

THAI HEALTH PROMOTION JOURNAL

วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2566

Vol.2 No.2 April – June 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

- การสูญเสียปีสุขภาวะจากการเจ็บป่วยด้วยโรคกลุ่มจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 3 โรคหลักในประเทศไทย
- สภาวะพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มเด็กด้อยโอกาส: กรณียากจน (มากพิเศษ) ในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์
- การศึกษาปริมาณโซเดียมจากการบริโภคอาหารของคนไทยปี พ.ศ. 2556-2558
- ผลกระทบและการปรับตัวต่อสถานการณ์โรคโควิด 19 ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร
- การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองจากความเป็นหุ้นส่วนของชุมชนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ตำบลพะตง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

บทความพิเศษ (Special Article)

- เทคโนโลยี Artificial Intelligent เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ
- การวิเคราะห์แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับกลุ่มเด็กและเยาวชนเพื่อนำไปสู่การผลักดันการปฏิบัติงานให้เกิดผลสัมฤทธิ์
- การเรียนรู้บนฐานศิลปะสำหรับพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลแบบประคับประคอง
- กรอบแนวคิดผลกระทบการตลาดอาหารและเครื่องดื่มของยูนิเซฟที่มีต่อเด็ก: การวิเคราะห์ด้วยโมเดลสังคมนิเวศวิทยา

บทความพินิจ (Review Article)

- ความเกี่ยวข้องระหว่างภาวะสูญเสียการได้ยินและภาวะสมองเสื่อมและแนวทางการเตรียมการรับมือ: บทความทบทวนวิชาความรู้
- พัฒนาการของหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพเกษตรกรรมระยะสั้นของสภาเกษตรกรรมไทย

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

สารบัญ	หน้าที่	Contents
บทบรรณาธิการ		Editorial
สุราก้าวหน้า ทำให้ประเทศไทยก้าวหน้าจริงหรือ? วิวัฒน์ โรจนพิทยากร	117	Liquor Liberalization: is it bring Advancement to Thailand? <i>Wiwat Rojanapithayakorn</i>
นิพนธ์ต้นฉบับ		Original Article
การสูญเสียปีสุขภาวะจากการเจ็บป่วยด้วยโรค กลุ่มจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 3 โรคหลักในประเทศไทย วิรัชพัชร กิตติธระพันธ์ และคณะ	119	Years Lived with Disability from Three Major and Adolescent Psychiatric Disorders in Thailand <i>Wiranpat Kittitharaphan, et al.</i>
สภาวะพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มเด็กด้อย โอกาส: กรณียากจน (มากพิเศษ) ในโรงเรียน ศึกษาสงเคราะห์ วิสเพ็ญ กิจฉเนศ และคณะ	129	Essential Health Behavior Situation of the Disadvantaged Children: the Case of Poor Children (Plus) in Suksa Songkhro Schools <i>Wisapen Kittaned, et al.</i>
การศึกษาปริมาณโซเดียมจากการบริโภค อาหารของคนไทยปี พ.ศ. 2556-2558 นงนุช จินดารัตนาภรณ์	138	A Study on Sodium Intake in Food Consumption among Thai People during 2013-2015 <i>Nongnuch Jindarattanaporn</i>
ผลกระทบและการปรับตัวต่อสถานการณ์ ระบาดโควิด 19 ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ตอนปลาย โรงเรียนแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร ข้าวขวัญ เมืองศิริ และคณะ	150	Impact and Adaptation to the COVID-19 Pandemic among High School Students at a School in Bangkok <i>Khaokwan Muangsiri, et al.</i>
การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง แบบประคับประคองจากความเป็นหุ้นส่วน ของชุมชน สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ตำบลพะตง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ดิเรก ชัยชนะ และคณะ	161	Community-Partnered Palliative Care Plan for Cancer Patients in Patong Healthcare Service Center, Hatyai District, Songkhla Province <i>Direk Chaichana, et al.</i>

สารบัญ	หน้าที่ Page	Contents
บทความพิเศษ		Special Article
เทคโนโลยี Artificial Intelligent เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ธนิษฐา ภูลวรรณ	177	Artificial Intelligent (AI) Technology for Health Promotion <i>Tanittha Pullawan</i>
การวิเคราะห์แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย สำหรับกลุ่มเด็กและเยาวชนเพื่อนำไปสู่การผลักดัน การปฏิบัติงานให้เกิดผลสัมฤทธิ์ อารีกุล อมรศรีวิวัฒน์กุล และคณะ	185	Analysis on Physical Activity Promotional Plan for Children and Youth to Drive Effective Implementation <i>Areekul Amornsriwatanakul, et al.</i>
การเรียนรู้บนฐานศิลปะสำหรับพัฒนาเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในการดูแลแบบประคับประคอง ดิเรก ชัยชนะ และคณะ	196	Art-based Learning for Healthcare Staff and Volunteer Development in Palliative Care <i>Direk Chaichana, et al.</i>
กรอบแนวคิดผลกระทบการตลาดอาหารและ เครื่องดื่มของยูนิเซฟที่มีต่อเด็ก: การวิเคราะห์ ด้วยโมเดลสังคมนิเวศวิทยา นงนุช จินดารัตนาภรณ์	205	UNICEF's Conceptual Framework of Impact on Food and Beverage Marketing among Children: an Analysis of the Socio-Ecological Model <i>Nongnuch Jindarattanaporn</i>
บทความพื้นวิขา		Review Article
ความเกี่ยวข้องระหว่างภาวะสูญเสียการได้ยินและ ภาวะสมองเสื่อมและแนวทางการเตรียมการรับมือ: บทความทบทวนวิชาความรู้ พิสิษฐพงศ์ ปิยะปัญญามงคล	212	Hearing Loss and Dementia in an Aging Society, How Should the Public Health Department be Prepared: a Review Article <i>Phisitphong Piyapanyamongkhon</i>
พัฒนาการของหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพ เภสัชกรรมระยะสั้นของสภาเภสัชกรรมไทย จิตติพร คล้ายแก้ว, ประยูทธ ภูวรัตน์าวีวิท	220	Development of the Thai Pharmacy Council's Short-Term Professional Certificate Program in Pharmacy <i>Jitteeporn Klaytae, Prayuth Poowaruttanawiwit</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.สุปรีดา อุดมยานนท์ 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.สวาทิตรี อังนงศ์กรชัย 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

สุราก้าวหน้า ทำให้ประเทศไทยก้าวหน้าจริงหรือ?

การดื่มสุรามีอยู่คู่สังคมโลกมานานมาก นานจนฝังตัวอยู่ในขนบธรรมเนียม และประเพณีของแต่ละประเทศ อย่างเช่น การดื่มสุราก็กลายเป็นกิจกรรมสังคมในงานพบปะสังสรรค์ ในพิธีกรรมต่างๆ ในอดีตการให้สุราก็เป็นการให้ของขวัญที่แสดงความเคารพนับถือเนื่องในวาระต่างๆ เช่นนี้ ทำให้สุราก็เป็นสินค้าที่ไม่ธรรมดา ดังที่องค์การอนามัยโลกแสดงความห่วงใยในหนังสือที่ชื่อว่า “alcohol: no ordinary community – research and public policy” ซึ่งมีการพิมพ์เผยแพร่มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2003 ถึงปัจจุบันพิมพ์ครั้งที่ 3 ไปแล้ว ในประเทศไทย มีการแปลฉบับพิมพ์ครั้งที่ 3 โดยคุณยวีร์จัย-ปัญหาสุรา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ความหนา 630 หน้า และจากความไม่ธรรมดาของสุรา ทำให้มีการกำหนดภาษีการค้าสุราเพื่อสร้างรายได้ให้แก่รัฐ รวมถึงการทำธุรกิจค้าสุราและยาสูบแบบผูกขาด สร้างรายได้เป็นกอบเป็นกำแก่ผู้ผลิตสินค้า และเป็นสินค้าก่อรายได้ของธุรกิจบันเทิงต่างๆ ที่อาศัยสุราเพิ่มความบันเทิงแก่ลูกค้า ทำให้สุรามีที่ยืนในสังคมอย่างมั่นคง ทั้งนี้ สังคมในอดีตไม่ได้มองว่าสุราก็เป็นสิ่งอันตราย

ต่อมาเมื่อความรู้ทางการแพทย์และสาธารณสุขดีขึ้น ก็พบว่า แท้จริงแล้ว สุราหรือเครื่องดื่มอื่นๆ ที่ผสมแอลกอฮอล์เป็นสิ่งเสพติด และมีอันตรายมาก สุราเป็นสาเหตุของโรคมะเร็งตับ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางจิตประสาท ความรุนแรง การทะเลาะวิวาท รวมทั้งเป็นต้นเหตุของอุบัติเหตุทางจราจร ซึ่งคร่าชีวิตคนปีละมากๆ เมื่อรู้ว่าเป็นสิ่งอันตราย วงการแพทย์และสาธารณสุขเริ่มเฝ้าระวัง พยายามสร้างความตระหนักให้กับประชาชน ให้ลด ละ เลิกทั้งสุราด้วยกระบวนการต่างๆ หลากรูปแบบ เช่น การออกกฎหมายควบคุมการผลิต การจำหน่าย และการบริโภค การห้ามโฆษณา การขึ้นภาษีเพื่อลดการเข้าถึงสำหรับผู้มีรายได้น้อย การตรวจจับผู้ขับรถหลังดื่มสุราเพื่อลดอันตรายจากอุบัติเหตุ รวมถึงการรณรงค์สื่อสารสาธารณะอย่างกว้างขวาง รวมถึงการนำเอาภาษีการค้าสุรายาสูบส่วนหนึ่งมารณรงค์สร้างเสริมสุขภาพประชาชน

สำหรับประเทศไทย การดำเนินการที่ผ่านมาพบว่าได้ผลพอสมควร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การออกกฎหมายควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ การมีคณะกรรมการระดับชาติมาควบคุมกำกับงาน มีการตั้งหน่วยงานขึ้นมาดูแลโดยเฉพาะในกระทรวงสาธารณสุข รวมไปถึงมาตรการทางสาธารณสุขและทางสังคมอีกมากมาย

แต่เนื่องจากสุรามีอยู่กับสังคมไทยมานาน ทำให้ผลการควบคุมยังไม่เพียงพอที่จะลดการเสพของประชาชนอย่างเต็มที่ ปัญหาที่เกิดจากการเสพสุรายังชุกชุมอยู่เช่นเดิม ดังนั้น นักวิชาการและนักเคลื่อนไหวสังคมต่างก็มุ่งหวังว่า ภาครัฐและเอกชนจะเพิ่มความเอาใจจูงกับการบริโภคแอลกอฮอล์ อย่างเช่นในช่วงที่หาเสียงเลือกตั้ง ผู้คนต่างก็เฝ้าดูว่าพรรคการเมืองใดจะมีนโยบายดีๆ มาจัดการกับสิ่งเสพติดชนิดนี้ แต่สิ่งที่ได้พบได้ย็น นอกจากจะไม่เอื้อต่อการควบคุมสุราและยาสูบแล้ว ยังอาจให้ผลตรงข้าม คือ ทำให้คนไทยเสพมากขึ้น และแน่นอนว่า ย่อมก่อให้เกิดอันตรายมากขึ้นไปด้วย

เกี่ยวกับเรื่องนี้ในปี พ.ศ. 2565 มีความเคลื่อนไหวที่จะแก้ไขพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต ซึ่งเป็นที่รู้จักกันทั่วไปว่า ร่าง พ.ร.บ. สุราก้าวหน้า เสนอโดยพรรคการเมืองฝ่ายค้านพรรคหนึ่ง โดยมุ่งหวังที่จะลดการผูกขาดการผลิตสุราโดยปลดล็อกการผลิตของผู้ผลิตรายย่อยและสุราชุมชน ผู้เสนอกฎหมายนี้ระบุว่า ไม่ได้มุ่งให้คนเสพสุรามากขึ้นจากการดำเนินการในสภา ปรากฏว่า ร่าง พ.ร.บ. นี้ตกไปอย่างฉิวเฉียด (เห็นด้วย 194 ไม่เห็นด้วย 196) พรรคการเมืองที่เสนอ พ.ร.บ. นี้ใช้ชื่อภาษาอังกฤษของ “สุราก้าวหน้า” ว่า “liquor liberalization” แปลตรงตัวว่า “สุราเสรี” แต่กลับใช้ภาษาไทยว่า “สุราก้าวหน้า” เพื่อให้ตีความว่า เป็นการขับเคลื่อนเพื่อให้ประเทศเกิดความก้าวหน้า

ขณะนี้ปรากฏชัดแล้วว่า พรรคที่เคยเสนอ พ.ร.บ. นี้ได้เสียงมากที่สุดในการเลือกตั้ง และกำลังเป็นแกนนำจัดตั้งรัฐบาล ประกอบกับในช่วงหาเสียงก็ชูประเด็นแก้กฎหมายเพื่อลดการผูกขาดการผลิตสุรา จึงเป็นไปได้ว่า พ.ร.บ. สุราก้าวหน้า จะมีโอกาสปิดฝุ่นเสนอใหม่อีกครั้งในไม่ช้า และมีโอกาสออกมาเป็นกฎหมายได้ ไม่ว่าจะได้เป็นรัฐบาลหรือไม่ก็ตาม เพราะน่าจะมีเสียงสมาชิกจำนวนมากเพียงพอ (เมื่อเทียบกับช่วงที่ผ่านมา)

แม้ว่าทางพรรคที่เสนอ พ.ร.บ. สุราก้าวหน้าไม่ได้คาดหวังว่าประชาชนจะเสพแอลกอฮอล์มากขึ้น แต่การลดการผูกขาด น่าจะมีผลให้สุราราคาถูกลง และหาซื้อได้ง่ายขึ้น ก็คงเป็นเรื่องที่ทุกฝ่ายต้องเตรียมการเพื่อลดปัญหาที่จะตามมา ตัวอย่างที่เคยเห็นมาคือที่ประเทศมองโกเลีย การผลิตสุราอย่างเสรีไม่มีการผูกขาดสินค้า ทำให้เหล้าводก้าของที่นี่มีราคาถูกลงมาก (ต่างคนต่างผลิตและแย่งกันลดราคาเพื่อสร้างยอดขาย) บางยี่ห้อมีราคาใกล้เคียงกับน้ำขวด จึงทำให้คนยากจนเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่าย เพราะมีราคาถูก ผู้ซื้อเลยตัดสินใจซื้อเหล้าแทนน้ำ มีพบบ่อยว่า คนเมากี่ยากจนจำนวนหนึ่ง นอนตายริมถนน เพราะเมาแล้วนอนพักริมทาง คงกะว่าจะนอนชั่วคราว แต่ผลกลับไป ซึ่งในภาวะที่อุณหภูมิต่ำกว่า จุดเยือกแข็งประมาณ 6 เดือนต่อปีของประเทศนี้ คนเมากี่กลับพลืนก็กลายเป็นตัวแข็งตาย สภาพนี้เมาจนตัวแข็งคงไม่พบในประเทศไทย แต่ถ้าสุราราคาถูก ก็คงมีคนบริโภคเพิ่มขึ้นแน่ ผลร้ายจากสุราก็จะเพิ่มตามมา และไม่มั่นใจว่า ความก้าวหน้า จะตามมาหรือไม่?

ในเมื่อแนวโน้มทางการเมืองเพื่อลดการผูกขาดธุรกิจแอลกอฮอล์ในขณะนี้ส่อแววที่จะทำให้มีการผลิตสุราอย่างเสรี บริษัทยักษ์ใหญ่เดิมคงจะเพิ่มสินค้าประเภทราคาถูกลงเพื่อรักษาฐานรายได้ ส่วนแหล่งผลิตใหม่ๆ ที่มีขนาดย่อม แต่กระจัดกระจายในหลายๆ ท้องที่ ก็ผลิตสินค้ามาแย่งตลาด ซึ่งก็ช่วยไม่ได้ที่จะทำให้สุราราคาถูกลง การบริโภคสุราในประเทศไทยก็น่าจะรุนแรงขึ้น ทำให้ความสำเร็จที่งานควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ที่เคยมีมาคงต้องหดหายไป นอกจากจะไม่ก้าวหน้าแล้ว ยังเป็นการถอยหลังลงคลองตามคำพังเพยของไทย

ในสภาพเช่นนี้ ผู้ที่รับผิดชอบงานควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ และผู้ที่เป็นห่วงเป็นใยทั้งหลายคงต้องติดตามสถานการณ์อย่างใกล้ชิด หากเป็นไปได้ ก็ช่วยกันให้ข้อมูลและข้อคิดเห็นแก่ผู้ออกกฎหมายให้พยายามปรับเนื้อหาของกฎหมายเพื่อควบคุมไม่ให้เกิดการบริโภคมากขึ้นในบรรยากาศของการลดภาวะผูกขาด และหากในที่สุด มีกฎหมายสุราก้าวหน้าออกมา ก็คงต้องช่วยกันทำหน้าที่เฝ้าระวังผลเสียของกฎหมายอย่างใกล้ชิด เช่น การติดตามข้อมูลจำนวนผู้เสพแอลกอฮอล์ หาสถิติของยอดจำหน่ายและสถิติปริมาณเฉลี่ยการเสพรายบุคคล หาอัตราเพิ่มของอุบัติเหตุดื่มแล้วขับ ความชุกชุมของการทะเลาะ-วิวาทและความรุนแรงในครอบครัวที่เป็นผลจากการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น เพื่อให้เป็นข้อมูลในการปรับแก้กฎหมาย รวมทั้งหามาตรการในการลดการบริโภคแอลกอฮอล์ให้ได้ผลต่อไป

นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร

บรรณาธิการ

การสูญเสียปีสุขภาวะจากการเจ็บป่วย ด้วยโรคกลุ่มจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 3 โรคหลักในประเทศไทย

วิรัชพัชร กิตติธระพันธุ์¹, พิมพ์ภัช วัฒนศึกษา², กฤษฎกร วังตระกูล³, นันทิยา จีระทรัพย์⁴, ประเสริฐ จูทา⁵,
อภิชา ฤทธาทิพย์⁶, กุสุมาวดี คำเกี่ยง⁶

¹โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จังหวัดสมุทรปราการ

²สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น

³สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

⁴โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

⁵สถาบันราชานุกูล กรุงเทพมหานคร

⁶สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการเจ็บป่วย (years of healthy life loss due to disability: YLDs) ด้วยโรคกลุ่มจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ได้แก่ กลุ่มอาการออทิซึม โรคสมาธิสั้น และภาวะบกพร่องทางสติปัญญาของประชากรไทยปี พ.ศ. 2559 โดยเป็นการศึกษาการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา โรคกลุ่มอาการออทิซึม โรคสมาธิสั้น ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 และ DSM-IV ด้วยระเบียบวิธีการศึกษาโดยใช้วิธีการประมาณค่าตามวิธีการระดับโลก พ.ศ. 2543 ได้ทบทวนวรรณกรรมทางระบาดวิทยาเพื่อหาข้อมูล ความชุก อุบัติการณ์ ความเสี่ยงต่อการตาย (relative risk of mortality) อายุคาดเฉลี่ย (life expectancy) การป่วยตาย (case fatality) การหายจากโรค ในการคำนวณค่าปีสุขภาวะที่สูญเสียเจ็บป่วยหรือพิการ (YLDs) ตามการสร้างแบบจำลองโรคในโปรแกรม WHO DISMOD II โดยใช้ค่าถ่วงน้ำหนักความพิการจาก GBD ผลการศึกษาพบว่าโรคกลุ่มอาการออทิซึมก่อให้เกิดการสูญเสียเท่ากับ 81,800 ปีสุขภาวะ โรคสมาธิสั้นเท่ากับ 42,547 ปีสุขภาวะ และภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเท่ากับ 72,556 ปีสุขภาวะ โดยโรคกลุ่มอาการออทิซึม มีค่า YLDs สูงสุดในช่วงอายุ 0-5 ปี โรคสมาธิสั้นและภาวะบกพร่องทางสติปัญญามีค่าสูงสุดในช่วงอายุ 5-14 ปี และทุกโรคมีการสูญเสียปีสุขภาวะลดลงในช่วงอายุ 15-29 ปี โดยโรคกลุ่มอาการออทิซึมและโรคสมาธิสั้นเพศชายมีการสูญเสียมากกว่าเพศหญิงในทุกช่วงอายุ ซึ่งโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่สำคัญทั้ง 3 โรคมีความสำคัญเนื่องจากก่อให้เกิดความพิการและสูญเสียปีสุขภาวะในระดับสูงในเด็กไทย และผลกระทบอย่างต่อเนื่องยาวนาน จำเป็นที่หน่วยงานของสาธารณสุข ภาคประชาสังคมและประชาชนควรให้ความสำคัญ โดยเฉพาะการค้นหา คัดกรอง และให้ความช่วยเหลือตั้งแต่ปฐมวัย ซึ่งจะให้การรักษาที่ดีที่สุดและจะช่วยให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักยภาพสูงสุด

คำสำคัญ: โรคกลุ่มอาการออทิซึม; โรคสมาธิสั้น; ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา; ความชุก; ปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการเจ็บป่วย; ภาวะโรค

บทนำ

องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าโรคจิตเวชเด็ก และวัยรุ่นจัดเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพลำดับ 2 ในเด็ก และวัยรุ่นตอนต้น โดยเฉพาะโรคที่เป็นปัญหาหลักของความผิดปกติของพัฒนาการ อันได้แก่ โรคกลุ่มอาการออทิสซึม โรคสมาธิสั้นและความบกพร่องทางสติปัญญา รวมไปถึงโรคซึมเศร้าและการติดสารเสพติด โดยอุบัติการณ์พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงและมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น⁽¹⁾

