคลื่อน (driving force) ในเชิงบวกของการทำงาน เพราะการพูดคุยที่ดีจะช่วยสะท้อนระบบคุณค่าที่กลุ่มคน ชุมชนยึดถือร่วมกัน กระบวนการสุนทรียสนทนา ได้ถูกนำมาใช้ในทุกช่วงของการทำงาน อาทิ เพื่อค้นหาความหมายร่วม เพื่อค้นหาคนที่มีใจตรงกันหรือหาคนร่วมฝัน ซึ่งกระบวนการสุนทรียสนทนาช่วยเป็นเครื่องมือที่ทำให้เกิดการพัฒนากลไกแกนนำการเปลี่ยนแปลงได้ชัดเจนและแน่นแฟ้นมากขึ้น

4. การถอดบทเรียนหลังปฏิบัติกิจกรรม (AAR) เพื่อให้เป็นวินัยใหม่ในการทำงานร่วมกันของกลุ่ม

5.การจัดกิจกรรมการเรียนรู้กิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงเริ่มต้น และตลอดระยะเวลาของกระบวนการ อีกทั้งยังเป็นตัวช่วยประสานพลังทุนของพื้นที่เป็นสำคัญ หรือกล่าวอีกนัยยะ คือการสร้างภาคีในพื้นที่ เช่น โรงเรียน วัด หรือเจ้าของบ้านเก่า บริษัท/ห้างร้าน ให้เข้ามาร่วมทำให้เกิดการสร้างสรรค์กิจกรรมที่ช่วยขยายวงของผู้คนหรือเปิดตัวออกไปสู่สังคมชุมชนที่กว้างขวางขึ้น

6. นอกจากนั้น ยังมีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่นำมาสู่ความสามารถในการวิเคราะห์การพัฒนากลุ่มกลไกพลเมืองเพื่อขับเคลื่อนพื้นที่สุขภาวะ ได้แก่ การสังเกตทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม ได้แก่ การเข้าร่วมการปฏิบัติภารกิจอื่น ๆ นอกเหนือจากกิจกรรมภายในโครงการ เพื่อให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ทำงานในพื้นที่กับกลุ่มคนอื่น ๆ ซึ่งมีทั้งผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการประสานความร่วมมือเพื่อผลักดันและขับเคลื่อนกิจกรรมพัฒนาพื้นที่สุขภาวะ นอกจากนั้น ยังมีเครื่องมือการถอดบทเรียน การจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการศึกษาดูงาน เป็นเครื่องมือในการขยายผลแนวคิด และสร้างกระแสสังคมทั้งในระดับพื้นที่ (จังหวัด) และสาธารณะ เป็นต้น

ผลสำเร็จหลักจากการดำเนินงาน และความท้าทายในการดำเนินงานการตอบรับจากชุมชน

จากการดำเนินงานได้สร้างให้เกิดกลุ่มกลไกพลเมืองในเขตเทศบาลเมืองโพธาราม จังหวัดราชบุรี คือ ชมรมจักรยานเมืองคนสวยช่วยกันปั่น ในเขตเทศบาลเมืองโพธาราม จังหวัดราชบุรี โดยกลุ่มกลไกพลเมืองนี้ ได้มีบทบาทในการร่วมขับเคลื่อนและบริหารจัดการกิจกรรมพื้นที่สุขภาวะ โดยสามารถกล่าวได้ว่า การดำเนินงานของโครงการพัฒนากลุ่มกลไกพลเมืองเพื่อพัฒนาพื้นที่สุขภาวะได้สร้างผลผลิตสำคัญ คือ

1) ศักยภาพของกลุ่มกลไกพลเมืองในการออกแบบรูปแบบกิจกรรมของพื้นที่สุขภาวะที่สอดคล้องกับบริบทของท้องถิ่น ได้แก่ การปั่นจักรยาน ที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของประชาชนในเมือง

