

# THAI HEALTH PROMOTION JOURNAL

## วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2566

Vol.2 No.1 January – March 2023

### นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

- การพัฒนารูปแบบโปรแกรมออนไลน์ MindFit เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นไทย
- ทักษะคิดและปัจจัยที่ส่งต่อพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียนปอเนาะพื้นที่ภาคใต้ของไทย
- การเข้าถึงการสงวนนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกาย 8 ประการ (8 Investment) ของผู้สูงอายุไทย ปี 2564
- พฤติกรรมการดูแลตนเองและความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่
- การออกแบบและสังเคราะห์โมเดลเศรษฐกิจชุมชนด้วยการขับเคลื่อนของวิสาหกิจชุมชน: กรณีศึกษาวิสาหกิจชุมชน น. อักเนส สถานีเกษตรแบ่งปัน จังหวัดราชบุรี
- ทดสอบเรียนแนวทางการบริหารจัดการของกรมควบคุมโรค และภาคีเครือข่ายกระทรวงสาธารณสุขในการรับมือโรคไวรัสโคโรนา 2019
- ประเมินผลการรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาในระดับพื้นที่
- มาตรการเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายในบริบทเมืองในประเทศไทยรายได้ต่ำและปานกลาง: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

### บทความพินิจ (Review Article)

- ภูมิปัญญาอาหารพื้นบ้านล้านนา: คำรับและแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

### ปกิณฑกะ (Miscellaneous)

- การประยุกต์ใช้แฮทบอกตในงานสร้างเสริมสุขภาพ

ISSN 2774-0285 (Print)  
ISSN 2774-1249 (Online)

สารบัญ	หน้าที่	Contents
<b>บทบรรณาธิการ</b>		<b>Editorial</b>
การสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างก้าวกระโดด วิวัฒน์ โรจนพิทยากร	1	Leaping forward to Create Health Outcomes <i>Wiwat Rojanapithayakorn</i>
<b>นิพนธ์ค้นฉบับ</b>		<b>Original Article</b>
การพัฒนารูปแบบโปรแกรมออนไลน์ MindFit เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นไทย ธรรณิการ์ กองสุข และคณะ	3	Development of MindFit Application for Prevent Depression among Thai Adolescents <i>Thoranin Kongsuk, et al.</i>
ทัศนคติและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของเยาวชนในโรงเรียนปอเนาะพื้นที่ภาคใต้ของไทย สุदारัตน์ สุดสมบุญรณ์ และคณะ	18	Attitudes and Factors Affecting Youths' Smoking Decision in Southern Private Islamic Schools (Pondok) in Southern Thailand <i>Sudarat Sudsomboon, et al.</i>
การเข้าถึงการลงทุนนโยบายส่งเสริม กิจกรรมทางกาย 8 ประการ (8 Investment) ของผู้สูงอายุไทย ปี 2564 ณารากร วงษ์สิงห์ และคณะ	25	Access to Physical Activity Policy 8 Investments among Thailand Elderly in 2022 <i>Narakorn Wongsingha, et al.</i>
พฤติกรรมการดูแลตนเองและความสามารถ ในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ ทัศนีย์ บุระเพ็ง	36	Self-care Behaviors and Blood Pressure Controlling Ability of Hypertension Patients, Tambol Nuea Khlong Community Health Center, Krabi Province, Thailand <i>Tussanee Burapeng</i>
การออกแบบและสังเคราะห์โมเดลเศรษฐกิจชุมชน ด้วยการขับเคลื่อนของวิสาหกิจชุมชน: กรณีศึกษา วิสาหกิจชุมชน น. อักเนส สถานีเกษตรแบ่งปัน จังหวัดราชบุรี วุฒิชัย อ่องนาวา, พิเชษฐ รุ่งลาวัลย์	47	The Design and Synthesis of Community Economic Models Driven by Community Enterprise: a Case Study of Community Supported Agriculture at St. Agnes Organic Station, Ratchaburi Province, Thailand <i>Wuttichai Ongnawa, Pichet Runglawan</i>

สารบัญ	หน้าที่ Page	Contents
ถอดบทเรียนแนวทางการบริหารจัดการ ของกรมควบคุมโรค และภาคีเครือข่าย กระทรวงสาธารณสุขในการรับมือ โรคไวรัสโคโรนา 2019 ญาณี แสงสง่า	62	Lessons Learned on Coping with Coronavirus Disease 2019 about Department of Disease Control and the Network of the Ministry of Public In the Midst of the COVID-19 Crisis <i>Yanee Saengsanga</i>
ประเมินผลการณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาในระดับพื้นที่ โสฬารรณ อินทสิทธิ์	75	Assessing the Results of the Campaigns to Refrain from Alcohol Drinking during Buddhist Lent at the Community Level <i>Sorawan Intasitti</i>
มาตรการเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายในบริบทเมือง ในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ฐิติกร โตโพธิ์ไทย และคณะ	86	Interventions to Increase Physical Activity in an Urban Setting in Low- and Middle-Income Countries: a Systematic Review <i>Thitikorn Topothai, et al.</i>
<b>บทความพิเศษ</b>		<b>Special Article</b>
ภูมิปัญญาอาหารพื้นบ้านล้านนา: ตำรับและแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สามารถ ใจเตี้ย	101	Local Lanna Food Wisdom: Food Recipes and Guideline for Elderly Health Promotion <i>Samart Jaitae</i>
<b>ปกิณกะ</b>		<b>Miscellaneous</b>
การประยุกต์ใช้แชทบอตในงานสร้างเสริมสุขภาพ นลินี เรืองฤทธิศักดิ์	110	Chatbots' utilization in Health Promotion <i>Nalinee Ruangrittisak</i>

# วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย

วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย จัดทำขึ้นโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อเป็นช่องทางในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการของบุคลากรและเครือข่ายที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพในหลากหลายมิติ โดยเป็นสื่อกลางเพื่อเชื่อมโยงองค์ความรู้ด้านสุขภาพกับภาคี องค์กร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

## วัตถุประสงค์

- เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งเชิงวิชาการด้านการสร้างเสริมสุขภาพของไทย
- เพื่อยกระดับและเผยแพร่บทความข้อมูลวิชาการทางสุขภาพในมิติที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ
- เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานทางวิชาการของบุคลากรและเครือข่ายที่ทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพในหลากหลายมิติ
- เพื่อจัดให้มีวารสารวิชาการด้านสร้างเสริมสุขภาพ โดยมุ่งพัฒนาสู่มาตรฐานวารสารวิชาการระดับสากล

## รูปแบบของวารสาร

- รูปลักษณะวารสารวิชาการทั่วไป แต่สอดแทรกรูปภาพบ้างในส่วนที่ไม่ใช่เนื้อหาวิชาการโดยตรง
- จัดทำปีละ 4 ฉบับเป็นราย 3 เดือน โดยมีกำหนดออก คือ ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน และฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม ของทุกปี
- มีขนาดเล่ม 21.0 x 29.7 ซม. ความหนา 120 หน้า โดยเผยแพร่ในรูปแบบวารสารรูปเล่ม และอิเล็กทรอนิกส์ (E-journal)

วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทยเปิดรับบทความจากนักวิชาการสาขาต่างๆ ในทุกเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้การเตรียมต้นฉบับจะเป็นไปตามคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ และต้นฉบับที่ต้องการเผยแพร่ต้องไม่เคยพิมพ์เผยแพร่มาก่อน

ต้นฉบับที่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพได้รับจะผ่านกระบวนการคัดกรองและส่งไปยัง reviewers อย่างน้อย 3 คน เพื่อประเมินคุณภาพและให้คำแนะนำต่อบรรณาธิการ ซึ่งจะรวบรวมข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะและประสานกับเจ้าของบทความ เพื่อแจ้งผลการพิจารณา หากเห็นสมควรก็จะดำเนินการปรับแก้ให้สมบูรณ์เพื่อนำไปพิมพ์เผยแพร่ต่อไป

ผู้สนใจสามารถศึกษารูปแบบบทความและแนวทางการส่งบทความได้ที่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ เลขที่ 99/8 ซอยงามดูพลี แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120 โทรศัพท์ 02-343-1500 โทรสาร 02-343-1501 อีเมล THPJ@thaihealth.or.th เว็บไซต์ www.thaihealth.or.th/THPJJournal

# คณะกรรมการ วารสารการสร้างเสริมสุขภาพ

## คณะกรรมการที่ปรึกษา

ศ. นพ.อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล  
ศ. นพ.ประทีป วาทีสา อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์  
รศ. นพ.สรนิต ศิลธรรม กรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ  
ดร.สุปรียา อุดมการณ์ ผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

## บรรณาธิการ

### บรรณาธิการ

นพ.วิวัฒน์ ไรจนพิทยากร

### รองบรรณาธิการ

ศ. ดร.ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

## กองบรรณาธิการ

นพ. ดร.ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ นักวิจัยสำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

นพ. ดร.ไพโรจน์ เสาแก้ว ผู้ช่วยผู้จัดการ สสส.

ดร.ณัฐพันธ์ ศุภกา ผอ.สำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์ และรักษาการ ผอ.สำนักวิชาการและนวัตกรรม สสส.

ศ. พญ. ดร.สาวิตรี อังนวมกรชัย ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)

ผศ. ดร.ลักขณา เต็มศิริกุลชัย คณะกรรมการที่ปรึกษาศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)

นพ.ธนะพงศ์ จินวงษ์ ผู้จัดการศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.)

นายประยงค์ โพธิ์ศรีประเสริฐ ประธานสาขาวิชาทางสถาปัตยกรรมศาสตร์ สถาบันอาศรมศิลป์

## ฝ่ายบริหารจัดการ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

นายรังสรรค์ มั่นคง ผู้เชี่ยวชาญวิเทศสัมพันธ์

นางสาวนลินี เรืองฤทธิศักดิ์ นักวิชาการสนับสนุนงานนวัตกรรมชำนาญการ

## การสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างก้าวกระโดด

ความคุ้นชินของนักวิชาการในการพัฒนารูปแบบนวัตกรรมต่างๆ คือ การใช้เวลาพัฒนานวัตกรรม ซึ่งรวมถึงการใช้เวลาพัฒนากรอบแนวคิด การนำเอาแนวคิดไปทดลองนำร่องในบางพื้นที่ และทำการปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมเพื่อให้สามารถดำเนินการได้ในพื้นที่ต่างๆ และให้ได้ทั้งประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า รวมถึงความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน ต่อจากนั้น ก็นำไปขยายผลในพื้นที่ต่างๆ ที่ยินยอมให้ความร่วมมือ ขยายจาก 1 เป็น 2 เป็น 4 เป็น 6 ต่อเนื่องไปเรื่อยๆ เรียกได้ว่าเป็นการขยายผลแบบคืบคลาน ซึ่งกว่าจะครอบคลุมไปทั่วประเทศก็ต้องใช้เวลานานมากๆ จนแทบจะต้องใช้เวลาชั่วชีวิตของเจ้าของนวัตกรรม และในหลายกรณี ผู้คิดค้นนวัตกรรมเกษียณอายุไป หรือเปลี่ยนหน้าที่รับผิดชอบ งานที่คิดค้นมานั้น ก็ถูกเข้าเล่มเก็บไว้บนชั้นหรือบนหิ้ง รอเวลาถูกเก็บทำลายไป

มีอาจารย์พยาบาลท่านหนึ่ง คิดค้นรูปแบบการพัฒนาทักษะชีวิตของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาในประเด็นต่างๆ 10 กว่าประเด็น (เหล้า บุหรี่ การพนัน ยาเสพติด เป็นต้น) ทำเป็นลักษณะของหนังสือภาพ ลองไปนำร่องในโรงเรียนประถมศึกษา 2 แห่งในกรุงเทพมหานคร พบว่า ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ เด็กนักเรียนในกลุ่มทดลองมีเจตคติและทักษะดีขึ้น ก็เลยของบประมาณจากทางคณะแพทยศาสตร์ต้นสังกัดเพื่อขยายผลในโรงเรียนต่างจังหวัดอีก 2 แห่ง ผู้บริหารที่คุมงบประมาณเชิญอาจารย์ผู้ชำนาญมาคุย ถาม 2 คำถาม คือ คำถามที่ 1 นวัตกรรมนี้ ดีจริงหรือไม่ ก็ได้รับคำตอบว่า ดีจริง พร้อมแสดงบทความทางวิชาการที่เตรียมพิมพ์เผยแพร่เป็นบทพิสูจน์ คำถามที่ 2 คือ ถ้าดีจริง และต้องการขยายผลไปอีก 2 โรงเรียนในปีต่อไป แล้วอาจารย์จะอย่างไรกับโรงเรียนอีก 3 หมื่นโรง การขยายไปปีละ 2 โรง มีต้องใช้เงิน 15,000 ปี เพื่อให้ครอบคลุมทั่วประเทศหรือไม่ ก็ได้คำตอบว่า มีกำลังที่จะทำได้แค่นี้ ก็ต้องค่อยๆ ทำค่อยๆ ไป ผู้คุมงบประมาณก็เลยชวนอาจารย์พยาบาลท่านนั้นไปที่สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ พบกับผู้เชี่ยวชาญของ สพฐ. ปรึกษาหารือกัน ก็ได้รับความเห็นชอบนำเอาหนังสือภาพไปทำเป็นโปรแกรมแอนิเมชัน ลงในแท็บเล็ตที่ส่งไปโรงเรียนต่างๆ กระจายไปทั่วประเทศ ผลงานดังกล่าวทำให้อาจารย์พยาบาลท่านนั้นได้รับรางวัลจากสภาวิจัยแห่งชาติ ในฐานะที่สร้างผลงานวิจัยที่มีการขยายผลไปทั่วประเทศ

ตัวอย่างที่เล่านี้ ต้องการจะสื่อว่า นักวิชาการควรพิจารณาก้าวข้ามข้อจำกัดที่ทำให้ผลงานรูปแบบนวัตกรรมถูกทอดทิ้ง หรือมีการขยายผลอย่างคืบคลาน กลายเป็นการขยายผลแบบ “ก้าวกระโดด” ซึ่งความจริงคำนี้ไม่ค่อยมีการให้ความสำคัญมากนักในระดับนานาชาติ มีแต่การใช้คำว่า “ขยายผล” หรือ scaling-up หรือ expansion และที่ขบขุดกันที่สุด คือ การขยายไประดับชาติ หรือ “nation-wide scaling up” ทำให้แนวคิดแบบก้าวกระโดดจึงไม่ค่อยมีการขบขุดกัน อาจเป็นเพราะถูกมองว่า เป็นบทบาทหน้าที่ของแต่ละประเทศจะไปดำเนินการ

เท่าที่ผ่านมา สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ดำเนินงานจนก่อให้เกิดนวัตกรรม ความรู้ และต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้านต่างๆ จำนวนมาก แต่ข้อท้าทายที่สำคัญคือ การยกระดับและขยายผลงานให้ครอบคลุมถึงระดับที่ก่อให้เกิดผลกระทบเชิงสุขภาพกับทุกกลุ่มเป้าหมาย ดังนั้น ในกรอบนโยบายในการจัดทำแผนหลักของ สสส. ปี พ.ศ. 2566-2570 จึงมีการระบุนโยบาย “สร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างก้าวกระโดดด้วยการขยายผลต้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาพ เร่งความสำเร็จของแผนเชิงพื้นที่องค์กร และกลุ่มประชากร สามารถนำต้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาพมาขยายผลการดำเนินงาน ผ่านการผลักดันนโยบาย กระบวนการเรียนรู้และการสื่อสารที่มีประสิทธิผล และยั่งยืน โดยให้คำนึงถึงพลวัตเชิงพื้นที่และกลุ่มประชากร”

กรอบนโยบายนี้ แสดงถึงความจำเป็นที่ทุกแผนงานจะต้องศึกษาหาวิธีที่จะทำให้มีการขยายผลงานแบบก้าวกระโดดอย่างแท้จริง โดยใช้กลไกต่างๆ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของเจ้าภาพหลักหรือภาคียุทธศาสตร์ การผลักดันเข้าสู่นโยบาย การสั่งการตามนโยบายสู่การปฏิบัติที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ และการพัฒนาศักยภาพและสร้างความเข้าใจของผู้ปฏิบัติงาน

รวมทั้งการสื่อสารเพื่อกระตุ้นและชี้แนะสังคมให้เกิดความสนใจ ความรอบรู้และนำไปปฏิบัติในวงกว้าง ในขณะเดียวกัน นักวิชาการหรือภาคีต่างๆ ก็ต้องปรับการทำงานที่ไม่ต้องทำหน้าที่แบกรับการขยายผล โดยมุ่งที่จะพัฒนานวัตกรรม ให้ได้รูปแบบที่เหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้ในทุกบริบทของพื้นที่ และอาจจำเป็นต้องสร้างความร่วมมือกับองค์กร ที่เป็นเจ้าภาพหลักของงานด้านนั้นๆ ในระยะต้นของกระบวนการพัฒนานวัตกรรม จนเมื่อผลงานกลายเป็นนโยบายของ เจ้าภาพหลักแล้ว ก็ผันตัวเองเป็นผู้เชี่ยวชาญให้การสร้างสมรรถนะขององค์กรปฏิบัติงานระดับพื้นที่ หรือทำหน้าที่เป็น ผู้ประเมินผลงาน เพื่อสร้างความมั่นใจว่า นวัตกรรมที่ผลิตขึ้นสามารถใช้เป็นมาตรการหลักของงานสร้างเสริมสุขภาพของประเทศ พอเสียก็กับการสืบคลานขยายผลงาน และปรับเปลี่ยนรูปแบบการพัฒนาที่มุ่งสู่การก้าวกระโดดเพื่อครอบคลุมประชากร ทั่วประเทศอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ส่งผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพสุขภาพของประชาชน ได้ทั่วถึงและยั่งยืน

นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร  
บรรณาธิการ

# การพัฒนารูปแบบโปรแกรมออนไลน์ MindFit เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นไทย

ธณินทร กองสุข<sup>1</sup>, วิมลพัชร กิตติธระพันธ์<sup>2</sup>, สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล<sup>3</sup>, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ<sup>4</sup>, ดร.ณิ ฎุ่ยยาว<sup>5</sup>,  
ประกาศ อัครานันท์<sup>6</sup>, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน<sup>6</sup>, วราณนันทน์ โมตันตะสุทธิ<sup>6</sup>, หทัยรัตน์ สายมาอินทร์<sup>6</sup>,  
สุภัตรา สุขาวห<sup>6</sup>, อรรถกร วงศ์อนันต์<sup>6</sup>, วาที วันมเพ็ง<sup>6</sup>, สมควร ประดา<sup>6</sup>, นันทวัฒน์ โคตรเจริญ<sup>7</sup>

<sup>1</sup>โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น

<sup>2</sup>โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จังหวัดสมุทรปราการ

<sup>3</sup>คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

<sup>4</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

<sup>5</sup>คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>6</sup>โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

<sup>7</sup>โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี

## บทคัดย่อ

วัยรุ่นไทยมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมออนไลน์ในการป้องกันโรคซึมเศร้าที่เหมาะสมกับวัยรุ่นไทย โดยเป็นการวิจัยและพัฒนา มี 2 ระยะ ในระยะแรก พัฒนา MindFit application โดยทีมนักวิจัย และแกนนำวัยรุ่น 4 ภาค จำนวน 181 คน ระยะที่สอง เป็นการทดสอบด้วยการวิจัยเชิงทดลอง double blind randomized control trial กลุ่มตัวอย่างอายุ 15-18 ปี ทั้ง 4 ภาคของไทย จำนวน 1,889 คน ประเมินผลลัพธ์ด้วยแบบประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ประเมินก่อนและหลัง 1, 3 และ 6 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย paired t-test, survival analysis ผลพบว่า MindFit application ประเมินระดับพลังใจด้วย 9 คำถาม ซึ่งมี 6 องค์ประกอบ 18 กิจกรรม คือ (1) รับรู้ตนเอง มีกิจกรรมรับรู้ตนเอง รับมือกับความคิดลบ และรับมือกับสิ่งที่ไม่ชอบ (2) รับมือกับปัญหา มีกิจกรรมสร้างสุข ปรึกษาเพื่อน ปรึกษาผู้ใหญ่ (3) สร้างพฤติกรรมที่เหมาะสม มีกิจกรรมเปลี่ยนลุก ออกกำลังกาย และเข้านอนเป็นเวลา (4) สร้างความคิดเชิงบวก มีกิจกรรมฝึกสติ เซลฟี และแชร์สิ่งดีๆ ลงโซเชียล (5) สร้างความเป็นตัวเอง มีกิจกรรมบอกชอบ บอกไม่ชอบ และเข้าสังคม และ (6) ตั้งเป้าหมาย มีกิจกรรมจัดห้องนอน กินของแปลก และเดินทาง ประสิทธิผลต่อการป้องกันโรคซึมเศร้า พบว่า กลุ่มที่ได้รับ MindFit มีการลดลงของอาการซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มควบคุม ถึง 5.13 เท่า (95%CI=2.6-10.2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ดังนั้น MindFit เป็นนวัตกรรมโปรแกรมออนไลน์ป้องกันภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของวัยรุ่นไทย สามารถลดอาการโรคซึมเศร้าที่มากเกินปกติด้วยตัววัยรุ่นเองกลับไปสู่ปกติ

คำสำคัญ: โปรแกรม MindFit; โปรแกรมออนไลน์; โรคซึมเศร้า; การป้องกัน; วัยรุ่นไทย

วันรับ: 14 ม.ค. 2566

วันแก้ไข: 27 ก.พ. 2566

วันตอบรับ: 3 มี.ค. 2566

## บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางอารมณ์ ที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพ และเป็นปัญหาทางคลินิกอย่างมาก หากไม่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้อง จะคงอยู่นาน เรื้อรัง และกลับซ้ำได้บ่อย หากมีอาการรุนแรงก็อาจนำมาด้วยพฤติกรรมการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า<sup>(1)</sup> ซึ่งองค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะเป็นลำดับที่ 9 คิดเป็นร้อยละ 2.8<sup>(2)</sup> ส่วนในประเทศไทยโรคซึมเศร้าทำให้สูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะพร่องสุขภาพเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย รองจากการเสพติดแอลกอฮอล์ ร้อยละ 6.0 และเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิง ร้อยละ 12.4<sup>(3)</sup>

วัยรุ่นมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น พบความชุกภาวะซึมเศร้าร้อยละ 5.6 และร้อยละ 50 ของผู้ที่เคยมีอาการซึมเศร้าครั้งแรกตอนเป็นวัยรุ่น<sup>(4)</sup> โดยอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีนานกว่าหนึ่งสัปดาห์ได้แก่ ประสิทธิภาพการเรียนลดลง ออกจากเพื่อนและกิจกรรมของกลุ่ม โศกเศร้า ลึกลับ ขาดความกระตือรือร้น หดแรงแจ้งใจ มีอารมณ์โกรธ วิพากษ์วิจารณ์เรื่องต่างๆ มากเกินปกติ ไม่พึงพอใจต่ออุดมการณ์ ความภาคภูมิใจตนเองลดลง รู้สึกผิดมากขึ้น ไม่มั่นใจ ขาดสมาธิหรือหลงลืม ร้อนรน หุนหันพลันแล่น รับประทานอาหารหรือนอนเปลี่ยนแปลง ใช้สารเสพติด คิดอยากตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย

ในประเทศไทยพบว่า วัยรุ่นไทยที่มีภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายสำเร็จในระหว่างปี พ.ศ. 2560-2565 จำนวนกว่า 800 ราย โดยในปี พ.ศ. 2565 วัยรุ่นอายุระหว่าง 15-19 ปี ฆ่าตัวตายสำเร็จ 115 คน คิดเป็น 2.88 ต่อแสนประชากร แต่ที่สำคัญยิ่งคือ วัยนี้มีการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าทุกกลุ่มวัยถึง 224.38 ต่อแสนประชากร<sup>(5)</sup> และพวกเขาต้องทุกข์ทรมานกับการป่วยด้วยโรคนี้ ทำให้วัยรุ่นจะต้องเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ต้องใช้เวลา และค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งการรักษาโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นมีทั้งการรักษาด้วยยา การบำบัดทางสังคมจิตใจ แต่วัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 30-40 ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยวิธีการรักษาดังกล่าว<sup>(6)</sup> นอกจากนี้วัยรุ่นจะรู้สึกอับอาย เป็นตราบาป และลำบากใจที่ต้องเปิดเผยข้อมูลต่อบุคคลที่ไม่คุ้นเคย จึงเป็นอุปสรรค

ในการบำบัดรักษาในวัยรุ่น<sup>(7)</sup> ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นจึงเป็นเรื่องที่สำคัญมากกว่าการรักษา<sup>(8)</sup>

สำหรับการป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น ตามรายงานของ National Research Council and Institute of Medicine (NRCIOM)<sup>(8)</sup> กล่าวถึง การป้องกันสำหรับประชาชนทั่วไปหรือกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่ป่วยเป็นโรค มี 3 ประเภทตามหลักสากลคือ (1) การป้องกันทั่วไปที่ทำให้อาการซึมเศร้าลดลง ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของความเครียดที่จะก่อให้เกิดการเจ็บป่วย<sup>(9)</sup> การเพิ่มทักษะในการแก้ไขปัญหา<sup>(10)</sup> และการสร้างความต้านทานโรคหรือพลังใจ การปรับความคิดและพฤติกรรม และการปรับตัวสร้างสัมพันธภาพ<sup>(11)</sup> (2) การป้องกันในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ลูกของพ่อแม่ที่มีภาวะซึมเศร้า หรือป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ครอบครัวยุติในภาวะเหตุหุ มีการสูญเสีย หรือการถูกทารุณกรรม เป็นต้น โปรแกรมการป้องกันในกลุ่มนี้ ได้แก่ การเพิ่มทักษะการปรับความคิดและพฤติกรรม การสร้างความคิดเชิงบวกสามารถลดอาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวลได้ และลดปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากพ่อแม่<sup>(12)</sup> และ (3) การป้องกันการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้า การป้องกันในกลุ่มนี้จะเฉพาะเจาะจง ได้แก่ การเพิ่มพลังใจต้านทานโรคซึมเศร้า การเพิ่มทักษะการดูแลตนเองแก่พ่อแม่ การสนับสนุนทางสังคม การป้องกันด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มผสมผสานกับการปรับความคิดและพฤติกรรม การจัดการความขัดแย้งในครอบครัว การเพิ่มทักษะการปรับตัว และการจัดการความเครียด สามารถลดอาการซึมเศร้าได้ ป้องกันการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้นาน 3-12 เดือน<sup>(13,14)</sup>

ปัจจุบันวัยรุ่นใช้ชีวิตส่วนใหญ่ออกนอกบ้าน ทำให้การป้องกันโรคซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นโดยใช้โปรแกรมออนไลน์เข้ามามีบทบาทในการใช้ป้องกันโรคซึมเศร้ามากขึ้น ซึ่งการป้องกันโรคซึมเศร้าโดยใช้โปรแกรมอินเทอร์เน็ตหรือโปรแกรมออนไลน์จะเข้าถึงง่าย ไม่เปิดเผย และการให้ข้อมูลย้อนกลับได้แบบอัตโนมัติ จะสามารถป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ดี<sup>(15)</sup> มีการศึกษาเปรียบเทียบการใช้คอมพิวเตอร์ Cognitive Behavioral Therapy (CBT) กับการบำบัด CBT ตามวิธีปกติ พบว่า ผลการบำบัดทั้งสองแบบไม่แตกต่างกัน แต่การบำบัดด้วยคอมพิวเตอร์ CBT

ได้รับการยอมรับว่าสามารถเข้าถึง นำมาดูแลสุขภาพได้จริง และมีประสิทธิภาพ ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้พัฒนาโปรแกรม CATCH-IT ในการป้องกันโรคซึมเศร้าที่ผสมผสานกันระหว่าง CBT, Behavioral Activation (BA) และ Interpersonal Psychotherapy (ITP) พบว่าวัยรุ่นมีความพึงพอใจ ตั้งใจในการใช้โปรแกรม และมีค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร่าลดลงจาก 11.62 เป็น 8.62 สำหรับประเทศไทยยังไม่มีกรนำโปรแกรมดังกล่าวมาใช้ป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งวัยรุ่นไทยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตเป็นประจำและสูงกว่าทุกกลุ่มวัย<sup>(16)</sup> ดังนั้น การป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นโดยใช้โปรแกรมออนไลน์จึงเป็นทางเลือกในการป้องกันเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่นไทย คณะวิจัยจึงจะพัฒนาโปรแกรมออนไลน์เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นไทยเป็นการพัฒนาตามแนวคิดทางจิตวิทยาที่สำคัญ 2 ประการ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) และจิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology) มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้ผู้ใช้สามารถหาภาวะเศร้าของตนเอง และแยกองค์ประกอบที่อยู่ในวงจรเศร้า และมีศักยภาพในการจัดการกับแต่ละองค์ประกอบของซึมเศร่ามากขึ้น การพัฒนาใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา และทำการทดสอบด้วยการวิจัยเชิงทดลองเปรียบเทียบกับกรได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาโรคซึมเศร้า ถ้าหากโปรแกรมมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นไทยลดลง มีความสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของวัยรุ่นในยุคสื่อสังคมออนไลน์ มีเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นไทย ก่อให้เกิดสังคมแห่งการเรียนรู้ด้วยตนเองที่เข้มแข็งและยั่งยืน การศึกษาวิจัยในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมออนไลน์เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าที่เหมาะสมกับวัยรุ่นไทย โดยผลลัพธ์คือการตอบสนองต่อการป้องกันการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และอาการซึมเศร่าลดลงสู่ภาวะปกติ

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research & development: R&D) มี 9 ขั้นตอนเพื่อพัฒนา “MindFit

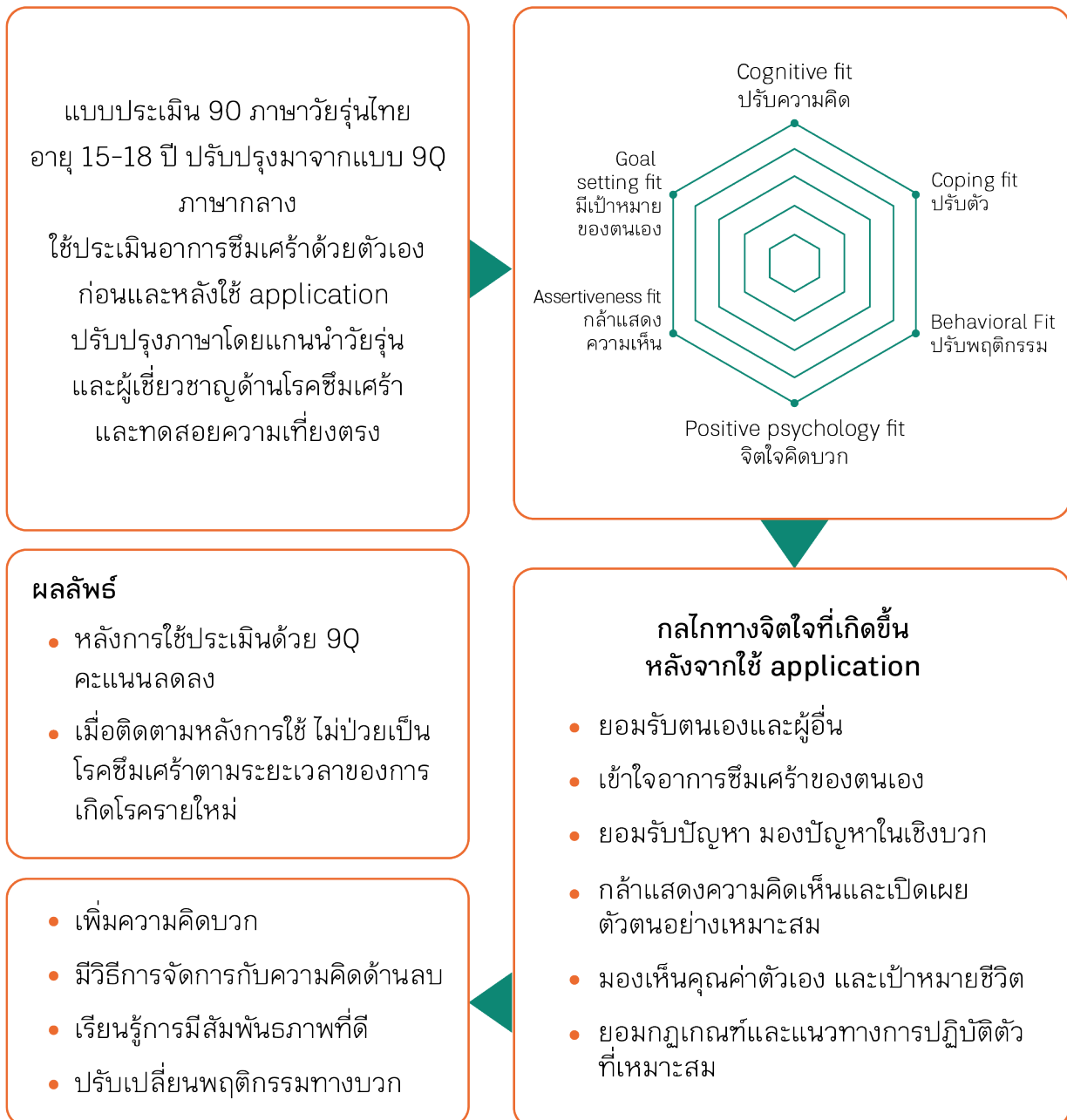
application” โดยทีมาอาจารย์จิตแพทย์ นักวิจัยจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวชที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านโรคซึมเศร่า โปรแกรมเมอร์ทางการแพทย์ นักออกแบบ application และตัวแทนแกนนำวัยรุ่นจากภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ การพัฒนาแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะแรก ดำเนินการตามขั้นตอน R&D 1-5 คือ (1) การวิเคราะห์สถานการณ์ ความต้องการและทบทวนวรรณกรรม (2) การวางแผนและกำหนดต้นแบบ application (3) การจัดทำร่างต้นแบบ application (4) การทดสอบร่างต้นแบบ application เบื้องต้น และ (5) การปรับปรุงเบื้องต้น ซึ่ง 5 ขั้นตอนนี้เป็นการพัฒนาโปรแกรม ดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 และระยะที่สอง ดำเนินการตามขั้นตอน R&D 6-9 คือ (6) การทดสอบประสิทธิภาพในวงกว้าง (main filed test) ในรูปแบบของการวิจัยเชิงทดลอง (7) การสรุปปรับปรุงต้นแบบวิเคราะห์ข้อจำกัด/ข้อควรปรับปรุง เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข (8) ออกแบบการเผยแพร่และรูปแบบการถ่ายทอดเพื่อนำไปใช้ ดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 สำหรับการทดสอบเป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม แบบ randomized controlled trial (RCT) เปรียบเทียบกับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาโรคซึมเศร้า ทำการศึกษากับวัยรุ่นอายุ 15-18 ปี ทั้ง 4 ภาคของประเทศไทย จำนวน 1,889 คน เป็นกลุ่มทดลอง 951 คน และกลุ่มควบคุม 938 คน ประเมินผลลัพธ์หลังการทดลอง 1,3 และ 6 เดือนวัดผลที่การเปลี่ยนแปลงของอาการซึมเศร่าด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร่า 9 คำถาม (9Q)<sup>(17)</sup> การป้องกันโรคซึมเศร่าวัดจากอาการซึมเศร่าลดลงอยู่ในระดับปกติ (9Q < 7) นาน 6 เดือนขึ้นไป และ (9) ขยายผลและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงบรรยาย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวัดความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร่าด้วยสถิติ paired t-test และคำนวณ 95%CI

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการพัฒนาโปรแกรมออนไลน์ตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และจิตวิทยาเชิงบวก มีหลักการที่สำคัญคือ (1) การมีทักษะปรับความคิด cognitive skills เพื่อทบทวนการรับรู้ตนเอง (2) การพัฒนาทักษะการเผชิญกับเหตุการณ์นำ coping skill การปรับแก้สิ่งกระตุ้นอารมณ์เศร่าและรับมือกับปัญหา

(3) การมีทักษะปรับพฤติกรรม (behavioral skills) การเรียนรู้วงจรที่ทำให้เศร้าซ้ำๆ เปลี่ยนแปลงตนเอง (4) การเพิ่มทักษะจิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology skills) ค้นหาความสุขของตนเองด้วยความสนุกเพื่อเสริมแรงทางบวก และแบ่งปัน (5) การกล้าแสดงออก เสริมสร้างความเป็นตัวเอง และเข้าสังคม และ (6) การทบทวนค้นหาเป้าหมายในชีวิตด้วยความคิดสร้างสรรค์

ในการหาความฝัน สร้างแรงบันดาลใจมาจากหัวใจ เมื่อวัยรุ่นได้ใช้โปรแกรมออนไลน์นี้จะทำให้ยอมรับตนเองและผู้อื่น เข้าใจอาการซึมเศร้า ยอมรับปัญหาและกฎเกณฑ์ มองปัญหาในเชิงบวก กล้าแสดงความคิดเห็นและเปิดเผยตัวตนอย่างเหมาะสม มองเห็นคุณค่าตัวเอง และกำหนดเป้าหมายชีวิตได้ด้วยตนเอง ส่งผลทำให้อาการซึมเศร้ามลดลง ไม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการพัฒนา MindFit



การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ตามเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยหมายเลข COA 001/2559 ลงวันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2559 อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ได้รับการอธิบายให้เข้าใจวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการ รายละเอียดขั้นตอน ระยะเวลา และกิจกรรมที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมวิจัย วิธีการป้องกันแก้ไขที่คณะผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น การขอยินยอมจากอาสาสมัครเป็นลายลักษณ์อักษร โดยอาสาสมัครสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลเสียใดๆ เกิดขึ้น รวมทั้งการรักษาความลับของข้อมูลการวิจัย






## ผลการศึกษา

### ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรม (ขั้นตอน R&D ที่ 1-5)

การพัฒนา application ได้ข้อมูลความสอดคล้องกับบริบทของวัยรุ่นไทยได้จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 181 คน เป็นวัยรุ่นที่มีประสบการณ์ชิมเคร้า จำนวน 64 คน และไม่มีประสบการณ์ชิมเคร้า จำนวน 117 คน เพศชาย 80 คน

เพศหญิง 97 คน สัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1:1.2 โดยมีกลุ่มตัวอย่างภาคกลาง 19 คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 23 คน ภาคเหนือ 32 คน และภาคใต้ 107 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมึนเคร้า 12 คน นักออกแบบ 4 คน หลังจาก focus group และการนำเสนอ 45 กิจกรรมที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมตามหลักการของการปรับความคิด การปรับตัว การปรับพฤติกรรม การกล้าแสดงความเห็น และการมีเป้าหมายของตนเอง คณะพัฒนาและกลุ่มวัยรุ่นได้คัดเลือกกิจกรรม ทำให้ได้โปรแกรมออนไลน์ MindFit application ที่มี 6 องค์ประกอบ 18 กิจกรรม ได้แก่ (1) การเสริมสร้างการรับรู้ตนเอง มี 3 กิจกรรม คือ รับรู้ตนเอง รับมือกับความคิดลบ และรับมือกับสิ่งที่ไม่ชอบ (2) การเสริมสร้างการรับมือกับปัญหา มี 3 กิจกรรม คือ การสร้างสุข การปรึกษาเพื่อน และการปรึกษาผู้ใหญ่ (3) การเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสม มี 3 กิจกรรม คือ เปลี่ยนลุค ออกกำลังกาย และเข้านอนเป็นเวลา (4) การเสริมสร้างความคิดเชิงบวก มี 3 กิจกรรม คือ ฟิกสติ เซลฟี และแชร์สิ่งดีๆ ลงโซเชียลมีเดีย (5) การเสริมสร้างความเป็นตัวเอง มีกิจกรรมการบอกชอบ บอกไม่ชอบ และเข้าสังคม และ (6) การเสริมการตั้งเป้าหมาย มี 3 กิจกรรม คือ จัดห้องนอน กินของแปลก และเดินทาง ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2 6 องค์ประกอบ 18 กิจกรรม ของโปรแกรมออนไลน์ MindFit

<p><b>การเสริมสร้างการรับรู้</b></p>  <p>รับรู้ตนเอง</p>  <p>รับมือกับความคิดลบ</p>  <p>รับมือกับสิ่งไม่ชอบ</p>	<p><b>การเสริมสร้างความคิดเชิงบวก</b></p>  <p>ฟิกสติ</p>  <p>เซลฟี</p>  <p>แชร์สิ่งดีๆ ลงโซเชียล</p>
<p><b>การเสริมสร้างการรับมือกับปัญหา</b></p>  <p>สร้างสุข</p>  <p>ปรึกษาเพื่อน</p>  <p>ปรึกษาผู้ใหญ่</p>	<p><b>การเสริมสร้างความเป็นตัวเอง</b></p>  <p>บอกชอบ</p>  <p>บอกไม่ชอบ</p>  <p>เข้าสังคม</p>
<p><b>การสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสม</b></p>  <p>เปลี่ยนลุค</p>  <p>ออกกำลังกาย</p>  <p>เข้านอนเป็นเวลา</p>	<p><b>การเสริมสร้างการตั้งเป้าหมาย</b></p>  <p>จัดห้องนอน</p>  <p>กินของแปลก</p>  <p>เดินทาง</p>

การเลือกกิจกรรม สามารถเลือกได้กิจกรรมตามที่ชอบของแต่ละองค์ประกอบอย่างน้อย 1 กิจกรรม/จำนวนครั้งตามต้องการ และการประเมินพลังใจด้วย 9Q ซึ่งทุกครั้งถ้าพลังใจที่สามารถเลือกได้ซ้ำจนกว่าพลังใจจะเพิ่มขึ้นเป็นการบริหารใจและดูแลตนเอง เพื่อให้อาการซึมเศร้าลดลง มีขั้นตอนคือ (1) การชักชวนให้วัยรุ่นมองเห็นว่าการเกิดอาการซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้น สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน โดยเล่าเรื่องผ่านภาพการ์ตูนชื่อ “น้องมายด์” ที่เคยป่วยเป็นโรคซึมเศร้า เชิญชวนให้เพื่อนๆ วัยรุ่นมาประเมินพลังใจ แล้วเล่าเรื่องโรคซึมเศร้า และการจัดการอาการซึมเศร้าด้วยตัวเอง และ (2) ประเมินอาการซึมเศร้าด้วยตนเอง ด้วย 9Q ภาษาวัยรุ่น ที่แปลผลเป็นพลังใจมีภาพรูปหัวใจของพลังใจ 4 ระดับ คือ (1) พลังใจร้อยละ 100 เป็นระดับพลังใจสูงไม่มีอาการซึมเศร้า (2) พลังใจ ร้อยละ 75 เป็นระดับพลังใจมากมีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย (3) พลังใจ ร้อยละ 50 เป็นระดับพลังใจหรืออาการซึมเศร้าปานกลาง และ (4) พลังใจ ร้อยละ 25 เป็นระดับพลังใจน้อยในวัยรุ่นทราบระดับของพลังใจในแต่ละระดับ จะมีน้องมายด์มาชวนให้วัยรุ่นอ่านข้อความเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การดูแลรักษาตนเอง และเชิญชวนให้เพื่อนๆ วัยรุ่นมาเติมพลังใจของตนเองด้วยวิธีการบริหารใจและการดูแลตนเองตามองค์ประกอบของ MindFit ตามระดับพลังใจ 6 ประเด็น 18 กิจกรรม จากนั้นเลือกทำกิจกรรมต่างๆ ใน application นี้จะใช้แนวคิดคล้ายๆ กับการเล่นเกม วัยรุ่นจะมีด่านกิจกรรมที่ต้องทำและเมื่อผ่านด่านกิจกรรมไปได้จะได้รับรางวัลเป็นคำชมและได้รับพลังใจเพิ่มขึ้น จากนั้นประเมินอาการซึมเศร้า ความพึงพอใจ และความสุข แต่ถ้าอาการซึมเศร้ามากขึ้น หรือต้องการความช่วยเหลือจะลิงก์ไปยังโรงพยาบาลจิตเวชใกล้บ้านเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป

ผลการทดสอบเบื้องต้น MindFit กับกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการซึมเศร้า จำนวน 60 คน พบว่า คะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าจากการประเมินด้วย 9Q ก่อนและหลังของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเท่ากับ 5.35 และ 2.52 คะแนนตามลำดับ การเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มตัวอย่าง และแกนนำวัยรุ่นให้มีการปรับปรุงการประเมิน 9Q ให้เป็นภาษาวัยรุ่นใช้โครงสร้างเดิม คำตอบของ 9Q ให้ใช้สัญลักษณ์ใบหน้าแสดงถึงทุกอารมณ์ตามระดับความรู้สึกอารมณ์แรงของอาการ การแปลผลเป็นรูปหัวใจแสดงถึงพลังใจ และปรับ

สัญลักษณ์ของกิจกรรมการเสริมสร้างความเป็นตัวเองที่เกลียด ไม่ชอบ เข้าไปร่วมกิจกรรมทางสังคมโดยการถ่ายภาพส่งเข้าใน application

## ระยะที่ 2 การทดสอบ ปรับปรุง และเผยแพร่ (R&D ขั้นตอนที่ 6-9)

การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมด้วยการวิจัยเชิงทดลองแบบ randomizd controlled trial (RCT) มีกลุ่มควบคุมคือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาโรคซึมเศร้า (application สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า) กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นไทยที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการโดยไม่จำกัดเพศ อายุ 15-18 ปี มีโทรศัพท์หรืออุปกรณ์สื่อสารทางอินเทอร์เน็ต อ่านออกเขียนได้ สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ ไม่มีประวัติป่วยทางจิต หรือกำลังรักษาโรคทางจิตเวช และไม่มี ความพิการทางด้านร่างกายที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้โทรศัพท์หรืออุปกรณ์สื่อสารที่สื่อสารทางอินเทอร์เน็ต และยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในสัดส่วนของการเกิดเหตุการณ์ในกลุ่มควบคุม = 0.174 สัดส่วนของการเกิดเหตุการณ์ในกลุ่มทดลอง = 0.124 ระดับความเชื่อมั่น (95%) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.025 = 1.96 (แบบ 2 ด้าน) เป็นจำนวนทั้งหมด = 1,889 คน เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปในโปรแกรม MindFit ได้แก่ เพศ อายุ ภูมิภาค แบบประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ MindFit application มีระบบปฏิบัติการเป็นระบบ iOS 9.3.5, android 7 มีการสื่อสารและเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านทางออนไลน์ของ application ทำการเปรียบเทียบกับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาโรคซึมเศร้าที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การบำบัดรักษา การดูแลตนเองเพื่อลดอาการซึมเศร้าในรูปแบบของ application ให้แก่กลุ่มควบคุม เนื้อหาผ่านการตรวจสอบความครอบคลุมจากอาจารย์จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคซึมเศร้า จำนวน 5 ท่าน และอาจารย์พยาบาลจิตเวช และอาจารย์นักสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ที่เชี่ยวชาญด้านการให้สุขภาพจิตศึกษา จำนวน 2 ท่าน มีค่า CVI = 0.96 และเครื่องมือสื่อสารในตลอดการวิจัยคือไลน์ (Line) รวมทั้งการส่งผลการประเมินอาการซึมเศร้าด้วย 9Q ทุก 1, 3 และ 6 เดือน โดยระบบไลน์นี้จะเป็นการรับ-ส่งข้อความเฉพาะทีมนักวิจัย กับอาสาสมัครผู้ใช้ 1 คนเท่านั้น

ในการทดสอบมีการสุ่มเข้ารับการทดลองด้วยวิธี block four of six โดยให้อาสาสมัครจับสลากเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ทำการติดตั้งโปรแกรมในโทรศัพท์มือถือโดยทีมนักวิจัย และดำเนินการฝึกการใช้โปรแกรมทั้งสองกลุ่ม โดยปกปิดการได้รับโปรแกรมระหว่างอาสาสมัครด้วยกัน หลังการทดลองกลุ่มทดลองจะมีการติดตามผ่านทางออนไลน์ของ application เมื่ออาสาสมัครประเมินอาการตาม application ที่บันทึกข้อมูลไว้ในฐานข้อมูลของโครงการ นักโปรแกรมเมอร์ดึงข้อมูลที่เป็นค่าคะแนนรายบุคคลให้กับนักสถิติที่ไม่เกี่ยวข้องในขั้นตอนของการวิจัยเป็นผู้ประมวลผล และวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย ส่วนกลุ่มควบคุมติดตามการทางไลน์ 4 ภาค การติดตามผลมี 3 ระยะ คือ หลังการทดลอง 1 และ 3 เดือน ส่วนหลังการทดลอง 6 เดือน จะมีการติดตามประเมินผลด้วยการประเมิน 9Q ในพื้นที่

ผลจากการวิจัยกลุ่มทดลองจำนวน 951 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 938 คน มีเพียงเรื่องเพศที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) เป็นหญิงมากกว่าชาย สัดส่วน 1.7:1 ทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่อายุ 15 ปี ภูมิภาค

จำนวนใกล้เคียงกัน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นภาคใต้ ต่างจากกลุ่มควบคุมที่ส่วนใหญ่เป็นภาคเหนือ ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษามัธยมตอนต้นมากกว่าระดับมัธยมตอนปลาย มีพี่น้อง 1 คน ลำดับการเป็นบุตรคนที่ 2 และพักอาศัยอยู่กับพ่อแม่ ในภาพรวมการใช้ MindFit ส่วนใหญ่จะใช้โปรแกรมในช่วงเวลาเย็น ร้อยละ 86.47 ในการเลือกกิจกรรมจาก 6 องค์กรประกอบ 18 กิจกรรมของ MindFit พบว่า องค์กรประกอบที่ 1 การเสริมสร้างการรับรู้ตนเอง เลือกการรับมือกับความเครียดมากที่สุด ร้อยละ 57.1 องค์กรประกอบที่ 2 การเสริมสร้างการรับมือกับปัญหา เลือกการสร้างสุขและการปรึกษาเพื่อน ร้อยละ 100 องค์กรประกอบที่ 3 การเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสม เลือกการเปลี่ยนลุคและการออกกำลังกาย ร้อยละ 100 องค์กรประกอบที่ 4 การเสริมสร้างความคิดเชิงบวก เลือกการเซลฟี่และการแชร์สิ่งดีๆ ลงในโซเชียลมีเดีย ร้อยละ 100 องค์กรประกอบที่ 5 การเสริมสร้างความเป็นตัวเอง เลือกการบอกไม่ชอบมากที่สุด ร้อยละ 91.6 และองค์กรประกอบที่ 6 การเสริมสร้างการตั้งเป้าหมาย เลือกการกินของแปลกมากที่สุด ร้อยละ 54.3 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 องค์กรประกอบ/กิจกรรมของกลุ่มทดลองเลือกในภาพรวม

องค์กรประกอบ/กิจกรรม MindFit application	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. การเสริมสร้างการรับรู้ตนเอง</b>		
การรับรู้ตนเอง	493	26.1
การรับมือกับความเครียด	1,078	57.1
การรับมือกับสิ่งที่ไม่ชอบ	1,029	54.5
<b>2. การเสริมสร้างการรับมือกับปัญหา</b>		
การสร้างสุข	1,889	100.0
การปรึกษาเพื่อน	1,889	100.0
การปรึกษาผู้ใหญ่	856	45.3
<b>3. การเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสม</b>		
การเปลี่ยนลุค	1,889	100.0
การออกกำลังกาย	1,889	100.0
การเข้านอนเป็นเวลา	1,266	67.0
<b>4. การเสริมสร้างความคิดเชิงบวก</b>		
การฝึกสติ	702	37.2

ตารางที่ 1 องค์ประกอบ/กิจกรรมของกลุ่มทดลองเลือกในภาพรวม (ต่อ)

องค์ประกอบ/กิจกรรม MindFit application		
การเซลฟี่	1,889	100.0
การแชร์สิ่งดีๆ ลงโซเชียล	1,889	100.0
<b>5. การเสริมสร้างความเป็นตัวเอง</b>		
การบอกชอบ	1,648	87.2
การบอกไม่ชอบ	1,730	91.6
การเข้าสังคม	1,264	66.9
<b>6. การเสริมสร้างการตั้งเป้าหมาย</b>		
การจัดห้องนอน	877	46.4
การกินของแปลก	1,025	54.3
การเดินทาง	514	27.2

สำหรับประสิทธิผลของ MindFit application ต่อการเปลี่ยนแปลงของอาการซึมเศร้า หลังการทดลองเมื่อติดตามผลลัพธ์ด้วยการประเมินด้วย 9Q ในระยะเวลา 1, 3 และ 6 เดือน พบว่า กลุ่มที่ได้รับ MindFit มีคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้ามลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาโรคซึมเศร้า อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และเมื่อวัดประสิทธิผลของการป้องกันโรคซึมเศร้า พบว่า กลุ่มที่ได้รับ MindFit อาการซึมเศร้าจากการประเมิน 9Q ที่มีคะแนนลดลง  $> 7$  นาน 6 เดือนได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาโรคซึมเศร้า ถึง 5.13 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ดังตารางที่ 2, 3 และภาพที่ 3

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าหลังได้รับ MindFit และได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาโรคซึมเศร้าจากการประเมินด้วย 9Q ก่อนและหลังบำบัด 1, 3 และ 6 เดือน ใช้ intention to treat sample

คะแนน 9Q	MindFit	โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาโรคซึมเศร้า	t	p-value
Treatment effect: Difference in change (95%CI)				
At M0: mean (95%CI)	2.94 (-1.620 to -1.002)	4.25 (-1.622 to -1.000)	-8.320	0.000
At M1: mean (95%CI)	0.73 (-0.921 to -0.441)	1.41 (-0.924 to -0.438)	-5.561	0.000
At M3: mean (95%CI)	0.46 (-0.609 to -0.258)	0.90 (-0.611 to -0.256)	-4.844	0.000
At M6: mean (95%CI)	0.39 (-0.476 to -0.182)	0.72 (-0.477 to -0.181)	-4.380	0.000

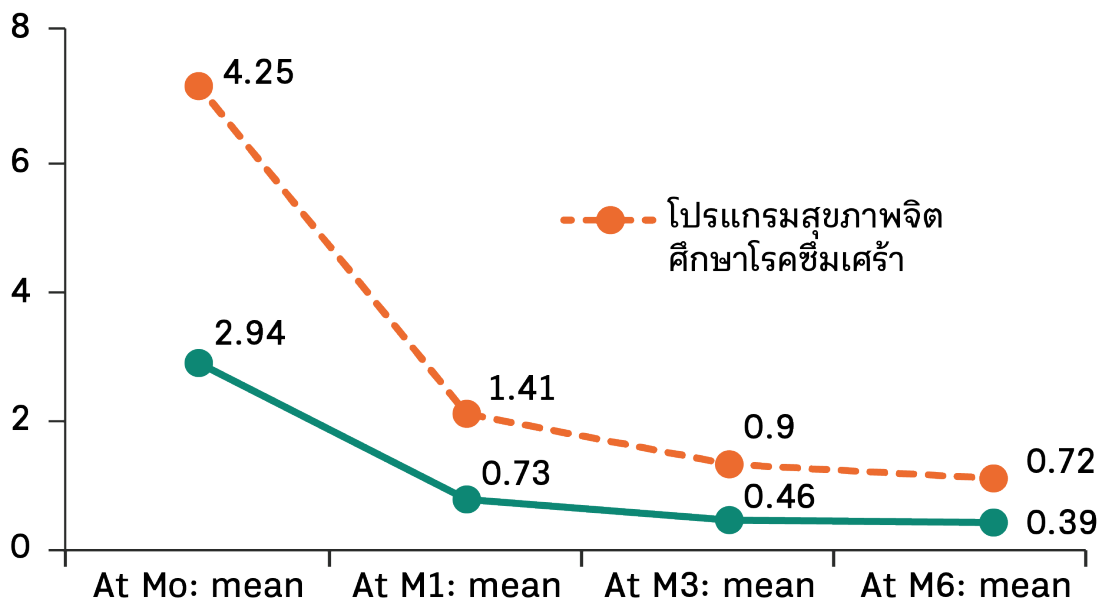
M0 = Baseline; M1 = 1 month; M3 = 3 month; M6 = 6 month;  $p < 0.0$

ตารางที่ 3 อัตราการไม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง หลังได้รับ MindFit เปรียบเทียบกับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาโรคซึมเศร้า จากการประเมิน 9Q >7 คะแนน นาน 6 เดือน ใช้ intention to treat sample

คะแนน 9Q	MindFit (n=951)				โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาโรคซึมเศร้า (n=938)				OR (95%CI)	p-value
	9Q>7		9Q<7		9Q>7		9Q<7			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
At M0	139	14.6	812	85.4	144	15.4	794	84.6	5.13 (2.6 to 10.2)	0.000
At M6	10	1.1	129	13.7	43	4.6	101	10.8		

ไม่มีอาการซึมเศร้า = คะแนน 9Q <7, มีอาการซึมเศร้า = คะแนน 9Q >7 ขึ้นไป โดยค่า p<0.05

ภาพที่ 3 กราฟคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าหลังได้รับ MindFit และโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาโรคซึมเศร้า ประเมินด้วย 9Q ก่อนและหลังบำบัด 1, 3 และ 6 เดือน ใช้ intention to treat sample



M0 = Baseline, M1 = 1 month, M3 = 3 months, M6 = 6 months

## วิจารณ์

การพัฒนาโปรแกรมออนไลน์ MindFit application มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการซึมเศร้าและป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นไทย เป็น application ที่พัฒนาให้สอดคล้องกับวัยรุ่นไทยทำให้วัยรุ่นทราบถึงอาการซึมเศร้าและการจัดการอาการซึมเศร้าด้วยตัวเอง มีภาพการ์ตูน “น้องมายด์” จะเชิญชวนให้เห็นความสำคัญของโรคซึมเศร้า และประเมินพลังใจด้วย 9Q ภาษาวัยรุ่น จะทำให้วัยรุ่นได้ทราบถึงระดับพลังใจของตนเองที่แบ่งออกเป็น 4 ระดับตามระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า คือ (1) พลังใจสูง ร้อยละ 100 ไม่มีอาการซึมเศร้า (2) พลังใจมาก ร้อยละ 75 มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย (3) พลังใจปานกลาง ร้อยละ 50 มีอาการซึมเศร้าปานกลาง และ (4) พลังใจร้อยละ 25 มีอาการซึมเศร้าค่อนข้างมาก สอดคล้องกับระดับความรุนแรงของแบบประเมิน 9Q ที่แบ่งเป็น 4 ระดับความรุนแรง คือ (1) คะแนน 9Q <7 หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปกติ หรือมีอาการน้อยมาก (2) คะแนน 9Q ≥7-12 หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย คะแนน 9Q=13-18 หมายถึงมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง (4) คะแนน 9Q ≥19 หมายถึงมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง เมื่อวัยรุ่นทราบระดับพลังใจน้องมายด์ จะให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าเพื่อปรับด้านความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavioral) ให้ยอมรับถึงระดับอาการซึมเศร้าซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนา Coping with Stress (CWS)<sup>(18)</sup> บนพื้นฐานของการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มสำหรับวัยรุ่นที่เสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า เป็นการควบคุมความคิดด้านลบ การปรับตัวต่อความขัดแย้ง และเป็นการปรับเปลี่ยนรูปแบบการคิด ทำให้วัยรุ่นอายุ 13-17 ปี ที่มีอาการซึมเศร้าแต่ยังไม่ถูกวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า เมื่อติดตามการป้องกันเป็นระยะเวลา 1 ปี พบว่า มีอาการซึมเศร้ามลดลง และป่วยเป็นโรคซึมเศร้า น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการที่มีน้องมายด์มาชวนให้วัยรุ่นอ่านข้อความเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การเกิดอาการซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น จะเป็นตัวละครที่เพิ่มทัศนคติที่ดี ไม่อายที่เคยป่วยเป็นโรคซึมเศร้า อีกทั้งเป็นการเพิ่มความมั่นใจในการดูแลรักษาตนเองจนหายเป็นปกติเช่นเดียวกับน้องมายด์ และ

เชิญชวนให้เพื่อนๆ วัยรุ่นมาเติมพลังใจของตนเองด้วยวิธีการบริหารใจและการดูแลตนเองตาม 6 องค์ประกอบและกิจกรรมของ MindFit เป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุขจากการปรับความคิดและพฤติกรรมให้มีจิตใจคิดเชิงบวกกล้าแสดงออกถึงความคิดความรู้สึก และมีเป้าหมายให้กับตัวเองตามแนวคิดของ CBT และ positive psychology ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความสุข (the fun theory) ที่จะเสริมพลังให้ผู้เล่นอยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง เน้นความสุขที่ง่ายที่สุดในการเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น มีความสุขเป็นวิธีที่ง่ายที่สุดในการเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้คนให้ดีขึ้น สิ่งเดียวที่สำคัญคือการเปลี่ยนให้ดีขึ้น<sup>(15)</sup> ซึ่งอาสาสมัครจะเลือกกิจกรรมตามที่ชอบเพื่อให้พลังใจของตนเองเพิ่มขึ้น (อาการซึมเศร้ามลดลง) โดยแต่ละองค์ประกอบและกิจกรรมของ MindFit ได้แก่

1) การเสริมสร้างการรับรู้ตนเอง มีกิจกรรมที่สอดคล้องกับทฤษฎีการปรับความคิด (cognitive theory) ที่มีเป้าหมายเพื่อให้เรียนรู้ ผูกทักษะการเผชิญกับเหตุการณ์นำอารมณ์เศร้า เตรียมความพร้อมของตนเองในการจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่กระตุ้นให้เกิดภาวะเศร้า ก่อนที่จะเผชิญกับเหตุการณ์จริง<sup>(19)</sup> ทำให้ความคิดทางลบ การรับรู้เชิงอคติ และมุมมองทางลบกับอนาคตที่บุคคลรู้สึกไม่สบายใจลดลงส่งผลต่อการลดลงของอาการซึมเศร้า

2) การเสริมสร้างการรับมือกับปัญหา มีกิจกรรมที่เป็นการรับมือกับซึมเศร้าที่ใช้การวิเคราะห์พิจารณาเชิงเหตุผล ข้อจำกัดของเวลา เน้นไปที่การจัดการและแก้ไขปัญหาที่เฉพาะเจาะจง สอดคล้องกับหลักการของการลดภาวะซึมเศร้าด้วยการแก้ไขปัญหา (problem solving therapy: PST) มีการค้นหาปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา แล้วจัดการกับปัญหาให้ลดลง ทำให้อาการซึมเศร้ามลดลงรวมทั้งทำให้อาการซึมเศร้ามลดลงนานถึง 3 เดือน จนอาการหายไปถึงร้อยละ 94.12 ผู้มีอาการซึมเศร้าสามารถปรับมุมมองต่อปัญหาใหม่เป็นการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุมีผลได้<sup>(9,20)</sup>

3) การเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสม มีกิจกรรมที่เป็นการปรับพฤติกรรมที่สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) ด้วยการวางเงื่อนไขตามการกระทำ (operant conditioning) หากทำให้บุคคลได้เรียนรู้ใหม่ที่ถูกต้อง ก็จะสามารถปรับเปลี่ยนและแก้ไขพฤติกรรมที่เป็น

ปัญหานี้ได้ Ferster CB ได้เสนอแนวคิดที่ว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นจากการขาดแรงเสริมทางบวก เมื่อเกิดการสูญเสียหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน ก็ทำให้บุคคลนั้นขาดโอกาสที่จะได้รับแรงเสริมทางบวก พฤติกรรมที่มีคุณค่าและความภาคภูมิใจในตัวเองของผู้ป่วยลดลง อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยจึงมากขึ้น เมื่อมีการสร้างแรงเสริมทางบวกหรือจุดใจตัวเองจากการทำพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความพอใจ ช่วยให้สัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น และมีทักษะทางสังคมที่ดี<sup>(21)</sup>

4) การเสริมสร้างความคิดเชิงบวก มีกิจกรรมที่สอดคล้องกับหลักการจิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology) ในประเด็นความสุขโดยผู้ที่ทำกิจกรรมทางบวกสม่ำเสมอ จะมีความสุขเพิ่มมากขึ้น เพิ่มอารมณ์ทางบวกต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีต การเพิ่มความหวังโดยมีความสนใจในเรื่อง “ความสุข” ที่เป็นการเลือกถ่ายภาพที่ชอบ เป็นการกำหนดสิ่งที่ต้องทำในการใช้จุดเด่นของตนเอง ที่แสดงถึงสิ่งที่ชอบ และแบ่งปันสิ่งที่ดี<sup>(22)</sup>

5) การเสริมสร้างความเป็นตัวเอง กิจกรรมขององค์ประกอบนี้สอดคล้องกับหลักการของ coping skill และมีการพัฒนาเป็นโปรแกรม coping skill program (CSP) ที่เป็นการจัดการกับความเครียด ความเครียด การแก้ปัญหาทางสังคม สามารถลดอาการซึมเศร้าได้ ลดความเครียด เพิ่มทักษะในการแก้ปัญหาทางสังคม และการปรับตัวได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำให้สามารถป้องกันการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้นาน 3 เดือน<sup>(13)</sup> เช่นเดียวกันกับการนำ adolescents coping with emotion (ACE)<sup>(14)</sup> สามารถลดอาการซึมเศร้าจัดการกับความเครียดด้านลบ และสามารถป้องกันการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้นาน 6 เดือน