โรคกลุ่มอาการออทิสซึม (autism spectrum disorder: ASD) เป็นความผิดปกติทางพัฒนาการที่แสดงออกทางความบกพร่องของพัฒนาการด้านการใช้ภาษาสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ร่วมกับความผิดปกติของพฤติกรรมและความสนใจที่เป็นแบบแคบจำกัดหรือเป็นแบบแผนซ้ำๆ โดยเริ่มปรากฏอาการให้เห็นตั้งแต่ในวัยเด็กเล็กและเป็นต่อเนื่องจนถึงวัยผู้ใหญ่ โรคนี้สร้างความสูญเสียและผลกระทบในวงกว้างอย่างต่อเนื่องยาวนาน⁽²⁾ ในประเทศสหรัฐอเมริกามีการศึกษาเกี่ยวกับการประมาณการค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อม อันเกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรค ASDs ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2015-2025 (พ.ศ. 2558-2568) ประมาณการเป็นเงิน 2,680-4,610 ล้านดอลลาร์สหรัฐ^(3,4) ซึ่งการรักษาตั้งแต่อายุน้อยยังช่วยร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองหรือผู้ดูแลในการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก จะช่วยเพิ่มความสามารถในด้านของการสื่อสาร ด้านภาษา การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และระดับความสามารถทางสติปัญญา การศึกษาถึงภาระโรคของโรคกลุ่มอาการออทิสซึมในประเทศสเปนเมื่อปี ค.ศ. 2003 พบค่าการสูญเสียปีสุขภาวะจากการเจ็บป่วยด้วย ASDs เท่ากับ 43,923 ปีสุขภาวะ โดยแบ่งเป็นการสูญเสียจากโรคออทิสซึม 33,797 ปีสุขภาวะ และจากโรคออทิสซึมอื่นๆ 10,131 ปีสุขภาวะ⁽⁵⁾

โรคสมาธิสั้น (attention deficit/hyperactive disorder: ADHD) เป็นความผิดปกติของพัฒนาการในสมองด้านการบริหารจัดการและควบคุมตนเอง โดยมีอาการแสดงทางพฤติกรรม 3 ด้าน คือ การขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง อยู่ไม่นิ่ง และขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่นที่เป็นมากกว่าพฤติกรรมตามวัย โดยเริ่มมีอาการตั้งแต่วัยเด็กและประมาณครึ่งหนึ่งมีอาการต่อเนื่องจนถึง

วัยผู้ใหญ่ ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านการเรียน การปรับตัวในสังคมและมีภาพพจน์ที่ไม่ดีต่อตนเอง^(6,7) จากการศึกษาภาระโรคของโรคสมาธิสั้นในประเทศเกาหลี เมื่อปี ค.ศ. 2012 พบว่าโรคสมาธิสั้นก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะเท่ากับ 32,605 ปีสุขภาวะ และก่อให้เกิดการสูญเสียทางด้านเศรษฐศาสตร์ปีละ 47.55 ล้านดอลลาร์สหรัฐ⁽⁸⁾

ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (intellectual disability: ID) เป็นความผิดปกติของพัฒนาการทางระบบประสาท ก่อให้เกิดความบกพร่องด้านสติปัญญาส่งผลต่อการคิด การให้เหตุผล การแก้ปัญหา การวางแผน การคิดเชิงนามธรรมและความบกพร่องด้านพฤติกรรมกรปรับตัว ซึ่งเป็นกรปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันทั่วไปที่จะสามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองในสังคม⁽⁹⁾ โดยการศึกษาถึงภาระสติปัญญาบกพร่องในประเทศอินเดียพบว่า มีการสูญเสีย 252 ปีสุขภาวะ ส่วนในประเทศไทย มีการศึกษาค่า DALYs ในชายเท่ากับ 12 และในหญิงเท่ากับ 1.7 แต่เป็นเพียงเฉพาะในกลุ่มเด็กแรกเกิดถึงวัยรุ่นเท่านั้น⁽¹⁰⁾

อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทยแม้มีการศึกษาถึงภาระโรคมามากครั้งแต่ยังไม่เคยมีการประมาณการและเปรียบเทียบค่าปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากโรคและการเจ็บป่วยของประชากรอันเกิดจากกลุ่มความผิดปกติของโรคจิตเวชในเด็กและวัยรุ่นตามแนวคิดที่กล่าวมา การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อคำนวณและเปรียบเทียบค่าการปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่สำคัญในประเทศไทย ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อการวางแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกลุ่มนี้ในระยะยาวในการจัดทำข้อเสนอแนะในการกำหนดนโยบาย การจัดสรรทรัพยากร การจัดบริการที่เหมาะสมเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ตามเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยหมายเลข 001/2560 ลงวันที่ 6 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 โดยคำจำกัดความของโรคกลุ่มอาการออทิสซึม (ASD) โรคสมาธิสั้น (ADHD) และโรคสติปัญญาบกพร่อง (ID) อ้างอิงตามคู่มือการวินิจฉัยและสถิติ

สำหรับความผิดปกติทางจิต ฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV)⁽⁷⁾ และใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการศึกษา GBD (global burden of Disease โดยได้ทำการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรค ASDs ได้แก่ prevalence, incidence, disability weights, mortality rate, relative risk of mortality (RR mortality), years lived with disability (YLDs), remission rate และ DALYs⁽¹¹⁾ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 (พ.ศ. 2533) จนถึงปัจจุบัน เป็นงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ที่ตีพิมพ์เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษเท่านั้น จากหนังสือหรือตำราวิชาการและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (ScienceDirect, PubMed, SCOPUS, BMJ journals, Wiley Online Library, SpringerLink (University of Cambridge, Oxford university, WHO, ResearchGate, Canadian Medical Association (CMAJ), the Public Library of Science (PLoS One), the Royal College of Psychiatrists (BJPsych) โดยมอบหมายให้ผู้วิจัย 5 คน ทำการประเมินและคัดเลือกรงานวิจัยหรือบทความที่มีคุณภาพและน่าเชื่อถือสำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จนเหลือจำนวน 72 เรื่อง

การประเมินค่าปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากโรคและการเจ็บป่วยของประชากรอันเกิดจากโรคกลุ่มอาการออทิสซึม โรคสมาธิสั้นและภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในประเทศไทย ดำเนินการตามวิธีการเดียวกันกับการศึกษา GBD ซึ่งได้กำหนดโดย Murray CJL และ Lopez AD ในปี ค.ศ. 1996 (พ.ศ. 2539)⁽¹²⁾ เพื่อที่จะสามารถนำไป

เปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นๆ ได้โดยคำนวณปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการเจ็บป่วยในประเทศไทยจาก YLDs

สำหรับสูตรในการคำนวณ YLDs คือ $I \times DW (D) \times L$ ซึ่ง I คือ อุบัติการณ์ ได้จากการประมาณค่าในโปรแกรม DisMod II ค่า DW คือ น้ำหนักความพิการ (disability weight)⁽¹³⁾ ถูกพัฒนาโดย GBD เมื่อปี ค.ศ. 2010 (พ.ศ. 2553) ซึ่งให้น้ำหนักความพิการของโรคกลุ่มอาการออทิสซึมเป็น 0.26⁽¹⁴⁾ และของโรคสมาธิสั้นเป็น 0.045⁽¹⁵⁾ ของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับ mild เป็น 0.043 ระดับ moderate เป็น 0.1 ระดับ severe เป็น 0.16 และระดับ profound เป็น 0.2⁽¹⁶⁾

ประชากรที่ใช้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้ค่าประชากรไทยจากสำนักบริหารการทะเบียนตามหลักฐานการทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2559 โดยช่วงอายุ 0-14 ปี เท่ากับ 11,433,331 คน คิดเป็นร้อยละ 17.75 ของประชากรทั้งหมดแบ่งเป็นเพศชาย 5,877,357 คน คิดเป็นร้อยละ 18.64 ของประชากรชายทั้งหมด และเพศหญิง 5,555,974 คน คิดเป็นร้อยละ 16.90 ของประชากรหญิงทั้งหมด⁽¹⁷⁾

ผลการศึกษา

ผลการทบทวนค่าพารามิเตอร์ที่ใช้ในการคำนวณค่า YLDs ซึ่งประกอบด้วย ค่าความชุก ค่าน้ำหนักความพิการ (disability weight), mortality rate ratio, remission rate ของโรคกลุ่มอาการออทิสติก โรคสมาธิสั้น และภาวะสติปัญญาบกพร่อง ดังแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พารามิเตอร์ที่นำมาคำนวณผล

พารามิเตอร์	พารามิเตอร์	โรคสมาธิสั้น	โรคสติปัญญาบกพร่อง
ความชุกของโรค	ความชุกรวม 0.1% อายุ 1-5 ปี ⁽¹⁸⁾	ความชุกรวม 8.1% เพศชาย 12% เพศหญิง 4.2% (อายุ 7-12 ปี) ⁽²²⁾	ความชุกรวม 0.05-155% ทุกกลุ่มอายุ ⁽²⁴⁾
	ความชุกรวม 0.8% อายุ 5-12 ปี; ชาย:หญิง 4.5:1 ⁽¹⁹⁾	ความชุกรวม 3.8% ชาย = 5.5% หญิง = 2% (อายุ 18-45 ปี) ⁽²³⁾	ความชุก 10.37 ทุกกลุ่มอายุ ⁽²⁵⁾

ตารางที่ 1 พารามิเตอร์ที่นำมาคำนวณผล (ต่อ)

พารามิเตอร์	พารามิเตอร์	โรคสมาธิสั้น	โรคสติปัญญาบกพร่อง
ความชุกของโรค	ความชุกรวม 0.47% ⁽²⁰⁾		6.00 (ความชุกของ ID ที่เป็นก่อนอายุ 18 ปี รายช่วงอายุ)% ⁽²⁶⁾
	ความชุกรวม 1.13% ⁽²¹⁾		ความชุกรวม 6-11 ปี 0.59% 12-14 ปี 0.66% 15-17 ปี 0.72% 3-17 ปี 0.58% ⁽²⁷⁾
	ความชุกรวม = 0.62% ⁽¹³⁾		ชุมชนเมือง 0.31 ชนบท 0.99 ⁽²⁸⁾
Disability weight	DW of Autism = 0.255 DW of other ASD = 0.11 ⁽²⁸⁾ DW of Autism = 0.55 DW of other ASD = 0.26 ⁽³⁰⁾	DW = 0.045 ⁽²⁹⁾	DW of Mild ID = 0.043 DW of Moderate ID = 0.1 DW of Severe ID = 0.16 DW of Profound ID = 0.2 ⁽²⁹⁾
Moortality rate ratio	MRR of Autism = 3.1 MRR of other ASD = 1.4 ⁽³¹⁾	MRR = 2.07 ⁽³²⁾	MRR = 1.67 (combined weight: mild, moderate, severe, profound) ⁽³³⁾
Remission rate	Remission rate = 0 ⁽³⁴⁾	Remission rate = 0.302 ⁽³⁵⁾	Remission rate = 0 ⁽³³⁾

การคำนวณด้วยโปรแกรม DisMod II พบว่า อัตราอุบัติการณ์ของการเกิดโรคกลุ่มอาการออทิซึมเป็นเพศชาย 0.22 ต่อ 1,000 ประชากร เพศหญิง 0.06 ต่อ 1,000 ประชากร อัตราอุบัติการณ์ของโรคสมาธิสั้นเพศชาย 15.1 ต่อ 1,000 ประชากร เพศหญิง 2.8 ต่อ 1,000 ประชากร อัตราอุบัติการณ์ของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา เพศชาย 1.70 ต่อ 1,000 ประชากร เพศหญิง 0.59 ต่อ 1,000 ประชากร โดยอุบัติการณ์ของการเกิดโรคกลุ่มอาการออทิซึมและภาวะบกพร่องทางสติปัญญาจะสูงสุดในช่วงอายุ 1-4 ปี และอุบัติการณ์ในอัตราที่ต่ำลงหลังอายุ 15 ปี ในขณะที่โรคสมาธิสั้นและภาวะบกพร่อง-

ทางสติปัญญาในเพศชายจะมีอุบัติการณ์สูงสุดในช่วงอายุ 5-14 ปี ดัง แสดงดังตารางที่ 2

ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคออทิซึมและภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในเพศหญิงจะมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยยาวนานกว่าเพศชายถึงประมาณ 15-20 ปี โดยมากที่สุดในช่วง 1-4 ปี และลดลงเรื่อยๆเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น ส่วนในโรคสมาธิสั้น ทั้งเพศชายและเพศหญิงจะมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยใกล้เคียงกัน และจะมีระยะเวลารวมของการเจ็บป่วยน้อยกว่าโรคกลุ่มอาการออทิซึมและภาวะบกพร่องทางสติปัญญา มาก แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 อัตราอุบัติการณ์ (ต่อ 1,000 ประชากร) โรคกลุ่มอาการออทิสซึม โรคสมาธิสั้น และภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

กลุ่มอายุ (ปี)	อัตราอุบัติการณ์ (ต่อ 1,000 ประชากร)					
	โรคกลุ่มอาการออทิสซึม		โรคสมาธิสั้น		ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
1-4	2.50	0.70	2.00	0.40	0.6	1.7
5-14	0.50	0.20	11.80	2.30	3.0	0.5
15-29	0.01	0.002	0.50	0.10	0.0	0.1
รวม	0.22	0.06	15.10	2.80	1.70	0.59

ตารางที่ 3 ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (ปี) ด้วยโรคกลุ่มอาการออทิสซึม โรคสมาธิสั้น และโรคสติปัญญาบกพร่องในแต่ละกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ (ปี)	ระยะเวลาการดำเนินโรค					
	โรคกลุ่มอาการออทิสซึม		โรคสมาธิสั้น		ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
1-4	44.9	62.4	19.7	19.2	45.9	59.6
5-14	40.6	58.1	14	13.4	39.8	53.8
15-29	31.5	48.4	6.2	7	28.7	45.3

การศึกษาครั้งนี้ เมื่อใช้ค่าน้ำหนักของความพิการตาม GBD 2010 พบค่า YLDs ของโรคกลุ่มอาการออทิสติกเท่ากับ 81,800 ปีสุขภาวะ โรคสมาธิสั้นเท่ากับ 42,547 ปีสุขภาวะ และภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเท่ากับ 72,556 ปีสุขภาวะ โดยโรคกลุ่มอาการออทิสติก โดยมีค่า YLDs สูงสุดในช่วงอายุ 0-5 ปี และลดลงตามช่วงอายุ ในขณะที่โรคสมาธิสั้น และภาวะบกพร่องทางสติปัญญา มีค่าสูงสุดในช่วงอายุ 5-14 ปี โดยโรคกลุ่มอาการออทิสติกและโรคสมาธิสั้น เพศชายมีค่าการสูญเสียมากกว่าเพศหญิงในทุกช่วงอายุ แสดงดังตารางที่ 4 และภาพที่ 1

วิจารณ์

การศึกษาทางระบาดวิทยาเพื่อประเมินภาระโรคของโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ยังไม่ได้มีการศึกษาโรคกลุ่มอาการออทิสซึม โรคสมาธิสั้นและมีการเปรียบเทียบในประเทศไทยมาก่อน การศึกษาในครั้งนี้จึงได้พัฒนารูปแบบการศึกษาโดยอ้างอิงถึงการศึกษาภาระโรครวม

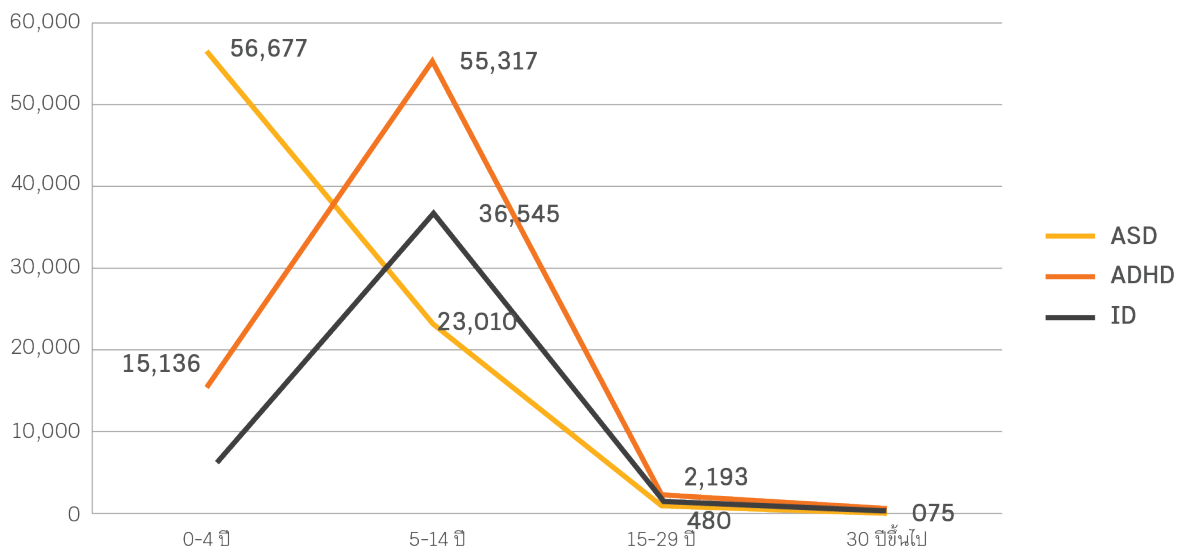
(Global Burden of Disease Study) และทำการประเมินโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่สำคัญ 3 โรค ได้แก่ โรคกลุ่มอาการออทิสติก (ASD) โรคสมาธิสั้น (ADHD) และภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (ID)

การคำนวณการสูญเสียปีสุขภาวะของโรคกลุ่มอาการออทิสซึมโดยค่าความชุกของโรคกลุ่มอาการออทิสซึมที่เลือกใช้ในการคำนวณ YLDs เลือกจากผลการสำรวจระดับชาติของโรคกลุ่มอาการออทิสซึมในประเทศไทย (ร้อยละ 0.47 ในช่วงอายุ 1-4 ปี และร้อยละ 0.8 ในช่วงอายุ 5-12 ปี) โดยค่าอัตราอุบัติการณ์ของการเกิดโรคกลุ่มอาการออทิสซึมในประเทศไทยจากการศึกษานี้เท่ากับร้อยละ 0.22 ในเพศชาย และ 0.06 ในเพศหญิง ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของประเทศอังกฤษ⁽³⁶⁾ ซึ่งเท่ากับร้อยละ 0.3-0.6 และ การศึกษา The Western Australia Study⁽³⁰⁾ ในปี ค.ศ. 1999 (พ.ศ. 2542) พบอัตราอุบัติการณ์ ร้อยละ 0.71 อย่างไรก็ตามในช่วงอายุ 15-19 ปีและวัยผู้ใหญ่ยังพบว่า มีอัตราอุบัติการณ์แต่จำนวนน้อยมาก โรคกลุ่มอาการออทิสซึมในประเทศไทยก่อให้เกิดปีสุขภาวะที่สูญเสีย

ตารางที่ 4 ค่าการสูญเสียปีสุขภาวะจากการเจ็บป่วย (ปีสุขภาวะ) ด้วยโรคกลุ่มอาการออทิซึม โรคสมาธิสั้น และโรคสติปัญญาบกพร่องในแต่ละกลุ่มอายุ (เมื่อใช้ค่าน้ำหนักของความพิการตาม GBD)

กลุ่มอายุ (ปี)	ค่าการสูญเสียปีสุขภาวะจากการเจ็บป่วย								
	โรคกลุ่มอาการออทิซึม			โรคสมาธิสั้น			ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
1-4	41,830	14,847	56,677	3,490	639	4,129	3,743	11,393	15,136
5-14	15,766	8,878	24,644	31,060	5,485	36,545	48,925	6,392	55,317
15-29	301	178	479	1,019	222	1,241	84	2,109	2,103
รวม	57,897	23,903	81,800	36,201	6,346	42,547	52,829	19,992	72,556

ภาพที่ 1 ปีสุขภาวะที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพของประเทศไทย พ.ศ. 2557 จำแนกตามโรค เพศ และช่วงอายุ



เนื่องจากภาวะทางสุขภาพ (YLDs) เท่ากับ 81,800 ปีสุขภาวะ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของประเทศสเปน⁽⁵⁾ พบว่าโรคกลุ่มนี้ก่อให้เกิดการสูญเสีย 41,959 ปีสุขภาวะ ซึ่งพบว่าการสูญเสียปีสุขภาวะจากโรคกลุ่มอาการออทิซึมของประเทศไทยมีค่ามากกว่าการสูญเสียในประเทศสเปน การคำนวณการสูญเสียปีสุขภาวะของโรคสมาธิสั้น โดยค่าความชุกของโรคสมาธิสั้น ที่เลือกใช้ในการคำนวณ YLDs เลือกจากผลการสำรวจระดับชาติของโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย เป็นร้อยละ 8.1 ในช่วงอายุ 7-12 ปี โดยค่าอัตราอุบัติการณ์ของการเกิดโรคสมาธิสั้นในประเทศไทยจากการศึกษานี้เท่ากับร้อยละ 15.10 ในเพศชายและ 2.80

ในเพศหญิง ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของประเทศสโลวีเนีย ซึ่งพบค่าอุบัติการณ์ของการเกิดโรคสมาธิสั้นในปี ค.ศ. 1997 (พ.ศ. 2540) เท่ากับอัตราร้อยละ 0.032 และในปี ค.ศ. 2012 เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.082⁽³⁷⁾ โดยประชากรไทยต้องสูญเสียภาวะทางสุขภาพจากโรคสมาธิสั้น โดยคำนวณเป็นปีสุขภาวะ (YLDs) รวมทั้งสิ้น 42,547 YLDs โดยเพศชายมีความสูญเสียมากกว่าเพศหญิง ประมาณ 5.7 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Minha Hong และคณะ ซึ่งทำการศึกษาค่าการสูญเสียปีสุขภาวะของโรคสมาธิสั้นในประเทศเกาหลีใต้ ซึ่งพบว่าโรคสมาธิสั้นก่อให้เกิดการสูญเสีย 32,605 ปีสุขภาวะ⁽⁸⁾