2) เกิดการริเริ่มปรับแผนเสริมสร้างสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกลุ่มกลไกพลเมืองสามารถร่วมมือกับเทศบาลจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม ดังปรากฏว่า เทศบาลเมืองโพธารามได้ตั้งงบประมาณ และบรรจุกิจกรรมการเต้นลีลาศหน้าเทศบาลเมืองโพธาราม ในทุกวันจันทร์ พุธ และศุกร์ของชมรมส่งเสริมความสุขและกิจกรรมจักรยานของชมรมเมืองคนสวยมาช่วยกันปั่นในทุกวันหยุดนักขัตฤกษ์และวันอาทิตย์ รวมถึงทุกเทศกาลสำคัญของเมือง เข้าไปไว้ในแผนงานของกองสาธารณสุข นอกจากนั้น ยังได้ตั้งงบประมาณ จำนวน 8 ล้านบาท เพื่อวางแผนปรับปรุงพื้นที่ริมน้ำแม่กลองในเขตเทศบาลเมืองโพธาราม ความยาวทั้งสิ้น 11 กิโลเมตร ให้เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองโพธาราม และการใช้ชีวิตกลางแจ้งเพื่อส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น โดยก่อนการออกแบบการฟื้นฟูพื้นที่ เทศบาลเมืองโพธาราม ได้ร่วมกับอรุณอินสยาม จัดให้มีกระบวนการปรึกษาหารือการฟื้นฟูพื้นที่อย่างมีส่วนร่วมเพื่อให้เอื้อต่อการเข้าถึงพื้นที่เพื่อคนทั้งมวล (Universal Design) ซึ่งกระบวนการดำเนินงานร่วมกันระหว่างกลุ่มกลไกพลเมืองและเทศบาลนั้น ถือว่าเป็นการริเริ่มที่สำคัญของการวางแผนแบบมีส่วนร่วมและอย่างมีกลยุทธ์ที่มีเป้าหมาย คือ การส่งเสริมสุขภาวะให้แก่ประชาชนในพื้นที่เมืองของตนเอง

นอกจากนั้น ยังได้สร้างให้เกิดผลลัพธ์สำคัญของขบวนการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน คือ “การพัฒนาคุณภาพประชากร ในมิติของการสนับสนุนการสร้างกลไกพลเมือง (การรวมกลุ่มของประชาชนที่มีความรับผิดชอบต่อประเด็นสาธารณะของเมือง) เพื่อร่วมฟื้นฟูเมืองด้วยการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะ” โดยผลลัพธ์ดังกล่าวนี้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกของสังคมประเทศไทยและสังคมโลก

ที่มา: จากการถอดบทเรียนของอรุณอินสยาม, 2560

ภาพที่ 1 การสนับสนุนกระบวนการดำเนินงานเพื่อสร้างมิติใหม่ของการพัฒนาในการขับเคลื่อนการสร้างพื้นที่สุขภาวะด้วยการมีส่วนร่วมระหว่างกลุ่มกลไกพลเมือง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีสำคัญในพื้นที่

ข้อค้นพบจากการพัฒนา

ในกระบวนการดำเนินงานของคณะทำงานอรุณอินสยาม ภายใต้โครงการพัฒนากลุ่มกลไกพลเมืองเพื่อพัฒนาพื้นที่สุขภาวะนั้น พบว่า ในการบูรณาการทรัพยากรทุนในการสนับสนุนการสร้างพื้นที่สุขภาวะให้ได้อย่างเป็นรูปธรรมนั้น หัวใจสำคัญ คือ การค้นหาแกนนำสำคัญ (Change Agent) ที่เป็นเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่อยู่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดังกรณีของเทศบาลเมืองโพธาราม อาทิ กองสาธารณสุข กองพัฒนาชุมชน กองศึกษา กองผังเมือง เป็นต้น โดยจำเป็นต้องมีการสร้างกระบวนการเรียนรู้และการปฏิบัติจริงร่วมกันระหว่างกลุ่มกลไกพลเมืองและเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้เจ้าหน้าที่เหล่านี้ เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติมาทำงานการสร้างสุขภาวะเชิงรุกร่วมกับกลุ่มกลไกพลเมือง เพราะเมื่อเจ้าหน้าที่เริ่มมีทัศนคติที่อยากจะบูรณาการความร่วมมือกับประชาชน หรือหน่วยงานในท้องถิ่นอย่างจริงจัง รูปธรรมจะเกิดขึ้น โดยเจ้าหน้าที่เหล่านี้จะนำเอากิจกรรม หรือแนวทางการดำเนินงานไปใช้ในการวางแผนงานของเทศบาล เพื่อให้สอดรับกับความต้องการของประชาชน และเป็นการสร้างสุขภาวะเชิงรุก คือ เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการป้องกัน รักษาในวิธีคิดแบบเดิมของการดูแลสุขภาพ