6) การเสริมสร้างการตั้งเป้าหมาย กิจกรรมมีความสอดคล้องกับหลักการค้นหาเป้าหมายในชีวิต (goal setting fit)<sup>(23)</sup> ในทฤษฎีแรงจูงใจการตั้งค่าเป้าหมายของชีวิตที่เฉพาะเจาะจง และท้าทาย เป็นการตั้งเป้าหมายชีวิต มีองค์ประกอบการค้นหาตนเอง สร้างความสวยงามให้ชีวิต ตามหาความหมายในชีวิต ทำตามเป้าหมาย ใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการหาความฝัน สร้างแรงบันดาลใจที่มาจากหัวใจ รักในสิ่งที่จะมีความสุข ทำให้อาการซึมเศร้าลดลง และไม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า

ส่วนการทำกิจกรรมต่างๆ ใน application นี้จะใช้แนวคิดคล้ายกับการเล่นเกม จะมีด่านกิจกรรมที่ต้องทำ และเมื่อผ่านด่านกิจกรรมไปได้ จะได้รับรางวัลเป็นคำชมและได้รับพลังใจ ซึ่งเป็นการสร้างกลไกทางจิตใจที่เกิดขึ้นหลังจากใช้ application ให้เกิดการยอมรับตนเองและผู้อื่นเข้าใจอาการซึมเศร้าของตนเอง ยอมรับปัญหาของปัญหาในเชิงบวก กล้าแสดงความคิดเห็นและเปิดเผยตัวตนอย่างเหมาะสม มองเห็นคุณค่าตัวเอง และเป้าหมายชีวิต ยอมรับกฎเกณฑ์และแนวทางการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เพิ่มความคิดบวก วิธีการจัดการกับความเครียดด้านลบ เรียนรู้การมีสัมพันธ์ภาพที่ดี และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางบวก ถ้าหากประเมินพบว่า อาการซึมเศร้าเป็นมาก และหลังใช้ application เป็นมากขึ้น หรือต้องการความช่วยเหลือ จะลิงก์ไปยังโรงพยาบาลจิตเวชใกล้บ้าน ซึ่งในผลการทดสอบเบื้องต้นของ MindFit สามารถการเปลี่ยนแปลงของอาการซึมเศร้าให้ลดลงเมื่อหลังสิ้นสุดการใช้ MindFit โดยทำการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการซึมเศร้า จำนวน 60 คน พบว่า คะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าจากการประเมินด้วย 9Q ก่อนและหลังของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเท่ากับ 5.35 และ 2.52 คะแนนตามลำดับ แต่คะแนนเฉลี่ยลดลงแต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ )

สำหรับการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม MindFit ด้วยการวิจัยเชิงทดลอง แบบ RCT กลุ่มทดลองที่ได้รับ MindFit จำนวน 951 คน พบว่า ส่วนใหญ่มีการใช้โปรแกรม MindFit ในช่วงตอนเย็นร้อยละ 84.67 การเลือกกิจกรรมใน MindFit ของวัยรุ่นในภาพรวม พบว่า องค์ประกอบที่ 1 การเสริมสร้างการรับรู้ตนเอง กลุ่มตัวอย่างเลือกการรับมือกับสิ่งที่ไม่ชอบมากที่สุด ร้อยละ 54.5 เพศหญิง ร้อยละ 48.0 การศึกษาระดับมัธยมตอนต้น ร้อยละ 59.1 ส่วนเพศชายเลือกการรับรู้ตนเองมากที่สุด ร้อยละ 72.2 เช่นเดียวกันกับมัธยมตอนปลายเลือกการรับรู้ตนเองมากที่สุด ร้อยละ 56.8 องค์ประกอบที่ 2 การเสริมสร้างการรับมือกับปัญหา ในภาพรวมเลือกการสร้างสุขและการปรึกษาเพื่อนมากที่สุดร้อยละ 100 เพศชายร้อยละ 56.0 ทุกภาคเลือกเท่ากันร้อยละ 25.0 มัธยมตอนต้นร้อยละ 48.7 ส่วนการปรึกษาผู้ใหญ่เพศหญิงและมัธยมตอนปลายเลือกมากที่สุดร้อยละ 76.1 องค์ประกอบที่ 3 การเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสม ในภาพรวมเลือกการเปลี่ยนบุคคล

และการออกกำลังกายร้อยละ 100 เพศหญิงเลือกการออกกำลังกายมากที่สุดร้อยละ 50.0 กิจกรรมการเข้านอนเป็นเวลาเพศชายและมัธยมตอนต้นเลือกมากที่สุดร้อยละ 66.9 และ 51.7 แต่การเปลี่ยนนุ้มนิยมตอนปลาย และภาคอีสานเลือกมากที่สุดร้อยละ 50.2 และร้อยละ 35.7 องค์ประกอบที่ 4 การเสริมสร้างความคิดเชิงบวก กิจกรรมเซลฟี่ถูกเลือกมากที่สุดในกลุ่มรวมร้อยละ 100 เพศหญิงร้อยละ 58.0 และมัธยมตอนปลายร้อยละ 45.3 ส่วนการแชร์สิ่งดีๆ ลงในโซเชียลเลือกมากที่สุดคือ เพศชายร้อยละ 50.0 และมัธยมตอนต้นร้อยละ 57.1 และภาคเลือกกิจกรรมการเซลฟี่และการแชร์สิ่งดีๆ ลงในโซเชียลใกล้เคียงกัน องค์ประกอบที่ 5 การเสริมสร้างความเป็นตัวเอง กิจกรรมการบอกไม่ชอบมากที่สุดคือ ในภาพรวมร้อยละ 91.6 และมัธยมตอนปลายร้อยละ 52.3 กิจกรรมการบอกชอบเลือกมากที่สุด คือ เพศชายร้อยละ 75.9 ส่วนเพศหญิงและมัธยมตอนต้นเลือกการเข้าสังคมมากที่สุดร้อยละ 65.9 และร้อยละ 65.3 และองค์ประกอบที่ 6 การเสริมสร้างการตั้งเป้าหมายในภาพรวมและเพศชายเลือกการกินของแปลกมากที่สุดร้อยละ 54.3 และร้อยละ 78.0 เพศหญิง มัธยมตอนปลาย และภาคเหนือเลือกการจัดห้องนอนมากที่สุดร้อยละ 53.1, 45.5 และ 36.4 ตามลำดับ ส่วนการเดินทางมัธยมตอนต้นและภาคกลางเลือกมากที่สุดร้อยละ 74.1 และร้อยละ 30.4

ส่วนประสิทธิผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอาการซึมเศร้า หลังการใช้ MindFit ระยะ 1, 3 และ 6 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับ MindFit หลังการทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาโรคซึมเศร้า เป็นการลดลงมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาที่ทำการพัฒนาโปรแกรมออนไลน์<sup>(24)</sup> ชื่อ Grip op je dip online ในการป้องกันโรคซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่นในรูปแบบการสนทนา กลุ่มออนไลน์โดยใช้หลักการ CBT มีทั้งหมด 8 ครั้ง และประเมินหลังสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มเป้าหมายเป็นวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 140 คน ติดตามประเมินผลได้ 50 คน (ร้อยละ 35.7) โดยวัดผลด้วยการแบบประเมินภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่น Centre for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) พบว่า คะแนนเฉลี่ยของ CES-D ลดลงก่อนการได้รับโปรแกรมจากคะแนน 32.6

(SD=9.3) เป็นคะแนน 18.7 (SD=9.4) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

สำหรับประสิทธิผลต่อการป้องกันโรคซึมเศร้า ในกลุ่มทดลองหลังจากที่ได้รับ MindFit เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับผลการป้องกันโรคซึมเศร้าโดยวัดจากผลประเมิน 9Q ที่มีคะแนนลดลงต่ำกว่า 7 นาน 6 เดือน พบว่า กลุ่มที่ได้รับ MindFit มีอาการซึมเศร้าลดลงได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาโรคซึมเศร้าถึง 5.13 เท่า (95%CI=2.6-10.2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) สอดคล้องกับการศึกษา วิจัยเชิงทดลองเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมอินเทอร์เน็ตในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมอินเทอร์เน็ตในการป้องกันภาวะซึมเศร้า (depression internet-based prevention program) พบว่า โปรแกรมอินเทอร์เน็ตในการป้องกันภาวะซึมเศร้าสามารถลดอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการประเมินด้วย PHQ-5 (Cohen's  $d = 0.14$ , 95%CI: -0.16 to -0.45),  $p < 0.05$ <sup>(25)</sup> ซึ่ง Andrews G, et al. ทำการวิจัยแบบ meta-analysis พบว่า การใช้คอมพิวเตอร์ CBT ได้รับการยอมรับว่า สามารถนำมาให้การดูแลสุขภาพได้จริงและมีประสิทธิภาพ<sup>(26)</sup> เช่นเดียวกับกับการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมอินเทอร์เน็ตสำหรับป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นที่เป็นการบำบัดด้วย BA ใช้เวลา 1-2 นาทีร่วมกับโปรแกรมอินเทอร์เน็ต สามารถลดอาการซึมเศร้า BA = 23.34-16.92 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )<sup>(27)</sup> และที่ประเทศสหรัฐอเมริกาได้นำโปรแกรมอินเทอร์เน็ต CATCH-IT มาใช้ในการป้องกันโรคซึมเศร้า ที่ผสมผสานกันด้วย CBT, BA และ ITP โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย และปรับทักษะการเลี้ยงดูบุตรวัยรุ่น จากการทดลองใช้โปรแกรมดังกล่าว พบว่า วัยรุ่นมีความพึงพอใจและตั้งใจในการใช้โปรแกรม และมีค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้าลดลงจาก 11.62 เป็น 8.62, 95%CI -1.4-0.58<sup>(28)</sup>

โดยสรุป MindFit application เป็นนวัตกรรมโปรแกรมออนไลน์สามารถใช้ในการป้องกันโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจากการประเมินด้วย 9Q และมีอาการซึมเศร้าที่ไม่ครบเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า โดยการลดอาการซึมเศร้าไปสู่อาการปกติได้นานถึง 6 เดือน ด้วย 6 องค์ประกอบ 18 กิจกรรมของ

MindFit ที่ผู้ใช้สามารถเลือกใช้ได้ตามเหมาะสม และความต้องการ อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้มีข้อจำกัดที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างตามรูปแบบหรือเงื่อนไขของกลุ่มทดลองของ MindFit ซึ่งสามารถควบคุมได้ยาก อาจมีการแทรกแซงจากการดูแลสุขภาพจิตที่มีผลต่ออาการซึมเศร้าได้ ควรพัฒนาให้มีความแตกต่างกันในวัยรุ่นและคนทั่วไป และมีข้อจำกัดที่ต้องใช้อินเทอร์เน็ตในการดำเนินกิจกรรม

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต ที่เห็นความสำคัญสนับสนุนงบประมาณ เครือข่ายงานวิจัยโรคซึมเศร้า อาจารย์แนะแนวและที่ปรึกษาของโรงเรียนทุกแห่งที่เข้าร่วมโครงการ และแกนนำเด็กและวัยรุ่นในพื้นที่ที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. Kongsuk T, Pengjuntr W, Kittirattanapaiboon P, Kenbubpha K, Sukawaha S, Leejongpermpoon J, et al. The prevalence of major depressive disorders in Thailand 2008. Proceedings of the WPA Section on Epidemiology and Public Health - 2010 meeting prediction in psychiatric epidemiology: from childhood and adolescence to adulthood; 2010 July 11-14; Lisbon, Portugal. Geneva: World Psychiatry Association; 2010.
2. World Health Organization. Mental health policy and service guidance package: child and adolescent. Geneva: World Health Organization; 2012.
3. สำนักงานพัฒนาอนามัยสุขภาพระหว่างประเทศ. ปีสุขภาพดีที่สูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years Lost due to Disability: YLDs). รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2555. นนทบุรี: เดอะกราฟิกซิสเต็มส์; 2556.
4. Schubert KO, Clark SR, Van LK, Collinson JL, Baune BT. Depressive symptom trajectories in late adolescence and early adulthood: a systematic review. Aust N Z J Psychiatry [Internet]. 2017 [cited 2018 Jun 15];51(5):477-99. Available from: <https://www.journals.sagepub.com/>
5. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานการฆ่าตัวตายของประชากรไทย ปี 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 26 ก.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <http://www.forums.dmh.go.th/index.php?topic=978.0;wap2>
6. March JS, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, et al. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: treatment for adolescents with depression study (TADS) randomized controlled trial. JAMA 2004;292(7):617-27.
7. Grembowski DE, Martin D, Patrick DL, Diehr P, Katon W, Williams B, et al. Managed care, access to mental health specialists, and outcomes among primary care patients with depressive symptoms. J Gen Intern Med 2002;17:258-69.
8. National Research Council and Institute of Medicine. Preventing mental, emotional and behavioral disorders among young people: progress and possibilities. Washington DC: The National Academies Press; 2009.
9. Spence SH, Sheffield JK, Donovan CL. Preventing adolescent depression: an evaluation of the problem solving for life program. J Consult Clin Psychol 2003;71(1):3-13.
10. Shochet IM, Dadds MR, Holland D, Whitefield K, Harnett PH, Osgarby SM. The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression. J Clin Child Psychol 2001;30(3):303-15.
11. Gillham JE, Reivich KJ, Brunwasser SM, Freres DR, Chajon ND, Kash-Macdonald VM, et al. Evaluation of a group cognitive-behavioral depression prevention program for young adolescents: a randomized effectiveness trial. J Clin Child Adolesc Psychol 2012;41(5):621-39.

12. Stice E, Shaw H, Bohon C, Marti, CN., & Rohde P. A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: factors that predict magnitude of intervention effects. *J Consult Clin Psychol* 2009;77:486-03.
13. Singhal M, Manjula M, Vija, Sagar KJ. Development of a school-based program for adolescents at-risk for depression in India: results from a pilot study. *Asian J Psychiatr* 2014;10:56-61.
14. Kowalenko N, Rapee RM, Simmons J, Wignall A, Hoge R, et al. Short-term effectiveness of a school-based early intervention program for adolescent depression. *J Clin Child Psychol Psychiatry* 2005;10(4): 493-507.
15. Calear AL, Christensen H. Systematic review of school-based prevention and early intervention programs for depression. *J Adolesc* 2010;33(3):429-38.
16. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. วัยรุ่น: อินเทอร์เน็ต: เกมออนไลน์ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 27 ก.ค. 2560]. แหล่งข้อมูล: [http://service.nso.go.th/nso/web/article/article\\_47.html](http://service.nso.go.th/nso/web/article/article_47.html)
17. ธรณินทร์ กองสุข, จินตนา ลี้จิ่งเพิ่มพูน, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, สุพัตรา สุขาวห, รุ่งมณี ยิ่งยีน. ความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงของแบบประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถามเมื่อเทียบกับแบบประเมิน Hamilton rating scale for depression (HRSD-17). การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 9 เรื่อง ความสุขครอบครัว ความสุขชุมชน: Happy Family Happy Community; 18-20 ส.ค. 2553; กรุงเทพมหานคร.
18. Clarke G, Gladstone, T, DeBar L. editors. Coping with stress course: prior effectiveness research, revision and improvements. *Proceedings of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 2007; Boston. Chicago: American Medical Association; 2007. p. 617-27.
19. Wickes S. Fun theory and the extraordinary power of fun [Internet]. [cited 2018 Jun 15]. Available from: <https://www.familyadventureproject.org/fun-theory/>
20. พันธทิพย์ โกศลวัฒน์, ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, จินตนา ลี้จิ่งเพิ่มพูน. การพัฒนาและผลของโปรแกรมการแก้ปัญหาเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2561;32(1):49-65.
21. Ferster CB. Behavior principles. 2<sup>nd</sup> Ed. Hoboken, NJ: Prentice-Hall; 1975.
22. Rutle PB. The Fun Theory of Behavioral Change; exploring positive psychology: the science of happiness and well-being [Internet]. 2009 [cited 2018 Jun 15]. Available from: <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/positively-media/200910/the-fun-theory-behavioral-change>
23. Locke E. Goal setting theory of motivation [Internet]. 1960 [cited 2018 Jun 15]. Available from <https://www.managementstudyguide.com/goal-setting-theory-motivation.html>
24. Gerrits RS, Rianne AP van der Zanden, Renske FM Visscher, Conijn BP. Master your mood online: a preventive chat group intervention for adolescents. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health* 2007;6(3):152-62.
25. Wong N, Kady L, Mewton L, Sunderland M, Andrews G. Preventing anxiety and depression in adolescents: a randomized controlled trial of two school based Internet-delivered cognitive behavioral therapy programs. *Internet Interventions* 2014;2(1):90-4.
26. Andrews G, Basu A, Cuijpers P, Craske MG, McEvoy P, English CL, et al. Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: an updated meta-analysis. *J Anxiety Disord* 2018;55:70-8.
27. van Voorhees BW, Vanderplough-Booth K, Fogel J, Gladstone T, Bell C, Stuart S, et al. Integrative internet-based depression prevention for adolescents: a randomized clinical trial in primary care for vulnerability and protective factors. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;17(4):184-96.
28. van Voorhees BW, Ellis J, Stuart S, Fogel J, Ford DE. Pilot study of a primary care internet-based depression prevention intervention for late adolescents. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005;14(2):40-3.

## Development of MindFit Application for Prevent Depression among Thai Adolescents

Thoranin Kongsuk<sup>1</sup>, Wiranpat Kittitharaphan<sup>2</sup>, Suwanna Arunpongpaisal<sup>3</sup>,  
Somporn Rungreangkulkij<sup>4</sup>, Darunee Phukao<sup>5</sup>, Prapat Ukranan<sup>6</sup>, Jintana Leejongpermpoon<sup>6</sup>,  
Warannan Motuntasuthi<sup>6</sup>, Hathairat Saimain<sup>6</sup>, Supattra Sukhawaha<sup>6</sup>, Attakorn Wonganan<sup>6</sup>,  
Watee Wanpeng<sup>6</sup>, Somkuan Prada<sup>6</sup>, Nanthawat Cotecharuen<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Khonkaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Khonkaen Province, Thailand

<sup>2</sup>Yuwaprasart Waithayopatum Hospital, SamutPrakarn Province, Thailand

<sup>3</sup>Faculty of Medicine, Khonkaen University, Khonkaen Province, Thailand

<sup>4</sup>Faculty of Nursing, Khonkaen University, Khonkaen Province, Thailand

<sup>5</sup>Department of Society and Health, Mahidol University, Thailand

<sup>6</sup>Prasimahabhodi Psychiatric Hospital. Ubon Ratchathani Province, Thailand

<sup>7</sup>Srithunys Hospital, Nonthaburi Province, Thailand

### Abstract

Depression in Thai adolescents had been rising. This project was aimed to develop and study the effectiveness of a proper online program to prevent depression among Thai adolescents by using a research and development approach in two phases. Phase 1: developing protocol of MindFit application by 181 researchers and volunteers in 4 areas. Phase 2: conducting experimental research by enrolling 1,889 adolescents, 15-18 years old from 4 areas. Effectiveness was evaluated by using 9Q, in prior and 1, 3 and 6 months after applying program. Data were analyzed by descriptive statistics, paired t-test, and survival analysis. The results indicated that MindFit application evaluated mind power by 9Q, consisted of 6 domains in 18 activities; (1) self-perception, deal with negative thought and undesirableness. (2) deal with problems, empowerment activity, peer and supervisor counselling. (3) create suitable behaviors: performance change, exercise, and go to bed for a time. (4) create positive thought: mindfulness, selfies, and productive social sharing. (5) build yourself: say like, dislike activities and social participation, and (6) set goal: make bedroom, eat new food, and travelling. Effectiveness evaluation indicated who received MindFit had decreased depressive score than the control 5.13 times significantly (95%CI=2.6-10.2) at  $p<0.05$ . In conclusion, MindFit application was an effective online program, proper and relevant to prevent depressive symptoms among Thai adolescents. It could reduce overt depressive symptoms and turn to be normal.

**Keywords:** MindFit; online program; depressive disorder; prevention; Thai adolescents

# ทัศนคติและปัจจัยที่ส่งต่อพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน ในโรงเรียนปอเนาะพื้นที่ภาคใต้ของไทย

สุदारัตน์ สุดสมบูรณ์, ไพรัช วัฒนกุล, อุทัยดียะ พิศสุวรรณ อูซิง  
มูลนิธิคนเห็นคน กรุงเทพมหานคร

## บทคัดย่อ

โรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม หรือ “ปอเนาะ” เป็นสถานศึกษาเอกชนของเยาวชนมุสลิม ที่กระจายอยู่ในภาคใต้เป็นส่วนใหญ่ พบการสูบบุหรี่เป็นจำนวนมาก บทความวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ทัศนคติ และปัจจัยที่ส่งต่อการตัดสินใจการสูบบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม (ปอเนาะ) พื้นที่ภาคใต้ โดยมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 700 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า (1) เป็นผู้ที่สูบบุหรี่จำนวน 246 คน ส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ 13-15 ปี สูบบุหรี่ในขณะที่เข้าห้องน้ำโรงเรียน สูบบุหรี่ต่อวันระหว่าง 1-2 มวน สูบบุหรี่ต่อเดือน 6-10 วัน ซื้อเองจากร้านขายของชำ มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ และเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่น้อยกว่า 50 บาทต่อวัน (2) ทัศนคติของเยาวชนต่อการสูบบุหรี่มีความเห็นในระดับน้อย (mean=1.71) (3) ปัจจัยที่ส่งต่อการตัดสินใจสูบบุหรี่ของเยาวชนมีความเห็นด้วยในระดับน้อย (mean=2.29) และ (4) มีข้อเสนอแนะ (1) ผู้ปกครองควรเป็นตัวอย่างที่ดีแก่บุตรหลาน (2) โรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม (ปอเนาะ) ควรจัดกิจกรรมรูปแบบต่างๆ อย่างต่อเนื่อง และต้องจัดกิจกรรมรวมไปถึงครอบครัวและชุมชน และ (3) ควรปลูกฝังหลักคำสอนของศาสนาอิสลามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และร่วมกันให้เยาวชนนำหลักคำสอนไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ: พฤติกรรมการสูบบุหรี่; เยาวชน; ปอเนาะ; ภาคใต้ของไทย

วันรับ: 14 ม.ค. 2566

วันแก้ไข: 17 ก.พ. 2566

วันตอบรับ: 24 ก.พ. 2566

## บทนำ

บุหรี่ เป็นสิ่งเสพติดที่ถูกต้องตามกฎหมายของประเทศแต่บุหรี่ถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เป็นสาเหตุของโรคเรื้อรังหลายชนิด อาทิ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มะเร็งปอด โรคหัวใจ โรคสมองขาดเลือด และภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ องค์การอนามัยโลกได้คาดคะเนว่า ภายในปี พ.ศ. 2573 จะมีประชากรโลกตายเนื่องจากโรคที่เกิดจากการบริโภคบุหรี่ถึงปีละ 8 ล้านคน และจะมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 6 แสนคน เนื่องจากการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง และพบว่า ร้อยละ 10 ของผู้เสียชีวิตจากโรคจากการสูบบุหรี่มีอายุไม่เกิน 44 ปี

ผู้ที่ติดบุหรี่มีอายุสั้นลง 20-25 ปี<sup>(1)</sup> ที่ผ่านมามีประชาชนตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่ในแง่ของการก่อให้เกิดมะเร็ง หากแต่บุหรี่ยังก่อให้เกิดโรคเรื้อรังไม่ต่ำกว่า 25 โรค โดยเฉพาะโรคหัวใจด้วย ทั่วโลกมีคนตายจากโรคหัวใจประมาณ 9 ล้านคน พิสูจน์ได้ว่าเกิดจากบุหรี่ 1.7 ล้านคน ขณะที่คนไทย 1.5 ล้านคน ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เสียชีวิตจากหัวใจวายในช่วงอายุ 50-60 ปี ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากบุหรี่ เนื่องจากบุหรี่ทำให้เส้นเลือดหัวใจตีบ เกิดภาวะหัวใจวาย<sup>(2)</sup> และจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ<sup>(3)</sup> พบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2564 แม้ว่าอัตราการสูบบุหรี่ตามเพศและอายุมีแนวโน้มลดลง แต่หากพิจารณาประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 57 ล้านคน

เป็นผู้ที่สูบบุหรี่ถึง 9.9 ล้านคน โดยกลุ่มที่มีอัตราการสูบบุหรี่มากที่สุดคือ กลุ่มอายุ 25-44 ปี รองลงมา ได้แก่ กลุ่มอายุ 20-24 ปี กลุ่ม 60 ปีขึ้นไป และกลุ่ม 15-19 ปี ตามลำดับ แต่เมื่อพิจารณาภาพรวมของประเทศ พบว่า ภาคใต้มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด เมื่อพิจารณารายจังหวัดพบว่า จังหวัดกระบี่ มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด ตามมาด้วย สตูล นครศรีธรรมราช พังงา ระนอง กาญจนบุรี ตรัง สุราษฎร์ธานี ชุมพร และมุกดาหาร จะเห็นได้ว่าผู้สูบบุหรี่ในช่วงกลุ่มอายุ 15-19 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่อันดับที่ 4 และในขณะเดียวกัน จังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุดส่วนใหญ่อยู่ในภาคใต้ และในภาคใต้มีเมืองเป็นที่ตั้งของโรงเรียนปอเนาะมากที่สุด ซึ่งนักเรียนในโรงเรียนปอเนาะจะมีอายุตั้งแต่ 7-25 ปี

โรงเรียนปอเนาะ เป็นสถาบันศึกษาทางศาสนาอิสลาม เกิดขึ้นทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ มีความเก่าแก่ และมีความสำคัญกับสังคมมุสลิมมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ซึ่งเกิดจากอุดมการณ์ ภูมิปัญญา และความเสียสละของโต๊ะครู ผู้เป็นเจ้าของปอเนาะที่ได้รับความร่วมมืออย่างดีจากชาวบ้านในชุมชนที่คอยให้การสนับสนุน ทั้งกำลังกายและทรัพย์สิน เพื่อสืบทอดหลักการศาสนาอิสลาม และปอเนาะมักจะสร้างขึ้นในชุมชนที่มีมุสลิมอาศัยอยู่ร่วมกันเป็นจำนวนมากตามความเชื่อและค่านิยมของมุสลิม ปัจจุบันเรียกว่า สถาบันศึกษาปอเนาะ ตามพระราชบัญญัติโรงเรียนเอกชน พ.ศ. 2554 (ฉบับที่ 2) มาตรา 2 ถือว่าเป็นโรงเรียนนอกระบบที่จัดการศึกษาที่มีความยืดหยุ่นในการกำหนดจุดมุ่งหมาย รูปแบบการจัดการศึกษา ระยะเวลาการศึกษา การวัดผล และการประเมินผล โดยโรงเรียนปอเนาะในประเทศไทย มีไม่น้อยกว่า 700 แห่ง กระจายมากที่สุดอยู่ในภาคใต้ และมีมากถึง 538 แห่ง ที่อยู่กลุ่ม 3 จังหวัดภาคใต้ ซึ่งมีนักเรียนที่มีอายุระหว่าง 13-25 ปี อยู่ในความดูแลไม่น้อยกว่า 4 แสนคน<sup>(4)</sup> ซึ่งประเด็นที่น่าสนใจคือ โรงเรียนปอเนาะส่วนใหญ่เป็นโรงเรียนประจำ ซึ่งนักเรียนไม่ว่าหญิงหรือชายจะพักอาศัยอยู่ในหอพักที่ทางโรงเรียนจัดให้ เพียงแต่แยกพื้นที่ระหว่างชายและหญิงอย่างชัดเจน ซึ่งบางแห่งเปิดโอกาสให้นักเรียนกลับบ้านเพียงเดือนหรือภาคการศึกษาละ 1 ครั้งเท่านั้น แต่ผู้ปกครองสามารถมาเยี่ยมเยียนนักเรียนได้ตามกติกาของแต่ละโรงเรียน ซึ่งโอกาสเหล่านี้ทำให้นักเรียนมีโอกาสอยู่กับเพื่อนมากกว่าครอบครัว รวมทั้งเป็นโอกาสให้นักเรียน

มีการกระทำเรื่องที่ไม่เหมาะสมได้ เช่น การสูบบุหรี่ ซึ่งอาจจะเริ่มจากสูบบางจากและพัฒนาไปเป็นบุหรี่มวน และจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย พบว่า เยาวชนในโรงเรียนปอเนาะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไม่ได้แตกต่างกับโรงเรียนวิถีนอื่นๆ ซึ่งถือว่าเยาวชนไม่ได้ปฏิบัติตามหลักศาสนาอิสลาม เพราะหลักศาสนาอิสลาม ระบุว่า “หากเสพติดแล้วเป็นโทษต่อสุขภาพ ร่างกาย ถือว่าเป็นสิ่งไม่ดีหรือต้องห้าม” ในขณะที่สำนักจุฬาราชมนตรี ได้ออกคำวินิจฉัยทางศาสนา (ฟัตวา) ที่ 02/2549<sup>(5)</sup> เรื่องบุหรี่ โดยระบุว่า การสูบบุหรี่เป็นสิ่งต้องห้าม (หะรอม) เพราะเป็นที่ปรากฏแน่ชัดว่า การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อผู้สูบบและบุคคลใกล้ชิดและบุหรี่เป็นหะกะระระ (สิ่งที่น่ารังเกียจ) จากการลงพื้นที่ของผู้วิจัยภายใต้โครงการพหุวัฒนธรรมหนุนเสริมศักยภาพชุมชนลดปัจจัยเสี่ยง เพื่อสุขภาพคนได้ และจากการประชุมหารือกับโรงเรียนปอเนาะ พบว่า นักเรียนยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นจำนวนมาก สาเหตุหนึ่งอาจมาจากโรงเรียนปอเนาะเป็นโรงเรียนประจำและผู้ชายนิยมเรียนมากกว่าผู้หญิง ทำให้เกิดการรวมกลุ่มได้ง่ายของนักเรียนชาย นอกจากนี้บุคคลในครอบครัว เช่น โต๊ะ (ปู่ ตา) ย่าะ ป๊ะ หวัน (พ่อ) แบ บัง (พี่) เป็นผู้สูบบุหรี่ และยังมีปัจจัยอื่น เช่น อยากลอง อยากเข้ากลุ่มเพื่อน ต้องการให้เป็นที่ยอมรับของเพื่อน ที่ส่งผลให้มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ จึงเป็นประเด็นที่ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาพฤติกรรมทัศนคติและปัจจัยที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียนปอเนาะพื้นที่ภาคใต้

## วิธีการศึกษา

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional survey research) ในกลุ่มเยาวชนที่ศึกษาในโรงเรียนปอเนาะ พื้นที่ภาคใต้ของไทย

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ นักเรียนในโรงเรียนปอเนาะ ตั้งแต่ระดับประถมศึกษาถึงอาชีวศึกษา พื้นที่ 14 จังหวัดภาคใต้ จำนวน 350,830 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยกำหนดเป็นโรงเรียนปอเนาะที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการพหุวัฒนธรรมหนุน

เสริมศักยภาพชุมชนลดปัจจัยเสี่ยง เพื่อสุขภาพคนได้ จำนวน 70 โรงเรียน มีจำนวนนักเรียนตั้งแต่ระดับ ประถมศึกษาถึงอาชีวศึกษาร่วม 5 หมื่นคน แต่ผู้วิจัย ได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างจาก 70 โรงเรียน โรงเรียนละ 10 คน โดยกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือ นักเรียนระดับประถมศึกษา ปีที่ 5-6 และระดับมัธยมศึกษา (ม.1-ม.6) ทำให้ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 700 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้ในการ ศึกษาครั้งนี้ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากการ ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายรับประจำที่ได้รับจากผู้ปกครอง สถานภาพทางการเงินของครอบครัว สถานภาพของ ครอบครัว และจำนวนผู้ที่สูบบุหรี่ในครอบครัวจำนวน 7 ข้อ

**ส่วนที่ 2** ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ ลักษณะข้อคำตอบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าเลือกตอบ 5 ตัวเลือก ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วยจำนวน 10 ข้อ

**ส่วนที่ 3** พฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ได้แก่ เคยสูบบุหรี่หรือไม่ ช่วงเวลาการสูบบุหรี่ เหตุผลการสูบบุหรี่ สถานที่สูบบุหรี่ สถานที่ซื้อบุหรี่ สูบบุหรี่ กี่มวนต่อวัน อาการแสดงเมื่อไม่ได้สูบ การถูกชักชวน และ ชนิดของบุหรี่ที่สูบ

**ส่วนที่ 4** ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจสูบบุหรี่ ได้แก่ บุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่ การเข้าถึงบุหรี่ การโฆษณา จำหน่ายบุหรี่ บุหรี่มีการแบ่งขาย บุหรี่ไม่เป็นยาเสพติด ผิดกฎหมาย บุหรี่มีหลายรสชาติ ของบุหรี่ โดยลักษณะ ข้อคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าเลือกตอบ 5 ตัวเลือก ได้ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จำนวน 10 ข้อ

### การหาคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งหมดให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรง ครบคลุมในเนื้อหา ตลอดจนความถูกต้องเหมาะสม ของภาษาที่ใช้ มีความตรงเชิงเนื้อหาทุกข้อมีค่า IOC

มากกว่า 0.5 นำไปทดลองใช้หาคุณภาพแบบสอบถาม พบว่า ความเที่ยง (reliability) หยอดทัศนคติมีค่าเท่ากับ 0.73 และหมอดปัจจัยมีค่าเท่ากับ 0.72

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานกับโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม (ปอเนาะ) ที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาธรรมหนุนเสริม ศักยภาพชุมชนลดปัจจัยเสี่ยง เพื่อสุขภาพคนได้ จำนวน 70 แห่งซึ่งกระจายทั่วภาคใต้

2. ทำหนังสือเพื่อขอความร่วมมือถึงผู้อำนวยการ โรงเรียนที่จะทำการศึกษา ขออนุญาตในการเก็บรวบรวม ข้อมูลในการทำวิจัย

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ จัดเตรียมไว้ ซึ่งได้จัดส่งให้กับผู้รับผิดชอบแต่ละโรงเรียน โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการทำวิจัย วิธีการจัดเก็บข้อมูล และวัตถุประสงค์ ของการทำวิจัย

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนและ ความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถาม

5. นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามไปนำเข้าประมวลผล และวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

คณะผู้วิจัย ไม่ได้ดำเนินการขออนุญาตจริยธรรมในมนุษย์ จากหน่วยงานใด เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นเพียงการสำรวจ ความคิดเห็นของเยาวชนในโรงเรียนปอเนาะเท่านั้น ผู้วิจัย ได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ วัตถุประสงค์และประโยชน์จาก การวิจัย ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบ สอบถาม การเก็บรักษาความลับ การนำเสนอผลการวิจัย ในภาพรวม สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิในการออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มี ผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น ทั้งนี้แบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมด จะถูกทำลายภายใน 1 ปีภายหลังจากที่ผลการวิจัยเผยแพร่แล้ว

### การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ใช้อธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ทักษะคิดเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของนักเรียน และปัจจัยที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ ได้แก่ จำนวน ร้อยละค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

## ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 426 คน คิดเป็นร้อยละ 60.3 มีอายุระหว่าง 16-18 ปี จำนวน 393 คน คิดเป็นร้อยละ 55.7 ศึกษาในระดับมัธยมศึกษา จำนวน 673 คน คิดเป็นร้อยละ 95.3 ได้รับรายรับประจำจากผู้ปกครองต่ำกว่า 1,500 บาท จำนวน 334 คน คิดเป็นร้อยละ 47.3 สถานภาพทางการเงินของครอบครัวอยู่ในระดับดี จำนวน 592 คน คิดเป็นร้อยละ 83.9 อาศัยอยู่กับพ่อและแม่ จำนวน 593 คน คิดเป็นร้อยละ 84.0 และมีผู้ที่สูบบุหรี่ในครอบครัว จำนวน 578 คน คิดเป็นร้อยละ 82.5

2. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม (ปอเนาะ) พื้นที่ภาคใต้ของไทย พบว่า จากกลุ่มตัวอย่าง 700 คน เป็นผู้ที่สูบบุหรี่ จำนวน 246 คน คิดเป็นร้อยละ 34.8 โดยทั้งหมดระบุว่า เสียค่าใช้จ่ายในการสูบบุหรี่น้อยกว่า 50 บาทต่อวัน เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก อายุระหว่าง 13-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.4 นิยมสูบบุหรี่ขณะเข้าห้องน้ำ คิดเป็นร้อยละ 36.1 สูบบุหรี่ต่อวันระหว่าง 1-2 มวน คิดเป็นร้อยละ 57.3 สูบบุหรี่ต่อเดือน 6-10 วัน คิดเป็นร้อยละ 47.5 การได้มาซึ่งบุหรี่คือ นิยมซื้อเองจากร้านขายของชำ คิดเป็นร้อยละ 66.2 เยาวชนที่สูบบุหรี่เหล่านี้รับรู้ว่ามีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 94.0 และได้ความเห็นว่าเป็นบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่จึงทำตาม คิดเป็นร้อยละ 43.0

3. ทศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม (ปอเนาะ) พื้นที่ภาคใต้ของไทย พบว่า ในภาพรวมมีความคิดเห็นด้วยอยู่ในระดับน้อย (mean=1.71) เมื่อพิจารณารายข้อ ทุกข้อมีความเห็นด้วยอยู่ในระดับน้อย เรียงลำดับ ดังนี้ การสูบบุหรี่ช่วยผ่อนคลายความเครียด การสูบบุหรี่ไม่ใช่ยาเสพติด จะเลิกเมื่อไหร่ก็ได้ การสูบบุหรี่ช่วยให้เข้ากลุ่มกับเพื่อนได้ง่ายและมีเพื่อนเยอะ การสูบบุหรี่จะช่วยกระตุ้นให้ร่างกายมีแรงที่จะทำงานหรือเรียนหนังสือได้นานขึ้น การสูบบุหรี่ทำให้ดูโก้เก๋และเทเป็นที่สนใจของผู้อื่นและเพศตรงข้าม การสูบบุหรี่ทำให้เป็นคนที่มีทันสมัย ทันคนและลดโอกาสถูกหลอกได้ และการสูบบุหรี่ทำให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความมั่นใจและกล้าที่จะแสดงออกมากขึ้น การสูบบุหรี่แสดงให้เห็นว่ามีความเป็นผู้ใหญ่ การสูบบุหรี่

จะเป็นที่ยอมรับของสังคม และการสูบบุหรี่ช่วยในการรักษา รูปร่างเนื่องจากทำให้หน้าหนักลด

4) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจสูบบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม (ปอเนาะ) พื้นที่ภาคใต้ของไทย พบว่า ในภาพรวมมีความเห็นด้วยในระดับน้อย (mean=2.29) เมื่อพิจารณารายข้อ ทุกข้อมีความเห็นด้วยอยู่ในระดับน้อย เรียงลำดับ ดังนี้ มีการแบ่งบุหรี่ขายในราคาที่สูงได้ บุหรี่มีหลากหลายรสชาติ มีการโฆษณาประชาสัมพันธ์เพื่อขายบุหรี่อยู่ทั่วไป และบุหรี่เป็นยาเสพติดที่ไม่ผิดกฎหมายและพกพาได้ง่าย ซองบุหรี่มีลักษณะดึงดูดและน่าสนใจ และบุหรี่มีมากมายหลายยี่ห้อให้เลือกซื้อ ราคาบุหรี่มีให้เลือกหลากหลายราคาและไม่แพงจนเกินกำลังซื้อ มีป้ายแสดงว่ามีการจำหน่ายที่ชัดเจน มีคนในครอบครัวหรือกลุ่มสูบบุหรี่ให้เห็นบ่อยครั้ง และบุหรี่สามารถหาซื้อได้ง่ายและสะดวกในการเข้าถึง

นอกจากนี้ จากการลงพื้นที่ได้มีการสำรวจสภาพแวดล้อมภายในโรงเรียนปอเนาะที่ลงเก็บข้อมูล พบว่า ร้านค้าบริเวณรอบโรงเรียน ไม่มีการแสดงยี่ห้อบุหรี่หรือราคาบุหรี่ ไม่มีการเปิดตู้หรือวางแสดงซองบุหรี่ที่ขายให้เห็นชัดเจน ไม่มีการขายบุหรี่ให้ผู้สงสัยว่ามีอายุต่ำกว่า 20 ปี ไม่มีการแบ่งขายบุหรี่ ไม่มีการวาง/แขวนซองยาเส้นที่ขายให้เห็นชัดเจน และไม่มีการให้บริการไฟแช็ก ไม่ขีดไฟหรือสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ ส่วนทางโรงเรียนมีการติดป้าย/สติ๊กเกอร์เป็นเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมายที่มองเห็นได้ชัดเจน มีการณรงค์หรือจัดกิจกรรมรูปแบบต่างๆ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการลด ละ เลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ มีการติดป้าย/สติ๊กเกอร์ห้ามสูบบุหรี่ตามที่กฎหมายกำหนด บริเวณทางเข้าออกห้องน้ำ

## วิจารณ์

จากการศึกษาวิจัยเรื่อง “พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียนปอเนาะพื้นที่ภาคใต้” ผู้วิจัยอภิปรายผลดังประเด็นต่อไปนี้

1. เพศ เยาวชนส่วนใหญ่ที่เคยสูบบุหรี่เป็นเพศชาย อาจเนื่องจากธรรมชาติวัยรุ่นชายมีความอยากรู้อยากทดลอง ทำสิ่งใหม่ ต้องการเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน ทำให้เพศตรงข้ามสนใจ สังคมให้การยอมรับ โดยเฉพาะในสังคม

มุสลิม เพศชายได้รับการยอมรับเหนือผู้หญิงมาก ทั้งที่ทุกสังคมทุกศาสนาต่างได้มีการปลูกฝังเกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ย่างชัดเจน ไม่ควรปฏิบัติ ผิดหลักคำสอนของศาสนา แต่ผู้ชายก็ยังมีพฤติกรรมสูบบุหรี่มากกว่าผู้หญิง ซึ่งสอดคล้องกับศศิธร ชิดน้ายี และวราภรณ์ ยศทวี<sup>(6)</sup> ที่พบว่า เพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง และการศึกษาที่พบว่า วัยรุ่นชายมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง<sup>(6,7)</sup>

2. อายุ เยาวชนที่สูบบุหรี่ร้อยละ 58.7 มีอายุระหว่าง 16-18 ปี แต่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ครั้งแรกอายุระหว่าง 13-15 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยเรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และเป็นช่วงพัฒนาการของเยาวชน เป็นช่วงที่สมองส่วนระบบลิมบิก (Limbic system) ซึ่งเกี่ยวข้องกับพัฒนาการด้านอารมณ์มีความเจริญสูงสุด ลักษณะอารมณ์ช่วงวัยนี้จึงมีลักษณะแปรปรวน อยากรู้ อยากรลอง ถูกชักจูงได้ง่าย โดยเฉพาะเมื่อประสบกับภาวะเครียดที่ไม่สามารถจัดการด้วยตนเองได้ จึงหันไปสูบบุหรี่ เพื่อลดความเครียดของตนเอง ประกอบกับการมีทัศนคติว่าสูบแล้วเท่ สูบแล้วไม่ติด และเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน<sup>(8,9)</sup>

3. เยาวชนที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ร้อยละ 95 สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ครอบครัวมีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของเยาวชน การพบเห็นการสูบบุหรี่ของบุคคลภายในบ้านเป็นประจำ เป็นแบบอย่างให้เยาวชนเกิดการเลียนแบบ<sup>(10)</sup> เช่นเดียวกับผลการศึกษาที่พบว่า ประวัติการสูบบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดส่งผลให้เยาวชนมีแนวโน้มสูบบุหรี่มากขึ้น<sup>(10-12)</sup> การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ส่งผลให้เยาวชนมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่มากขึ้นเพื่อต้องการให้เพื่อนยอมรับ<sup>(12)</sup>

4. ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ของเยาวชนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน เพราะจากผลการวิจัยเยาวชนมีทัศนคติที่ไม่ดีกับการสูบบุหรี่ แต่ยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งอาจจะมึปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เช่น การโฆษณาและการส่งเสริมการขายบุหรี่ บุหรี่เป็นยาเสพติดที่ไม่ผิดกฎหมายและเข้าถึงได้ง่าย มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ โรงเรียนไม่ได้มีมาตรการลงโทษที่เด็ดขาด และเยาวชนมีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และขาดความตระหนักในพิษภัยของบุหรี่<sup>(13)</sup>

## สรุป

จากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม (ปอเนาะ) ในพื้นที่ภาคใต้ ยังพบเห็นได้ทั่วไปและทุกโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการ พหุวัฒนธรรมหนุนเสริมศักยภาพชุมชนลดปัจจัยเสี่ยงเพื่อสุขภาพคนใต้ ส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่ 13-15 ปี มีคนในครอบครัวเป็นตัวอย่าง และนิยมสูบใบจากและบุหรี่หนีภาษี เพราะเป็นสิ่งที่เข้าถึงง่ายและราคาไม่แพง แต่ในขณะเดียวกันเยาวชนมีการรับรู้ว่าบุหรี่เป็นสิ่งไม่ดี ผิดหลักศาสนา แต่เพราะพฤติกรรมอยากทดลองอยากรู้ของกลุ่มเยาวชน ทำให้เกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากขึ้น จึงจำเป็นต้องมีกระบวนการส่งเสริมให้มีการลด ละ เลิกบุหรี่ โดยเริ่มตั้งแต่ครอบครัว โรงเรียน มัสยิด ที่จะต้องเอาจริงเอาจังกับการสูบบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม (ปอเนาะ)

### ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล ควรบูรณาการการทำงานร่วมกับสาธารณสุขอำเภอ/จังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน และแกนนำชุมชน ต้องมีการดำเนินการตามมาตรการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะการห้ามแบ่งขายบุหรี่แบบแยกมวน การห้ามขายบุหรี่แบบให้ลูกค้าบริการตนเอง ร่วมกับการใช้มาตรการเสริมสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเนื้อหาของ พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบให้กับผู้ประกอบการร้านค้าปลีก ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในสถานศึกษาผ่านการจัดกิจกรรมร่วมกันในพื้นที่

2. ภายในชุมชน ควรมีมาตรการของชุมชนในการควบคุมร้านค้าขายของชำหรือบุคคลที่จำหน่ายบุหรี่และต้องปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันมิให้เยาวชนเข้าถึงบุหรี่ได้ง่ายๆ

3. ผู้ปกครองควรเป็นตัวอย่างที่ดีแก่บุตรหลาน และควรมีวิธีการดูแลและเลี้ยงดูบุตรหลานให้ห่างไกลจากสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ในบ้านหรือไม่สูบบุหรี่ให้บุตรหลานเห็น

4. โรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม (ปอเนาะ) โดยเฉพาะผู้บริหารสถานศึกษาควรปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเคร่งครัดในการจัดสถานศึกษาปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย นอกจากนี้ต้องจัดกิจกรรมรูปแบบต่างๆ อย่างต่อเนื่อง และต้องจัดกิจกรรมรวมไปถึงครอบครัวและชุมชน เพื่อร่วมกันลด ละ เลิกบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม (ปอเนาะ)

5. ควรปลูกฝังหลักคำสอนของศาสนาอิสลามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และร่วมกันให้เยาวชนนำหลักคำสอนไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพื่อให้มีการจัดทำโปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่ในสถานศึกษา ถ้าพบการสูบบุหรี่ที่ชัดเจน
2. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการนำนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการลด ละ เลิกการสูบบุหรี่สู่การปฏิบัติในรูปแบบของการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถปฏิบัติได้จริง

3. ควรศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม (ปอเนาะ) ในระดับภูมิภาคและระดับประเทศ

## กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการพหุวัฒนธรรมหนุนเสริมศักยภาพชุมชนลดปัจจัยเสี่ยง เพื่อสุขภาพคนใต้ ซึ่งได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณรุ่งอรุณ ลิ้มฬหะภิน ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสังคม นายสัตวแพทย์ปกรณ์ สุวรรณประภา ประธานมูลนิธิคนเห็นคน และคุณทัศนีย์ ศิลปบุตร ผู้ทรงคุณวุฒิสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ร่วมสนับสนุนให้กำลังใจและชี้แนะให้การดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. คำนวณบุหรี่มือสองคร่าชีวิตคนไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 15 ก.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thaihealth.or.th>
2. กรมสุขภาพจิต. สิงห์อมควันไทยลด ขึ้นหืดตัวร้ายทำหัวใจวายตายเร็วสุด [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 15 ก.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27960>
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานประจำปี 2565: ผลสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 15 ก.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nso.go.th>
4. สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน. สถิติสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 15 ก.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://opec.go.th>
5. สำนักจุฬาราชมนตรี. บุหรี่เท่ากับหะรอม [อินเทอร์เน็ต]. 2549 [สืบค้นเมื่อ 15 ก.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.ryt9.com/s/prg/2325645>
6. ศศิธร ชิดนาคย์, วราภรณ์ ยศทวิ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น จังหวัดอุดรดิตถ์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดอุดรดิตถ์ 2561;10(1):83-93.
7. ชลลดา ไชยกุลวัฒนา, ประกายดาว สุทธิ, วิชาญย์ ใจมาลัย. พฤติกรรมสูบบุหรี่และปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นตอนต้นจังหวัดพะเยา. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2560;27(3):57-67.
8. Fritz DJ, Wider LC, Hardin SB, Horrock M. Program strategies for adolescent smoking cessation. Journal of School Nurses 2008;24(1):21-27.
9. สายฝน เอกวางกูร, รอมพร คงกำเนิด, ศิริอร ลินธู, ลักษณะล ลักษณะวิมล. บริการสุขภาพทางเพศสำหรับเยาวชน: สถานการณ์ความท้าทาย และแนวทางการดำเนินงาน. วารสารพยาบาล 2559;65(4):16-23.
10. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. รายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย 2561. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีมีน้คงการพิมพ์; 2561.

11. นัยนา หนูนิล. การนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติการควบคุม ยาสูบสู่การปฏิบัติในจังหวัดภาคใต้ ตอนบน : กรณีศึกษาจังหวัดตรัง และชุมพร. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์; 2556.
12. Stoll K. Correlates and predictors of tobacco use among immigrant and refugee youth in a Western Canadian city. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2008;10(6):567-74.
13. ฉันทนา แรงสิงห์. การดูแลวัยรุ่นที่สูบบุหรี่. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2556;14(2):17-24.

## Attitudes and Factors Affecting Youths' Smoking Decision in Southern Private Islamic Schools (Pondok) in Southern Thailand

*Sudarat Sudsomboon, Pirat Watanakul, Huwaidiyah Pitsuwan Useng  
Khon Hen Khon Foundation, Bangkok, Thailand*

---

### Abstract

Private Islamic schools or “Pondok” are schools for most Muslim youths in Southern Thailand where smoking behaviors are observable. This cross-sectional survey research article aims to investigate smoking behaviors, attitudes, and factors affecting youths' smoking decision in southern private Islamic schools (Pondoks). Data were gathered from 700 participants and were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and content analysis. The results showed that; (1) among 246 participants, the majority of them started smoking in the age between 13 and 15 years, smoking in school toilets, smoked 1-2 cigarettes per day, smoked 6-10 days per month, bought cigarettes by themselves from a grocery store, had smoking family members, and paid for cigarettes less than 50 baht per day (2) their attitudes towards smoking were found at low levels (mean=1.71); (3) factors affecting the smoking decision for those who agreed were found at low levels (mean=2.29) and (4) the suggestions were made that (1) parents should be good role models for their children, (2) Pondok schools should continually organize a variety of family and community engagement activities and (3) Pondok schools should raise smoking awareness among Muslim youths based on Islamic principles and put it into practice.

**Keywords:** smoking behaviors; youths; pondoks; Southern Thailand

# การเข้าถึงการลงทุนนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกาย 8 ประการ (8 Investment) ของผู้สูงอายุไทย ปี 2564

ณรากร วงษ์สิงห์, ปิยวัฒน์ เกตุวงศา, คมกฤษ ตะเพียนทอง, วณิสรา เจริญรัมย์

ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดนครปฐม

## บทคัดย่อ

การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของผู้สูงอายุถือเป็นพฤติกรรมทางสุขภาพที่จำเป็นและสำคัญ ช่วยลดการเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อ และส่งเสริมสุขภาพที่ดีกับผู้สูงอายุ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากการลงทุนนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) จากการสำรวจเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2564 ซึ่งการวิเคราะห์ครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 1,165 ราย และใช้แบบสำรวจกิจกรรมทางกายระดับสากล (global physical activity questionnaire) รวมถึงใช้ข้อคำถามการเข้าถึงการลงทุนนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกาย 8 ประการ (8 investment) ผลการศึกษาการเข้าถึงการลงทุนด้านนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุใน 6 ด้าน พบว่า เข้าถึงการส่งเสริมการสัญจรที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตอย่างกระฉับกระเฉง ทั้งการเดินหรือปั่นจักรยานร้อยละ 59.3 เข้าถึงการออกแบบเมืองให้มีความกระฉับกระเฉงร้อยละ 66.5 เข้าถึงการสื่อสารสาธารณะเพื่อการเรียนรู้ร้อยละ 54.3 เข้าถึงการบริการสุขภาพร้อยละ 82.3 เข้าถึงการส่งเสริมกีฬาและนันทนาการสำหรับทุกคนร้อยละ 28.4 และเข้าถึงการลงทุนส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้ชุมชนเป็นฐานร้อยละ 55.5 ขณะผู้สูงอายุที่เข้าถึงนโยบายมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ไม่สามารถเข้าถึง โดยพบว่า การเข้าถึงนโยบาย Active Travel/Transport มีกิจกรรมทางกายเพียงพอมากกว่าร้อยละ 16.1 รองลงมาคือการเข้าถึงนโยบาย Public Education, including Mass Media มีกิจกรรมทางกายเพียงพอมากกว่าร้อยละ 13.3 การเข้าถึงนโยบาย Sports and Recreation for All มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมากกว่าร้อยละ 13.1 และการเข้าถึงนโยบาย Community-wide Programmes มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมากกว่าร้อยละ 9.1 แสดงให้เห็นว่าการเข้าถึงกับการเข้าถึงนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกายส่งผลต่อระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของผู้สูงอายุ ดังนั้น หน่วยงานภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม จึงต้องร่วมดำเนินการส่งเสริมกิจกรรมทางกายกับผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนและเป็นรูปธรรมในทุกระดับ ได้แก่ ส่งเสริมทางสัญจร การสื่อสารสาธารณะ กีฬาและนันทนาการ การใช้ชุมชนเป็นฐาน การออกแบบเมืองหรือชุมชน และการบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชากรผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงการลงทุนด้านนโยบายอย่างเท่าเทียม และช่วยยกระดับการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทยเพิ่มขึ้น

**คำสำคัญ:** กิจกรรมทางกาย; ผู้สูงอายุ; นโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกาย; การลงทุน 8 ประการ

วันรับ: 17 ม.ค. 2566

วันแก้ไข: 22 ก.พ. 2566

วันตอบรับ: 27 ก.พ. 2566

## บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกกำลังเผชิญกับสถานการณ์เข้าสู่สังคมสูงอายุ ซึ่งเป็นผลมาจากการมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ในขณะที่สถานการณ์ของประเทศไทยมีจำนวนผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ประเทศไทยนั้นเริ่มเข้าสู่สังคมสูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ซึ่งใช้เวลาเพียง 17 ปี ในการยกระดับจากสังคมสูงอายุเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete-aged society) และจากสถานการณ์ในอดีตที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2506-2526 สังคมไทยมีจำนวนการเกิดมากกว่า 1 ล้านคน (คลื่นประชากรหรือประชากรรุ่นเกิดล้านคน) จากนั้นช่วง 30 ปี จำนวนการเกิดได้ลดลงเรื่อย จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2563 เป็นปีแรกที่มีจำนวนเด็กเกิดใหม่ต่ำกว่า 6 แสนคน ส่งผลให้ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุมากกว่าประชากรวัยเด็ก และในปี พ.ศ. 2566 นี้ ประชากรรุ่นเกิดล้านคนรุ่นแรกที่เกิดในปี พ.ศ. 2506 กำลังเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปี) อย่างสมบูรณ์ โดยคาดการณ์ประชากรสูงอายุไทยในอีก 20 ปีข้างหน้าว่า ผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัว จาก 12.0 ล้านคน เป็น 20.5 ล้านคน และเข้าสู่การเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (super-aged society) ซึ่งสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วนี้ส่งผลกระทบต่อในด้านต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านสุขภาพและการเงิน เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงที่พบปัญหาด้านสุขภาพเรื้อรังเป็นลำดับต้นๆ และต้องได้รับการสนับสนุนงบประมาณและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจำนวนมาก ภาครัฐจึงจำเป็นต้องมีการวางแผนกำหนดมาตรการและแผนงานต่างๆ เพื่อเตรียมความพร้อมรับมือกับการเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างทันทั่วทั้งที่<sup>(1)</sup>

หลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยต่างเตรียมพร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ทั้งในมิติสังคม (people) มิติเศรษฐกิจ (prosperity) มิติสิ่งแวดล้อม (planet) มิติสันติภาพและสถาบัน (peace) และมิติการร่วมกันพัฒนา (partnership) โดยให้ความสำคัญกับเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ที่มุ่งเน้นให้ประชากรมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี สร้างหลักประกันให้ประชาชน

ทุกคนมีชีวิตที่มีคุณภาพ และส่งเสริมสุขภาวะที่ดีให้แก่ทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย ตามเป้าหมายเป้าหมายที่ 3 ของ SDGs เนื่องจากการส่งเสริมและสนับสนุนทางด้านสุขภาพจะช่วยยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน และประชาชนจะมีส่วนสำคัญในการพัฒนาประเทศได้ ดังนั้น หากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีการดำเนินการส่งเสริมและสนับสนุนอย่างจริงจัง ทุกกระดับ ทั้งในระดับบุคคล ชุมชน ท้องถิ่น ภูมิภาค และระดับประเทศ<sup>(2)</sup> โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากสามารถส่งเสริมและสนับสนุนการเข้าถึงการดูแล การป้องกัน และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพอย่างเพียงพอและเหมาะสมกับกลุ่มประชากรวัยแรงงานที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุและกลุ่มผู้สูงอายุ ก็จะช่วยทำให้ประชากรสูงอายุมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี มีความพร้อมที่จะรับการเปลี่ยนแปลงและยังคงเป็นกำลังที่สำคัญต่อการพัฒนาประเทศต่อไปในอนาคต

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น การให้ความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลและป้องกันทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของผู้สูงอายุ ถือเป็นพฤติกรรมทางสุขภาพที่จำเป็นและสำคัญต่อการส่งเสริมและสนับสนุนอย่างจริงจัง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งองค์การอนามัยโลก<sup>(3)</sup> แนะนำให้ผู้สูงอายุควรมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือกิจกรรมทางกายระดับหนักอย่างน้อย 75 นาทีต่อสัปดาห์ และเพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพควรมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางอย่างน้อย 300 นาทีต่อสัปดาห์ หรือระดับหนัก 150 นาทีต่อสัปดาห์ และควรมีกิจกรรมที่ช่วยพัฒนาความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์ รวมถึงมีกิจกรรมทางกายที่ช่วยเพิ่มความสมดุลของร่างกายและป้องกันการหกล้มอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ เนื่องจากการมีกิจกรรมทางกายเหล่านี้จะเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยหรือบรรเทาความเจ็บป่วยจากการเป็นโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (non-communicable diseases: NCDs) รวมถึงจะช่วยลดปัญหาของมวลกระดูก กล้ามเนื้อ ข้อต่อต่างๆ กับผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี

การส่งเสริมด้านนโยบายเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายที่ผ่านมา นานาประเทศได้ให้ความสำคัญและลงทุนด้านนโยบายการส่งเสริมมีกิจกรรมทางกายกับประชากรทุกช่วงวัย

อย่างแพร่หลาย ตามข้อเสนอแนะของ International Society for Physical Activity and Health หรือ ISPAH ที่เผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับกลยุทธ์การลงทุนส่งเสริมด้านกิจกรรมทางกาย 8 ประการ<sup>(4)</sup> และแนะนำให้ทุกประเทศสามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้เป็นแนวทางด้านนโยบายให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศ ได้แก่ (1) การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในโรงเรียนเต็มรูปแบบ (Whole-of-School Programmers) (2) การสัญจรที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตอย่างกระฉับกระเฉงทั้งการเดินทางหรือปั่นจักรยาน (Active Travel/Transport) (3) การออกแบบเมืองให้มีความกระฉับกระเฉง (Active Urban Design) (4) การบริการสุขภาพ (Health Care) (5) การสื่อสารสาธารณะเพื่อการเรียนรู้และสื่อสารมวลชน (Public Education, including Mass Media) (6) การส่งเสริมกีฬาและนันทนาการสำหรับทุกคน (Sports and Recreation for All) (7) การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในสถานที่ทำงาน (Work Places) และ (8) ส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-wide Programmes) โดยภาครัฐ องค์กร หน่วยงาน ท้องถิ่น ชุมชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง สามารถนำไปดำเนินงานด้านนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้กับทุกช่วงวัย จากข้อเสนอแนะข้างต้นหากประเทศไทยมีการลงทุนเพื่อสนับสนุนการมีกิจกรรมทางกายดังกล่าวกับกลุ่มผู้สูงอายุ ทำให้ประชากรสูงอายุมีโอกาสเข้าถึงการมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ และช่วยยกระดับของการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเพิ่มขึ้น ซึ่งพบว่าระดับการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุไทยในช่วงปี พ.ศ. 2555-2562 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี คิดเป็นอัตราเพิ่มโดยเฉลี่ยที่ร้อยละ 1.9 ต่อปี<sup>(5)</sup> พฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเช่นนี้จะนำไปสู่การมีร่างกายที่แข็งแรง เจ็บป่วยน้อยลง และมีสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้น

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาเชิงนโยบายเกี่ยวกับการลงทุนส่งเสริมด้านกิจกรรมทางกาย 8 ประการของผู้สูงอายุ ในการนำมาตรการและนโยบายลงไปปฏิบัติ และการเข้าถึงหรือการได้รับประโยชน์จากการดำเนินนโยบายของผู้สูงอายุ และวิเคราะห์สถานการณ์การลงทุนด้านนโยบายเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และนำข้อมูลเชิงสถานการณ์ไปใช้เพื่อวางแผนด้านนโยบายเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายแก่ผู้สูงอายุต่อไป

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจเฝ้าระวัง ติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2564 โดยศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อวิเคราะห์การเข้าถึงนโยบายการส่งเสริมกิจกรรมทางกายของประชากรสูงอายุในประเทศไทย โดยใช้วิธีการดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stages random sampling) แบบทราบความน่าจะเป็น (probability random sampling) กำหนดค่าความเชื่อมั่นสูงสุดที่ร้อยละ 95 เพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนระดับประเทศ โดยพิจารณาจากที่อยู่อาศัย (เขตเมืองหรือชนบท) เพศและอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิเคราะห์ในครั้งนี้ เป็นประชากรพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบทของ 77 จังหวัด รวมกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 7,665 ราย<sup>(5)</sup> ใช้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในการศึกษาจำนวน 1,165 ราย สำหรับวิเคราะห์การเข้าถึงนโยบายการส่งเสริมกิจกรรมทางกายของประชากรสูงอายุในประเทศไทย

### เครื่องมือที่ใช้สำรวจ

การศึกษานี้ใช้แบบสำรวจกิจกรรมทางกายระดับสากล หรือ GPAQ (global physical activity questionnaire) เวอร์ชัน 2 ที่พัฒนาโดยผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 16 ข้อ เพื่อประเมินกิจกรรมทางกายหรือการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังใน 3 หมวด ประกอบด้วยหมวดที่ (1) กิจกรรมในการทำงาน (activity at work) ทั้งงานบ้านและงานอาชีพ หมวดที่ (2) กิจกรรมในการเดินทางจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง (travel to and from place) และหมวดที่ (3) กิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ/นันทนาการ (recreational activities)

ซึ่งการสำรวจข้อมูลการเข้าถึงการลงทุนนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกาย 8 ประการนั้น ในการใช้ข้อมูลการสำรวจผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปดังกล่าว จะไม่ใช้ข้อคำถามการเข้าถึงการลงทุนนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกายจำนวน 2 ประการ มาวิเคราะห์ คือ ด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในโรงเรียนเต็มรูปแบบ (Whole-of-School Programmes) และด้านการส่งเสริมกิจกรรม