ค่าความชุกของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาที่เลือกใช้ ในการคำนวณ YLDs เลือจากผลการสำรวจระดับ สติปัญญาเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั่วประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2559 เท่ากับร้อยละ 5.8 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับ ค่าความชุกของค่าประมาณการความชุกของการสำรวจ ระดับสติปัญญาเด็กไทยอายุ 6-15 ปี เท่ากับร้อยละ 6.5 และการศึกษาของประเทศออสเตรเลีย ร้อยละ 6 โดยค่าอัตราอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะบกพร่องทางสติ- ปัญญาในประเทศไทยจากการศึกษานี้เท่ากับร้อยละ 0.141 และเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษา systematic review ระหว่างปี ค.ศ.2000-2012 (พ.ศ. 2543-2555) ค่าอุบัติ- การณ์เท่ากับร้อยละ 1.58 ในเพศชายและร้อยละ 0.96 ในเพศหญิง การคำนวณหาค่าภาระโรคด้วยค่าจำนวนปี ที่มีชีวิตอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพ (YLDs) พบว่า ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในประเทศไทยก่อให้เกิด ปีสุขภาวะที่สูญเสียเนื่องจากภาวะทางสุขภาพ (YLDs) แยก ตามระดับความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (ID) ทั้งหมดเป็น 72,820 ปี เมื่อรวมทุกช่วงอายุ เพศชาย มี YLDs ต่อแสนประชากร มากกว่าเพศหญิง ในทุกระดับ ความรุนแรง เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ ประเทศอินเดีย ในปี ค.ศ.2017⁽³⁸⁾ ซึ่งได้ค่าการสูญเสีย ปีสุขภาวะเท่ากับ 252 ปีในพื้นที่ที่มีความเจริญน้อย (low socio-development index: SDI) ค่าสูญเสียเท่ากับ 189 ปีในพื้นที่ที่มีความเจริญปานกลาง (medium SDI) และเท่ากับ 71 ในพื้นที่ที่มีความเจริญสูง (high SDI) เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาระบาดวิทยาและการบาด- เจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556⁽³⁹⁾ พบว่า ความสูญเสีย จากโรคกลุ่มออทิสติกมีค่าใกล้เคียงการเจ็บป่วยด้วยโรค วิตกกังวล โรคลมชัก และความผิดปกติทางระบบ ประสาทอื่นๆ โดยโรควิตกกังวล (anxiety disorders) มีค่าความสูญเสียเท่ากับ 95,290 ปีสุขภาวะ โรคลมชัก (epilepsy) เท่ากับ 63,690 ปีสุขภาวะ และความผิดปกติ ทางระบบประสาทอื่นๆ (other neurological conditions) เท่ากับ 63,180 ปีสุขภาวะ

โดยสรุป การศึกษาในครั้งนี้ พบว่าโรคกลุ่มอาการ ออทิสซึม โรคลมชัก และภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ในเด็กและวัยรุ่นไทยเป็นปัญหาสำคัญเนื่องจากก่อให้เกิด ความพิการและความสูญเสียปีสุขภาวะ ซึ่งจะเป็นประโยชน์

เชิงตัวเลข/ข้อมูล/ปริมาณ ในการวางแผนยุทธศาสตร์ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ที่เกี่ยวข้อง ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น กระทรวง- ศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชนควรกำหนด เป็นยุทธศาสตร์ นโยบายเพื่อสร้างความร่วมมือเป็นภาคี ในการค้นหา คัดกรอง และให้การช่วยเหลือโดยเฉพาะ ในวัยก่อนเข้าเรียน (0-4 ปี) และในวัยเรียนกลุ่มเด็กอายุ 5-14 ปี ตลอดจนเยาวชนในช่วงอายุ 15-19 ปีอย่างเข้มข้น ต่อเนื่องด้านการฟื้นฟูพัฒนาให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ใน สังคมได้อย่างเหมาะสมเต็มตามศักยภาพที่ออกแบบตาม กลุ่มโรค อายุ เพศ และลดอัตราการเกิดโรคในกลุ่มปัญหา พฤติกรรม (behavioral disorder) โรคซึมเศร้า (depressive disorder) การใช้สารเสพติดหรือแอลกอฮอล์ (alcohol/drug use) ที่เป็นความเสี่ยง ของการสูญเสีย ปีสุขภาวะต่อไป

อย่างไรก็ตามในประเทศไทยไม่ได้มีข้อมูลการตาย อันเนื่องมาจากโรคกลุ่มอาการออทิสซึม โรคลมชัก และ ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา จึงมีข้อจำกัดในการคำนวณ ค่าจำนวนปีที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (years of life lost: YLLs) ซึ่งการศึกษาในภาคหน้า ควรมีการ หาค่า YLL และมีการนำค่าอัตราลดทอน (discount rate) และค่าถ่วงน้ำหนักอายุ (age weights) มาคำนวณ ร่วมด้วย นอกจากนี้การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีความยุ่งยาก ในการค้นหาข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการคำนวณ ตัวอย่างเช่น ข้อมูลที่แสดงถึงการได้มาของอุบัติการณ์ต่างๆ ซึ่งมี แหล่งข้อมูลที่ใช้ในแต่ละกลุ่มโรคและข้อมูลระบาดวิทยา ในช่วงปีที่ศึกษา จึงถือเป็นความจำกัดที่สำคัญของการ ศึกษาวิจัยในครั้งนี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่เห็นความสำคัญ สนับสนุนงบประมาณและคณะทำงาน จากหน่วยงานต่างๆ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพ ระหว่างประเทศ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาดัชชีประเมิน ภาระโรคและสุขภาพของประชากรไทย และ ดร. พญ.รัศมี สังกข์ทอง ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. UNICEF, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, สถาบันเบอร์เน็ต. การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ระบบและบริการสนับสนุนทางจิตใจและจิตสังคม. กรุงเทพมหานคร: UNICEF; 2556.
2. Fombonne E. The epidemiology of autism: a review. *Psychol Med* 1999;29:769-86.
3. Leigh JP, Du J. Brief report: forecasting the economic burden of autism in 2015 and 2025 in the United States. *J Autism and Dev Disord* 2015;45:4135-9.
4. World Bank. World development report 1993: investing in health. New York: Oxford University Press; 1993.
5. Elena S, Manuel PA, Villaverde H, Eva T, Joaquín FB. Estimating the burden of disease for autism spectrum disorders in Spain in 2003. *J Autism and Dev Disord* 2008;38:288-96.
6. ชาญวิทย์ พรหมภดล. โรคชน-สมาธิสั้น. ใน: วินัดดา ปิยะศิลป์, พนม เกตุมาน, บรรณธิการ. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2545. หน้า 209-19.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders-text revision. 4th ed. Washington DC: RR Donnelley & Sons; 2000.
8. Hong M, Park B, Lee SM, Bahn GH, Kim MJ, Park S, et al. Economic burden and disability-adjusted life years (DALYs) of attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders* 2019;24:823-9.
9. อนุญา สินรัชตานันท์, อีราจันท์ แทนขำ, บรรณธิการ. แนวทางการดูแลโรคทางจิตเวชและวัยรุ่น 4 โรคหลัก (สติปัญญาบกพร่อง ออทิสติก สมาธิสั้น แอลดี) สำหรับเครือข่ายบริการสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2557
10. India State-Level Disease Burden Initiative Neurological Disorders Collaborators. The burden of neurological disorders across the states of India: the Global Burden of Disease Study 1990-2019. *The Lancet Global Health* 2021;9(8):e1129-44.
11. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380:2163-96.
12. Murray CJL, Lopez AD, World Health Organization, World Bank, Harvard School of Public Health. The Global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Boston: Harvard School of Public Health; 1996.
13. Salomon JA, Vos T, Hogan DR, Gagnon M, Naghavi M, Mokdad A, et al. Common values in assessing health outcomes from disease and injury: disability weights measurement study for the Global Burden of Disease Study. *Lancet* 2012;380:2129-43.
14. Elena S, Manuel PA, Villaverde H, Eva T, Joaquín FB. Estimating the burden of disease for autism spectrum disorders in Spain in 2003. *J Autism Dev Disord* 2008;38:288-96.
15. Karam RG, Breda V, Picon FA, Rovaris DL, Victor MM, Salgado CA, et al. Persistence and remission of ADHD during adulthood: a 7-year clinical follow-up study. *Psychological Medicine* 2015;45(10):2045-56.
16. Murray CJ, Acharya AK. Understanding DALYs (disability-adjusted life years). *J Health Eco* 1997;16:703-30.
17. สำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง. จำนวนราษฎรทั่วราชอาณาจักร ตามหลักฐานการทะเบียนราษฎร ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 135, ตอนพิเศษ 41ง (ลงวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2561).
18. ศรีวรรณ พูลสรรพสิทธิ์, เบญจพร ปัญญาียง, ดุสิต ลิขนะพิชิต, ประยุกต์ เสรีเสถียร, วรวรรณ จุฑา. การศึกษาภาวะออทิสซึมในประเทศไทยและการดูแลรักษาแบบบูรณาการในระดับประเทศ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2548;13(1):10-6.
19. กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต. การสำรวจความชุกของโรคกลุ่มอาการออทิสติกของเด็กวัยเรียน กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรปราการ. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 13; 20-23 สิงหาคม 2557; ศูนย์ประชุมนานาชาติเอ็มเพรส โรงแรมดิเอ็มเพรส. เชียงใหม่. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2557.

20. รินสุข องอาจสกุลม่น, ฉัตรมงคล ฉ่ามาก, เสาวลักษณ์ หมื่นสุนทร. รายงานสรุปการสำรวจความชุกของกลุ่มอาการออทิสซึมในเด็กอายุ 1-4 ปีในประเทศไทย. สมุทราสารการ: โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์; 2562
21. Maenner MJ, Warren Z, Williams AR, Amoakohene E, Bakian AV, Bilder DA, et al. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years-autism and developmental disabilities monitoring network, 11 Sites, United States, 2020. *MMWR Surveill Summ* 2023;72(SS-2):1-14.
22. ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, พรทิพย์ วชิรดิถก, ธันวรุจน์ บุรณสุขสกุล, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พัชรินทร์ อรุณเรือง. ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2556;21(2):66-75.
23. Amiri S. Prevalence of adult attention deficit hyperactivity disorder (adult ADHD). *Journal of Tabriz Iranian* 2014;9(2):83-8.
24. McKenzie K, Milton M, Smith G, Ouellette-Kuntz H. Systematic review of the prevalence and incidence of intellectual disabilities: current trends and issues. *Curr Dev Disord Rep* 2016;3:104-15.
25. Maulik PK, Mascarenhas MN, Mathers CD, Dua T, Saxena S. Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. *Research in developmental disabilities* 2011;32(2):419-36.
26. Australian Institute of Health and Welfare. The definition and prevalence of intellectual disability in Australia. Canberra: Australian Institute of Health & Welfare; 1997.
27. Lai DC, Tseng YC, Hou YM, Guo HR. Gender and geographic differences in the prevalence of intellectual disability in children: analysis of data from the national disability registry of Taiwan. *Research in Developmental Disabilities* 2016;33(6):2301-7.
28. National Sample Survey Organisation. National sample survey 2002 (58th round) - schedule 26 - Disabled Persons India [Internet]. 2002 [cited 2015 Dec 27]. Available from: <https://www.ilo.org/surveyLib/index.php/catalog/916>
29. Salomon JA, Haagsma JA, Davis A, Noordhout CM, Polinder S, Havelaar AH, et al. Disability weights for the Global Burden of Disease 2013 study. *The Lancet Global Health* 2015;3(11):712-23.
30. Rural and Regional Health and Aged Care Services Division, Public Health Group. Victorian Burden of Disease Study: mortality and morbidity in 2001. Melbourne: Victorian Government Department of Human Services; 2005.
31. Shavelle RM, Strauss DJ, Pickett J. Causes of death in autism. *J Autism Dev Disord* 2001;31:569-76.
32. Dalsgaard S, Ostergaard SD, Leckman JF, Mortensen PB, Pedersen MG. Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *Lancet* 2015;385(9983):2190-6.
33. Shavelle RM, Sweeney LH, Brooks JC. Comparative mortality of persons with intellectual disability in California: an update (2000-2010). *Journal of Insurance Medicine* 2014;44(3):158-63.
34. Tarbox J, Dixon DR, Sturmey P, Matson JL. Handbook of early intervention for autism spectrum disorders: research, policy, and practice. Louisiana: Springer Science Business Media; 2014.
35. Rohde LA, Greve EH, Bau CH. Persistence and remission of ADHD during adulthood: a 7-year clinical follow-up study. *Psychological Medicine* 2015;45(10):2045-56.
36. Taylor B, Jick H, Maclaughlin D. Prevalence and incidence rates of autism in the UK: time trend from 2004-2010 in children aged 8 years. *BMJ Open* 2013;3(10):e003219.
37. Stuhel M, Svab V, Locatelli I. Prevalence and incidence of attention-deficit/hyperactivity disorder in Slovenian children and adolescents: a database study from a national perspective. *Croatian Medical Journal* 2015;56:159-65.
38. Statista Research Development. DALYs relative to idiopathic developmental intellectual disability across Indian states in 2017 [Internet]. [cited 2015 Dec 27]. Available from: <https://www.statista.com/statistics/1126908/india-idiopathic-developmental-intellectual-disability-dalys-by-state-and-sdi/>
39. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. ภาวะโรค: ปีสุขภาวะที่สูญเสียและอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาวะของประชากรไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2559;25:342-50.

Years Lived with Disability from Three Major Adolescent Psychiatric Disorders in Thailand

Wiranpat Kittitharaphan¹, Pimrapat Wattanasuksa², Krittikorn Wangtrakul³, Nuntiya Jeerasup⁴, Prasert Chutha⁵, Kusumavadee Kamkliang⁶, Apicha Ruethathip⁶

¹ Yuwaprasartwithayopatum Hospital, Samutprakarn Province

² Northeastern Institute of Child and Adolescent Mental Health, Khon Kaen Province

³ Southern Institute of Child and Adolescent Mental Health, Khon Kaen Province

⁴ Prasimahabodi Psychiatric Hospital, Ubon Ratchathani Province

⁵ Rajanukul Institute, Bangkok

⁶ Bureau of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health, Ministry of Public Health

Abstract

This research aimed to estimate year of life lost due to disability (YLDs) of child and adolescent psychiatric disorders: autism spectrum disorder, attention deficit disorder, intellectual disability in Thai population, 2016. This study was a narrative review of literatures related to autism spectrum disorder (ASD), attention deficit/hyperactive disorder (ADHD), intellectual deficiency (ID) criterion by ICD-10 and DSM-IV of population in 2014 by using GBD, 2000. Narrative review of literatures was done to find prevalence, Incidence, relative risk of mortality, life expectancy, case fatality, and remission. YLD was calculated by DiSMOD II program by using GBD disability weight. ASD generated 81,800 YLDs. ADHD generated 42,547 DALYs, and 72,556 YLDs by ID. Highest YLDs of ASD had occurred in aged 0-5 year, whereas, ADHD and ID had peak of YLDs in aged 5-14 year. All of them had decreased DALYs in aged 15-29 years. ASD and ADHD in male had YLDs much more than in female in all age groups. Conclusively, child and adolescent psychiatric disorders are significant conditions which causes high disabilities and burdens in Thai children by long duration. Early screening and intervention in preschool age should be considered in order to reduce the severity, disabilities and burden.

Keywords: autism spectrum disorder; attention deficit/hyperactive disorder; intellectual deficiency; prevalence; year of life lost due to disability; burden of disease

สภาวะพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มเด็กด้อยโอกาส: กรณียากจน (มากพิเศษ) ในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์

วิสเพ็ญ กิจธเนศ, ศันสนีย์ รัชชกุล, น้ำผึ้ง รัตนพิบูลย์

ศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่

บทคัดย่อ

พฤติกรรมสุขภาพเป็นการปฏิบัติตนของบุคคลในการใช้ชีวิตประจำวันที่ส่งผลต่อสุขภาพของตนเอง เกี่ยวข้องกับการบริโภค การนอน สุขอนามัย และความปลอดภัย ในการใช้ชีวิตในแต่ละบุคคลจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกัน ซึ่งการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มประชาชนทั่วไปและกลุ่มเด็กที่เรียนในโรงเรียนปกติ เมื่อคำนึงถึงความเสมอภาคทางด้านสุขภาพของกลุ่มเด็กด้อยโอกาส ที่ยังมีข้อมูลด้านสุขภาพไม่มากนัก จึงได้มีงานวิจัยครั้งนี้ขึ้น เพื่อสำรวจและทำความเข้าใจถึงพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มเด็กด้อยโอกาส ซึ่งหมายถึงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในการใช้ชีวิตประจำวัน ที่ส่งผลต่อสุขภาพของเด็ก ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมเกี่ยวกับความปลอดภัย และพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก แต่เนื่องด้วยเด็กด้อยโอกาสมียุ่มาถึถึง 3.5 ล้านคน กระจายอยู่ในที่ต่างๆ ทั่วประเทศ งานวิจัยนี้จึงเริ่มที่จะดำเนินงานในกลุ่มเด็กด้อยโอกาสที่เรียนอยู่ในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ ซึ่งเป็นโรงเรียนที่กระจายความเท่าเทียมในการศึกษาให้กับเด็กด้อยโอกาส ถึงแม้จะครอบคลุมเด็กได้เพียง 35,000 คน ทั่วประเทศ และงานวิจัยนี้เก็บข้อมูลเฉพาะกลุ่มเด็กยากจน (มากเป็นพิเศษ) ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 เท่านั้น ผลการวิจัยพบว่า เด็กนักเรียนกว่าร้อยละ 86 เป็นนักเรียนประจำ มีนักเรียนร้อยละ 84 ที่ได้กินอาหารเช้าทุกวัน ร้อยละ 86 ได้กินอาหารกลางวันทุกวัน และร้อยละ 74 ได้กินอาหารเย็นทุกวัน นักเรียนร้อยละ 85.2 กินผัก ร้อยละ 72 กินผลไม้ ร้อยละ 97 กินเนื้อสัตว์ ร้อยละ 71 กินไข่ ร้อยละ 58 ได้ดื่มนมที่บ้าน ร้อยละ 9.6 ได้ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก นักเรียนร้อยละ 47.2 ดื่มน้ำอัดลม ขณะที่นักเรียนร้อยละ 88 ที่กินขนมกรุบกรอบ นักเรียนร้อยละ 57.6 ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วันขึ้นไป ร้อยละ 49.6 แยกขยะ ร้อยละ 48 ว่ายน้ำเป็น เพียงร้อยละ 13.6 ใส่หมวกกันน็อกทุกครั้งที่ยี่หรือซ้อนจักรยานยนต์ ร้อยละ 58.4 แปรงฟันก่อนนอนทุกวัน ร้อยละ 35.2 ได้รับบริการทันตกรรมในภาคการศึกษาที่ผ่านมา เมื่อนำผลที่ได้เทียบกับเด็กในโรงเรียนปกติ พบว่า ร้อยละพฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่ของนักเรียนโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ดีกว่าเด็กในโรงเรียนปกติ แสดงถึงคุณภาพของโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ที่ให้โอกาสทางสุขภาพแก่เด็กด้อยโอกาสเหล่านี้ ข้อเสนอแนะคือ โรงเรียนควรมีการสร้างตระหนักให้กับนักเรียนให้เห็นความสำคัญของการกินอาหารครบ 3 มื้อ โดยเฉพาะมื้อเช้าที่เป็นมื้อสำคัญที่สุดของวัน ส่วนการทำวิจัยต่อไปในอนาคตควรมีการศึกษาในเด็กด้อยโอกาสในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ เฉพาะกลุ่มเด็กไป-กลับ

คำสำคัญ: เด็กด้อยโอกาส; เด็กยากจน; พฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ

วันรับ: 25 เม.ย. 2566

วันแก้ไข: 24 พ.ค. 2566

วันตอบรับ: 28 พ.ค. 2566

บทนำ

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี⁽¹⁾ ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทรัพยากรทางมนุษย์และความเท่าเทียมทางสังคมที่มีผลต่อการพัฒนาประเทศ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายของการลดความเหลื่อมล้ำและการพัฒนาประเทศ แต่สภาพสังคมปัจจุบันที่ได้รับผลกระทบจากความเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นได้สร้างความเหลื่อมล้ำ และความแตกต่างทางสังคม ส่งผลให้เยาวชนบางส่วนไม่สามารถเข้าถึงโอกาสในการยกระดับคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ เช่น ด้านบริการของรัฐที่มีคุณภาพ ด้านการศึกษาขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพเท่าเทียมกับผู้อื่น และถูกทำให้เป็น “เด็กด้อยโอกาส”⁽²⁾

อีกทั้งการปฏิรูประบบเสริมสร้างความรอบรู้และจิตสำนึกทางสุขภาพ เพื่อให้คนไทยมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพที่ดีได้ด้วยตนเอง พร้อมกับการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ กำหนดรูปแบบที่นำไปสู่การมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพที่ดีได้ด้วยตนเอง พร้อมทั้งสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี และมีทักษะด้านสุขภาพที่เหมาะสม จากผลการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของเด็กวัยเรียน

ปี พ.ศ. 2562⁽³⁾ พบว่า เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ทันทสุขภาพ การบริโภคอาหาร และกิจกรรมทางกายมีเพียงร้อยละ 0.1 โดยมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านทันทสุขภาพร้อยละ 21.7 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านกิจกรรมทางกายเท่ากับร้อยละ 12.3 และด้านการบริโภคอาหาร ร้อยละ 6.1 โดยมีพฤติกรรมมารกินอาหารครบ 3 มื้อ ร้อยละ 53.3 นอกจากนี้พบว่า มีการเติมเครื่องปรุงรสก่อนกินอาหาร ร้อยละ 71.3 โดยประมาณครึ่งหนึ่งปรุงด้วยน้ำตาล (ร้อยละ 50.4) และน้ำปลา (ร้อยละ 47.2)

ซึ่งข้อมูลผลการสำรวจดังกล่าวเป็นเพียงข้อมูลของเด็กในโรงเรียนปกติ ซึ่งไม่ได้รวมถึงจำนวนเด็กด้อยโอกาส และจากข้อมูลในปี พ.ศ. 2562 (ค.ศ. 2019) พบว่ามีเด็กด้อยโอกาสจำนวนถึง 3.7 ล้านคน⁽⁴⁾ ซึ่งที่พบมากที่สุดเป็นเด็กที่มีสาเหตุมาจากความยากจน จำนวนถึงร้อยละ 95 และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลมาจาก

ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ และเนื่องมาจากนโยบายด้านการจัดสวัสดิการและด้านสังคมที่ยังไม่สามารถทำให้ประชากรบางส่วนได้รับความช่วยเหลือจากรัฐได้อย่างเต็มที่ พร้อมกับการพัฒนาตามกระแสของทุนนิยม เพื่อให้เกิดความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจแบบแข่งขันเสรี⁽⁵⁾