ข้อเสนอแนะการพัฒนา

จากการดำเนินงานของอรุณอินสยามในฐานะหน่วยสนับสนุนการจัดกระบวนการเรียนรู้ (Process Facilitator) ภายใต้แนวคิดการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะด้วยพลังพลเมือง ได้พบปัจจัยสำคัญของการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะอย่างยั่งยืน ได้แก่

1. คน หรือทรัพยากรมนุษย์ เป็นหัวใจสำคัญของการเปลี่ยนแปลงคุณภาพของเมือง ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือคุณภาพได้ด้วยการเสริมสร้างศักยภาพเพื่อให้แกนนำมีความสามารถ (Capacity Building) ที่มีโลกทัศน์เห็นการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างสุขภาวะด้วยการมีส่วนร่วมของประชาชนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2. การสร้างให้เกิดการความร่วมมือระหว่างภาคีสำคัญของพื้นที่ และกลุ่มเครือข่ายชุมชนเปรียบเสมือนเป็นการสร้างฐานทุนทางสังคมที่มีจิตสาธารณะ (Civic Mind) ของพื้นที่ (Space) จะช่วยเป็นแรงเสริม/สนับสนุนการขับเคลื่อนให้เกิดทั้งกิจกรรมสุขภาวะ/พื้นที่สุขภาวะในท้องถิ่นที่มีพลัง

3. ควรมีการพัฒนาศักยภาพทั้งในส่วนของกลุ่มแกนนำและเจ้าหน้าที่ปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะการสนับสนุนการจัดการความรู้ (Local Wisdom Knowledge) เพื่อให้เกิด

ความภาคภูมิใจในความรู้จากผืนแผ่นดิน หรือเป็นความรู้ของเขาเอง ซึ่งเมื่อพื้นที่ /แผน/แนวทางการดำเนินงาน หรือกิจกรรมสุขภาวะเกิดขึ้นมาจากความรู้ของเขาเอง เขาจะรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของและนำไปสู่การขับเคลื่อนการพัฒนากิจกรรมของพื้นที่สุขภาวะที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตให้เกิดผลเชิงรูปธรรมจนสำเร็จ โดยหนึ่งในเครื่องมือสำคัญของการจัดการความรู้ เช่น การส่งเสริมให้เกิดเวทีกลางหรือวงพูดคุยเป็นระยะเพื่อเชื่อมโยงกลุ่มบุคคลจากชุมชน และเจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อใช้เวทีสร้างกระบวนการเรียนรู้ระหว่างกันขับเคลื่อนประเด็นกิจกรรมพื้นที่สุขภาวะ อีกทั้งเป็นการสร้างให้เห็นตัวอย่างรูปธรรมของกระบวนการขับเคลื่อนให้เกิดพื้นที่สุขภาวะอย่างมีส่วนร่วม

4. ควรมีกระบวนการติดตามและประเมินผลกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนากิจกรรมพื้นที่สุขภาวะอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถนำไปสู่การพัฒนาเมืองสุขภาวะได้ต่อไปในอนาคต

5. ควรมีการจัดทำสื่อสารสื่อสุขภาพ (Health Communication for Change) ด้วยรูปแบบการสื่อสารเข้าใจง่าย (Info graphic) ให้เข้าถึงทุกกลุ่มประชากร เพื่อสร้างความเข้าใจถึงมิติการเสริมสร้างสุขภาพเชิงรุก พร้อมทั้งนำไปสู่การขยายผลได้จริงในพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ๆ ได้ต่อไป

สรุป

จากกระบวนการดำเนินงาน ยิ่งทำให้อรุณอินสยามเห็นว่าชุมชนเมืองที่มีศักยภาพ จะสามารถเข้าถึงปัจจัยกำหนดทางด้านการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกของท้องถิ่นได้ ทั้งนี้หน่วยงานสนับสนุนจึงจำเป็นต้องมีการเสริมศักยภาพหรือเสริมพลังอำนาจให้แก่ชุมชน เพื่อนำไปสู่การยอมรับศักยภาพของชุมชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพราะเมื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยอมรับและเชื่อมั่นในศักยภาพของกลุ่มกลไกพลเมืองแล้ว ก็จะนำไปสู่การร่วมกำหนดแผนกิจกรรมการสร้างสุขภาพเชิงรุกให้แก่ประชาชนโดยรวมของเมืองได้ต่อไป ดังนั้น จึงยิ่งตอกย้ำว่า การพัฒนาศักยภาพของกลุ่มประชากรเพื่อสร้างให้เป็นกลุ่มกลไกพลเมืองนั้น จะช่วยให้ประชาชนในท้องถิ่นสามารถเข้าถึงทรัพยากรทางด้านสุขภาพของท้องถิ่นได้อย่างเป็นรูปธรรม