ทางภายในสถานที่ทำงาน (Work Places) เนื่องจากเป็นข้อคำถามสำหรับกลุ่มเด็กและเยาวชนและกลุ่มวัยทำงาน ดังนั้น การใช้ข้อมูลทัศนคติของผู้สูงอายุจำนวน 1,165 รายนี้ จึงใช้ข้อคำถามเพื่อการวิเคราะห์สถานการณ์ร้อยละของการเข้าถึงของผู้สูงอายุในการดำเนินนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกายเพียง 6 ประการ ได้แก่ (1) การสัญจรที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตอย่างกระฉับกระเฉงทั้งการเดินทางหรือปั่นจักรยาน (Active Travel/Transport) (2) การออกแบบเมืองให้มีความกระฉับกระเฉง (Active Urban Design) (3) การบริการสุขภาพ (Health Care) (4) การสื่อสารสาธารณะเพื่อการเรียนรู้และสื่อสารมวลชน (Public Education, including Mass Media) (5) การส่งเสริมกีฬาและนันทนาการสำหรับทุกคน (Sports and Recreation for All) และ (6) ส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-wide Programmes) ซึ่งคำถามประกอบด้วย (1) มีเส้นทางเดิน ทางสัญจรสำหรับเดินออกกำลังกาย วิ่ง หรือปั่นจักรยานบริเวณชุมชน (2) มีการออกแบบพื้นที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย ออกกำลังกาย เล่นกีฬา และนันทนาการบริเวณชุมชน (3) มีสถานบริการทางสุขภาพให้คำแนะนำเกี่ยวกับกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวร่างกาย (4) มีการสื่อสารการรับรู้และรณรงค์เกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกายและการดูแลสุขภาพจากช่องทางสื่อในรูปแบบต่างๆ (5) มีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกาย เล่นกีฬา แข่งขันกีฬา กิจกรรม virtual online ให้ทุกคน

ได้เข้าร่วม และ (6) มีกิจกรรมการออกกำลังกาย การเล่นกีฬา สนับสนุนพื้นที่สำหรับมีกิจกรรมทางกายและลดพฤติกรรมเนือยนิ่งที่จัดขึ้นโดยชุมชน

### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อแจกแจงความถี่ การมีส่วนร่วมหรือได้รับประโยชน์ของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าถึงการลงทุนนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกาย 6 ประการ โดยใช้โปรแกรม SPSS สำหรับ Windows

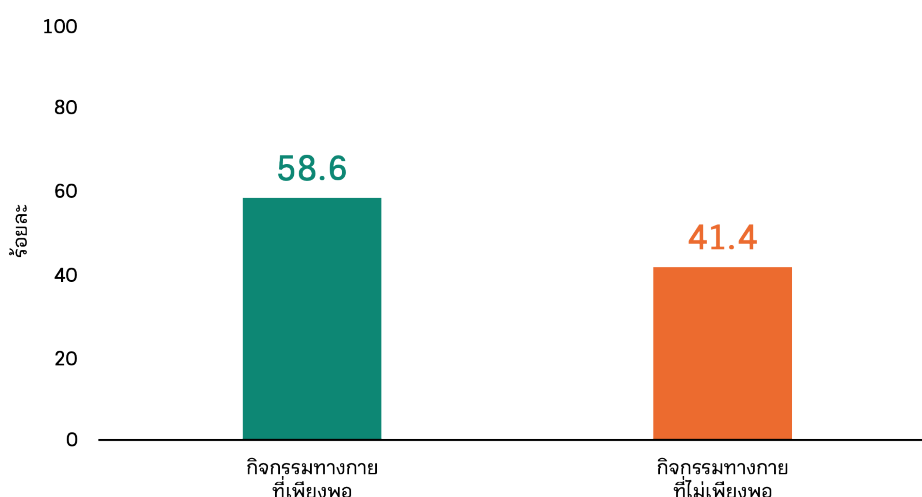
### จริยธรรมการวิจัย

โครงการการสำรวจเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทย ประจำปี พ.ศ. 2564 ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคน สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 เลขที่ 2021/05-114

## ผลการศึกษา

การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอและเหมาะสมตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกทำให้ประชากรทุกเพศทุกวัยหันมาใส่ใจสุขภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะประชากรสูงอายุ ซึ่งจากการสำรวจเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทยปี พ.ศ. 2564 พบว่าระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของผู้สูงอายุ ร้อยละ 58.6 ในขณะที่ร้อยละ 41.4 มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 การมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุไทย



เมื่อพิจารณาถึงการเข้าถึงการลงทุนนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่เป็นปัจจัยส่งผลให้ผู้สูงอายุไทยมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอตามข้อเสนอแนะของ ISPAH พบว่าผู้สูงอายุไทยสามารถเข้าถึงจากนโยบายการส่งเสริมกิจกรรมทางกายตามข้อเสนอแนะของ ISPAH 6 ประการ ได้แก่ (1) การสัญจรที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตอย่างกระฉับกระเฉงทั้งการเดินทางหรือปั่นจักรยาน (Active Travel/Transport) (2) การออกแบบเมืองให้มีความกระฉับกระเฉง (Active Urban Design) (3) การบริการสุขภาพ (Health Care) (4) การสื่อสารสาธารณะเพื่อการเรียนรู้และสื่อสารมวลชน (Public Education, including Mass Media) (5) การส่งเสริมกีฬาและนันทนาการสำหรับทุกคน (Sports and Recreation for All) และ (6) ส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-wide Programmes) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การส่งเสริมการสัญจรที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตอย่างกระฉับกระเฉงทั้งการเดินทางหรือปั่นจักรยาน (Active Travel/Transport) ซึ่งชุมชนที่ทำการออกแบบเส้นทางเพื่อสนับสนุนการเดินทางเท้าและการใช้จักรยานสำหรับการเดินทางสัญจรวิ่ง ออกกำลังกาย หรือปั่นจักรยาน โดยพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในบริเวณชุมชนหรือละแวกบ้านพักอาศัยเข้าถึงเส้นทางเดินหรือปั่นจักรยานเพื่อการสัญจรวิ่ง ออกกำลังกาย หรือปั่นจักรยาน ร้อยละ 59.3

2) การออกแบบเมืองให้มีความกระฉับกระเฉง (Active Urban Design) ชุมชนหรือเมืองส่วนใหญ่มีการออกแบบพื้นที่สำหรับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่เป็นสวนสาธารณะ สนามกีฬา ลานออกกำลังกายกลางแจ้ง โดยพบว่า ผู้สูงอายุเข้าถึงพื้นที่บริเวณชุมชนหรือละแวกบ้าน/ที่พักอาศัยที่มีการออกแบบพื้นที่ให้เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย ออกกำลังกายและการเล่นกีฬา ร้อยละ 66.5

3) การสื่อสารสาธารณะเพื่อการเรียนรู้และสื่อสารมวลชน (Public Education, including Mass Media) การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรณรงค์ การให้ความรู้ทางสุขภาพรวมถึงด้านกิจกรรมทางกายจากช่องทาง การเรียนรู้หรือช่องทางสื่อสารมวลชนต่างๆ พบว่า ผู้สูงอายุเข้าถึงและรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพและด้านกิจกรรมทางกาย ร้อยละ 54.3

4) การบริการสุขภาพ (Health Care) การได้รับบริการทางสุขภาพโดยมีการให้ความรู้ ข้อเสนอแนะและทักษะเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกายจากสถานบริการทางสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพ ข้อเสนอแนะ และทักษะเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกาย ร้อยละ 82.3

5) การส่งเสริมกีฬาและนันทนาการสำหรับทุกคน (Sports and Recreation for All) ชุมชนที่มีการจัดกิจกรรมการรณรงค์ให้มีการออกกำลังกาย การเล่นกีฬา ตลอดจนมีการเตรียมสนามกีฬาและพื้นที่เพื่อส่งเสริมให้มีการเล่นกีฬาในชุมชน จัดกิจกรรมรณรงค์ให้มีการใช้จักรยาน จัดการแข่งขันกีฬาประเภทต่างๆ ในชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุเข้าถึงกิจกรรมการรณรงค์ให้มีการออกกำลังกาย การเล่นกีฬา ตลอดจนมีการเตรียมสนามกีฬาและพื้นที่ เพื่อส่งเสริมให้มีการเล่นกีฬาในชุมชน ร้อยละ 28.4

6) ส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-wide Programmes) ชุมชนมีการจัดสรรพื้นที่ สถานที่ อุปกรณ์ที่ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย และมีการพัฒนาทางเดินเท้าและจักรยานในการสัญจร รวมถึงการจัดทำแผนกิจกรรมและงบประมาณของชุมชนเพื่อส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายและสุขภาพกับคนในชุมชน พบว่าผู้สูงอายุเข้าถึงการส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ร้อยละ 55.5 ดังตารางที่ 1

ในขณะที่เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของผู้สูงอายุ ระหว่างเข้าถึงกับไม่สามารถเข้าถึงนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าถึงการส่งเสริมการสัญจรที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตอย่างกระฉับกระเฉงทั้งการเดินทางหรือปั่นจักรยาน (Active Travel/Transport) มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมากกว่า ร้อยละ 16.1 โดยพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าถึงมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ ร้อยละ 65.2 และกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าถึงมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ ร้อยละ 49.1

พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าถึงนโยบายการออกแบบเมืองให้มีความกระฉับกระเฉง (Active Urban Design) มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมากกว่า ร้อยละ 7 โดยพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าถึงมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ ร้อยละ 61.0 และกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าถึงมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ ร้อยละ 54.0

ตารางที่ 1 การเข้าถึงการลงทุนนโยบายส่งเสริมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุไทย

การเข้าถึงการลงทุนนโยบายส่งเสริมด้านกิจกรรมทางกาย 6 ประการ	ร้อยละ
การสัญจรที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตอย่างกระฉับกระเฉงทั้งการเดินทางหรือปั่นจักรยาน (Active Travel/Transport)	59.3
การออกแบบเมืองให้มีความกระฉับกระเฉง (Active Urban Design)	66.5
การสื่อสารสาธารณะเพื่อการเรียนรู้และสื่อสารมวลชน (Public Education, including Mass Media)	54.3
การบริการสุขภาพ (Health Care)	82.3
การส่งเสริมกีฬาและนันทนาการสำหรับทุกคน (Sports and Recreation for All)	28.4
ส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-wide Programmes)	55.5

พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าถึงนโยบายการสื่อสารสาธารณะเพื่อการเรียนรู้และสื่อสารมวลชน (Public Education, including Mass Media) มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมากกว่าร้อยละ 13.3 โดยพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าถึงมีกิจกรรมทางกายเพียงพอร้อยละ 64.7 และกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าถึงมีกิจกรรมทางกายเพียงพอร้อยละ 51.4

พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าถึงนโยบายการบริการสุขภาพ (Health Care) มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมากกว่าร้อยละ 3.2 โดยพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าถึงมีกิจกรรมทางกายเพียงพอร้อยละ 59.2 และกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าถึงมีกิจกรรมทางกายเพียงพอร้อยละ 56.0

พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าถึงนโยบายการส่งเสริมกีฬาและนันทนาการสำหรับทุกคน (Sports and Recreation for All) มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมากกว่าร้อยละ 13.1 โดยพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าถึงมีกิจกรรมทางกายเพียงพอร้อยละ 68.0 และกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าถึงมีกิจกรรมทางกายเพียงพอร้อยละ 54.9

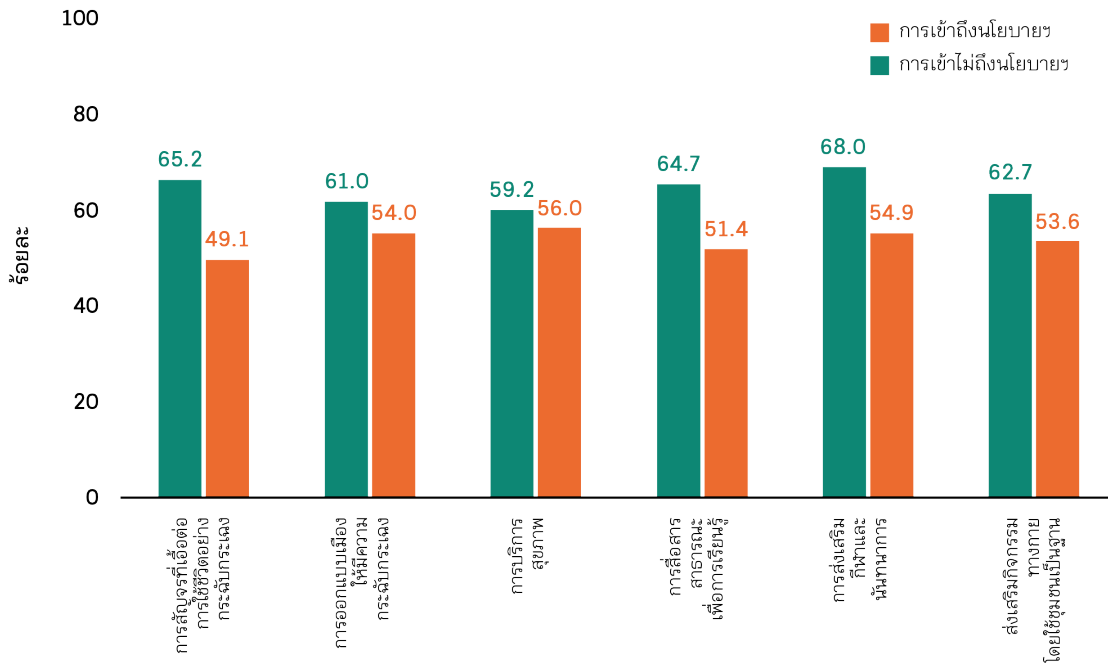
พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าถึงนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-wide Programmes)

มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมากกว่าร้อยละ 9.1 โดยพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าถึงมีกิจกรรมทางกายร้อยละ 62.7 และกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าถึงมีกิจกรรมทางกายร้อยละ 53.6 ดังภาพที่ 2

## วิจารณ์

จากข้อมูลการเข้าถึงการลงทุนนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย เมื่อผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงและมีโอกาสได้รับประโยชน์จากนโยบายส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย จะเห็นได้ว่าระดับของการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเพิ่มสูงขึ้นมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าถึงและไม่ได้รับประโยชน์ด้านนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเข้าถึงนโยบายการส่งเสริมการสัญจรที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตอย่างกระฉับกระเฉงทั้งการเดินทางหรือปั่นจักรยาน (Active Travel/Transport) มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมากกว่าร้อยละ 16.1 (ร้อยละ 65.2) สอดคล้องกับการศึกษาสภาพแวดล้อมที่สร้างขึ้นเพื่อเอื้อการเดินทางหรือปั่นจักรยานของประเทศญี่ปุ่นที่พบว่า มีผลกระทบอย่างมากต่อการเดินและการใช้จักรยาน

**ภาพที่ 2** การมีกิจกรรมทางกาย จำแนกตามการเข้าถึงนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (ข้อมูลการสำรวจช่วงเดือนมิถุนายนถึงสิงหาคม พ.ศ. 2564)



ของผู้สูงอายุ<sup>(6)</sup> รองลงมาคือนโยบายการสื่อสารสาธารณะเพื่อการเรียนรู้และสื่อสารมวลชน (Public Education, including Mass Media) มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมากกว่าร้อยละ 13.3 (ร้อยละ 64.7) สอดคล้องกับการศึกษาการสื่อสารเพื่อการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุในต่างประเทศที่พบว่าผู้สูงอายุที่สามารถเปิดรับการสื่อสารรณรงค์มีผลต่อระดับการมีกิจกรรมทางกาย โดยเฉพาะการสื่อสารกับกลุ่มผู้สูงอายุที่อายุต่ำกว่าวัยเกษียณที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมเชิงบวกจากการสร้างนิสัยการมีกิจกรรมทางกายเมื่ออายุมากขึ้น นอกจากนี้การสื่อสารรณรงค์จะมีประสิทธิภาพหากเข้าถึงง่ายและตรงกับความสนใจของผู้สูงอายุ<sup>(7,8)</sup> ด้านนโยบายการส่งเสริมกีฬาและนันทนาการสำหรับทุกคน (Sports and Recreation for All) มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมากกว่าร้อยละ 13.1 (ร้อยละ 68.0) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุสามารถเคลื่อนไหวร่างกายในเวลาว่างได้ โดยการจัดกีฬาและนันทนาการที่เน้นการพัฒนาสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ จะช่วยให้ผู้สูงอายุชื่นชอบการมีกิจกรรมทางกายมากขึ้น<sup>(9)</sup> และนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-wide Programmes) มีกิจกรรมทางกาย

ที่เพียงพอมากกว่าร้อยละ 9.1 (ร้อยละ 62.7) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่กำหนดและแนวโน้มของการมีส่วนร่วมในกีฬาสำหรับผู้สูงอายุ ที่ให้ข้อเสนอแนะกับองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ โดยแนะนำผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนจำเป็นต้องให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชุมชน เพื่อโอกาสที่เหมาะสมการเข้าร่วมกิจกรรมและรองรับผู้สูงอายุที่อาจมีข้อจำกัดด้านสุขภาพมากขึ้น และหากชุมชนส่งเสริมการมีส่วนร่วมและกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ก็จะช่วยให้ช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายที่เพิ่มขึ้น<sup>(9)</sup> ซึ่งจากข้อค้นพบข้างต้นแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของระดับการมีกิจกรรมทางกายระหว่างการเข้าถึงและได้รับประโยชน์กับการเข้าไม่ถึงและไม่ได้รับประโยชน์อย่างเห็นได้ชัด ดังนั้นสามารถยืนยันได้ว่าการลงทุนด้านนโยบายการส่งเสริมกิจกรรมทางกายทุกมิติ ล้วนมีความจำเป็นและความสำคัญต่อการเพิ่มระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของผู้สูงอายุ เพื่อให้ประชากรสูงอายุมีสุขภาพ คุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดี และเป็นกลุ่มประชากรที่มีความสำคัญต่อสังคมไทยต่อไป

ข้อมูลการเข้าถึงการลงทุนด้านนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ 6 ประการ ตามข้อแนะนำ 8 ประการของ ISPAH ข้างต้น จะช่วยทำให้ทราบถึงสถานการณ์การเข้าถึงนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุปัจจุบัน ตลอดจนข้อมูลเชิงเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการมีกิจกรรมทางกายระหว่างผู้สูงอายุที่เข้าถึงและไม่สามารถเข้าถึงการลงทุนด้านนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกาย เพื่อให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ องค์กร หน่วยงาน ท้องถิ่น และชุมชน สามารถนำไปประกอบการตัดสินใจเลือกนโยบายการส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับสังคมสูงอายุยิ่งยวด การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า การเข้าถึงนโยบายการส่งเสริมกิจกรรมทางกายมีความสำคัญและมีความจำเป็นต่อการส่งเสริมกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ ทั้ง 6 ประการ ขณะเดียวกันยังสะท้อนถึงการลงทุนด้านนโยบายการส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่ส่งผลต่อระดับการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุอย่างชัดเจน 4 ประการสำคัญ คือ การลงทุนนโยบายการส่งเสริมการสัญจรที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตอย่างกระฉับกระเฉงทั้งการเดินทางหรือปั่นจักรยาน (Active Travel/Transport) ถัดมาคือนโยบายการสื่อสารสาธารณะเพื่อการเรียนรู้และสื่อสารมวลชน (Public Education, including Mass Media) นโยบายการส่งเสริมกีฬาและนันทนาการสำหรับทุกคน (Sports and Recreation for All) และนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-wide Programmes) ตามลำดับ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยภายในชุมชน โดยใช้เส้นทางสัญจรในชุมชนในการเดินทางหรือใช้จักรยานสัญจร หรือจะใช้เพื่อการเดิน วิ่ง หรือปั่นจักรยานเพื่อออกกำลังกายระหว่างวันเป็นหลัก อีกทั้งการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายด้วยวิธีการดังกล่าวเป็นการเอื้อประโยชน์ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุมากที่สุด จึงส่งผลต่อระดับการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุมากที่สุด ถัดมาเมื่อมีการจัดให้มีกิจกรรมการออกกำลังกาย เล่นกีฬา และการแข่งขันกีฬามวลชนประเภทต่างๆ เพื่อส่งเสริมกีฬาและนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน อย่างเหมาะสมกับวัยและตรงกับความต้องการ จึงเป็นการช่วยยกระดับการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุได้ค่อนข้างมากเช่นกัน นอกจากนี้การสื่อสารเกี่ยวกับข้อมูล

ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมทางกาย และการดูแลสุขภาพ ด้วยช่องทางที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ง่าย ก็ยังมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุอยู่ไม่น้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูล การดูแลสุขภาพและการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถรู้และเข้าใจ ตลอดจนนำไปประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสมกับตนเองมากยิ่งขึ้น ขณะที่การส่งเสริมด้านข้อมูลข่าวสารและความรู้ต่างๆ ยังคงมีความสำคัญและจำเป็นต่อการยกระดับการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน แต่อย่างไรก็ตาม การที่ชุมชนเป็นฐานในการให้ความสำคัญตั้งแต่มีนโยบายในการจัดสรรพื้นที่ สถานที่ อุปกรณ์ที่ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย และมีการพัฒนาทางเดินเท้าและจักรยานในการสัญจร รวมถึงการจัดทำแผนกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายและสุขภาพกับผู้สูงอายุ ก็เป็นหัวใจสำคัญที่จะช่วยเป็นกลไกการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุเชิงระบบ เพื่อให้การส่งเสริมกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุในชุมชนเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

### **ข้อเสนอแนะทางนโยบายเพื่อการลงทุนการส่งเสริมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุไทย**

การเข้าถึงนโยบายการส่งเสริมกิจกรรมทางกายมีความสำคัญและมีความจำเป็นต่อระดับการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ เพราะนอกจากจะช่วยยกระดับของการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของผู้สูงอายุก็ยังไม่ไปสู่การมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง เจ็บป่วยน้อยลงและมีสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้น ดังนั้น จากการศึกษาครั้งนี้จึงจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายสำหรับสังคมสูงอายุไทย โดยลำดับความจำเป็นและความสำคัญในการลงทุนด้านนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกายตามประสิทธิผลและมีความคุ้มค่าเป็นหลัก<sup>(4)</sup> ดังนี้

1. สนับสนุนและส่งเสริมการสัญจรที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตอย่างกระฉับกระเฉงทั้งการเดินทางหรือปั่นจักรยาน (Active Travel/Transport) การสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตที่กระฉับกระเฉงในการเดินทาง โดยการปรับเปลี่ยนทัศนียภาพให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ปลอดภัย และดึงดูดการใช้งานอย่างเหมาะสม เช่น การวางผังเมือง การปรับทางเดินเท้า ทางจักรยาน และทางที่นำไปสู่ระบบขนส่งสาธารณะ ที่เข้าถึงได้ง่าย เชื่อมต่อกัน และรองรับ

ผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มอัตราการเดิน การปั่นจักรยาน และลดการใช้รถยนต์ส่วนตัว เป็นการลดปัญหามลพิษได้ไปในตัวร่วมด้วย

2. สนับสนุนและส่งเสริมการสื่อสารสาธารณะเพื่อการเรียนรู้และสื่อสารมวลชน (Public Education, including Mass Media) ส่งเสริมการให้ความรู้ความเข้าใจและประโยชน์ที่จะได้รับเกี่ยวกับกิจกรรมทางกาย รวมไปถึงการส่งเสริมผ่านข้อมูลข่าวสารกิจกรรมทางกายและสุขภาพต่างๆ ผ่านโทรทัศน์ โซเชียลมีเดีย และสื่อต่างๆ ตลอดจนคำแนะนำทางด้านสุขภาพและด้านกิจกรรมทางกายจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เพื่อสร้างความตระหนักรู้ ความเข้าใจ แรงบันดาลใจ ความเชื่อทัศนคติและความตั้งใจ เกิดการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอกับผู้สูงอายุ และเพื่อยกระดับการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุในสังคมไทย

3. สนับสนุนและส่งเสริมกีฬาและนันทนาการสำหรับทุกคน (Sports and Recreation for All) ส่งเสริมให้มีการดำเนินการจัดกีฬาและนันทนาการเพื่อมวลชน การสื่อสารมวลชนที่เน้นถึงประโยชน์และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ให้มีโอกาเข้าถึงอย่างเท่าเทียมกัน ผลักดันให้กีฬาและนันทนาการเกิดเป็นบรรทัดฐานของสังคม เน้นให้เกิดความร่วมมือของหน่วยงานและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการออกแบบกิจกรรมหรือสร้างสรรค์พื้นที่ที่เอื้อประโยชน์และเข้าถึงได้ง่าย ตลอดจนจนการออกแบบกิจกรรมกีฬาและนันทนาการให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

4. สนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-wide Programmes) ให้ชุมชนมีนโยบายในการจัดสรรพื้นที่ สถานที่ อุปกรณ์ที่ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย และมีการพัฒนาทางเดินเท้าและจักรยานในการสัญจร รวมถึงการจัดทำแผน กิจกรรมและงบประมาณของชุมชน เพื่อส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายและสุขภาพ ที่เหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน

5. สนับสนุนและส่งเสริมการออกแบบเมืองหรือชุมชนให้มีความกระฉับกระเฉง (Active Urban Design) ส่งเสริมการออกแบบและโครงสร้างสภาพแวดล้อมของชุมชนที่ตอบสนองต่อการมีกิจกรรมทางกาย รูปแบบ compact city ให้สามารถเชื่อมต่อกัน และเข้าถึงสถานที่

ต่างๆ ได้ง่าย ไม่ว่าจะป็นร้านค้า โรงเรียน สถานบริการสวนสาธารณะ อุปกรณ์นันทนาการ และมีถนนที่เชื่อมต่อกันในแต่ละสถานที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุสะดวกต่อการเดินสัญจรและปั่นจักรยานไปยังจุดหมายหรือเอื้อให้สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ทุกที่ทุกเวลา นอกจากนี้ส่งเสริมให้มีชุดปฐมพยาบาลและเครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้าชนิดอัตโนมัติ (automated external defibrillator: AED) ประจำพื้นที่ที่ออกแบบให้เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย ออกกำลังกายและนันทนาการ

6. สนับสนุนและส่งเสริมด้านการบริการสุขภาพ (Health Care) สนับสนุนนโยบายและระบบผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพให้มีความรู้และเกิดทักษะ สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกายได้อย่างถูกต้องกับผู้สูงอายุ และเป็นส่วนหนึ่งของ Routine Care ที่มีศักยภาพในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ และส่งเสริมกิจกรรมทางกายเข้ากับระบบบริการสุขภาพระดับชุมชน เพื่อส่งเสริมการเพิ่มกิจกรรมทางกายให้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการหรือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการเคลื่อนไหวน้อยในทุกระดับ

ทั้งนี้ เพื่อให้การเข้าถึงการลงทุนด้านนโยบายการส่งเสริมกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 6 ประการ (8 investment) ของผู้สูงอายุไทย เกิดเป็นรูปธรรม และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงโอกาสการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมากขึ้น หน่วยงานภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม จึงต้องเตรียมดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนเชื่อมประสานหรือเชื่อมร้อยการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมและให้เกิดการส่งเสริมกิจกรรมทางกายกับผู้สูงอายุและทุกกลุ่มอย่างยั่งยืน<sup>(10)</sup> ดังนี้

1. ภาศึเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น เครือข่ายสมัชชาสุขภาพ เครือข่ายพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม เครือข่ายวิชาการด้านกิจกรรมทางกาย และเครือข่ายด้านสุขภาพทุกภาคส่วน ดำเนินกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางวิชาการเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม ทั้งในแง่ขับเคลื่อนเกิดนโยบายสาธารณะ ยุทธศาสตร์ แผน และโครงการและกิจกรรมทุกระดับ

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณและกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จัดทำแผนงานและโครงการที่เกี่ยวข้องกับการมีกิจกรรมทางกายของคนในชุมชน

3. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานสถิติแห่งชาติ สถาบันวิชาการ และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนองค์กรด้านสื่อ ดำเนินการ (1) สนับสนุนให้เกิดการสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก การจัดการความรู้ สร้างนวัตกรรมและการสื่อสาร เพื่อนำไปสู่การมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุและทุกช่วงวัยที่สอดคล้องกับบริบทของสังคม (2) พัฒนาระบบข้อมูลและจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อการติดตามการดำเนินงานการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการลดพฤติกรรมเนือยนิ่งของผู้สูงอายุและทุกช่วงวัย และ (3) สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาความสามารถของชุมชน เพื่อให้มีความรู้และเข้าใจการดำเนินงานด้านกิจกรรมทางกายในชุมชนให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

4. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนและประชาสังคม ในการ (1) ออกแบบพื้นที่ เส้นทาง การสัญจร และพื้นที่สาธารณะ ที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ และกำหนดมาตรการหรือข้อตกลงในการใช้พื้นที่สาธารณะอย่างหลากหลายและเท่าเทียม เพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายของคนทุกกลุ่มวัย และ (2) สนับสนุนจัดการพื้นที่ให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อและกระตุ้นต่อการมีกิจกรรมทางกายของคนในชุมชน

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษางานวิจัยครั้งนี้ ส่วนสำคัญที่ทำให้การศึกษาวิจัยสำเร็จได้โดยได้รับคำแนะนำและให้ข้อเสนอแนะจากรองศาสตราจารย์ ดร.ปิยวัฒน์ เกตุวงศา ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และ Dr.Dyah Anantalia Widyastari สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ปรึกษางานวิจัย ทำให้งานวิจัยสามารถสะท้อนข้อมูลเชิงสถานการณ์การเข้าถึงนโยบายด้านกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุไทย และข้อเสนอทางนโยบายเพื่อดำเนินงานส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้มีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายต่อไป นอกจากนี้ การศึกษาวิจัยครั้งนี้ยังใช้ข้อมูล (data) จากโครงการสำรวจเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2564 ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มาโดยตลอด คณะผู้ศึกษาวิจัยใคร่ขอขอบพระคุณอาจารย์ทั้ง 2 ท่าน และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มา ณ โอกาสนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
2. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 4 พ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://shorturl.asia/jCTHd>.
3. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
4. International Society for Physical Activity and Health. ISPAH's eight investments that work for physical activity [Internet]. [cited 2022 May 4]. Available from: [www.ISPAH.org/Resources](http://www.ISPAH.org/Resources)
5. ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย. ผลการสำรวจโครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทย ปี 2564. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
6. Yongjiang Y, Sasaki K, Cheng L, Tao S. Does the built environment matter for active travel among older adults: insights from Chiba City, Japan. Journal of Transport Geography 2022;101:1-21
7. de Jong LD, Lavender AP, Wortham C, Skelton DA, Haines TP, Hill AM. Exploring purpose-designed audio-visual falls prevention messages on older people's capability and motivation to prevent falls. Health Soc Care Community 2019;27(4):e471-82.

8. Pettigrew S, Jongenelis MI, Rai R, Jackson B, Newton RU. Communicating with older people about physical activity. *Aust N Z J Public Health* 2021;45(6):587-91.
9. Jenkin CR, Eime RM, Westerbeek H, O'Sullivan G, van Uffelen JGZ. Sport and ageing: a systematic review of the determinants and trends of participation in sport for older adults. *BMC Public Health* 2017;17(1):976.
10. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 10 เรื่อง การส่งเสริมให้คนไทยทุกช่วงวัยมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น พ.ศ. 2560. นนทบุรี: สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ; 2560.

## Access to Physical Activity Policy 8 Investments among Thailand Elderly in 2022

*Narakorn Wongsingha, Piyawat Katewongsa, Khomkrit Tapienthong, Wanisara Charoenrom  
Thailand Physical Activity Knowledge Development Center, Institute for Population and  
Social Research, Mahidol University, Nakhon Pathom, Thailand*

### Abstract

Physical activity (PA) is essential and important practice for the elderly, in order to reduce illness from NCDs and promote good health. The purpose of this study was to assess the accessibility and utilization of physical activity investments among the elderly. This study used secondary data from Thailand Physical Activity Surveillance System in 2022, involving a sample of 1,165 elderly people. PA was measured by Global Physical Activity Questionnaire, whereas utilization was measured from the access to PA investments. The results found 59.3% of the elderly had access to Active Travel/Transport policy, 66.5% had the access to Active Urban Design policy, and 54.3% were able to access the Public Education, Including Mass Media policy. The vast majority of elderly (82.3%) utilized Health Care policy, but only 28.4% had the access to Sports and Recreation for all. About a half (55.5%) of elderly population had access to Community-wide Programs. The elderly who had access to the policy had more adequate physical activity than the inaccessible group. About 16.1% of elderly who had access to active travel/transport investments reported sufficient level of PA, whereas those who exposed by public education 13.3% had adequate level of PA. Among those who had access to sport and recreation for all and community wide initiatives, 13.1 and 9.1% of the elderly reportedly to have sufficient MVPA. This study shows that access to physical activity investment affects the level of adequate physical activity among the elderly, which confirms that investment in policies to promote physical activity in every dimension are necessary and important to increase the level of adequate physical activity of the elderly.

**Keywords:** physical activity; elderly; physical activity policy; 8 investments

# พฤติกรรมการดูแลตนเองและความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

ทัศนีย์ บุระเพ็ง

ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเหนือคลอง โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการควบคุมโรคความดันโลหิต และปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเหนือคลอง จำนวน 130 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม และแบบบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 66.9 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 26.9 และ 6.2 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี และต่ำ สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตได้ ร้อยละ 28.5 ทั้งนี้ อายุ ( $r=0.173$ ) และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ( $r=0.385$ ) มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.05$ ) ในระดับต่ำ และปานกลาง ตามลำดับ กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ส่วนระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง จากผลการศึกษา ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: โรคความดันโลหิตสูง; พฤติกรรมการดูแลตนเอง; การควบคุมความดันโลหิต

วันรับ: 26 ม.ค. 2566

วันแก้ไข: 27 ก.พ. 2566

วันตอบรับ: 3 มี.ค. 2566

## บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก และของประเทศไทย โดยพบว่าประชากรทั่วโลกมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 7.5 ล้านคน และมีผู้ป่วยด้วยโรคนี้เกือบ 1 พันล้านคนทั่วโลก และคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน<sup>(1)</sup> สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย โรคความดันโลหิตสูงมีความชุก

ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจาก 10 ล้านคนในปี พ.ศ. 2552 เป็น 13 ล้านคนในปี พ.ศ. 2557 และเกือบครึ่งหนึ่งไม่ทราบว่าตนเองกำลังเผชิญกับภาวะของโรคความดันโลหิตสูง จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากเกือบ 4 ล้านคนในปี พ.ศ. 2556 เป็นเกือบ 6 ล้านคนในปี พ.ศ. 2561 จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 5,186 คนในปี พ.ศ. 2556 เป็น 8,525 คนในปี พ.ศ. 2563<sup>(2)</sup> จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี พ.ศ. 2562-2563 พบว่าประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นโรคความดันโลหิตสูง 13 ล้านคน และ

ในจำนวนนี้มีมากถึง 7 ล้านคน ไม่ทราบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง<sup>(3)</sup> ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดเช่นกัน ทั้งนี้ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้อย่างต่อเนื่อง มักเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ หลอดเลือด ตา ไต สมอง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายอย่างยิ่ง<sup>(4)</sup> ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษา จะทำให้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าคนปกติ 3 เท่า เกิดโรคหัวใจวายเพิ่มขึ้นเป็น 6 เท่า และเกิดโรคอัมพาตได้มากกว่าคนปกติเพิ่มขึ้นถึง 7 เท่า ขณะเดียวกันก็มีโอกาสเสียชีวิตจากหัวใจวายและเส้นเลือดในสมองอุดตันหรือแตก ร้อยละ 20-30 และเสียชีวิตจากไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 5-10 แต่ในทางตรงข้าม หากสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท จะสามารถช่วยลดโอกาสการเกิดอัมพฤกษ์อัมพาตลงได้ร้อยละ 35-40 ลดการเกิดโรคหัวใจล้มเหลวได้มากกว่าร้อยละ 50 และลดการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 20-25 นอกจากนี้โรคนี้ยังทำให้ประเทศต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายอย่างมหาศาลในการดูแลสุขภาพพยาบาล พบว่าประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 80,000 ล้านบาทต่อปีต่อจำนวนผู้ป่วยประมาณ 10 ล้านคน<sup>(5)</sup>

โรคความดันโลหิตสูงถือเป็น “ฆาตกรเงียบ” ที่ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ทั้งนี้ ปัญหาหลักของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย คือการที่ผู้ป่วยไม่ได้ตระหนักว่าเป็นโรค และการที่ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงตามเกณฑ์ปฏิบัติได้<sup>(2)</sup> ความดันโลหิตสูงมีสาเหตุสำคัญมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง การสูบบุหรี่ การขาดออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การมีภาวะอ้วน การมีภาวะเครียดสะสม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบกับอายุที่มากขึ้น รวมถึงการมีพ่อแม่ หรือญาติพี่น้องสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้มีโอกาสต่อการเกิดโรคนี้น่าขึ้น<sup>(1)</sup> ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเหนือคลอง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในความรับผิดชอบ โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 ถึง 2564 จำนวน 151-189 คน<sup>(6)</sup> ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเหนือคลองได้มีการดำเนินการดูแลสุขภาพพยาบาลปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ลดหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ และโรงพยาบาลเหนือคลอง ได้ให้ความสำคัญต่อการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรังของศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่หน่วยบริการปฐมภูมิมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555<sup>(7)</sup> ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรสาธารณสุขที่ดูแลรับผิดชอบสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเหนือคลอง จึงได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเหนือคลอง เพื่อนำมาพัฒนาการดูแลสุขภาพพยาบาล ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้มีประสิทธิภาพที่ดีต่อไป

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ด้านระยะเวลาดำเนินการศึกษาในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565

### ประชากรที่ศึกษา

ผู้ป่วยคนไทยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเหนือคลอง ในระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 189 คน

### กลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ป่วยคนไทย ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเหนือคลองติดต่อกันอย่างน้อย 3 ครั้ง ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้เทคนิคการหาขนาดตัวอย่างของ Yamane T<sup>(8)</sup> ได้ขนาดตัวอย่างใช้อ้างอิงถึงประชากรที่ศึกษาอย่างน้อยคือ 129 คน ในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 130 คน เลือกตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (systematic random sampling) 1 คน เว้น 1 คน โดยสุ่มหมุนเวียนให้ได้ผู้ป่วยจนครบตามจำนวนดังกล่าว ซึ่งมีเกณฑ์คัดเลือกคือ เป็นผู้ป่วยคนไทยที่ได้รับ

การวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเหนือคลอง ติดต่อกันอย่างน้อย 3 ครั้ง ในระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และเป็นผู้ที่ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย และมีเกณฑ์ในการคัดออกคือ ไม่สามารถตอบคำถาม ไม่รู้สึกตัว ไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูล หรือไม่อยู่ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล รวมถึงไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการในการศึกษาวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### 1. แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล การรับการรักษาตามนัด และระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิด หรือให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้รวมจำนวน 9 ข้อ

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวน 12 ข้อ ลักษณะแบบวัดจะมีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบว่า ใช่ ไม่ใช่ หรือไม่ทราบ ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน

การประเมินความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ได้แบ่งระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ คือ

- ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)      ค่าคะแนน 0 – 6
- ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79)      ค่าคะแนน 7 – 9
- ระดับสูง (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป)      ค่าคะแนน 10 – 12

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคม (จากบุคคลในครอบครัว และจากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) แบบวัดส่วนนี้มีข้อคำถามรวมทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) เป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบว่า มาก ปานกลาง เล็กน้อย และไม่เคยเลย โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อคือ ถ้าตอบมาก ให้ 3 คะแนน ปานกลาง ให้ 2 คะแนน เล็กน้อย ให้ 1 คะแนน และไม่เคยเลย ให้ 0 คะแนน

แบ่งระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยการอิงเกณฑ์ ออกเป็น 3 ระดับ คือ

- ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)      ค่าคะแนน 0 – 17
- ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79)      ค่าคะแนน 18 – 23
- ระดับสูง (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป)      ค่าคะแนน 24 – 30

**ส่วนที่ 4** แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เป็นการประเมินว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากน้อยเพียงใด ประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบ Likert scale เป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบว่าได้รับข้อมูลข่าวสารมาก ปานกลาง น้อย และไม่เคยได้รับ โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อคือ ถ้าตอบมาก ให้ 3 คะแนน ปานกลาง ให้ 2 คะแนน น้อย ให้ 1 คะแนน และไม่เคยได้รับ ให้ 0 คะแนน

แบ่งระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยการอิงเกณฑ์ออกเป็น 3 ระดับ คือ

- ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)      ค่าคะแนน 0 – 10
- ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79)      ค่าคะแนน 11 – 14
- ระดับสูง (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป)      ค่าคะแนน 15 – 18

**ส่วนที่ 5** แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการมาตรวจสุขภาพ แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) รวมทั้งสิ้น 26 ข้อ ให้เลือกตอบว่า เป็นประจำ เป็นบางครั้ง และไม่เคยเลย

- |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|
| ข้อความเชิงนิมิตด้านบวก    | ข้อความเชิงนิเสธด้านลบ     |
| เป็นประจำ ให้คะแนน 2 คะแนน | ไม่เคยเลย ให้คะแนน 2 คะแนน |
| บางครั้ง ให้คะแนน 1 คะแนน  | บางครั้ง ให้คะแนน 1 คะแนน  |
| ไม่เคยเลย ให้คะแนน 0 คะแนน | เป็นประจำ ให้คะแนน 0 คะแนน |

แบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวม โดยการอิงเกณฑ์ ออกเป็น 3 ระดับ คือ

- ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)      ค่าคะแนน 0 – 30
- ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79)      ค่าคะแนน 31 – 41
- ระดับสูง (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป)      ค่าคะแนน 42 – 52

นอกจากนี้ ได้แบ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ มีค่าคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนร้อยละ 60 – 79 และระดับดี มีค่าคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ของค่าคะแนนรวมในแต่ละด้าน

**2. แบบบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาล** ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับระดับความดันโลหิต 2 ครั้งก่อนและปัจจุบัน

และการเกิดโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ตามข้อเท็จจริงที่ได้จากทะเบียนประวัติผู้ป่วย การตรวจร่างกายในปัจจุบัน และหรือจากการสอบถามผู้ป่วยรวมจำนวน 3 ข้อ ทั้งนี้ ในการวัดระดับความดันโลหิต ผู้วิจัยและผู้วัดระดับความดันโลหิตศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเหนือคลอง จะยึดแนวทางการตรวจวัดระดับความดันโลหิตของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย<sup>(9)</sup>

**คุณภาพเครื่องมือ**

ได้ตรวจสอบความตรงในเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และได้พิจารณาตัดสินตามความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญ จากค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objectives congruence) ของแต่ละข้อคำถาม ซึ่งอยู่ระหว่าง 0.66 – 1.00 แล้วนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของมาตรวัด (reliability) โดยใช้วิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (internal consistency method) แบบ Cronbach's alpha ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง =0.71 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม =0.77 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง =0.84 และพฤติกรรมการดูแลตนเอง =0.81

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

1. แบบสอบถามเก็บข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบเมื่อผู้ป่วยมารับรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเหนือคลอง หรือไปแจกแบบสอบถามที่บ้านให้กลุ่มตัวอย่างตอบโดยอิสระ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างจะไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้ หรือยุติการตอบเมื่อใดก็ได้ตามความสมัครใจ กรณีที่ผู้ตอบมีปัญหาเรื่องสายตา หรืออ่านหนังสือไม่ออก ผู้เก็บข้อมูลก็จะอ่านให้ฟัง แล้วให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกคำตอบหรืออธิบายสิ่งที่ตอบ แล้วผู้เก็บข้อมูลก็จะบันทึกข้อมูลดังกล่าว พร้อมทำการตรวจสอบความครบถ้วนในการตอบ แล้วนำแบบสอบถามดังกล่าวไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

2. แบบบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาล เก็บข้อมูลโดยการบันทึกข้อมูลจากทะเบียนประวัติผู้ป่วย และหรือสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วย ตามประเด็นที่ศึกษาโดยผู้วิจัย

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจังหวัดกระบี่ โดยมีหนังสือรับรอง เลขที่ KBO-IRB 2022/20.0311 No. 08/2564 ลงวันที่ 3 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

**ผลการวิจัย**

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 80.8 เป็นเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 73.8 มีอายุโดยเฉลี่ย 64.9 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.5 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาถึงร้อยละ 80.0 ในเรื่องอาชีพนั้น พบว่า ช่วยเหลืองานในครอบครัว หรืออยู่บ้านเฉยๆ ร้อยละ 38.5 รองลงมาคือ มีอาชีพเกษตรกรรม รับจ้าง ค้าขาย และธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 26.2, 18.5, 14.5 และ 2.3 ตามลำดับ มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 51.5 โดยเฉลี่ยมีรายได้ 4,929.2 บาท เป็นผู้ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 93.8 สำหรับในเรื่องระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.3 ป่วยมานานน้อยกว่า 10 ปี โดยเฉลี่ยป่วยมานาน 9.1 ปี ทั้งนี้ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 87.7 มาได้รับการรักษาตามนัดทุกครั้ง

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 63.1 มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 20.7 และ 16.2 มีความรู้ในระดับดี และต่ำ ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายประเด็น พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ดี (ตอบถูก) ในเรื่องต่างๆ มากกว่าร้อยละ 60.0 ยกเว้นในเรื่องการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงติดต่อกันเป็นเวลานาน ไม่มีผลทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่จำเป็นต้องงดสบู่หรือและดื่มสุรา การลดหรือควบคุมน้ำหนักไม่ช่วยทำให้ความดันโลหิตลดลง และการรักษาโรคความดันโลหิตสูงคือกินยาที่แพทย์สั่งก็เพียงพอแล้ว ซึ่งมีความรู้ในเรื่องดังกล่าว ร้อยละ 57.7, 46.9, 46.2, 40.0 และ 33.1 ตามลำดับ

การได้รับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 57.7 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง รองลงมา ร้อยละ 25.4 และ 16.9 ได้รับการสนับสนุนในระดับปานกลาง และระดับต่ำ ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในเรื่องการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว แต่ละประเด็น พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนในระดับมาก มากกว่าร้อยละ 60.0 ในเรื่องให้กำลังใจหรือเตือนให้รับประทานยาตรงเวลาและสม่ำเสมอ นอกนั้นได้รับการสนับสนุนในระดับมากในเรื่องได้คอยกระตุ้นเตือนทุกครั้งเมื่อถึงเวลาไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาและรับฟังเมื่อเกิดความวิตกกังวลและความเครียด ได้รับการดูแลจากครอบครัว กระตุ้นหรือสนับสนุนให้ออกกำลังกาย สนับสนุนในการจัดการกับความเครียดโดยวิธีต่างๆ และห้ามปราม หากรับประทานยาที่เป็นข้อห้ามของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 56.9, 50.8, 45.4, 41.5, 36.2 และ 33.8 ตามลำดับ ส่วนการได้รับการสนับสนุนจากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า ได้รับการสนับสนุนในระดับมากในทุกเรื่อง ได้แก่ กระตุ้นเตือนต่อการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นอยู่ ให้กำลังใจต่อโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นอยู่ และได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 86.1, 80.0 และ 78.4 ตามลำดับ

การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 61.5 ได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับต่ำ รองลงมา ร้อยละ 29.3 และ 9.2 ได้รับในระดับปานกลาง และสูง ตามลำดับ เมื่อพิจารณาการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ในแต่ละแหล่งข้อมูลข่าวสาร พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 77.7 และ 50.8 ได้รับข้อมูลข่าวสารจากแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับมาก แต่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากเพื่อนบ้าน เพื่อนที่เป็นโรคเดียวกัน วิทยุ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ตหรือสื่อออนไลน์ต่างๆ และหนังสือ เอกสาร แผ่นพับ แผ่นโปสเตอร์ต่างๆ ในระดับมาก ร้อยละ 18.5, 11.5, 11.5 และ 7.7 ตามลำดับ

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างโดยรวม ร้อยละ 66.9 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 26.9 และ 6.2 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี และต่ำ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.2, 53.9 และ 58.5 มีพฤติกรรมด้านการรับประทานยา ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และด้านการตรวจสุขภาพ อยู่ในระดับดี ส่วนด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.4, 56.9 และ 41.5 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 18.5, 30.0 และ 20.0 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 33.1, 13.1 และ 38.5 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่าง

ระดับพฤติกรรมการดูแลตัวเอง	จำนวน	ร้อยละ
	(n=130)	(100.0)
<b>โดยรวม</b>		
ระดับต่ำ (0-30 คะแนน)	8	6.2
ระดับปานกลาง (31-41 คะแนน)	87	66.9
ระดับดี (42-52 คะแนน)	35	26.9
Mean = 37.7, SD = 4.6, Min = 24, Max = 47		
<b>ด้านการรับประทานยา</b>		
ระดับต่ำ (0-9 คะแนน)	43	33.1
ระดับปานกลาง (10-12 คะแนน)	63	48.4
ระดับดี (13-16 คะแนน)	24	18.5

ตารางที่ 1 ระดับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ระดับพฤติกรรมกรรมการดูแลตัวเอง	จำนวน	ร้อยละ
	(n=130)	(100.0)
Mean = 10.5, SD = 2.3, Min = 5, Max = 15		
<b>ด้านการรับประทานยา</b>		
ระดับต่ำ (0-4 คะแนน)	5	3.8
ระดับปานกลาง (5-6 คะแนน)	13	10.0
ระดับดี (7-8 คะแนน)	112	86.2
Mean = 7.5, SD = 1.0, Min = 3, Max = 8		
<b>ด้านการออกกำลังกาย</b>		
ระดับต่ำ (0-2 คะแนน)	17	13.1
ระดับปานกลาง (3-4 คะแนน)	74	56.9
ระดับดี (5-6 คะแนน)	39	30.0
Mean = 3.7, SD = 1.4, Min = 0, Max = 6		
<b>ด้านการจัดการกับความเครียด</b>		
ระดับต่ำ (0-4 คะแนน)	50	38.5
ระดับปานกลาง (5-6 คะแนน)	54	41.5
ระดับดี (7-8 คะแนน)	26	20.0
Mean = 5.0, SD = 1.6, Min = 1, Max = 8		
<b>ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง</b>		
ระดับต่ำ (0-5 คะแนน)	16	12.3
ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน)	44	33.8
ระดับดี (8-10 คะแนน)	70	53.9
Mean = 7.5, SD = 1.6, Min = 3, Max = 10		
<b>ด้านการตรวจสุขภาพ</b>		
ระดับต่ำ (0-2 คะแนน)	26	20.0
ระดับปานกลาง (3 คะแนน)	28	21.5
ระดับดี (4 คะแนน)	76	58.5
Mean = 3.3, SD = 0.9, Min = 0, Max = 4		

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองในแต่ละด้าน พบผลการศึกษาดังนี้ คือ

**ด้านการรับประทานอาหาร** พบว่า มีการรับประทานอาหารที่ยังไม่เหมาะสม ควรมีการปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องมากขึ้น ในเรื่องรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง รับประทานอาหารเค็ม รับประทานอาหารที่ใส่กะทิหรือขนมที่ใส่กะทิ รับประทานอาหารประเภทหมักดอง และรับประทานอาหารทอด เป็นบางครั้งมากกว่าร้อยละ 50.0 และรับประทานเป็นประจำ อีกส่วนหนึ่ง นอกจากนี้ยังมีเรื่องการรับประทานผักและผลไม้ที่รสไม่หวานจัด ซึ่งพบมีผู้รับประทานเป็นประจำ เพียงร้อยละ 43.8

**ด้านการรับประทานยา** พบว่า มีการรับประทานยาที่เหมาะสม ในทุกประเด็น

**ด้านการออกกำลังกาย** พบว่า ส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่เหมาะสม โดยพบว่าการออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ออกกำลังกายในแต่ละครั้ง นานอย่างน้อย 30 นาที และทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้กำลังอย่างต่อเนื่องจนมีเหงื่อออก เป็นประจำเพียงร้อยละ 25.4, 39.2 และ 51.5 ตามลำดับ

**ด้านการจัดการกับความเครียด** พบว่า มีพฤติกรรมการจัดการกับความเครียดไม่เหมาะสมในเรื่องเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจจะพูดคุยปรึกษาผู้อื่น เมื่อเกิดความเครียด มีการผ่อนคลายด้วยวิธีการต่างๆ เมื่อเกิดความโกรธ หงุดหงิดสามารถควบคุมอารมณ์ได้ และเมื่อมีความเครียด จะผ่อนคลายจิตโดยสวดมนต์ นั่งสมาธิ พบมีพฤติกรรม

ดังกล่าวเป็นประจำเพียงร้อยละ 51.5, 43.9, 35.4 และ 43.1 ตามลำดับ เท่านั้น

**ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง** พบว่า ยังมีพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ไม่เหมาะสมในเรื่องการพักผ่อน นอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง การควบคุมน้ำหนักตัว ไม่ให้เพิ่มขึ้น และการดื่มชาหรือกาแฟเป็นประจำร้อยละ 53.1, 41.5 และ 28.5 ตามลำดับ

**ด้านการตรวจสุขภาพ** พบว่า ยังมีพฤติกรรมการตรวจสุขภาพที่ไม่เหมาะสมในเรื่องเมื่อมีอาการผิดปกติ จะมาพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันทีที่กำหนดนัด พบปฏิบัติเป็นประจำเพียง ร้อยละ 61.5

ความสามารถในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่างของคุณยสุขภาพชุมชนตำบลเหนือคลอง สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตได้ ร้อยละ 28.5 ควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 71.5 ดังภาพที่ 1

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า อายุ ( $r=0.173$ ) และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ( $r=0.385$ ) มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.05$ ) ในระดับต่ำ และปานกลาง ตามลำดับ กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ส่วนระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง รายละเอียดดังตารางที่ 2

**ภาพที่ 1** ร้อยละความสามารถในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่าง ในเขตพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเหนือคลอง (n=130)



**ตารางที่ 2** ระดับความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง (n=130)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลตนเอง	ร้อยละ
อายุ	0.173*	ต่ำ
ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง	0.076	ต่ำ
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	0.058	ต่ำ
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	0.385**	ปานกลาง
การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	0.111	ต่ำ

หมายเหตุ: \* หมายถึง  $p < 0.05$

การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเหนือคลองพบว่า เกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 3.2 ซึ่งเป็นโรคหัวใจ โรคไต และโรคอัมพฤกษ์ ร้อยละ 1.6, 0.8 และ 0.8 ตามลำดับ

### วิจารณ์

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2 ใน 3 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง โดยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการกับความเครียดค่อนข้างไปในทางปานกลางถึงต่ำ และจากการมีพฤติกรรมดังกล่าว ทำให้มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1 ใน 4 ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ทั้งนี้ โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่เกิดจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเป็นส่วนใหญ่ และการที่จะควบคุมความดันโลหิตให้ได้นั้น ผู้ป่วยจะต้องมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคที่เป็นอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ในแต่ละวัน ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้<sup>(10)</sup> ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ ที่ส่งผลต่อการ

ส่งเสริมสุขภาพของบุคคล<sup>(11)</sup> ส่งผลต่อความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิต สอดคล้องกับการศึกษาของสิทธิโชค จิตวิวงศ์<sup>(12)</sup> ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถในการควบคุมโรคความดันโลหิต ส่วนในเรื่องความสามารถควบคุมโรคความดันโลหิต ผลจากการศึกษานี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของฐิติรัตน์ ศิริพิบูลย์<sup>(13)</sup> เสรียม จีวประดิษฐ์กุล<sup>(14)</sup> และพิชิตศักดิ์ จำปาเงิน<sup>(15)</sup> ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตได้ร้อยละ 31.3, 37.6 และ 46.4 ตามลำดับ และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลางถึงต่ำ ร้อยละ 80.0, 52.6 และ 84.3

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการศึกษานี้ พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และอายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ในระดับปานกลางและต่ำ ตามลำดับ กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคม คือสิ่งที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลอื่นในสังคม ในด้านต่างๆ อาทิ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร สิ่งของเงิน การดูแล เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในภาวะที่บุคคลมีความเจ็บป่วยหรือช่วยเหลือ

ตนเองได้น้อย เนื่องจากช่วยทำให้บุคคลเห็นคุณค่าของตนเอง ลดความเครียด มีกำลังใจ มีคนรักและห่วงใย ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเอง ช่วยให้มียุติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม<sup>(16)</sup> ดังนั้น หากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะทำให้มีการดูแลสุขภาพของตนเองดีขึ้น เนื่องจากการได้รับคำแนะนำ ข่าวสารหรือความช่วยเหลือจากบุคคลต่างๆ ทำให้มีแนวทางในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติตนและดูแลสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิชิตศักดิ์ จำปาเงิน<sup>(15)</sup> และ วิจิตรรัตน์ ศิริพิบูลย์<sup>(13)</sup> ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับอายุนั้น จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมาก มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ทั้งนี้ อายุเป็นสิ่งที่แสดงถึงวุฒิภาวะ มีผลต่อการพัฒนาความคิด ความเข้าใจ ที่จะส่งผลไปยังพฤติกรรม ทำให้มีการตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองที่ถูกต้อง นอกจากนี้ อายุยังเป็นตัวที่บ่งบอกถึงประสบการณ์ ยิ่งมีอายุมากขึ้นก็ทำให้มีประสบการณ์มาก ทำให้ได้รับรู้รับทราบถึงเรื่องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่า โดยเฉพาะวิธีการดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเสงี่ยม จิวประดิษฐ์กุล<sup>(14)</sup> ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ข้อจำกัด สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งก็เป็นไปตามความเป็นจริงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเหนือคลอง ทำให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่จะตอบเจาทยที่ เป็นเรื่องของเพศหญิง

#### ข้อเสนอแนะ

1. เรงรัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น เพราะพบว่า มีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้จำนวนมาก (ร้อยละ 71.5) โดยควรดำเนินการดูแลให้คำแนะนำ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพร้อมติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ โดยพิจารณาแก้ไขปัญหาหลักที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ในแต่ละบุคคล

2. ปรับปรุง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกรดูแลตนเองให้ถูกต้องเพิ่มมากขึ้นในด้านต่างๆ ดังนี้

- ด้านการรับประทานอาหาร ควรปรับปรุงแก้ไขเรื่องรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง รับประทานอาหารเค็ม รับประทานอาหารที่ใส่กะทิหรือขนมที่ใส่กะทิ รับประทานอาหารประเภทหมักดอง และรับประทานอาหารทอดเป็นบางครั้ง และการรับประทานอาหารผักผลไม้ที่รสไม่หวานจัด
- ด้านการออกกำลังกาย ควรส่งเสริม สนับสนุน ให้มีการออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ออกกำลังกายในแต่ละครั้งนานอย่างน้อย 30 นาที และทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้กำลังอย่างต่อเนื่องจนมีเหงื่อออก เพิ่มมากขึ้น
- ด้านการจัดการกับความเครียด ควรส่งเสริม สนับสนุน ให้มีการพูดคุยกับผู้อื่นเมื่อไม่สบายใจ เมื่อเกิดความเครียดมีการผ่อนคลายด้วยวิธีการต่างๆ แนะนำ การควบคุมอารมณ์เมื่อเกิดความโกรธ หงุดหงิด และสวดมนต์ นั่งสมาธิเมื่อมีความเครียด
- ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ควรส่งเสริมให้พักผ่อนนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้เพิ่มขึ้น และงดหรือลดการดื่มชาหรือกาแฟ
- ด้านการตรวจสุขภาพ เมื่อมีอาการผิดปกติต้องบอกหรือทำความเข้าใจกับผู้ป่วยว่า ต้องมาพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที ไม่ต้องรอถึงวันนัด

3. ส่งเสริมครอบครัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้การสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แต่ละครอบครัวเพิ่มมากขึ้น ในเรื่องการให้กำลังใจหรือเตือนให้รับประทานยาตรงเวลาและสม่ำเสมอ คอยกระตุ้นเตือนทุกครั้งเมื่อถึงเวลาไปรับการตรวจรักษา บุคคลในครอบครัวควรช่วยกันดูแล และให้กำลังใจผู้ป่วย ให้คำปรึกษาและรับฟัง เมื่อเกิดความวิตกกังวลและความเครียด กระตุ้นหรือสนับสนุนให้ออกกำลังกาย สนับสนุนในการจัดการกับความเครียดโดยวิธีต่างๆ และห้ามปรามหากรับประทานอาหารที่เป็นข้อห้ามของโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งทางครอบครัวผู้ป่วยยังให้การสนับสนุนน้อย ทั้งนี้ บุคคลผู้ที่ให้การสนับสนุนของครอบครัว ก็ไม่ควรเป็นผู้ที่ป่วยหรือเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจจะทำให้การสนับสนุนนั้นไม่ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ดี

4. ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อายุน้อย ควรดูแล ส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น เพราะจากการศึกษา พบว่า คนที่อายุน้อยมีพฤติกรรมที่ดี เหมาะสม น้อยกว่าคนที่อายุมาก

5. ควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในประเด็นที่มีความรู้มีน้อย ได้แก่ เรื่องการรับประทานอาหาร

ที่มีไขมันสูงติดต่อกันเป็นเวลานานไม่มีผลทำให้เกิดโรค ความดันโลหิตสูง โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่สามารถ รักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่จำเป็นต้องงดสูบบุหรี่และดื่มสุรา การลดหรือควบคุมน้ำหนัก ไม่ช่วยทำให้ความดันโลหิตลดลง และการรักษาโรคความดัน โลหิตสูงคือ กินยาที่แพทย์สั่งก็เพียงพอแล้ว

## เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์. การประชุมวิชาการชมรมร้านขายยาแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 1 ประจำปี 2563 เรื่อง “ความดันโลหิตสูง: สิ่งที่น่ารู้และต้องรู้” [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ธ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: [https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=seminar\\_detail&subpage=seminar\\_detail&id=3115](https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=seminar_detail&subpage=seminar_detail&id=3115)
2. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. การประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 18 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 พ.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: <http://thaihypertension.org/files/4521.Thai%20Hypertension%20Conference%202020.pdf>
3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ผลสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ธ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://gnews.apps.go.th/news?news=113518>
4. Weber MA, Schiffrin EL, White WB, Mann S, Lindholm LH, Kenerson JG, et al. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *J Clin Hypertens* 2014;16(1):14-26.
5. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์. สถานการณ์โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 12 ธ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: [http://www.dms.moph.go.th/imrta/images/data/doc\\_dm\\_ht.pdf](http://www.dms.moph.go.th/imrta/images/data/doc_dm_ht.pdf)
6. ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเหนือคลอง. รายงานผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเหนือคลอง. ภาวะ: ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเหนือคลอง; 2565.
7. วิทยา บุรณศิริ. เร่งรัดนโยบายรักษาเบาหวาน-ความดัน ลดแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ธ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <http://www.healthfocus.in.th/content/2012/07/876>
8. Yamane T. *Statistics: an introductory statistics*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Harper & Row; 1973.
9. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ปรับปรุง พ.ศ. 2558. กรุงเทพมหานคร; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย; 2558.
10. Joint National Committee. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Bethesda, MD: National Heart, Lung, and Blood Institute; 2004.
11. Pender N. *Health promotion in nursing practice*. 2<sup>nd</sup> ed. Norwalk: Appleton & Lange; 1996.
12. สิทธิโชค จิตวงศ์. พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนภากาศ. สมุทรสงคราม: โรงพยาบาลอัมพวา; 2560.
13. วิจิตรรัตน์ ศิริพิบูลย์. พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสมุทรสาคร. สมุทรสาคร: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสมุทรสาคร; 2564.
14. เสี่ยงม จิวประดิษฐ์กุล. พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธาราม. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ 2563;3(1):15-30.
15. พิษิตศักดิ์ จำปาเงิน. พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไค้บ่อแร่. สมุทรสาคร. วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ 2565;8(1):248-64.
16. Green LW, Kreuter MW. *Health program planning an educational and ecological approach*. New York: Quebecor World Fairfield; 2005.

## Self-care Behaviors and Blood Pressure Controlling Ability of Hypertension Patients, Nuea Khlong Community Health Center, Krabi Province, Thailand

*Tussanee Burapeng*

*Tambol Nuea Khlong Community Health Center, Nuea Khlong Hospital, Krabi Province, Thailand*

---

### Abstract

This research was aimed to study self-care behaviors, blood pressure controlling ability, and the factors related to self-care behaviors of hypertension patients, Nuea Khlong Subdistrict Community Health Center. The samples were 130 patients with essential hypertension who received treatment at the Community Health Center, selected by systematic random sampling. Research instruments were questionnaire and medical record forms. Data were analyzed by descriptive statistics and Pearson's product moment correlation. It was found that 66.9% of the patients had moderate self-care behaviors, followed by good and low level at 26.9% and 6.2%, respectively. They could control blood pressure (28.5%). In this regard, age ( $r=0.173$ ) and social support receiving ( $r=0.385$ ) were positive significantly associated with self-care behaviors ( $p<0.05$ ) at low and medium levels, respectively. For duration of illness with hypertension, knowledge of hypertension and hypertensive information receiving were not related to self-care behavior. According to the results, hypertension patients should be assisted to modify more appropriate self-care behaviors.