โรงเรียนการศึกษาสงเคราะห์ เป็นหน่วยงานภายใต้ความรับผิดชอบของสำนักงานการศึกษาพิเศษ มีหน้าที่จัดการศึกษาขั้นพื้นฐานให้กับเด็กด้อยโอกาส ซึ่งมีจำนวน 52 โรงเรียนใน 43 จังหวัด ซึ่งในปีการศึกษา พ.ศ. 2563 มีนักเรียนด้อยโอกาสเข้าถึงบริการทางการศึกษาของโรงเรียนการศึกษาสงเคราะห์ รวม 34,646 คน แยกเป็น (1) เด็กยากจน (มากเป็นพิเศษ) จำนวน 27,324 คน (2) เด็กที่มีปัญหาเกี่ยวกับสารเสพติด จำนวน 69 คน (3) เด็กที่ถูกทอดทิ้ง จำนวน 1,356 คน (4) เด็กที่ถูกทำร้ายอย่างทารุณ จำนวน 22 คน (5) เด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์หรือโรคติดต่อร้ายแรงที่สังคมรังเกียจ จำนวน 18 คน (6) เด็กชนกลุ่มน้อย จำนวน 1,613 คน (7) เด็กเร่ร่อน จำนวน 20 คน (8) เด็กถูกบังคับให้ขายแรงงานหรือแรงงานเด็ก จำนวน 1 คน (9) เด็กที่อยู่ในธุรกิจบริการทางเพศหรือโสเภณีเด็ก จำนวน 8 คน (10) เด็กในสถานพินิจ จำนวน 140 คน และ (11) เด็กพิการเรียนรวม จำนวน 4,075 คน⁽⁶⁾ จะเห็นว่า กลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มเด็กยากจน (มากเป็นพิเศษ) โรงเรียนการศึกษาสงเคราะห์นับว่าเป็นสถานที่ที่ทำให้สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวได้อย่างสะดวก และสามารถสะท้อนชีวิตความเป็นอยู่ของกลุ่มด้อยโอกาสได้

จากการศึกษาในกลุ่มยากจนในประเทศญี่ปุ่น⁽⁷⁾ พบว่า ความยากจนมีผลกระทบทางด้านสุขภาพ คือ มีเด็กยากจนจำนวนไม่น้อยที่ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านโภชนาการในเด็กกลุ่มที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้น้อย และพบว่าเด็กในกลุ่มนี้ไม่น้อยที่มาโรงเรียนโดยไม่ได้รับประทานอาหารเช้า หรือมีเด็กที่นำอาหารกลางวันของโรงเรียนกลับไปเป็นอาหารมื้อเย็น ส่งผลให้มีเด็กที่ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอและมีปัญหาด้านสุขภาพมากเมื่อเทียบกับเด็กปกติทั่วไปในวัยเดียวกัน

การกำหนดรูปแบบที่จะนำไปสู่การมีศักยภาพในการจัดสุขภาพที่ดีด้วยตนเองของเด็กกลุ่มด้อยโอกาสจำเป็น

ต้องมีข้อมูลพื้นฐาน เพื่อการนำไปสู่การตัดสินใจและการวางแผนที่เหมาะสมเกี่ยวกับการส่งเสริมด้านสุขภาพที่สำคัญ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสภาวะพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มเด็กด้อยโอกาส โดยเริ่มจากกลุ่มเด็กยากจน (มากเป็นพิเศษ) ในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์สำหรับพฤติกรรมที่ให้ความสนใจในการศึกษาในครั้งนี้เป็นพฤติกรรมสุขภาพชุดเดียวกับที่เคยศึกษาในเด็กช่วงชั้นเดียวกันในโรงเรียนปกติ⁽³⁾ โดยหวังว่าข้อมูลที่ได้จะได้นำมาออกแบบระบบจัดการเรื่องสุขภาพสำหรับเด็กด้อยโอกาสโดยเฉพาะกลุ่มเด็กยากจน (มากเป็นพิเศษ) ในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ และสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของเด็กกลุ่มนี้ในสังคมปัจจุบันได้

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาโดยใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) แบบตัดขวาง (cross-sectional study) เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง โดยบุคลากรจากโรงพยาบาลชุมชนที่เข้าร่วมวิจัยและผ่านการปรับมาตรฐานแล้ว เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม electronic ชุดเดียวกับการศึกษาเรื่องเดียวกันในกลุ่มเด็กปกติเพื่อให้สามารถนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกันได้

ขอบเขตการดำเนินงาน: ศึกษาในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ทั่วประเทศ ในกลุ่มเด็กด้อยโอกาส เฉพาะเด็กยากจน (มากเป็นพิเศษ)

ประชากรศึกษา: เด็กยากจน (มากเป็นพิเศษ) ชั้นประถมศึกษา (ป.4, ป.5 และ ป.6) ในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ 52 แห่งทั่วประเทศ จำนวน 3,721 คน (ศึกษาเฉพาะชั้นประถมศึกษาเนื่องจากศึกษาในโรงเรียนมาหลายปี เข้าใจสภาวะในโรงเรียนและของตนเอง ทั้งที่บ้านและที่โรงเรียนได้เป็นอย่างดี)

คำนิยาม: 1. เด็กด้อยโอกาส หมายถึง ผู้ยากไร้ หรือ ผู้ที่อยู่ในสภาวะยากลำบาก มีชีวิตความเป็นอยู่ต่ำกว่าเด็กปกติทั่วไป เนื่องจากประสบปัญหาต่างๆ จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือเป็นกรณีพิเศษ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และพึ่งพาตนเองได้

2. เด็กยากจน (มากเป็นพิเศษ) หมายถึง เด็กซึ่งเป็นบุตรหลานของคนยากจนที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการ

เลี้ยงชีพ ครอบครัวอยู่ร่วมกันหลายคน ขาดแคลนปัจจัยพื้นฐาน มีชีวิตอยู่อย่างลำบาก รวมถึงเด็กในแหล่งชุมชนแออัดหรือบุตรของกรรมกรก่อสร้างหรือเด็กจากครอบครัวที่อยู่ถิ่นทุรกันดารห่างไกล ขาดโอกาสที่จะได้รับการศึกษาและบริการอื่นๆ

3. พฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, พฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคล, กิจกรรมทางกาย, พฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย และพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก

กลุ่มตัวอย่าง: เด็กยากจน (มากเป็นพิเศษ) ชั้น ป.4, ป.5 และ ป.6 ในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 20 โรงเรียน เก็บข้อมูลตามจำนวน และกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีให้ความยินยอมและความร่วมมือในการตอบ หากโรงเรียนใดไม่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจะเลือกโรงเรียนใกล้เคียงเป็นกลุ่มตัวอย่างแทน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง: โดยใช้ สูตร sample size determination ดังนี้

$$n = \frac{z^2 a^2 / 2P(1-P)}{d^2}$$

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.2 \times (1-0.2)}{0.05^2}$$

$$n = 246 \text{ คน}$$

Za/2 = ความเชื่อมั่นที่กำหนด (1.96)
d = Precision (0.05)
P = สัดส่วน, อัตรา เช่น ความชุก ร้อย (0.2)
(จากการวิจัยในกลุ่มเด็กประถมศึกษาพบว่าเด็ก ป.4-ป.6 ที่ไม่ดื่มน้ำอัดลมเท่ากับร้อยละ 20)

เก็บข้อมูลตัวอย่างทั้งหมด เท่ากับ 250 คน โดยสุ่มตัวอย่างโรงเรียน จำนวน 20 โรงเรียน โดยวิธี probability proportional to size และคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงเรียนตามสัดส่วนของนักเรียนชั้น ป.4-ป.6 แล้วจึงคำนวณหาตัวอย่างนักเรียนในแต่ละชั้นในแต่ละโรงเรียนตามสัดส่วนของนักเรียนในแต่ละชั้นปี

การสุ่มนักเรียนตัวอย่าง เมื่อผู้เก็บข้อมูลไปถึงโรงเรียนขอเอกสารรายชื่อนักเรียนประเภทยากจน (เป็นพิเศษ) แล้วสุ่มหานักเรียนที่เป็นตัวอย่างแต่ละชั้นปี ด้วยวิธีการ simple random sampling ตามจำนวนที่ได้คำนวณไว้ (ใช้วิธีการจับสลากชื่อเด็ก) ในกรณีที่เด็กที่ตกเป็นตัวอย่างไม่สามารถให้สัมภาษณ์ได้ ให้เลือกนักเรียนตัวอย่างในหมายเลขถัดลงมาตามเอกสารรายชื่อขึ้นมาแทน ถ้านักเรียนกลุ่มตัวอย่างที่เลือกมาใหม่นี้ไม่สามารถให้สัมภาษณ์ได้อีก ให้เลือกนักเรียนในหมายเลขที่อยู่ถัดขึ้นไปตามเอกสารรายชื่อขึ้นมาแทน

เครื่องมือที่ใช้: ใช้แบบสัมภาษณ์ในการเก็บข้อมูล ซึ่งเป็นชุดเดียวกับจากโครงการวิจัยการประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคในโรงเรียน⁽³⁾ ซึ่งแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการทดสอบ ใช้จริง และผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

การเก็บข้อมูล: เก็บตัวอย่างโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนที่รับผิดชอบดูแลในเขตพื้นที่ของโรงเรียนและยินดีเข้าร่วมวิจัยจำนวน 20 แห่ง มีการกำหนดคุณสมบัติของผู้เก็บว่าควรเป็นทันตแพทย์ หรือเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข หรือนักวิชาการสาธารณสุข ผู้เก็บข้อมูลต้องเข้าร่วมประชุมชี้แจงกระบวนการเก็บข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เที่ยงตรง และทำการสัมภาษณ์กรอกข้อมูลลงในรูปแบบ Google form ผ่านอุปกรณ์ของผู้เก็บข้อมูล ซึ่งอาจเป็น smart phone, tablet หรือ notebook ที่สามารถเชื่อมต่อสัญญาณ internet ซึ่งการเก็บข้อมูลจะเป็นการสัมภาษณ์รายบุคคล ซึ่งให้นักเรียนที่เป็นตัวอย่างนั่งตอบคำถามกับผู้สัมภาษณ์ โดยผู้สัมภาษณ์จะเป็นคนกรอกข้อมูลลงในแบบฟอร์มตามคำตอบที่ได้ ซึ่งสถานที่จะเป็นห้องหรืออาคารตามแต่โรงเรียนจัดให้และออกห่างจากนักเรียนคนอื่นพอสมควรเพื่อป้องกันความลังเลในการตอบและให้คุณครูเข้าสังเกตการณ์ได้

ผู้เก็บข้อมูลต้องชี้แจงและขอความยินยอมจากผู้ปกครองและเด็กตามหลักจริยธรรมการวิจัย กรณีที่เป็น

เด็กประจำจะให้ครูเป็นผู้ปกครองได้ โดยมอบเอกสารแก่ผู้ปกครองอ่านทำความเข้าใจ 1-2 วัน นักเรียนที่เป็นตัวอย่างจะมีการแจกเอกสารขอความยินยอมที่ให้ข้อมูลโดยละเอียด และอ่านให้นักเรียนฟังพร้อมกัน เมื่ออ่านให้ฟังจบจะให้เวลานักเรียนคิดทบทวน และถามคำถามจนแน่ใจ ก่อนลงนามเป็นตัวอย่างของการทำวิจัยนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล: โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ mean ร้อยละ range

ผลการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง 250 คน เป็นหญิง ร้อยละ 54.4 ชาย ร้อยละ 45.6 อยู่ชั้น ป.4 ร้อยละ 33.6 ป.5 ร้อยละ 32.8 และ ป.6 ร้อยละ 33.6 เป็นนักเรียนประจำ ร้อยละ 86.8 ดังตารางที่ 1

พฤติกรรมการบริโภคอาหารมื้อหลักทุกวัน พบว่า กินอาหารมื้อเช้าทุกวัน ร้อยละ 84 กินอาหารมือกกลางวันทุกวัน ร้อยละ 86 กินอาหารมื้อเย็นทุกวัน ร้อยละ 74 โดยมีเด็กกินอาหารระหว่างมื้อทุกวัน ร้อยละ 21.6 กินผัก ร้อยละ 85.2 ส่วนใหญ่กินมากกว่า 4 ช้อนกินข้าว กินเนื้อสัตว์ ร้อยละ 97.6 ส่วนใหญ่กินมากกว่า 4 ช้อนกินข้าว ส่วนการกินผลไม้ส่วนใหญ่กินถ้าทางโรงเรียนจัดให้ ร้อยละ 52.8 ต้มนม (นอกเหนือจากที่โรงเรียนจัดให้) ร้อยละ 58.4 ส่วนการกินขนมกรุบกรอบ มีถึงร้อยละ 88 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ลักษณะสำคัญของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
หญิง	136	54.4
ชาย	114	45.6
เป็นนักเรียนประจำ	217	86.8
เป็นนักเรียนไป-กลับ	33	13.2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมการบริโภค	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กินอาหารเช้าทุกวัน	210	84.0
กินอาหารมื้อกลางวันทุกวัน	215	86.0
กินอาหารมื้อเย็นทุกวัน	185	74.0
กินอาหารระหว่างมื้อทุกวัน	54	21.6
กินผัก	213	85.2
กินเนื้อสัตว์	244	97.6
กินผลไม้	180	72.0
กินไข่	179	71.6
ดื่มนม (นอกเหนือจากที่โรงเรียนจัดให้)	146	58.4
ดื่มน้ำอัดลม	118	47.2
ดื่มน้ำหวาน	176	70.4
กินลูกอม	138	55.2
กินขนมกรุบกรอบ	220	88.0

นักเรียนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.6) ออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 3-5 วัน ร้อยละ 49.6 แยกขยะ ร้อยละ 40 ว่ายน้ำเป็นเพียงร้อยละ 48 สวมหมวกนิรภัยทุกครั้งที่ใช้ หรือซ้อนจักรยานยนต์ ส่วนพฤติกรรมการแปรงฟันที่เหมาะสม ร้อยละ 72 แปรงฟันก่อนนอนแล้วเข้านอนทันที ร้อยละ 59 การแปรงฟันนานตั้งแต่ 2 นาทีขึ้นไป ดออาหาร หลังแปรงฟันตั้งแต่ 2 ชั่วโมงขึ้นไป ร้อยละ 40 ช่วงเวลา การแปรงฟันที่มีร้อยละน้อยที่สุด คือช่วงตอนกลางวัน เพียงร้อยละ 20 ดังตารางที่ 3

วิจารณ์

นักเรียนโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ ส่วนใหญ่จะเป็น นักเรียนประจำ ซึ่งตรงกับข้อมูลของสำนักการศึกษาพิเศษ

ดังนั้นข้อมูลที่ปรากฏในการวิจัยสามารถสะท้อนให้เห็น การดำเนินการของโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ในเรื่องของ สุขภาพอนามัยทางร่างกาย ตลอดจนถึงแวดล้อมของ โรงเรียน และพบว่านักเรียนที่กินขนมกรุบกรอบสูงถึง ร้อยละ 88 แม้ว่าขนมกรุบกรอบจะเป็นสิ่งที่หา ซื้อง่ายได้ในโรงเรียน ซึ่งนักเรียนอาจได้จากการพกพา มาจากบ้าน เพราะขนมพวกนี้สามารถพกพาและ เก็บไว้ได้นาน หรืออาจเป็นไปได้ว่ามีคนนำมาบริจาค ให้แก่เด็ก ซึ่งควรมีการศึกษาต่อถึงที่มาของขนมเหล่านี้ ในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์

จากการที่งานวิจัยนี้ใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ชุดเดียวกับที่ใช้ในนักเรียนในโรงเรียนทั่วไปในกลุ่ม อายุเดียวกันข้อมูลจึงสามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 กิจกรรมทางกาย พฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย และพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก
ของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง

หัวข้อ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ทำกิจกรรมทางกาย	185	74.0
น้อยกว่า 3 วัน/สัปดาห์	54	21.6
3-5 วัน/สัปดาห์	213	85.2
6-7 วัน/สัปดาห์	244	97.6
คัดแยกขยะก่อนทิ้งทุกครั้ง	180	72.0
เคยขับขี/ชอนถ่ายจากรยานยนต์โดยสวมหมวกนิรภัยทุกครั้ง	179	71.6
ว่ายน้ำเป็น	146	58.4
แปรงฟันก่อนนอนแล้วเข้านอนทันที	118	47.2
การแปรงฟันนานตั้งแต่ 2 นาที ขึ้นไป	176	70.4
งดอาหารหลังแปรงฟันตั้งแต่ 2 ชั่วโมง ขึ้นไป	138	55.2
ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์	220	88.0
ได้รับบริการทันตกรรมในภาคการศึกษาที่ผ่านมา	146	58.4
ตอนเช้าทุกวัน	118	47.2
ตอนกลางวันทุกวัน	176	70.4
ก่อนนอนทุกวัน	138	55.2

ตารางที่ 4 นักเรียนในโรงเรียนปกติเปรียบเทียบกับโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์เด็กยากจน (มากเป็นพิเศษ)

หัวข้อ	โรงเรียนปกติ	โรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ ยากจน (มากเป็นพิเศษ)
กินอาหารมื้อเช้าทุกวัน	60.8	84*
กินผลไม้	67.8	72.0
กินเนื้อสัตว์	91.3	97.6
กินผัก	75.6	85.2
กินไข่	67.4	71.6

ตารางที่ 4 นักเรียนในโรงเรียนปกติเปรียบเทียบกับโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์เด็กยากจน (มากเป็นพิเศษ)

หัวข้อ	โรงเรียนปกติ	โรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ยากจน (มากเป็นพิเศษ)
ตื่นนอน (นอกเหนือจากที่โรงเรียนจัดให้)	70.6	58.4
พฤติกรรมแปรงฟันเช้าทุกวัน	86.1	83.2
พฤติกรรมแปรงฟันกลางวันทุกวัน	27.3	20.0
พฤติกรรมแปรงฟันก่อนนอนทุกวัน	54.8	79.6
แปรงฟันนานตั้งแต่ 2 นาที ขึ้นไป	22.3	59.2
ทำกิจกรรมทางกาย	90.7	73.6
ทิ้งขยะลงถังขยะทุกครั้ง	83.5	88.0
คัดแยกขยะก่อนทิ้งทุกครั้ง	36.6	49.6
เคยขับขี/ช้อนถ่ายจากรยานยนต์โดยสวมหมวกนิรภัยทุกครั้ง	10.6	30.1
สามารถว่ายน้ำเป็น	50.6	48.0

ที่มา: ข้อมูลโรงเรียนปกติจากข้อมูลพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในเด็ก ป.4 และเด็กอายุ 12 ปี (ปี พ.ศ. 2562) กลุ่มวัยเรียน กรมอนามัย⁽³⁾

ซึ่งจากผลการศึกษาจะเห็นว่านักเรียนกลุ่มเด็กด้อยโอกาส: กรณียากจน (มากพิเศษ) ในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ ส่วนใหญ่มีร้อยละของพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมดีกว่านักเรียนในโรงเรียนปกติ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องอนามัยส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร สำนึกสิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย ตลอดจนสุขภาพช่องปากจะเป็นได้ว่าเด็กด้อยโอกาสเมื่อได้เข้ามาเรียนหนังสือในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์จะมีโอกาสในเรื่องสุขภาพอนามัยทางร่างกาย เนื่องด้วยระเบียบวินัยต่างๆ ของโรงเรียน ตลอดจนสภาพแวดล้อมของทางโรงเรียนที่เอื้อต่อการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีให้เด็กได้ เนื่องด้วยเด็กบางคนเป็นนักเรียนประจำอยู่ที่โรงเรียน โรงเรียนจึงเป็นกรอบในการกำหนดทิศทางพฤติกรรมเด็กให้มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านสุขภาพได้ อาจมีร้อยละของพฤติกรรมบางอย่างที่นักเรียนกลุ่มเด็กด้อยโอกาส: กรณียากจน (มากพิเศษ) ในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ยังมี

น้อยกว่าในกลุ่มนักเรียนโรงเรียนปกติ ได้แก่ การตื่นนอนที่บ้าน การได้แปรงฟันหลังอาหารกลางวัน การได้มีโอกาสทำกิจกรรมทางกาย และการว่ายน้ำเป็น ซึ่งในเรื่องของการตื่นนอนที่บ้านที่นักเรียนโรงเรียนปกติมีโอกาสจัดทำได้ด้วยเศรษฐกิจรายได้ครอบครัวที่ดีกว่า แต่สำหรับนักเรียนกลุ่มเด็กด้อยโอกาส: กรณียากจน (มากพิเศษ) ในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์จะได้รับเป็นนมดื่มฟรีจากทางโรงเรียนเท่านั้น สำหรับนักเรียนที่ไม่เคยแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน จากเหตุผลที่ผู้ให้สัมภาษณ์ได้ให้ไว้เนื่องจากแปรงสีฟันมีเพียง 1 อันและอยู่ที่ห้องนอนและไม่สะดวกไปเอามาแปรงฟันตอนกลางวัน

ข้อเสนอแนะ

- 1) โรงเรียนควรมีการสร้างตระหนักรู้ให้นักเรียนให้เห็นความสำคัญของการกินอาหารครบ 3 มื้อ โดยเฉพาะมื้อเช้าที่เป็นมื้อสำคัญที่สุดของวัน และจัดหาอาหารเช้าให้เด็กทุกคนทั้งประจำและไป-กลับ

2) โรงเรียนควรขอความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้เด็กได้รับการตรวจฟันปีละ 1 ครั้ง และมีการประสานงานเพื่อส่งต่อเด็กในการรับบริการ ทางทันตกรรม

3) ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาในเด็ก ด้อยโอกาสในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ เฉพาะกลุ่มเด็ก ไป-กลับ ซึ่งจะทำให้เข้าใจสภาพความเป็นอยู่ที่บ้านของ กลุ่มเด็กด้อยโอกาสได้ชัดเจนขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานศึกษาฉบับนี้ผู้ศึกษาทำขึ้นด้วยความมานะ พยายาม และสำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดี เพราะได้รับความกรุณา เป็นอย่างสูงจากทันตแพทย์ ดร.แมนสรวง วงศ์อภัย ผู้อำนวยการศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ ที่ได้กรุณาให้การสนับสนุนในการดำเนินการศึกษา ตั้งแต่ต้นตลอดจนเสร็จสมบูรณ์ และสำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เครือข่ายเด็กไทย ไม่กินหวาน) ที่ได้สนับสนุนทุนอุดหนุนในการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้ที่เป็นเจ้าของแนวคิด และทฤษฎีต่างๆ ของวิทยานิพนธ์ งานวิจัย วารสาร และบทความ ที่ผู้ศึกษา นำมาอ้างอิงในการทำการศึกษาไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. กองนโยบายและแผนงาน มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์. ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561 – 2580 ฉบับประกาศราชกิจจานุเบกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 17 ก.พ. 2565]. แหล่งข้อมูล: <http://plan.bru.ac.th/%E0%B8%A2%E0%B8%B8%E0%B8%97%E0%B8%98%E0%B8%A8%E0%B8%B2%E0%B8%AA%E0%B8%95%E0%B8%A3%E0%B9%8C%E0%B8%8A%E0%B8%B2%E0%B8%95%E0%B8%B4-20-%E0%B8%9B%E0%B8%B5-%E0%B8%9E-%E0%B8%A8-2561-2580/>
2. สุทธิศักดิ์ เพ็ชรผึ้ง, ภาณุวัฒน์ ภัทติวงศ์. การวิเคราะห์สภาพเด็กด้อยโอกาสในเขตพื้นที่ภาคเหนือตอนล่าง. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 17 ก.พ. 2565];8(5):1899-910. แหล่งข้อมูล: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/journal-peace/article/view/240779>
3. ปณิตดา จันทอง, อัญชุลี อ่อนศรี, เนติ ภูประสม. รายงานการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของเด็กวัยเรียน ปี 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 17 ก.พ. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://hp.anamai.moph.go.th/th/ewt-news-php-nid-1532/download/?did=193576&id=43939&reload=>
4. OBEC. Educational statistics - Information Group Office of Basic Education Policy and Planning [Internet]. 2019 [cited 2021 Feb 19]. Available from: <https://data.bopp-obec.info/emis/index.php>
5. สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ. แผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 17 ก.พ. 2565]. แหล่งข้อมูล: <http://special.obec.go.th/HV3/page.php>
6. สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ. มาตรฐานนักเรียนประจำ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 17 ก.พ. 2565]. แหล่งข้อมูล: <http://special.obec.go.th/HV3/page.php>
7. พรทิพย์ วาคาบายาซี. ปัญหาเด็กยากจนในญี่ปุ่น. jsn Journal [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [สืบค้นเมื่อ 17 ก.พ. 2565];4(1):6-22. แหล่งข้อมูล: <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/jsn/article/view/42417>

Essential Health Behavior Situation of the Disadvantaged Children: the Case of Poor Children (Plus) in Suksa Songkhro Schools

Wisapen Kittaned, Sunsanee Rajchagool, Numpueng Rattanapiboon

Intercountry Centre for Oral Health, Department of Health, Chiang Mai Province

Abstract

Essential Health behavior is a person's behavior in daily life that affects health related to consumption, sleep, hygiene and safety in life, which each person has different practices. Most studies on health behaviors are in the general population and children attending regular schools, and when considering health equity among underprivileged children who do not much data. The aims are to understand the important health behaviors of the group which are: food consumption, personal hygiene, physical activities, safety concern and oral health. There are 3.5 million underprivileged children living in the communities all over the country which is resources consuming to carry out the field survey. So, we begin with a study in Suksa Songkhro Schools (Welfare school), schools for underprivileged children which locate in 43 provinces all over the country. it can cover only 35,000 children across the country and the target of this research is poor children (plus) in grades 4-6 only. The results showed that 86% of the students were boarding students. 84% of students had breakfast every day, 86% had lunch daily and 74% had dinner daily. 85.2% of students ate vegetables, 72% ate fruit, 97% ate meat, 71% ate eggs, 58% drank milk at home, and 9.6% received iron supplements. 47.2% of students drank soft drinks, 88% of the students ate crispy snacks. 57.6% of students exercised more than 3 days a week, 49.6% separated garbage, 48% could swim, only 13.6% wore helmets every time they rode or sat on the back of motorcycles, 58.4% brushed their teeth before going to bed every day. 35.2% received dental services in the previous semester. When compared the results with those in regular school, it was found that most of the students' health behaviors in welfare schools were better than those in regular schools, indicating the quality of welfare schools in providing health opportunities for these underprivileged children. It was recommended that welfare schools should instill in students the awareness of the importance of eating three meals a day, especially breakfast, which is the most important meal of the day. As for further research, it should study in non-boarders in welfare schools.

Keywords: underprivileged children; poor children (plus); essential health behavior

การศึกษาปริมาณโซเดียมจากการบริโภคอาหารของคนไทย ปี พ.ศ. 2556-2558

นางนุช จินดารัตนาภรณ์

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การบริโภคโซเดียมในปริมาณสูงเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปริมาณโซเดียมจากการบริโภคอาหารของคนไทยและเปรียบเทียบกับเกณฑ์ข้อเสนอแนะปริมาณการบริโภคโซเดียมต่อวันขององค์การอนามัยโลกและมาตรฐานการบริโภคโซเดียมต่อวันของกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้ข้อมูลการบริโภคอาหารของคนไทยระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558 และฐานข้อมูลออนไลน์ Thai Food Composition Tables (FCTs) พ.ศ. 2558 ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์คือ ปริมาณการบริโภคอาหารของคนไทยต่อคนต่อวันและปริมาณโซเดียมในอาหารแต่ละประเภท ต่อ 100 กรัม โดยนำมาคำนวณค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคโซเดียมจากการบริโภคอาหารต่อคนต่อวัน และเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของปริมาณการบริโภคโซเดียมต่อวันขององค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณบริโภคโซเดียมของคนไทยมาจากเครื่องปรุงรส (0.30 กรัม) รองลงมาคือ บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป (0.10 กรัม) และลูกชิ้นหมู (0.06 กรัม) ในการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ถึงแม้คนไทยมีปริมาณการบริโภคโซเดียมไม่เกินเกณฑ์กำหนดขององค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุข แต่อาหารดังกล่าวเป็นที่นิยมบริโภคของคนไทย ทำให้คนไทยมีโอกาสได้รับปริมาณโซเดียมสูง ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรออกมาตรการการส่งเสริมสุขภาพและการบริโภคอาหารแบบจืด การเก็บภาษีโซเดียม และการปรับสูตรอาหาร เพื่อลดปริมาณการบริโภคโซเดียมของคนไทยในอาหารเหล่านี้

คำสำคัญ: การบริโภค; ปริมาณโซเดียม; คนไทย

วันรับ: 1 พ.ค. 2566

วันแก้ไข: 27 พ.ค. 2566

วันตอบรับ: 31 พ.ค. 2566

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่งผลให้มีผู้เสียชีวิต 41 ล้านคนต่อปี โดยสาเหตุของการเสียชีวิตมาจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุด (17.9 ล้านคน) รองลงมาคือ โรคมะเร็ง (9.3 ล้านคน) โรคระบบทางเดินหายใจ (4.1 ล้านคน) และโรคเบาหวาน (1.5 ล้านคน)⁽¹⁾ ในประเทศไทย ร้อยละ 75 ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทำให้เกิดการเสียชีวิต โดยโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงสุด⁽²⁾ นอกจากนี้การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจซึ่งก่อให้เกิดการสูญเสียผลิตภาพหลายประเภท ทั้งการ

เสียชีวิตก่อนวัยอันควร การขาดงาน การขาดประสิทธิภาพการทำงาน ความพิการ การสูญเสียโอกาสในการถูกจ้างงานเนื่องจากการเจ็บป่วย และภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีมูลค่า 198,512 ล้านบาท ต่อปี จำแนกเป็นจากโรคหัวใจและหลอดเลือด 78,976 ล้านบาท และโรคเบาหวาน 24,489 ล้านบาท รวมมูลค่าความสูญเสียทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 2.2 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ⁽³⁾

ในบรรดาปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมทั้งหมด ปัจจัยด้านอาหารมีส่วนทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง⁽⁴⁾ โดยเฉพาะการบริโภคโซเดียมในปริมาณ

ที่สูงสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิต⁽⁵⁾ โรคหัวใจ และหลอดเลือด^(6,7) และโรคไตเรื้อรัง^(7,8) ข้อมูลการบริโภคโซเดียมทั่วโลกระบุว่า ร้อยละ 99.2 ของประชากรผู้ใหญ่ในโลกบริโภคโซเดียมเฉลี่ย 4 กรัมต่อวัน⁽⁹⁾ ซึ่งเกินคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก 2.0 กรัมต่อวัน⁽¹⁰⁾ ในขณะที่ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ปริมาณการบริโภคโซเดียมโดยรวมของผู้ใหญ่สูงมากกว่า 5 กรัมต่อวัน และประเทศไทยเป็นประเทศที่มีการบริโภคโซเดียมสูงสุดในภูมิภาคนี้⁽¹¹⁾ โดยในปี พ.ศ. 2558 ปริมาณการบริโภคโซเดียมเฉลี่ยของประชากรที่เป็นผู้ใหญ่ไทยเท่ากับ 4.2 กรัมต่อวัน⁽¹²⁾ และในปี พ.ศ. 2564 ลดลงเหลือ 3.6 กรัมต่อวัน⁽¹³⁾ อย่างไรก็ตาม ปริมาณการบริโภคโซเดียมของคนไทยยังเกินเกณฑ์ตามองค์การอนามัยโลกและกรมอนามัยแนะนำให้บริโภคเกือบสองเท่า^(14,15)

การทราบข้อมูลอาหารซึ่งเป็นแหล่งที่มาของโซเดียมและปริมาณการบริโภคโซเดียมช่วยให้ภาครัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถดำเนินมาตรการควบคุมปริมาณการบริโภคโซเดียมของคนไทยได้⁽¹⁶⁾ ที่ผ่านมามีการสำรวจปริมาณการบริโภคโซเดียมทั้งการสอบถามด้วยการบริโภคย้อนหลัง 24 ชั่วโมง⁽³⁾ การใช้วิธีการชั่งอาหารแบบ 3-day weighed inventory⁽¹⁷⁾ และการตรวจปัสสาวะเพื่อประเมินปริมาณโซเดียมในร่างกายของคนไทย⁽¹³⁾ แต่ข้อมูลการสำรวจดังกล่าวเป็นข้อมูลในช่วงปี พ.ศ. 2550-2552 ซึ่งเป็นข้อมูลที่นานเกินกว่า 10 ปี ในขณะที่การสำรวจข้อมูลการบริโภคอาหารรวมมีข้อมูลทั้งความถี่และและปริมาณการบริโภคอาหารของคนไทยในระดับประเทศ⁽¹⁸⁻²⁰⁾ แต่ไม่สามารถระบุปริมาณโซเดียมในอาหารที่บริโภคได้ และการศึกษาปริมาณของโซเดียมในอาหารเป็นการวิเคราะห์สารอาหารจากอาหารหรือฉลากอาหาร ซึ่งไม่ได้มาจากรายการบริโภคอาหารของคนไทยโดยตรง^(15,21-23)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปริมาณโซเดียมจากการบริโภคอาหารของคนไทยและเปรียบเทียบกับเกณฑ์ข้อเสนอแนะปริมาณการบริโภคโซเดียมขององค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุขไทย ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ทั้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นักวิชาการ และประชาชน เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายหรือวางแผนในการควบคุมปริมาณการบริโภคโซเดียมของคนไทยต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบพรรณนา โดยข้อมูลสถิติภูมิที่เกี่ยวข้องกับปริมาณการบริโภคอาหารของคนไทยจากสำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ (มกอช.) และข้อมูลปริมาณโซเดียมในอาหารของสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อศึกษาปริมาณโซเดียมในอาหารที่คนไทยบริโภคใน 1 วัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลการบริโภคอาหารของประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558 ซึ่งเป็นรายงานการบริโภคอาหารแต่ละชนิด (primary data) มีความหลากหลายทั้งกลุ่มธัญพืชและผลิตภัณฑ์ กลุ่มผัก กลุ่มผลไม้ กลุ่มไข่ และผลิตภัณฑ์ กลุ่มเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์ กลุ่มสัตว์น้ำจืด/ทะเลและผลิตภัณฑ์ กลุ่มเครื่องปรุงรส กลุ่มขนมขบเคี้ยว กลุ่มไอศกรีมและขนมไทย กลุ่มน้ำตาลและผลิตภัณฑ์ กลุ่มเครื่องดื่ม และกลุ่มผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ดำเนินการโดย มกอช. ประชากรของการสำรวจของ มกอช. นี้ คือคนไทยทั่วประเทศ จำนวน 58,951,061 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 3 ปีขึ้นไป ได้ทั้งหมด 8,478 คน มีแผนการสุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) รายละเอียดอธิบายไว้ในรายงาน⁽¹⁸⁾ หน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่งมีภาคจำนวน 4 ภาค หน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง คือ จังหวัด โดยกำหนดให้เลือกภาคละ 4 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร มีจำนวนทั้งสิ้น 17 จังหวัด หน่วยตัวอย่างขั้นที่สาม คือ เขตแดนนับ (Enumeration Area: EA) และเก็บรวบรวมข้อมูลในระดับบุคคลทั้งในและนอกเขตเทศบาล เนื่องจากประชากรเป้าหมายและกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ คือ คนไทยมีอายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป เพราะเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเองโดยไม่ใช้ตัวแทนในการตอบ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ตัดข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่ำกว่า 10 ปีออก ทำให้เหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 5,439 คน และทำการถ่วงน้ำหนักของตัวอย่างแต่ละคน เพื่อสะท้อนถึงความน่าจะเป็นในการถูกสุ่มเป็นตัวอย่าง และให้ได้ค่าประมาณที่เป็นตัวแทนของคนไทย และใช้ข้อมูลปริมาณโซเดียมในอาหาร จากฐานข้อมูลออนไลน์ Thai Food Composition Tables (FCTs) 2015 (พ.ศ. 2558) ของสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล

ซึ่งมีการวิเคราะห์สารอาหารต่างๆ รวมทั้งปริมาณโซเดียม ต่อ 100 กรัม ของอาหารในประเภทต่างๆ จำนวน 16 ประเภทอาหาร โดยการวิเคราะห์โซเดียมใช้วิธี AOAC method⁽²¹⁾

นิยามปฏิบัติการและเกณฑ์การวัด

ข้อมูลปริมาณการบริโภคอาหาร หมายถึง การบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ใน 1 วัน ของประชากรทั้งหมด (per capita) ที่มีอายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป ซึ่งได้มาจากการสอบถามข้อมูลการบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง⁽¹⁸⁾

ปริมาณการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มต่อ 1 ครั้ง หมายถึง ปริมาณการกินอาหารหรือเครื่องดื่ม (กรัม) ต่อครั้งของประชากรทั้งหมด (per capita)⁽¹⁸⁾

ความถี่การบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม หมายถึง จำนวนครั้งของการบริโภคอาหารหรือเครื่องดื่ม (ครั้ง) ต่อ 1 วัน ของประชากรทั้งหมด (per capita)⁽¹⁸⁾

เกณฑ์การประเมินปริมาณการบริโภคอาหารของคนไทยเป็นการวัดจากปริมาณการกินอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์แต่ละประเภท (กรัม) ต่อ 1 ครั้ง ของประชากรทั้งหมด (per capita) ควบคู่กับ ความถี่ในการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์แต่ละประเภท ต่อ 1 วัน ของประชากรทั้งหมด

เกณฑ์การวัดปริมาณข้อมูลปริมาณโซเดียมในอาหาร ใช้ข้อมูลจากตารางการวิเคราะห์สารอาหารของ Thai FCTS พ.ศ. 2558 สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งแสดงปริมาณโซเดียมในอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์แต่ละประเภท ต่อ 100 กรัม⁽²¹⁾

ข้อมูลปริมาณโซเดียมในอาหาร หมายถึง ปริมาณโซเดียมในอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์แต่ละประเภท ต่อ 100 กรัม เช่น ข้าวเจ้าขัดขาวหนึ่ง 100 กรัม มีปริมาณโซเดียม 0.02 กรัม (ข้อมูลจากฐานข้อมูลออนไลน์ Thai FCTS พ.ศ. 2558)⁽²¹⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลใช้การถ่วงน้ำหนักของตัวอย่างแต่ละคน และข้อมูลปริมาณและความถี่ของการบริโภคอาหารของประชากรทั้งหมด (per capita) การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การจับคู่ประเภทอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ระหว่างฐานข้อมูลของ มกอช. และสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล และจำแนกอาหารและ

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ออกเป็น 8 ประเภท ตามเกณฑ์ของประเภทอาหารที่มีโซเดียมสูง⁽¹⁶⁾

ขั้นตอนที่ 2 การแสดงลักษณะการกระจายของข้อมูล ใช้สถิติพื้นฐานในลักษณะสถิติเชิงพรรณนา เช่น ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม ค่าพิสัย ค่าความเบ้ และค่าความโด่งของข้อมูล เพื่อแสดงให้เห็นถึงแบบแผนของการกระจายลักษณะของปริมาณการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง และนำมาผลมาใช้ในการกำหนดค่ากลางของข้อมูล เพื่อเป็นค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์แต่ละประเภท ต่อ 1 วัน

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ปริมาณโซเดียมจากการบริโภคอาหารของคนไทย ใช้ข้อมูลค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์แต่ละประเภท ต่อ 1 วัน จาก มกอช. ควบคู่กับปริมาณโซเดียมในอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์แต่ละประเภท ต่อ 100 กรัม ของสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล แล้วหารด้วย 100 (เช่น คนไทยบริโภคข้าวเจ้าขัดขาวหนึ่งเฉลี่ย 262 กรัม ต่อคนต่อวัน ปริมาณโซเดียม 0.02 กรัม ข้าวเจ้าขัดขาวหนึ่ง 100 กรัม มีปริมาณโซเดียม 0.02 กรัม เท่ากับ $262 \times 0.02 / 100 = 0.05$ กรัม) ด้วยโปรแกรม SPSS 26.0

ขั้นตอนที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคโซเดียมของคนไทยกับเกณฑ์หรือข้อเสนอแนะของปริมาณการบริโภคโซเดียม 2.0 กรัม ต่อคนต่อวัน จากองค์การอนามัยโลก⁽¹⁴⁾ กรมอนามัย 1.475 กรัมต่อคนต่อวัน⁽²⁴⁾ และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เครื่องปรุง 1.2 กรัม ต่อคนต่อวัน อาหารว่าง 0.2 กรัม ต่อคนต่อวัน และเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ 0.2 กรัม ต่อคนต่อวัน⁽¹⁶⁾

การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ไม่มีความเสี่ยงทางจริยธรรม เพราะใช้ข้อมูลทุติยภูมิ และผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้ข้อมูลจาก มกอช. เรียบร้อยแล้ว อีกทั้งข้อมูลทุติยภูมิจาก มกอช. และสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นข้อมูลปริมาณการบริโภคอาหารและปริมาณโซเดียมในอาหารต่างๆ ซึ่งไม่มีข้อมูลลักษณะทางประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถระบุถึงตัวตนของกลุ่มตัวอย่างได้

ผลการศึกษา

การจับคู่ประเภทอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ระหว่างฐานข้อมูลของ มกอก. และสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า อาหารที่คนไทยบริโภคตามข้อมูลของ มกอก. สามารถจับคู่กับรายการอาหารที่แสดงปริมาณโซเดียมของสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล มีจำนวนทั้งสิ้น 67 รายการ แบ่งอาหารออกเป็น 8 ประเภท ได้แก่ (1) อาหารประเภทแป้ง จำนวน 10 รายการ (2) อาหารกึ่งสำเร็จรูป จำนวน 3 รายการ (3) อาหารตากแห้งและแปรรูป จำนวน 18 รายการ (4) อาหารหมักดอง จำนวน 5 รายการ (5) อาหารจานด่วน จำนวน 5 รายการ (6) น้ำพริกและเครื่องปรุงรส จำนวน 11 รายการ (7) อาหารว่าง จำนวน 11 รายการ และ (8) เครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ จำนวน 4 รายการ นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ค่ากลางของข้อมูลปริมาณการบริโภคอาหารของคนไทยของการศึกษานี้ใช้ค่าเฉลี่ยเพื่ออธิบายปริมาณการบริโภคอาหารของคนไทย เพราะความเบ้ของข้อมูลมีค่ามากกว่า 1 แสดงว่าข้อมูลเบ้ขวาหมายความว่า ค่าเฉลี่ยสูงกว่าค่ามัธยฐาน

ปริมาณโซเดียมของการบริโภคอาหารประเภทแป้งพบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณบริโภคโซเดียมของคนไทยมาจากข้าวเจ้าขัดขาวหนึ่งมากที่สุด 0.05 กรัม ต่อคนต่อวัน รองลงมาคือ บะหมี่เหลือง (0.02 กรัม ต่อคนต่อวัน) และขนมจีน (0.01 กรัม ต่อคนต่อวัน) อาหารประเภทแป้งทั้งหมด

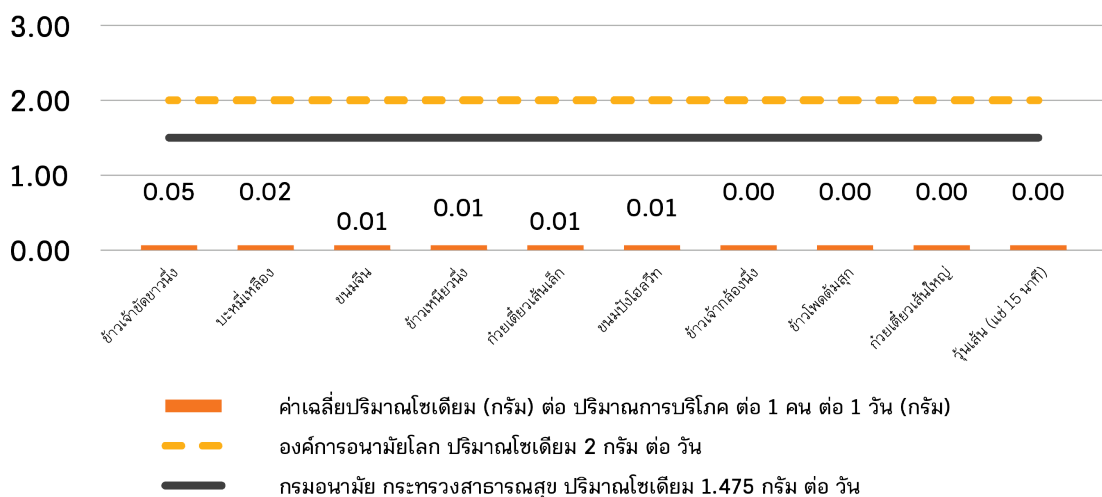
10 รายการ ไม่มีปริมาณโซเดียมสูงเกินข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกและกรมอนามัย ดังภาพที่ 1