อ้างอิง

1 World Health Organization. (2563). Healthy Cities. แหล่งที่มา https://www.who.int/southeastasia/activities/healthy-cities

2 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2518). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1-3 (พ.ศ 2504-พ.ศ 2518). แหล่งที่มา https://www.nesdc.go.th/ewt_w3c/more_news.php?cid=230&filename=index

3 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2535). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6-7 (พ.ศ 2535-พ.ศ 2544). แหล่งที่มา https://www.nesdc.go.th/ewt_w3c/more_news.php?cid=230&filename=index

4 ศักรพัฒน์ อนุรักษ์ภราดร. (2561). แนวทางการส่งเสริมพื้นที่สุขภาวะกับการใช้ประโยชน์ที่ดินในบริบทการพัฒนาเมืองและอสังหาริมทรัพย์ในเขตชุมชนเมือง. สาระศาสตร์ฉบับที่ 1/2561 – 129, Thai Journal Online (ThaiJO). เข้าถึงวันที่ 5 มกราคม 2566. แหล่งที่มา https://so05.tci-thaijo.org/index.php/sarasatr/article/view/118732

5 ศูนย์สร้างเสริมสุขภาวะเมือง. (2564). คู่มือแนะนำการสร้างพื้นที่สุขภาวะในชุมชน. องค์การอนามัยโลกประจำภูมิภาคเอเชียใต้และตะวันออก (WHO Regional Office for South-East Asia. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) แหล่งที่มา https://healthyspaceforum.org/healthy-space-next-door/

1. คณะกรรมการจัดประชุมวิชาการ

นางประภาศรี บุญวิเศษ	ที่ปรึกษา
รองศาสตราจารย์ ดร.อารี จำปากลาย	ที่ปรึกษา
ดร.นายแพทย์ ไพโรจน์ เสาน่วม	ประธานกรรมการ
นางสาวนิรมล ราศี	กรรมการ
นางวิภาดา ศิราวรงค์	กรรมการ
นายกษิดิ คุณวิภูศิลกุล	กรรมการ
นางสาวกรณิการ์ จิติยะวงษ์	กรรมการ
นางสาวนุชวรรณ์ บุญเรืองกิตินันท์	กรรมการ
นางสาวสาริณี สาระคู	กรรมการ
นายกฤตยชญ์ ธนะกรรณ์	กรรมการ
อาจารย์ ดร.อารีกุล อมรศรีวัฒนกุล	กรรมการ
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อภิชัย วรรธนะพิศิษฐ์	กรรมการ
อาจารย์ ดร. ทรงทรรศน์ จินาพงศ์	กรรมการ
ดร.ทับทิม ศรีวิไล	กรรมการ
Lect.Dr.Dyah Anantalia Widyastari	กรรมการ
อาจารย์ ดร.วริศ วงศ์พิพิธ	กรรมการ
อาจารย์ ดร.นุชราภรณ์ เลี้ยงรื่นรมย์	กรรมการ
อาจารย์ ดร.พจน์ พงศ์เผ่าพัฒนกุล	กรรมการ
อาจารย์ ดร. สรัญญา เนตรธานนท์	กรรมการ
อาจารย์ ดร.วิตติกา ทางชั้น	กรรมการ
อาจารย์ ดร.บุรเทพ โชคธนานุกูล	กรรมการ
นางสาวรุ่งรัตน์ พละไกร	กรรมการ
นางสาวณัฐพร นิลวัตถา	กรรมการ
นายณรากร วงษ์สิงห์	กรรมการ
นางสาวชุติมา อยู่สมบูรณ์	กรรมการ
นายสุรศักดิ์ เพ็ญใหม่	กรรมการ
รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยวัฒน์ เกตุวงศา	เลขานุการ
นายปัญญา ชูเลิศ	ผู้ช่วยเลขานุการ

2. คณะกรรมการกำกับทิศทางแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

ศาสตราจารย์ นายแพทย์อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม	ที่ปรึกษา
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปัญญา ไข่มุก	ที่ปรึกษา
นางประภาศรี บุญวิเศษ	ประธานกรรมการ
ศาสตราจารย์ นายแพทย์รณชัย คงสกนธ์	กรรมการ
รองศาสตราจารย์ ดร.พนิต ภู่จินดา	กรรมการ
รองศาสตราจารย์ ดร.ยศชนัน วงศ์สวัสดิ์	กรรมการ
รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยวัฒน์ เกตุวงศา	กรรมการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลักขณา เติมศิริกุลชัย	กรรมการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนวันต์ สินธุนาวา	กรรมการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ	กรรมการ
ดร.กิตติพงษ์ โพธิมู	กรรมการ
ดร.นายแพทย์ ไพโรจน์ เสาน่วม	กรรมการ
นายแพทย์ อุดม อัศวุตมางกูร	กรรมการ
นายธนา ยันตรโกวิท	กรรมการ
นางสาวนิรมล ราศรี	เลขานุการ
นายณรงค์ เทียมเมฆ	เลขานุการร่วม

3. คณะกรรมการที่ปรึกษาศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (ทีแพค)

รองศาสตราจารย์ ดร.อารี จำปากลาย
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา
รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีย์พร พันพึ่ง
รองศาสตราจารย์ ดร.รศรินทร์ เกรย์
รองศาสตราจารย์ ดร.โยธิน แสวงดี
รองศาสตราจารย์ ดร.ภูเบศร์ สมุทรจักร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกวรรณ ธราวรรณ

4.คณะกรรมการผู้พิจารณาบทความ

ดร.นายแพทย์ ไพโรจน์ เสาน่วม
รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยวัฒน์ เกตุวงศา
รองศาสตราจารย์ ดร.อัจฉรา ปุราคม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันดี ศิริโชคชัชวาล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฏฐา ฐานีพานิชสกุล
อาจารย์ประยงค์ โพธิ์ศรีประเสริฐ
อาจารย์ ดร.อารีกุล อมรศรีวัฒนกุล
อาจารย์ ดร.วริศ วงศ์พิพิธ
อาจารย์ ดร.บุรเทพ โชคธนานุกูล
อาจารย์ ดร.นุชราภรณ์ เลี้ยงรื่นรมย์
อาจารย์ ดร.เจษฎา อานิล
อาจารย์ ดร.สรัญญา เนตรธานนท์
อาจารย์ ดร.ระวีวรรณ มาพงษ์
อาจารย์ ณัฐนรี กระบวนรัตน์
นายสิทธิชาติ สมตา
นายปัญญา ชูเลิศ
นายดนุสรณ์ โพธารินทร์
นายณรากร วงษ์สิงห์
นางสาวรุ่งรัตน์ พละไกร

5. คณะทำงานศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (ทีแพค)

รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยวัฒน์ เกตุวงศา
Lect.Dr.Dyah Anantalia Widyastari
นายณรากร วงษ์สิงห์
นายปัญญา ชูเลิศ
นางสาวชุติมา อยู่สมบูรณ์
นางสาวรุ่งรัตน์ พละไกร
นางสาวณัฐพร นิลวัตถา
นายดนุสรณ์ โพธารินทร์
นางสาวนันทวัน ป้อมค่าย
นางสาววิสุตา มั่นสิงห์
นางสาวนฤมล เหมะธุลิน
นายสุรศักดิ์ เพ็ญใหม่
นายอภิชาติ แสงสว่าง
นางสาววณิสรา เจริญรมย์
นายอับดุล อุ่นอำไพ
นางสาวณัฏฐนันท์ ศิริโกสุม
นางสาวอัญญารัตน์ คณะวาปี
นายสิทธิชาติ สมตา
นายคมกฤช ตะเพียนทอง
นางสาวสุจิตรา สุนทรารักษ์
นางสาวรัตนา ด้วยดี

ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (ทีแพค) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
เลขที่ 999 ถนนพุทธมณฑลสาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170
โทรศัพท์ 02-441-0201-4 ต่อ 307, 317, 524, 525 โทรสาร 0-2441-9333
เว็บไซต์ www.tpak.or.th
Facebook: https://www.facebook.com/TPAK.Thailand