**Keywords:** hypertension; self-care behavior; blood pressure control

# การออกแบบและสังเคราะห์โมเดลเศรษฐกิจชุมชนด้วย การขับเคลื่อนของวิสาหกิจชุมชน: กรณีศึกษาวิสาหกิจชุมชน น. อักเนส สถานีเกษตรแบ่งปัน จังหวัดราชบุรี

วุฒิชัย อ่องนาวา, พิเชษฐ รุ่งลาวัลย์  
วิสาหกิจชุมชน น. อักเนส สถานีเกษตรแบ่งปัน จังหวัดราชบุรี

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษารูปแบบการพัฒนาเศรษฐกิจชุมชนด้วยการขับเคลื่อนของวิสาหกิจชุมชน น. อักเนส สถานีเกษตรแบ่งปัน และ (2) สร้างโมเดลต้นแบบการขับเคลื่อนเศรษฐกิจอาหารชุมชน ด้วยการบริหารจัดการของวิสาหกิจชุมชน น. อักเนส สถานีเกษตรแบ่งปัน ใช้การถอดบทเรียน การบริหารจัดการทรัพยากร และองค์กร โดยอาศัยกระบวนการประชุมกลุ่ม เพื่อนำรูปแบบการพัฒนาระบบเศรษฐกิจชุมชนอาหารเพื่อสุขภาวะของวิสาหกิจชุมชนต้นแบบไปดำเนินการ มีการประเมินผลการดำเนินการอย่างเป็นระบบ ซึ่งงานวิจัยดังกล่าวนี้สามารถนำไปขยายผลและพัฒนาชุมชนเป้าหมายอื่นๆ ให้ยั่งยืนและบรรลุผลสำเร็จต่อไป ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพัฒนาเศรษฐกิจชุมชนด้วยการขับเคลื่อนของวิสาหกิจชุมชน น. อักเนส สถานีเกษตรแบ่งปัน มีพื้นฐานจาก “โมเดลเกษตรแบ่งปัน” ซึ่งหมายถึง การออกแบบระบบเศรษฐกิจชุมชนอาหาร เพื่อรองรับการขับเคลื่อนต้นแบบบูรณาการระบบอาหารตลอดห่วงโซ่โดยเน้นการบูรณาการต้นน้ำ (แหล่งผลิต) กลางน้ำ (จุดเชื่อมโยง) และปลายน้ำ (แหล่งบริโภค) ตลอดจนบูรณาการสู่บริบทชีวิต (ช่วงวัย กลุ่มปกติ กลุ่มเปราะบาง) และวัฒนธรรมชุมชน มุ่งสู่การเป็น “ชุมชนอาหารเพื่อสุขภาวะ พัฒนาระบบเศรษฐกิจชุมชน” สู่พลเมือง-อาหาร ภายใต้ระบบอาหารที่ยั่งยืน บนวิถีการทำเกษตรอินทรีย์ อันเป็นการอภิบาลชุมชนเพื่อประกาศข่าวดีวิถีใหม่ด้วยหลัก “ความรัก” ตามคำสอนคริสต์ศาสนาสู่วิถีชีวิต วิถีชุมชน รักตนเองอย่างถูกต้อง รักคนอื่นอย่างถูกวิธี เริ่มที่การผลิต การบริโภคอาหารสุขภาวะ ภายใต้สโลแกนที่ว่า “เกษตรแบ่งปัน กินพอดี อยู่พอเพียง” และเพิ่มเติมในส่วนของการบริหารจัดการ ซึ่งประกอบด้วยระบบชุมชนอาหารเพื่อสุขภาวะ อันเป็นต้นแบบนวัตกรรมการขับเคลื่อนชุมชนอาหารเพื่อสุขภาวะทั้งต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ อาศัยความร่วมมือจากทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อพัฒนาคน นวัตกรรม ภาคีเครือข่าย พื้นที่ ฐานข้อมูล นำไปสู่ต้นแบบระบบเศรษฐกิจชุมชน การบริหารจัดการ โดยมีพื้นฐานจากการวิจัยและพัฒนา รวมถึงการเป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้บริหารจัดการโดยวิสาหกิจชุมชน วิสาหกิจเพื่อสังคม ที่มีรายได้และการกระจายรายได้สู่สมาชิกและเครือข่ายผู้ผลิตอาหารเพื่อสุขภาวะเกษตรกร ผู้ประกอบการ เครือข่ายผู้ผลิตพืชผักผลไม้เกษตรอินทรีย์ และการแปรรูปผลผลิตเกษตรอินทรีย์ที่บริหารจัดการในรูปแบบวิสาหกิจชุมชน ส่วนสำคัญของการขับเคลื่อนและขยายผล ได้แก่ การจัดจุดเชื่อมโยงและจุดนัดพบสู่กลุ่มผู้บริโภคในสถาบัน ผู้บริโภคประจำและผู้บริโภคทั่วไป โดยใช้หลักการของระบบโมเดลเกษตรแบ่งปันมาช่วยขับเคลื่อนชุมชน เพื่อส่งเสริมจากชุมชนอาหารเพื่อสุขภาวะสู่พลเมืองอาหาร

คำสำคัญ: โมเดล; การขับเคลื่อน; เศรษฐกิจชุมชน; วิสาหกิจชุมชน; อาหารชุมชน

วันรับ: 25 ม.ค. 2566

วันแก้ไข: 21 ก.พ. 2566

วันตอบรับ: 27 ก.พ. 2566

## บทนำ

ปัจจุบันหลายประเทศได้มุ่งเน้นการดำเนินนโยบายด้านการพัฒนาเศรษฐกิจในระดับฐานราก เพื่อให้ชุมชนมีรายได้มากยิ่งขึ้นและหลุดพ้นจากความยากจน โดยอาจใช้รูปแบบวิสาหกิจชุมชน (community enterprise) หรืออาจจะใช้รูปแบบวิสาหกิจเพื่อสังคม (social enterprise) ซึ่งมีเป้าหมายในการสร้างผลกำไรหรือผลประโยชน์เพื่อสังคมโดยใช้รูปแบบการทำงานของธุรกิจ เพื่อเชื่อมภาคธุรกิจและภาคสังคมเข้าด้วยกัน อย่างเช่นกรณีของประเทศในกลุ่มทวีปยุโรป เช่น ประเทศอังกฤษ ที่มีวิสาหกิจเพื่อสังคมกว่า 70,000 แห่ง สร้างรายได้รวมกว่า 18.5 พันล้านปอนด์ต่อปี และยังเป็น การช่วยเหลือให้คนด้อยโอกาสมีงานทำ ทั้งนี้ การพัฒนาเศรษฐกิจในระดับฐานรากยังถือเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ขององค์การสหประชาชาติ ที่กำหนดเป้าหมายสำคัญประการหนึ่ง คือ การมุ่งขจัดความยากจนทุกรูปแบบที่สำคัญ แม้แต่ในกลุ่มประเทศอาเซียน (ASEAN) ก็ยังมองว่าการพัฒนาเศรษฐกิจในระดับฐานรากจะเป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจให้แก่ประเทศสมาชิกในกลุ่มอาเซียนด้วย<sup>(1)</sup>

จากการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของแผนอาหารเพื่อสุขภาพของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้เน้นถึงระบบอาหารที่ยั่งยืน (Sustainable Food Systems: SFS) ซึ่งหมายถึง ระบบอาหารที่ให้ความมั่นคงด้านอาหารและโภชนาการแก่ทุกคนในมิติด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อสร้างความมั่นคงทางอาหารและโภชนาการสำหรับคนรุ่นต่อไป ภายใต้การทำงานบนพื้นฐานของหลักการและแนวคิด ระบบห่วงโซ่อาหารสุขภาพ โดย (1) เพิ่มสัดส่วนประชากรที่มีภาวะสุขภาพและโภชนาการสมดุล ลดพฤติกรรมบริโภคที่ไม่ถูกต้อง อันเป็นสาเหตุของโรคที่มีความชุกเพิ่มขึ้น ได้แก่ ภาวะอ้วน เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ที่มีแนวโน้มจะทวีความรุนแรงมากขึ้นในอนาคต (2) เสริมสร้างคุณภาพและความปลอดภัยทางอาหาร ดำเนินงานเพื่อลดการบริโภคอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์และสารเคมี และ (3) เสริมสร้างความมั่นคงทางอาหารให้ทุกคนในทุกเวลาสามารถเข้าถึงอาหารได้อย่างเพียงพอ ปลอดภัย มีคุณค่าทางโภชนาการ

ดังนั้น การจะมุ่งไปสู่ระบบอาหารที่ยั่งยืนได้นั้น จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการพัฒนาเพื่อสร้างคุณค่าในระบบต่างๆ ของเกษตรอินทรีย์ที่จะนำไปสู่อาหารที่ปลอดภัยสำหรับผู้บริโภค โดยต้องดำเนินการตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ โดยให้ความสำคัญตั้งแต่ต้นทางคือ ศักยภาพของผู้ผลิต ปัจจัยการผลิตที่มีคุณภาพและปลอดภัย ระบบโลจิสติกส์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการผลผลิต การกระจายผลผลิต การจำหน่าย ตลาด และการจัดการด้านการตลาด การบริการ และผู้บริโภค ตลอดจนการพัฒนาผู้บริโภคให้เกิดความรอบรู้ด้านอาหารเพื่อสุขภาพ ซึ่งกระบวนการทั้งหมดนี้ต้องอาศัยการบริหารจัดการและการกำกับติดตามที่ดี อันจะส่งผลให้เกิดความเข้มแข็ง มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่งจะช่วยยกระดับการพัฒนาศักยภาพทางเศรษฐกิจของชุมชนในท้องถิ่นอย่างเป็นรูปธรรม

วิสาหกิจชุมชน น. อักเนส สถานีเกษตรแบ่งปัน เป็นการรวมตัวกันของสมาชิกชุมชนคาทอลิกวัดนักบุญอักเนส ตำบลท่าเคย อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี ที่รวมขับเคลื่อนสมาชิกชุมชนในการพัฒนาพื้นที่ให้เป็นต้นแบบแหล่งผลิตพืชผักเกษตรอินทรีย์ เพื่อให้เกิดการผลิตบริโภคอาหารสุขภาพจากผลผลิตพืชผักผลไม้เกษตรอินทรีย์ ตั้งแต่พ.ศ. 2557 รวมถึงการจัดตั้งวิสาหกิจชุมชน อักเนส สถานีเกษตรแบ่งปัน ใน พ.ศ. 2564 เป็นหนึ่งในชุมชนคาทอลิกที่รวมกันเรียกว่า สังฆมณฑลราชบุรี (มิสซังคาทอลิกกรุงเทพฯ เขตราชบุรี) ครอบคลุมพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดราชบุรี กาญจนบุรี สมุทรสงคราม และเพชรบุรี มีภาคีเครือข่ายชุมชน องค์กร หน่วยงานมากกว่า 30 แห่ง มีการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานราชการ สถาบันการศึกษา หน่วยงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตชุมชน โดยให้ความสำคัญต่อการพัฒนาจิตวิญญาณ โดยเน้น “คนเป็นศูนย์กลางและเป้าหมายของการพัฒนา ตามหลักธรรมคำสอนคาทอลิก” ภายใต้การทำงานร่วมกันของแกนนำชุมชน ในการส่งเสริมสมาชิกชุมชนที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ให้มีคุณภาพและสุขภาพที่ดี นอกจากการพัฒนากระบวนการผลิต การเชื่อมโยง และแหล่งบริโภคแล้วยังให้ความสำคัญต่อการพัฒนาแกนนำรุ่นสู่รุ่นที่หลากหลายผ่านกิจกรรมที่เหมาะสม มุ่งมั่นพัฒนาสมาชิกในชุมชนและเครือข่ายผู้ผลิตผู้บริโภคให้เป็นชุมชนต้นแบบการผลิตบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ภายใต้ระบบอาหารที่ยั่งยืน

กระบวนการในการบริหารจัดการของวิสาหกิจชุมชน อักเนส สถานีเกษตรแปงปัน แสดงให้เห็นถึงศักยภาพและความพร้อมของชุมชนในการจัดการตนเอง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วนและเป็นแบบอย่างที่ดีในการพัฒนาเศรษฐกิจฐานรากในภาคการผลิตพืชผักผลไม้จากเกษตรอินทรีย์ กล่าวคือ การรวมกลุ่มที่เข้มแข็งช่วยให้เกษตรกรสามารถแบ่งปันองค์ความรู้และการบริหารจัดการในการผลิตพืชผักผลไม้จากเกษตรอินทรีย์แบบครบวงจรได้ นอกจากนี้ ยังมีการบริหารจัดการด้านการจัดจุดเชื่อมโยงจุดนัดพบไปยังกลุ่มเป้าหมายในโรงเรียน โรงพยาบาล ตลาดสีเขียว และสถานที่ท่องเที่ยว รวมทั้งการร่วมมือกับนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยในพื้นที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการต่อยอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี เพื่อการสร้างผลิตภัณฑ์ที่ตอบสนองความต้องการต่อผู้บริโภคได้ดียิ่งขึ้น และการบริหารจัดการที่เป็นมืออาชีพมากยิ่งขึ้น

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาเศรษฐกิจชุมชนด้วยการขับเคลื่อนของวิสาหกิจชุมชน อักเนส สถานีเกษตรแปงปัน จังหวัดราชบุรี และเพื่อสร้างโมเดลต้นแบบการขับเคลื่อนเศรษฐกิจอาหารชุมชนด้วยการบริหารจัดการของวิสาหกิจชุมชนภายใต้บริบททางสังคมและวัฒนธรรม ตามแนวทางของเกษตรแปงปัน เพื่อความยั่งยืนของชุมชน รวมทั้งถอดบทเรียนชุมชนในการบริหารจัดการทรัพยากร และองค์กร โดยอาศัยกระบวนการประชุมกลุ่มเพื่อนำรูปแบบการพัฒนาระบบเศรษฐกิจชุมชนอาหารเพื่อสุขภาวะของวิสาหกิจชุมชนต้นแบบไปดำเนินการ มีการประเมินผลการดำเนินการเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งงานวิจัยนี้คาดว่าจะได้รูปแบบการพัฒนาเศรษฐกิจชุมชนด้วยการขับเคลื่อนของวิสาหกิจชุมชน และได้โมเดลต้นแบบการขับเคลื่อนเศรษฐกิจอาหารชุมชน ด้วยการบริหารจัดการของวิสาหกิจชุมชน ตลอดจนได้แนวทางในการพัฒนาเศรษฐกิจชุมชนไปปรับใช้ในกลุ่มวิสาหกิจชุมชน อักเนส สถานีเกษตรแปงปัน

## วิธีการศึกษา

ใช้แนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากวิธีวิทยาการวิจัยเชิงคุณภาพ และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR)

กระบวนการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นเกลียวของวงจรการสะท้อนคิด และการปฏิบัติเริ่มจากการสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้น สะท้อนคิดร่วมกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้และวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลง และลงมือปฏิบัติตามแผน สังเกตผลจากการปฏิบัติและวางแผนซ้ำจนกว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ให้ดีขึ้น สิ่งเหล่านี้นับว่าเป็นการปฏิบัติทางสังคม เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่แต่ละขั้นตอนผู้ที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์นั้นๆ ต้องเข้ามามีส่วนร่วมตลอดกระบวนการ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เป็นการเสริมพลังอำนาจให้ความอิสระและสร้างจิตสำนึกให้เกิดขึ้นในปัจจุบันบุคคล ทำให้เข้าใจอย่างมีวิจารณญาณ และเป็นการสะท้อนคิดในประเด็นต่างๆ ในสังคม<sup>(2)</sup> ดังนั้น จากแนวคิดดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการวิจัยดังขั้นตอนต่อไปนี้

1. การสังเกตก่อนทำวิจัย ได้แก่ การร่วมกับชุมชน ผ่านการบูรณาการนักวิจัยเข้ากับชุมชน การร่วมกันสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของชุมชน การเผยแพร่แนวคิด PAR แก่ชุมชนผ่านการประชุม การสนทนากลุ่ม และการอบรมให้ความรู้
2. การสะท้อนคิด โดยการศึกษาวិเคราะห์ปัญหาชุมชนจากการสอบถาม การวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน ตลอดจนจนการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา และทำเป็นข้อตกลงร่วมกัน
3. การจัดทำแผน ผ่านการอบรมทีมงานเพื่อกำหนดงานของวิสาหกิจชุมชน การกำหนดกิจกรรมการศึกษาความเป็นไปได้ การจัดสรรทรัพยากร การติดตามประเมินผลโดยผู้ร่วมดำเนินงาน
4. การดำเนินกิจกรรมตามแผน ผ่านการบริหารจัดการโดยสมาชิกวิสาหกิจชุมชน การกำกับติดตาม การให้คำปรึกษา และการฝึกอบรม โดยภาคีเครือข่ายและนักวิชาการ
5. การเผยแพร่ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยการเปิดพื้นที่เป็นศูนย์การเรียนรู้ชุมชน ให้ผู้ที่สนใจได้เข้ามาศึกษา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยเฉพาะในเรื่องของการผลิตพืชผักผลไม้จากเกษตรอินทรีย์

**ขอบเขตของการวิจัย**

**ระยะเวลา**

มกราคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2565

## ขอบเขตเชิงพื้นที่

ขอบเขตของพื้นที่ได้กำหนดพื้นที่เป้าหมายของการวิจัยในพื้นที่ที่วิสาหกิจชุมชน น. อักแนส สถานีเกษตรแบ่งปัน ได้ดำเนินการ และภาคีเครือข่าย ได้แก่

2.1 ต้นแบบแหล่งผลิต (1) การบำรุงดิน โดยต้นทองหลางที่บ้าน อ.นพดล เขียววิทย์ ตำบลหินสี อำเภอปากท่อ จังหวัดราชบุรี (2) สถานีเกษตรแบ่งปัน อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี และ (3) บ้านสมาชิกวิสาหกิจชุมชน น. อักแนส สถานีเกษตรแบ่งปัน

2.2 ต้นแบบการจัดจุดเชื่อมโยง นัดพบ (1) โรงเรียนดรุณราชบุรีวิเทศศึกษา (2) โรงพยาบาลสวนผึ้ง (3) ตลาดวิถีธรรมชาติ (4) สถานที่ท่องเที่ยวโคโรฟิลด์ อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี (5) โรงพยาบาลบางแพ (6) สามเณรลัยนาชาเรศ อำเภอบ้านโป่ง และ (7) โรงเรียนเทพินทร์พิทยา

2.3 ต้นแบบการพัฒนาผู้ประกอบการ ได้แก่ ที่ทำการวิสาหกิจชุมชน น. อักแนส สถานีเกษตรแบ่งปัน ซึ่งจัดทำเป็นสถานที่ศึกษาดูงานของจังหวัดราชบุรี โดยสำนักงานเกษตรจังหวัดราชบุรี

## ขอบเขตเชิงเนื้อหา

เนื้อหาในการศึกษาอยู่ในกรอบที่มุ่งเน้นการขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนาต้นแบบ และสร้างโมเดลระบบเศรษฐกิจชุมชน โดยการบริหารจัดการของวิสาหกิจชุมชน อาศัยการสานพลังความร่วมมือและการพัฒนาอย่างบูรณาการของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม การวิจัยนี้เน้นศึกษาเฉพาะการผลิตผักผลไม้จากเกษตรอินทรีย์ในพื้นที่เป้าหมายโดยมีประเด็นการพัฒนาทั้งแหล่งผลิต การจัดเก็บ และการจัดจำหน่าย การจัดจุดเชื่อมโยง ภายใต้การบริหารจัดการโดยวิสาหกิจชุมชน น. อักแนส สถานีเกษตรแบ่งปัน

## ขอบเขตของกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา ได้แก่ วิสาหกิจชุมชน น. อักแนส สถานีเกษตรแบ่งปัน และภาคีเครือข่าย โดยจัดแบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย (1) ต้นน้ำ ได้แก่ การผลิตผักผลไม้จากเกษตรอินทรีย์ (2) กลางน้ำ ได้แก่ การจัดการผลผลิต การจัดเก็บและการกระจายผลผลิต และ (3) ปลายน้ำ ได้แก่ การพัฒนาผู้ประกอบการ ทั้งผู้ประกอบการทั่วไป และผู้ประกอบการในสถาบัน (โรงพยาบาล โรงเรียน สถานพักฟื้น สถานบำบัด บ้านพักผู้สูงอายุ บ้านพักแรงงานชาติพันธุ์ และสถานสงเคราะห์) ตลอดจนการบริหารจัดการข้อมูล และการสื่อสาร

## ผลการศึกษา

### 1. รูปแบบการพัฒนาเศรษฐกิจชุมชนด้วยการขับเคลื่อนของวิสาหกิจชุมชน

#### 1.1 บริบทของวิสาหกิจชุมชน น. อักแนส สถานีเกษตรแบ่งปัน

ราชบุรีเป็นจังหวัดเกษตรกรรม ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมาช้านานตั้งแต่บรรพบุรุษ และเป็นมรดกตกทอดมายังลูกหลาน การทำเกษตรกรรมแบบเก่าซึ่งนิยมใช้สารเคมี เพื่อให้ผลผลิตทางการเกษตรมีลักษณะสวยงาม ไม่มีแมลงกัดแทะ ตรงกับความต้องการของตลาดและผู้บริโภค พฤติกรรมกรรมการเกษตรในลักษณะเช่นนี้ถูกถ่ายทอดไปยังเกษตรกรรุ่นหลังๆ สืบมา ผลผลิตทางการเกษตรของจังหวัดราชบุรีมีหลากหลายชนิด มีการกำหนดวิสัยทัศน์ว่า “เมืองเกษตรสีเขียว เศรษฐกิจมั่นคง สังคมมีสุข” มีการรวมกลุ่ม และพัฒนาภาคีเครือข่ายส่งเสริมการผลิตเพื่อการบริโภคอาหารปลอดภัยเป็นต้นทุน มีนักวิชาการ นักวิจัยของสถาบันอุดมศึกษาในท้องถิ่นร่วมขับเคลื่อน ส่งผลให้เกิดการจัดตั้งและขยายภาคีเครือข่ายตลาดสีเขียว ชุมชน แหล่งบริโภคต่างๆ และผู้บริโภครุ่นใหม่ อย่างไรก็ตาม ยังขาดความต่อเนื่องและการพัฒนาชุมชนเชิงคุณภาพ รวมทั้งระบบกลไกการกำกับติดตามที่เหมาะสมกับวิถีบริบทในด้านการบริหารจัดการด้านเกษตรกรสู่อาหารที่ดีและยั่งยืน ส่งผลให้ขาดองค์ความรู้การดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ขาดการพัฒนานวัตกรรม และระบบเศรษฐกิจชุมชนครอบคลุมทั้งประชาชนกลุ่มปกติตามวัย กลุ่มเปราะบาง ด้อยโอกาส และกลุ่มคนพิการ จึงเหมาะสมอย่างยิ่งต่อการพัฒนา ต่อ ยอดเชิงคุณภาพในการพัฒนาพื้นที่นาร่องชุมชนอาหารต้นแบบสู่พลเมืองอาหารเพื่อสุขภาพ ภายใต้ระบบอาหารที่ยั่งยืน ส่งเสริมระบบเศรษฐกิจชุมชน และเครือข่ายคุ้มครองทางสังคม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องขับเคลื่อนจังหวัดราชบุรีและจังหวัดใกล้เคียง โดยพัฒนาพื้นที่ชุมชนต้นแบบ “ชุมชนอาหาร” พื้นที่ความสัมพันธ์ของผู้คนให้มีความตระหนัก และนำสู่การร่วมกันผลิตอาหารที่ดีทำให้เกิดการเข้าถึงอาหารที่หลากหลาย ปลอดภัย ทั่วถึง เป็นธรรม ที่ครอบคลุมสมาชิกชุมชนและภาคีเครือข่ายที่หลากหลายที่ครอบคลุมสมาชิกชุมชน ภาคีเครือข่ายใน

พื้นที่ชุมชนเกษตรกรในจังหวัดราชบุรีและจังหวัดใกล้เคียง กำหนดกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ สมาชิกและเครือข่าย วิชากิจชุมชน น. อักเนส สถานีเกษตรแบ่งปัน (ชุมชนคาคทอลิก วัดนักบุญอักเนส) ตำบลท่าเคย อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี ซึ่งประกอบด้วย (1) กลุ่มผู้ผลิต ผู้ประกอบการ และ (2) กลุ่มผู้บริโภค ทั้งผู้บริโภคในชุมชน (เด็ก วัยทำงาน ผู้สูงอายุ) และผู้บริโภคตามสถาบัน (คนไข้ นักเรียน เครือข่าย) กลุ่มชาติพันธุ์ แรงงานต่างด้าว รวมถึงกลุ่มเปราะบาง เน้นการขับเคลื่อนชุมชนต้นแบบอาหารเพื่อสุขภาพ ด้วยการพัฒนาแกนนำในชุมชนให้เป็นกระบวนกรและกลุ่มเกษตรกรในพื้นที่ (กลุ่มผู้ผลิต) รวมถึงสมาชิกที่เป็นภาคีเครือข่าย การผลิตการบริโภค ส่งเสริมการผลิตบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ให้มีความรอบรู้และพฤติกรรมผลิตบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา มีส่วนร่วม บูรณาการ ต้นแบบแหล่งผลิต (ต้นน้ำ) ระบบการเชื่อมโยง (กลางน้ำ) และการพัฒนาแหล่งบริโภค ผู้บริโภค (ปลายน้ำ) รองรับสถานการณ์ปกติและการเผชิญกับภาวะวิกฤต

วิชากิจชุมชน น. อักเนส สถานีเกษตรแบ่งปัน เป็นการรวมตัวกันของสมาชิกชุมชนคาคทอลิกวัดนักบุญอักเนส ตำบลท่าเคย อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี ที่ร่วมขับเคลื่อนสมาชิกชุมชนในการพัฒนาพื้นที่ให้เป็นต้นแบบแหล่งผลิตพืชผักเกษตรอินทรีย์ เพื่อให้เกิดการผลิตบริโภคอาหารสุขภาพจากผลผลิตพืชผักผลไม้เกษตรอินทรีย์ ตั้งแต่พ.ศ. 2557 รวมถึงการจัดตั้งวิชากิจชุมชน น. อักเนส สถานีเกษตรแบ่งปัน ใน พ.ศ. 2564 เป็นหนึ่งในชุมชนคาคทอลิกที่รวมกันเรียกว่า สังฆมณฑลราชบุรี (มิสซังคาคทอลิกกรุงเทพฯ เขตราชบุรี) ครอบคลุมพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดราชบุรี กาญจนบุรี สมุทรสงคราม และเพชรบุรี มีภาคีเครือข่ายชุมชน องค์กร หน่วยงานมากกว่า 30 แห่ง มีการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานราชการ สถาบันการศึกษา หน่วยงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตชุมชน โดยให้ความสำคัญต่อการพัฒนาจิตวิญญาณ โดยเน้น “คนเป็นศูนย์กลางและเป้าหมายของการพัฒนา ตามหลักธรรมคำสอนคาคทอลิก” ภายใต้การทำงานร่วมกันของแกนนำชุมชน ในการส่งเสริมสมาชิกชุมชนที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ให้มีคุณภาพและสุขภาพที่ดี นอกจากการพัฒนากระบวนการผลิต การเชื่อมโยง และแหล่งบริโภคแล้วยังให้ความสำคัญต่อการพัฒนาแกนนำรุ่นสู่รุ่นที่หลากหลาย

ผ่านกิจกรรมที่เหมาะสม มุ่งมั่นพัฒนาสมาชิกในชุมชน เครือข่ายผู้ผลิตผู้บริโภคให้เป็นชุมชนต้นแบบการผลิต การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ภายใต้ระบบอาหารที่ยั่งยืน ทั้งนี้ มีการถอดองค์ความรู้เป็นรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนผลิตบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพจากผลผลิตเกษตรอินทรีย์ “ราชบุรีโมเดล” ส่งเสริมปรับปรุงเป็น “โมเดลเกษตรแบ่งปัน”

### 1.2 การพัฒนาต้นแบบแหล่งผลิต (ต้นน้ำ)

กระบวนการผลิตพืชผักผลไม้ของวิชากิจชุมชน น. อักเนส สถานีเกษตรแบ่งปัน เป็นการใช้อนุภูมิปัญญาท้องถิ่นผสมกับกระบวนการปลูกพืชผักแบบเกษตรอินทรีย์ (organic agriculture) มุ่งส่งเสริมการทำเกษตรอินทรีย์บนวิถีชุมชน กล่าวคือ การใช้ทรัพยากรในพื้นที่ ชุมชน บริเวณใกล้เคียง ได้แก่ ภูมิปัญญา ปักจี้และวัสดุบำรุงดิน พืชผักป้องกันศัตรูพืชในชุมชนและบริเวณใกล้เคียง ผสานกับผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการจากภาคีเครือข่าย มาร่วมออกแบบ ประเมิน และพัฒนากระบวนการผลิต ทั้งนี้ มีกระบวนการผลิตแบ่งเป็น 3 ช่วงสำคัญ

### 1.3 การพัฒนาต้นแบบการจัดจุดเชื่อมโยง (กลางน้ำ)

เพื่อเป็นการกระจายผลผลิตเกษตรอินทรีย์ให้แก่ผู้บริโภคทุกกลุ่ม ทั้งผู้บริโภคที่อยู่ในสถาบันต่างๆ เช่น โรงพยาบาล โรงเรียน สถานสงเคราะห์ สถาบันบำบัด ซึ่งผู้บริโภคเหล่านี้ทางสถาบันจะเป็นผู้จัดซื้อและจัดทำอาหารสำหรับบริโภค นอกจากนี้ยังครอบคลุมถึงบริบทชีวิต ทั้งช่วงวัยต่างๆ กลุ่มเฉพาะและกลุ่มเปราะบางอีกด้วย โดยได้จัดทำเป็นรณโมบายเกษตรแบ่งปันที่สามารถบรรจุ และจัดแสดงสินค้าเกษตรอินทรีย์ไปยังจุดต่างๆ ได้อย่างสะดวก สะอาด และปลอดภัย เพื่อให้สามารถเข้าถึงกลุ่มผู้บริโภคได้อย่างทั่วถึง

1.3.1 การพัฒนาต้นแบบการจัดจุดเชื่อมโยงในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้การจัดจุดเชื่อมโยงมีรูปแบบที่เป็นมาตรฐาน จึงได้ทำการศึกษาและกำหนดเป็นรูปแบบการจัดแสดง จำนวน 3 รูปแบบ ขึ้นอยู่กับสถานที่ที่ไปจัดจุดเชื่อมโยง โดยแต่ละแบบมีรายละเอียดที่แตกต่างกันตามความเหมาะสมของสถานที่และผู้บริโภค

1.3.2 การจัดจุดเชื่อมโยง เป็นการเชื่อมโยงกับสถาบันต่างๆ ทั้งโรงพยาบาล โรงเรียน เพื่อทำการนำผลผลิตเกษตรอินทรีย์ไปจัดจำหน่ายโดยการจัดเป็นบูธเป็นประจำทุกสัปดาห์ มีการนัดหมายไว้ล่วงหน้า โดยผู้บริโภคสามารถ

สั่งของล่วงหน้าผ่านแอปพลิเคชัน Line OA ของวิสาหกิจชุมชน น. อักเนส สถานีเกษตรแบ่งปัน ปัจจุบันวิสาหกิจชุมชน น. อักเนส สถานีเกษตรแบ่งปันได้จัดจุดนัดพบจำนวน 3 จุด ดังนี้ (1) โรงเรียนนรฤนาราชบุรีวิเทศศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี (2) ตลาดวิถีธรรมชาติ อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี และ (3) โรงพยาบาลสวนผึ้ง อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี

1.3.3 การจัดจุดนัดพบ เป็นการเชื่อมโยงกับสถาบันต่างๆ ทั้งโรงพยาบาล โรงเรียน เพื่อทำการนำผลผลิตเกษตรอินทรีย์ไปจัดจำหน่ายโดยการใช้รถโมบายเกษตรอินทรีย์ไปจอดให้บริการตามจุดต่างๆ ที่มีการนัดหมายไว้ล่วงหน้า โดยผู้บริโภคสามารถสั่งของล่วงหน้าผ่านแอปพลิเคชัน Line OA ของวิสาหกิจชุมชน น. อักเนส สถานีเกษตรแบ่งปัน โดยรถโมบายเกษตรแบ่งปันจะจอดให้บริการสถานที่ละประมาณ 1 ชั่วโมง ปัจจุบันวิสาหกิจชุมชน น. อักเนส สถานีเกษตรแบ่งปันได้จัดจุดนัดพบ จำนวน 2 จุด ดังนี้ (1) บ้านอบรมนาชาเรื่อ อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี และ (2) โรงพยาบาลบางแพ อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี

1.3.4 การเชื่อมโยงกับผู้บริโภคในสถาบัน เป็นการเชื่อมโยงกับสถาบันต่างๆ ทั้งโรงพยาบาล โรงเรียน สถานสงเคราะห์ สถานบำบัด เพื่อทำการนำผลผลิตเกษตรอินทรีย์ไปส่งให้โดยตรงกับทางสถาบัน เพื่อใช้ในการประกอบอาหารสำหรับบุคลากรในสถาบัน โดยการสั่งล่วงหน้าผ่านแอปพลิเคชัน Line OA ของวิสาหกิจชุมชน น. อักเนส สถานีเกษตรแบ่งปัน ปัจจุบันวิสาหกิจชุมชน น. อักเนส สถานีเกษตรแบ่งปันได้จัดจุดเชื่อมโยงจำนวน 3 จุด ดังนี้ (1) โรงเรียนเทพินทรพิทยา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี (2) โรงพยาบาลบางแพ อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี และ (3) โรงพยาบาลสวนผึ้ง อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี

1.3.5 การแบ่งปันให้กับผู้บริโภคในสถานสงเคราะห์ สถานบำบัดเป็นการเชื่อมโยงเพื่อแบ่งปันผลผลิตเกษตรอินทรีย์ให้กับสถาบันต่างๆ เช่น สถานสงเคราะห์ สถานบำบัด ฯลฯ โดยการนำผลผลิตเกษตรอินทรีย์ไปส่งให้โดยตรงกับทางสถาบัน เพื่อใช้ในการประกอบอาหารสำหรับบุคลากรในสถาบัน โดยไม่คิดมูลค่า ถือเป็น การแสดงความรักตามหลักคำสอนของคริสต์ศาสนา โดยการแบ่งปันแก่ผู้ยากไร้ คนชายขอบ กลุ่มเฉพาะ และ กลุ่มเปราะบาง เป็นต้น

1.3.6 การศึกษาและพัฒนาผลิตภัณฑ์ เพื่อให้ผลผลิตเกษตรอินทรีย์สามารถตอบสนองได้ตรงตามความต้องการของผู้บริโภค วิสาหกิจชุมชน น. อักเนส สถานีเกษตรแบ่งปัน ได้มีการออกแบบเครื่องมือเพื่อศึกษาความต้องการของผู้บริโภค โดยคัดเลือกผลผลิตจาก 2 ปัจจัย คือ (1) จากความนิยมของผู้บริโภค และ (2) ความสามารถในการผลิตได้อย่างต่อเนื่อง โดยแบ่งผลิตภัณฑ์เป็น 8 ประเภท พบว่าผลิตภัณฑ์ที่ควรส่งเสริมให้เป็นผลิตภัณฑ์ต้นแบบ มีดังนี้ (1) พืชผักขนาดยาว ได้แก่ ผักกูด ผักบุ้งจีน ถั่วฝักยาว (2) พืชผักขนาดสั้น ได้แก่ ข้าวโพดอ่อน กระเจี๊ยบเขียว แตงกวา (3) สมุนไพร เครื่องเทศ ได้แก่ จิงจูฉ่าย (4) ผลไม้ ได้แก่ กล้วยน้ำว้า (5) ไข่ไก่อารมณ์ดี (6) การแปรรูปอาหารจากพืชผักอินทรีย์ ได้แก่ ผัดหมี่ห่อใบตอง ผัดไทยห่อใบตอง (7) การแปรรูปขนมจากพืชผักอินทรีย์ ได้แก่ เค้กกล้วยน้ำว้า ถ้วยฟูฟักทอง ขนมชั้นใบเตย และ (8) เครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ ได้แก่ น้ำใบเตย น้ำอัญชันมะนาว น้ำเก๊กฮวย น้ำกระเจี๊ยบ น้ำข้าวโพด ทั้งนี้ จากการจัดจุดเชื่อมโยงพบว่า ผู้บริโภคไม่รู้จักพืชผักแต่ละชนิด และเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพซึ่งมีหลายชนิดที่ผู้บริโภคสับสน แยกไม่ออก จึงได้มีการออกแบบพัฒนาสติ๊กเกอร์ทั้ง 8 ประเภทผลิตภัณฑ์เพื่อให้ข้อมูลที่ชัดเจนครบถ้วนแก่ผู้บริโภค ดังภาพที่ 1

1.3.7 การส่งเสริมการขาย จากการจัดจุดเชื่อมโยงจุดนัดพบ ทำให้ทราบข้อมูลความต้องการของผู้บริโภคที่ต้องการพืชผักหลากหลายชนิดในปริมาณที่ไม่มาก เหมาะสมกับครอบครัวขนาดเล็ก การจัดผักเป็นชุด ชุดละประมาณ 4-5 ชนิด ที่วิสาหกิจชุมชน น. อักเนส สถานีเกษตรแบ่งปันได้จัดทำขึ้น จึงไม่ตอบโต้กับผู้บริโภคกลุ่มนี้ที่ต้องการปริมาณผักไม่มาก แต่ต้องการหลากหลายชนิดผัก จึงได้ทำการส่งเสริมการขายใน 2 แนวทาง ดังนี้ (1) การลดราคา โดยจัดโปรโมชั่น ชื้อ 3 ชุดในราคา 70 บาท (จากปกติ 75 บาท) และ (2) บุกเฟตผัก ในราคาเดียวคือ ชุดละ 5 บาท เพื่อให้ผู้บริโภคได้ผักตามปริมาณที่ต้องการใช้จริง

## 1.4 การพัฒนาต้นแบบการพัฒนาผู้บริโภค (ปลายน้ำ)

### 1.4.1 การเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ

1) เว็บไซต์ “www.csaorganicstation.com” Website ถือเป็นสื่อหลักที่วิสาหกิจชุมชน น. อักเนส สถานีเกษตรแบ่งปัน ใช้เพื่อเผยแพร่ข้อมูล องค์ความรู้ต่างๆ ที่ได้จากการดำเนินงาน ใช้สำหรับรายงานความก้าวหน้า

ภาพที่ 1 การพัฒนาสติกเกอร์ติดผลิตภัณฑ์



ประชาสัมพันธ์ข่าวสารข้อมูลต่างๆ เก็บรวบรวมองค์ความรู้  
สื่อต่างๆ ที่วิสาหกิจชุมชน และภาคีเครือข่ายได้จัดทำขึ้น

2) เฟซบุ๊ก “น. อักแนส เกษตรอินทรีย์” Facebook เป็น  
อีกสื่อหนึ่งที่วิสาหกิจชุมชน น. อักแนส สถานีเกษตรแบ่งปัน  
ใช้เพื่อเผยแพร่การดำเนินงาน ความเคลื่อนไหว ความคืบหน้า  
ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ซึ่งข้อมูลนั้นจะอัปเดต  
ตลอดเวลา ทำให้ผู้ติดตามได้รับข้อมูล ข่าวสาร และรูปภาพ  
กิจกรรม ผ่านทางเฟซบุ๊กได้อย่างต่อเนื่อง รวดเร็ว ทันต่อ  
เหตุการณ์

3) ยูทูป “สถานีเกษตรแบ่งปันณราชบุรี” ช่อง YouTube  
เป็นอีกสื่อหนึ่งที่วิสาหกิจชุมชน น. อักแนส สถานีเกษตร  
แบ่งปัน ใช้เพื่อเผยแพร่สื่อภาพเคลื่อนไหว ที่วิสาหกิจชุมชน  
น. อักแนส สถานีเกษตรแบ่งปัน ได้จัดทำขึ้น เพื่อเผยแพร่  
องค์ความรู้ต่างๆ ทั้งด้านการผลิต การบำรุงรักษา การจัดเก็บ  
และจัดส่ง ผลผลิตเกษตรอินทรีย์

4) ดิจิต็อก “สถานีเกษตรแบ่งปัน ณ ราชบุรี” ช่อง  
TikTok ในปัจจุบันปฏิเสธไม่ได้ว่าสื่อภาพเคลื่อนไหวสั้นๆ

ได้รับความนิยมสูงมากในหมู่เด็กและเยาวชน ช่องนี้ก็ออก  
จึงเป็นอีกสื่อหนึ่งที่วิสาหกิจชุมชน น. อักแนส สถานี  
เกษตรแบ่งปัน ใช้เพื่อเผยแพร่สื่อภาพเคลื่อนไหว  
ขนาดสั้นๆ ที่วิสาหกิจชุมชน น. อักแนส สถานีเกษตร  
แบ่งปัน ได้จัดทำขึ้น เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ต่างๆ  
ทั้งด้านการผลิต การบำรุงรักษา การจัดเก็บและจัดส่ง  
ผลผลิตเกษตรอินทรีย์

5) ไลน์ “สถานีเกษตรแบ่งปัน ณ ราชบุรี” Line OA  
เพื่อให้การติดต่อสื่อสารระหว่างวิสาหกิจชุมชน กับผู้บริโภค  
สามารถดำเนินได้อย่างปัจจุบันทันที เพื่อการส่งผลผลิต  
การนัดพบ การส่งเสริมการขาย แอปพลิเคชันไลน์จึงเป็น  
อีกสื่อหนึ่งที่วิสาหกิจชุมชน น. อักแนส สถานีเกษตรแบ่งปัน  
ใช้เพื่อติดต่อสื่อสารกับผู้บริโภคโดยตรง

1.4.2 การเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่ออินโฟกราฟิก เป็นอีก  
สื่อหนึ่งที่วิสาหกิจชุมชน น. อักแนส สถานีเกษตรแบ่งปัน  
เลือกใช้เพราะสามารถตอบโจทย์ได้เป็นอย่างดี เหมาะสมกับ  
ยุคสมัย กล่าวคือ เป็นการนำภาพมาใช้แทนข้อความ และ

เปลี่ยนการสื่อสารให้สามารถมองเห็นและเข้าใจได้ง่ายมากขึ้น โดยสื่ออินโฟกราฟิก จะทำการย่อยข้อมูลให้อยู่ในรูปแบบของภาพ แผนภูมิ แผนผัง สัญลักษณ์ หรือกราฟต่างๆ และยังสามารถใส่สีหรือออกแบบลูกเล่นให้ดูสวยงามเพื่อเพิ่มความน่าสนใจได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้ เมื่อออกแบบสื่ออินโฟกราฟิกแล้ว จะทำการพิมพ์และนำไปติดตั้งจุดเชื่อมโยงต่างๆ เพื่อให้ข้อมูล ความรู้แก่ผู้บริโภค

1.4.3 รถโมบายเกษตรแบ่งปัน เพื่อเป็นการเผยแพร่ความรู้ และข้อมูลต่างๆ สู่อุบริโภค วิสาหกิจชุมชน น. อักเนส สถานีเกษตรแบ่งปัน จึงได้ออกแบบสติ๊กเกอร์สำหรับติดที่รถโมบายเกษตรแบ่งปัน โดยเลือกสรรคำที่ช่วยส่งเสริมกระตุ้นเตือนให้เกิดความตระหนักในการเลือกบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับรู้ทุกครั้งที่ออกไปจัดจุนจัดพบตามสถานที่ต่างๆ

1.4.4 การจัดหลักสูตรการพัฒนาแกนนำ เพื่อเป็นการเผยแพร่องค์ความรู้ไปสู่แกนนำผู้บริโภคที่สนใจมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่วิสาหกิจชุมชน น. อักเนส สถานีเกษตรแบ่งปัน จึงได้ออกแบบหลักสูตรการอบรม จำนวน 7 หลักสูตร ดังนี้ (1) หลักสูตรสำหรับพัฒนากระบวนการ (2) หลักสูตรสำหรับแกนนำครู (3) หลักสูตรสำหรับแกนนำวิทยากร กลุ่มแม่บ้าน (4) หลักสูตรสำหรับแกนนำนักศึกษา (5) หลักสูตรสำหรับแกนนำเด็กเล็ก-เด็กโต (เยาวชน) (6) หลักสูตรสำหรับแกนนำผู้สูงอายุ และ (7) หลักสูตรพัฒนาผู้จัดจุดเชื่อมโยง

1.4.5 การเปิดพื้นที่เป็นศูนย์เรียนรู้ประจำจังหวัดราชบุรี จากการเปิดพื้นที่สำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้สำนักงานเกษตรจังหวัดราชบุรี ได้คัดเลือกและมอบป้ายที่แสดงถึงการเป็นศูนย์เรียนรู้เกษตรอินทรีย์ในกลุ่มจังหวัดภาคกลางตอนล่าง ให้แก่ วิสาหกิจชุมชน น. อักเนส สถานีเกษตรแบ่งปัน

### 1.5 การกำกับติดตามเพื่อพัฒนาชุมชนต้นแบบ

กระบวนการกำกับติดตามได้นำแนวคิดชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพ (professional learning community: PLC) โดยร่วมมือกับเครือข่ายนักวิจัย และแกนนำชุมชน โดยมีขั้นตอน 5 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1) การสร้างทีมชุมชน (community) เป็นการสร้างทีมชุมชน ที่มีวัตถุประสงค์ แนวคิด ร่วมกัน

2) การลงมือปฏิบัติ (practice) เป็นการลงมือปฏิบัติตามแผน ข้อตกลงของทีมชุมชน

3) การสะท้อนคิด (reflection) เป็นการสะท้อนคิดเพื่อการพัฒนาการปฏิบัติ

4) การประเมินผล (evaluation) เป็นการประเมินเพื่อพัฒนาสมรรถนะของทีมชุมชน

5) การพัฒนาเครือข่าย (network development) เป็นการสร้างเครือข่ายเพื่อการพัฒนา

ทั้งนี้ เพื่อให้การกำกับติดตามดังกล่าวดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง จึงได้มีการใช้เทคโนโลยีด้านการสื่อสารออนไลน์ คือ แอปพลิเคชันไลน์ โดยการตั้งกลุ่มไลน์ เพื่อการประชุมกำกับติดตาม การถ่ายภาพการดำเนินงานต่างๆ เพื่อให้ที่ประชุมรับทราบ และช่วยกันพิจารณาปรับปรุงให้ดีขึ้นให้เป็นมาตรฐานตามที่ตกลงไว้ในมติที่ประชุม โดยมีทีมนักวิชาการ นักวิจัย และแกนนำชุมชน ร่วมกันประชุมเพื่อกำกับติดตามในทุกๆ 2 สัปดาห์

## 2. สร้างโมเดลต้นแบบการขับเคลื่อนเศรษฐกิจอาหารชุมชนด้วยการบริหารจัดการของวิสาหกิจชุมชน

จากการดำเนินการตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ได้พัฒนาโมเดลต่างๆ เริ่มตั้งแต่ราชบุรีโมเดล และการปรับปรุงสู่โมเดลเกษตรแบ่งปัน เพื่อให้รองรับกับสถานการณ์ปัจจุบัน ทั้งภาวะปกติและภาวะวิกฤติอาหาร และนำสู่การออกแบบโมเดลระบบเศรษฐกิจชุมชนอาหาร เพื่อรองรับการขับเคลื่อนต้นแบบบูรณาการระบบอาหารตลอดห่วงโซ่ ด้วยการศึกษาวิจัยสังเคราะห์ต้นแบบบูรณาการระบบอาหารตลอดห่วงโซ่ (ขั้นตอน เงื่อนไข ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง) โดยเน้นการสังเคราะห์ต้นแบบเชิงบูรณาการกลุ่มผู้ผลิตสู่อุบริโภค บริโภคในพื้นที่ เครือข่าย และช่องทาง (ระบบ รูปแบบการเชื่อมโยง) เพื่อนำสู่การเสนอรูปแบบ ระบบเศรษฐกิจอาหารชุมชน กระบวนการ และแนวทางการพัฒนา ต่อยอดสู่ความยั่งยืน ตลอดจนการขับเคลื่อนเศรษฐกิจชุมชนด้วยการนำรายได้จากการจัดส่งผลผลิตตามช่องทางต่างๆ และการสร้างมูลค่าเพิ่มของผลผลิต ฯลฯ มาออกแบบเป็นโมเดลระบบเศรษฐกิจอาหารชุมชน โดยการ

1) สังเคราะห์ช่องทางการขับเคลื่อนเศรษฐกิจชุมชน

2) พัฒนาต้นแบบการขับเคลื่อนเศรษฐกิจชุมชนเชิงบูรณาการกลุ่มผู้ผลิตสู่แหล่งบริโภค

3) การถอดบทเรียนรูปแบบการประกอบการเพื่อสร้างมูลค่าเพิ่มของผลผลิตที่เหมาะสมกับพื้นที่

4) สังเคราะห์แนวทางเพื่อพัฒนาต่อยอดสู่ความยั่งยืน จึงได้เป็น “โมเดลเศรษฐกิจชุมชนตามแนวเกษตรแบ่งปัน” ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก คือ (1) ระบบที่ส่งเสริมชุมชนอาหารเพื่อสุขภาพะสู่พลเมืองอาหาร ซึ่งก็คือโมเดลเกษตรแบ่งปัน (2) ระบบเศรษฐกิจชุมชน การบริหารจัดการ และ (3) ระบบชุมชนอาหารเพื่อสุขภาพะ: ต้นแบบนวัตกรรมการขับเคลื่อนชุมชนอาหารเพื่อสุขภาพะ โดยมีรายละเอียดดังนี้

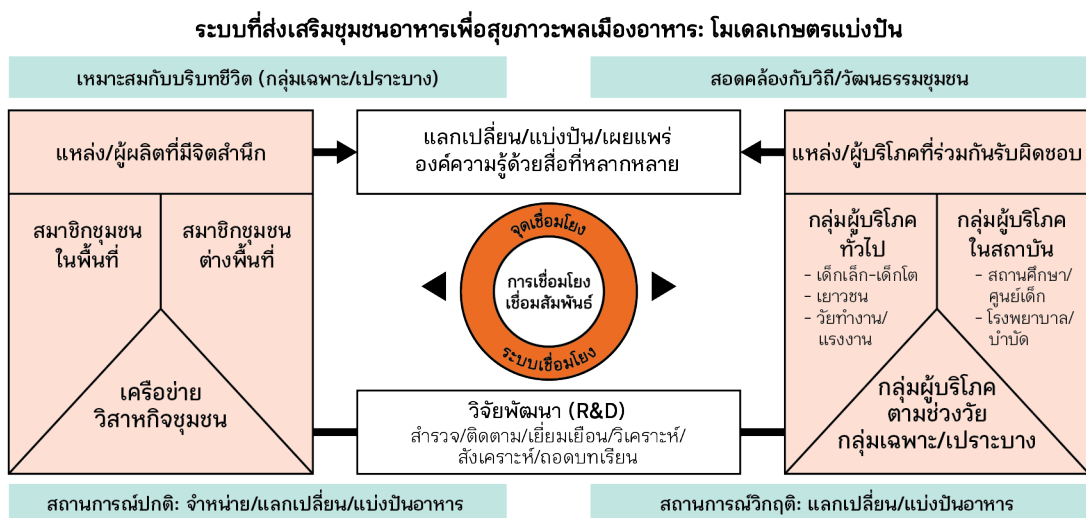
**ส่วนที่ 1 ระบบที่ส่งเสริมชุมชนอาหารเพื่อสุขภาพะสู่พลเมืองอาหาร** เป็นการนำโมเดลเกษตรแบ่งปันที่ได้พัฒนาต่อยอดจากราษฎรโมเดล โดยการเพิ่มกลุ่มเฉพาะและกลุ่มเปราะบาง และให้ครอบคลุมทั้งภาวะปกติและภาวะวิกฤตอาหาร จึงได้เป็นระบบที่ส่งเสริมชุมชนอาหารเพื่อสุขภาพะสู่พลเมืองอาหาร โดยมีนิยามดังต่อไปนี้ “โมเดลเกษตรแบ่งปัน” เป็นการขับเคลื่อนสมาชิกชุมชนมุ่งสู่พลเมืองอาหาร ภายใต้ระบบอาหารที่ยั่งยืน ด้วยการขับเคลื่อนชุมชนต้นแบบอาหารเพื่อสุขภาพะ ออกแบบระบบเศรษฐกิจชุมชนอาหาร เน้นการบูรณาการต้นน้ำ (แหล่งผลิต) กลางน้ำ (จุดเชื่อมโยง) และปลายน้ำ (แหล่งบริโภค) ตลอดจนบูรณาการสู่บริบทชีวิต (ช่วงวัย กลุ่มปกติ กลุ่มเปราะบาง) และวัฒนธรรมชุมชน ครอบคลุมสมาชิกในชุมชน และสมาชิกต่างพื้นที่ ภาคีเครือข่าย ที่ร่วมเจตนาารมณ์ที่จะขับเคลื่อนชุมชนอาหารเพื่อสุขภาพะทั้งในยามปกติ และในภาวะวิกฤตอาหาร โดยมุ่งสู่การเป็น “ชุมชนอาหารเพื่อสุขภาพะ พัฒนาระบบเศรษฐกิจชุมชน”

สู่พลเมืองอาหาร ภายใต้ระบบอาหารที่ยั่งยืน บนวิถีการทำเกษตรอินทรีย์ อันเป็นการอภิบาลชุมชนเพื่อประกาศข่าวดีวิถีใหม่ ด้วยหลัก “ความรัก” ตามคำสอนคริสต์ศาสนาวิถีชีวิต วิถีชุมชน รักตนเองอย่างถูกต้อง รักคนอื่นอย่างถูกวิธี เริ่มที่การผลิตการบริโภคอาหารสุขภาพะ ภายใต้สโลแกนที่ว่า “เกษตรแบ่งปัน กินพอดี อยู่พอเพียง” ดังภาพที่ 2

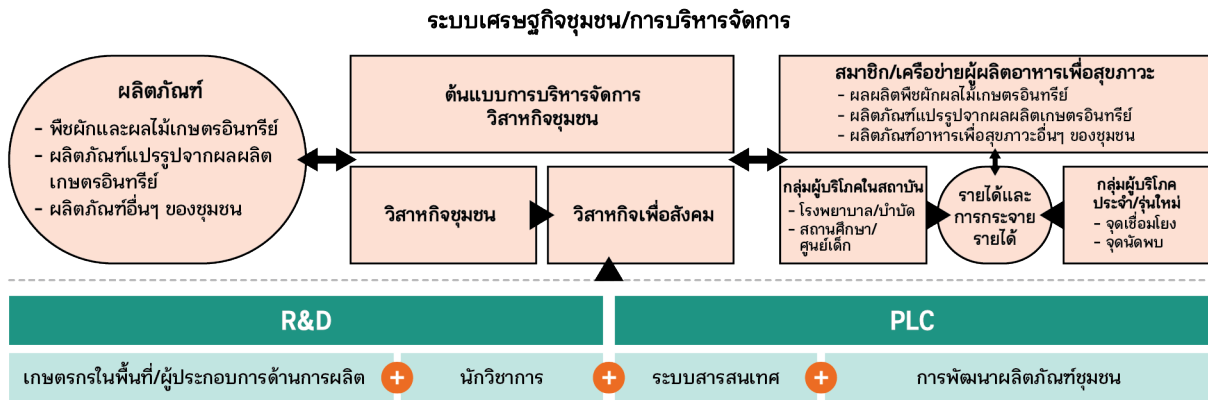
**ส่วนที่ 2 ระบบเศรษฐกิจชุมชน การบริหารจัดการ** อันประกอบไปด้วย ต้นแบบการบริหารจัดการวิสาหกิจชุมชน โดยเริ่มต้นจากการจัดตั้งเป็นวิสาหกิจชุมชน และมุ่งสู่การเป็นวิสาหกิจเพื่อสังคม เพื่อให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่และการดำเนินการของโครงการ มีสมาชิกและเครือข่ายผู้ผลิตอาหารเพื่อสุขภาพะ ร่วมกันบริหารจัดการ มีผลิตภัณฑ์ที่หลากหลาย มีรายได้และการกระจายรายได้ที่แน่นอนชัดเจนและต่อเนื่อง ภายใต้การกำกับดูแลของนักวิชาการโดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา ตลอดจนการเป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้ทางวิชาชีพ ดังภาพที่ 3

**ส่วนที่ 3 ระบบชุมชนอาหารเพื่อสุขภาพะ: ต้นแบบนวัตกรรมการขับเคลื่อนชุมชนอาหารเพื่อสุขภาพะ** อันประกอบไปด้วยการขับเคลื่อนทั้งระบบ ตั้งแต่ต้นน้ำ (ต้นแบบการผลิต) กลางน้ำ (ต้นแบบการจัดจุดเชื่อมโยง) และปลายน้ำ (ต้นแบบการพัฒนาผู้บริโภค) ตลอดจนความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ รวมถึงการสร้างคุณค่าเป็นมูลค่าเพื่อพัฒนานวัตกรรมพัฒนาคน ส่งเสริมภาคีเครือข่าย พัฒนาพื้นที่ และพัฒนาฐานข้อมูล ดังภาพที่ 4

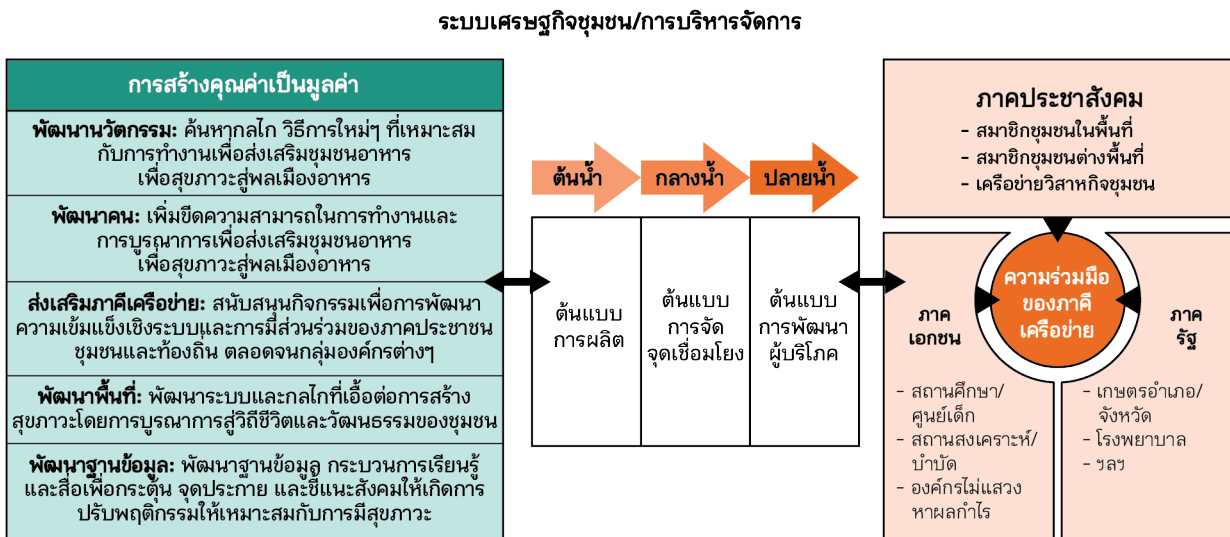
**ภาพที่ 2** โมเดลเศรษฐกิจชุมชนตามแนวเกษตรแบ่งปัน ส่วนที่ 1 (ระบบที่ส่งเสริมชุมชนอาหารเพื่อสุขภาพะสู่พลเมืองอาหาร: โมเดลเกษตรแบ่งปัน)



ภาพที่ 3 โมเดลเศรษฐกิจชุมชนตามแนวเกษตรแบ่งปัน ส่วนที่ 2 (ระบบเศรษฐกิจชุมชน การบริหารจัดการ)



ภาพที่ 4 โมเดลเศรษฐกิจชุมชนตามแนวเกษตรแบ่งปัน ส่วนที่ 3 (ระบบชุมชนอาหารเพื่อสุขภาพ: ต้นแบบนวัตกรรม การขับเคลื่อนชุมชนอาหารเพื่อสุขภาพ)



## วิจารณ์

### ส่วนที่ 1 ระบบที่ส่งเสริมชุมชนอาหารเพื่อสุขภาพสู่พลเมืองอาหาร

เป็นการนำโมเดลเกษตรแบ่งปัน ที่ได้พัฒนาต่อยอดจากราชบุรีโมเดล โดยการเพิ่มกลุ่มเฉพาะและกลุ่มเปราะบาง และให้ครอบครัวทุกภาวะปกติและภาวะวิกฤตอาหาร จึงได้เป็นระบบที่ส่งเสริมชุมชนอาหารเพื่อสุขภาพสู่พลเมืองอาหาร สอดคล้องกับสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา<sup>(3)</sup> ที่ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่ององค์ความรู้การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม: การขับเคลื่อน

นโยบายจากระดับชาติสู่การขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ พบว่าความสำเร็จอยู่ที่การจัดกลไกร่วมระดับพื้นที่ บทบาทประชาสังคมในการขับเคลื่อน การจัดระบบเครือข่ายแบบหลวมๆ การสร้างภาคีนโยบายจากระดับพื้นที่ การพัฒนาแกนนำรุ่นใหม่ และสอดคล้องกับงานวิจัยของพงษ์ศักดิ์ เพชรสถิต<sup>(4)</sup> ที่ทำการศึกษาวิจัยเรื่องทุนทางสังคมกับการขับเคลื่อนธุรกิจชุมชน ในเขตตำบลเสม็ด อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า บริบทของทุนทางสังคมสรุปได้ดังนี้ (1) ทุนมนุษย์ อันได้แก่ ผู้นำที่เป็นทางการ ผู้นำตามธรรมชาติ และประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชน (2) ทุนทางกายภาพ อันได้แก่ บริบทชุมชน บริบทชุมชน

ใกล้เคียง และโครงสร้างพื้นฐาน (3) ทุนภูมิปัญญาอันได้แก่ สิ่งที่เป็นคุณค่า ระบบคิดหรือชุดขององค์ความรู้ที่มีการถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น และมีความเป็นอัตลักษณ์ และ (4) ความสัมพันธ์ฉันทน์เครือข่าย อันได้แก่ การเอื้ออาทรต่อกัน ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน การช่วยเหลือกัน และการต่างตอบแทนกัน บริบทของธุรกิจชุมชน สรุปได้ดังนี้ ธุรกิจชุมชนเป็นการดำเนินกิจกรรมโดยอาศัยการรวมตัวกันของกลุ่มชาวบ้านในชุมชน และอาศัยปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก เป็นกิจกรรมที่เป็นทั้งการผลิต และบริหารที่เกื้อกูลกัน เหมาะสมต่อวิถีชีวิต ตลอดจนระบบนิเวศของแต่ละชุมชน โดยมุ่งหวังให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน และเพื่อให้ชาวบ้านมีความพร้อมที่จะพึ่งพาตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ แนวทางในการใช้ทุนทางสังคมขับเคลื่อนธุรกิจชุมชน จะใช้ทุนมนุษย์เป็นผู้นำในการขับเคลื่อน นำทุนที่เป็นภูมิปัญญา มาสร้างมูลค่าผ่านตัวผลิตภัณฑ์โดยอาศัยทุนทางกายภาพ และความสัมพันธ์ฉันทน์เครือข่ายซึ่งเป็นทุนที่เอื้อต่อการทำธุรกิจชุมชน มาเป็นทุนหนุนนำการขับเคลื่อน

**ส่วนที่ 2 ระบบเศรษฐกิจชุมชน การบริหารจัดการ**

อันประกอบไปด้วย ต้นแบบการบริหารจัดการวิสาหกิจชุมชน โดยเริ่มต้นจากการจัดตั้งเป็นวิสาหกิจชุมชน และมุ่งสู่การเป็นวิสาหกิจเพื่อสังคม เพื่อให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่และการดำเนินการของโครงการ มีสมาชิกและเครือข่ายผู้ผลิตอาหารเพื่อสุขภาพ รวมกันบริหารจัดการ มีผู้นำที่ชัดเจน มีวิสัยทัศน์ สามารถผลักดันให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เกิดผลิตภัณฑ์ที่หลากหลาย มีรายได้และการกระจายรายได้ที่แน่นอนชัดเจนและต่อเนื่อง ภายใต้การกำกับดูแลของนักวิชาการโดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา ตลอดจนการเป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้ทางวิชาชีพ สอดคล้องกับลักษณะสำคัญของวิสาหกิจชุมชน<sup>(5)</sup> (1) ชุมชนเป็นเจ้าของและผู้ดำเนินการ (2) ผลผลิตมาจากกระบวนการในชุมชน โดยใช้วัตถุดิบ ทรัพยากร ทุนแรงงานในชุมชน เป็นหลัก (3) ริเริ่มสร้างสรรค์เป็นนวัตกรรมของชุมชน (4) เป็นฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น ผสมผสานภูมิปัญญาสากล (5) มีการดำเนินการแบบบูรณาการเชื่อมโยงกิจกรรมต่างๆ อย่างเป็นระบบ (6) มีกระบวนการเรียนรู้เป็นหัวใจ และ (7) มีการพึ่งพาตนเองของครอบครัว และชุมชนเป็นเป้าหมาย สอดคล้องกับงานวิจัยของณัฐพล