ปริมาณโซเดียมของการบริโภคอาหารกึ่งสำเร็จรูปทั้งหมด 3 รายการ พบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณบริโภคโซเดียมของคนไทยมาจากบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปมากที่สุด 0.1 กรัม ต่อคนต่อวัน รองลงมาคือ ก๋วยเตี๋ยวกึ่งสำเร็จรูป (0.01 กรัม ต่อคนต่อวัน) และโจ๊กกึ่งสำเร็จรูป (0.01 กรัม ต่อคนต่อวัน) อาหารกึ่งสำเร็จรูปไม่มีปริมาณโซเดียมสูงเกินข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกและเกณฑ์ของกรมอนามัย

ปริมาณโซเดียมของการบริโภคอาหารตากแห้งและแปรรูป พบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณบริโภคโซเดียมของคนไทยมาจากลูกชิ้นหมูมากที่สุด 0.06 กรัม ต่อคนต่อวัน รองลงมาคือ ไส้กรอกหมู (0.03 กรัม ต่อคนต่อวัน) และหมูยอ (0.03 กรัม ต่อคนต่อวัน) อาหารตากแห้งและแปรรูปจากทั้งหมด ไม่มีปริมาณโซเดียมสูงเกินเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกและเกณฑ์ของกรมอนามัย ดังภาพที่ 2

ปริมาณโซเดียมของการบริโภคอาหารหมักดองพบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณบริโภคโซเดียมของคนไทยมาจากกะปิมากที่สุด 0.07 กรัม ต่อคนต่อวัน รองลงมาคือ ปลาร้าดิบ (0.04 กรัม ต่อคนต่อวัน) และผักกาดดอง (0.01 กรัม ต่อคนต่อวัน) อาหารหมักดองทั้งหมด 5 รายการ (กะปิ ปลาร้าดิบ ผักกาดดอง มะม่วงแช่อิ่ม และผักเสี้ยนดอง) ไม่มีปริมาณโซเดียมสูงเกินข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกและกรมอนามัย

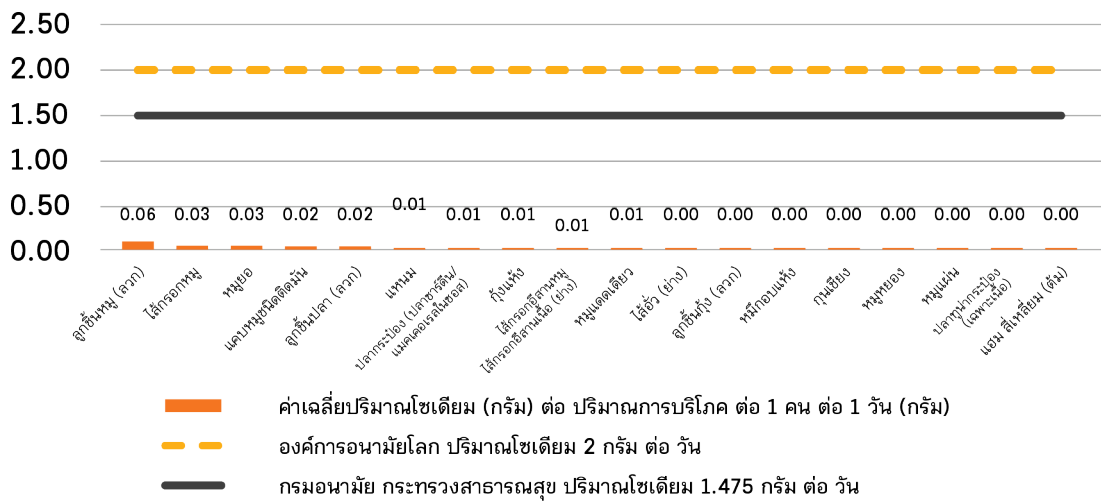
ภาพที่ 1 ค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียม (กรัม) ต่อ ปริมาณการบริโภคอาหารประเภทแป้ง ต่อ 1 คน ต่อ 1 วัน (กรัม)



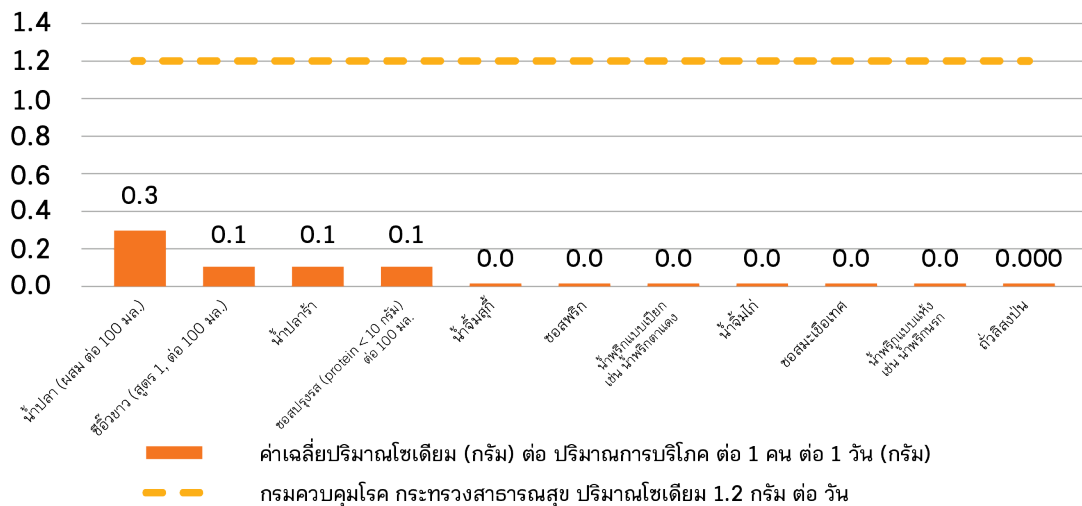
ปริมาณโซเดียมของการบริโภคอาหารจานด่วน พบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณบริโภคโซเดียมของคนไทยมาจากแซนดีวิช มากที่สุด 0.01 กรัมต่อคนต่อวัน และ เบอร์เกอร์ไก่ (0.01 กรัมต่อคนต่อวัน) อาหารจานด่วนทั้งหมด 5 รายการ ได้แก่ แซนดีวิช เบอร์เกอร์ไก่ เฟรนช์ฟรายส์ ฮอทดอก และพิซซ่า ไม่มีปริมาณโซเดียมสูงเกินข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกและกรมอนามัย

ปริมาณโซเดียมของการบริโภคน้ำพริกและเครื่องปรุงรส พบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณบริโภคโซเดียมของคนไทยมาจาก น้ำปลามากที่สุด 0.3 กรัมต่อคนต่อวัน รองลงมา มีปริมาณโซเดียมเท่ากัน คือ 0.1 กรัมต่อคนต่อวัน คือ ซีอิ๊วขาว น้ำปลาร้า และ ซอสปรุงรส จากทั้งหมด 11 รายการของน้ำพริกและเครื่องปรุงรส มีปริมาณโซเดียมสูงไม่เกินเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค ของการบริโภคโซเดียมในเครื่องปรุงรสต่อคนต่อวัน ดังภาพที่ 3

ภาพที่ 2 ค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมของการบริโภคอาหารตากแห้งและแปรรูป



ภาพที่ 3 ค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมของการบริโภคน้ำพริกและเครื่องปรุงรส



ปริมาณโซเดียมของการบริโภคอาหารว่าง พบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณบริโภคโซเดียมของคนไทยมาจากขนมขบเคี้ยวที่ทำจากมันฝรั่งมากที่สุด 0.02 กรัม ต่อคนต่อวัน รองลงมาคือ ขนมจีบหมู (0.01 กรัม ต่อคนต่อวัน) อาหารว่างจากทั้งหมดไม่มีปริมาณโซเดียมสูงเกินเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค ดังภาพที่ 4

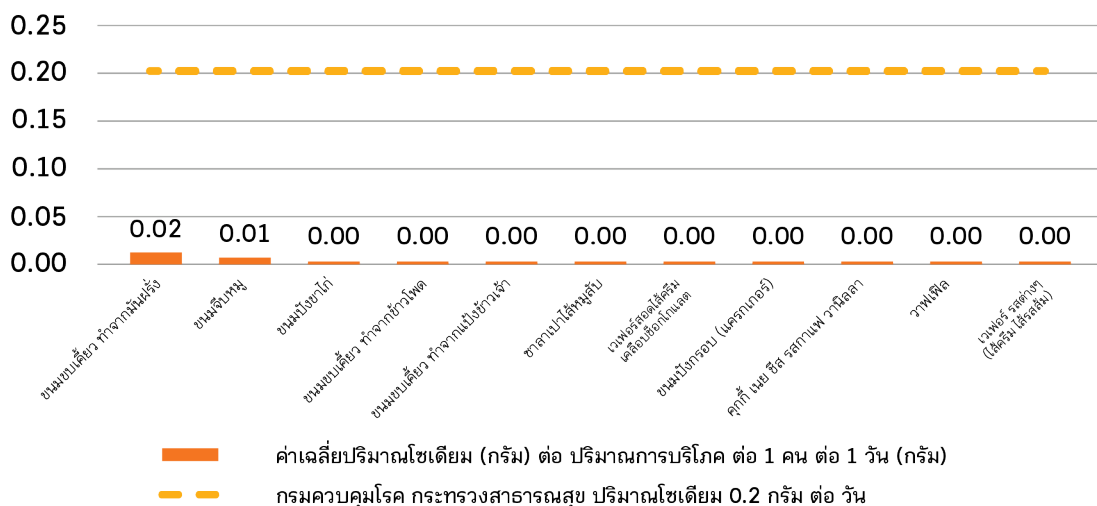
ปริมาณโซเดียมของการบริโภคเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ พบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณบริโภคโซเดียมของคนไทยมาจากนมถั่วเหลืองมากที่สุด 0.02 กรัม ต่อคนต่อวัน รองลงมาคือ กาแฟ 3 in 1 (0.1 กรัม ต่อคนต่อวัน) เครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ทั้งหมด 5 รายการ ได้แก่ นมถั่วเหลือง กาแฟ 3 in 1 เครื่องดื่มประเภทน้ำหวาน/เครื่องดื่มรสผลไม้ 10-25% (เช่น ดีได้ สแปลช) และน้ำผลไม้พร้อมดื่ม 100% (เช่น น้ำส้ม) ปริมาณโซเดียมสูงไม่เกินเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการนำข้อมูลทุติยภูมิที่เกี่ยวข้องกับปริมาณการบริโภคอาหารของคนไทยและปริมาณโซเดียมในอาหารต่างๆ มาใช้วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของปริมาณโซเดียมในอาหารที่คนไทยบริโภค โดยปริมาณของการบริโภคโซเดียมของคนไทยมาจากน้ำปลา น้ำปลาร้า ซอสปรุงรส และกะปิ

ซึ่งไม่เกินกว่าเกณฑ์ต่อคนต่อวันของกรมควบคุมโรค แต่เมื่อพิจารณาปริมาณโซเดียมจำแนกเป็นรายมื้อพบว่า ในหนึ่งมื้อปริมาณการบริโภคโซเดียมที่แนะนำเท่ากับ 0.4 กรัม ผลการศึกษานี้พบว่า ในหนึ่งวันปริมาณการบริโภคโซเดียมของคนไทยมาจากน้ำปลาเฉลี่ย 0.3 กรัม ซึ่งถือเป็น 3 ใน 4 ของปริมาณโซเดียมใน 1 มื้ออาหาร ซึ่งยังไม่ได้รวมกับการบริโภคอาหารจานหลัก ข้อค้นพบของการศึกษานี้สอดคล้องกับการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ดำเนินการโดยกรมอนามัย ที่ระบุว่า ร้อยละ 98 ของคนไทยบริโภคเครื่องปรุงรสทุกวัน โดยเครื่องปรุงรสที่นิยมมากที่สุดคือ น้ำปลา รองลงมา คือ กะปิ การบริโภคเครื่องปรุงรสเพิ่มขึ้นจากวันละ 7 กรัม ต่อคนต่อวัน ในปี พ.ศ. 2503 เป็น 20.5 กรัม ต่อคนต่อวัน ในปี พ.ศ. 2538^(19,25) โดยประมาณร้อยละ 88 ของโซเดียมอยู่ในเครื่องปรุงรสและอาหารปรุงสำเร็จ⁽²⁶⁾ เครื่องปรุงรสเหล่านี้จึงมีโซเดียมอยู่ในปริมาณสูงมาก⁽²⁷⁾ ผลการศึกษานี้ยืนยันได้เป็นอย่างดีว่าคนไทยนิยมใช้น้ำปลาเป็นเครื่องปรุงรส ทำให้ได้รับโซเดียมในปริมาณสูง ถึงแม้ประเทศไทยมีการผลิตและจำหน่ายน้ำปลาลดโซเดียม แต่ราคาของผลิตภัณฑ์ดังกล่าวมีราคาแพงกว่าน้ำปลาโดยทั่วไป⁽²⁸⁾ จึงอาจไม่เป็นที่นิยมของผู้บริโภค ปริมาณการบริโภคโซเดียมของคนไทยมาจากกะปิกึ่งสำเร็จรูป 0.1 กรัม ต่อวัน ซึ่งไม่เกินกว่าเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกและกรมอนามัยกำหนด และตามข้อมูลของ

ภาพที่ 4 ค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมของการบริโภคอาหารว่าง



มกช. ที่ใช้ในการศึกษานี้ ระบุว่า มากเกินครึ่ง (ร้อยละ 56) ของคนไทยบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป⁽¹⁸⁾ ถึงแม้ปริมาณการบริโภคโซเดียมของคนไทยไม่เกินเกณฑ์กำหนด แต่คนไทยยังนิยมบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการสำรวจปริมาณการบริโภคโซเดียมคลอไรด์ของประชากรไทยและรายงานวิจัยการสำรวจสถานการณ์การแสดงข้อมูลโภชนาการและปริมาณโซเดียมบนฉลากอาหาร ในผลิตภัณฑ์อาหารสำเร็จรูปที่พร้อมบริโภคทันที ปี พ.ศ. 2555-2558 ซึ่งพบว่า อาหารและผลิตภัณฑ์อาหารที่นิยมบริโภคอันดับแรกของคนไทย คือ บะหมี่กึ่งสำเร็จรูปพร้อมเครื่องปรุง^(23,29) และข้อมูลการสำรวจการบริโภคอาหารในปี พ.ศ. 2560 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ระบุว่า เกือบร้อยละ 60 (ร้อยละ 59.3) ของคนไทยรับประทานอาหารเช้าสำเร็จรูป และในคนกลุ่มนี้เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.6) มีความถี่ในการบริโภคอาหารเช้าสำเร็จรูป 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์⁽²⁰⁾ และอาหารเช้าสำเร็จรูปเป็นอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง⁽²⁷⁾ ยิ่งไปกว่านั้น ตลาดบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปในปี พ.ศ. 2558 มีมูลค่า 14,500 ล้านบาท และบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปบริษัท ไทยเพรซิเดนท์ฟู้ดส์ จำกัด ซึ่งมีส่วนแบ่งทางการตลาดมากถึงร้อยละ 51 ของบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปทั้งหมดมียอดขายโดยรวม 30,000 ล้านบาท⁽³⁰⁾ ดังนั้น การบริโภคและยอดขายของบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปสะท้อนให้เห็นว่าคนไทยนิยมบริโภคอาหารเช้าสำเร็จรูป ซึ่งทำให้คนไทยมีโอกาสบริโภคโซเดียมในปริมาณที่สูงขึ้นตามไปด้วย

การบริโภคอาหารแปรรูปที่คนไทยบริโภค คือ ลูกชิ้นหมู ซึ่งทำให้คนไทยได้รับโซเดียมมากถึง 0.06 กรัม ต่อวัน ซึ่งไม่เกินข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกและกรมอนามัย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับข้อมูลการบริโภคอาหารของคนไทยในระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558 พบว่า คนไทยนิยมรับประทานลูกชิ้นหมูเฉลี่ย 9.3 กรัม ต่อวัน⁽¹⁸⁾ และรายงานอาหารยอดนิยมที่สั่งผ่านแอปพลิเคชันสั่งอาหารออนไลน์ยังระบุว่า ลูกชิ้นหมูเป็นหนึ่งในอาหารยอดนิยมที่คนไทยสั่งซื้อ⁽³¹⁻³⁴⁾ ลูกชิ้นหมูจัดเป็นเนื้อสัตว์แปรรูปที่มีปริมาณโซเดียมสูง^(16, 35) กว่าเนื้อสัตว์ปกติถึง 10 เท่า⁽³⁶⁾ ดังนั้น การบริโภคลูกชิ้นหมูซึ่งเป็นอาหารแปรรูปจึงทำให้คนไทยมีโอกาสได้รับโซเดียมเพิ่มขึ้น

ผลการศึกษานี้พบว่า อาหารจานด่วนทั้งหมด 5 รายการที่คนไทยบริโภคไม่มีปริมาณโซเดียมสูงเกิน

ข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกและกรมอนามัย ทั้งนี้ อาจสืบเนื่องมาจากอาหารจานด่วนมีราคาสูง⁽³⁷⁾ และไม่ใช่อาหารมื้อหลักของคนไทย จึงทำให้ความถี่ในการบริโภคไม่มาก ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการบริโภคของคนไทยที่พบว่า ร้อยละ 70.5 ของคนไทยไม่รับประทานอาหารจานด่วน⁽²⁰⁾ และมีความถี่ในการบริโภคเพียง 1-3 ครั้ง ต่อเดือน⁽³⁸⁾ ถึงแม้ปริมาณโซเดียมจากการรับประทานอาหารจานด่วนของคนไทยไม่เกินเกณฑ์ แต่อาหารกลุ่มนี้เป็นอาหารที่กลุ่มเด็กและวัยรุ่นไทยนิยมบริโภค^(20,39) เด็กและวัยรุ่นไทยบริโภคอาหารจานด่วน 1-2 วันต่อสัปดาห์⁽²⁰⁾ สอดคล้องกับผลการศึกษาระบบการบริโภคอาหารจานด่วนของวัยรุ่นอายุ 12-15 ปี ใน 54 ประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง โดยระบุว่า ร้อยละ 55.2 ของกลุ่มเด็กและวัยรุ่นบริโภคอาหารจานด่วนอย่างน้อย 1 วันต่อสัปดาห์⁽⁴⁰⁾ และการบริโภคอาหารจานด่วนของเด็กและวัยรุ่นยังสัมพันธ์กับการบริโภคโซเดียมที่สูงขึ้นถึงร้อยละ 17 ของปริมาณสารอาหารที่ควรได้รับในแต่ละวัน อีกทั้งการรับประทานอาหารจานด่วนยังทำให้เด็กดื่มหมอลดลง ประมาณ 30 กรัม ในขณะที่วัยรุ่นลดลงถึง 50 กรัม⁽⁴¹⁾ ดังนั้น การบริโภคอาหารจานด่วนในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นเป็นการเพิ่มปริมาณการบริโภคโซเดียมและลดปริมาณการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพลง

ขนมขบเคี้ยวที่ทำจากมันฝรั่งส่งผลให้คนไทยบริโภคโซเดียมมากถึง 0.02 กรัม ต่อวัน และขนมขบเคี้ยวที่ทำจากมันฝรั่งขนาด 100 กรัม มีปริมาณโซเดียมเฉลี่ย 0.45 กรัม⁽²¹⁾ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับสถาบันอาหารที่ได้วิเคราะห์ปริมาณโซเดียมในขนมขบเคี้ยวประเภทมันฝรั่งทอดกรอบพบว่า มันฝรั่งทอดกรอบขนาด 100 กรัม มีปริมาณโซเดียมเฉลี่ย 0.47 กรัม⁽⁴²⁾ ขนมขบเคี้ยวประเภทนี้เป็นอาหารว่างที่มีปริมาณโซเดียมสูง⁽²⁷⁾ หากบริโภคอาหารว่าง วันละ 2 ครั้ง ปริมาณการบริโภคโซเดียมควรเท่ากับ 0.2 กรัม ต่อวัน⁽¹⁶⁾ ถึงแม้ว่าคนไทยบริโภคโซเดียมที่มาจากขนมขบเคี้ยวที่ทำจากมันฝรั่งไม่เกินเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค แต่ในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นไทยเกินกว่าครึ่ง (ร้อยละ 52.1) รับประทานขนมเหล่านี้⁽²⁰⁾ ข้อมูลเชิงวิชาการระบุว่า เด็กและวัยรุ่นที่รับประทานอาหารว่างหรือขนมขบเคี้ยวตลอดทั้งวันหรือตอนกลางดึก มักจะไม่รับประทานอาหารเช้ามากกว่าเด็กและวัยรุ่นที่ไม่รับประทานขนมในช่วงเวลาดังกล่าว⁽⁴³⁾ และปริมาณโซเดียมจากขนมขบเคี้ยวที่มี

รศเค็มสัมพันธ์กับระดับค่าความดันโลหิตของกลุ่มเด็กและวัยรุ่น⁽⁴⁴⁾ ดังนั้น กลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่บริโภคขนมขบเคี้ยว นอกจากได้รับโซเดียมในปริมาณที่สูงแล้ว ยังทำให้ไม่บริโภคอาหารมื้อหลักและมีผลต่อความดันโลหิตอีกด้วย

โดยปกติคนไทยบริโภคอาหาร 3 มื้อ และอาหารว่าง 2 มื้อ ต่อวัน⁽¹⁶⁾ ซึ่งหากนำเกณฑ์จำนวนมื้ออาหารมาประมาณ ปริมาณการบริโภคโซเดียมของ การศึกษา นี้ โดยพิจารณา จากกลุ่มอาหาร 8 กลุ่ม แบ่งเป็น ข้าว น้ำพริก และผักดอง 1 มื้อ ก๋วยเตี๋ยว 1 มื้อ เต็มเครื่องปรุงรส บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป 1 มื้อ อาหารว่าง 2 มื้อ ได้แก่ ลูกชิ้นหมูและขนมขบเคี้ยว และน้ำเต้าหู้ 1 แก้ว ปริมาณการบริโภคโซเดียมใน 1 วันที่ได้ เท่ากับ 0.6 กรัม หรือ 600 มิลลิกรัม เท่ากับบริโภคเกลือ 0.3 ช้อนชา ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาการบริโภคโซเดียม ของคนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ทั่วประเทศ ด้วยวิธีการ ตรวจเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง แล้วนำมาวิเคราะห์ปริมาณ โซเดียมทางห้องปฏิบัติการ โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 1,599 คน ที่เก็บข้อมูลปัสสาวะได้ครบถ้วน พบว่า ปริมาณการบริโภค โซเดียมเฉลี่ยของคนไทยในปี พ.ศ. 2562-2563 เท่ากับ 3,636 มิลลิกรัม ต่อวัน⁽⁴⁵⁾ หรือเท่ากับเกลือ 1.8 ช้อนชา ทั้งนี้ อาจเพราะวิธีการศึกษาที่แตกต่างกัน และกลุ่มอาหาร ของการศึกษานี้ไม่ครอบคลุมอาหารอื่นๆ ที่คนไทยบริโภค ใน 1 วัน จึงทำให้ผลการศึกษาค่าปริมาณการบริโภคโซเดียม แตกต่างกัน

การศึกษานี้ นำข้อมูลปริมาณอาหารไปเทียบกับ ฐานข้อมูล ที่แสดงปริมาณโซเดียมในอาหารแต่ละกลุ่ม ปริมาณโซเดียมจึงไม่ได้มาจากการวิเคราะห์สารอาหาร ที่บริโภคโดยตรง และการศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาแหล่งที่มาของ โซเดียมในอาหารที่คนไทยบริโภคโดยจำแนกเพศและอายุ แต่ผลการศึกษายังสามารถระบุแหล่งที่มาของโซเดียม ในอาหารที่คนไทยบริโภคในภาพรวมได้ ซึ่งข้อมูลทุติยภูมิ ที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์เป็นข้อมูลสำรวจในระดับประเทศ จึงทำให้ได้ผลที่เป็นตัวแทนของคนไทยทั้งประเทศ การศึกษา นี้ใช้ข้อมูลการบริโภคอาหารของประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558 ของ มกอช. ซึ่งมีการสำรวจการบริโภค อาหารจำนวนทั้งสิ้น 512 รายการ⁽¹⁸⁾ และข้อมูลจากตาราง การวิเคราะห์สารอาหารของ Thai Food Composition Tables (FCTs) พ.ศ. 2558 สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 1,762 รายการ⁽²¹⁾ เมื่อจับคู่ประเภทอาหาร

และเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ระหว่างสองฐานข้อมูล พบว่า อาหารที่สามารถนำมาวิเคราะห์ปริมาณโซเดียม มีเพียง 67 รายการเท่านั้น เนื่องจากรายการอาหารของ มกอช. บางรายการเป็นอาหารในภาพรวม เช่น สหรัยทะเลปรุงรส (อบกรอบ/ทอด/ย่าง) เช่น สหรัยเต้าแกน้อย ในขณะที่ฐานข้อมูลของสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล แบ่งสหรัยทะเลปรุงรสออกเป็น สหรัยทะเลปรุงรสอบกรอบ สหรัยทะเลปรุงรสทอด ซึ่งมีปริมาณ โซเดียมที่แตกต่างกัน อีกทั้งข้อมูลการวิเคราะห์สารอาหาร ในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีจำนวนน้อยกว่าประเภทเครื่องดื่ม ที่สำรวจของ มกอช. จึงทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลอาหาร บางรายการจาก มกอช. มาวิเคราะห์ได้ และเนื่องจากฐาน ข้อมูลที่นำมาใช้ในการศึกษานี้อยู่ในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558 ซึ่งนานเกือบ 10 ปี คนไทยอาจมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ที่อาจแตกต่างจากปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม อาหารที่นำมา วิเคราะห์ในการศึกษานี้จัดเป็นประเภทอาหารที่มีปริมาณ โซเดียมสูง^(16,27) และคนไทยบริโภคอาหารเหล่านี้⁽¹⁸⁾ ผลการศึกษานี้จึงสามารถสะท้อนปริมาณโซเดียมที่มาจาก แหล่งอาหารที่คนไทยบริโภคได้

ข้อเสนอแนะ

ก. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ประเทศไทยมีเป้าหมายลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ให้ได้ร้อยละ 30 ภายในปี พ.ศ. 2568⁽¹⁶⁾ ซึ่งสอดคล้องกับ เป้าหมายขององค์การอนามัยโลกในการลดการบริโภคเกลือ/ โซเดียมโดยเฉลี่ยร้อยละ 30 ภายในปี พ.ศ. 2568 (เทียบกับ ปี พ.ศ. 2553)⁽⁴⁶⁾ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเร่งใช้ มาตรการที่จะช่วยลดการบริโภคเกลือและโซเดียมใน ประเทศไทย ดังต่อไปนี้

1. ผลการศึกษานี้พบว่า แหล่งที่มาของโซเดียมของ คนไทยมากจากเครื่องปรุงรส ลูกชิ้นหมู และประเทศไทย มีกฎหมายให้แสดงบนฉลากโภชนาการแบบ GDA ของ ผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่มในขณะบรรจุปิดสนิท และ สัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” เป็นเครื่องมือ ใช้สำหรับการตัดสินใจเลือกผลิตภัณฑ์อาหารของผู้บริโภค เพื่อลดการบริโภคน้ำตาล โซเดียม และไขมัน^(47,48) อย่างไรก็ตาม มาตรการเหล่านี้ใช้กับผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่ม ในขณะบรรจุหีบห่อ ซึ่งไม่ได้รวมถึงอาหารที่ไม่ได้บรรจุ หีบห่อ เช่น ลูกชิ้นหมู และเครื่องปรุงรส ดังนั้น สำนักงาน-

คณะกรรมการอาหารและยาควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณโซเดียมในกลุ่มอาหารที่ไม่ได้บรรจุหีบห่อ รวมทั้งการแสดงผลจากโภชนาการแบบ GDA บนเครื่องปรุงรส

2. บทนี้ถึงสำเร็จรูปเป็นอาหารยอดนิยมของคนไทย ในขณะที่ขนมขบเคี้ยวที่ทำจากมันฝรั่งเป็นอาหารที่นิยมในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นไทย อาหารเหล่านี้มีปริมาณโซเดียมสูง กรมอนามัย ควรสร้างความร่วมมือกับกรมสรรพสามิต ในการจัดเก็บภาษีโซเดียม และดำเนินการร่วมกับมหาวิทยาลัย ที่มีองค์ความรู้ด้านโภชนาการและเทคโนโลยี เพื่อคิดค้นนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีในการพัฒนาสารทดแทนโซเดียมที่เหมาะสม และส่งเสริมให้ผู้ประกอบการปรับสูตรอาหารกลุ่มนี้โดยลดปริมาณโซเดียมลง รวมทั้งรณรงค์และสื่อสารเกี่ยวกับความอันตรายหรือผลเสียของโซเดียมที่มีอยู่ในอาหาร โดยเฉพาะในอาหารที่คนไทยนิยมบริโภค เช่น บทนี้ถึงสำเร็จรูป เครื่องปรุงรส และลูกชิ้นหมู เพื่อสร้างความตระหนักให้แก่ประชาชนในการบริโภคอาหารมากยิ่งขึ้น

ข. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิเคราะห์ปริมาณโซเดียมในอาหารที่คนไทยบริโภค ยังขาดอาหารอีกหลายประเภท เช่น อาหารจานเดียว และอาหารและเครื่องดื่มที่เป็นที่นิยมในปัจจุบัน เช่น กาแฟสด ชานมไข่มุก การศึกษาต่อไปควรศึกษาทั้งปริมาณการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มกลุ่มนี้ และปริมาณโซเดียมที่ได้รับ

ในแต่ละวัน และควรมีการติดตามสถานการณ์ปริมาณการบริโภคโซเดียมของคนไทยอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เครื่องตรวจวัดค่าความเค็มในอาหาร รวมทั้งสารอาหารอื่นๆ ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น พลังงาน ไขมัน น้ำตาล⁽⁴⁹⁾ เพื่อให้ได้ข้อมูลอันนำไปสู่การออกแบบมาตรการที่สามารถช่วยลดปริมาณโซเดียมและสารอาหารอื่นๆ ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของคนไทยต่อไป

ถึงแม้คนไทยบริโภคอาหารที่ไม่มีปริมาณโซเดียมสูงเกินข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก กรมอนามัย และกรมควบคุมโรค แต่คนไทยนิยมบริโภคเครื่องปรุงรส บทนี้ถึงสำเร็จรูป ลูกชิ้นหมู และขนมขบเคี้ยวที่ทำจากมันฝรั่ง ซึ่งในอาหารเหล่านี้มีปริมาณโซเดียมสูง ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรออกมาตรการลดการบริโภคโซเดียมในอาหารเหล่านี้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติและสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ในการอนุญาตให้ใช้ข้อมูลเพื่อทำการศึกษาวิจัยในบทความนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases 2021 [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 5]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Bureau of Non-Communicable Disease, Ministry of Public Health. 5-year national NCDs prevention and control strategic and action plan (2017-2021). Bangkok: Emotion Art; 2017.
3. สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ, แผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs: วิถีสุขภาพ วิถีสังคม. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2557.
4. Dai H, Much AA, Maor E, Asher E, Younis A, Xu Y, et al. Global, regional, and national burden of ischaemic heart disease and its attributable risk factors, 1990-2017: results from the Global Burden of Disease Study 2017. European Heart Journal Quality of Care & Clinical Outcomes 2022;8(1):50-60.
5. Grillo A, Salvi L, Coruzzi P, Salvi P, Parati G. Sodium intake and hypertension. Nutrients 2019;11(9):1970.
6. Wang YJ, Yeh TL, Shih MC, Tu YK, Chien KL. Dietary sodium intake and risk of cardiovascular disease: a systematic review and dose-response meta-analysis. Nutrients 2020;12(10):2934.
7. Nerbass FB, Pecoits-Filho R, McIntyre NJ, McIntyre CW, Taal MW. High sodium intake is associated with important risk factors in a large cohort of chronic kidney disease patients. European Journal of Clinical Nutrition 2015;69(7):786-90.

8. Sugiura T, Takase H, Ohte N, Dohi Y. Dietary salt intake is a significant determinant of impaired kidney function in the general population. *Kidney and Blood Pressure Research* 2018;43(4):1245-54.
9. Campbell NRC, Whelton PK, Oria M, Wainford RD, Cappuccio FP, Ide N, et al. 2022 World Hypertension League, Resolve To Save Lives and International Society of Hypertension: dietary sodium (salt) global call to action. *Journal of Human Hypertension* 2023;37:428-37.
10. Mozaffarian D, Fahimi S, Singh GM, Micha R, Khatibzadeh S, Engell RE, et al. Global sodium consumption and death from cardiovascular causes. *New England Journal of Medicine* 2014;371(7):624-34.
11. Batcagan-Abueg AP, Lee JJ, Chan P, Rebello SA, Amarra MS. Salt intakes and salt reduction initiatives in Southeast Asia: a review. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition* 2013;22(4):490-504.
12. World Health Organization. Reducing cardiovascular disease (hypertension and sodium) [Internet]. 2015 [cited 2022 Mar 15]. Available from: <https://www.who.int/thailand/activities/reducing-cardiovascular-disease>
13. Chailimpamontree W, Kantachuesiri S, Aekplakorn W, Lappichetpaiboon R, Sripaiboonkij Thokanit N, Vathesatogkit P, et al. Estimated dietary sodium intake in Thailand: A nationwide population survey with 24-hour urine collections. *J Clin Hypertens* 2021;23(4):744-54.
14. World Health Organization. Salt reduction. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2022 Mar 17]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/salt-reduction>
15. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. ตารางแสดงคุณค่าทางโภชนาการของอาหารไทย. นนทบุรี: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย; 2561.
16. สำนักโรคไม่ติดต่อ, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2568. กรุงเทพมหานคร: องค์การส่งเสริมการค้าผ่านศึก; 2559.
17. กองโภชนาการ กรมอนามัย, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. การสำรวจปริมาณการบริโภคโซเดียมมลอไรด์ของประชากรไทย. นนทบุรี: กองโภชนาการ กรมอนามัย; 2550.
18. สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ. ข้อมูลการบริโภคอาหารของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ; 2559.
19. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. การสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2549.
20. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. กรุงเทพมหานคร: กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2564.
21. Judprasong K, Puwastien P, Rojroongwasinkul N, Nitithamyong A, Sridonpai P, Somjai A. Thai food composition database (2015), online version 2, September 2018 [Internet]. 2018 [cited 2022 Apr 1]. Available from: <http://www.inmu.mahidol.ac.th/thaifcd>
22. ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ. แอปพลิเคชัน FoodChoice. ปทุมธานี: ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ; 2019.
23. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. การสำรวจฉลากโภชนาการอาหารสำเร็จรูป พ.ศ. 2561-2562. นนทบุรี: สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2562.
24. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. ตารางปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ. 2563. กรุงเทพมหานคร: เอ.วี. โปรเกรสซีฟ; 2563.
25. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. การสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2538. กรุงเทพมหานคร: มิลเล็ท กรุ๊ป; 2539.
26. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของคนไทยจากการบริโภคเกลือ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 30 เม.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: https://oryor.com/A2/detail/media_printing/1767
27. Jariya Boonpattaraksa. How to lower sodium intake in congestive heart failure patients. *Thai Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* 2017;25(1):12-7.
28. My Home. 7 เครื่องปรุงรสทางเลือก กินได้อย่างสบายไต [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 เม.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.baanlaesuan.com/140344/diy/low-sodium-sauces>

29. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. การสำรวจสถานการณ์การแสดงข้อมูลโภชนาการและปริมาณโซเดียมบนฉลากอาหารในผลิตภัณฑ์อาหารสำเร็จรูปที่พร้อมบริโภคทันที พ.ศ. 2555-2558. นนทบุรี: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย; 2559.
30. AC Nielsen Thailand. Sale data of Saha Pathanapibul public company limited. Bangkok: AC Nielsen Thailand; 2022.
31. Lupang T. Food delivery insights during the third wave of COVID-19, Who are the main customers, which menus are popular, and 'how should restaurants adapt'?. Bangkok: Marketing Oops; 2021.
32. Kasikorn Research Center. Food delivery becomes an essential sales channel even in the face of high challenges [Internet]. 2022 [cited 2022 Jun 12]. Available from: <https://www.kasikornresearch.com/en/analysis/k-social-media/Pages/Food-Delivery-FB-20-09-2022.aspx>
33. Statista. Most popular food delivery apps in Thailand as of August 2021 [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 22]. Available from: <https://www.statista.com/statistics/1279851/thailand-most-used-food-delivery-apps/>
34. Similarweb. Top food & drink free apps ranking: most popular apps in Thailand. [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 23]. Available from: <https://www.similarweb.com/apps/top/google/store-rank/th/food-and-drink/top-free/>
35. อภาววรรณ โสภณธรรมรักษ์. อาหารแปรรูป วายร้ายทำลายไต. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สารนิเทศทางอาหาร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2562.
36. Rama channel. Rama Square: ลูกชิ้น เลือกอย่างไรให้ปลอดภัย. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 25 เม.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.youtube.com/watch?v=MM51NTIEArY>
37. วริทธิ์ คงกิจเชิดชู, วัชรพจน์ ทรัพย์สงวนบุญ. การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจซื้ออาหารจานด่วนแบบ Takeaway ในพื้นที่ศูนย์กลางทางธุรกิจ. วารสารการจัดการ 2561;8(2):85-95.
38. เจณีภา คงอิม. พฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทฟาสต์ฟู้ดของประชาชนในจังหวัดนนทบุรี. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์ 2560;2(3):40-50.
39. ปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์, วรางคณา อุดมทรัพย์. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นไทย ผลกระทบและแนวทางแก้ไข. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2560;28(1):122-8.
40. Li L, Sun N, Zhang L, Xu G, Liu J, Hu J, et al. Fast food consumption among young adolescents aged 12-15 years in 54 low- and middle-income countries. Glob Health Action 2020;13(1):1795438.
41. Powell LM, Nguyen BT. Fast-food and full-service restaurant consumption among children and adolescents: effect on energy, beverage, and nutrient intake. JAMA Pediatrics 2013;167(1):14-20.
42. ศูนย์วิจัยและประเมินความเสี่ยงด้านอาหารปลอดภัย, สถาบันอาหาร, กระทรวงอุตสาหกรรม. โซเดียมในขนมขบเคี้ยว [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 30 เม.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: http://fic.nfi.or.th/foodsafety/upload/comefood/pdf/Nfitr_876.pdf
43. Savige G, MacFarlane A, Ball K, Worsley A, Crawford D. Snacking behaviours of adolescents and their association with skipping meals. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 2007;4(1):36.
44. Ponzo V, Ganzit GP, Soldati L, De Carli L, Fanzola I, Maiandi M, et al. Blood pressure and sodium intake from snacks in adolescents. European Journal of Clinical Nutrition 2015;69(6):681-6.
45. Chailimpamontree W, Kantachuesiri S, Aekplakorn W, Lappichetpaiboon R, Sripaiboonkij Thokanit N, Vathesatogkit P, et al. Estimated dietary sodium intake in Thailand: A nationwide population survey with 24-hour urine collections. Journal of Clinical Hypertension 2021;23(4):744-54.
46. World Health Organization. NCD global monitoring framework. Geneva: World Health Organization; 2013.
47. Wongkaew T. 'Healthier Choice': Thailand's contribution to the fight against NCDs through nutrition labelling. Geneva: Permanent Mission of Thailand; 2018.
48. Institute of Nutrition, Mahidol University. Guidelines for applying the "Healthier Choice" nutritional logo. Nakhon Pathom: Institute of Nutrition: Mahidol University; 2017.
49. World Cancer Research Fund International, The NCD Alliance. The link between food, nutrition, diet and non-communicable diseases. London: World Cancer Research Fund International; 2014.

A Study on Sodium Intake in Food Consumption among Thai People during 2013-2015

Nongnuch Jindarattanaporn

International Health Policy Program, Ministry of Public Health

Abstract

High dietary salt intake increases the risk of noncommunicable diseases (NCDs). The objectives of this study were to analyze sodium content of food consumption among Thais and to compare with recommendation by the World Health Organization (WHO) and the Ministry of Public Health (MOPH) of Thailand standard of daily sodium intake. Data were obtained from Food consumption data of Thailand during 2013-2015 and Thai Food Composition Tables (FCTs) 2015 online database. Data of amount of food consumption per person per day of Thai people and data of sodium content per 100 g were used to calculate an average of sodium consumption per person per day and to compare with the WHO and the MOPH standard of daily sodium intake. The results showed that the average sodium content per person per day among Thais came from condiment (0.30 grams or g.), followed by instant noodle (0.10 g.), and pork ball (0.06 g.). Although Thai people consumed sodium and they do not consume exceeding the daily recommendation of WHO and MOPH. However, those foods were popular among Thai people which allow more opportunity made an opportunity for Thais to get high sodium content. The more Thais had a high amount food containing high sodium, the more they got sodium that was higher than the daily recommendation. Therefore, the related organizations should have strategic planning process on interventions that consist of the Guideline Daily Amounts (GDAs) label, taxation of sodium, and reformulating the products in order to reduce an amount of sodium intake of Thais among this food.