บัวเปลี่ยนสี และคณะ<sup>(6)</sup> ที่พบว่า ตัวชี้วัดความสำเร็จของวิสาหกิจชุมชน ได้แก่ ด้านผู้นำ รองลงมา ได้แก่ ด้านการผลิต ด้านแรงงาน ด้านการตลาด ด้านการเงิน หรือเงินทุน และด้านการบริหารจัดการ ตามลำดับ การดำเนินงานของวิสาหกิจชุมชนมีจุดแข็งในด้านความสามารถด้านการผลิต และสอดคล้องกับงานวิจัยของศิริพร เสียงจินดาภาว และเขมิกา แสนโสม<sup>(7)</sup> ที่ศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการวิเคราะห์ศักยภาพเพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์ชุมชนบนฐานทรัพยากร พบว่า เพื่อให้กลุ่มวิสาหกิจชุมชนได้เรียนรู้ตนเองในด้านต่างๆ ได้แก่ การกำหนดทิศทางของวิสาหกิจชุมชน การวางแผนการดำเนินงาน การดำเนินงานด้านการตลาด การวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน การบริหารสมาชิก เพื่อเป็นต้นแบบและแนวทางให้วิสาหกิจชุมชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาวิสาหกิจได้นำไปใช้มีดังนี้

1) การพัฒนาชุมชนให้สามารถประกอบอาชีพได้ด้วยการพัฒนาตัวเองนั้น ชุมชนต้องสามารถวิเคราะห์ศักยภาพของตนเอง และมีความพยายามในการนำทรัพยากรในชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยสมาชิกในชุมชนต้องสามารถทำการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคของชุมชนตนเอง เพื่อให้เห็นถึงสภาพปัญหา อันจะนำไปสู่การพัฒนาผลิตภัณฑ์ของตนโดยเน้นการพึ่งพาตนเอง

2) แนวทางในการแก้ปัญหาและพัฒนาสู่ความเข้มแข็งของชุมชน จะต้องเริ่มจากการสร้างกลุ่มให้มีความเข้มแข็ง มีผู้นำที่มีความสามารถเป็นที่ยอมรับของชุมชนควรดำเนินการเพื่อช่วยเหลือกันในลักษณะเครือข่ายมีการบริหารเครือข่ายการพัฒนาความสัมพันธ์ของเครือข่าย เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันของสมาชิกในกลุ่มทั้งในเชิงสังคมและเชิงธุรกิจ และสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงาน เพื่อสร้างอำนาจต่อรองด้านต่างๆ อีกทั้งยังต้องได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐในการสร้างเครือข่ายวิสาหกิจชุมชน และสร้างตลาดในท้องถิ่น อันจะส่งผลต่อการสร้างรายได้ของชุมชนท้องถิ่น เกิดความมั่นคงในอาชีพ ทำให้คนในชุมชนสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของครอบครัวให้ดีขึ้น

การสร้างรายได้ดังกล่าวก่อให้เกิดแหล่งอาหารที่สำคัญของชุมชนจากฐานทรัพยากรที่ชุมชนมีอยู่ สอดคล้องกับงานวิจัยของนิสรัตน์ จุลวงศ์<sup>(8)</sup> ศึกษาวิจัยเรื่องการจัดการท่องเที่ยวโดยชุมชน วิสาหกิจชุมชนท่องเที่ยวเชิงเกษตร

ล่องเรือชมสวนเลียบคลองมหาสวัสดิ์ อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม พบว่า การจัดการท่องเที่ยวโดยชุมชนอยู่บนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน มีการกระจายรายได้ที่เป็นธรรม ใช้ทรัพยากรการท่องเที่ยวภายในชุมชนเพื่อจัดการท่องเที่ยว และการท่องเที่ยวของชุมชนมุ่งสร้างจิตสำนึกในการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและวิถีชีวิตของชุมชนควบคู่ไปกับการท่องเที่ยวโดยชุมชน โดยปัจจัยสำคัญที่จะสามารถพัฒนาชุมชนให้เป็นแหล่งท่องเที่ยวที่ยั่งยืน ได้แก่ การสร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน โดยชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านการท่องเที่ยวใน 4 ขั้นตอน คือ (1) การมีส่วนร่วมในการวางแผน ทั้งการวางแผนด้านบุคลากร ด้านการจัดการการท่องเที่ยวและการวางแผนการตลาด (2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของวิสาหกิจชุมชน (3) การมีส่วนร่วมในการประสานงานทั้งจากภายในและภายนอกชุมชน และ (4) การมีส่วนร่วมในการควบคุมการดำเนินงาน ซึ่งรวมถึงมีการกระจายรายได้จากการท่องเที่ยวอย่างโปร่งใสและเป็นธรรม

### ส่วนที่ 3 ระบบชุมชนอาหารเพื่อสุขภาพ: ต้นแบบนวัตกรรม การขับเคลื่อนชุมชนอาหารเพื่อสุขภาพ

อันประกอบไปด้วยการขับเคลื่อนทั้งระบบ ตั้งแต่ต้นน้ำ (ต้นแบบการผลิต) กลางน้ำ (ต้นแบบการจัดจุดเชื่อมโยง) และปลายน้ำ (ต้นแบบการพัฒนาผู้ประกอบการ) ตลอดจนความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ รวมถึงการสร้างคุณค่าเป็นมูลค่า เพื่อพัฒนานวัตกรรม พัฒนาคน ส่งเสริมภาคีเครือข่าย พัฒนาพื้นที่ และพัฒนาฐานข้อมูล สอดคล้องกับงานวิจัยของศิรินคร เลียงจินดาภาว และเขมิกา แสนโสม<sup>(7)</sup> ที่ศึกษาวิจัยเรื่องรูปแบบการวิเคราะห์ศักยภาพเพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์ชุมชนบนฐานทรัพยากร พบว่า แนวทางการแก้ปัญหาและพัฒนาวิสาหกิจชุมชนให้สอดคล้องกับการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส อุปสรรค ที่ผ่านการวิเคราะห์จากคณะผู้วิจัยและจากชุมชนที่เป็นเจ้าของวิสาหกิจประกอบด้วยประเด็นในการพัฒนา และกระบวนการพัฒนา ดังต่อไปนี้ (1) การบริหารเครือข่ายกลุ่มผู้ผลิต (2) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือขององค์กรเพื่อส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน และ (3) การพัฒนาด้านการตลาด ผู้ผลิตจำเป็นต้องเปลี่ยนแนวคิดจากการผลิตนำการตลาด มาเป็นการตลาดนำการผลิต หน่วยงานภาครัฐจะต้องสนับสนุนในการจัดหาสถานที่เพื่อสนับสนุนการแสดงผลสินค้าของชุมชน และสอดคล้องกับ

งานวิจัยของนุชนาถ ทับครุฑ, ศุภพิชญธน์ บุญเกื้อ และอรอนงค์ อ่ำภา<sup>(9)</sup> ที่ทำการวิจัยเรื่องการพัฒนาวิสาหกิจชุมชนในจังหวัดตรังเพื่อเพิ่มโอกาสความสำเร็จ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาวิสาหกิจชุมชนในจังหวัดตรังให้ประสบความสำเร็จมี 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยภายในองค์กร และปัจจัยภายนอกองค์กร ดังนี้

**ปัจจัยภายในองค์กร** (1) การบริหารจัดการกลุ่มประธาน คณะกรรมการและสมาชิกกลุ่มเป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่สำคัญ มีประสบการณ์ในการทำงานและมีการแบ่งหน้าที่กันทำชัดเจนไม่ว่าจะเป็นการติดต่อประสานงาน ติดต่อกการตลาด สมาชิกในกลุ่มเป็นผู้ที่มีความสามารถมีทักษะและมีความชำนาญ จึงทำให้สามารถช่วยกันบริหารจัดการได้เป็นอย่างดี เป็นกลุ่มที่มีความเข้มแข็ง หากเกิดปัญหาขึ้นในกลุ่ม คณะกรรมการจะร่วมกันแก้ปัญหาให้สำเร็จลุล่วงไป (2) การมีส่วนร่วมของสมาชิก การเปิดโอกาสให้สมาชิกได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มทุกกระบวนการ มีการร่วมกันคิด ร่วมกันปฏิบัติงานตามที่กลุ่มกำหนด มีการร่วมกันแก้ไขปัญหาและอุปสรรค สมาชิกทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอต่างๆ เพื่อให้เป็นแนวทางการดำเนินงานของกลุ่ม (3) การส่งเสริมการเรียนรู้ มีการพัฒนากระบวนการผลิตอย่างสม่ำเสมอโดยการฝึกทักษะจากการฝึกอบรม และศึกษาดูงานที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดขึ้น และ (4) ด้านผลิตภัณฑ์ กลุ่มมีการพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่มีเอกลักษณ์เพื่อให้ผลิตภัณฑ์ของทางกลุ่มเป็นเอกลักษณ์

**ปัจจัยภายนอกองค์กร** (1) การสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก ได้รับการสนับสนุนในการดำเนินกิจกรรมในด้านต่างๆ จากหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานเกษตรจังหวัด สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัด สำนักงานพาณิชย์จังหวัด (2) เงินทุน ได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐแบบทุนให้เปล่า มีการสร้างอาชีพและสร้างรายได้ให้กับคนในชุมชน และ (3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น มหาวิทยาลัย หน่วยงานภาครัฐ เข้ามาร่วมกันพัฒนาผลิตภัณฑ์ให้มีความหลากหลายมากขึ้น และช่วยกันทำวิจัยในการพัฒนาผลิตภัณฑ์

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. ด้านการบริหารจัดการกลุ่มและสมาชิก วิสาหกิจชุมชน น. อักเนส สถาบันเกษตรแบ่งปัน ควรพัฒนาไปสู่การจดทะเบียนเป็นวิสาหกิจเพื่อสังคมต่อไป

2. ด้านการตลาดและลูกค้าวิสาหกิจชุมชน น. อักเนส สถานีเกษตรแบ่งปัน ควรพัฒนารูปแบบการจัดจุดเชื่อมโยงให้มีความหลากหลายมากยิ่งขึ้น พัฒนารูปแบบและโปรโมชั่นต่างๆ ตลอดจนการขายสินค้าแบบออนไลน์

**แนวทางการพัฒนาวิสาหกิจชุมชน น. อักเนส สถานีเกษตรแบ่งปัน**

1. ขยายเครือข่ายความร่วมมือ ขยายการผลิตและแปรรูปผลิตภัณฑ์จากเกษตรอินทรีย์ให้มีความหลากหลายมากยิ่งขึ้นเพื่อรองรับความต้องการของตลาด

2. ปรับปรุงและพัฒนาบรรจุภัณฑ์ให้ตอบสนองความต้องการของผู้บริโภค

3. เพิ่มช่องทางการตลาดให้มากยิ่งขึ้น

**ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

การวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาและวิเคราะห์ถึงองค์ความรู้สมัยใหม่ การพัฒนาความสามารถในการ

บริหารจัดการ การผลิต การตลาดของผลิตภัณฑ์ชุมชนศึกษารูปแบบของการบริหารจัดการชุมชนอื่น เพื่อกำหนดทิศทางในการส่งเสริมการบริหารจัดการผลิตภัณฑ์ และสินค้าชุมชนในบริบทของตนเอง

**กิตติกรรมประกาศ**

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ (สำนัก 5) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้โอกาสในการศึกษาครั้งนี้และให้การสนับสนุนทุนการวิจัยตลอดโครงการ และขอขอบคุณผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของโครงการทุกท่านที่ได้ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์

**เอกสารอ้างอิง**

1. กาญจนา รอดแก้ว, ฤชงค์ เสนานุช, รมรงค์ จันได. การศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายการพัฒนาเศรษฐกิจฐานรากเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2563.
2. อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, พิมพิมล วงศ์ไชยา. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม: ลักษณะสำคัญและการประยุกต์ใช้ในชุมชน. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2560;36(6):192-202.
3. สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา. องค์ความรู้การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม: การขับเคลื่อนนโยบายจากระดับชาติสู่การขับเคลื่อนในระดับพื้นที่. กรุงเทพมหานคร: สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา; 2564.
4. พงษ์ศักดิ์ เพชรสถิต. ทุนทางสังคมกับการขับเคลื่อนธุรกิจชุมชนในเขตตำบลเสม็ด อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาโลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ 2562;14(3):232-44.
5. วิสาหกิจชุมชน สำนักงานเกษตรอำเภอเมืองสระบุรี. ลักษณะสำคัญของวิสาหกิจชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 11 ก.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: <http://mueang.saraburi.doae.go.th/visahakit/visahakit.html>
6. ณัฐพล บัวเปลี่ยสนี่, ปรีดาพร อารักษ์สมบุญ, นิชชัญญา นราฐปนนท์. การพัฒนาศักยภาพของวิสาหกิจชุมชนเพื่อสร้างความเข้มแข็งอย่างยั่งยืน กรณีศึกษาวิสาหกิจชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ 2560;1(1):43-9.
7. ศิรินทร เลียงจินตมากร, เขมิกา แสนโสม. รูปแบบการวิเคราะห์ศักยภาพเพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์ชุมชนบนฐานทรัพยากร. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม; 2560.
8. นิสารัตน์ จุลวงศ์. การจัดการการท่องเที่ยวโดยชุมชน วิสาหกิจชุมชนท่องเที่ยวเชิงเกษตรร่องเรือชมสวนเลียบคลองมหาสวัสดิ์ อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม [วิทยานิพนธ์หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2553. 155 หน้า.
9. นุชนาด ทับครุฑ, ศุภพิชญาณ์ บุญเกื้อ, อรอนงค์ อ่ำภา. การพัฒนาวิสาหกิจชุมชนในจังหวัดตรังเพื่อเพิ่มโอกาสความสำเร็จ. สงขลา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย; 2563.

## The Design and Synthesis of Community Economic Models Driven by Community Enterprise: a Case Study of Community Supported Agriculture at St. Agnes Organic Station, Ratchaburi Province

*Wuttichai Ongnawa, Pichet Runglawan*

*CSA. St. Agnes Organic Station, Ratchaburi Province, Thailand*

---

### Abstract

The objectives of this research were to study the community economic development model driven by community enterprises and create a prototype model to drive the community food economy with the management of community enterprises at St. Agnes Organic Station by using the lesson learned, management of resources and organizations through the process of group meetings. It was conducted by applying the development model of the community economic system for healthy food of the prototyped community enterprise into action. There was a systematic performance evaluation with an expectation to extend and develop other target communities for sustainability and achieving further success. The results showed that the community economy development model driven by community enterprises at St. Agnes Organic Station was based on the “shared agriculture model” which mean the design of a community food economy system for supporting the drive of an integrated food system throughout the chain. The focus was placed on integrating upstream (production), midstream (connection points), and downstream (consumption sources), as well as integrating life contexts by age level, among normal/vulnerable people. Moreover, community cultures became “healthy food community developing a community economic system” towards food citizen with a sustainable food system based on organic farming methods. These were community pastoral cares to proclaim the good news in a new way with the principle of “love” according to Christian teachings on the way of life as community way with the attitude of first loving oneself properly, then loving others rightly”. In addition, production and consumption of healthy food were initiated under the slogan that “shared agriculture, eat well, and live sufficiency”, as well as the aspect of management which consisted of a healthy food community system. This was an innovative model for driving healthy food communities in upstream, midstream, and downstream effects by relying on cooperation from the public, private and civil society sectors to develop people, innovations, networks, and area databases. This would lead to the prototype of community economic system/management. It was based on research and development including being a learning community managed by community enterprises or social enterprises with income distributed to members and food producer networks for the healthiness of farmers, entrepreneurs, and networks of producers of fruits, vegetables, and organic agricultural products processing managed in the form of community enterprise. Besides,

an important part of driving and extending results was the arrangement of connection points and meeting points for institutional consumers/regular consumers and general consumers using the principles of the shared agricultural model system to help drive the community and to promote healthy food community to food citizen.

**Keywords:** model; drive; community economy; community enterprise; community food

# ถอดบทเรียนแนวทางการบริหารจัดการของกรมควบคุมโรค และภาคีเครือข่ายกระทรวงสาธารณสุขในการรับมือโรคไวรัสโคโรนา 2019

ณานี แสงสง่า

สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค จังหวัดนนทบุรี

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนการรับมือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และเพื่อศึกษาการบริหารจัดการของภาครัฐและการดำเนินการต่างๆ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการควบคุมโรคในภาวะฉุกเฉิน โดยศึกษาการระบาดของโรคโควิด 19 ตั้งแต่ระลอกที่ 1 จนถึงระลอกที่ 4 การจัดการวัคซีนที่มีจำนวนจำกัดในช่วงแรก การตอบโต้ข้อมูลข่าวสารเพื่อเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน และการเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ โดยเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพในมุมมองของผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในระดับต่างๆ เก็บข้อมูลโดยศึกษาเอกสาร สื่อต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน รวม 38 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขจะต้องระดมสรรพกำลังจากภาควิชาการ ทั้งโรงเรียนแพทย์และนักวิชาการเพื่อเร่งทำความเข้าใจกับโรคโดยเร็ว เพื่อที่จะได้ออกมาตรการได้อย่างทันที่และเหมาะสม โดยเฉพาะการออกมาตรการที่มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม และกระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องให้ความรู้แก่ประชาชนโดยเร็ว รวมไปถึงความชัดเจนโปร่งใสในการบริหารจัดการคน เงิน และสิ่งของ

คำสำคัญ: ถอดบทเรียน; โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019; การควบคุมโรคในภาวะฉุกเฉิน

วันรับ: 23 ม.ค. 2566

วันแก้ไข: 15 ก.พ. 2566

วันตอบรับ: 21 ก.พ. 2566

## บทนำ

วิกฤตการณ์ความร้ายแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ที่ได้รับการประกาศจากองค์การอนามัยโลกให้เป็นการระบาดใหญ่ทั่วโลก<sup>(1)</sup> และกลายเป็นปัญหาสำคัญที่มีผู้ติดเชื้อเป็นจำนวนมาก เกิดความสูญเสียทั้งชีวิต กระทบวิถีชีวิตของผู้คน และก่อความเสียหายต่อระบบเศรษฐกิจอย่างรุนแรงแก่ทุกประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยที่แม้ว่าจะประสบความสำเร็จในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ได้

ในระยะเริ่มแรก แต่ต่อมาก็เกิดการแพร่ระบาดอย่างรุนแรงและต่อเนื่องในพื้นที่ทั่วประเทศจนส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ และการดำรงชีวิตเป็นอย่างมาก<sup>(2)</sup> อีกทั้งการที่โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ ทำให้การควบคุมป้องกันจนไปถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยไม่ได้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพประสิทธิผลอย่างที่ต้องการ รัฐบาลและหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนได้มีการร่วมมือกันเพื่อศึกษาทำความเข้าใจกับโรคโควิด 19 เพิ่มมากขึ้น ตั้งแต่การศึกษาสายพันธุ์ของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เปรียบเทียบกับตัวไวรัสที่ระบาดในเมืองอู่ฮั่น จนไปถึงการศึกษาอาการ

ของคนป่วยเป็นโรคโควิด 19 พร้อมๆ กับออกมาตรการ และข้อแนะนำต่างๆ ที่ถูกกำหนดขึ้นเพื่อเป็นแนวทางการรับมือของการระบาดในประเทศไทยให้ได้ทั้งในระยะสั้น จนไปถึงระยะยาว

ประเทศไทยเป็นประเทศแรกที่มีรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นอกพื้นที่สาธารณรัฐประชาชนจีนเมื่อวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2563<sup>(3)</sup> โดยมีการพบเชื้อจากผู้เดินทางท่องเที่ยวจากเมืองอู่ฮั่น ทำให้กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีหน้าที่โดยตรงในการป้องกันและควบคุมโรคระบาดของประเทศไทย และมีประสบการณ์ในการรับมือโรคระบาดมาตลอด ไม่ว่าจะเป็นโรคซาร์ส ไวรัสอีโบล่า ไข้หวัดนก ฯลฯ โดยได้มีการเตรียมความพร้อม ร่วมกับการสร้างความร่วมมือกับภาคีภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทำให้มีข้อมูลมากพอในการทำการคัดกรอง ตรวจจับและจัดกลไกรับมือกับโรคโควิด 19 ได้อย่างรวดเร็ว พร้อมทั้งเป็นแกนกลางในการวางแผน ประสานงานในการป้องกันและควบคุมโรค การระดมกำลังจากหน่วยงานทุกระดับ ทั้งระดับกระทรวง ระดับพื้นที่ จนไปถึงระดับชาติ เพื่อที่จะให้ความรู้ในมิติต่างๆ การคัดกรองผู้ป่วยโควิด 19 เชิงรุก มีการตั้ง “ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เรียกย่อว่า “ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด 19” หรือ “ศบค.”<sup>(4)</sup> เพื่อกำหนดนโยบายและมาตรการเร่งด่วนร่วมกันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ให้ความรู้แก่หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคธุรกิจรวมทั้งประชาชนให้เท่าทันสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 และในวันที่ 22 มกราคม พ.ศ. 2563 กระทรวงสาธารณสุข ได้ยกระดับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินเป็นระดับ 3 เพื่อติดตามสถานการณ์โรคทั้งในประเทศ และต่างประเทศ<sup>(5)</sup> รวมถึงบริหารจัดการทรัพยากร มีการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินการกิจกรรมทุกภาคส่วน โดยเฉพาะทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามนโยบายประเทศไทย 4.0 หรือ Thailand 4.0 เช่น แอปพลิเคชันหมอพร้อม และแอปพลิเคชันหมอชนะ ระบบการส่งต่อยา และผู้ป่วย จนไปถึงระบบ telemedicine ที่เป็นการให้บริการทางไกลซึ่งเป็นการยกระดับการให้บริการประชาชน พัฒนาช่องทางบริการที่รวดเร็วและง่ายขึ้น ลดการแออัดในโรงพยาบาล และเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบ

การเฝ้าระวังค้นหาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มาจากต่างประเทศ จนได้รับการยอมรับและชื่นชมจากทั่วโลกถึงศักยภาพในการรับมือวิกฤตการณ์ครั้งนี้ได้อย่างได้ผลมากที่สุด<sup>(6)</sup>

แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะประสบผลสำเร็จในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในภาพรวม แต่ปัญหาที่เกิดจากการแพร่ระบาดได้สร้างผลกระทบอย่างมากต่อบุคลากรทางสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรสาธารณสุขที่ถือว่าเป็นบุคลากรด่านหน้าในการแก้ปัญหาซึ่งมีความเสี่ยงต่อการสัมผัสกับเชื้อโรคได้ง่าย มีชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน มีโอกาสต้องกักตัวเพิ่มมากขึ้น ซึ่งทำให้เกิดภาวะความบีบคั้นทางใจ เกิดความเครียด เหนื่อยล้า ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจทั้งในระยะสั้นและระยะยาว แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีมาตรการการ จัดตารางเวรให้เหมาะสมกับงาน การจัดสรร อุปกรณ์ป้องกันชุด personal protective equipment (PPE) ที่มีคุณภาพและครอบคลุม มีการจัดระเบียบหมอนเวียน เพื่อลดภาระงาน ลดความเสี่ยง และมีกระบวนการกิจกรรม ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงได้มีการเฝ้าระวัง เพื่อควบคุมการแพร่ระบาดแม้ส่วนใหญ่จะได้รับวัคซีนแล้วก็ตาม แต่ก็ยังมีข้อจำกัดเรื่องอัตรากำลัง จึงทำให้มีปริมาณงานที่หนักที่ส่งผลต่อความเครียดสะสม<sup>(7)</sup>

ในขณะที่เดียวกันมาตรการเพื่อช่วยเหลือและเยียวยา ผู้ที่ได้รับผลกระทบของโรคโควิด 19 ที่เกิดขึ้นในวงกว้าง และมีความรุนแรง ถึงแม้ว่ารัฐบาลจะดำเนินการเพื่อเยียวยาช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องแต่ก็ยังไม่เพียงพอที่จะช่วยเหลือ และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ครอบคลุมทุกภาคส่วน โดยเฉพาะกลุ่มภาคธุรกิจรายย่อยในเมือง อาทิ ธุรกิจการท่องเที่ยว ธุรกิจค้าปลีก และธุรกิจร้านอาหารที่โดนผลกระทบจากประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักรตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2563 ที่มีการสั่งปิดสถานที่เป็นการชั่วคราว หรือการระงับการให้บริการของสถานบริการต่างๆ จนไปถึงการงดกิจกรรมการแข่งขันกีฬา และงานอบรมสัมมนา เป็นต้น<sup>(8,9)</sup> ในขณะที่เดียวกันแนวทางการจัดหางบประมาณรายจ่าย ในกระบวนการงบประมาณปกติจะต้องอาศัยระยะเวลาดำเนินการซึ่งอาจจะไม่ทันต่อการรับมือกับผลกระทบจากสถานการณ์การระบาด โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายด้าน

สาธารณสุขเพื่อตอบสนองต่อการระบาดของโรคโควิด 19 ในปี พ.ศ. 2563 ถึงปี 2565 เป็นจำนวนรวมทั้งสิ้น 444,294 ล้านบาท ซึ่งมาจากงบกลางและงบเงินกู้ ครอบคลุมวงเงิน 1 ล้านล้านบาท และ 5 แสนล้านบาท<sup>(9,10)</sup>

จากสภาพการณ์ ปัญหา ผลสำเร็จและผลกระทบดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้วิจัยต้องการที่จะศึกษาบทเรียน การเรียนรู้แนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการ ภาครัฐในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนกำหนด นโยบายพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐที่เอื้อต่อ ความสำเร็จในการดำเนินการด้านระบบสุขภาพ และเพื่อเป็น แนวทางในการจัดการในสถานการณ์สภาวะวิกฤตการณ์แพร่ ระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่อื่นๆ ต่อไปอย่างเหมาะสม

## วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ และ การวิเคราะห์เชิงเอกสาร ที่ประกอบไปด้วยการใช้ข้อมูล เชิงคุณภาพเพื่อศึกษาบทเรียนการดำเนินการของกระทรวง สาธารณสุข และการสังเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแนวทาง การบริหารจัดการของภาครัฐในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) โดยใช้การ สังเกตแบบมีส่วนร่วม (participation observation) การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) และ การวิเคราะห์หลังปฏิบัติ (after action review: AAR) โดยจะนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะเชิงพรรณนา และ พรรณนาวิเคราะห์ (analytical description) โดยผู้วิจัย ลงพื้นที่เก็บ ข้อมูลภาคสนามรวมถึงหาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง กับการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ในมุมมองของ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในระดับต่างๆ ภาคีเครือข่าย ที่เกี่ยวข้อง จนไปถึงประชาชนทั่วไป

### ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ผู้วิจัยกำหนดผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informants) เพื่อทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยมีเกณฑ์ในการเลือก ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ ต้องเป็นผู้ที่มีความเกี่ยวข้อง และ มีความรู้ความเข้าใจในโรคโควิด 19 และมาตรการ ที่เกี่ยวข้อง จนไปถึงมีความเข้าใจในกระบวนการการทำงาน ด้านการป้องกันและแนวทางการรักษาโรคโควิด 19 ผู้ให้

ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วย 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้บริหาร กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มผู้บริหารศูนย์ปฏิบัติการภาวะ ฉุกเฉินทางสาธารณสุข กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และ ทางสาธารณสุข กลุ่มผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงผู้ที่มี ส่วนร่วมในการดูแลจัดการโควิด 19 รวมทั้งสิ้น 38 คน ซึ่งในการสัมภาษณ์นี้ได้ใช้แนวคำถามปลายเปิดเพื่อ เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถตอบคำถามได้อย่างอิสระ

### นิยามศัพท์เฉพาะ

1. โรคโควิด 19 (COVID-19) หมายถึง โรคติดต่อ อุบัติใหม่ ซึ่งเกิดจากไวรัสโคโรนาชนิดที่มีการค้นพบล่าสุด ไวรัสและโรคอุบัติใหม่นี้ไม่เป็นที่รู้จักเลยก่อนที่จะมี การระบาดในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ในเดือนธันวาคมปี ค.ศ. 2019 ขณะนี้โรคโควิด 19 มีการระบาดใหญ่ไปทั่ว ส่งผลกระทบต่อหลายประเทศทั่วโลก<sup>(10)</sup>

2. การเฝ้าระวังและตอบโต้ความเสี่ยงโรคโควิด 19 หมายถึง การรับรู้สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 อย่างทันท่วงทีและจัดการปัญหาในประเด็นข่าวสารข้อมูล ที่เกี่ยวข้องได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) หมายถึง เป็นความสามารถทางปัญญา (การคิด พิจารณา ไตร่ตรอง เลือกด้วยตนเอง) และสังคม ในระดับปัจเจกชนที่รอบรู้ แดกฉานด้านสุขภาพ จนสามารถถ่วงถ่วง ประเมินและ เลือกปรับ นำไปสู่การตัดสินใจด้วยความเฉียบคมที่จะเลือกรับ ผลลัพธ์สุขภาพ สุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ เลือกใช้บริการสุขภาพที่เหมาะสมกับตัวเอง<sup>(11)</sup>

4. ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Emergency Operation Center: EOC) หมายถึง การ ปฏิบัติงานร่วมกันของกลุ่มภารกิจที่เกี่ยวข้องกับ สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ภายใต้ระบบ บัญชาการเหตุการณ์ เพื่อสนับสนุนการบริหารสั่งการ ประสานงาน แลกเปลี่ยนข้อมูล และทรัพยากรให้เกิดขึ้น อย่างสะดวกรวดเร็ว

5. ระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Incident Command System: ICS) หมายถึง ระบบ บัญชาการเหตุการณ์ในการบริหารจัดการเหตุการณ์หรือ ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขที่เกิดขึ้นทุกประเภท ทั้งในภาวะปกติ ภาวะฉุกเฉิน และสาธารณภัยหรือภัยพิบัติ

6. ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 (ศบค.) (Center for COVID-19 Situation Administration: CCSA) ตั้งอยู่ที่สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี ในทำเนียบรัฐบาลหรือสถานที่อื่นตามที่นายกรัฐมนตรีกำหนด และขึ้นตรงต่อนายกรัฐมนตรี มีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน

## ผลการศึกษา

### ตอนที่ 1 บทเรียนการระบาดของโรคโควิด-19 การเรียนรู้และการเตรียมความพร้อมในการรับมือโรคอุบัติใหม่

การแพร่ระบาดของโควิด 19 ในประเทศไทยเริ่มตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2563 จนถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565 และมีการยกเลิกโรคโควิด 19 จากที่เป็น “โรคติดต่ออันตราย” ให้กลายเป็น “โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง” ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 เป็นต้นมา สามารถแบ่งการระบาดเป็น 4 ระลอกสรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ที่เกิดขึ้นในประเทศไทยนั้นเริ่มต้นมาตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2563 ซึ่งพบผู้ติดเชื้อรายแรกในประเทศไทยเมื่อวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2563 หลังจากนั้นได้มีผู้ป่วยติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง<sup>(12)</sup> จนรัฐบาลได้ประกาศให้โรคโควิด 19 (โควิด 19) เป็นโรคติดต่ออันตราย มีผล 1 มีนาคม พ.ศ. 2563 ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด 19 (ศบค.) รัฐบาลได้ใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินเมื่อวันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2563 และประกาศเคอร์ฟิวระหว่าง 22.00-04.00 น. ในวันที่ 3 เมษายน พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2563 มีการสั่งปิดพื้นที่เสี่ยงทั้งในจังหวัดกรุงเทพมหานครและจังหวัดอื่นๆ ทำให้สามารถควบคุมการแพร่เชื้อไวรัสได้ชั่วคราว เนื่องจากภายหลังการสั่งปิดพื้นที่ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร มีรายงานผู้ป่วยจังหวัดต่างๆ เพิ่มขึ้นตามการเคลื่อนย้ายข้ามพื้นที่ของประชาชนที่เดินทางกลับสู่ภูมิลำเนา โดยในช่วงแรกๆ ผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มคนที่เดินทางมาจากต่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุขได้รายงานผลการระบาดระลอกแรก (มกราคม พ.ศ. 2563 - 14 ธันวาคม พ.ศ. 2563) ว่ามี

ผู้ป่วยทั้งสิ้น 4,237 คน และมีการเสียชีวิตทั้งสิ้น 60 คน คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเท่ากับร้อยละ 1.42

ในระยะแรกของการระบาด กรมควบคุมโรคที่เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงในการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินได้ทำความร่วมมือประสานข้อมูลกับกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (DE) ต่อมากรมอนามัยและหน่วยงานของกระทรวง DE ได้มีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ความเสี่ยงเพื่อความรู้ด้านสุขภาพ (Risk Response for Health Literacy Center: RRHL)<sup>(13)</sup> ขึ้นเพื่อตอบโต้ข่าวปลอมและให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชนและองค์กรภาคเอกชน โดยเฉพาะเรื่องของการฉีดวัคซีนชนิดต่างๆ และได้แบ่งการเฝ้าระวัง ตรวจจับ การระบาด และติดตามแนวโน้มของการเกิดโรคโควิด 19 ในประชาชน 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มเป้าหมายที่มีอาการเข้าได้กับนิยามโรค (2) กลุ่มประชาชนตามพื้นที่เสี่ยง เช่น จุดคัดกรองและด่านเข้า-ออกระหว่างประเทศ และ (3) การเฝ้าระวังในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะหรือพื้นที่เฉพาะ โดยในระยะแรกการตรวจหาการติดเชื้อจะเก็บตัวอย่างและดำเนินการตรวจในห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลด้วยวิธีตรวจแบบ reverse transcription polymerase chain reaction (RT-PCR) ซึ่งตรวจหาเชื้อจากสารคัดหลั่งที่ป้ายเก็บจากบริเวณโพรงหลังจมูกและคอ หรือตรวจจากเสมหะในรายที่มีปอดติดเชื้อ<sup>(14)</sup>

เหตุการณ์การแพร่ระบาดระลอกแรกที่สำคัญ เริ่มต้นคือกระทรวงการต่างประเทศเปิดให้แรงงานไทยที่ลักลอบทำงานผิดกฎหมายในประเทศเกาหลีใต้ที่ต้องการเดินทางกลับประเทศไทยโดยสมัครใจ เกิดมาตรการคุมเข้มที่บุคคลกลุ่มนี้ต้องกักตัวในสถานที่ควบคุมโรคของรัฐ (state quarantine) หากใครที่ไม่มีอาการให้ปฏิบัติตามมาตรการกักตัวที่บ้าน (home quarantine) สังเกตอาการตนเอง 14 วัน แต่บางคนไม่ปฏิบัติตาม จนสังคมถามหาความรับผิดชอบ

ต่อมามีการติดเชื้อแบบเป็นกลุ่มก้อนครั้งแรกจากกลุ่มผู้สัมผัสในสถานบันเทิงย่านทองหล่อ และตามมาด้วยเหตุการณ์การติดเชื้อขนาดใหญ่ของประเทศไทยจากการร่วมกิจกรรมที่สนามมวยลุมพินี เชื่อมโยงกับสนามมวยหลายแห่งในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล คาดว่าครั้งนั้นจะมีผู้สัมผัสมากกว่า 5,000 คน ตามมาด้วยกลางเดือน

มีนาคมเกิดประเด็นที่สถานเอกอัครราชทูตไทย ณ กรุง- กัวลาลัมเปอร์ ออกประกาศด่วนให้คนไทย จำนวน 132 คน ที่เข้าร่วมกิจกรรมชุมนุมผู้เผยแพร่ศาสนา ของกลุ่มดะวะฮ์ตบลิฆ (Dawah Tabligh) หรือกลุ่มดะวะฮ์ เข้าพบแพทย์ ณ โรงพยาบาลใกล้บ้าน หลังพบผู้ติดเชื้อ อยู่ในกลุ่มผู้ไปร่วมกิจกรรม จากหลายๆ เหตุการณ์ ทำให้ จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่พุ่งไม่หยุดโดยเฉพาะในเมืองใหญ่ เช่น กรุงเทพมหานครและปริมณฑล เป็นที่มาของมาตรการ ที่เข้มงวด ทั้งการประกาศพระราชกำหนดการบริหารราชการ ในสถานการณ์ฉุกเฉิน การปิดพื้นที่เสี่ยง การประกาศ เคอร์ฟิว แนวทางเพิ่มระยะห่างของสังคม มาตรการทำงาน ที่บ้าน (work from home) และการประกาศ lockdown กรุงเทพมหานคร ซึ่งเกิดผลกระทบกับเจ้าของกิจการ และลูกจ้าง รวมถึงแรงงานต่างด้าว ที่ไม่ได้มีภูมิสำเนา อยู่ในกรุงเทพมหานครเดินทางกลับบ้าน คาดการณ์กันว่า ในช่วงเหตุการณ์ดังกล่าวน่าจะมีผู้เดินทางออกจาก กรุงเทพมหานครและปริมณฑล เพื่อกลับสู่ภูมิลำเนาหรือ ประเทศของตนเป็นจำนวนหลักแสนคนในช่วงเวลาไม่กี่วัน หลังการประกาศ เป็นที่มาที่กระทรวงมหาดไทยได้สั่งการ ให้แต่ละจังหวัดทำแผนป้องกันโรคระดับชุมชนหมู่บ้านและ มาตรการรองรับคนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่เดินทางกลับภูมิลำเนา โดยให้นายอำเภอแต่งตั้งทีมดูแล ประกอบด้วยกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ ผู้ช่วยสารวัตร และ ที่สำคัญ คือ อสม.<sup>(15)</sup>

ในการระบาดระลอกสองและระลอกสาม (15 ธันวาคม พ.ศ. 2563 - 31 มีนาคม พ.ศ. 2564 และ 1 เมษายน - 30 มิถุนายน พ.ศ. 2564) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นแรงงาน ข้ามชาติชาวเมียนมาซึ่งมีที่พักอาศัยและทำงานอยู่ใน จังหวัดสมุทรสาคร โดยพบการแพร่ระบาดอย่างหนัก ที่ตลาดกลางกุ้ง รัฐบาลได้มีการตั้งโรงพยาบาลสนาม ขนาดใหญ่และขนาดกลางหลายแห่งในจังหวัดเพื่อ ดำเนินการคัดแยกผู้ติดเชื้อออกมารักษา ร่วมกับการระดม กำลังเจ้าหน้าที่ทั้งจากส่วนกลางและท้องถิ่นค้นหาเชิงรุก ภายในชุมชน เกิดจุดเริ่มต้นของมาตรการ Bubble & Seal ในช่วงปลายเดือนมกราคมต่อกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 โดย Seal ใช้กับโรงงานที่พนักงานสามารถพักในโรงงานได้ ส่วน Bubble ใช้กับโรงงานที่พนักงานพักอยู่นอกโรงงาน แต่จะควบคุมให้พนักงานไป-กลับโรงงาน-หอพักเท่านั้น

ด้วยหลากหลายมาตรการที่มีการประเมินและปรับใช้ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ จึงทำให้การควบคุมสถานการณ์ ในจังหวัดสมุทรสาครเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ หยุดการระบาดระลอกสองและสามารถกลับสู่สภาวะปกติ ได้อย่างรวดเร็ว โควิด 19 กลับมาระบาดระลอกสามอีกครั้ง ช่วงต้นเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 โดยแพร่กระจายกลุ่ม พนักงานและนักเที่ยวสถานบันเทิงย่านทองหล่อ และพบว่าเป็นการระบาดของโควิด 19 สายพันธุ์อังกฤษ (B.1.1.7) โดยการระบาดจากสายพันธุ์นี้มีความรุนแรงของโรคสูง ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดอย่างรวดเร็วและหลายรายเสียชีวิต ภายใน 1 สัปดาห์ แม้ว่าการระบาดรอบนี้จะเกิดขึ้นในช่วง ใกล้กับวันหยุดสงกรานต์ แต่ด้วยความกังวลต่อภาวะ ทางเศรษฐกิจที่ถดถอย ศบค. และกระทรวงสาธารณสุข จึงตัดสินใจไม่ห้ามการเดินทางข้ามพื้นที่ แต่ใช้วิธีขอ ความร่วมมือในการลดการเดินทางและงดการรวมกลุ่ม เมื่อไม่ได้ผลและมีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและเพิ่ม เป็นวงกว้าง ศบค. ได้มีมติให้ยกระดับมาตรการป้องกัน โรคโควิด 19 โดยประกาศให้ 6 จังหวัดได้แก่ กรุงเทพมหานคร สมุทรปราการ นนทบุรี ปทุมธานี ชลบุรี และเชียงใหม่ เป็น “พื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด” หรือ “พื้นที่สีแดงเข้ม” กำหนดระยะเวลาปิด-เปิดของห้างสรรพสินค้าและ ร้านสะดวกซื้อ ห้ามนั่งรับประทานอาหารที่ร้าน และ ห้ามเดินทางออกนอกเขตพื้นที่ ตั้งแต่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 และเมื่อกระทรวงสาธารณสุขยืนยันการพบ ผู้ติดเชื้อสายพันธุ์ Delta ที่ได้การกลายพันธุ์เป็นสายพันธุ์ Delta Plus ที่สามารถหลบภูมิคุ้มกันได้ภายในภายหลัง มาตรการควบคุมที่เข้มงวดต่างๆ จึงกลับมาใช้อีกครั้งและ เกิดเป็นการระบาดระลอกสี่ขึ้น การระบาดระลอกสองและ ระลอกสามนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้สรุปผลว่ามีผู้ป่วย ทั้งสิ้น 255,064 คน และมีการเสียชีวิตทั้งสิ้น 87 คน คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเท่ากับร้อยละ 0.34

ในการระบาดระลอกสี่ได้เริ่มต้นขึ้นในเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2564 ซึ่งผู้ป่วยส่วนมากจะเป็นผู้ที่ ติดเชื้อสายพันธุ์ Delta หรือ Delta Plus ซึ่งมีความ รุนแรงมากกว่าสองสายพันธุ์แรก อีกทั้งยังระบาดได้ง่าย และแสดงอาการอย่างรวดเร็ว มีการตรวจพบผู้ป่วย รายใหม่เพิ่มขึ้นถึง 5,000-6,000 คนต่อวัน และผู้ที่ป่วย มักจะพบโรคแทรกซ้อนที่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยหายใจ

จนในที่สุดรัฐบาลได้ประกาศให้ประชาชนในพื้นที่สีแดงเข้ม เลี่ยง จำกัด หรืองดเดินทางออกนอกเคสสถานโดยไม่จำเป็น ยกเว้นไปซื้ออาหาร ยา พบแพทย์ ไปฉีดวัคซีนโควิด มีการประกาศเคอร์ฟิวในช่วงเวลา 21.00-04.00 น. เป็นเวลา 14 วัน เว้นแต่จะได้รับอนุญาตจากพนักงานเจ้าหน้าที่ ห้ามรวมกลุ่มเกิน 5 คน/กิจกรรม จนไปถึงการขอให้หน่วยงานต่างๆ ทำงานที่บ้าน (work from home)<sup>(16)</sup> สาเหตุหลักที่การระบาดในระลอกสามและระลอกสี่ที่มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว และเป็นวงกว้าง เนื่องจากเป็นไวรัสกลายพันธุ์ มีการแพร่ระบาดได้ง่าย สายพันธุ์ใหม่ ทำให้ประสิทธิภาพของวัคซีนลดลง และเกิดการระบาดในชุมชน ครอบครัว และในองค์กร โดยหาที่ไปที่ไปของเชื้อไม่ได้ และจากปัญหาการแพร่ระบาดของโรคที่แพร่กระจายไปทั่วดังกล่าว ทำให้มีประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 ต้องการเข้ารับบริการตรวจหาเชื้อโควิด 19 เพื่อเข้าสู่การรักษาในสถานพยาบาลหรือจุดที่รัฐให้บริการ จนเกิดปัญหาการรอรับบริการที่มีประชาชนเข้าคิวยาวเหยียด โดยภายหลังกระทรวงสาธารณสุขจึงอนุมัติให้ใช้ชุดตรวจ antigen test kit (ATK) ในการตรวจคัดกรองเชื้อโควิด 19 เบื้องต้นได้ การระบาดระลอกสองถึงระลอกสี่นี้สรุปผลมีผู้ป่วยทั้งสิ้น 4,463,557 คน และมีการเสียชีวิตทั้งสิ้น 30,143 คน คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเท่ากับร้อยละ 0.68<sup>(17)</sup>

การระบาดแต่ละครั้งตั้งแต่ระลอกแรกจนถึงระลอกสี่ที่มีการบริหารจัดการที่แตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง ตอนเกิดระลอกแรกโควิด 19 ยังเป็นสิ่งที่ใหม่ที่ไม่มีความรู้จึกมาก่อน การทำความเข้าใจกับคุณลักษณะของไวรัส รูปแบบและความรวดเร็วรุนแรงของการแพร่ระบาดยังเป็นสิ่งที่ไม่ชัดเจนกว่าจะเข้าใจว่าสามารถติดต่อได้ทางอากาศจนถึงระยะและระยะของการแพร่กระจายก็จะเริ่มระลอกที่สองแล้ว ดังนั้นการที่รัฐบาลประกาศใช้มาตรการต่างๆ โดยเฉพาะมาตรการฉุกเฉินในระดับเคอร์ฟิวและให้ทำงานที่บ้านจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นแม้ว่าจะมีผลกระทบทางเศรษฐกิจอย่างมากก็ตาม

## ตอนที่ 2 บทเรียนการบริหารจัดการวัคซีนและการติดตามผลการดำเนินงานของหน่วยบริการเพื่อควบคุมโรคโควิด 19

ในการระบาดระลอกสองของโรคโควิด 19 ได้ส่งผลกระทบต่อในวงกว้างต่อการดำเนินชีวิตและเศรษฐกิจอย่าง

รวดเร็ว แม้จะใช้มาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคหลายมาตรการ ไม่ว่าจะเป็นการคัดกรองและเฝ้าระวังโรค การกักตัวผู้มีความเสี่ยง การรักษาระยะห่างระหว่างบุคคล การสวมหน้ากากอนามัย การงดจัดกิจกรรมที่รวมกลุ่มคนจำนวนมาก จนไปถึงการทำความสะอาดสถานที่และพื้นผิวสัมผัสร่วม ก็ยังไม่สามารถลดจำนวนผู้ที่ติดเชื้อลงได้ รัฐบาลจึงทุ่มความหวังไว้กับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งที่เป็นแบบเชื้อไวรัสตาย เชื้อไวรัสพหุหรือแบบ mRNA โดยประเทศไทยได้มีการเตรียมความพร้อมที่เกี่ยวข้องกับการจัดหาวัคซีนดังกล่าว เพื่อให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงการใช้วัคซีนที่มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพได้มากที่สุดเท่าที่ศักยภาพของประเทศจะดำเนินการได้ โดยวัคซีนโควิด 19 ที่เข้ามาในช่วงแรกจะเป็นแบบเชื้อไวรัสตายและแบบเชื้อไวรัสพหุ

เนื่องด้วยการเข้าถึงวัคซีนโควิด 19 ในช่วงต้นของการระบาดมีปัญหาและอุปสรรค จากจำนวนวัคซีนที่ได้มาไม่เพียงพอต่อการฉีดในวงกว้าง กระทรวงสาธารณสุขด้วยความเห็นชอบจากศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้พิจารณาและมีนโยบายให้จัดลำดับกลุ่มเป้าหมายในการเข้าถึงวัคซีนของประเทศไทยเป็น 2 ระยะ โดยปรับปรุงให้เหมาะสมตามข้อเสนอจากภาคส่วนต่างๆ ดังนี้<sup>(18)</sup>

**ระยะที่ 1 วัคซีนชุดแรกที่ยังปริมาณจำกัด** ต้องถูกใช้เพื่อลดการป่วยรุนแรงและเสียชีวิตจากโรคโควิด 19 หรือรักษาระบบสุขภาพของประเทศก่อน โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขด่านหน้า ทั้งภาครัฐและเอกชน และกลุ่มบุคคลที่เรียกว่ากลุ่ม 608 คือ ผู้สูงอายุมีอายุ 60 ปีขึ้นไป หรือผู้มีโรคประจำตัวในกลุ่ม 7 โรคประจำตัว ได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากกลุ่มนี้เป็นผู้ที่มีอาการรุนแรงของโรคมามากหากติดเชื้อโควิด 19

**ระยะที่ 2 เมื่อมีวัคซีนเข้ามามากขึ้นและเพียงพอ** ต้องถูกใช้เพื่อรักษาเศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคงของประเทศ และเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันในระดับประชากรและฟื้นฟูให้ประเทศกลับเข้าสู่ภาวะปกติ โดยกลุ่มเป้าหมายจะเพิ่มเติมจากกลุ่มเป้าหมายในระยะที่ 1 คือบุคลากร

ทางการแพทย์และสาธารณสุขอื่นๆ ที่นอกเหนือจากด้านหน้า ผู้ประกอบอาชีพภาคการท่องเที่ยว นักกีฬา ผู้เดินทางระหว่างประเทศ ประชาชนทั่วไป เด็ก นักการทูต เจ้าหน้าที่องค์กรระหว่างประเทศ นักธุรกิจต่างชาติ คนต่างชาติที่พำนักอยู่ในประเทศระยะยาว แรงงาน ในภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการต่างๆ

เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงวัคซีนได้อย่างรวดเร็วและเป็นไปตามมาตรฐานการเก็บรักษา แต่ละจังหวัดจะได้รับการจัดสรรวัคซีนทั้งแอสตราเซนเนกาและซิโนแวค เฉลี่ยตามจำนวนประชากรและประชากรแฝงในพื้นที่ โดยจังหวัดที่มีการระบาดจะจัดวัคซีนเสริมเพื่อควบคุมโรค และจะมีการปรับแผนตามสถานการณ์โรคที่เปลี่ยนแปลงค่อนข้างรวดเร็ว เช่น มีการระบาดในบางพื้นที่หรือบางกลุ่มเพิ่มขึ้น โดยจังหวัดกลุ่มที่เป็นเป้าหมายพิเศษของการท่องเที่ยว กลุ่มแรงงานข้ามเคลื่อนเศรษฐกิจประเทศ หรือชายแดนเศรษฐกิจ จนไปถึงผู้ที่ลงทะเบียนฉีดวัคซีนผ่านระบบหมอพร้อมจะได้รับการดำเนินการอย่างเร่งด่วน นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังมอบหมายให้จังหวัดมีกลไกในการบริหารจัดการและกำกับติดตามขึ้นมา โดยให้จัดตั้งคณะกรรมการภายใต้คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด เพื่ออำนวยการบริหารจัดการ และแก้ไขสถานการณ์ในการให้วัคซีนโควิด 19 ในระดับจังหวัด รวมทั้งขอความร่วมมือไปยังกระทรวงและภาคีหน่วยงานต่างๆ โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อขอให้ช่วยในการบริหารจัดการวัคซีนให้มีประสิทธิภาพจนไปถึงการอำนวยความสะดวกให้กับประชาชนผู้มาฉีดวัคซีน โดยได้เริ่มฉีดเข็มแรกไปเมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 ได้ฉีดครบ 100 ล้านโดส ในเวลา 296 วัน<sup>(19)</sup> และจากข้อมูลสถานการณ์การฉีดวัคซีนโควิด 19 เมื่อวันที่ 28 กันยายน พ.ศ. 2565 มียอดฉีดสะสมทั้งสิ้น 143,320,124 คน (โดส)<sup>(20)</sup> โดยแยกเป็นแต่ละเข็มได้ดังนี้ เข็มที่ 1 ฉีดสะสม 57,325,632 คน (คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรร้อยละ 85.9) เข็มที่ 2 ฉีดสะสม 53,835,452 คน (คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรร้อยละ 79.7) และเข็มที่ 3 ฉีดสะสม 32,159,040 คน (คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรร้อยละ 37.8) แม้ว่าในช่วงแรกๆ ของการระบาดของไวรัสที่กลายพันธุ์เกิดปัญหาการนำเข้าวัคซีนไม่ว่าจะเป็นแบบใช้เชื้อไวรัสตาย

ใช้เชื้อไวรัสพาหะ หรือแบบ messenger ribonucleic acid (mRNA)

ศบค. ได้ให้กระทรวงสาธารณสุขแบ่งการจัดการและติดตามผลการดำเนินงานของหน่วยบริการออกเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกคือในระดับส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุขจะติดตามผลการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ผ่านคณะกรรมการอำนวยการบริหารจัดการการให้วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยคณะกรรมการด้านการให้บริการวัคซีน ผิดชอบ และกำกับติดตามผล ภายใต้คณะกรรมการอำนวยการ ดังกล่าวจะมีหน้าที่และอำนาจโดยตรงในการกำกับ ติดตาม ประเมินผล อย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอ รวมถึงเสนอผลการให้บริการแก่คณะกรรมการอำนวยการ เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการให้วัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูล MOPH Immunization Center ส่วนที่สองคือในระดับพื้นที่ จะมีการติดตามและตรวจสอบผลการให้บริการเป็นประจำทุกวัน และติดตามผลในระดับอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพเป็นประจำทุกสัปดาห์ผ่านระบบ MOPH Immunization Center

ในสถานการณ์ที่วัคซีนยังมีไม่เพียงพอกับความต้องการของโลกนั้น การจัดหาวัคซีนที่มีประสิทธิภาพในปริมาณที่มากพอจากต่างประเทศ จะเป็นวิธีที่มีประโยชน์สูงสุดทั้งด้านการแพทย์และด้านเศรษฐกิจของประเทศ ซึ่งการที่จะบรรลุเป้าหมายที่กล่าวมาแล้วได้ ประเทศไทยจะต้องอยู่ในฐานะที่สามารถแข่งขันกับประเทศผู้ซื้ออื่นๆ ทั่วโลกได้ ดังนั้นต้องบริหารความเสี่ยงโดยคำนึงถึงทุกความเป็นไปได้ไม่ว่าจะเล็กน้อยเพียงใด ในขณะเดียวกันวัคซีนที่ได้มาในช่วงแรกจำเป็นที่จะต้องมีการบริหารจัดการให้มีความเหมาะสมโดยกลุ่มที่สำคัญที่สุดคือกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงสุด กลุ่ม 608 บางกลุ่มควรที่จะต้องรอในชุดต่อไป

แม้ว่าวัคซีนจะเป็นมาตรการที่สำคัญแต่ด้วยความวิตกกังวลต่อภาวะไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นจากการฉีดวัคซีนโควิด 19 ซึ่งแม้ว่าจะมีรายงานไม่มากแต่ได้ส่งผลกระทบต่อความมั่นใจของประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงได้จัดระบบเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ที่เกิดภาวะไม่พึงประสงค์ภายหลังฉีดวัคซีนโควิด 19 โดยออกประกาศเรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และ

เงื่อนไขการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 พ.ศ. 2564 เมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 โดยการช่วยเหลือแบ่งเป็น 3 ระดับ ข้อมูลตั้งแต่ 19 พฤษภาคม - 27 กันยายน พ.ศ. 2564 (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564) มีผู้ยื่นคำร้องเข้ามาทั้งหมดจำนวน 4,133 คน คณะอนุกรรมการพิจารณาช่วยเหลือแล้ว 3,685 คน เป็นเงินจำนวน 238,915,200 บาท<sup>(21)</sup>

### ตอนที่ 3 บทเรียนการบริหารจัดการเพื่อรับมือกับผลกระทบที่ตามมาของมาตรการและนโยบายของรัฐบาลในการควบคุมโรคโควิด 19 รวมไปถึงการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชน

ด้วยมาตรการที่เข้มงวดของภาครัฐตั้งแต่ในช่วงต้นปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยสามารถควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด 19 ได้อย่างดีจากปัจจัยต่างๆ โดยเฉพาะการทำงานอย่างหนักของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ความร่วมมือของ สปสช. อสม. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จนไปถึงภาคีเครือข่ายภาคประชาชนจำนวนมาก ทำให้ไทยได้รับการยอมรับว่าเป็นประเทศหนึ่งที่ควบคุมการระบาดได้ดีในระดับโลก

แม้ว่าหลายมาตรการที่เข้มข้น โดยเฉพาะการสั่งปิดพื้นที่ที่เสี่ยงก็ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก อัตราการเติบโตของ GDP ของไทยในปี พ.ศ. 2563 ตีลบร้อยละ 6.1 เป็นการหดตัวที่รุนแรงที่สุดในรอบ 22 ปี<sup>(22)</sup> ปัญหาคนว่างงานเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะภาคการท่องเที่ยวทำให้รัฐบาลต้องออกมาตรการต่างๆ เพื่อช่วยเหลือประชาชนในระยะการระบาดระลอกที่สองและระลอกที่สาม ไม่ว่าจะเป็นมาตรการส่งเสริมการท่องเที่ยว มาตรการกระตุ้นและส่งเสริมการใช้จ่าย มาตรการลดเงินสมทบเข้ากองทุน-ประกันสังคมของนายจ้างและลูกจ้าง มาตรการดูแลและเยียวยาผู้ประกอบการ มาตรการพักชำระหนี้ของสถาบันการเงินเฉพาะกิจ จนไปถึงมาตรการกระตุ้นการลงทุนและการจ้างงานในท้องถิ่น โดยฝ่ายโครงการต่างๆ เช่น โครงการคนละครึ่ง และโครงการเราเที่ยวด้วยกัน<sup>(23)</sup> ทั้งนี้เพื่อช่วยบรรเทาภาระค่าครองชีพแก่ประชาชนและช่วยเหลือเพื่อพยุงเศรษฐกิจของประเทศไทย โดยมาตรการเหล่านี้ทำให้รัฐบาลต้องจัดหางบประมาณมาใช้จ่ายอย่างมาก โดยกิจกรรมหลายกิจกรรมไม่สามารถทำได้ในกระบวนการ

งบประมาณปกติที่จะต้องอาศัยระยะเวลาดำเนินการซึ่งจะไม่ทันต่อการรับมือกับผลกระทบจากสถานการณ์การระบาด

และยังมีมาตรการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเช่นการจัดหาสถานที่เพื่อการจัดการขยะติดเชื้ออย่างปลอดภัย โดยเฉพาะขยะติดเชื้อที่มาจากสถานบริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลผู้ติดเชื้อโควิด 19 ก็เป็นอีกหนึ่งมาตรการที่รัฐบาลจะต้องเร่งหาทางจัดการแก้ไข เพราะการไม่ป้องกันระหว่างการขนย้ายขยะที่เกิดขึ้นทั้งหมดขณะดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 จากสถานบริการให้ดีอาจจะทำให้เกิดการแพร่กระจายของโควิด 19 สุ่มหุ่ยได้ การมอบหมายเจ้าหน้าที่รับผิดชอบและเตรียมอุปกรณ์อย่างเพียงพอสำหรับการกำจัดขยะในภาชนะบรรจุ และถุงขยะที่กำหนดและกำจัดอย่างปลอดภัย หากต้องขนขยะไปสถานที่อื่น บุคลากรทุกคนที่จัดการกับขยะควรสวม PPE ที่เหมาะสม (รองเท้าน้ำบูท ผ้ากันเปื้อน เสื้อคลุมตัวแขนยาว ถุงมือหนา หน้ากากอนามัย และแว่นตานิรภัยหรือกระบังหน้า) และล้างทำความสะอาดมือหลังถอดออก (safe management of wastes from health-care activities) อีกทั้งการกำจัดขยะติดเชื้อจำนวนมากไม่จำเป็นที่จะต้องมีการจัดการให้เรียบร้อยตั้งแต่กระบวนการทิ้งในภาชนะบรรจุพิเศษ การคัดแยกที่ทิ้งขยะติดเชื้อ จนไปถึงการเผาทำลาย

หลายครั้งที่การดำเนินงานของรัฐบาลในการบริหารจัดการโควิด 19 รวมไปถึงการให้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องจะถูกตั้งคำถามถึงความโปร่งใสของการดำเนินการและความถูกต้องของข้อมูลที่นำเสนอผ่านโฆษก ศบค. โดยเฉพาะเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิภาพของวัคซีนยี่ห้อและประเภทต่างๆ และการบริหารจัดการการฉีดวัคซีนของภาครัฐที่ให้กับประชาชน รวมถึงข่าวสารเกี่ยวกับโควิดสายพันธุ์ใหม่ๆ ที่มีข่าวเข้ามาแพร่ระบาดในประเทศที่ผ่านมาข่าวสารเกี่ยวกับโควิด 19 มีทั้งข่าวปลอม และข่าวที่นำเสนอไม่ถูกต้องรอบด้าน โดยเฉพาะข่าวสารที่เสนอผ่านทางสื่อโซเชียลมีเดีย จนบางครั้งทำให้ประชาชนเกิดความสับสนและเข้าใจผิด อีกทั้งยังเกิดข่าวปลอมเพื่อโจมตีวัคซีนบางชนิดขึ้นมาว่าไม่เกิดประโยชน์ในการสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ “ศูนย์ต่อต้านข่าวปลอมประเทศไทย” กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมร่วมกับกระทรวง-

สาธารณสุขปฏิบัติกรการตอบโต้ความเสี่ยงเพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพต้องออกมาชี้แจงและให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชนผ่านภาคีเครือข่ายเป็นระยะๆ แม้ว่า ศบค. กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงาน ภาคีเครือข่ายต่างๆ จะพยายามให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนในทุกด้าน ตามทฤษฎีของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) แต่ข่าวปลอมหรือข่าวลวงในสื่อสังคมออนไลน์ก็ยังมีเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากทั้งที่เจตนาและไม่เจตนา จากความหลากหลายของข้อมูลและความน่าเชื่อถือของบางเว็บไซต์ที่มีน้อยยิ่งเพิ่มความเสี่ยงที่ผู้สืบค้นข้อมูลในอินเทอร์เน็ตที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด จะตัดสินใจเลือกรับข้อมูลความรู้ และบริการสุขภาพที่ไม่เหมาะสมที่อาจส่งผลร้ายต่อตนเองและผู้อื่นได้ นโยบายของรัฐบาลเพื่อให้ได้รับการสนับสนุนทางวิชาการจากนักวิชาการในมหาวิทยาลัยผู้เชี่ยวชาญทั้งภายในกรมควบคุมโรค กรมอื่นๆ รวมถึงหน่วยงานเครือข่ายในกระทรวงสาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญภายนอกโดยร่วมกับหน่วยงานซึ่งมีหน้าที่ในการประสานและรวบรวมข้อมูลข้อเท็จจริงของข่าวจากกรมหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หากพบว่าเป็นข่าวลวงจะดำเนินการพัฒนาข้อมูลตอบโต้ให้ได้เนื้อหาที่สอดคล้องกับความถูกต้องทางวิชาการ ตลอดจนการวางกรอบการตอบโต้ความเสี่ยงทั้งระยะเร่งด่วนและระยะต่อเนื่อง จึงเป็นสิ่งที่จำเป็น

**ตอนที่ 4 การถอดบทเรียนรายละเอียดการดำเนินงานตามหลักการบริหารแบบ 4 M ได้แก่ Management/ Method (การจัดการ/กระบวนการ), Man (คน), Money (เงิน) และ Materials (ของ)**

กรมควบคุมโรคและภาคีในกระทรวงสาธารณสุขดำเนินงานภายใต้คำสั่งของศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ตั้งคณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Smart-Emergency Operation Center: Smart-EOC) กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) นำนวัตกรรมและเทคโนโลยีมาใช้เชื่อมโยงข้อมูลที่กระจายอยู่ในกรมและงานส่วนกลางให้เข้ากับข้อมูลจากส่วนพื้นที่หรือภูมิภาค ทำให้การบริหารจัดการโควิดมีการปฏิบัติการกิจทั้งเชิงตั้งรับและเชิงรุกในแต่ละพื้นที่เป็นไปอย่างรวดเร็วและคล่องตัว ปรับบริการให้เป็นรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-service) และจัดระบบช่องทางด่วน (fast track) ทำให้ลดระยะเวลาและขั้นตอน

การทำงาน เช่น การขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ฆ่าเชื้อจาก 60 วัน เหลือ 5 วัน ลดขั้นตอนในการจัดหาอุปกรณ์และชุดตรวจคัดกรอง สามารถจัดสรรทรัพยากรทั้งคน เงิน และของได้อย่างมีประสิทธิภาพ บูรณาการการทำงานร่วมกับทุกภาคส่วนเพื่อให้สามารถแก้ปัญหาได้รวดเร็วขึ้นโดยเฉพาะการสร้างเครือข่ายให้เป็นกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงาน เฝ้าระวังและช่วยเหลือประชาชนในระดับพื้นที่ เช่น ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์กับ อสม. เครือข่ายโรงพยาบาลและห้องปฏิบัติการตรวจเชื้อโควิด 19 ของ สปสช. จนไปถึงหน่วยงานภาคส่วนอื่นนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

การคัดกรองนักท่องเที่ยวและผู้เดินทางข้ามประเทศ ทำอากาศยานและพรมแดนระหว่างประเทศอย่างเข้มข้น การจำกัดการเดินทางไปในพื้นที่เสี่ยง การยกเลิกเที่ยวบินจากพื้นที่เสี่ยงไปจนถึงการระงับการเดินทางข้ามประเทศ โดยยกเลิกเที่ยวบินขาเข้าประเทศทั้งหมดเป็นการชั่วคราวเพื่อป้องกันความเสี่ยงและควบคุมการแพร่ระบาดเป็นนโยบายตอบสนองที่รวดเร็วต่อการแพร่ระบาดโดยเฉพาะในระยะแรกที่มีผลอย่างมากกับความเร็วของการระบาดภายในประเทศ การตรวจเชื้อและการติดตามโดยเฉพาะการจัดให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการตรวจเชื้อโควิดได้อย่างสะดวกและทั่วถึงเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้สามารถควบคุมไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของโควิดกระจายเป็นวงกว้างเพิ่มขึ้น การจัดเวรเพื่อให้เจ้าหน้าที่หมุนเวียนกันปฏิบัติงานในการเฝ้าระวังและป้องกันโรค การให้วัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูล MOPH Immunization Center การตรวจคัดกรองเชิงรุก ทั้งการตรวจ ATK และตรวจ RT-PCR มีการประสานงานกับกลุ่ม logistics ในการกำหนดเวชภัณฑ์/วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการคัดกรองทั้งก่อน/ระหว่าง/หลังการปฏิบัติงาน กำหนดจัดทำเอกสาร รวบรวมรายงานการคัดกรองโรค รวมถึงสรุปรายงานผลการดำเนินงานพร้อมรูปภาพขึ้นสู่แพลตฟอร์มออนไลน์ที่มีการรายงานแบบ real-time หลังจากการปฏิบัติงานคัดกรองเสร็จสิ้นทุกครั้งในแต่ละวัน ซึ่งช่วยให้ส่วนกลางสามารถวางแผนการทำงานร่วมกันกับบุคลากรในแต่ละพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องการเตรียมอุปกรณ์ ชุดป้องกันและชุดตรวจคัดกรอง มีการฝึกอบรมให้พยาบาลหรือทีมสอบสวนโรคให้มีความสามารถในการตรวจคัดกรองได้กรณีที่แพทย์ไม่สามารถปฏิบัติงาน

หรือมีแพทย์ไม่เพียงพอ มีการใช้อากาศยานไร้คนขับมาใช้ในการสำรวจพื้นที่เสี่ยง หรือสถานที่ชุมชนแออัดและนำข้อมูลมาใช้วิเคราะห์สถานการณ์แทนการจัดสรรกำลังคนในการลงพื้นที่ มีการใช้ telemedicine ผ่านหุ่นยนต์แบบบังคับระยะไกลเพื่อช่วยส่งอาหาร ยา เวชภัณฑ์หรือของใช้อื่นๆ ให้ผู้ติดเชื้อเพื่อลดความเสี่ยงของบุคลากรทางการแพทย์และลดการใช้ชุด PEE

มีการดำเนินกิจกรรมให้ความรู้และขอความร่วมมือจากประชาชนในการปฏิบัติตามมาตรการของภาครัฐและการป้องกันตนเองด้วยการสวมหน้ากากอนามัย การรักษาความสะอาด และการรักษาระยะห่างทางสังคม (social distancing) ที่มีผลต่อสถานการณ์การระบาดภายในประเทศทั้งในระยะสั้นและระยะยาวอย่างมาก เกิดรูปแบบการดำเนินชีวิตใหม่หลังยุคโควิด (new normal) โดยเฉพาะพฤติกรรมป้องกันตนเองจากความเสี่ยง ของการติดเชื้อ ด้วยการสวมหน้ากากป้องกันและการล้างมือ โดยประเทศไทยเป็นประเทศที่ประชากรมีพฤติกรรมสวมใส่หน้ากากป้องกันเมื่ออยู่ในที่สาธารณะถึงร้อยละ 95 และการทำความสะอาดมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ร้อยละ 89 ซึ่งสูงมากเมื่อเทียบกับประเทศสมาชิกอาเซียน

ปัญหาอุปสรรคที่พบในการดำเนินงานส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาการบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่มีจำกัดในระยะแรก การจัดการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในกรุงเทพและปริมณฑล และการประสานขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานในพื้นที่ ตั้งแต่การประเมินและการดูแลผู้ติดเชื้อโควิด ที่มีผลตรวจเป็นบวก การช่วย swab เด็กเล็ก การดูแลกำจัดขยะติดเชื้อ การป้องกันการติดเชื้อในพื้นที่จนไปถึงการประสานและส่งต่อผู้ที่ตรวจพบผลบวกให้เข้ารับการแยกกัก (community isolation) ทำได้ล่าช้าโดยเฉพาะในช่วงการระบาดระลอกที่สองและสามที่มีผู้ติดเชื้อเป็นจำนวนมาก การประสานงานกับพื้นที่ทำได้ยาก อุปกรณ์และเครื่องมือไม่เพียงพอ สถานที่ดำเนินการไม่เอื้ออำนวย การจัดตั้งโรงพยาบาลสนามภายในพื้นที่เกิดเหตุจะต้องประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ซึ่งเป็นหน่วยงานจากภายนอกโดยเฉพาะกระทรวงมหาดไทยในการจัดเตรียมพื้นที่ แม้ว่า ศบค. จะให้อำนาจกับพื้นที่ในการบริหารจัดการก็ตาม การประสานระหว่างหน่วยงานหรือข้ามหน่วยงานใช้เวลานานทำให้การทำงานไม่สะดวก

และบริหารจัดการผู้เข้ารับบริการมีความยุ่งยาก อีกทั้งปัญหาการจัดกำลังคนในภาวะที่บุคลากรแพทย์ต้องปฏิบัติงานต่อเนื่องเป็นเวลานานจนทำให้เกิดความเหนื่อยล้าและเกิดความเสี่ยงในการปฏิบัติงานปัญหาวัสดุและอุปกรณ์ที่เบิกมาจากส่วนกลางที่ล่าช้าหรือไม่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งานจริง เช่น ชุด PPE หรือ หน้ากาก N95 ที่ขนาดไม่เหมาะสม รวมถึงปัญหาการบริหารจัดการวัคซีนให้เข้าถึงเจ้าหน้าที่และบุคลากรหน้าด่านจนไปถึงประชาชนในแต่ละกลุ่มอย่างครอบคลุม

## วิจารณ์

การประมวลสถานการณ์การจัดการการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เพื่อถอดบทเรียนและวิเคราะห์ผลของมาตรการและนโยบายในการรับมือกับผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ในประเทศไทย เป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งเพื่อเตรียมการรับมือกับโรคอุบัติใหม่ในอนาคต จากข้อจำกัดต่างๆ ทั้งเรื่องของข้อมูล องค์กรความรู้ความเข้าใจในโรคโควิด 19 ของทั่วโลกที่ยังไม่ชัดเจน ความจำกัดของปัจจัยและทรัพยากร รวมทั้งศักยภาพและความสามารถในการบริหารจัดการในสภาวะการณ์ฉุกเฉินจากโรคอุบัติใหม่ครั้งนี้ ทำให้นักวิจัยพบว่า ประเทศไทยจำเป็นต้องสามารถเผชิญและรับมือกับปัญหา 3 ด้านให้ได้โดยเร็ว ทั้งปัญหาการควบคุมแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 การควบคุมดูแลจัดสรรทรัพยากร และการระบาดของข้อมูลข่าวปลอมหรือข่าวสารที่ไม่ถูกต้องครบถ้วนในโลกออนไลน์เพื่อลดความตื่นตระหนกของประชาชน ดังรายละเอียดผลการวิเคราะห์ ดังนี้

1. การระบาดของโรคโควิด 19 และโรคอุบัติใหม่มีโอกาสเกิดขึ้นได้อีก หากรัฐไม่มีการเตรียมพร้อมที่ดีและเหมาะสม ไม่มีมาตรการรองรับที่ดี และประชาชนยังไม่รู้วิธีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและลดการแพร่ระบาดของโรค จะกลายเป็นปัญหาใหญ่ที่ซ้ำเติมโครงสร้างพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศอย่างมาก โดยมาตรการต่างๆ จะมีความสำคัญมากในช่วงที่เกิดการระบาดของโรค จนอาจจะกระทบกับความเชื่อมั่นของประชาชนและเศรษฐกิจ อีกทั้งมาตรการทางเศรษฐกิจที่ภาครัฐจะต้องออกมาในช่วงต่อจากการระบาดก็มีความสำคัญไม่แพ้กัน เพราะรัฐบาลจะต้องดำเนินการประคองและขับเคลื่อน

ให้เศรษฐกิจไม่ให้หดตัวมากเกินไป ซึ่งจะเป็นการช่วยให้ผู้ประกอบการภาคธุรกิจหรือประชาชนได้รับประโยชน์จากการเยียวยาและฟื้นฟูผลกระทบจากโควิด 19 เพราะถึงแม้ว่าประเทศไทยจะประสบความสำเร็จในการควบคุมการระบาดในระลอกแรกและระลอกสอง แต่เมื่อรัฐบาลดำเนินการปิดพลาตในการควบคุมโรคโดยการปล่อยให้มีการเดินทางในช่วงสงกรานต์ทำให้เกิดการเดินทางเคลื่อนที่ของประชาชนจำนวนมาก และยังมีปัญหาจากการบริหารจัดการวัคซีน ทำให้เกิดการระบาดระลอกที่สามอย่างรุนแรง ประเทศกลับเข้าสู่วิกฤตด้านสุขภาพและด้านเศรษฐกิจอีกครั้งหนึ่งจนสูญเสียโอกาสในการฟื้นตัวสู่สภาวะปกติอย่างรวดเร็ว

2. การบริหารจัดการทรัพยากรที่เกี่ยวข้องทั้งคน เงิน ของ โดยเฉพาะวัคซีนในช่วงแรก รัฐบาลควรพยายามกลับไปใช้แนวทางการมีช่องทางหลักช่องทางเดียวในการจองฉีดวัคซีนของประชาชน เช่น ระบบการจองผ่านแอปพลิเคชัน “หมอพร้อม” แทนการจองผ่านหลายช่องทาง และควรเชื่อมโยงข้อมูลโรคประจำตัวของกลุ่มเสี่ยงจากโรงพยาบาลต่างๆ เข้ากับระบบดังกล่าวอย่างครบถ้วน เนื่องจากการมีช่องทางหลักช่องทางเดียวสำหรับประชาชนทุกกลุ่มจะช่วยให้ระบบสามารถจัดลำดับในการรับวัคซีนของประชาชนตามยุทธศาสตร์ในการกระจายวัคซีนที่ต้องปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ได้ ในขณะที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดการแทรกแซงทางการเมืองหรือการปล่อยให้สถานพยาบาลใช้ดุลยพินิจในการปรับเปลี่ยนการฉีดวัคซีนเอง

3. การจัดการการระบาดของข้อมูลข่าวปลอมหรือข่าวสารที่ไม่ถูกต้องครบถ้วนในโลกออนไลน์ เป็นประเด็น

ที่สำคัญที่รัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องรีบเข้ามาดำเนินการแก้ไขด้วยข้อมูลที่แท้จริง เพราะประชาชนอาจจะกลายเป็นเหยื่อของข่าวปลอมได้ โดยเฉพาะข่าวปลอมที่มีเจตนาสร้างความวุ่นวายและปั่นป่วนแก่สังคม หรือข่าวที่ต้องการทำลายความน่าเชื่อถือของรัฐบาล อีกทั้งต้องเร่งให้ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพแก่ประชาชน ทำให้ตระหนักรู้ รอบรู้ และฉลาดเท่าทันกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแนวทางการตอบโต้ข้อมูลข่าวสารที่เผยแพร่ผ่าน social media และผ่านช่องทางสื่อต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. การสร้างความพร้อมของประเทศไทยด้านกำลังคน และผู้เชี่ยวชาญ (Team Thailand) ที่ศึกษาบทเรียนการจัดการปัญหาโควิดจากนานาชาติอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ที่มีองค์ความรู้เรื่อง “ระบบสุขภาพโลก” ที่สามารถอธิบายเชื่อมโยงกับสถานการณ์ในประเทศไทย เพื่อการรองรับปัญหาโรคระบาดที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต โดยเน้นประเด็นที่มีความรู้ใหม่ๆ จากการศึกษาวิจัยที่ไม่มีอคติ เช่น (1) สาเหตุที่แท้จริงของโรค (2) วิธีการวินิจฉัยที่ถูกต้อง-เชื่อมโยงกับระบบข้อมูลการเฝ้าระวัง (3) การดูแลรักษาที่เหมาะสมกับระยะต่างๆ ของการเจ็บป่วยที่ไม่ควรเหมือนกัน (4) วิธีการรักษาที่ได้ผล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และประเทศไทยพึ่งตนเองได้ (5) วิธีการควบคุม ป้องกันโรคที่ได้ผลและไม่ทำลายสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และประเทศไทยพึ่งตนเอง (6) ระบบการชดเชยเยียวยาประชาชน องค์กรที่เสียหายจากมาตรการควบคุม ป้องกันรักษาโรค และ (7) การจัดการกับข้อยกเว้นระดับนานาชาติอย่างเหมาะสม

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Archived: WHO timeline – COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 31]. Available from: <https://www.who.int/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
2. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ความเคลื่อนไหวทางสังคม. ภาวะสังคมไทย Social Situation and Outlook 2565;20(4):1-44.
3. ประชาชาติธุรกิจ. ลำดับเหตุการณ์การระบาดของ “โควิด 19” ระยะแรก [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 7 ม.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://www.prachachat.net/world-news/news-462403>
4. สำนักนายกรัฐมนตรี. จัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 7 ม.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: [https://media.thaigov.go.th/uploads/document/66/2020/03/pdf/Doc\\_20200314193011000000.pdf](https://media.thaigov.go.th/uploads/document/66/2020/03/pdf/Doc_20200314193011000000.pdf)

5. สำนักนายกรัฐมนตรี. การประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ลงวันที่ 25 มีนาคม 2563 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 7 ม.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://www.opm.go.th/opmportal/multimedia/phoobeas/covid-19/mt/tlkchch2563.pdf>
6. กระทรวงสาธารณสุข. WHO ขึ้นชมนไทยควบคุมโรคโควิด 19 ได้ดี [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 7 ม.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://pr.moph.go.th/print.php?url=pr/print/2/04/148531/>
7. กรมสุขภาพจิต. โรคเครียด! คนทั่วไป-หมอ นำห่วงไม่แพ้ “โควิด-19” [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 7 ม.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30555>
8. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 7 ม.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation.php>
9. กระทรวงสาธารณสุข. สธ. เผยผลศึกษาค่าใช้จ่ายสาธารณสุขรับมือ “โควิด” 3 ปี รวม 444,294 ล้านบาท [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 7 ม.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/04/187365/>
10. The Coverage. สรุปค่าใช้จ่าย ‘ไทย’ สู้โควิด-19 3 ปี ใช้งบประมาณ 444,294 ล้านบาท รวมเงินบำรุง รพ. เพิ่มมากขึ้น [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 7 ม.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thecoverage.info/news/content/4634>
11. กรมอนามัย. คู่มือปฏิบัติงาน การตอบโต้ความเสี่ยงเพื่อสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (RRHL Version 1). นนทบุรี: กรมอนามัย; 2562.
12. แพทยสภา. ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ COVID-19 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสำหรับประชาชน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 7 ม.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: [https://tmc.or.th/covid19/covid19\\_for\\_medical.php](https://tmc.or.th/covid19/covid19_for_medical.php)
13. สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน. แนวคิดหลักการขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2560.
14. กรมการแพทย์. แนวทางการปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สัมผัสผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 ฉบับปรับปรุง [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 7 ม.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: [https://covid19.dms.go.th/Content/Select\\_Landing\\_page?contentId=162](https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landing_page?contentId=162)
15. แสงทอง จันทรเจิด, ญาณิ์ แสงสง่า, พรรณพร ตะตะจิตต์. จะไม่รอให้เกิดพายุ: กรมควบคุมโรคและภาคี ท่ามกลางวิกฤตโควิด 19 พ.ศ.2562-2563 เล่ม 2. นนทบุรี: กองนวัตกรรมและวิจัย กรมควบคุมโรค; 2563.
16. KKP Advice Center. คาดล็อกดาวน์อย่างน้อย 3 เดือน เสี่ยงคนไทยเข้าสู่ภาวะเศรษฐกิจถดถอยอีกปี, กลุ่มธุรกิจการเงินเกียรตินาคินภัทร [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 4 ม.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://advicecenter.kkpf.com/th/money-lifestyle/money/economic-trend/gdp-cut-due-to-lockdown-in-2021>
17. กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 7 ม.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://www.moph.go.th/>
18. กรมควบคุมโรค. แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในสถานการณ์การระบาด ปี 2564 ของประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1, มิถุนายน 2564. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2564.
19. กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. 100 ล้านโดส สถิติการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในไทย, 20 ธันวาคม 2564 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 4 ม.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: [https://www.mhesi.go.th/index.php/all-media/infographic/5379-6412221Covid\\_19.html](https://www.mhesi.go.th/index.php/all-media/infographic/5379-6412221Covid_19.html)
20. ศูนย์ข้อมูล COVID-19 กรมควบคุมโรค. รายงานความก้าวหน้าการให้บริการฉีดวัคซีนโควิด-19 29 กันยายน 2565 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 5 ม.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/vaccine-covid19/pages/รายงานความก้าวหน้าการให้บริการฉีดวัคซีนโควิด-19>
21. สำนักข่าว Hfocus. เจาะลึกระบบสุขภาพ สรุป 10 ผลงานเด่น สปสช ปีงบประมาณ 2564 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 5 ม.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://www.hfocus.org/content/2021/12/24032>
22. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. รายงานประเมินผลงานกลางเทอมรัฐบาลประยุทธ์ 2: การควบคุมการระบาดของโควิด-19 และการบริหารจัดการวัคซีน, 10 กรกฎาคม 2562 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 5 ม.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://tdri.or.th/2021/07/report-2years-prayut-cabinet2/>
23. กระทรวงการคลัง. ข้อมูลข่าวสารเพื่อสร้างการรับรู้สู่ชุมชน ครั้งที่ 12/2563 วันที่ 30 มีนาคม 2563 เรื่อง รัฐบาลออกมาตรการดูแลและเยียวยาผลกระทบจากไวรัสโคโรนา (COVID-19) ระยะที่ 1-2. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มสารนิเทศการคลัง สำนักงานปลัดกระทรวงการคลัง; 2563.

## Lessons Learned from Coping with Coronavirus Disease 2019, under the Management of Department of Disease Control and the Network of Ministry of Public Health in the Midst of the COVID-19 Crisis, 2019-2021

Yanee Saengsanga

*Bureau of Risk Communication and Health Behavior Development, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand*

---

### Abstract

This research aimed to extract lessons learned from dealing with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), using the management guidelines of Department of Disease Control among the network of Ministry of Public Health; and to study various actions in the situation of the spread of coronavirus disease in order to prepare appropriate measures for emergency disease control. The research was performed by studying the outbreak of COVID-19 in Thailand from the 1st wave to the 4th wave, providing information as a starting point for building health literacy among the people, countering the fake news, and managing the limited vaccines in the early stages,. The government came out to heal those who were affected by the epidemic or from infection. It was a qualitative research from the perspectives of executives and working staff at various levels. Data were collected by studying relevant documents and media and in-depth interviews with 38 executives and officers at various levels. Data were analyzed by content analysis. The research results can be summarized as follows. The government and the Ministry of Public Health had mobilize forces from academic sectors both medical schools and academics to speed up the understanding of the disease in order to issue measures in a timely and appropriate manner, especially the measures that might have serious impacts on the economy and society on life. Also the Ministry of Public Health had educated the public as soon as possible, including clarity and transparency in the management of people, money and goods.

**Keywords:** lesson learned; coronavirus disease (COVID-19); emergency disease control

# ประเมินผลการรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาระดับพื้นที่

โสฬารธรณ อินทสิทธิ์

สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต จังหวัดนนทบุรี

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาระดับพื้นที่ โดยเป็นการประเมินด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิตของการรณรงค์ของปี พ.ศ. 2565 พื้นที่ประเมินมีทั้งหมู่บ้านที่สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า (สคล.) สนับสนุนการทำงานและหมู่บ้านที่ดำเนินการเองใน 9 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ นครสวรรค์ สงขลา นครศรีธรรมราช นครราชสีมา อุบลราชธานี ยโสธร สิงห์บุรี กรุงเทพมหานคร ใช้การสัมภาษณ์ระดับลึกและการสนทนากลุ่ม กลุ่มผู้ให้ข้อมูลคือ บุคคลที่เข้าร่วมกิจกรรมงดเหล้าเข้าพรรษา กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ผู้บริหารผู้ประสานงาน เครือข่ายองค์กรงดเหล้าระดับภาคและจังหวัด ดำเนินการเมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม - 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ผลการประเมินพบว่า (1) บริบททุกพื้นที่มีต้นทุนชุมชนที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มและเสริมแรงใจภายใน (2) ปัจจัยนำเข้าคือผู้นำรูปแบบวิธีการสื่อสารชักชวน (3) กระบวนการของพื้นที่ที่มี สคล. ร่วมดำเนินการและพื้นที่ดำเนินการเอง มีขั้นตอนหลักใกล้เคียงกันและแตกต่างกันในรายละเอียด และ (4) ผลผลิต ผู้เข้าร่วมกิจกรรมงดเหล้าเข้าพรรษามีแรงใจที่แตกต่างกัน ข้อเสนอแนะ (1) ควรมีการจัดการความรู้เพื่อสร้างการเรียนรู้ภายในอำเภอหรือจังหวัดเดียวกัน (2) ควรสร้างกลไก “ระเบิดจากภายใน” (3) ควรสร้างกลไกเสริมแรง ควรเน้นเสริมแรงภายในตัวบุคคลให้มากขึ้น (4) ควรบูรณาการโครงการชุมชนคนสุ่เหล้าและโพธิสัตย์น้อยให้อยู่ในพื้นที่เป้าหมายเดียวกัน (5) ควรสร้างกลไกและกระบวนการช่วยเหลือกลุ่มผู้ติดสุราเรื้อรัง และ (6) ควรส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้เพื่อขับเคลื่อนประเด็น การลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เข้าสู่ข้อตกลงของท้องถิ่น

**คำสำคัญ:** งดเหล้าเข้าพรรษา; การรณรงค์ระดับพื้นที่; การประเมินผล

วันรับ: 10 ก.พ. 2566

วันแก้ไข: 23 ก.พ. 2566

วันตอบรับ: 8 มี.ค. 2566

## บทนำ

“วันเข้าพรรษา” เป็นวันสำคัญทางพุทธศาสนา เริ่มต้นตั้งแต่สมัยพุทธกาล โดยพระสงฆ์ถือปฏิบัติการเข้าพรรษาหรืออยู่ประจำในสถานที่ใดที่หนึ่งตลอดช่วงฤดูฝนเป็นระยะเวลา 3 เดือน พุทธศาสนิกชนจึงทำบุญตักบาตร ฟังเทศนาธรรม ปฏิบัติธรรม เรียกได้ว่าใช้โอกาสช่วงเข้าพรรษาเป็นช่วงเวลาพิเศษสำหรับการปฏิบัติ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและพัฒนาจิตใจของตนเอง ประเทศไทยโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า (สคล.) เห็นโอกาส

ของเทศกาลเข้าพรรษานี้ จึงเชิญชวนพุทธศาสนิกชนร่วมทำความดีให้ตนเอง ครอบครัว สังคม ด้วยการลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภายใต้โครงการรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา วัตถุประสงค์เพื่อสร้างความตระหนักที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มคนที่ดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนสร้างความร่วมมือในกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง อาทิ ครอบครัว ชุมชน ร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้ร่วมกันสนับสนุนการลด ละ เลิก ดื่มในระหว่างเทศกาลเข้าพรรษา เริ่มครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2546 จนกระทั่งปี พ.ศ. 2551 มีพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 และในมาตรา 28 ระบุให้วันเข้าพรรษาเป็น “วันงดดื่มสุราแห่งชาติ”<sup>(1)</sup>

กลยุทธ์สำคัญในการรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา ได้แก่ (1) การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อสารมวลชน โซเชียลมีเดีย สื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ เช่น ป้ายโฆษณากลางแจ้งขนาดใหญ่ (2) การจัดกิจกรรม สื่อแผ่นพับ สติกเกอร์ เสื้อ เป็นต้น (2) การจัดกิจกรรม ในพื้นที่ แต่ละปีมีการกำหนดประเด็นหลักและข้อความ สำคัญของการรณรงค์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประเด็นหลักและข้อความสำคัญของการรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาปี 2546-2565

ปี	ประเด็นหลัก	ข้อความสำคัญ
2546 <sup>(2)</sup>	งดเหล้าเข้าพรรษาเพื่อแม่	แม่ครับ เพื่อแม่ผมจะงดเหล้าเข้าพรรษา
2547 <sup>(2)</sup>	งดเหล้าเข้าพรรษาเพื่อแม่	เข้าพรรษานี้ขอให้แม่พักบ้าง
2548 <sup>(2)</sup>	งดเหล้าเข้าพรรษาเพื่อแม่	โซคยังดีแค่บาดเจ็บ
2549 <sup>(2)</sup>	แนวคิดผลกระทบทางเศรษฐกิจและ	เลิกเหล้า เลิกจน
2550 <sup>(2)</sup>	วโรกาสเฉลิมพระชนมพรรษา	ค่าเหล้าสองแสนล้าน เลิกเหล้า เลิกจน
2551 <sup>(2)</sup>	พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9	ทำความดีถวายในหลวง
2552 <sup>(2)</sup>	ครบ 80 พรรษา	กินเหล้าเข้าพรรษาแยะ งดเหล้าเข้าพรรษา
2553 <sup>(2)</sup>		ทำความดีถวายในหลวง
2554 <sup>(2)</sup>		ลูกชวนพ่อแม่เลิกเหล้า
2555 <sup>(2)</sup>	ให้ครอบครัวและเพื่อนของนักดื่มช่วยกันเลิกเหล้า	ชวนครอบครัวเลิกเหล้า
2556 <sup>(2)</sup>		เหล้าทำลายมิตรภาพ เข้าพรรษานี้เลิกเลย
2557 <sup>(2)</sup>	ใช้ประเด็นทางศาสนาในโอกาสครบรอบ 2600 ปี	เลิกเหล้า ละบาป รับบุญ
2558 <sup>(2)</sup>	การตรัสรู้ของพระพุทธเจ้า	สิ้นระฆังงดเหล้า เริ่มต้นชีวิตใหม่ เพื่อตนเอง
2559 <sup>(2)</sup>		และครอบครัว สัญญางดเหล้าเข้าพรรษา
2560 <sup>(2)</sup>	ให้กำลังใจนักดื่มในการงดเหล้าให้ครบพรรษา	ชวน ช่วย ให้กำลังใจ คนไทยงดเหล้าครบพรรษา
2561 <sup>(3)</sup>		งดเหล้าครบพรรษา
2562 <sup>(4)</sup>	ผลกระทบของเครื่องดื่ม	พักตับและรับอรุณ
2563 <sup>(5)</sup>	แอลกอฮอล์ที่มีต่อสุขภาพ	พักตับ พักยก
2564 <sup>(6)</sup>	ชวณงดเหล้าครบพรรษา	พลังมด...ชวณงดเหล้าครบพรรษา
2565 <sup>(7)</sup>	ใช้มิติด้านสุขภาพเป็นตัวนำ ภายใต้แคมเปญ “พักตับ”	ดับจะกลับมาดี พรรษานี้เริ่มงดเหล้า ดับกลับมาดี
2566 <sup>(5)</sup>	งดเหล้าเข้าพรรษา มีสติ มีเงินเหลือ พร้อมสู้ทุกวิกฤต	ก่อนเข้าพรรษา ดับกลับมาดีกลางพรรษา ดับกลับมาดี
2567 <sup>(6)</sup>		ก่อนออกพรรษา
2568 <sup>(5)</sup>		เปลี่ยนเหล้าในมือ สติ
2569 <sup>(6)</sup>	ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19	สื่อรักให้พักเหล้า
2570 <sup>(7)</sup>	งดเหล้าเข้าพรรษามหามงคล ลด ละ เลิก เหล้า บุหรี่	ซูปเปอร์แม่พ่อ พอแล้วเหล้า
2571 <sup>(7)</sup>	อบายมุข สร้างสุขให้สังคม ตนเอง และครอบครัว	

ขณะเดียวกันศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ<sup>(8-12)</sup> ประเมินผลการรณรงค์เพื่อสำรวจการรับรู้และความคิดเห็นต่อสื่อประชาสัมพันธ์รณรงค์ดูแลสุขภาพ ศึกษาพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเทศกาลเข้าพรรษา ตลอดจนสรุปข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาสำหรับการรณรงค์ในปีต่อไป นอกจากนี้เมื่อปี พ.ศ. 2557 มีการประเมินผลการรณรงค์ดูแลสุขภาพเข้าพรรษาในระดับพื้นที่ พบผู้เข้าร่วมลงนามปฏิญาณตนงดเหล้าเข้าพรรษาที่อยู่ในพื้นที่ทำโครงการงดเหล้าเข้าพรรษาสัมฤทธิ์ผลดีที่สุด ขณะที่ผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการและอยู่ในพื้นที่ที่ไม่มีโครงการมีผลสัมฤทธิ์ต่ำที่สุด<sup>(13)</sup> มีการประเมินผลระดับพื้นที่อีกในปี พ.ศ. 2558 และ 2561 พบว่าผู้ลงนามงดเหล้าเข้าพรรษาในหมู่บ้านปฏิบัติการ (มี สคส. สนับสนุน) เกิดประสิทธิผลมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านเปรียบเทียบและไม่ได้ลงนามงดเหล้าเข้าพรรษา<sup>(14)</sup> การรับรู้ความตั้งใจเข้าร่วมกิจกรรมงดเหล้าเข้าพรรษา และผู้เข้าร่วมกิจกรรม ตลอดจนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มหมู่บ้านที่มี สคส. สนับสนุนดีกว่ากลุ่มหมู่บ้านเปรียบเทียบ<sup>(2)</sup> การรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาในภาพรวมยังคงดำเนินอย่างต่อเนื่องในทุกๆ ปี ดังปี พ.ศ. 2565 นี้มีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อสารมวลชน สื่ออื่นๆ เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนลด ละ เลิกเหล้า บุหรี่ อดบายมุข สร้างสุขให้สังคมตนเอง และครอบครัว อย่างไรก็ตามการรณรงค์ในระดับพื้นที่ ทำกิจกรรมหรือมีกระบวนการอะไรอย่างใดบ้างเพื่อทำให้เกิดความต่อเนื่องต่อยอดของกิจกรรมงดเหล้าเข้าพรรษา รวมถึงผลักดันให้พื้นที่ทำการรณรงค์ได้เองมากยิ่งขึ้น เป็นประเด็นที่ต้องค้นหาคำตอบ จึงนำมาสู่การศึกษาครั้งนี้ ซึ่งเป็นการประเมินผลการรณรงค์ดูแลสุขภาพเข้าพรรษาระดับพื้นที่ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิตมุ่งหาคำตอบทำอะไร อย่างไร เพราะอะไร

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงประเมินผลโดยใช้ CIPP model<sup>(15)</sup> เป็นกรอบการประเมินด้วยวิธีเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ระดับลึก และการสนทนากลุ่ม

เครื่องมือการเก็บข้อมูล คือ แนวคำถามการสัมภาษณ์ระดับลึก แนวการสนทนากลุ่ม มีกรอบคำถามที่ได้ข้อมูล

บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลผลิตของการรณรงค์ดูแลสุขภาพเข้าพรรษาระดับพื้นที่ปี พ.ศ. 2565

ดำเนินการประเมินระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม - 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 พื้นที่การศึกษาเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ จังหวัดที่มีชุมชนทำการรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาทั้งที่มีและไม่มีกิจกรรมสนับสนุนการทำงานจาก สคส. กรณีไม่สามารถหาจังหวัดดำเนินการ ทั้งที่มีและไม่มี สคส. สนับสนุนได้นั้น เลือกจังหวัดใกล้เคียงที่มีชุมชนบริบทใกล้เคียงกันแทน ได้พื้นที่ 16 ชุมชนใน 9 จังหวัด ดังนี้ พื้นที่มี สคส. ร่วมดำเนินการ ได้แก่ (1) หมู่ที่ 6 บ้านหม้อและหมู่ที่ 4 บ้านป่าดิว ตำบลสันโป่ง อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ (2) หมู่ที่ 4 บ้านหนองยาว ตำบลหนองกระเจา อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ (3) หมู่ที่ 17 บ้านควนเหนือ ตำบลท่าช้าง อำเภอบางกล่ำ จังหวัดสงขลา (4) หมู่ที่ 4 บ้านนาเสน ตำบลบ้านเกาะ อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช (5) ชุมชนบ้านส่วยใน-นอก เทศบาลพิมาย อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา (6) หมู่ที่ 1 บ้านหนองไชนก ตำบลหนองไชนก อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี (7) หมู่ที่ 8 บ้านขุนโลก ตำบลถอนสมอ อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี และ (8) ชุมชนการเคหะทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร พื้นที่ดำเนินการเอง ได้แก่ (1) หมู่ที่ 4 บ้านสันทรายหลวง ตำบลสันทรายหลวง อำเภอสันทรายจังหวัดเชียงใหม่ (2) หมู่ที่ 1 บ้านท่ามะขามเอน ตำบลมหาโพธิ์ อำเภอแก่งเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์ (3) หมู่ที่ 1-7 ตำบลทุ่งขี้ผึ้ง อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา (4) หมู่ที่ 2 บ้านมะปรางงาม ตำบลละอาย อำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช (5) ตำบลนิคมสร้างตนเอง อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา (6) หมู่ที่ 5 บ้านสองคร ตำบลกุดชุม อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร (7) หมู่ที่ 1-5 ตำบลวิหารขาว อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี และ (8) ชุมชนโพธิ์เรียง เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย (1) บุคคลที่สมัครเข้าร่วมกิจกรรมงดเหล้าเข้าพรรษา (2) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนหรือหมู่บ้าน อาทิ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขพระสงฆ์ ตัวแทนร้านค้าที่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำหน่าย เจ้าหน้าที่ภาครัฐ/ภาคท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับการรณรงค์ เช่น นายอำเภอ ปลัดอำเภอ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน นายกเทศบาล-

ตำบล นายกองค้การบริหารส่วนตำบล ปลัดเทศบาลตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการกองการศึกษา ในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่เครือข่ายองค์กรงดเหล้า จำนวนกลุ่มผู้ให้ข้อมูลประมาณ 20-30 คน ต่อชุมชน วิธีวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เชิงประเด็น

## ผลการศึกษา

### 1. ด้านบริบท

#### 1.1 ที่มาของการเริ่มทำรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา แรงจูงใจที่ยังคงทำการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง

1.1.1 จุดเริ่มต้นของการทำรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาคั้งแรกคือ “คนต้นคิด” “ความต้องการทำความดี” และ “เทศกาลที่ใช้เป็นโอกาสในการทำความดี” ดังตัวอย่างหลายๆชุมชนใช้เทศกาลวันเข้าพรรษาเป็นโอกาสในการชวนกันทำความดี ชุมชนที่เริ่มทำเองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 อย่างบ้านท่ามะขามเอน ตำบลมหาโพธิ อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครสวรรค์ มีคนต้นคิดเป็นผู้ตั้งประเด็นคำถามกับแกนนำและคนในชุมชนว่า “เราจะทำอะไรกันดี” โดยเฉพาะถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระมหากษัตริย์รัชกาลที่ 9 ในวโรกาสเฉลิมพระชนมพรรษา ซึ่งได้รับคำตอบว่า “เราน่าจะหยุดดื่มเหล้าในช่วง 3 เดือนเข้าพรรษา” ทั้งนี้เพราะหลายคนเห็นปรากฏการณ์การดื่มเหล้าในชุมชนดื่มแม้กระทั่งในการประชุม รวมถึงแม่ครัวที่มาช่วยทำครัวให้ด้วย ขณะที่การรณรงค์ของ สสส. และ สคส. ใช้แนวคิดผลกระทบทางเศรษฐกิจและวโรกาสเฉลิมพระชนมพรรษา พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 ครบ 80 พรรษา ในระหว่างปี พ.ศ. 2549-2551

1.1.2 มีประสบการณ์ทำรณรงค์งดเหล้าในเทศกาลอื่นๆมาก่อน โดยเฉพาะงานศพปลอดเหล้า งานบวชปลอดเหล้า งานบุญปลอดเหล้า แล้วจึงมาขยายการดำเนินงานเป็นการงดเหล้าเข้าพรรษา ดังกรณีบ้านควนเหนือ ตำบลท่าช้าง อำเภอบางกล่ำ จังหวัดสงขลา เริ่มทำงานบวชปลอดเหล้ามาก่อนโดยเป็นงานบวชของลูกชายอดีตผู้ใหญ่บ้าน หรือที่บ้านหม้อ หรือหมู่บ้านอื่นในตำบลสันโป่ง อำเภอมะริม จังหวัดเชียงใหม่ ทำกิจกรรมงดเหล้าในงานศพมาก่อนรวมทั้งการงดอบายมุข น้ำหวานและน้ำอัดลม

1.1.3 มีการดำเนินโครงการ/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดในชุมชน ในโรงเรียนโดยหน่วยงานภาครัฐ หรือเครือข่ายอื่น ดังเช่น การบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (community based treatment and rehabilitation: CBTx) และชมรมทูปีนัมเบอร์วันในชุมชน ซึ่งพบว่าคนที่มาร่วมกิจกรรมนั้นมีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังเช่น (1) บ้านหม้อ ตำบลสันโป่ง อำเภอมะริม จังหวัดเชียงใหม่ มีการดำเนินงานเรื่องงดเหล้ามานานมากกว่า 10 ปี เริ่มต้นจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล วิทยาลัยเชียงใหม่มาชวนแกนนำชุมชน อาทิ ผู้ใหญ่บ้านให้เกิดการวิเคราะห์ชุมชนและแก้ไขปัญหาอย่างมีส่วนร่วม โดยเฉพาะเรื่องสุรา หลังจากนั้น สคส. ได้เข้ามาร่วมสนับสนุนทำงานรณรงค์ให้ชัดเจนมาเรื่อยๆในปี พ.ศ. 2562 และ (2) บ้านขุนโลก ตำบลถอนสมอ อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี มือดีดีผู้อำนวยการโรงเรียนในพื้นที่ ที่เคยทำโครงการโรงเรียนโพธิ์สัตย์น้อยร่วมเป็นแกนนำ และมีชมรมทูปีนัมเบอร์วันบ้านขุนโลกตั้งเมื่อ 2 ปีที่ผ่านมาสืบเนื่องจากการบำบัดยาเสพติดในชุมชน (CBTx) ผู้เสพยาเสพติดที่มาเข้าร่วมมีติดเหล้าร่วมด้วย จึงได้ริเริ่มทำการรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา และได้ชักชวนสมาชิกที่ผ่านการบำบัดแบบ CBTx เข้าร่วมด้วย

1.1.4 ความสมัครใจของผู้ที่ต้องการลด ละ เลิกเหล้า การตอบรับกิจกรรมและร่วมกิจกรรมงดเหล้าเข้าพรรษาของคนในชุมชนมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ “จะทำอย่างไรให้คนสมัครใจเข้าร่วมเอง” บางชุมชนดังเช่นชุมชนโพธิ์เรียง เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร หลีกเลียงคำว่าปฏิญาณตนในการเชิญชวน เพราะคำนี้ทำให้ผู้คนรับรู้ว่าเป็นการให้คำมั่นสัญญา คนที่ยังลังเลใจ ไม่แน่ใจในตนเองว่าจะสามารถลด ละ เลิกได้หรือไม่จึงไม่กล้าเข้าร่วมกิจกรรม อย่างไรก็ตามพบวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้คนเข้าร่วมลด ละ เลิก อย่างสมัครใจคือ ทำให้แกนนำของกลุ่ม หรือพูดแบบภาษาชาวบ้านคือ “ลูกพี่” ในวงดื่ม ไม่ว่าจะเป็แกนนำในชุมชน หรือผู้นำในองค์กร ตัดสินใจลด ละ งดดื่มในช่วงเข้าพรรษา ก่อนซึ่งจะเป็นตัวอย่างให้กับสมาชิกในกลุ่ม ทำให้คนอื่นๆ ที่ดื่มด้วยกันในกลุ่มเกิดแรงใจที่จะลด ละ งดดื่ม และสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมตาม

1.1.5 การจัดรณรงค์ซ้ำๆทุกปีอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็น “ประเพณี” ดังที่บ้านท่ามะขามเอน ตำบลมหาโพธิ อำเภอบางกล่ำ

เก้าอี้ยว จังหวัดนครสวรรค์ หลังจากเริ่มจัดสรรครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2539 ยังคงจัดต่อเนื่องทุกปี เช่นเดียวกับที่ตำบลบ้านเกาะ อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช มีบ้านนาออก หมู่ที่ 7 เคยทำรณรงค์คัดเหล่าเข้าพรรษามาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 จนปัจจุบันได้กลายเป็นประเพณีเมื่อถึงเทศกาลเข้าพรรษาทุกคนในหมู่บ้านจะลด ละ เลิกเหล่าระหว่างเข้าพรรษาตนเองโดยไม่ต้องจัดการรณรงค์จึงเป็นหมู่บ้านต้นแบบและที่พี่เลี้ยงให้คำแนะนำกับบ้านนาเสน หมู่ที่ 4 ตำบลบ้านเกาะ

## 1.2 ด้านนโยบาย

1.2.1 มีนโยบายความร่วมมือสนับสนุนการรณรงค์คัดเหล่าเข้าพรรษาในระดับต่างๆ ตั้งแต่ระดับกระทรวงจนถึงระดับตำบล ปี พ.ศ. 2565 มีหนังสือราชการจากคณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข ถึงปลัดกระทรวงมหาดไทย ลงวันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 เรื่องขอความร่วมมือจัดกิจกรรมงดเหล่าเข้าพรรษาประจำปี พ.ศ. 2565 จากนั้นมีหนังสือราชการจากกระทรวงมหาดไทยถึงผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัดขอความร่วมมือสนับสนุนการจัดกิจกรรมวันงดดื่มสุราแห่งชาติประจำปี พ.ศ. 2565 และจังหวัดจึงมีหนังสือราชการแจ้งเวียนถึงหัวหน้าส่วนราชการทุกแห่งทุกอำเภอ หน่วยงานระดับตำบลรับแจ้งจากอำเภอต่อไป การมีหนังสือขอความร่วมมือเช่นนี้ช่วยกระจ่ายการประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึงตั้งแต่ระดับจังหวัดถึงระดับตำบล อย่างไรก็ตามพื้นที่ระดับจังหวัด อำเภอหรือตำบล จะจัดการรณรงค์หรือไม่ เป็นการตัดสินใจของหน่วยงานหรือผู้บริหารองค์กรในแต่ละระดับ

1.2.2 มีการทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน และหรือชุมชน ชุมชนหลายแห่งมีการทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือหรือเรียกสั้นๆ ว่า “MOU” ระหว่างชุมชนกับหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน อาทิ นายอำเภอ ผู้กำกับตำรวจภูธร ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผู้อำนวยการสำนักงานเขต (กรณีกรุงเทพมหานคร) ร้านค้า ร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือ MOU ระหว่างชุมชนด้วยกันเอง กล่าวคือ จากหมู่บ้านต้นแบบให้ความร่วมมือกับหมู่บ้านใกล้เคียงทั้งภายในตำบลและตำบลใกล้เคียงอื่น ดังที่บ้านป่าดิว ตำบลสันโป่ง อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ เริ่มทำงดเหล่าเข้าพรรษาปี พ.ศ. 2565

เป็นครั้งแรกจากการที่ผู้ใหญ่บ้านได้ไปเป็นเครือข่ายของบ้านหม้อและมีการทำ MOU กับเทศบาลตำบล กรณีชุมชนโพธิ์เรียง เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ชุมชนได้ทำ MOU กับร้านค้าเพื่อให้ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสุรา ทั้งนี้เพื่อให้ร้านค้ารับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนและสามารถสร้างความสุขในชุมชนร่วมกันได้

## 1.3 ต้นทุนของชุมชน

1.3.1 ต้นทุนทางธรรมชาติ เช่น แหล่งท่องเที่ยวตามธรรมชาติ สมุนไพร เป็นต้น

1.3.2 ต้นทุนทางสังคม วัฒนธรรมประเพณี ประเพณี ศาสตร์ เช่น ศิลปะพื้นบ้าน การละเล่น ประเพณีพื้นบ้าน การตั้งสัจจะอธิษฐาน เป็นต้น

1.3.3 ความเชื่อดั้งเดิม พบความเชื่อเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ส่งผลเชิงลบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคมที่สำคัญคือ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังคงเป็นสัญลักษณ์ของความไม่ตระหนี่ถี่เหนียวของเจ้าภาพทั้งงานบุญงานศอกเทศกาลงานเลี้ยงต่างๆ อีกทั้งเป็นรางวัลสำหรับคนในชุมชนที่มาช่วยทำงานบ้านเจ้าภาพ ช่วยบำรุงสุขภาพช่วยเจริญอาหาร

1.3.4 การเปลี่ยนแปลงทางธรรมชาติและสังคม ปี พ.ศ. 2565 ยังคงเป็นช่วงเวลาที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่เริ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 อีกทั้งยังเกิดภัยพิบัติน้ำท่วมในพื้นที่ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือระหว่างเดือนกันยายน - ตุลาคม พ.ศ. 2565 รวมถึงสถานการณ์การเมืองระดับท้องถิ่น คือ การเลือกตั้งผู้ใหญ่บ้านในพื้นที่จังหวัดสงขลา เหล่านี้ส่งผลต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และวิถีการใช้ชีวิต รวมทั้งการจัดกิจกรรมรณรงค์งดเหล่าเข้าพรรษาของชุมชน ทั้งเชิงลบและบวก ผลเชิงลบที่ชัดเจนที่สุดคือ คนมีรายได้ลดลง ซึ่งเอื้อต่อผลเชิงบวกที่เกี่ยวกับพฤติกรรมเครื่องดื่มด้วย เช่น พฤติกรรมตั้งวงดื่มหรือปริมาณการดื่มลดลง ดื่มคนเดียวมากขึ้น เป็นต้น และจากมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมส่งผลทำให้เกิดการเรียนรู้และติดต่อสื่อสารกันด้วยสื่อออนไลน์ กิจกรรมต่างๆ จึงเน้นไปใช้วิธีการของสื่อออนไลน์มากขึ้น หากจัดกิจกรรมรวมกลุ่มแบบพบปะกันต้องเป็นขนาดเล็ก 4-5 คน สิ่งที่เป็นโอกาสในวิกฤตเหล่านี้คือชุมชนให้ผู้ร่วมกิจกรรมงดเหล่าเข้าพรรษามาร่วมทำกิจกรรมของชุมชน

แบบจิตอาสาไม่ว่าจะเป็นการเตรียมสถานที่ อุปกรณ์สำหรับให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และผู้ประสบภัยน้ำท่วม กรณีชุมชนที่มีการเลือกตั้งผู้ใหญ่บ้านต้องหยุดการจัดกิจกรรมต่างๆ จนกระทั่งการเลือกตั้งแล้วเสร็จจึงเริ่มทำทั้งนี้เหตุผลของชุมชนคือเพื่อความโปร่งใสของผู้สมัครรับเลือกตั้งทุกฝ่าย ส่งผลต่อการทำงานที่ไม่เป็นไปตามแผนงานที่กำหนดไว้

**1.4 ความแตกต่างระหว่างวัย** ช่วงอายุในแต่ละกลุ่มวัยสะท้อนถึงการรับรู้ตีความหมายของพฤติกรรม การดื่มของตนเอง การรณรงค์ลักษณะการจัดกิจกรรม ในมุมมองของกลุ่มวัยรุ่นหรือเยาวชนอายุไม่เกิน 25 ปี คิดว่าการรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาเป็นกิจกรรมสำหรับคนวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะจัดในวันเข้าพรรษาและส่วนใหญ่ใช้วัดเป็นสถานที่จัดกิจกรรม มีเสียงสะท้อนจากกลุ่มวัยผู้ใหญ่ว่า “เด็กวัยรุ่นสมัยนี้ไม่รู้จักวันเข้าพรรษาแล้ว” อย่างไรก็ตามมีชุมชนบางแห่งที่สามารถทำให้การรณรงค์นี้เป็นเรื่องของทุกคนได้ ดังชุมชนโพธิ์เรียง เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ที่ใช้เทคนิคสร้างการมีส่วนร่วมให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง อาทิ ร้านค้า กลุ่มวัยผู้ใหญ่ กลุ่มเยาวชน มาพูดคุยแลกเปลี่ยนกันอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง หรือพาทำกิจกรรมต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน และทบทวนบทเรียนร่วมกันอย่างสม่ำเสมอเพื่อสร้างตระหนักร่วมกันว่าคนในชุมชนคือญาติพี่น้องกัน กฎกติกาข้อบังคับที่ต้องรับรู้และร่วมกันปฏิบัติมีอะไรอย่างไร แม้แต่เจ้าของร้านค้าร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถือเป็นผู้หลักผู้ใหญ่ของเด็กๆ สามารถช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันได้

## 2. ด้านปัจจัยนำเข้า

สิ่งเอื้ออำนวยหรือสนับสนุนในช่วงเตรียมการก่อนวันเข้าพรรษานั้นพบว่ามีความใกล้เคียงกันระหว่างพื้นที่มี สคส. ร่วมดำเนินการกับพื้นที่ทำเอง ดังนี้

**2.1 ผู้นำ ผู้พาทำและทีมงานในพื้นที่** อันได้แก่ แกนนำชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) เจ้าหน้าที่ภาครัฐ (โรงพยาบาล-ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) อาสาสมัครสาธารณสุขอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร กรมการหมู่บ้าน และพระสงฆ์ส่วนใหญ่คือเจ้าอาวาส สำหรับส่วนที่มีความแตกต่างกันคือ ในพื้นที่ สคส. มีผู้ประสานงาน

สคส. ระดับจังหวัด/ระดับภาคเป็นผู้เอื้ออำนวยในการประสานความร่วมมือ และกระตุ้นให้เกิดการร่วมคิด ร่วมทำ

**2.2 งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์อื่นๆ** พื้นที่มี สคส. ได้รับสนับสนุนงบประมาณและสื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ ป้ายไว้นิล สื่อ ขณะที่พื้นที่ทำเองมีทั้งใช้และไม่ใช้งบประมาณ กรณีใช้งบประมาณจัดทำเป็นโครงการขอรับสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือตำบล กรณีไม่ใช้งบประมาณ ใช้อุปกรณ์สถานที่ที่มีอยู่ในชุมชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งขอสนับสนุนจากวัด

**2.3 ผู้เข้าร่วมกิจกรรม** บุคคลที่สมัครเข้าร่วมงดเหล้าเข้าพรรษาเป็นมีทั้งวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุ 25 ปี) วัยทำงาน วัยสูงอายุ ลักษณะการดื่มประกอบด้วย (1) กลุ่มเลิกดื่มต่อเนื่อง (2) กลุ่มดื่มทั่วไป (3) กลุ่มดื่มประจำ และ (4) กลุ่มติดเรื้อรังมีค้อย่างน้อย

**2.4 วิธีการค้นหาผู้สมัครร่วมกิจกรรม** พบว่าส่วนมากใช้วิธีประชาสัมพันธ์และให้ผู้สนใจมาสมัครเองให้อาสาสมัครสาธารณสุขเชิญชวนประชาชนในความรับผิดชอบเข้าร่วมกิจกรรม นอกจากนี้ในพื้นที่ทำเองใช้วิธีการให้ตัวแทนแกนนำชุมชนไปเชิญชวนสมาชิกในหมู่บ้านโดยกำหนดจำนวนที่ต้องเชิญชวน เช่น จำนวน 5 คนต่อหมู่บ้าน ดังที่บ้านท่ามะขามเอน ตำบลมหาโพธิ อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครสวรรค์ หรือให้ตัวแทนสมาชิกองค์กรบริหารส่วนตำบลแต่ละหมู่บ้านชวนลูกบ้านมาหมู่ละ 5 คน ดังเช่นตำบลทุ่งขี้มัน อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา

## 2.5 ระบบข้อมูล

**2.5.1 การลงชื่อสมัครเข้าร่วมกิจกรรม** มีทั้งการจดบันทึกในสมุดลงนามปฏิญาณตน บันทึกในระบบออนไลน์ผ่านเว็บไซต์ของเครือข่ายองค์กรงดเหล้า หรือนำลิงก์การลงนามสมัครผ่านแอปพลิเคชัน อสม. มาติดตั้งที่หน้าแรกของเว็บไซต์หน่วยงานดังเว็บไซต์ขององค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งขี้มัน อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา

**2.5.2 การจัดประเภทผู้สมัคร** แบ่งเป็น (1) ผู้ดื่มทั่วไป (2) ผู้ดื่มแบบเสีียง และ (3) ผู้ติด ส่วนใหญ่ผู้สมัครเป็นกลุ่มดื่มทั่วไปมากกว่าประเภทอื่นๆ ดังที่ตัวแทนชุมชนการเคหะทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานครสะท้อนว่า “คนติดจริงๆ ยากมากในการเข้าถึง”

### 3. ด้านกระบวนการ

**3.1 ขั้นตอนหลักของการรณรงค์ลดเหล้าเข้าพรรษา ทั้งของพื้นที่ที่มี สคล. ร่วมดำเนินการและพื้นที่ดำเนินการเอง มีขั้นตอนสำคัญ ดังนี้**

- 3.1.1 ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ สื่อบุคคล
- 3.1.2 รับสมัคร และลงชื่อสมัคร
- 3.1.3 คัดกรองผู้สมัคร
- 3.1.4 จัดกิจกรรมในวันเข้าพรรษา ได้แก่ ทำบุญ ตักบาตร หล่อเทียนพรรษา

3.1.5 จัดกิจกรรมระหว่างพรรษาขึ้นอยู่กับแต่ละพื้นที่ ออกแบบตามบริบทของชุมชน อาทิ กิจกรรมเชิงวัฒนธรรม ประวัติศาสตร์ การท่องเที่ยว สร้างรายได้โดยรวมกลุ่ม วิสาหกิจ จิตอาสา

3.1.6 จัดกิจกรรมในวันออกพรรษา ได้แก่ ทำบุญ ตักบาตร

**3.2 ขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกัน หรือมีความแตกต่างกัน ในรายละเอียดของการจัดกิจกรรมระหว่างพื้นที่มี สคล. ร่วมดำเนินการและพื้นที่ดำเนินการเอง มีดังนี้**

3.2.1 การจัดทำโครงการ พื้นที่ดำเนินการเองเขียน โครงการขอรับสนับสนุนจากกองทุน สปสช. เป็นลักษณะ โครงการดำเนินการมีระยะเวลา 3 เดือนช่วงเข้าพรรษา ขณะที่พื้นที่ สคล. สนับสนุนได้รับงบประมาณสนับสนุน ผ่านระดับจังหวัดหรือระดับภาค โดยมีผู้ประสานงาน เครือข่ายองค์กรงดเหล้าจังหวัดเป็นผู้ประสานงาน และ เป็นผู้สนับสนุนให้เกิดกระบวนการ “ชวน ช่วย ชม เขียร์ เชิดชู” ด้วยสื่อบุคคล คือ คนหัวใจเพชร หัวใจเหล็ก

3.2.2 ทำกิจกรรมงดเหล้าเข้าพรรษาอย่างต่อเนื่อง จนเป็นวิถีชุมชนไม่ต้องใช้งบประมาณ ใช้วัสดุอุปกรณ์ สถานที่ในชุมชน อาทิ บ้านท่ามะขามเอน ตำบลมหาโพธิ อำเภอกำแพง จังหวัดนครสวรรค์

3.2.3 การชักชวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม พบว่าพื้นที่ ดำเนินการเองให้ผู้ที่เลิกเหล้าได้แล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากเป็นผู้นำทางการในพื้นที่ อาทิ นายกองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้นำในการเชิญชวนงดเหล้า เข้าพรรษาแล้ว ยิ่งทำให้มีความน่าเชื่อถือ และเกิดความ ศรัทธามากขึ้น

3.3.3 กิจกรรมวันเข้าพรรษา พื้นที่มี สคล. สนับสนุน ใช้การปฏิญาณตนลด ละ เลิกเป็นกลวิธีสำคัญ ขณะที่

พื้นที่ดำเนินการเองมีทั้งใช้วิธีการปฏิญาณตนและ ไม่ใช้ด้วยเหตุผลที่ว่า คำว่า “ปฏิญาณ” ทำให้คนที่ยังไม่แน่ใจในตัวเองว่าจะทำได้หรือไม่นั้น ไม่กล้าสมัครเข้าร่วม กิจกรรม

3.3.4 กิจกรรมที่ทำในระหว่างพรรษา คือ ส่วนใหญ่ ในพื้นที่ดำเนินการเองใช้กิจกรรมทางศาสนา เช่น สวดมนต์ ตักบาตร สมาธิ ทุกวันพระ กิจกรรมจิตอาสา กิจกรรม สร้างสรรค์พื้นที่ส่วนรวม บางชุมชนจัดกิจกรรมครอบครัว ในลักษณะค่ายเพื่อฝึกเรื่องการสื่อสาร เช่น ชุมชนโพธิ์เรียง เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร หรือที่บ้านมะปรางงาม ตำบลละอายอำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ดำเนินการ ในลักษณะติดตามและเสริมพลังผู้เข้าร่วมโครงการลด ละ เลิกเหล้า บุหรี่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 รายเดิม สำหรับ พื้นที่มี สคล. สนับสนุนมีการร่วมกิจกรรมอื่นที่ สคล. จัด อาทิ การพัฒนาศักยภาพครอบครัว เครือข่ายแกนนำ stop drink network (SDN)

3.3.5 กิจกรรมหลังออกพรรษา

- พิธีมอบเกียรติบัตรหรือให้ความชื่นชมยกย่อง ในพื้นที่ดำเนินการเองส่วนใหญ่ดำเนินการภายหลังวัน ออกพรรษาไม่เกิน 2 สัปดาห์ ขณะที่พื้นที่มี สคล. ร่วม ดำเนินการส่วนใหญ่จัดพิธีเชิดชู มอบเกียรติบัตรในช่วง หลังวันขึ้นปีใหม่ ให้ผ่านกิจกรรมสวดมนต์ข้ามปี กิจกรรม งานบุญ/เทศกาลอื่น ต่อไปอีกด้วยเหตุผลคือจะยืดระยะเวลา การลด ละ เลิก ออกไปอีก

- ติดตามหลังการรักษาในรายที่เป็นผู้ติดสุรา โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่ายในพื้นที่ อาทิ ศูนย์สุขภาพใกล้บ้านใกล้ใจ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของโรงพยาบาลชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และกลุ่ม สุรานิรนาม (alcoholics anonymous: AA) โดยมีตัวอย่าง คนต้นแบบกลุ่มสุรานิรนามในอำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร

### 4. ด้านผลผลิต

ผู้สมัครใจเข้าร่วมงดเหล้าเข้าพรรษาทั้งพื้นที่ สคล. สนับสนุนและพื้นที่ทำเอง ประกอบด้วยคนที่ตั้งใจหยุดดื่ม ทั้งพรรษา ลดการดื่ม และกลุ่มผู้เลิกดื่มได้แล้ว ดังนี้

**กลุ่มตั้งใจหยุดดื่มทั้งพรรษา** เป็นกลุ่มผู้ดื่มที่มีความ ตั้งใจหยุดดื่มต่อเนื่อง 3 เดือนอยู่แล้ว ส่วนหนึ่งเป็น ผู้ที่เคยงดเหล้าเข้าพรรษามาแล้ว ตั้งใจงดเหล้าเข้าพรรษา ด้วยเหตุผลเรื่องสุขภาพ ต้องการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

ส่วนรายที่เพิ่งเข้าร่วมกิจกรรมเป็นปีแรกแต่ตั้งใจหยุดดื่มทั้งพรรษาส่วนหนึ่งมีปัจจัยที่สนับสนุนความตั้งใจคือต้องการเป็นแบบอย่างโดยเฉพาะคนที่เป็ผู้นำในชุมชน

**กลุ่มลดการดื่ม** เป็นกลุ่มผู้ดื่มที่ยังไม่มั่นใจว่าจะสามารถหยุดดื่มตลอดทั้งพรรษาได้ จึงขอลดปริมาณหรือความถี่ในการดื่มลง ทั้งนี้บางรายยังคงมีเหตุผลว่า ด้วยตำแหน่งหน้าที่ยังต้องเข้าสังคมงานเลี้ยงต่างๆ

**กลุ่มเลิกดื่มได้แล้ว** เป็นผู้ที่เลิกดื่มได้ด้วยตัวเองมาก่อนแล้วด้วยเหตุผลด้านสุขภาพ หรือเป็นผู้ที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมงดเหล้าเข้าพรรษามาก่อนหน้านี้แล้วและสามารถเลิกเหล้าได้หากอยู่ในพื้นที่มี สคส. ร่วมดำเนินการ บุคคลกลุ่มนี้จะได้รับการยกย่องให้เป็นคนหัวใจเพชร (เลิกต่อเนื่องเกิน 3 ปี) คนหัวใจเหล็ก (เลิกได้ 1-3 ปี) ทั้งนี้พบในหลายๆ พื้นที่ว่ากลุ่มเลิกดื่มได้แล้วมาเข้าร่วมกิจกรรมในปี พ.ศ. 2565 นี้ก็มีหนึ่งชุมชนที่ไม่นำกลุ่มผู้เลิกดื่มได้แล้วมานับรวมเป็นจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมของปี พ.ศ. 2565 เพราะถือว่าเลิกได้แล้ว กลุ่มไม่เข้าร่วมกิจกรรมงดเหล้าเข้าพรรษามีทั้ง (1) ผู้ดื่มที่รับรู้ข่าวการประชาสัมพันธ์การณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาของชุมชนและมีคนมาชวนแต่ปฏิเสธหรืออีกชุมชนหนึ่งมีผู้ดื่มประจำลดการดื่มเองแต่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม (2) กลุ่มผู้ติดเหล้าเรื้อรังที่ชุมชนยังไม่ถึง และ (3) กลุ่มติดที่ผ่านการรักษาแล้วกลับไปดื่มซ้ำ อย่างไรก็ตามมีผู้ให้ข้อมูลว่า มีผู้ที่ตั้งใจระหว่างพรรษาที่ไม่แสดงตนด้วย

ผลที่เกิดขึ้นกับผู้กลด ละ เลิกดื่มเหล้าเข้าพรรษาโดยภาพรวม มีดังนี้ ร่างกายแข็งแรงขึ้น รู้สึกสดชื่นขึ้น รับจ้างทำงานได้มากขึ้น ทำให้ได้รายได้มากขึ้น มีเงินเก็บเพิ่มขึ้น หรือนำเงินเก็บจำนวนที่เคยใช้เป็นค่าสุราไปซื้อของมีค่าต่างๆ กล้าช่วยเหลืองานหรือทำจิตอาสาในชุมชนมากขึ้น

## วิจารณ์

**1. ด้านบริบท** ทุกพื้นที่มีต้นทุนของชุมชนอยู่สามารถเอื้อประโยชน์ต่อการรณรงค์ การจัดกิจกรรมต่างๆ ที่สำคัญยิ่งคือ ทูมมนุษย หมายถึง คนต้นคิด คนที่มีความตระหนักต้องการให้คนในชุมชนอยู่ดีมีสุข เป็นจุดเริ่มต้นในการทำสิ่งต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน แม้แต่การถ่ายทอดวัฒนธรรมประเพณีที่ดงามจากรุ่นสู่รุ่นนี้ก็ช่วยทำให้เกิด

ความรัก เคารพศรัทธา ต่อบรรพบุรุษ ชุมชนที่อาศัยอยู่ คุณลักษณะเหล่านี้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และเสริมพลังแรงใจภายในให้เพิ่มมากขึ้นได้ รวมถึงการตั้งสัจจะอธิษฐานเป็นการตั้งพันธะสัญญากับตนเองโดยมีความเคารพศรัทธาเป็นแรงยึดเหนี่ยวจึงนำมาสู่การประพฤติปฏิบัติที่ซื่อสัตย์ต่อตนเอง จากบริบทของชุมชนไม่เพียงแต่ส่งผลลัพธ์โดยตรงต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มของกลุ่มเป้าหมายเท่านั้น แต่ยังพบผลลัพธ์ทางอ้อม อาทิ ความช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ความมีจิตอาสา ซึ่งล้วนแต่เป็นสิ่งที่มาช่วยเสริมความภาคภูมิใจ หรือความมีคุณค่าในตนเองจัดเป็นแรงจูงใจภายในที่ผลักดันให้ยังคงมีพฤติกรรมลด ละ เลิกเหล้าอย่างต่อเนื่องต่อไป

**2. ด้านปัจจัยนำเข้า** มีปัจจัยที่สำคัญ คือ (1) ผู้นำทำหากเป็นผู้หน้าที่เป็นทางการในพื้นที่มีผลต่อการยอมรับศรัทธา และคล้อยตามได้มาก อีกทั้งมีอำนาจในการตัดสินใจที่จะนำไปสู่การกระทำสิ่งต่างๆ ร่วมกันกับเครือข่ายอื่น (2) ผู้นำทางศาสนาคือพระสงฆ์เป็นผู้ที่สามารถให้แง่คิดทางธรรมสร้างความตระหนักต่อความอยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ (3) รูปแบบวิธีการสื่อสารชักชวนให้ผู้ดื่มเข้าร่วมกิจกรรมให้ได้อย่างทั่วถึงโดยใช้ตัวแทน กรณีกลุ่มผู้ติดสุราซึ่งเป็นกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมงดเหล้าเข้าพรรษาน้อยต้องใช้เวลาในการพูดคุยเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีและชักชวนเข้าสู่การบำบัดรักษา

**3. ด้านกระบวนการ** ขั้นตอนหลักของการรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษามีความใกล้เคียงกันทั้งของพื้นที่ที่มี สคส. ร่วมดำเนินการและพื้นที่ดำเนินการเอง หากจะมีความแตกต่างกันในรายละเอียดของลักษณะกิจกรรม และการสื่อสาร ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการผลลัพธ์ระยะสั้นหรือระยะยาว และความสามารถในขับเคลื่อนกระบวนการของผู้นำทำและทีมงานที่ต้องผสมผสานผลประโยชน์รวมของทุกฝ่ายได้ด้วยการออกแบบกิจกรรมที่เชื่อมโยงระหว่างต้นทุนของชุมชนกับจุดประสงค์งานได้ เชื่อมโยงกลไกของหน่วยงานอื่นในพื้นที่ให้เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการเพื่อหา กลวิธี รูปแบบที่เหมาะสมกับยุคสมัย และเชื่อมโยงให้กลุ่มเด็ก เยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมกับกลุ่มผู้ใหญ่ในชุมชน อาทิ กลไกของชมรมทูบีนัมเบอร์วัน กลไกการบำบัดฟื้นฟู โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) รวมถึงกลไกอื่นของ สคส. ได้แก่ โรงเรียนคำพ่อสอน เครือข่ายแกนนำ SDN

กลไกการติดตาม อาทิ กลุ่มสุรานิรนามที่มีจุดแข็งคือเป็นผู้เคยมีประสบการณ์การเลิกดื่มมาช่วยเหลือกันเอง ทำให้มีความเข้าใจและสามารถให้คำแนะนำช่วยเหลือเพื่อนผู้เลิกดื่มรายใหม่ได้ตรงตามสภาพปัญหาและความต้องการได้ดี

**4. ด้านผลผลิต** ผู้เข้าร่วมกิจกรรมงดเหล้าเข้าพรรษามีแรงจูงใจที่แตกต่างกันมีทั้งคนที่ตั้งใจเลิกเด็ดขาดอีกจำนวนหนึ่งยังลังเลใจ และกลุ่มที่รู้ถึงการรณรงค์แต่ยังไม่คิดจะลด ละ เลิก ฉะนั้นจะนำสิ่งที่มีทั้งภายในและภายนอกชุมชนไม่ว่าจะเป็นบริบท ปัจจัยนำเข้า มาสู่การสร้างกระบวนการใช้กลไกกิจกรรมอะไร เพื่อตอบสนองหรือสร้างเสริมแรงจูงใจ ให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมายในการสนับสนุนการลด ละ เลิกเหล้าเข้าพรรษาให้ได้อย่างต่อเนื่อง

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดการจัดการความรู้ โดยใช้เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างชุมชนทั้งที่มี สคส. ร่วมดำเนินการและชุมชนที่ดำเนินการเอง ภายในอำเภอหรือจังหวัดเดียวกัน เพื่อหา good practice กระตุ้นให้เกิดการปรับปรุงพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อนำไปสู่ best practice และการเทียบระดับเพื่อพัฒนาต่อยอดต่อไป

2. ควรสร้างกลไก จุดประกายให้มี “ความอยากทำ” เพื่อให้เกิดการ “ระเบิดจากภายใน” ทำให้เห็นประโยชน์ใช้ตัวอย่างจากประสบการณ์จริงทั้งทางบวกและลบ สุดท้ายทำให้เห็นว่าประโยชน์ได้กับตัวผู้ดื่มเอง ดังกรณีชุมชนที่ดำเนินการเอง ผู้นำทำส่วนใหญ่เป็นผู้เคยติดเหล้าแล้ว

เลิกได้ จึงมีความเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกความคิด และเห็นความเปลี่ยนแปลงของตนเองอย่างชัดเจน จึงสามารถสื่อสารโน้มน้าวหรือให้คำแนะนำกับผู้อื่นได้อย่างเป็นธรรมชาติ

3. ควรสร้างกลไกการเสริมแรง เชื่อมโยง รูปแบบวิธีการกิจกรรมที่เป็นการ “เสริมแรงภายใน” ให้มากขึ้น เพื่อต่อย้ำแรงจูงใจภายในตนให้หนักแน่นมั่นคงมากขึ้น อาทิ การเริ่มทำในสิ่งที่ทำแล้วยังคงมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณะ หรือ ในชุมชนตนเอง

4. ควรบูรณาการการดำเนินงานโครงการของ สคส. โดยเฉพาะชุมชนคนสุ่เหล้าและโพธิสัตย์น้อยในพื้นที่เป้าหมายเดียวกัน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์มากขึ้น

5. ควรสร้างกลไกและกระบวนการทำกิจกรรมที่ต่อเนื่องในชุมชนสำหรับกลุ่มดื่มประจำหรือผู้ติดสุราเรื้อรัง

6. ควรส่งเสริมให้ชุมชนเกิดกระบวนการเรียนรู้ในการนำประเด็น ลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลักดันเข้าสู่ข้อตกลงของชุมชน ตำบลหรือท้องถิ่น ร่วมปฏิบัติตามข้อตกลงสาธารณะและทบทวนบทเรียนร่วมกัน

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รศ. ดร.เนาวรัตน์ พลายน้อย ที่ให้คำแนะนำปรึกษา หน่วยงาน/องค์กรและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาคั้งนี้ ขอขอบคุณกวีวิจัยภาคสนามคุณศรัณยา ทองจีน คุณสิริกุล จุลศิริ คุณวสวัตดี อดชัย คุณกุลพันธ์ เพ็ชรเพ็ง คุณบังอร สุปรिता คุณรักชนก จินดาคำ จิณห์มนัส อัครจรรยาภาณุจน์ และศูนย์วิจัยปัญหาสุราที่สนับสนุนงบประมาณและคำแนะนำ

## เอกสารอ้างอิง

1. ทักษพล ธรรมรังสี. งดเหล้าเข้าพรรษาให้อะไรกับสังคมไทย ถอดบทเรียนเจ็ดปีของการรณรงค์. นนทบุรี: เดอะกราฟิกซิสเต็ม; 2553.
2. สาวิตรี อัญนางค์กรชัย, วลัยลักษณ์ จิตพิบูลย์, ดาริกา โสงาม, พงษ์ภักดิ์ กาคำผุย, ชญานิน กฤติยะโชติ, เจริญพงศ์ พรหมศร และคณะ. การศึกษาโครงการรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาในระดับพื้นที่ ปี 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 15 ก.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <http://cas.or.th/cas/wp-content/uploads/2020/01/stop-drink-report-final-version.pdf>
3. ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาลังคมและธุรกิจ. โครงการประเมินผลการรณรงค์ “งดเหล้าเข้าพรรษาปี 2561”: กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปใน 12 จังหวัดทั่วประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 20 ก.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: [https://cas.or.th/wp-content/uploads/2019/07/82.61-A1-0021-Final-Report\\_StopDrink2018.pdf](https://cas.or.th/wp-content/uploads/2019/07/82.61-A1-0021-Final-Report_StopDrink2018.pdf)

4. ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ. โครงการประเมินผลการรณรงค์ “งดเหล้าเข้าพรรษาปี 2562”: กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปใน 12 จังหวัดทั่วทุกภาคของประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 20 ก.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: [https://cas.or.th/wp-content/uploads/2020/01/Final-Report\\_StopDrink2019.pdf](https://cas.or.th/wp-content/uploads/2020/01/Final-Report_StopDrink2019.pdf)
5. ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ. โครงการประเมินผลการรณรงค์ “งดเหล้าเข้าพรรษาปี 2563”: กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปใน 12 จังหวัดทั่วทุกภาคของประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 20 ก.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://cas.or.th/?p=7837>
6. ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ. โครงการประเมินผลการรณรงค์ “งดเหล้าเข้าพรรษาปี 2564”: กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปใน 12 จังหวัดทั่วทุกภาคของประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 20 ก.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://cas.or.th/?p=8659>
7. สำนักข่าวสร้างสุข. ขวนครอบครัวงดเหล้าเข้าพรรษา 2565 ชูแนวคิดซูเปอร์แมมพ้อ พอแล้วเหล้าเบียร์อินเทอร์เน็ต. 2565 [สืบค้นเมื่อ 20 ก.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thaihealth.or.th/>
8. ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ.โครงการประเมินผลการรณรงค์ “งดเหล้าเข้าพรรษาปี 2557”: กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปใน 25 จังหวัดทั่วประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [สืบค้นเมื่อ 20 ก.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <http://sabcentre.com/artical/art001.pdf>
9. ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ. โครงการประเมินผลการรณรงค์ “งดเหล้าเข้าพรรษาปี 2558”: กรณีศึกษาประชาชนทั่วไปที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปใน 25 จังหวัดทั่วประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อ 20 ก.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <http://cas.or.th/cas/wp-content/uploads/2019/07/1.-58-AC-0005-SAB.pdf>
10. ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ. โครงการประเมินผลการรณรงค์ “งดเหล้าเข้าพรรษาปี 2559”: กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปใน 25 จังหวัดทั่วประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 20 ก.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <http://cas.or.th/cas/?p=6727>
11. ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ. โครงการประเมินผลการรณรงค์ “งดเหล้าเข้าพรรษาปี 2560”: กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปใน 25 จังหวัดทั่วประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 20 ก.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: [http://cas.or.th/cas/wp-content/uploads/2019/07/53.-60-AC-0015-Final-Report\\_StopDrink2017\\_24Nov17.pdf](http://cas.or.th/cas/wp-content/uploads/2019/07/53.-60-AC-0015-Final-Report_StopDrink2017_24Nov17.pdf)
12. ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ. โครงการประเมินผลการรณรงค์ “งดเหล้าเข้าพรรษาปี 2562”: กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปใน 25 จังหวัดทั่วประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 20 ก.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: [https://cas.or.th/wp-content/uploads/2020/01/Final-Report\\_StopDrink2019.pdf](https://cas.or.th/wp-content/uploads/2020/01/Final-Report_StopDrink2019.pdf)
13. นพพล วิทยารพงศ์. การประเมินโครงการงดเหล้าเข้าพรรษาในระดับพื้นที่. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
14. วรางคณา จิรรัตนโสภาก. การประเมินผลโครงการรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาระดับพื้นที่ ปี พ.ศ. 2558 [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 20 ก.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://cas.or.th/?p=6795>
15. Stufflebeam DL. The CIPP model for evaluation. In: Stufflebeam DL, Madaus GF, Kellaghan T, editors. Evaluation models. Viewpoints on educational and human service evaluation. 2<sup>nd</sup> ed. Boston: Kluwer Academic; 2000. p. 279-317.

# Assessing the Results of the Campaigns to Refrain from Alcohol Drinking during Buddhist Lent at the Community Level

Sorawan Intasitti

Bureau of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health, Nonthaburi Province, Thailand

## Abstract

The objective of this study was to evaluate the outcomes of 2022 Buddhist Lent campaign to stop drinking alcohol in Thailand. The CIPP model was applied to assess the context, inputs, processes and outputs for the year 2022. The locations included both villages supported by the Non-Alcoholic Organization Network Office (Sor-Kho-Lor) and villages that operated on their own in 9 provinces, namely Chiang Mai, Nakhon Sawan, Songkhla, Nakhon Si Thammarat, Nakhon Ratchasima, Ubon Ratchathani, Yasothon, Singburi and Bangkok. The methods for collecting data were in-depth interviews and focus group discussions. The informants were people who participated in the activity to stop drinking alcohol during the Buddhist Lent, the community stakeholders, and coordinators of the non-alcoholic organization network at regional and provincial levels. The assessment was conducted from 1 July - 30 November 2022. The findings were as follows: (1) Context: every area had community funds that facilitate the change of drinking behavior and strengthen internal motivation; (2) Input: leaders, methods of communication, and persuasion; (3) Process: process of available space the Sor-Kho-Lor jointly operated or operated by itself that had similar main steps and differ in detail; and (4) output: participants in the Lent abstinence liquor activity had different motivations. The recommendations were as follows: (1) the use the knowledge management process should be promoted as a learning tool within the same district or province, (2) create an “explosion from within” mechanism, (3) reinforce mechanisms focusing more on internal reinforcing the person, (4) integrate the projects of the Sor-Kho-Lor, especially the alcohol fighter community and the Bodhisat Noi (child volunteers) in schools into the same target area, (5) create mechanisms and processes to care chronic alcoholics, and (6) encourage the community to have a learning process in driving the issue of reducing, giving up alcohol into a community agreement.

**Keywords:** Buddhist Lent; alcohol campaign; evaluation

# Interventions to Increase Physical Activity in an Urban Setting in Low- and Middle-Income Countries: a Systematic Review

*Thitikorn Topothai, Chompoonut Topothai, Anond Kulthanmanusorn, Hathairat Kosiyaporn, Titiporn Tuangrattananon, Nattanicha Pangkariya, Kamonwan Kiewnin, Sataporn Julchoo, Angkana Lekagul, Orratai Waleewong, Viroj Tangcharoensathien*  
*International Health Policy Program, Ministry of Public Health, Nonthaburi Province, Thailand*

## Abstract

Physical inactivity is a global public health concern and the fourth leading risk factor for non-communicable diseases. Being physically inactive is common behaviors in rapid urbanization. Studies investigating the interventions to increase physical activity in urban settings have increased rapidly, however, knowledge in low- and middle-income countries (LMICs) is still lacking. This systematic review investigates the interventions to increase physical activity in an urban setting of LMICs. The review was conducted following the PRISMA guidelines through three electronic databases: PubMed, Scopus, and Google Scholar. The search was restricted to English-language papers published between January 2016 and June 2021. Of 1,276 articles, 12 studies carried out from four regions were included in the study. The majority came from Asia (6 articles), followed by South America (5 articles). The majority adopted a cross-sectional design. Recreational space interventions (particularly green-space provision and design) were the most common across studies (5), followed by health promotion interventions (3), neighborhood interventions (3), and transportation interventions (1). Nine out of 12 interventions were significantly related to higher physical activity across LMICs. Policymakers may apply and implement these interventions in their contexts where appropriate.

**Keywords:** physical activity; interventions; low- and middle-income countries; urban; systematic review

Received: 2023 Jan 19

Revised: 2023 Feb 22

Accepted: 2023 Mar 1

## Introduction

The World Health Organization (WHO) has defined physical activity as any bodily movements throughout the day, mainly in work, transport and

recreation domains.<sup>(1)</sup> Sufficient physical activity for adults (aged 18 and above) was recommended at least 150 minutes for moderate physical activity or at least 75 minutes for vigorous physical activity per week<sup>(1)</sup> and for children at least 60 minutes

per day. Physical inactivity is an increasing global public health concern as the fourth leading risk factor for many non-communicable diseases (NCDs), including obesity, diabetes, cardiovascular disease, stroke, cancers, and mental health problems.<sup>(2)</sup> Worldwide, approximately 3.2 million deaths are attributed to insufficient physical activity annually reported by the WHO in 2014.<sup>(2)</sup> Low- and middle-income countries (LMICs) carry a disproportionate share of the disease burden<sup>(3,4)</sup>, and approximately 82% of global NCD deaths take place in LMICs.<sup>(5)</sup> Global insufficient physical activity is estimated at 23% in adults and 91% in adolescents.<sup>(2)</sup> In rapid urbanization, the problem of physical inactivity is growing as urban residents have more sedentary lifestyles.<sup>(6)</sup> The United Nations has estimated that urban populations will double from 30% in 1950 to 68% or around 6.7 billion people by 2050.<sup>(7)</sup>

In terms of policy responding to rapid urbanization and the burden of physical inactivity, global leaders had committed to the United Nations Sustainable Development Goals 11, inter alia, to strengthen inclusive, safe, resilient and sustainable cities. Interventions to promote active cities are important to leverage physical inactivity problems.<sup>(8)</sup> In addition, member states of the World Health Organization adopted the Global Action Plan on Physical Activity (2018-2030) in the 71<sup>st</sup> World Health Assembly in 2018 with the aim to reduce the global prevalence of inadequate physical activity by 15% by 2030.<sup>(9)</sup> This call for a whole-of-society response to create social, cultural, economic and environment which are conducive to physical activity as an active lifestyle is intrinsically related to the design of the city, physical and social environment.<sup>(9)</sup>

The global academic sector also responds to the crisis of physical inactivity. Research investigating the characteristics of effective physical activity interventions in urban settings has increased rapidly over the last two decades. A cross-sectional study investigated relationships between physical activity in 6,822 adults who lived in urban environments in 14 cities in 10 countries.<sup>(10)</sup> The study found associations between active-friendly neighborhood environments and physical activity. The net residential density, intersection density, public transport density, and number of parks were significantly, positively, and linearly related to physical activity. Another study using critical and systematic reviews identified interventions to promote active transport in cities.<sup>(11)</sup> The interventions were destination accessibility, managing demand by reducing the availability and increasing the cost of parking, designing pedestrian-friendly and cycling-friendly movement networks, achieving optimum levels of residential density, reducing the distance to public transport, and enhancing the desirability of active travel modes such as creating safe attractive neighborhoods and safe, affordable, and convenient public transport. In addition, a systematic review of 57 scoping reviews suggested that physical activity in cities can be promoted through multi-level interventions.<sup>(12)</sup> Reviews fell into four main categories: (1) setting and target group-specific, (2) urban design, environment, and transport, (3) economic instruments, and (4) broad-range perspective. Results indicate that there is solid evidence for policy effectiveness in some areas such as school-based and infrastructural policies but that the evidence in other areas is insufficient especially for economic policies.

Despite the well-documented benefits of physical activity interventions, there is a knowledge gap in interventions to increase physical activity in an urban setting in LMICs. The most recent systematic review relevant to this topic in LMICs was conducted by Elshahat et al. in 2020.<sup>(13)</sup> The study found that land-use mix diversity was positively associated with transport physical activity and the presence of recreation facilities resulted in an increase in physical activity during leisure time. Moreover, increased safety from crime at night consistently increased total physical activity and walking levels. However, the study only focuses on built environment correlates of physical activity in LMICs, not broader interventions to increase physical activity and is not specific to an urban setting. Therefore, this systematic review aims to investigate the interventions to increase physical activity in an urban setting from LMICs, to inform policymakers in developing countries towards physical activity policy design in a city setting.

## Method

This systematic review was registered in the International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO) (Registration CRD42021270673).

### Search Strategy

This review was conducted following the PRISMA guidelines for reporting systematic reviews.<sup>(14,15)</sup> Various search terms and phrases were selected to reflect the key concepts of the review (physical activity, intervention, urban or city, low- and middle-income countries or developing countries, effective), and combined using Boolean operators AND. Three electronic databases were searched: PubMed, Scopus, and Google Scholar. The search was limited to human studies and restricted to English language papers published between January 2016 and June 2021 to summarize contemporaneous literature in the past five years.

### Study Selection

Studies were considered for inclusion only if they were conducted in LMICs, according to the World Bank classification list.<sup>(16)</sup> The included studies investigated the association between objectively and/or subjectively measured physical activity intervention and outcome. All physical activity domains across all age groups of the general population were included. The primary study design was eligible. Studies investigating the physical activity outcomes without any interventions were excluded. As demonstrated in Table 1.

**Table 1** Study criteria

	Inclusion criteria	Exclusion criteria
<b>Population</b>	General population. All age groups.	Disease-specific population. Minority, ethnic, athlete, disabilities, or special groups.

**Table 1** Study criteria (cont.)

	Inclusion criteria	Exclusion criteria
<b>Intervention</b>	Interventions related to physical activity can be a part of bigger issues i.e., NCDs, obesity, health promotion	No interventions or studies are about epidemiology, barriers or enabling factors, knowledge, attitude, tools, study design or protocol, guidelines, specific training, or specific sport.
<b>Comparison</b>	Physically active population and physically inactive or normal population, or pre-and post-comparison.	Opposite to inclusion criteria.
<b>Outcome</b>	Physical activity duration/frequency, sufficient physical activity level, energy expenditure, steps, fitness, and participation.	Outcomes are not related to physical activity.
<b>Setting</b>	Urban setting.	Rural setting.
<b>Study</b>	Finished primary and quantitative study.	Rural setting. Review, qualitative study, opinion.
<b>Others</b>	Full-text available, English language, human study.	Opposite to inclusion criteria.

A two-step procedure was adopted for the selection of eligible articles from among the retrieved results. Firstly, two authors (TT and CT) screened the titles and abstracts of the retrieved articles after duplicate removal. Secondly, all potentially relevant studies were re-assessed in full, applying the previously established inclusion/exclusion criteria. The full-text assessment was performed by at least two authors per the study, and disagreements were resolved via discussion.

**Data Extraction**

A predefined data collection form was used for data extraction. This comprised authorship,

year of publication, study origin (country), title, study design, characteristics of study subjects, sampling methods, interventions, physical activity variables, covariates, as well as key findings and policy implications. The statistical significance was defined as  $p < 0.05$ .

The framework for physical activity interventions is based on the World Health Organization (WHO) recommendation on physical activity<sup>(1)</sup> and Global Physical Activity Questionnaire<sup>(17)</sup> that characterized physical activity into three domains, namely, work-related, transportation, and recreational

activities. In addition, the Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030 classified priority areas for promoting physical activity by creating an active society, active people, active environments, and active systems was also be used.<sup>(9)</sup>

**Quality Assessment and Evidence Synthesis**

A seven-item checklist was constructed for assessing the quality of the included studies. Six items were adapted from the Center for Evidence-Based Management quality appraisal guidelines.<sup>(18)</sup> These included: (1) study design [weight: cross-sectional or case study=1, longitudinal or quasi design=2], (2) reliable response rate (80%) [yes=1, no=0], (3) stratification of recruitment areas by suitable environmental characteristics to maintain generalizability [yes=1, no=0], (4) controlling for socio-demographic confounders [yes=1, no=0], (5) calculation of

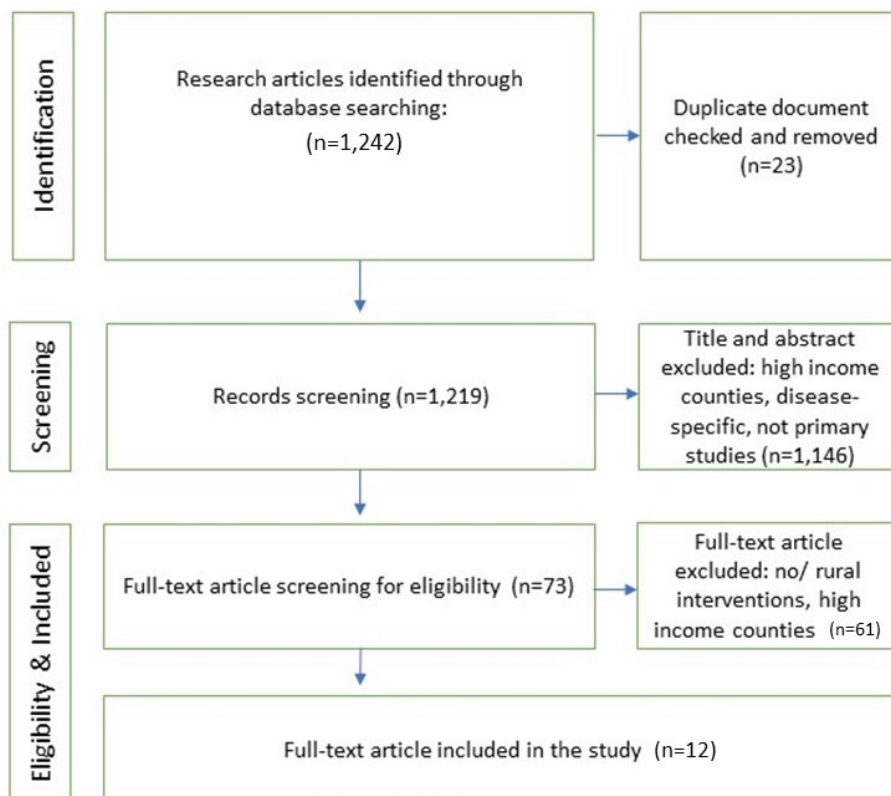
confidence interval for main results [yes=1, no=0], (6) assessment of statistical significance (p-value) [yes=1, no=0]. To improve the appropriateness of appraising the studies included in the current review, an additional item was considered, and (7) method of physical activity measurement (weight: subjective=0.5, objective=1). Higher scores indicate better quality: ≤3 (low quality), 3.1-4.9 (intermediate quality), 5-5.9 (high quality), and ≥6 (very high quality).

**Results**

**Study Characteristics and Quality Assessment**

The literature search yielded a total of 1,242 articles. Of these, 12 articles met the eligibility criteria and were included in the final analysis. As demonstrated in Figure 1

**Figure 1** PRISMA flow chart of the research result



Most studies were conducted in Asia (6), followed by South America (5), and Africa (1). For the study design, 6 studies adopted a cross-sectional design. For population age groups, most of the studies recruited adults, followed by children and older adults. Most studies were of very high quality. For physical activity outcomes, most of the studies reported total

physical activity, followed by total walking/ cycling, and recreational physical activity. Four groups of physical activity intervention were observed and grouped into four themes: (i) recreational space (5), (ii) health promotion programs (3), (iii) neighbourhood environments (3), and (iv) transportation interventions (1), As demonstrated in Table 2.

**Table 2** Numerical distribution and characteristics of the included studies

Study category	Number of studies
<b>Country</b>	
<b>Asia</b>	
China	2
Thailand	1
Bangladesh	1
India	1
Turkey	1
<b>South America</b>	
Brazil	2
Mexico	2
Chile	1
<b>Africa</b>	
South Africa	2
<b>Study Design</b>	
Case-study	1
Cross-sectional	6
Longitudinal	2
Experimental	3
<b>Study quality</b>	
Low-quality (score ≤3)	0
Medium-quality (score 3.1-4.9)	1
High-quality (score 5-5.9)	3
Very high-quality (score ≥6)	8
<b>Physical activity outcomes</b>	
Total physical activity	7
Recreational physical activity	1
Total walking/ cycling	4

**Table 2** Numerical distribution and characteristics of the included studies (cont.)

Study category	Number of studies
<b>Population age groups</b>	
Children and adolescents	4
Adults	7
Older adults	1

### Recreational Space Interventions

Three studies showed that the provision of recreational spaces was significantly associated with physical activity outcomes. For green space interventions, a cross-sectional study by Akpınar et al.<sup>(19)</sup> revealed a significant positive association between recreational physical activity frequency in urban green space and many trees existence (coefficient =0.326, 95% confidence interval (CI): 0.105–546) and near distance to urban green space (coefficient =0.097, 95%CI: 0.004–0.197). Moreover, exercise equipment (coefficient =0.147, 95%CI: -0.003–0.297), and picnic places (coefficient =0.223, 95%CI: 0.083–0.363) were positively associated with physical activity duration in urban green space in adults in Aydin, Turkey. Likewise, a longitudinal study by Benjamin-Neelon et al.<sup>(20)</sup> found that a greater time spent in greenspace was associated with increased moderate to vigorous physical activity (0.06; 95%CI 0.03, 0.10) in preschool-aged children in Ensenada and Tijuana, Mexico. In addition, a cross-sectional study by Zhai et al.<sup>(21)</sup> showed that seniors who spent time in parks with larger surface areas, longer trails, larger natural areas and outdoor fitness equipment had taken more steps while seniors in parks without water expended more energy.

For community health promotion center intervention, a cross-sectional study by Andrade

et al.<sup>(22)</sup> revealed a higher probability of being active in leisure time for individuals who lived less than 500 meters from the program center (Odds Ratio (OR) =1.18, 95%CI: 1.03–1.35). As demonstrated in Table 3

### Health Promotion Program Interventions

Two studies showed that health-promotion-based interventions are significantly associated with physical activity outcomes. An experimental study by Heeren, et al.<sup>(23)</sup> found that health-promotion-intervention students in sub-Saharan African University were more likely to meet at least 150 minutes of moderate to vigorous physical activity recommendation than were control participants, post-intervention (OR = 3.35; 95% CI: 1.33–8.41). Moreover, the intervention group spent more days for vigorous (relative risk (RR) = 2.01; 95%CI: 1.43–2.83) and moderate (RR = 1.40; 95%CI: 1.01–1.95) aerobic activity, but not strength-building activity (RR = 1.37; 95%CI: 0.091–2.07). Likewise, a cross-sectional study by Simoes et al.<sup>(24)</sup> revealed that women who attended a health promotion program classified as physical activity classes in community settings in 80 cities of Pernambuco state, Brazil, for three or more years, had higher recreational physical activity (adjusted OR = 1.46; 95%CI: 1.11–1.92).

For the steps challenge, a cohort study by Ganesan, et al.<sup>(25)</sup> found that the daily steps

**Table 3** Relationships between interventions and physical activity outcomes

Interventions	Intervention - physical activity outcome relationships	Significance
<b>Recreational space</b>		
<b>Green space</b>	<p>- <b>Akpinar, 2016:</b> an urban green space intervention in Aydin city, Turkey.                      - <b>Results:</b> a significant positive association was detected between physical activity frequency in urban green space and many trees' existence (b=0.326, 95%CI: 0.105-546) and near distance to urban green space (b=0.097, 95%CI: 0.004-0.197).</p>	- Positively statistical significance
	<p>- <b>Benjamin-Neelon, 2019:</b> a greenspace, physical activity intervention in children from Ensenada and Tijuana, Mexico.                      - <b>Results:</b> a greater time in greenspace was associated with increased physical activity (0.06; 95%CI: 0.03, 0.10; p&lt;0.001) for both cities combined.</p>	- Positively statistical significance
	<p>- <b>Zhai, 2020:</b> neighborhood parks and park design characteristics intervention for elderly.                      - <b>Results:</b> seniors in parks with larger surface areas, longer trails, larger natural areas and outdoor fitness equipment had taken more steps while seniors in parks without water expended more energy.</p>	- Positively statistical significance
<b>Healthy space</b>	<p>- <b>Katewongsa, 2020:</b> a healthy space intervention in communities, Thailand.                      - <b>Results:</b> 48% of the residents around sports complexes have used the facilities, while only 22% and 31% participated in the creative city and elderly-healthy community, respectively. Sufficient physical activity was higher in the healthy space program group (81.3%) compared to those who lived near sports complex (67.2%) (t=6.387)</p>	- Statistical significance not reported
<b>Community health promotion center</b>	<p>- <b>Andrade, 2018:</b> a community health promotion center intervention in Belo Horizonte, Brazil.                      - <b>Results:</b> a higher probability of being active in leisure time was observed for individuals in the exposed group and who lived less than 500 meters from the program center (OR = 1.18, 95%CI: 1.03-1.35).</p>	- Positively statistical significance

**Table 3** Relationships between interventions and physical activity outcomes (cont.)

Interventions	Intervention - physical activity outcome relationships	Significance
<b>Health promotion program</b>		
<b>Health promotion program</b>	<p>- <b>Heeren, 2018:</b> Health promotion intervention modules in Sub-Saharan African University Students.</p> <p>- <b>Results:</b> health-promotion-intervention participants were more likely to have sufficient physical activity than control participants, post-intervention (OR = 3.35; 95%CI: 1.33-8.41).</p>	- Positively statistical significance
	<p>- <b>Simoes, 2017:</b> physical activity classes in community settings in 80 cities in Brazil.</p> <p>- <b>Results:</b> For women, the adjusted odds ratio of having sufficient physical activity was 1.46 (95%CI: 1.11-1.92, p=0.0063) for those living in a city with intervention for three or more years compared to those living in cities that had not adopted intervention.</p>	- Positively statistical significance
<b>Steps challenge</b>	<p>- <b>Ganesan, 2016:</b> the Stepathlon, a 100-day international event where employees participate in a workplace-based pedometer program, in India and others.</p> <p>- <b>Results:</b> the step count was found to increase by 3,519 steps/day (95%CI: 3,484 to 3,553 steps/day; p&lt;0.0001).</p>	- Positively statistical significance
<b>Neighborhood environment interventions</b>		
<b>Neighborhood streets for outdoor play</b>	<p>- <b>Cortinez-O’Ryan, 2017:</b> a temporary road closure intervention to increase space for children to play.</p> <p>- <b>Results:</b> a pedometer-determined physical activity was significantly different between baseline and final assessment in the intervention neighborhood for daily steps Monday to Sunday (p=0.006), and steps during the 3-hour intervention (p=0.004). A significant increase was observed after the intervention in the percentage of children meeting the pedometer derived physical activity recommendations in the intervention neighborhood (p=0.027).</p>	- Positively statistical significance

**Table 3** Relationships between interventions and physical activity outcomes (cont.)

Interventions	Intervention - physical activity outcome relationships	Significance
<b>Perceive neighborhood environments</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Jauregui, 2016:</b> perceived neighborhood environment in Mexico.</li> <li>- <b>Results:</b> the significant positive association was found between perceived crime safety-among males (aOR =1.29, 95%CI: 1.07- 1.57) and parks proximity (aOR = 1.12, 95%CI: 1.01-1.24) and having sufficient physical activity.</li> </ul>	- Positively statistical significance
<b>Home environment</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Watterworth, 2021:</b> physical activity and the home environment of pre-school-aged children in urban Bangladesh.</li> <li>- <b>Results:</b> there were no statistically significant associations between factors in the home-built environment (indoor area, presence of an open stairwell, and presence of gross motor activity facilitating items) and having moderate-to-vigorous physical activity by multivariate analysis.</li> </ul>	- No statistical significance
<b>Transportation interventions</b>		
<b>Car permission lottery</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Anderson, 2019:</b> car permission lottery in Beijing, China.</li> <li>- <b>Results:</b> lottery winners took 2.8 fewer transit rides a week (95% confidence interval 1.9 to 3.8; p&lt;0.001) than losers. Daily time spent walking/cycling was lower in individuals at 5.1 years after winning (regression coefficient -24.2 (95%CI = -40.3 to -8.1)).</li> </ul>	- Negatively statistical significance

of employees who attended the Stepathlon 100-day international workplace-based pedometer program was increased by 3,519 steps (95%CI: 3,484-3,553 steps). Moreover, there was an improvement of +0.89 exercise days/week after Stepathlon (95%CI: 0.87-0.92 days; p<0.0001), and Stepathlon completion was associated with an improvement in the odds of exercising ≥30

min/day of 1.65 (95%CI: 1.61-1.68).

### Neighborhood Environment Interventions

Two studies showed that conducive neighborhood environments were significantly associated with physical activity outcomes, while a study revealed that home environments have no significant associations with physical activity. For neighborhood environment interventions,

an experimental study by Cortinez-O’Ryan, et al.<sup>(26)</sup> found a significant increase in the percentage of children’s daily steps per day ( $p=0.006$ ), steps during the 3-hour intervention of playing in closing neighborhood streets in Santiago, Chile ( $p=0.004$ ), and meeting reaching at least 60 minutes of moderate to vigorous physical activity per day in the intervention group ( $p=0.027$ ). Likewise, a cross-sectional study by Jáuregui, et al.<sup>(27)</sup> revealed a significant positive association between perceived crime safety (adjusted OR = 1.29, 95% CI: 1.07-1.57) and parks proximity (adjusted OR = 1.12, 95%CI: 1.01-1.24) and reaching at least 150 minutes of moderate to vigorous physical activity recommendation in adults in Cuernavaca, Mexico.

For home environment, a cross-sectional study by Watterworth, et al.<sup>(28)</sup> did not find any significant associations between factors in the home-built environment (indoor area, presence of an open stairwell, and presence of gross motor activity facilitating items) and physical activity in preschool-aged children in Dhaka, Bangladesh.

### Transport Intervention

A study showed that transport intervention was significantly associated with physical activity outcomes. A cross-sectional study by Anderson et al.<sup>(29)</sup> showed that car permission lottery winners in Beijing, China, took 2.8 fewer public transit rides a week (95%CI: 1.9-3.8) than losers, and daily time spent walking/cycling was lower in individuals at 5.1 years after winning (regression coefficient -24.2 (95%CI: -40.3 to -8.1)).

## Discussion

This systematic review aimed to provide a better understanding of the interventions aiming to increase physical activity behaviors in LMIC

populations. There were considerable variations in physical activity interventions in LMICs. Almost all interventions (recreational space, health promotion program, neighborhood environment, and transportation) were significantly related to higher physical activity across LMICs and all age groups.

The recreational space interventions accounted for most of the included studies. Optimal distance to access to the places (<1 kilometer), features of parks including trees, exercise equipment, picnic places, size of the park (diameter >200 meters), and trail were essential components of interventions to increase frequency, duration, and steps of physical activity in young children, adults, and older adults.<sup>(19-22)</sup> This is in line with a systematic review by Elshahat S, (et al.<sup>(13)</sup>) that revealed a positive association between the presence of recreational facilities and an increase in recreational physical activity.

For the health promotion program interventions, the programs particularly health promotion classes in universities or community.<sup>(23,24)</sup> appeared to encourage participants to meet the WHO physical activity recommendation.<sup>(1)</sup> On the one hand, the steps challenge program was proven to make employees in workplaces increase their steps and exercise behaviors.<sup>(25)</sup>

For neighborhood interventions safety was identified as an essential factor to increase opportunities for residents to be active.<sup>(27)</sup> To increase perceived crime safety in the community, lighting can be installed and proved to be one of the main factors to encourage local people to exercise in the early morning and late evening in LMICs.<sup>(30)</sup> Temporary adapting environments such as closing streets to be a playground can also increase physical activity

in children.<sup>(26)</sup> This is in line with the intervention to create health-promoting areas under the expressways in many spots in Bangkok, Thailand.<sup>(31)</sup>

For transportation intervention, an intervention to increase the accessibility of having personal cars decreased daily time spent walking, cycling, and the number of transit rides.<sup>(29)</sup> Although good examples of supporting active transport were prominent in high-income countries,<sup>(32)</sup> cities in Latin America (Bogota (Colombia), Curitiba (Brazil), and Santiago (Chile) can be models for LMICs in implementing multimodal modes of transport. For example, the bus rapid transit, Ciclovía, bike paths/lanes, and car use restriction.<sup>(33)</sup> In addition, bicycle-sharing systems, and the expansion of subway systems in China,<sup>(34)</sup> as well as public bus and train systems in Bangkok (Thailand) were well adopted and proved to increase physical activity.<sup>(35)</sup>

With rigorous search strategies across standard electronic databases, this study systematically addresses the importance of interventions to increase physical activity in LMICs. However, some limitations need to be considered. Given the many physical activity variables examined, the different statistical methods adopted by studies, and the inconsistency in the measurement of physical activity across the included studies, it was not feasible to do a meta-analysis. Most of the evidence in the current study was based on cross-sectional designs, which cannot infer causation. Since this review only included English publications, it is likely that other relevant non-English articles from LMICs were excluded. Future studies should explore literature through more databases and specify objectives to target specific age groups.

In addition, according to the COVID-19 pandemic and its consequence in terms of lock-down policy that can hamper physical activity, future studies should address interventions to increase physical activity during and post-pandemic.

## Conclusions

Evidence on interventions to increase physical activity in LMICs has been increasing. Recreational space, neighborhood environment, health promotion program, and transportation interventions were significantly related to higher physical activity across LMICs. Policymakers may apply and implement these interventions in their contexts where appropriate.

## Acknowledgement

We would like to thank Dr.Rapeepong Suphanchaimat and Ms.Watinee Kunpeuk for their academic support on this manuscript. We reserve special thanks to Dr.Thaksaphon Thammarangsi for his support on this study as a part of the Sustainable Development Goals research project and Ms.Benchaporn Kotnarin, Ms.Nasreen Ahmadthirakul and Ms.Warisara Jaruwanno for their administrative support throughout the study.

Source of Funding: The author gratefully acknowledges the joint funding support by (1) the National Research Council of Thailand (2) Thailand Science Research and Innovation for the Senior Research Scholar on Health Policy and System Research (Contract No. RTA6280007) and (3) Capacity Building on Health Policy and Systems Research program under cooperation

between Bank for Agriculture and Agricultural Co-operatives, National Health Security Office and International Health Policy Program Foundation.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest and the funders had no role in the design of the study; in the search, or interpretation of data; in the writing of the manuscript, or in the decision to publish the results.

## References

1. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour for children and adolescents, adults, and older adults. Geneva: World Health Organization; 2020.
2. Ding D, Lawson KD, Kolbe-Alexander TL, Finkelstein EA, Katzmarzyk PT, van Mechelen W, et al. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *Lancet*, 2016;388(10051):1311-1324.
3. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.
4. World Health Organization. 'Best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2017.
5. Allen L, Cobiac L, Townsend N. Quantifying the global distribution of premature mortality from non-communicable diseases. *Journal of Public Health* 2017;39(4):698-703.
6. Giles-Corti B, Lowe M, Arundel J. Achieving the SDGs: evaluating indicators to be used to benchmark and monitor progress towards creating healthy and sustainable cities. *Health Policy* 2020;124(6):581-90.
7. United Nations. World urbanization prospects: the 2018 revision. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2018.
8. World Health Organization. Promoting health in the SDGs. Geneva: World Health Organization; 2017.
9. World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018-2030. Geneva: World Health Organization; 2018.
10. Sallis JF, Cerin E, Conway TL, Adams MA, Frank LD, Pratt M, et al. Physical activity in relation to urban environments in 14 cities worldwide: a cross-sectional study. *Lancet* 2016;387(10034):2207-17.
11. Giles-Corti B, Vernez-Moudon A, Reis R, Turrell G, Dannenberg AL, Badland H, et al. City planning and population health: a global challenge. *Lancet* 2016;388(10062):2912-24.
12. Gellius P, Messing S, Goodwin L, Schow D, Abu-Omar K. What are effective policies for promoting physical activity? A systematic review of reviews. *Prev Med Rep* 2020;18:101095.
13. Elshahat S, O'Rourke M, Adlakha D. Built environment correlates of physical activity in low- and middle-income countries: a systematic review. *PLoS One* 2020;15(3):e0230454.
14. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Syst Rev* 2015;4:1.
15. Shamseer L, Moher D, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. *BMJ* 2015;350:g7647.
16. The World Bank. Urban Population: world urbanization prospects [Internet]. 2021 [cited 2021 May 9]. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.URB.TOTL.IN.ZS>
17. World Health Organization. Global physical activity questionnaire (GPAQ). Geneva: World Health Organization; 2021.

18. Center for Evidence-Based Management. Critical appraisal [Internet]. 2021 [cited 2021 July 26]. Available from: <https://cebma.org/resources-and-tools/what-is-critical-appraisal/>
19. Akpınar A, Cankurt M. How are characteristics of urban green space related to levels of physical activity: examining the links. *Indoor and Built Environment* 2016;26(8):1091-101.
20. Benjamin-Neelon SE, Platt A, Bacardi-Gascon M, Armstrong S, Neelon B, Jimenez-Cruz A. Greenspace, physical activity, and BMI in children from two cities in northern Mexico. *Prev Med Rep* 2019;14:100870.
21. Zhai Y, Li D, Wang S, Shi C. Seniors' physical activity in neighborhood parks and park design characteristics. *Front Public Health* 2020;8:322.
22. Andrade ACS, Mingoti SA, Fernandes AP, Andrade RG, Friche AAL, Xavier CC, et al. Neighborhood-based physical activity differences: evaluation of the effect of health promotion program. *PLoS One* 2018;13(2):e0192115.
23. Heeren GA, Jemmott JB 3rd, Marange CS, Rumosa Gwaze A, Batidzirai JM, Ngwane Z, et al. Health-promotion intervention increases self-reported physical activity in Sub-Saharan African university students: a randomized controlled pilot study. *Behav Med* 2018;44(4):297-305.
24. Simoes EJ, Hallal PC, Siqueira FV, Schmaltz C, Menor D, Malta DC, et al. Effectiveness of a scaled up physical activity intervention in Brazil: a natural experiment. *Prev Med* 2017;103S:S66-S72.
25. Ganesan AN, Louise J, Horsfall M, Bilsborough SA, Hendriks J, McGavigan AD, et al. International mobile-health intervention on physical activity, sitting, and weight: the Stepathlon Cardiovascular Health Study. *J Am Coll Cardiol* 2016;67(21):2453-63.
26. Cortinez-O'Ryan A, Albagli A, Sadarangani KP, Aguilar-Farias N. Reclaiming streets for outdoor play: a process and impact evaluation of "Juega en tu Barrio" (Play in your Neighborhood), an intervention to increase physical activity and opportunities for play. *PLoS One* 2017;12(7):e0180172.
27. Jauregui A, Pratt M, Lamadrid-Figueroa H, Hernandez B, Rivera JA, Salvo D. Perceived neighborhood environment and physical activity: The International Physical Activity and Environment Network Adult Study in Mexico. *Am J Prev Med* 2016;51(2):271-9.
28. Watterworth JC, Korsiak J, Keya FK, Arbour-Nicitopoulos KP, Al Mahmud A, Tam V, et al. Physical activity and the home environment of pre-school-aged children in urban Bangladesh. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(7):3501.
29. Anderson ML, Lu F, Yang J. Physical activity and weight following car ownership in Beijing, China: quasi-experimental cross-sectional study. *BMJ* 2019;367:l6491.
30. Topothai T, Topothai C, Meepring A. Promoting walking and cycling in Daily Life: a case study of four Communities in Thailand. *Health Systems Research* 2021;15(3):294-309.
31. Katewongsa P, Widyastari DA, Choolers P, Iamyam W. "Does the Community Use the Built Environment?" Assessing the utilization of healthy space model in bridging physical activity inequalities for the Thai population. *Journal of Studies and Research in Human Geography* 2020;14(1):107-23.
32. WHO Regional Office for Europe. Health-enhancing physical activity (HEPA) policy audit tool. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2015.
33. Becerra JM, Reis RS, Frank LD, Ramirez-Marrero FA, Welle B, Cordero EA, et al. Transport and health: a look at three Latin American Cities. *Cad Saude Publica* 2013;29(4):654-66.
34. Jiang B, Liang S, Peng ZR, Cong H, Levy M, Cheng Q, et al. Transport and public health in China: the road to a healthy future. *Lancet* 2017;390(10104):1781-91.
35. Ronghanam P. Walking Behaviors of commuters who have switched to use the Bangkok Mass Transit System (BTS). Bangkok: Chulalongkorn University; 2013.

## มาตรการเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายในบริบทเมืองในประเทศรายได้ต่ำ และปานกลาง: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

จิตติกร โตโพธิ์ไทย, ชมพูนุท โตโพธิ์ไทย, อานนท์ กุลธรรมานุสรณ์, หทัยรัตน์ โกษิยามภรณ์<sup>1</sup> จิตติภรณ์ ดวงรัตนานนท์, ณัฐฐณิชา แปงการिया, กมลวรรณ เขียวนิล, สดพร จุลชู, อังคณา เลขะกุล, อรทัย วลีวงศ์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร  
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

### บทคัดย่อ

การขาดกิจกรรมทางกายเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขในระดับโลกและเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับที่ 4 ของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การขาดกิจกรรมทางกายพบได้มากในประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตเมืองที่มีการขยายตัวอย่างรวดเร็ว แม้การศึกษาเกี่ยวกับมาตรการเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายในบริบทเมืองมีจำนวนเพิ่มขึ้นมาก อย่างไรก็ตามยังพบช่องว่างขององค์ความรู้ดังกล่าวในประเทศที่รายได้ต่ำและปานกลาง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและค้นหามาตรการเพื่อการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในบริบทเมืองในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง โดยใช้หลักเกณฑ์มาตรฐาน PRISMA จำนวน 3 ฐาน ได้แก่ PubMed, Scopus และ Google Scholar จำกัดเฉพาะการศึกษาที่ใช้ภาษาอังกฤษ และตีพิมพ์ระหว่าง พ.ศ. 2559–2564 การค้นหาพบ 1,276 วรรณกรรม โดยมี 12 การศึกษาที่เข้าได้กับหลักเกณฑ์การคัดเลือก การศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาในภูมิภาคเอเชีย (6 การศึกษา) รองลงมาคือภูมิภาคอเมริกาใต้ (5 การศึกษา) การศึกษาส่วนใหญ่เป็นรูปแบบภาคตัดขวาง มาตรการด้านสถานที่สำหรับนันทนาการและออกกำลังกาย (โดยเฉพาะการจัดหาและออกแบบพื้นที่สีเขียว) เป็นมาตรการที่พบมากที่สุด (5) รองลงมาคือ มาตรการส่งเสริมสุขภาพ (3) มาตรการส่งเสริมสภาพแวดล้อมในย่านที่อยู่อาศัย (3) และมาตรการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในการเดินทาง (1) โดยพบว่า 9 จาก 12 มาตรการที่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มกิจกรรมทางกายในประชากรในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง ทั้งนี้ ผู้กำหนดนโยบายน่าจะสามารถนำมาตรการเหล่านี้ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ต่อไป

**คำสำคัญ:** กิจกรรมทางกาย; มาตรการ; ประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง; บริบทเมือง; การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

# ภูมิปัญญาอาหารพื้นบ้านล้านนา: คำรับและแนวทาง การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

สามารถ ใจดี

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

## บทคัดย่อ

ภูมิปัญญาอาหารพื้นบ้านล้านนาเป็นการถ่ายทอดองค์ความรู้และทักษะผ่านการปรุงแต่งตำรับอาหารด้วยการผสมผสานความเชื่อและภูมิปัญญาที่เป็นอัตลักษณ์เฉพาะถิ่น ทั้งการเลือกวัตถุดิบและวิธีการปรุงที่หลากหลาย ปรากฏการณ์นี้สอดคล้องกับการพึ่งตนเองด้านอาหารของผู้สูงอายุภายใต้เงื่อนไขการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ สังคม และองค์ความรู้เกี่ยวกับอาหาร ทั้งนี้มีข้อเสนอแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาอาหารพื้นบ้านล้านนา โดยการแสวงหาแหล่งวัตถุดิบ การส่งเสริมการบริโภคในผู้สูงอายุ และการสนับสนุนจากชุมชน

**คำสำคัญ:** อาหารพื้นบ้านล้านนา; การสร้างเสริมสุขภาพ; ผู้สูงอายุ

วันรับ: 13 ม.ค. 2566

วันแก้ไข: 15 ก.พ. 2566

วันตอบรับ: 20 ก.พ. 2566

## บทนำ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าประชากรทั่วโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในปี ค.ศ. 2019 มีจำนวน 1 พันล้านคน และจะเพิ่มขึ้นเป็น 2.1 พันล้านคน ในปี ค.ศ. 2050 โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา<sup>(1)</sup> ทั้งนี้กลุ่มประชากรสูงอายุเหล่านี้ต้องเผชิญความท้าทายในการดำรงชีวิตภายใต้การพัฒนาที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อม<sup>(2)</sup> ผู้สูงอายุบางพื้นที่ไม่มีอาหารเพียงพอต่อการบริโภค อาหารไม่ปลอดภัย และไม่สามารถแสวงหาอาหารได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับรายงานในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่าครัวเรือน ร้อยละ 7.5 ที่มีสมาชิกในครัวเรือนอายุ 65 ปีขึ้นไป บริโภคอาหารที่ไม่ปลอดภัย และผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง ร้อยละ 8.9 กำลังเผชิญปัญหาความไม่มั่นคงทางอาหาร<sup>(3)</sup> อาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคยังขาดสารอาหารที่สำคัญโดยเฉพาะวิตามินอี เอ บี ดี และเกลือแร่ ทั้งสังกะสี

แคลเซียม แมกนีเซียม และเหล็ก<sup>(4)</sup> นอกจากนี้ยังมีรายงานพบว่า ผู้สูงอายุในประเทศอินเดียมีการรับรู้เกี่ยวกับความมั่นคงทางอาหารระดับต่ำอันเป็นภัยคุกคามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ<sup>(5)</sup> ในประเทศไทยมีรายงานในเดือนมกราคม พ.ศ. 2565 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุ ร้อยละ 18.3 ของประชากรทั้งประเทศโดยมีกลุ่มอายุ 60-69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 56.5<sup>(6)</sup> เช่นเดียวกัน ผู้สูงอายุในประเทศไทยได้เผชิญปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการบริโภคอาหารจากการที่ผู้สูงอายุบางส่วนมีรายได้น้อยหรือไม่มีความรู้ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถเข้าถึงแหล่งอาหารได้อย่างเหมาะสม ผู้สูงอายุบางส่วนยังต้องพึ่งพาบุตรหลานในการจัดหาอาหารให้ ก่อเกิดความวิตกกังวลในการรับประทานอาหาร ปรากฏการณ์เหล่านี้ได้ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่บริโภคตำรับที่ประกอบด้วยสารอาหารในปริมาณไม่เท่ากัน ไม่มีอาหารชนิดใดชนิดเดียวที่ประกอบไปด้วยสารอาหารทุกอย่างที่ร่างกายต้องการในปริมาณเพียงพอและได้สัดส่วน รวมถึงการเก็บรักษาในปริมาณมากซึ่งมีผลทำให้เกิดการสูญเสียสารอาหารบางชนิดได้<sup>(7)</sup> ซึ่งพฤติกรรมการบริโภค

อาหารลักษณะนี้อาจเป็นวิธีการบริโภคอาหารประจำวันของผู้สูงอายุ และการบริโภคอาหารตามความเคยชินตามความสะดวกหรือตามบริโภคนิสัยของตนที่มีมาตั้งแต่เด็กและอาจไม่คำนึงถึงหลักโภชนาการอาหารมากนัก<sup>(8)</sup>

ปรากฏการณ์ข้างต้นยังคงเป็นปัญหาที่ถึงแม้จะมีแนวทางที่หลากหลายถูกนำมาประยุกต์ใช้ ทั้งนี้การเตรียมความพร้อมที่เหมาะสมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ การสร้างมุมมองเกี่ยวกับความชรา ความเชื่อมโยงปัจจัยที่เกี่ยวข้องในสังคมเพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุโดดเดี่ยว การสานสัมพันธ์ระหว่างวัย และการสร้างเสริมสมรรถภาพด้านร่างกาย แต่แนวทางเหล่านั้นยังไม่สามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ที่เหมาะสมได้มากนัก การนำภูมิปัญญาอาหารพื้นบ้านล้านนามาประยุกต์ใช้สู่การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอาจเป็นทางเลือกสู่การแก้ไขปัญหาได้ ทั้งนี้ภูมิปัญญาอาหารพื้นบ้านล้านนาเป็นวิธีการบริโภคที่หลากหลายทางด้านชาติพันธุ์และวัฒนธรรม รวมถึงองค์ความรู้ในการประกอบอาหาร ซึ่งมีพัฒนาการมาอย่างยาวนาน เกิดการคิดค้น สืบทอดปรุงแต่ง และผสมผสานเป็นอาหารท้องถิ่นของภาคเหนือและยังเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับระบบชีวิตของชุมชน รวมถึงเป็นเครื่องแสดงถึงภูมิปัญญาและสร้างความภาคภูมิใจให้กับชุมชน ผู้สูงอายุเรียนรู้และสืบทอดความรู้ด้านอาหารพื้นบ้านจากบรรพบุรุษ การศึกษาด้วยตนเอง และการแนะนำจากคนอื่นเป็นทางเลือกในการสร้างเสริมสุขภาพ ในส่วนของตำรับอาหารพื้นบ้านจะปรุงด้วยวัตถุดิบที่หาได้ในพื้นที่ การเลือกรับประทานอาหารพื้นบ้านของผู้สูงอายุจะเลือกรับประทานอาหารจากรสชาติที่อร่อย ถูกปาก มีความชอบส่วนตัวและสมาชิกในครัวเรือนชอบรับประทาน ขั้นตอนในการปรุงไม่ยุ่งยากสามารถหาวัตถุดิบได้ในชุมชนหรือปลูกเอง ซึ่งแหล่งที่มาของวัตถุดิบมาจากธรรมชาติพืชสวนครัว ตลาดในชุมชน และมีความสัมพันธ์กับฤดูกาล<sup>(9)</sup> จะเห็นได้ว่าภูมิปัญญาอาหารพื้นบ้านสามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมภายใต้ความหลากหลายของตำรับอาหารที่รังสรรค์ปรุงแต่งจากวัตถุดิบภายในท้องถิ่นและวิถีวัฒนธรรมสุขภาพของตนเอง โดยมีเงื่อนไขความแตกต่างทางชาติพันธุ์ ลักษณะทางกายภาพ ชีวภาพ และโครงสร้างทางสังคมเป็นตัวกำหนด บทความนี้จึงได้รวบรวมข้อมูลภูมิปัญญาอาหารพื้นบ้านล้านนาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยเน้นการนำเสนอตำรับอาหารพื้นบ้านสู่แนวทางการประยุกต์ใช้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

### ตำรับอาหารพื้นบ้านล้านนา

อาณาจักรล้านนาเป็นดินแดนแห่งประวัติศาสตร์ ศิลปวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีที่แตกต่างไปจากภาคอื่น อาณาจักรแห่งนี้เคยเรืองอำนาจได้แผ่ขยายอาณาเขตเข้าไปยังเพื่อนบ้าน เช่น พม่า ลาว และมีผู้คนจากดินแดนต่างๆ อพยพเข้ามาตั้งถิ่นฐานในดินแดนแห่งนี้ จึงได้รับวัฒนธรรมหลากหลายจากชาติพันธุ์เข้ามาในชีวิตประจำวัน รวมทั้งอาหารการกิน อาหารพื้นบ้านล้านนาล้วนผ่านการปรุงแต่งดัดแปลงทั้งรสชาติและวัตถุดิบจากพื้นบ้านด้วยภูมิปัญญาของกลุ่มชาติพันธุ์

การรับประทานอาหารของคนภาคเหนือใช้ “ขันโตก” แทน “โต๊ะอาหาร” โดยที่สมาชิกในบ้านจะนั่งล้อมวงกันรับประทานอาหารมักจะประกอบด้วยข้าวเหนียวเป็นอาหารหลัก มีน้ำพริกชนิดต่างๆ เช่น น้ำพริกหนุ่ม น้ำพริกอ่อมมีแกงหลากหลายชนิด เช่น แกงโอะ แกงแค และอาหารเครื่องเคียง เช่น แหนม ใส่อั่ว แคบหมู รวมถึงผักพื้นบ้าน การปรุงตำรับอาหารจะไม่นิยมใส่น้ำตาล ความหวานจะได้จากส่วนผสม เช่น ความหวานจากผัก ปลา มะเขือส้ม (มะเขือเทศ) ตำรับอาหารบางชนิดมีรูปแบบการทำที่ซับซ้อน<sup>(10)</sup> ตำรับอาหารพื้นบ้านที่ผู้คนในล้านนานิยมบริโภค เช่น

#### 1) กลุ่มแกง จอ

แกง (แกง) เป็นอาหารประเภทน้ำ ที่มีปริมาณน้ำแกงอยู่ในระดับใกล้เคียงกับส่วนประกอบต่างๆ ในหม้อ มีวิธีการทำโดยใส่น้ำพอกเดือด ใส่เครื่องปรุง แล้วใส่ส่วนประกอบหลักที่ต้องการแกงตามลำดับ บางสูตรนิยมคั่วเครื่องแกงกับน้ำมันเล็กน้อยจนเครื่องแกงและส่วนผสมอื่น เช่น หมู ไก่ จนมีกลิ่นหอมก่อนจึงจะเติมน้ำลงไปและจึงใส่เครื่องปรุงอื่นตามไป เมื่อน้ำเดือด หรือเมื่อหมูหรือไก่ได้ที่แล้วเครื่องปรุงหลัก ได้แก่ พริก หอมแดง กระเทียม ปลาร้า กะปิ ถ้าเป็นแกงที่มีเนื้อสัตว์เป็นเครื่องปรุงด้วย จะใส่ตะไคร้ขมิ้น เพื่อดับกลิ่นคาว เช่น แกงอ่อมไก่

เจียว (เจี้ยว) เป็นวิธีการปรุงอาหารที่ใส่น้ำ แล้วตั้งไฟให้เดือด ใส่กะปิ เกลือหรือน้ำปลา ปลาร้า กระเทียม หอมหัวเล็ก พริกสด ลงไปปรุงรส จากนั้นจึงใส่ผัก หรือไข่ ขณะที่น้ำเดือด แต่งกลิ่นด้วยต้นหอม ผักชี หรือพริกไทย

จะใช้กินกับเจียวผัก มีลักษณะคล้ายจ้อ แต่ไม่มีรสเปรี้ยว ปริมาณน้ำแกงน้อยกว่าจ้อ เช่น เจียวผักปลัง เจียวผักโขม เจียวไข่ต้มแดง เป็นต้น

จ้อ เป็นการปรุงอาหารประเภทผัก โดยการนำน้ำใส่หม้อตั้งไฟ ปรุงด้วยเกลือ กะปิ ปลาร้า เมื่อน้ำเดือดจึงใส่ผักลงไป จากนั้นจึงเติมรสเปรี้ยวด้วยน้ำมะขามเปียก หรือมะขามสด (ไม่นิยมน้ำมะนาว มะเขือเทศ มะกรูด) การจ้ออาจใส่กระดูกหมูด้วยก็ได้ ชนิดผักที่มีการนำมาจ้อ เช่น ผักกาด ผักหนาม ผักกูด ผักบุ้ง ซึ่งบางแห่งนิยมใส่ถั่วเน่าแซบผิงไฟ และน้ำอ้อยลงไปด้วย

## 2) กลุ่มลาบ หลู้ ส้า

ลาบ หลู้ เป็นวิธีการปรุงอาหารโดยการสับให้ละเอียด เช่น เนื้อสัตว์ ทั้งนี้เพื่อนำไปปรุงกับเครื่องปรุงน้ำพริกที่เรียกว่า พริกลาบหรือเครื่องปรุงอื่น เช่น ลาบไก่ ลาบหมู ลาบจิ้ง (วัว) ลาบควาย ลาบฟาน (แก้ง) ลาบปลา นอกจากนี้ยังเรียกตามการปรุงอีกด้วย ได้แก่ ลาบดิบ ซึ่งเป็นการปรุงลาบเสร็จแล้วแต่ยังไม่ทำให้สุก อีกลักษณะหนึ่งเรียกว่า ลาบคั่ว เป็นการนำลาบดิบที่ปรุงเสร็จแล้วนำไปคั่วให้สุก ส่วนหลู้เป็นการนำเลือดหมูมาดับคาวด้วยใบตะไคร้แล้วนำมาผสมกับลาบดิบ ชาวล้านนามีการทำลาบมานานแล้ว มักจะทำในงานอวมงคล หรืองานบุญ และงานตามเทศกาลต่างๆ เพราะคนล้านนาเชื่อว่าการกินลาบถือว่าจะได้มีโชคลาภในชีวิต ลาบยังเป็นอาหารยอดนิยมและถือเป็นอาหารชั้นสูง

ส้า มีชื่อเรียกตำรับอาหาร 2 ตำรับ คือ ส้าผัก เป็นวิธีการปรุงอาหารที่นำเอาเครื่องปรุง เช่น เนื้อปลา พริกสด หอมแดง กระเทียม มาย่างไฟให้สุกก่อนโขลกเครื่องปรุงทั้งหมดให้เข้ากัน เติมน้ำปลาร้าที่ต้มเตรียมไว้ นำมาคลุกเคล้ากับผักสดที่ล้างเตรียมไว้แล้ว เช่น ส้าผักกาดหน้อย (ต้นอ่อนผักกวางตุ้ง) ส้ายอดมะม่วง ทั้งนี้จะปรุงรสให้เปรี้ยวด้วยมะกอกป่าหรือมะนาว อีกตำรับเรียก ส้าจิ้น (เนื้อวัว เนื้อควาย) เป็นการนำเนื้อและเครื่องในมาซอยเป็นชิ้นบางๆ คลุกเคล้ากับพริกลาบ ตะไคร้สดซอย หอมแดงซอย และโรยผักชีหรือสาระแหน่เพื่อให้ออกกลิ่นหอม มีทั้งส้าดิบและส้าสุก

## 3) กลุ่มตำ (ตำ) ยำ

น้ำพิก (น้ำพริก) เป็นอาหารหรือเครื่องปรุงชนิดหนึ่ง มีส่วนประกอบหลัก คือ พริก เกลือ หอม กระเทียม เป็นต้น อาจมีส่วนผสมอื่น เช่น กะปิ ถั่วเน่าแซบ ปลาร้า มะเขือเทศ

ข่า ตะไคร้ เพิ่มเข้าไป แล้วแต่จะปรุงเป็นน้ำพริกแต่ละชนิด วิธีการปรุงจะนำส่วนผสมทั้งหมดมาโขลกรวมกันในครก เช่น น้ำพริกหนุ่ม น้ำพริกกบ น้ำพริกปลา ทั้งนี้ตำรับน้ำพริกส่วนใหญ่จะมีเครื่องเคียงเป็นผักสด ผักนี้ หรือผักสด ซึ่งจะเป็นผักพื้นบ้านที่หาได้ในครัวเรือน

ตำ (ตำ) เป็นอาหารประเภทเดียวกับยำ มีวิธีการปรุงโดยนำส่วนผสมต่างๆ พร้อมเครื่องคลุกเคล้ากันในครก เช่น ตำขมุน (ตำป่าขมุน) ตำมะขาม (ตำป่าขม) ส่วนประกอบหลัก ได้แก่ เกลือ กระเทียม หัวหอม พริกแห้งหรือพริกสด กะปิ ถั่วเน่าแซบ (ถั่วเน่าแผ่น) ปลาร้า ซึ่งผ่านการทำให้สุกแล้ว

ยำ ใช้กับของที่ผ่านการต้มสุกแล้ว เช่น ยำจิ้นไก่ ยำสะเลียม (สะเดา) ยำผักเหือด ยำจิ้น (แห้ง/เนื้อต้ม) วิธีการปรุงเครื่องยำ (พริกยำ) แล้วนำส่วนผสมที่เป็นเนื้อหรือผักใส่ลงไป คลุกเคล้าให้ทั่ว โรยหน้าด้วยผักชี หอมด่วน (สาระแน) ผักไผ่ (ผักแพว) และต้นหอมซอย บางตำรับจะเจียวน้ำมันกับกระเทียมและนำน้ำยำเทลงไปขณะน้ำมันเจียวร้อน (จ่าวน้ำมัน)

## 4) กลุ่มนึ่ง

นึ่งหรือนึ่ง เป็นการทำให้สุกด้วยไอน้ำร้อนในไหหรือหม้อหนึ่ง มี 2 ลักษณะ คือ การนึ่งโดยตรงโดยที่อาหารนั้นไม่ต้องมีเครื่องห่อหุ้ม เช่น การนึ่งข้าวเหนียว นึ่งปลา อีกลักษณะหนึ่งคืออาหารนั้นจะห่อด้วยใบตองก่อน ได้แก่ การนึ่งขนมที่ห่อใบตอง เช่น ขนมจ็อก ขนมเกลือ และพวกอาหารที่ใช้วิธีนึ่ง มักจะเรียกตามชื่ออาหารนั้นๆ ลงท้ายด้วยนึ่ง เช่น ไก่นึ่ง ปลานึ่ง หรือห่อหนึ่ง เป็นวิธีประกอบอาหารที่ใช้เนื้อสัตว์ เช่น ไก่ ปลา เนื้อหมู เนื้อวัว ควาย หรือใช้หิวปลี หน่อไม้ มาคลุกเคล้ากับเครื่องปรุงห่อด้วยใบตองแล้วนำไปนึ่ง ส่วนมากจะทำเมื่อมีการทำบุญหรือตามเทศกาลต่างๆ

## 5) กลุ่มอุ้ม อุ่ม อ็อก

การอุ้ม อุ่ม เป็นวิธีการทำอาหารของชาวล้านนาชนิดเดียวกับ “อ่อม” คือ เป็นการทำอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่ค่อนข้างเหนียว เช่น เนื้อวัว เนื้อไก่ หรือเนื้อเค็มตากแห้ง (จิ้นแห้ง) หากใช้เนื้อไก่จะเรียกว่า อุ้มไก่ หากใช้เนื้อวัวหรือเนื้อเค็มตากแห้งจะเรียกว่า จิ้นอ่อม ซึ่งลักษณะของอาหารประเภทนี้เนื้อจะเปื่อย และมีน้ำขลุกขลิก

การอ็อก เป็นการปรุงอาหารโดยนำอาหารห่อใบตอง นำใส่หม้อหรือกระทะ เติมน้ำลงไปเล็กน้อย หรือนำเอาอาหาร

พร้อมเครื่องปรุงใส่ในหม้อ เติมน้ำเล็กน้อยยกตั้งไฟ เรียกชื่ออาหารตามชนิดของส่วนผสม เช่น อ็อกปลา อ็อกไข่ (ไข่ปามาหรือปามาไข่) อ็อกปาเขือ (อ็อกมะเขือ)

ตำรับอาหารพื้นบ้านล้านนาข้างต้นยังคงมีการบริโภคอย่างแพร่หลายในกลุ่มวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ และบางตำรับได้มีการพัฒนาสู่ตำรับอาหารเพื่อสุขภาพอันเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงคุณค่าของภูมิปัญญาที่ยังคงมีความสำคัญต่อวิถีการบริโภคของประชาชน และการพึงพิงฐานทรัพยากรธรรมชาติในชุมชนในฐานะแหล่งวัตถุดิบที่สำคัญ

### การตั้งชื่ออาหารพื้นบ้านล้านนา

ชื่อตำรับอาหารพื้นบ้านล้านนามีความสอดคล้องกับสภาพภูมิประเทศ สภาพภูมิอากาศ รวมถึงชาติพันธุ์ที่เป็นผู้ก่อเกิดภูมิปัญญาเหล่านี้ ทั้งนี้มีรายงานการศึกษา พบว่าการตั้งชื่ออาหารพื้นบ้านล้านนาในจังหวัดเชียงรายมี 2 ลักษณะ ได้แก่ การตั้งชื่ออาหารแบบตรง และการตั้งชื่ออาหารแบบเปรียบเทียบกับบางส่วนของ สำหรับการตั้งชื่ออาหารแบบตรงแบ่งออกเป็น 4 โครงสร้างตามความหมายของรูปภาษาในตำแหน่งแรกของชื่ออาหารซึ่งได้แก่ชื่ออาหารควาที่ขึ้นต้นด้วยชนิดของอาหาร วิธีการทำอาหาร ส่วนผสมอาหาร และลักษณะของอาหาร ซึ่งอุปลักษณะที่พบในชื่ออาหารมี 4 อุปลักษณะ ได้แก่ อุปลักษณะสิ่งมีชีวิต อุปลักษณะของใช้ อุปลักษณะดอกไม้ และอุปลักษณะสถานที่<sup>(11)</sup> นอกจากนี้ความเป็นมาและบริบทของชุมชนล้านนายังมีความเกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาอาหารพื้นล้านนาในมิติสังคมและวัฒนธรรม โดยชนชาติที่มีความเกี่ยวข้องกับอาหารล้านนา มีทั้งหมด 5 ชนชาติ ได้แก่ ไทลื้อ ไทเขิน ไทยวน ไทลัวะ และไทยยอง มีรายงานการศึกษาพบว่า กระบวนการถ่ายทอดภูมิปัญญาอาหารล้านนาของชุมชนท้องถิ่นมีการถ่ายทอดกระบวนการผ่านวัฒนธรรมครัวเรือนโดยลักษณะการถ่ายทอดสู่บุตรหลาน ญาติ หรือคนใกล้ชิด ได้รับการถ่ายทอดความรู้ ผู้ถ่ายทอดซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลครอบครัว เป็นเครือญาติหรือเป็นบุคคลที่มีความคุ้นเคยสนิทสนมกันโดยผู้ถ่ายทอดมีความยินดี ตั้งใจและต้องการถ่ายทอดความรู้ให้ กระบวนการถ่ายทอดภูมิปัญญาในลักษณะนี้จะมีลักษณะทั้งการปฏิบัติให้ดู การให้ช่วยเป็นลูกมือและการให้ลองปฏิบัติจริง และถ่ายทอดผ่านวัฒนธรรมสังคมอันเป็นการถ่ายทอดผ่านพิธีกรรมที่เป็นการทำหรือการปฏิบัติที่สืบทอดกันมา บางอย่างมี

คำอธิบายที่ชัดเจน บางอย่างก็ไม่มีคำตอบที่แน่นอนว่าเหตุใดจึงทำเช่นนั้น หากแต่เป็นเพราะผลที่ได้รับจากการสืบทอดเป็นสิ่งดี ไม่เป็นโทษจึงปฏิบัติสืบทอดกันมา รวมถึงการถ่ายทอดผ่านทางความเชื่อและค่านิยมจะถ่ายทอดการปรุงและการบริโภคตำรับอาหารโดยเกิดจากความศรัทธาของชาวล้านนา ผ่านพิธีกรรมและศาสนา เช่น พิธีบวงสรวง พิธีไหว้ผีปู่ย่า พิธีไหว้ผีเสื้อบ้าน ผีอารักษ์ พิธีแก้บน พิธีบายศรีสู่ขวัญ ซึ่งกรรมวิธีล้วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการผลิตอาหาร<sup>(12)</sup>

### ผักพื้นบ้านวัตถุดิบสำคัญในตำรับอาหารพื้นบ้านล้านนา

ผักพื้นบ้านเป็นวัตถุดิบสำคัญในการปรุงตำรับอาหารพื้นบ้านล้านนา มีการรวบรวมข้อมูลความหลากหลายของพืชผักเหล่านี้ และแบ่งหมวดหมู่ออกไปได้หลายแบบโดยอาศัยระบบคิดของชาวบ้านร่วมกับนักวิชาการ ดังเช่นกลุ่มผัก (รับประทานยอด ใบ ดอก) เช่น ผักหวานป่า (*Melientha suavis*) ตัวเกลี้ยง (*Cratogeomys cochinchinense*) ผักกูดหางค่าง (*Pteris biaurita*) ฟอคำตีเมีย (*Selaginella argentea*) เม่าไข่ปลา (*Antidesma ghaesembilla*) เม่าสาย (*Antidesma sootepense*) กระโดน (*Careya arborea*) หัสศุณ (*Clausena excavata*) นุกอีรอก (*Amorphophallus brevispathus*) กลุ่มแค เช่น แครกฟ้า (*Heterophragma sulfureum*) แครกค่าง (*Fernandoa adenophylla*) แคหัวหมู (*Markhamia stipulata*) และกระทือลิง (*Globba schomburgkii*) เป็นต้น กลุ่มนี้นิยมนำมาปรุงตำรับแกงและรับประทานสดเป็นเครื่องเคียงตำรับน้ำพริกและลาบ หลู้ และกลุ่มผลไม้ป่าตามฤดูกาล เช่น มะขามป้อม (*Phyllanthus emblica*) มะแฟน (*Protium serratum*) ตะคร้อ (*Schleichera oleosa*) สมอไทย (*Terminalia chebula*) พืพวนน้อย (*Uvaria rufa*) กัดลิ้น (*Walsura trichostemon*) ตะขบป่า (*Flacourtia indica* Merr.) เป็นต้น

ในสถานการณ์ปัจจุบันปริมาณและชนิดพันธุ์ในป่าธรรมชาติอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการสูญพันธุ์อันเป็นผลจากการบุกรุกพื้นที่ป่าธรรมชาติเพื่อการเกษตรและการท่องเที่ยว เช่น พื้นที่ชุมชนสะลอง-ขี้เหล็ก อำเภอมะริม จังหวัดเชียงใหม่ ที่พื้นที่ป่าของชุมชนเป็นพื้นที่ที่มีลักษณะภูมิประเทศเป็นผืนป่าที่อุดมสมบูรณ์เป็นแหล่งต้นน้ำ และก่อเกิดของสิ่งมีชีวิตหลากหลายชนิด หลากหลายสายพันธุ์ และมี

แหล่งท่องเที่ยวที่งดงามตามธรรมชาติ และเนื่องด้วย ความอุดมสมบูรณ์ประชาชนในพื้นที่จึงมีการใช้ประโยชน์ จากทรัพยากรธรรมชาติเป็นไปในลักษณะเพื่อเป็นที่อยู่อาศัย แหล่งอาหาร ยาสมุนไพรและการประกอบอาชีพ ประชาชน นำพืชจากป่ามาใช้ประโยชน์จำนวน 61 ชนิด ประกอบด้วย การใช้ประโยชน์จากใบ จำนวน 30 ชนิด การใช้ประโยชน์ จากดอก จำนวน 8 ชนิด การใช้ประโยชน์จากผล จำนวน 20 ชนิด และการใช้ประโยชน์จากลำต้น จำนวน 16 ชนิด ผักพื้นบ้านจากป่าหลายชนิดถูกนำมาปลูกทิ้งไว้ ตามหัวไร่ ปลายนาหรือในบริเวณหมู่บ้านเพื่อความสะดวกในการเก็บหา นำมาใช้บริโภคในชีวิตประจำวัน บางชนิดเป็นที่นิยมกันทั่วไป เกิดการแก่งแย่งเก็บหาออกจากป่าจนเกินกำลังผลิต ทำให้ ผลผลิตในธรรมชาติลดลง ไม่เพียงพอต่อความต้องการ<sup>(13)</sup> การดำรงอยู่ของวัตถุสืบสำคัญเหล่านี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และชุมชนอาจต้องร่วมกันแสวงหาแนวทางเพื่อการอนุรักษ์ พื้นที่แหล่งผลิต (ป่าธรรมชาติ) ซึ่งการอนุรักษ์และฟื้นฟูป่า ธรรมชาติจะส่งผลให้ชนิดพันธุ์ของพืชอาหารจากป่าชุมชน ที่กำลังจะสูญหายไป เช่น กระบอก (ป้ามีน) และชะมวง (ส้มป่อง) มีโอกาสฟื้นตัวและคงอยู่กับพื้นที่ป่าเดิมได้ ในส่วนของชุมชน ควรนำภูมิปัญญาและกติกาชุมชนมาใช้เป็นเครื่องมือในการอนุรักษ์ พืชอาหารจากป่าอย่างเคร่งครัด เช่น ระยะเวลาการเข้าไปเก็บ ผลผลิต การแบ่งพื้นที่เป็นพื้นที่อนุรักษ์ เป็นต้น กระบวนการ เหล่านี้อาจจะส่งผลให้พืชอาหารจากป่าชุมชนมีโอกาส การขยายพันธุ์ และฟื้นตัวจากการเก็บเกี่ยวผลผลิตที่บางช่วง เวลามีการเก็บเกี่ยวเกินความพอดี อย่างไรก็ตามวิธีการที่ พึงทรัพยากรจำเป็นต้องก่อเกิดแนวทางการบริหารจัดการ ที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงสร้างกิจกรรมการอนุรักษ์และฟื้นฟู ที่สะท้อนการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างแท้จริง

#### การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยอาหารพื้นบ้านล้านนา

ภาวะโภชนาการเป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพปัจจัยหนึ่ง ภาวะโภชนาการที่ดีจะทำให้ร่างกายแข็งแรง มีสุขภาพดี ในทางตรงข้ามภาวะโภชนาการไม่เหมาะสมจะทำให้เกิด ปัญหาสุขภาพตามมาได้ ดังนั้นผู้สูงอายุควรได้รับการบริโภค อาหารตามหลักโภชนาการที่พอเหมาะ สอดคล้องกับรายงาน การศึกษาที่พบว่าคุณค่าทางโภชนาการของรายการอาหาร พื้นเมืองของภาคเหนือ ซึ่งประกอบด้วยข้าวเหนียว น้ำพริกหนุ่ม ที่มีเครื่องเคียงเป็นผักและแคบหมู ผักกาดจ้อ และไก่ย่าง พลังงานที่ได้จากอาหารสำหรับนี้เท่ากับ 743 กิโลแคลอรี หรือ

เท่ากับร้อยละ 37 ของค่าสารอาหารที่แนะนำให้กินวันต่อวัน (RDI) หรือประมาณ 1/3 ของจำนวนพลังงานของผู้ใหญ่ไทย ที่มีสุขภาพปกติต้องการในแต่ละวัน โดยค่ากลางที่กำหนด จำนวนพลังงานที่ต้องการเท่ากับ 2,000 กิโลแคลอรีต่อวัน ซึ่งถือว่าอาหารนี้เหมาะสำหรับการกิน 1 มื้อ การกระจายตัว ของพลังงานที่ได้จากสารอาหารหลักอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม โดยมีปริมาณโปรตีนร้อยละ 23 ไขมันร้อยละ 17 และ คาร์โบไฮเดรตร้อยละ 60 สำหรับใยอาหารนั้นคำนวณ จากผักสด จะมีปริมาณเท่ากับร้อยละ 32 ของค่า RDI ซึ่งนับว่าอาหารสำหรับนี้มีใยอาหารสูง<sup>(14)</sup> คุณค่าทาง โภชนาการในอาหารพื้นบ้านล้านนายังสะท้อนคุณค่าประโยชน์ ที่แฝงอยู่ภายใต้องค์ความรู้และตำรับอาหารที่ถูกส่งผ่าน จากประสบการณ์ และวิถีทางเลือกเพื่อการบริโภคอาหาร ในแต่ละชาติพันธุ์ และยังเป็นความพยายามของชุมชน ในการรักษาฐานความมั่นคงทางอาหารภายใต้เงื่อนไขพื้นที่ ค่านิยม บรรทัดฐานดั้งเดิม และองค์ความรู้<sup>(15)</sup> สอดคล้อง กับปรัชญาแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในวิถีชีวิตของ ชาวล้านนาที่ตั้งอยู่บนฐานสัจจะชาติญาณแห่งการอยู่รอด ของมนุษย์ ทำให้ผู้คนรู้จักการเรียนรู้และปรับตัวให้สอดคล้อง กับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทั้งการเปลี่ยนแปลง ทางด้านสภาพแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม หรือเศรษฐกิจ ซึ่งการเรียนรู้ดังกล่าวเป็นจุดกำเนิดของกระบวนการ และแบบแผนในการแก้ไขปัญหาเพื่อทำให้ตนเองอยู่รอด ได้อย่างมีสุขภาพที่ดี มีรายงานการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ มีระดับความรู้เกี่ยวกับอาหารพื้นบ้าน รวมเฉลี่ยระดับ ปานกลาง ผู้สูงอายุมีเจตคติเกี่ยวกับอาหารพื้นบ้าน รวมเฉลี่ยระดับมาก ผู้สูงอายุมีการบริโภคอาหารพื้นบ้าน รวมเฉลี่ยระดับปานกลาง โดยมีปัจจัยอายุเฉลี่ยและความรู้ เกี่ยวกับอาหารพื้นบ้านล้านนามีความสัมพันธ์กับการบริโภค อาหารพื้นบ้านล้านนาของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ผู้สูงอายุเรียนรู้และสืบทอดความรู้ด้านอาหาร พื้นบ้านจากบรรพบุรุษ การศึกษาด้วยตนเอง และการแนะนำ จากคนอื่นเป็นทางเลือกในการสร้างเสริมสุขภาพ ในส่วนของ ตำรับอาหารพื้นบ้านจะปรุงด้วยวัตถุดิบที่หาได้ในพื้นที่ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการปลูกผักพื้นบ้านในพื้นที่พักอาศัย ของตนเอง นอกจากนี้ อาหารพื้นบ้านยังสามารถหาซื้อ ตามร้านอาหารบางแห่ง ผู้สูงอายุเห็นด้วยกับการนำอาหาร พื้นบ้านมาเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพ แต่ใน

สถานการณ์ปัจจุบันวัตถุดิบหายากและมีราคาที่สูงขึ้น คนรุ่นใหม่รับประทานอาหารนอกบ้านเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ตำรับอาหารพื้นบ้านบางชนิดเริ่มสูญหายไป<sup>(16)</sup>

การเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุด้วยอาหารพื้นบ้าน ล้ามนายังส่งผลให้ภูมิปัญญาด้านอาหารพื้นบ้าน ไม่หายสาบสูญไปและยังเป็นการช่วยรักษาวัฒนธรรมของชุมชนเพราะอาหารถือว่าเป็นวัฒนธรรมที่ต้องมีการสืบทอดส่งต่อภูมิปัญญาที่แตกต่างกันตามสภาพภูมิอากาศ วัฒนธรรม และแนวทางการปฏิบัติในการผลิตพืชของแต่ละพื้นที่<sup>(17)</sup> แต่องค์ความรู้เหล่านี้ ยังไม่สามารถนำสู่การปฏิบัติได้อย่างแท้จริง รวมถึงการรวบรวมองค์ความรู้ภูมิปัญญาพื้นบ้านดังข้างต้น ยังไม่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ในสถานการณ์ปัจจุบันที่ผู้คนหลงใหลอยู่กับกระแสของเทคโนโลยี ทำให้องค์ความรู้ด้านอาหารพื้นบ้านล้านนาที่บรรพบุรุษสั่งสมมาถูกลดความสำคัญลงเมื่อเทียบกับองค์ความรู้ด้านอาหารสมัยใหม่ มีข้อเสนอแนะในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาอาหารพื้นบ้านล้านนา จากกรณีศึกษาพื้นที่ชุมชนยุหว่า-เวียงท่ากาน อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่<sup>(18)</sup> ดังนี้

1. การแสวงหาและเพิ่มแหล่งวัตถุดิบ วัตถุดิบหลักของตำรับอาหารพื้นบ้านล้านนาส่วนใหญ่เป็นผักพื้นบ้านที่บางชนิดขึ้นเองตามธรรมชาติ บางชนิดต้องปลูกเองภายในพื้นที่พักอาศัย ในไร่ นา โดยผักที่นำมาปรุงตำรับอาหารควรปลอดสารพิษ นอกจากนี้จากการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพในชุมชน ส่งผลให้พื้นที่ผลิตวัตถุดิบโดยเฉพาะผักพื้นบ้านลดลง ถึงแม้จะมีการปลูกทั่วไปในครัวเรือน แต่ปริมาณที่ผลิตได้มีจำนวนน้อย บางช่วงฤดูผลผลิตไม่เพียงพอต่อการบริโภค การปรับพื้นที่สาธารณะในชุมชนที่ยังคงไม่มีการใช้ประโยชน์มาเป็นแหล่งผลิตผักพื้นบ้านที่ผู้สูงอายุนิยมรับประทานและไม่ต้องการการดูแลมากนัก เช่น ขี้เหล็ก ดอกแคป่า มะรุม เป็นต้น นอกจากจะใช้เป็นอาหารแล้ว ยังได้ร่เมงา ซึ่งอาจจะพัฒนาพื้นที่เหล่านั้นเป็นแหล่งนันทนาการได้ต่อไป ในส่วนของเนื้อสัตว์มีตลาดชุมชนเป็นแหล่งหาซื้อที่สะดวกแต่มีราคาสูง ทั้งนี้บางครัวเรือนจะมีการเลี้ยงไก่บ้าน และปลาบางชนิดไว้บริโภคในครัวเรือน แต่ถ้าต้องการได้วัตถุดิบในปริมาณมากต้องได้รับการสนับสนุนปัจจัยการผลิตจากหน่วยงานภาครัฐ

2. การเสริมสร้างความรู้และทักษะการผลิต องค์ความรู้ และทักษะการปรุงและการบริโภคอาหารพื้นบ้านล้านนาส่วนใหญ่ได้รับการถ่ายทอดมาจากพ่อแม่ตั้งแต่เด็ก โดยการสังเกตและมีส่วนร่วมในการปรุงตำรับอาหารจนสามารถปรุงอาหารเองได้ บางส่วนศึกษาและฝึกจากการอ่านหนังสือและสื่อออนไลน์ ตำรับอาหารพื้นบ้านบางตำรับ โดยเฉพาะตำรับแกงและตำรับน้ำพริกมีการปรับส่วนผสมให้เหมาะสมกับความต้องการและความชอบของผู้สูงอายุและสมาชิกในครัวเรือน ทั้งนี้กลุ่มผู้สูงอายุยังได้สะท้อนมติความปลอดภัยของวัตถุดิบที่ไม่มีการใช้สารเคมี การเกษตร การลดเครื่องปรุงสังเคราะห์ และการปรุงตำรับอาหารที่ส่งวนคุณค่า รวมถึงผลิตภัณท์ที่ต้องสะท้อนความเป็นเอกลักษณ์พื้นบ้านทั้งลักษณะและวิธีการบริโภค

3. การส่งเสริมการบริโภคในผู้สูงอายุ ถึงแม้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงให้ความสำคัญต่อคุณค่าและวิธีการบริโภคอาหารพื้นบ้าน แต่ด้วยปัจจัยที่อาหารพื้นบ้านกำลังเผชิญทั้งวัตถุดิบที่มีราคาสูงและบางช่วงหายาก การขาดการสืบทอดจากคนรุ่นใหม่ และอื่นๆ ดังนั้นกระบวนการส่งเสริมการบริโภคอาหารพื้นบ้านในผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นที่ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญ ทั้งนี้กลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้เสนอแนะให้เริ่มต้นจากฐานครอบครัวโดยให้สมาชิกในครอบครัวให้ความสำคัญต่อการจัดสำรับอาหารในแต่ละมื้อสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องมีตำรับอาหารพื้นบ้านอย่างน้อย 1 ตำรับ อยู่ในสำรับ

4. แนวทางการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐและชุมชน การสนับสนุนจากภาครัฐและชุมชนมีสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้อาจมีแนวทางการสนับสนุนได้ เช่น

4.1. ภาคราชการในพื้นที่ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสถานศึกษา ควรสนับสนุนงบประมาณในการจัดหาเมล็ดพันธุ์ผัก และจัดกิจกรรมการอบรมให้ความรู้ในการปรุงตำรับอาหารพื้นบ้านที่ถูกต้องโดยมุ่งเน้นการปรุงอาหารที่มีการลดหวาน มัน เค็ม รวมถึงวิธีการบริโภคอาหารที่สำคัญกับคุณค่าทางอาหารที่ได้รับมากกว่าการรับประทานให้อิ่มเป็นมื้อๆ ทั้งนี้อาจดำเนินการระยะแรกโดยพัฒนาต้นแบบครัวเรือนและขยายผลในระยะต่อไป

4.2. ชุมชนควรจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การรวมกลุ่มกันตามความถนัดของแต่ละคนเพื่อสร้างอาชีพ สร้างรายได้สำหรับผู้สูงอายุ และใช้เวลาว่างให้ได้ประโยชน์สูงสุด ทั้งนี้ต้องมีทีมงานในการริเริ่ม มีการประชาสัมพันธ์ การดำเนินกิจกรรมให้ทั่วถึง และหาแหล่งเงินทุนสนับสนุน งานกิจกรรมถึงจะเริ่มได้ และต้องมีกระบวนการจูงใจผู้ที่สนใจมาร่วมกิจกรรมอย่างเหมาะสม

ทั้งนี้การส่งเสริมให้อาหารพื้นบ้านเกิดประโยชน์ อย่างยอดเยี่ยมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ บุคคลากรทางด้านสาธารณสุขควรมีความรู้ทักษะและสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมโภชนาการและการได้มาซึ่งอาหาร ในกลุ่มผู้สูงอายุอันจะส่งผลต่อการจัดลำดับความสำคัญ และการออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการ และสภาพพื้นที่ที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่<sup>(19)</sup> ทั้งนี้หากผู้สูงอายุ มีความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการด้านอาหารและโภชนาการที่ดี เพียงพอจะทำให้ทราบข้อมูลพื้นฐานด้านอาหารสู่การ ตัดสินใจเพื่อความเหมาะสมในการบริโภคของตนเอง ได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามการพัฒนาตำรับอาหาร พื้นบ้านเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุยังคงต้องการ การเรียนรู้ทั้งตัวบุคคลและชุมชนโดยมีปัจจัย เช่น ภาวะ ความเจ็บป่วย รายได้ และรายจ่ายในชีวิตประจำวัน และ ปัจจัยภายนอก เช่น การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้าง ทางสังคม และลักษณะครอบครัวเป็นปัจจัยที่ต้องให้ ความสำคัญที่ผู้เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญก่อนตัดสินใจ พัฒนากิจกรรมหรือโครงการที่เกี่ยวข้อง

## วิจารณ์

ภูมิปัญญาอาหารพื้นบ้านล้านนาถูกปรุงแต่งเป็น ตำรับที่หลากหลายภายใต้สภาพทรัพยากรพืชและสัตว์ ในชุมชน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มชาติพันธุ์

ที่ดำรงชีพและใช้ประโยชน์จากสภาพทางกายภาพและ สังคมร่วมกัน ในส่วนตำรับอาหารจะใช้ผักพื้นบ้านเป็น วัตถุดิบหลัก ผักเหล่านี้ไม่มีสารปรุงแต่งใด ปลอดภัย ต่อสุขภาพ ส่งผลให้อาหารมีรสชาติที่อร่อย กลมกล่อม หลากหลายรส และยังเป็นเอกลักษณ์ที่บ่งชี้ถึงวัฒนธรรม และภูมิปัญญาของผู้คนในล้านนาในเชิงสัญลักษณ์ และการเรียกชื่อตำรับอาหาร กระบวนการถ่ายทอด ภูมิปัญญาอาหารล้านนาจะถ่ายทอดผ่านความเชื่อและ ค่านิยม พิธีกรรมและศาสนา ภาษาและวรรณกรรม รวมถึงกระบวนการทางสังคม ทั้งนี้แนวคิดดังกล่าว ยังแสดงถึงความรู้ความเข้าใจวิถีชีวิตที่ผูกพันกับ ธรรมชาติที่เป็นระบบอำนาจของชุมชนที่ใช้ขัดเกลา และ ควบคุมความสัมพันธ์ของคนในชุมชนและเป็นแหล่ง กำเนิดคุณค่าที่ทำให้ผู้คนเข้ามามีความสัมพันธ์กัน ทั้งนี้ ตำรับอาหารพื้นบ้านมีความหลากหลายทั้งส่วนผสม ซึ่งแต่ละตำรับจะมีการผสมผสานกันอย่างลงตัวระหว่าง ชุดของอาหาร ปริมาณ ชนิดของผักพื้นบ้าน เนื้อสัตว์ เครื่องแกง และเครื่องปรุงรส ภายใต้ขบวนการปรุง ที่เรียบง่าย ในส่วนของการนำภูมิปัญญาอาหารพื้นบ้าน มาประยุกต์ใช้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีการดำเนินการโดยการแสวงหาและเพิ่มแหล่งวัตถุดิบ การเสริมสร้างความรู้และทักษะการผลิต การส่งเสริม การบริโภคในผู้สูงอายุ และแนวทางการสนับสนุนจาก หน่วยงานภาครัฐและชุมชน ส่วนสมาชิกในครัวเรือน ควรเปิดรับวิถีการบริโภคอาหารพื้นบ้านล้านนาให้มากขึ้น เช่น การส่งเสริมให้บุตรหลานเข้าครัวปรุงตำรับอาหาร พื้นบ้านล้านนาและรับประทานร่วมกันในครอบครัว โดยแนวทางเหล่านี้ต้องก่อเกิดกระบวนการมีส่วนร่วม ของผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว ผู้นำชุมชน และบุคลากร หน่วยงานภาครัฐอย่างแท้จริง

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Ageing [internet]. [cited 2022 Sep 29]. Available from: [https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1)
2. Ory MG, Smith ML. Editorial: Insights in aging and public health: 2021. *Front Public Health* 2022;10:1-3.
3. Alisha CJ, Matthew P, Rabbitt CA, Gregory AS. Household food security in the United States in 2018. Washington DC: U.S. Department of Agriculture, Economic Research Service; 2019.
4. Zarei M, Qorbani M, Djalalinia S, Sulaiman N, Subashini T, Appanah G, et al. Food insecurity and dietary intake among elderly population: a systematic review. *International Journal of Preventive Medicine* 2021;12:8.
5. Kumar S., Bansal A., Shri N., Nath NJ, Dosaya D. Effect of food insecurity on the cognitive problems among elderly in India. *BMC Geriatrics* 2021;18:725.
6. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 26 ต.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1159>
7. ทองใหม่ ทองสุข. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ยุค 4.0. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์* 2563;5(3):232-44.
8. กฤติน ชุมแก้ว, ชีพสมน รังสยาธร. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา. *วารสารเกษตรศาสตร์ (สังคม)* 2557;35:16-29.
9. วรณษา แสนลำา, ัญญา มณฑล. อาหารพื้นเมืองเพื่อสุขภาพที่ดีชุมชน ตำบลตลาด จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยเชิงพื้นที่* 2560;9(6):445-57.
10. อธิพงษ์ ทองศรีเกตุ. วัฒนธรรมการบริโภคอาหารของชาวล้านนา. *วารสารการจัดการและพัฒนาท้องถิ่น มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม* 2564;1(2):65-76.
11. อาภิสรา พลนรัตน์, ไกรสิทธิ์ จามรจันทร์สาขา. การตั้งชื่ออาหารพื้นบ้านล้านนาในจังหวัดเชียงราย. *มังรายสาร* 2563;7(1):13-26.
12. ทศนีย์ อารมณกุลเลี้ยง, สุภาพ ฉัตรภรณ์. เส้นทางการสืบสานภูมิปัญญาอาหารล้านนาสู่ความยั่งยืน. *วารสารเกษตรศาสตร์ สาขาสังคมศาสตร์* 2557;35(2):189-205.
13. สามารถ ใจเตี้ย, ชัชชญา สมมณี, วรุฒิ จินะสุข, ปกิตา ธรรมใจ. การใช้ประโยชน์ และข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการอนุรักษ์สมุนไพรพื้นบ้าน: กรณีศึกษาชุมชนสะลง-ขี้เหล็ก อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่. *วิจัยราชภัฏเชียงใหม่* 2564;22(2):90-102.
14. วงสาวท บัณฑาคม. อาหารไทย 4 ภาค [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 6 ก.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <http://www.Doctor.or.th/article/detail/4151>
15. Miqat N, Nur R, Fattah V, Sulilawat S, Purnamasari I. Local wisdom of customary law community to realize food sovereignty in central Sulawesi. *Jumbura Law Review* 2021;3(2):277-94.
16. สามารถ ใจเตี้ย. ปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารพื้นบ้านล้านนาของผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารหัตถวิชาการ* 2563;18(1):103-15.
17. Preetam S, Lohith KDH, Chanda D, Shubham SP, Ruplal C. Traditional and Ayurveda foods of Indian origin. *Journal of Ethnic Foods* 2015;2(3):97-109.
18. สามารถ ใจเตี้ย. ภูมิปัญญาอาหารพื้นบ้านและแนวทางการสร้างมูลค่าเพิ่มจากอาหารพื้นบ้านเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2565.
19. Bubpa N, Nuntaboot K. Diversity of foods among older people in northern communities of Thailand: ways to promote health and wellness. *Journal of Health Research* 2018;32(1):95-104.

## Local Lanna Food Wisdom: Food Recipes and Guideline for Elderly Health Promotion

*Samart Jaitae*

*Faculty of Science and Technology, Chiang Mai Rajabhat University, Thailand*

---

### Abstract

Local Lanna foods represent local wisdom which is passed down from food wisdom to families through beliefs and rituals. Each recipe combines beliefs and wisdom that are unique to each other in the selection process of various ingredients and cooking methods. There is self-reliance in food under the conditions of the physical, social and knowledge's aspects of food. In concluding, the guide for elderly health promotion suggested that developing resource areas, elderly consumption promotion, and communities be supported.

**Keywords:** local Lanna food; health promotion; elderly

# การประยุกต์ใช้แชทบอตในงานสร้างเสริมสุขภาพ

นลินี เรืองฤทธิ์ศักดิ์

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กรุงเทพมหานคร

## บทคัดย่อ

แชทบอต (chatbot) เป็นระบบช่วยตอบคำถามอัตโนมัติให้กับผู้สนทนาผ่านข้อความหรือเสียงได้อย่างรวดเร็ว ทั้งประเภท rule-based chatbots, AI chatbots และ hybrid chatbots ปัจจุบันมีการนำแชทบอตมาใช้กันอย่างแพร่หลาย ในเชิงการแพทย์และสาธารณสุข โดยครอบคลุมทั้งการให้ข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ การติดตามผลการตรวจสุขภาพ การจองคิวและแจ้งเตือนวันนัดหมาย การให้ข้อมูลและคำแนะนำต่างๆ ในเชิงการสร้างเสริมสุขภาพ แชทบอตช่วยสร้างความรู้ ความเข้าใจ และคำแนะนำด้านสุขภาพต่างๆ ได้แก่ การให้ความรู้ด้านสุขภาพ (health education) การส่งเสริมวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ (promote healthy lifestyle) และการให้ข้อมูลสุขภาพเฉพาะบุคคล (personal health information) อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าแชทบอตสามารถนำมาประยุกต์ใช้และครอบคลุมบริการต่างๆ ด้านสุขภาพ แต่ก็ยังมีความท้าทายในหลายประการ อาทิ ข้อมูลสุขภาพที่ไม่เพียงพอต่อการพัฒนาและการสอนแชทบอต ข้อกังวลในด้านความเป็นส่วนตัวของข้อมูล และความรู้สึกของผู้ใช้ที่มีต่อแชทบอตในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อน ซับซ้อน หรือเป็นข้อมูลเชิงลึก อีกทั้งแชทบอตไม่สามารถทำงานทดแทนมนุษย์ได้ทั้งหมด ดังนั้นจึงควรมีบุคลากรในการสนับสนุนระบบเมื่อเกิดข้อขัดข้อง การประเมินแชทบอตเพื่อปรับปรุงหรืออัปเดตอย่างสม่ำเสมอเพื่อตอบคำถามได้ตรงตามที่ต้องการมากที่สุด

คำสำคัญ: แชทบอต; ปัญญาประดิษฐ์; การสร้างเสริมสุขภาพ; การประยุกต์ใช้

วันรับ: 20 ม.ค. 2566

วันแก้ไข: 24 ก.พ. 2566

วันตอบรับ: 1 มี.ค. 2566

## บทนำ

แชทบอต (chatbot) มีที่มาจากคำว่า chat และ robot เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเพื่อจำลองบทสนทนาของมนุษย์ให้สามารถพูดคุย สื่อสารกับมนุษย์ผ่านทางเสียงหรือข้อความแบบ real-time มากขึ้น<sup>(1)</sup>

แชทบอตได้รับความสนใจเป็นอย่างมากในกลุ่มผู้ประกอบการ กลุ่มธุรกิจ และนักการตลาด จากการสำรวจเบื้องต้น พบว่า ร้อยละ 65 ของผู้บริหารนิยมใช้โปรแกรมแชทคุยธุรกิจ ร้อยละ 50 ใช้ messaging application สั่งซื้อสินค้าออนไลน์ และอีกร้อยละ 50 ต้องการให้ธุรกิจเปิดทำการ 24 ชั่วโมง<sup>(2)</sup> แชทบอตกลายเป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐาน

ในแวดวงธุรกิจ e-commerce ระบบแชทบอตบางกลุ่มสามารถสื่อสารได้หลากหลายภาษา เช่น ภาษาอาหรับ โดเน่เซีย มลายู ตากาล็อก เวียดนาม ไทย และจีน แชทบอตยังสามารถพัฒนาความฉลาดและปรับตัวให้เข้ากับลูกค้ารายบุคคลได้มากขึ้น<sup>(3)</sup> และมีความสามารถที่หลากหลายนับอยู่กับจุดประสงค์การพัฒนา จากการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ พบว่าปัจจุบันมีการนำแชทบอตมาใช้กันอย่างแพร่หลาย ในเชิงการแพทย์และสาธารณสุข บทความนี้จะนำเสนอข้อมูลการนำเทคโนโลยีแชทบอตมาประยุกต์ใช้ในด้านสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ โดยในเบื้องต้นสามารถอธิบายประเภทของแชทบอตได้ตามลักษณะการทำงานเป็น 3 รูปแบบดังนี้<sup>(4)</sup>

**1. Rule-based chatbots** คือ แชนบอตที่พัฒนาขึ้นโดยใช้กฎเป็นตัวตั้งต้นคำสั่งในการสื่อสาร โดยการสร้างกฎหรือ คีย์เวิร์ด (keywords) ลงไปในระบบ และกำหนดคำตอบที่ตรงกับคีย์เวิร์ดนั้นๆ หากคำถามที่ผู้ใช้งานถามตรงกับคีย์เวิร์ดตัวไหน ระบบก็จะตอบคำถามตามที่ได้ถูกกำหนดไว้ ซึ่งแชทบอตประเภทนี้จะสามารถโต้ตอบได้เฉพาะคำสั่งที่ผู้พัฒนาสร้างขึ้นไว้เท่านั้นจึงต้องกำหนดคำสั่งไว้หลายๆ ข้อ เพื่อให้ครอบคลุมหลายๆ คำถาม หากผู้ใช้งานตอบกลับแล้วไม่ตรงกับคำสั่งที่เตรียมไว้ แชทบอตอาจไม่เข้าใจว่าผู้ใช้งานต้องการอะไร และไม่สามารถตอบคำถามผู้ใช้งานได้อย่างถูกต้อง

**2. AI chatbots** คือ แชนบอตที่รวมเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (artificial intelligence: AI) และ แมชชีนเลิร์นนิง (machine learning) เข้าไป ซึ่งมีความยากในการพัฒนามากกว่าเนื่องจากการนำการประมวลผลภาษาธรรมชาติ (natural language processing: NLP) และ natural language understanding (NLU) มาใช้ ซึ่งเป็นเทคโนโลยีที่ช่วยให้คอมพิวเตอร์สามารถตีความ จัดการ และทำความเข้าใจภาษามนุษย์ได้ ช่วยให้แชทบอตเข้าใจภาษามนุษย์และรูปแบบ (pattern) ประโยคเพื่อให้สามารถโต้ตอบกับคู่สนทนาได้อย่างเป็นธรรมชาติมากขึ้น คล้ายคลึงกับการสนทนากับมนุษย์ แบ่งได้เป็น

- one-way AI chatbots แชนบอตที่ขับเคลื่อนด้วย AI แบบทิศทางเดียวจากการที่ผู้ใช้งานส่งข้อความบางอย่างไปยังแชทบอต ระบบได้รับข้อความนั้นแล้วประมวลผล หากความเชื่อมโยงกับกลุ่มคำตอบที่ถูกกำหนดไว้โดยนักพัฒนาแล้วจึงตอบข้อความกลับไปยังผู้ใช้งาน
- two-way AI chatbots มีความสามารถในการตอบโต้กับผู้ใช้งานได้อย่างรวดเร็วด้วยการเชื่อมโยงไปยังฐานข้อมูลที่ทำให้แชทบอตสามารถเรียนรู้และสร้างคำตอบที่ถูกต้องก่อนที่จะตอบกลับไปยังผู้ใช้งานซึ่งในทุกๆ การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นทำให้แชทบอตมีความฉลาดเพิ่มมากขึ้นเหมือนได้สั่งสมประสบการณ์

AI chatbots มีความซับซ้อนของระบบมากจึงมีค่าใช้จ่ายในการวิจัยและพัฒนาในเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องสูง อาทิ machine learning ดีพเลิร์นนิง (deep learning) NLP การวิเคราะห์ภาพนิ่งและเฟสวิดีโอ (computer vision) การรู้จำเสียงพูด (speech recognition) เป็นต้น<sup>(5)</sup>

แชทบอตรูปแบบนี้เรียนรู้จากข้อมูลที่ทีมพัฒนามาเข้ามาอัปเดตให้ ซึ่งข้อมูลนั้นอาจมีทั้งข้อมูลที่ทั้งถูกต้องและไม่ถูกต้องจึงมีความเป็นไปได้ที่แชทบอตนี้อาจสร้างคำตอบที่ผิด สร้างคำแนะนำที่เป็นอันตราย หรือสร้างเนื้อหาที่น่าจะเป็นจริง แต่ไม่ถูกต้อง หรือไม่สมเหตุสมผลได้เช่นกัน<sup>(6)</sup>

**3. Hybrids chatbots** คือ แชนบอตที่พบได้มากที่สุดในปัจจุบันโดยเป็นการทำงานที่ผสมผสานระหว่างมนุษย์กับแชทบอต โดยที่แชทบอตจะทำหน้าที่ในการสอบถามหรือตอบคำถามเบื้องต้นก่อนที่จะมีพนักงานที่เป็นตัวบุคคลให้บริการที่เหมาะสมกับผู้ใช้งาน ในกรณีที่แชทบอตไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งานได้

## การนำแชทบอตมาใช้กับงานทางด้านการแพทย์และสุขภาพ

ในช่วงต้นปี ค.ศ. 2018 แชทบอตถูกนำมาใช้ในเชิงการแพทย์และสุขภาพมากขึ้น<sup>(7)</sup> เพื่อลดปัญหาการทำงานที่ซ้ำซ้อน เช่น การให้ข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ การติดตามผลการตรวจสุขภาพ การจองคิวและแจ้งเตือนวันนัดหมาย การให้ข้อมูลและคำแนะนำต่างๆ แก่ผู้ป่วยหรือการวินิจฉัยเบื้องต้น จากการศึกษาของ Allied Market Research ในปี ค.ศ. 2019 พบว่าตลาดแชทบอตด้านสุขภาพทั่วโลกมีมูลค่า 116.9 ล้านดอลลาร์ในปี ค.ศ. 2018 และคาดว่าจะสูงถึง 345.3 ล้านดอลลาร์ในปี ค.ศ. 2026 โดยมีอัตราการเติบโตเฉลี่ยต่อปีร้อยละ 14.5 ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2019 ถึง 2026<sup>(8)</sup> แชทบอตถูกนำมาใช้แพร่หลายมากยิ่งขึ้นจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) โดยได้นำมาใช้เป็นเครื่องมืออำนวยความสะดวกให้กับผู้ใช้งานในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น เพิ่มช่องทางให้บริการข้อมูลแก่ประชาชน ลดภาระของบุคลากรทางการแพทย์ในการตอบคำถามซ้ำ และตอบสนองความต้องการข้อมูลได้รวดเร็วและสะดวก ซึ่งธุรกิจด้านการแพทย์และสุขภาพใช้แชทบอตเพื่อช่วยให้ผู้ป่วย แพทย์ และเจ้าหน้าที่สื่อสารกันได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยปัจจุบันมีการใช้งานแชทบอตที่ครอบคลุมการบริการด้านสุขภาพ<sup>(9)</sup> ดังนี้

**1. การให้ข้อมูลทางการแพทย์:** แชทบอตสามารถให้ข้อมูลด้านสุขภาพ รวมถึงอาการของโรค การวินิจฉัย และการรักษาที่มีอยู่ตามคีย์เวิร์ดหรือการเรียนรู้จาก

ข้อมูลที่อยู่ในฐานข้อมูลสุขภาพของหน่วยบริการ หรือสถานพยาบาล

**2. การนัดหมายแพทย์:** แชนบอตเชื่อมต่อข้อมูลจากฐานข้อมูลของสถานพยาบาลเพื่อระบุช่วงเวลาที่สามารถจัด-เปลี่ยนตาราง และลบการนัดหมาย รวมไปถึงการเชื่อมต่อกับปฏิทินบนอุปกรณ์ของผู้ใช้งานเพื่อส่งการแจ้งเตือนและอัปเดตข้อมูลการนัดหมาย

**3. การรวบรวมข้อมูลผู้ใช้งาน:** แชนบอตสามารถนำข้อมูลของผู้ใช้งานจากการถามคำถาม เช่น ชื่อ ที่อยู่ อาการป่วย แพทย์ที่รักษาในปัจจุบัน รายละเอียดประกันสุขภาพ และเก็บข้อมูลเหล่านี้ไว้ในฐานข้อมูลของสถานพยาบาลเพื่ออำนวยความสะดวกในการให้บริการ ติดตามอาการ การเก็บเวชระเบียน และการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ใช้งาน

**4. การจัดการข้อมูลประกันสุขภาพ:** แชนบอตสามารถให้คำแนะนำกระบวนการและขั้นตอนการยื่นคำร้องด้านการประกันสุขภาพและความคุ้มครองที่เกี่ยวข้อง และหากมีการผสมรวมกับระบบอัตโนมัติอื่นๆ แชนบอตสามารถดำเนินการเคลมประกันและเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลได้โดยอัตโนมัติ

**5. การให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต:** มีแชนบอตด้านสุขภาพจิตได้รับการพัฒนาด้านการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy: CBT) สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หรือโรคเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder: PTSD)

**6. การรับใบสั่งยา:** แชนบอตรวบรวมข้อมูลผู้ใช้งาน เช่น ชื่อ วันเกิด ข้อมูลติดต่อ แพทย์ที่รักษาในปัจจุบัน การเข้ารักษาครั้งล่าสุด และข้อมูลใบสั่งยา เป็นต้น โดยแชนบอตสามารถส่งคำร้องไปยังแพทย์เพื่อติดต่อ เมื่อครบกำหนดและเพิ่มข้อมูลลงในใบสั่งยา

## การประยุกต์ใช้แชทบอตมาในงานสร้างเสริมสุขภาพ

นอกจากแชทบอตเป็นการเพิ่มช่องทางการสื่อสารกับผู้รับบริการให้ดียิ่งขึ้นและเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์แล้ว ยังช่วยให้เกิด

การสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบของการให้ความรู้ ความเข้าใจ และข้อแนะนำด้านสุขภาพต่างๆ ดังนี้

**1. การให้ความรู้ด้านสุขภาพ (health education)**  
แชทบอตมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อให้ความรู้ให้ข้อมูลที่จำเป็นด้านสุขภาพ ส่งเสริมทัศนคติที่จะนำไปสู่พฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพของผู้ใช้งาน อีกทั้งยังสามารถกระตุ้นให้ผู้ใช้งานเกิดแรงจูงใจในการมีสุขภาพที่ดีและมีการจัดการด้านสุขภาพที่ดี<sup>(10)</sup> แชนบอตมีความสำคัญอย่างมากในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในการสื่อสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคอุบัติใหม่ อาทิ “WHO Health on Viber” แชนบอตให้ข้อมูลทางการแพทย์จากแหล่งข่าวที่เป็นทางการ โดยองค์การอนามัยโลก ซึ่งมีจุดเด่นในการโต้ตอบข้อมูลอัตโนมัติถึง 20 ภาษา มีบริการแจ้งเตือนบน WhatsApp พร้อมให้ข้อมูลการวิจัยใหม่และคำแนะนำ ตั้งแต่ประเด็นการติดเชื้อจากไวรัสสายพันธุ์โอไมครอน หรือเรื่องไวรัสกลายพันธุ์ และวัคซีนเข็มกระตุ้นกับหญิงตั้งครรภ์ “COVID-19 Info Bot” แชนบอตบนเว็บไซต์ที่ให้ข้อมูลในหัวข้อต่างๆ ของประเทศสิงคโปร์ เช่น มาตรการรักษาระยะห่างทางสังคม ข้อมูลด้านการเดินทาง และคำแนะนำทางการแพทย์ ส่วนในประเทศไทยได้มีการพัฒนา “หมอพร้อม แชทบอต” ประเมินความเสี่ยงและรับคำแนะนำการดูแลรักษาเบื้องต้น “แชทซัวร์” ตอบคำถามเรื่องโควิดและวัคซีนโดยผู้เชี่ยวชาญ “COVID Bot” แชนบอตประเมินอาการและความเสี่ยงการติดเชื้อโควิด 19 เป็นต้น ในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพนอกเหนือจากโรคโควิด 19 แล้วยังได้มีการนำแชทบอตไปใช้ในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพและโรคอื่นๆ เช่น แชทบอตให้คำแนะนำและตอบคำถามด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ การดูแลสุขอนามัยและความปลอดภัยแก่ผู้หญิงและเด็กหญิงในประเทศปากีสถาน<sup>(11)</sup> “Dr.Meaw Bot” แชนบอตแนะนำเรื่องปัญหาสุขภาพและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น “Chatbot 21 วันฟันดี” แชนบอตสนับสนุนให้ผู้ปกครองของเด็กอายุก่อน 3 ขวบ ในการดูแลช่องปากรอบด้าน เป็นต้น

**2. การส่งเสริมวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ (promote healthy lifestyle)** ความใส่ใจในการดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงอยู่เสมอเป็นหนึ่งในเรื่องที่ทำให้คนให้ความสนใจ แชทบอตจึงเป็นอีกเครื่องมือหนึ่งในการ

สนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนเปลี่ยนวิถีชีวิต (lifestyle modification) เช่น การเลิกสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหาร และการควบคุมน้ำหนัก เป็นต้น<sup>(12)</sup> โดยแชทบอทสามารถแจ้งเตือนข้อมูลต่างๆ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านสุขภาพ เช่น “IQ personal Chatbot” ของประเทศสวีเดนที่พัฒนาขึ้นเพื่อรณรงค์ให้วัยรุ่นที่ชอบงานสังสรรค์ หรือชอบดื่มไม่ดื่มหนักเกินไป ด้วยการให้การโต้ตอบตามที่วัยรุ่นใช้พร้อม อีโมจิ (emoji) และไฟล์ภาพเคลื่อนไหว (ไฟล์ .gif) ทำให้วัยรุ่นใช้แชทบอทตัวนี้เป็นเพื่อนช่วยเตือนสติ<sup>(13)</sup> “ใส่ใจ by ศิริราช” AI แชทบอทเพื่อดูแลสุขภาพจิต ช่วยเหลือด้านอารมณ์และสุขภาพจิตในช่วงการระบาดของโควิด 19 สำหรับประเมินภาวะอารมณ์ พุดคุยเพื่อรับการปรึกษาปรึกษาและจัดการความคิดเบื้องต้นตามหลักจิตวิทยา และสามารถดูข้อมูลการใช้งานเพื่อติดตามภาวะสุขภาพจิตของตนเองได้ “Tuinui Bot” แชทบอทถามตอบรายละเอียดโภชนาการ ตรวจสอบดัชนีมวลกาย (BMI) และคำนวณการเผาผลาญพลังงาน (BMR) คร่าวๆ ได้ พร้อมระบบเกมเลี้ยงสัตว์เพื่อช่วยในการวางแผนการรับประทานอาหาร รวมทั้งสามารถพาสัตว์เลี้ยงไปออกกำลังกายพร้อมกับผู้ใช้งานที่อาศัยการเคลื่อนไหวในโลกจริงๆ เข้ามาประยุกต์อีกด้วย<sup>(14)</sup>

**3. การให้ข้อมูลสุขภาพเฉพาะบุคคล (personal health information)** แชทบอทถือว่าเป็นแหล่งรวบรวมข้อมูลระหว่างการสนทนา การเก็บข้อมูลพฤติกรรม และการจดจำการใช้งานจึงทำให้ทราบปัญหาหรือความต้องการเฉพาะบุคคลได้ทำให้ผู้ใช้งานรู้สึกว่แชทบอทเข้าใจ พร้อมแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการได้จริง แชทบอทสามารถนำเสนอข้อมูลด้านสุขภาพเฉพาะบุคคล<sup>(12)</sup> เสมือนผู้ช่วยส่วนตัวของผู้ใช้งาน เช่น การทำระบบโปรไฟล์ส่วนตัว การทำระบบคำนวณแคลอรีในอาหาร หรือเมนูโปรด การเข้าร่วมแคมเปญเพื่อสุขภาพ เป็นต้น ตัวอย่าง “REMI” แชทบอทพัฒนาโดยศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ ใช้ในการติดตามและเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ สามารถเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และติดตามโภชนาการโดยใช้การวิเคราะห์พฤติกรรมรายบุคคล สามารถเชื่อมโยงข้อมูลจากหญิงตั้งครรภ์ให้กับแพทย์ผู้ดูแล เพื่อใช้ในการติดตามสุขภาพร่างกายของหญิง-

ตั้งครรภ์และการทกรในครรภ์ “Woebot” แอปพลิเคชันแชทบอทที่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะบุคคลจากการสนทนากับผู้ใช้งาน ช่วยให้ผู้ใช้งานคลายความเครียดวิตกกังวล รวมไปถึงอาการซึมเศร้า ปัญหาความสัมพันธ์ ความเหงา ความเศร้า หรือรู้สึก Burnout “Youper” แอปพลิเคชันแชทบอทในด้านการจัดการอารมณ์ โดยใช้วิธีการจับคู่ผู้ใช้งานให้เหมาะสมกับเทคนิคทางจิตวิทยา เพื่อให้การโต้ตอบระหว่างแชทบอทตรงกับผู้ใช้งานมากยิ่งขึ้น

## สรุป

แชทบอทมีจุดเด่นในการจัดการข้อมูล สามารถใช้ร่วมกับแอปพลิเคชันและแพลตฟอร์มที่หลากหลาย จึงนิยมนำมาใช้เพื่อตอบคำถามและบริหารจัดการด้านการสื่อสาร สามารถเข้าถึงประชาชนในวงกว้าง อีกทั้งสามารถเข้าถึงข้อมูลเฉพาะบุคคล แชทบอทจึงเป็นเทคโนโลยีที่ช่วยลดข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ แบ่งเบาภาระของเจ้าหน้าที่ในการตอบคำถามให้กับผู้คนจำนวนมากได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งอำนวยความสะดวกให้แก่ทั้งผู้ใช้งานและบุคลากรทางการแพทย์ ช่วยลดความแออัด ลดการรอคอยที่เกิดขึ้นกับโรงพยาบาล เพิ่มช่องทางการสื่อสารกับผู้รับบริการให้ดียิ่งขึ้นในภาวะกำลังคนน้อย เมื่อใช้แชทบอทควบคู่กับการบริการให้คำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ก็สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ และคุณภาพในการให้บริการมากยิ่งขึ้น<sup>(15)</sup> อีกทั้งเป็นการแก้ปัญหาความสามารถในการให้บริการ (service capacity) ที่ยังไม่ทั่วถึงของหน่วยงานที่ให้บริการด้านสาธารณสุข ในเชิงการนำมาประยุกต์ใช้ในงานสร้างเสริมสุขภาพ แชทบอทสามารถนำไปพัฒนาเป็นสื่อเรียนรู้ในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ ส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพเฉพาะบุคคล การให้คำแนะนำแก่ผู้ใช้งานแบบเฉพาะเรื่อง เช่น แชทบอทด้านสุขภาพจิต

ถึงแม้ว่าแชทบอทสามารถนำมาประยุกต์ใช้และครอบคลุมบริการต่างๆ ด้านสุขภาพ แต่ก็ยังมีความท้าทายต่อการพัฒนาและการฝึกแชทบอท โดยเฉพาะข้อมูลด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ไม่มีการกำหนดมาตรฐาน และมีความซับซ้อนสูง อีกทั้งยังมีข้อกังวลเรื่องความเป็นส่วนตัวของข้อมูล (data privacy) ทั้งด้านข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูล

ด้านการเงิน ข้อมูลด้านประกันสุขภาพ ซึ่งผู้พัฒนาแชทบอตจำเป็นต้องมีการลงทุนในเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องเพื่อปกป้องข้อมูลที่มีความละเอียดอ่อนสูง เช่น การปกปิดข้อมูล (data masking) การเข้ารหัส (encryption) การประมวลผลแบบหลายฝ่ายที่ปลอดภัย (multi-party computation) เป็นต้น<sup>(16)</sup> ทำให้ยากต่อการรวบรวมและนำมาใช้พัฒนาแชทบอต อีกทั้งแชทบอตเป็นชุดโปรแกรมที่มนุษย์สร้างขึ้น ผู้ใช้งานบางคนอาจรู้สึกไม่สบายใจที่จะพูดคุยกับระบบอัตโนมัติโดยเฉพาะเมื่อเป็นเรื่องสุขภาพที่ละเอียดอ่อน ซับซ้อน หรือเป็นข้อมูลเชิงลึก ทำให้ผู้ใช้งานอาจมีความคิดว่าข้อมูลคำแนะนำและการตอบคำถามแบบ real-time ที่ได้จากแชทบอต ไม่น่าเชื่อถือเท่ากับบุคคลากรทางการแพทย์<sup>(17)</sup> โดยพบว่าร้อยละ 73 ของผู้ใช้งานที่ได้รับประสบการณ์ที่ไม่ดีกับแชทบอตจะไม่อยากใช้แชทบอตอีกในครั้งต่อไป<sup>(18)</sup> ด้วยเทคโนโลยีในปัจจุบันแชทบอต

ยังไม่สามารถทำงานทดแทนมนุษย์ได้ทั้งหมด ยังมีข้อจำกัดและไม่สามารถจำลองการสนทนาระหว่างบุคคลได้อย่างสมบูรณ์ โดยเฉพาะประเด็นเรื่องบริบทของภาษา และรูปประโยค หรือคำถามของผู้ใช้งานที่ไม่ได้ตรงตามที่ตั้งข้อมูลไว้ หรือบริบทมีความซับซ้อนมากกว่าที่ระบบวางไว้ ส่งผลให้แชทบอตไม่สามารถตอบคำถามหรือให้ข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของผู้ใช้งานได้ทั้งหมด นอกจากนี้ ในกรณีของ AI chatbots ควรได้รับการทดสอบที่เพียงพอในทุกสถานการณ์ทั้งดีและไม่ดี เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถทำงานได้ตามวัตถุประสงค์ เพราะมีโอกาสที่แชทบอตจะพบกับสถานการณ์ที่ไม่เคยเรียนรู้มาก่อน และระบบไม่สามารถแก้ปัญหาได้<sup>(19)</sup> อีกทั้งควรมีบุคลากรในการสนับสนุนระบบเมื่อเกิดข้อขัดข้อง การประเมินแชทบอตเพื่อปรับปรุงหรืออัปเดตอย่างสม่ำเสมอ เพื่อตอบคำถามได้ตรงตามที่ต้องการมากที่สุด

## เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ. "Chatbot" ...ถูกที่ ถูกเวลา [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 12 ก.พ. 2566]. แหล่งข้อมูล: [https://www.nectec.or.th/news/news-pr-news/chatbot-righttime.html#:~:text="Chatbot"%20โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น,แบบ%20Real-time%20มากขึ้น](https://www.nectec.or.th/news/news-pr-news/chatbot-righttime.html#:~:text=)
2. Skooldio. Chatbot คืออะไร? ผู้ช่วยอัจฉริยะที่ธุรกิจออนไลน์ต้องมี [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 11 ก.พ. 2566] แหล่งข้อมูล: <https://blog.skooldio.com/what-is-chatbot/>
3. ทันโลก. เทคโนโลยี Chatbot และ social commerce ในภาคธุรกิจของสิงคโปร์ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ก.พ. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://globthailand.com/singapore-120422/>
4. Debecker A. Discovering the types of Chatbots [Internet]. 2017 [cited 2023 Feb 11]. Available from <https://blog.ubisend.com/optimize-chatbots/types-of-chat-bots>
5. Hagai Shaham. AI-Human Hybrid Chatbot – the right customer service solution at the right time [Internet]. 2018 [cited 2023 Feb 21]. Available from <https://techsee.me/blog/customer-service-chatbot-human-hybrid/>
6. อมรินทร์ เทเลวิชั่น. 'ChatGPT' แชทบอตอัจฉริยะ ตอบได้หมด ประชัญ การเมืองเขียนโค้ดได้ด้วย! [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 21 มี.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://www.amarintv.com/spotlight/technology/detail/38090>
7. ขวัญใจ เศษเสณสกุล. Chatbot : ผู้ช่วยมืออาชีพในยุค...ใครเร็วกว่าได้เปรียบ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 ก.พ. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://www.exim.go.th/getattachment/96db65c3-2ce3-4aa1-8993-60580069ac9e/Chatbot-พหุขมออาชีพในยุค.ใครเร็วกว่า-ได้เปรียบ-วารสารการณนธนาคาร-ฉบับเดอนกมภาพนธ--2561.aspx>
8. Allied Market Research. Healthcare Chatbots market outlook - 2026 [Internet]. 2019 [cited 2023 Feb 20]. Available from <https://www.alliedmarketresearch.com/healthcare-chatbots-market>
9. Dilmegani C. Chatbots in healthcare: top 6 use cases & examples in 2023 [Internet]. [cited 2023 Feb 14]. Available from: <https://research.aimultiple.com/chatbot-healthcare/>

10. Mokmin NAM, Ibrahim NA. The evaluation of chatbot as a tool for health literacy education among undergraduate students [Internet]. *Educ Inf Technol* 26, 6033–6049; 2021 [cited 2023 Feb 20]. Available from:
11. AI for Good. How an AI chatbot aims to advance health and education for rural women in Pakistan [Internet]. [cited 2023 Feb 16]. Available from: <https://aiforgood.itu.int/how-an-ai-chatbot-aims-to-advance-health-and-education-for-rural-women-in-pakistan/>
12. Aggarwal A, Tam CC, Wu D, Li X, Qiao S. Artificial intelligence (AI)-based Chatbots in promoting health behavioral changes: a systematic review [Internet]. 2022 [cited 2023 Feb 16]. Available from: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.07.05.22277263v1.full>
13. ณัฐพล ม่วงท่า. IQ personal Chatbot เพื่อนเตือนสติ เมื่อคิดจะเมา [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 23 ก.พ. 2566 ]. แหล่งข้อมูล: <https://www.everydaymarketing.co/media/chat-bot/iq-personal-chatbot/>
14. ทรงกลด ลิ้มพิพัฒน์. 'ตุ้ยห่วย' BOT : ชวนเลี้ยงแซตบอทที่บ้านก็โกหกนาการที่ช่วยให้เราไม่ตุ้ยห่วย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 23 ก.พ. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://adaymagazine.com/tuinui-bot-chatbot/>
15. White E. The rise of healthcare chatbots [Internet]. [cited 2023 Feb 15]. Available from: <https://getanimated.uk.com/the-rise-of-healthcare-chatbots/>
16. Naveen. Top 4 Challenges of AI Chatbot in Healthcare & How to Overcome [Internet]. 2022 [cited 2023 Feb 20]. Available from: <https://www.kommunicate.io/blog/challenges-of-ai-chatbot-in-healthcare/>
17. Rana J. The pros and cons of healthcare Chatbots [Internet]. 2023 [cited 2023 Feb 20]. Available from <https://www.revechat.com/blog/healthcare-chatbots/>
18. Eaton-Cardone M. The good, the bad, and the ugly of chatbots [Internet]. 2017 [cited 2023 Feb 21]. Available from: <https://venturebeat.com/ai/the-good-the-bad-and-the-ugly-of-chatbots/>
19. ธนัท ลัทธวรรณ. Chatbot เมื่อมนุษย์คุยกับ AI [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 9 มี.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://www.aiforall.or.th/article/allarticles/intro-to-chatbot/>

## Chatbots' utilization in Health Promotion

*Nalinee Ruangrittisak*

*ThaiHealth Promotion Foundation, Bangkok, Thailand*

---

### Abstract

Chatbots are automated systems capable of answering questions promptly, either through text or voice communication. They come in various types, such as rule-based, AI-powered, and hybrid chatbots. In the field of medical and public health, chatbots are utilized to provide fundamental health information, monitor health check results, schedule appointments, send reminders, and deliver health education. These chatbots also facilitate health promotion by disseminating knowledge, offering guidance, and personalizing health information. Despite the broad range of health services where chatbots could be employed, they are still facing certain challenges, including inadequate health data for chatbots' development, data privacy concerns, and user perception regarding chatbots' ability to offer sensitive, intricate, or insightful health information. Moreover, chatbots cannot completely replace human support, and there must be human personnel available to handle system issues and regularly evaluate chatbots to enhance their performance and accuracy in answering users' queries.

**Keywords:** chatbot; artificial intelligence; health promotion; utilization



[www.thaihealth.or.th/THPJournal](http://www.thaihealth.or.th/THPJournal)