Keywords: consumption; sodium content; Thai

ผลกระทบและการปรับตัวต่อสถานการณ์ระบาดโควิด 19 ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร

ข้าวขวัญ เมืองศิริ¹, พิมพ์เพชร เหลืองนภาเลิศ¹, ณัฐธัญ มัธยมแก้ว¹ และสิทธิโชค หายโสภ²

¹โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา กรุงเทพมหานคร

²นักวิชาการอิสระ

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบ การปรับตัวและความคาดหวังของนักเรียน
ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครที่มีต่อสถานการณ์โควิด 19 กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียน
ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ใช้การสุ่มแบบง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์
ตามความสมัครใจในการเข้าร่วมให้ข้อมูล (volunteering sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลช่วงเดือนมกราคม - เมษายน
พ.ศ. 2565 มีผู้ตอบแบบสอบถาม 302 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 82.27 จากกลุ่มเป้าหมาย ผลการศึกษาพบว่า (1) กลุ่ม
ตัวอย่างได้รับผลกระทบจากสถานการณ์โควิด 19 ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยแยกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ
การเรียน สังคม และเศรษฐกิจ ผลรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ได้แก่
ด้านเศรษฐกิจ (3.43) ด้านสังคม (2.98) ด้านสุขภาพ (2.85) และด้านการเรียน (2.79) ผลกระทบรายข้อที่มี
ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ความกระตือรือร้นที่ลดลง (2) การปรับตัวต่อสถานการณ์โควิด 19 ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง
ผลรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ได้แก่ สุขภาพ (3.49), ด้านสังคม (3.31),
ด้านการเรียน (3.26), และด้านเศรษฐกิจ (2.72) 3) ความคาดหวังต่อสถานการณ์ระบาดโควิด 19 ภาพรวมอยู่ใน
ระดับสูง ข้อที่อยู่ในระดับสูง 3 ข้อแรก ได้แก่ อยากร่วมกิจกรรมต่างๆที่ได้ใช้เวลา
กับเพื่อน (4.33) และอยากให้มีการเรียนตามปกติในรูปแบบออนไลน์ (on site) ข้อเสนอแนะคือสถาบันการศึกษาออกแบบ
การเรียนรู้ที่หลากหลาย ร่วมมือกับผู้ปกครองและนักเรียนจัดกิจกรรมบรรยายภาคส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้และกระตุ้น
การค้นคว้าโดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้นักเรียนมีความกระตือรือร้นที่เพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย; โควิด 19; ผลกระทบ; การปรับตัว

วันรับ: 2 พ.ค. 2566

วันแก้ไข: 23 มิ.ย. 2566

วันตอบรับ: 26 มิ.ย. 2566

บทนำ

ตั้งแต่เกิดการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 เมื่อปลายปี พ.ศ. 2562 ที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ต่อมากระจายไปสู่ประเทศต่างๆ ทั่วโลก ทำให้องค์การอนามัยโลกประกาศให้การแพร่ระบาดนี้เป็น “การระบาดใหญ่ (pandemic)” เมื่อ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563⁽¹⁾ และมีมาตรการต่างๆ เพื่อควบคุมโรคไม่ให้เกิดการระบาดเพิ่มขึ้น ประเทศไทยพบการระบาดครั้งแรกเมื่อ 13 มกราคม พ.ศ. 2563 ทำให้รัฐบาลและหน่วยงานต่างๆ มีมาตรการป้องกันและสกัดกั้นการนำเชื้อเข้าสู่ประเทศไทย รวมถึงยับยั้งการระบาดภายในประเทศ⁽²⁾ อาทิ การควบคุมการเดินทาง การสวมใส่หน้ากากอนามัย ปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานและการใช้ชีวิต การให้วัคซีนโควิด 19 เป็นต้น แต่พบว่า มาตรการเหล่านี้ยังไม่สามารถควบคุมการระบาดได้ ทำให้เกิดการระบาดขึ้นหลายระลอกเป็นเวลาประมาณ 2 ปี จนเมื่อสถานการณ์โควิด 19 ดีขึ้น รัฐบาลจึงได้ประกาศให้โควิด 19 เป็นโรคประจำถิ่น⁽³⁾ เมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565 แล้วประกาศให้เข้าสู่ระยะเฝ้าระวังที่ไม่เป็นอันตรายตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 เพื่อให้ประชาชนสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติตามแนววิถีใหม่ (new normal)⁽⁴⁾ การระบาดที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสาธารณสุขที่ทำให้คนเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคโควิด 19 แล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ ความมั่นคงทางการเงินของประเทศและครอบครัว สังคม การศึกษา ผลกระทบเหล่านี้ทำให้ประชาชนเกิดความเครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ สุขภาพอ่อนแอ ซึ่งมีโอกาสส่งผลเสียต่อสุขภาพกายและจิตได้⁽⁵⁾

ในด้านการศึกษานั้น เนื่องจากสถานศึกษาเป็นศูนย์รวมประชากรจำนวนมาก มีโอกาสเกิดการระบาดได้ง่าย ดังนั้นในช่วงการระบาดโควิด 19 ตั้งแต่ พ.ศ. 2563 ทำให้โรงเรียนต้องปิดการเรียนการสอนที่โรงเรียนตามมาตรการของรัฐ⁽⁶⁾ เปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอนเป็นแบบออนไลน์ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง^(7,8) การเรียนในรูปแบบออนไลน์มีความแตกต่างจากการเรียนแบบปกติ⁽⁹⁾ คือ การกระชับหลักสูตร เน้นเนื้อหาที่จำเป็นตามมาตรฐานแต่ละช่วงวัย เพิ่มความยืดหยุ่นของเวลาเรียนและความหลากหลายของรูปแบบการเรียนการสอน⁽¹⁰⁾

การออกแบบการเรียนรู้และประเมินผลที่เหมาะสม การสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน โดยมุ่งหวังให้ผู้เรียนเกิดผลการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมสำหรับการเรียนการสอนดังกล่าว แต่พบปัญหาและอุปสรรค คือ คุณภาพการจัดการเรียนรู้ของครูลดลง นักเรียนได้รับการฝึกทักษะและการปฏิบัติน้อยลง รวมถึงขาดกิจกรรมและความสัมพันธ์กับเพื่อน บางครอบครัวมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นสำหรับการสนับสนุนการเรียน เป็นต้น⁽¹¹⁾ ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงต่อนักเรียน คือ การเรียนที่ถดถอย (learning loss) และหลุดออกจากระบบการศึกษา โดยพบว่าการเรียนต่อในแต่ละช่วงชั้นนักเรียนได้หายไปจากระบบ ปัญหาเหล่านี้สร้างความเครียดและความกดดันให้กับนักเรียนเป็นอย่างมาก⁽¹²⁾

นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เป็นช่วงการเรียนรู้ที่สำคัญเนื่องจากต้องวางแผนในการเรียนต่อในระดับที่สูงขึ้น นักเรียนที่เข้าเรียนในปี พ.ศ. 2563 และ 2564 ต้องเจอกับการจัดการเรียนการสอนในรูปแบบออนไลน์เป็นหลัก ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมห้องและครูเป็นแบบออนไลน์ มีการศึกษาความวิตกกังวลของนักเรียนในช่วงสถานการณ์โควิด 19 พบว่า นักเรียนมีความวิตกกังวลมากที่สุด คือ การเก็บคะแนนระหว่างเรียน การสอบปลายภาคและการสอบเข้าเรียนต่อในระดับอุดมศึกษา ส่วนความกังวลน้อยที่สุด คือ การใช้สื่อและเทคโนโลยี⁽¹³⁾ การเรียนออนไลน์ส่งผลกระทบต่อผู้เรียน คือ ทำให้อ่อนเพลีย ขาดสมาธิ ขาดปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน เกิดความเบื่อหน่าย ความเครียดและความกระตือรือร้นน้อยลง⁽¹⁴⁾

โรงเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานครมีการเตรียมพร้อมสำหรับการเปิดเรียนปีการศึกษา 2564 ภาคเรียนที่ 2 โดยจัดการเรียนการสอนภายใต้มาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในรูปแบบ 5 on คือ on line, on air, on hand, on school line และ on site และนักเรียนต้องได้รับการฉีดวัคซีนโควิด 19 จำนวน 2 เข็ม มีการประเมินผลการจัดการเรียนการสอน⁽¹⁵⁾ พบว่า on site และ on line มีผลการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก และพบว่าการเรียนแบบ on line และ on site มีปัญหาด้านกระบวนการจัดการเรียนรู้ในระดับมาก ซึ่งมาจากการ

ออกแบบและบริหารจัดการสำหรับการจัดการเรียนการสอน รวมถึงสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่สนับสนุนการเรียนดังกล่าว

โรงเรียนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นโรงเรียนขนาดใหญ่ อยู่ภายใต้สังกัดมหาวิทยาลัย ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่มีการระบาดของโควิด 19 อย่างหนักตั้งแต่เมื่อปี พ.ศ. 2563 ทำให้โรงเรียนต้องเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอนแบบออนไลน์เป็นหลัก ส่งผลให้นักเรียนต้องเรียนอยู่ที่บ้านเป็นส่วนใหญ่ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างครูและนักเรียนอยู่ในรูปแบบสื่อออนไลน์ ถึงแม้ว่าโรงเรียนจะกลับมาเปิดเรียนในปี พ.ศ. 2564 ภาคเรียนที่ 2 แต่พบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 ที่เข้าเรียนในปีการศึกษา 2563 มีโอกาสได้เรียนที่โรงเรียนเมื่อผ่านไป 3 ภาคการศึกษา และนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 ที่เข้าเรียนในปีการศึกษา 2564 ได้เรียนที่โรงเรียนในภาคเรียนที่ 2 เมื่อเปิดเรียนที่โรงเรียนพบว่า กิจกรรมต่างๆ ในโรงเรียนลดลง การเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอน การใช้ชีวิตที่โรงเรียนและสังคมที่อยู่ในรูปแบบใหม่ ยังมีการเว้นระยะห่างทางสังคม ส่งผลต่อนักเรียนเหล่านี้โดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียนช่วงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่ต้องวางแผนอนาคตต่อไป ดังนั้นจึงสนใจศึกษาถึงผลกระทบการปรับตัวของนักเรียน ตลอดจนความคาดหวังของนักเรียนเพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนจัดการที่เหมาะสม การออกแบบการเรียนรู้อาจสอดคล้องกับความคาดหวังและบริบท

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบการปรับตัว และความคาดหวังจากสถานการณ์โควิด 19 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในโรงเรียนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่า ผลกระทบและการปรับตัวในสถานการณ์ระบาดของโควิด 19 ในกลุ่มประชากรที่เป็นนักเรียนนักศึกษา สามารถจำแนกได้เป็น 4 ด้าน คือ การเรียน สังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพ ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Model)⁽¹⁶⁾ ที่มองว่าบุคคลเป็นองค์รวมที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและมีการปรับตัว (coping

mechanism) เมื่อมีสิ่งเร้าเข้ามากระตุ้น ส่งผลให้กลไกระบบการรู้คิด (cognator subsystem) ระบบควบคุมทางสรีระ (regulator subsystem) เกิดการทำงานจนเกิดเป็นผลลัพธ์ทางพฤติกรรม มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบในการศึกษาครั้งนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนขนาดใหญ่ แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2565 จำนวน 4,442 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนดังกล่าว กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธี Yamane T⁽¹⁷⁾ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และความคลาดเคลื่อนที่ระดับ 0.05 ของนักเรียนทั้งหมด ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 367 คน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามชนิดให้ตอบด้วยตนเอง ยึดตามกรอบการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบและการปรับตัวตามบริบทของนักเรียน แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการเรียน เศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 ผลกระทบจากสถานการณ์โควิด 19 ที่มีต่อนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 3 การปรับตัวจากสถานการณ์โควิด 19 ที่มีต่อนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 4 ความคาดหวังของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายต่อสถานการณ์โควิด 19 จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2, 3 และ 4 เป็นคำถามแบบประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert scale) จากนั้นนำค่าเฉลี่ยเทียบกับเกณฑ์การให้คะแนนของ Best JW⁽¹⁸⁾ เพื่อแปลความหมาย โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง (3.67 - 5.00) ปานกลาง (2.34 - 3.67) และต่ำ (1.0 - 2.33)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงในเชิงเนื้อหา (content validity) ตรวจสอบความครบถ้วนและความชัดเจนของคำถามให้ตรงกับเนื้อหา วัตถุประสงค์ และความชัดเจนของคำถามให้ตรงกับเนื้อหาวัตถุประสงค์ และความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบ

จากนั้นปรับปรุงเนื้อหาให้สมบูรณ์ โดยยึดตามถือเกณฑ์ 2 ใน 3 ท่าน ยอมรับได้ตรงตามเนื้อหา

นำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มเป้าหมาย คือ นักเรียนของโรงเรียนอื่น โดยแบ่งเป็นระดับชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4, 5 และ 6 ชั้นปีละ 10 คน รวมจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) โดยใช้วิธีหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าเท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เนื่องจากสถานการณ์ระบาดโควิด 19 จึงได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบออนไลน์ แบบ Google form ผ่านสื่อต่างๆ โดยการสุ่มอย่างง่าย และความสมัครใจในการเข้าร่วมให้ข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลช่วงเดือนมกราคม – เมษายน พ.ศ. 2565

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

คณะผู้วิจัยไม่ได้ดำเนินการขอจริยธรรมวิจัย ในมนุษย์ เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการสำรวจความคิดเห็นผ่านรูปแบบออนไลน์เท่านั้น ทั้งนี้ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด เนื้อหา การศึกษา ผลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อหรือสิ่งที่บ่งชี้ตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถาม การนำเสนอข้อมูลนำเสนอในภาพรวม ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น และข้อมูลจะทำลายภายในระยะเวลา 1 ปีภายหลังจากวิจัยเผยแพร่แล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมกลุ่มตัวอย่าง มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 302 คน จากเป้าหมาย 367 คน คิดเป็นร้อยละ 82.27 เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในจังหวัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง

เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4, 5 และ 6 ร้อยละ 15.56, 49.67 และ 34.77 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 16.92 ปี กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 38.74 เพศหญิง ร้อยละ 57.28 และไม่ระบุเพศ ร้อยละ 3.97 เกือบทั้งหมดคาดหวังว่าเมื่อเรียนจบมัธยมศึกษาตอนปลายแล้วจะเข้าเรียนต่อในระดับอุดมศึกษา ร้อยละ 92.38 รายรับต่อสัปดาห์ 500 -1,000 บาท ร้อยละ 43.71 และ 1,001 - 1,500 บาท ร้อยละ 20.53 โดยเกือบทั้งหมดมีรายรับจากผู้ปกครอง ร้อยละ 90.73

ผลกระทบจากสถานการณ์โควิด 19 ที่มีต่อนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

กลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบจากสถานการณ์โควิด 19 ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (3.01) เมื่อแยกเป็นรายด้านทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ (3.43) ด้านสังคม (2.98) ด้านสุขภาพ (2.85) และด้านการเรียน (2.79) ดังตารางที่ 1 โดยแต่ละด้านมีรายละเอียดดังนี้

ด้านการเรียน ผลกระทบภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้ออยู่ในระดับปานกลาง 5 ข้อและระดับต่ำ 1 ข้อ มีรายละเอียดดังนี้ ในระดับปานกลาง เรียงตามค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ได้แก่ การเรียนออนไลน์เหมาะสมที่สุดในช่วงการระบาดของโควิด 19 (3.66) การเรียนออนไลน์จุดประเด็นและส่งเสริมให้เกิดการค้นคว้าและเรียนรู้ด้วยตนเอง (2.98) ภาระงานในการเรียนออนไลน์มีความเหมาะสม (2.92) รูปแบบการเรียนการสอนในช่วงโควิด 19 ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าเรียนในระดับมหาวิทยาลัย (2.54) และการปรับรูปแบบเรียนออนไลน์ทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น (2.52) ประดับต่ำ ได้แก่ การเรียนออนไลน์ทำให้เกิดความกระตือรือร้นเพิ่มขึ้น (2.13)

ด้านเศรษฐกิจ ผลกระทบภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า อยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ เรียงตามค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ได้แก่ มีเงินสำหรับใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน (3.60) ช่วงระบาดโควิด 19 มีเงินเพียงพอสำหรับการเรียน (3.58) มีรายจ่ายประจำสัปดาห์ที่ลดลง (3.44) ค่าใช้จ่ายในการเรียนออนไลน์

ตารางที่ 1 ผลกระทบและการปรับตัวจากสถานการณ์โควิด 19 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (N=302)

ประเด็น	ระดับ			M	SD	ระดับ
	ต่ำ N(%)	ปานกลาง N(%)	สูง N(%)			
ผลกระทบ						
ด้านการเรียน	96 (31.79)	175 (57.95)	31 (10.26)	2.79	0.73	ปานกลาง
ด้านเศรษฐกิจ	12 (3.79)	195 (64.57)	95 (31.46)	3.43	0.65	ปานกลาง
ด้านสังคม	37 (12.25)	227 (75.17)	38 (12.58)	2.98	0.66	ปานกลาง
ด้านสุขภาพ	82 (27.15)	171 (56.62)	49 (16.23)	2.85	0.66	ปานกลาง
ภาพรวมผลกระทบทั้ง 4 ด้าน	19 (6.29)	262 (86.75)	21 (6.95)	3.01	0.48	ปานกลาง
การปรับตัว						
ด้านการเรียน	35 (11.59)	182 (60.26)	85 (28.15)	3.26	0.81	ปานกลาง
ด้านเศรษฐกิจ	80 (26.49)	202 (66.89)	20 (6.62)	2.72	0.62	ปานกลาง
ด้านสังคม	31 (10.26)	166 (54.97)	105 (34.77)	3.31	0.69	ปานกลาง
ด้านสุขภาพ	9 (2.98)	173 (57.28)	120 (39.74)	3.49	0.59	ปานกลาง
ภาพรวมการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน	13 (4.30)	244 (80.79)	45 (14.90)	3.21	0.50	ปานกลาง

ลดลงเมื่อเทียบกับการเรียนแบบเดิม (3.32) และช่วงระบาคovid 19 ส่งผลให้ครอบครัวนักเรียนมีรายได้ลดลง (3.22)

ด้านสังคม ผลกระทบภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง 3 ข้อ และระดับต่ำ 2 ข้อ ระดับปานกลางเรียงค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ได้แก่ สามารถปรับตัวได้ตามบริบทของสังคมแบบวิถีใหม่ (3.63), มีการใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวตามปกติ (3.61) และความวิตกกังวลต่อมาตรการของรัฐในการเว้นระยะห่างทางสังคม (3.05) ระดับต่ำเรียงค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนหรือบุคคลอื่นนอกบ้านตามปกติ (2.32) และการเรียนออนไลน์ทำให้นักเรียนมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมชั้น (2.31)

ด้านสุขภาพ ผลกระทบภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า อยู่ระดับปานกลาง 3 ข้อ และระดับต่ำ 1 ข้อ ระดับปานกลางเรียงค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ได้แก่ มาตรฐานเว้นระยะห่าง สวมหน้ากากอนามัยและล้างมือ ทำให้นักเรียนมีความปลอดภัยจากโรคโควิด 19 (3.50), รู้สึกวิตกกังวลต่อสถานการณ์ต่างๆ รอบตัวและในสังคมเพิ่มขึ้น (2.97) และมีความวิตกกังวลว่าจะติดโรคโควิด 19 (2.92) ระดับต่ำ คือ มีความวิตกกังวลต่อการตรวจและรักษาโรคโควิด 19 จนนอนไม่หลับ

การปรับตัวต่อสถานการณ์โควิด 19 ที่มีต่อนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

กลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวต่อสถานการณ์โควิด 19 ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (3.21) ในขณะที่รายด้าน

ทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาลำดับค่าเฉลี่ยเรียงจากค่าที่มากไปน้อย ได้แก่ ด้านสุขภาพ (3.49) ด้านสังคม (3.31) ด้านการเรียน (3.26) และด้านเศรษฐกิจ (2.72) โดยแต่ละด้านมีรายละเอียดดังนี้

ด้านการเรียน มีการปรับตัวภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า อยู่ในระดับสูง 1 ข้อ และระดับปานกลาง 4 ข้อ มีรายละเอียดดังนี้ ระดับสูง คือ ในช่วงการระบาดโควิด 19 มีการส่งงานต่างๆ ตามกำหนด (3.79) ระดับปานกลาง เรียงค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การเข้าเรียนการสอนแบบออนไลน์และร่วมกิจกรรมเป็นประจำ (3.65) มีการปรับตัวต่อการเรียนการสอนในช่วงโควิด 19 ได้ดี (3.25) มีการค้นคว้าหาความรู้ด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ (3.01) และรู้สึกมีความสุขสนุกสนานต่อการเรียนออนไลน์ (2.61)

ด้านเศรษฐกิจ มีการปรับตัวภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง 3 ข้อและระดับต่ำ 1 ข้อ มีรายละเอียดดังนี้ ระดับปานกลาง เรียงค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ได้แก่ ต้องประหยัดค่าใช้จ่ายมากขึ้น (3.19) ครอบครัวของนักเรียนต้องทำงานเพิ่มขึ้น (2.92) และไม่มีการปรับตัวใดๆ ใช้จ่ายตามปกติ (2.81) ระดับต่ำ คือ การหารายได้เสริมระหว่างเรียน (1.95)

ด้านสังคม มีการปรับตัวภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า อยู่ในระดับสูง 2 ข้อ และระดับปานกลาง 2 ข้อ มีรายละเอียดดังนี้ ในระดับสูง ได้แก่ การพูดคุยกับเพื่อนๆ ผ่านสื่อสังคมออนไลน์มากขึ้น เช่น เพชบุ๊ก ไลน์ แทนการเดินทางพบปะด้วยตัวเอง (4.01) และนักเรียนมีเพื่อนสนิทในชั้นเรียนที่พูดคุยกันเป็นประจำ (3.74) ระดับปานกลาง ได้แก่ พยายามหลีกเลี่ยงหรือลดการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคม (3.05) และการนัดเพื่อนทำกิจกรรมบ่อยๆ เช่น ทำงานกลุ่ม รับประทานอาหาร เป็นต้น (2.45)

ด้านสุขภาพ มีการปรับตัวภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า อยู่ในระดับสูง 4 ข้อ และระดับต่ำ 1 ข้อ มีรายละเอียดดังนี้ ระดับสูงเรียงค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อยได้ ดังนี้ การเข้ารับวัคซีนโควิด 19 (4.43) การสวมใส่หน้ากากอนามัย ล้างมือเป็นประจำ (3.97) เห็นว่าการฉีดวัคซีนโควิด 19 ทำให้ความเจ็บป่วยจากโรคลดความรุนแรงลง (3.76) และการปฏิบัติตามมาตรการ

เว้นระยะห่างทางสังคมเป็นประจำ (3.67) ระดับต่ำ คือ มีการใช้ยานอนหลับหรือคลายกังวล (1.59)

ความคาดหวังต่อสถานการณ์ระบาดโควิด 19 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

ความคาดหวังของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายต่อสถานการณ์ระบาดโควิด 19 ภาพรวมอยู่ในระดับสูง (3.91) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าอยู่ในระดับสูง 5 ข้อ และระดับปานกลาง 1 ข้อ มีรายละเอียดดังนี้ ระดับสูง เรียงค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อยได้ดังนี้ อยากกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ (4.34) อยากร่วมกิจกรรมที่ได้ใช้เวลาไปกับเพื่อนแบบปกติ (4.33) อยากให้มีการเรียนตามปกติในรูปแบบออนไลน์ (on site) (4.18) อยากร่วมกิจกรรมกับครอบครัวตามปกติ (4.12) และอยากร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่สถาบันการศึกษาจัดขึ้นที่เกี่ยวกับการเรียนการสอน (4.05) ระดับปานกลาง คือ อยากให้มีการเรียนแบบออนไลน์ (on line) (2.41) ดังตารางที่ 2

วิจารณ์

ผลกระทบจากสถานการณ์โควิด 19 ที่มีต่อนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

ผลกระทบจากสถานการณ์โควิด 19 ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่รายด้านทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง เรียงค่าเฉลี่ยจากค่าที่มากไปน้อยได้ดังนี้ ด้านเศรษฐกิจ (3.43), ด้านสังคม (2.98), ด้านสุขภาพ (2.85) และด้านการเรียน (2.79) ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้ว ประกอบกับการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม - เมษายน พ.ศ. 2565 ช่วงเวลาดังกล่าวประเทศไทยและกลุ่มตัวอย่างได้ผ่านการระบาดโรคโควิด 19 ระลอกใหญ่มาแล้ว รัฐเริ่มมีมาตรการผ่อนคลายนโยบายมากขึ้น รวมถึงสังคมเริ่มมีการเรียนรู้กับโรคโควิด 19 มากขึ้นและยอมรับมาตรการต่างๆ ตามแนววิถีใหม่ เช่น การเว้นระยะห่างทางสังคม การสวมหน้ากากอนามัยเป็นประจำ ประชาชนได้รับวัคซีนโควิด 19 ครอบคลุมและมากขึ้น เป็นต้น ในด้านการศึกษามีการปรับรูปแบบการเรียนการสอนที่ชัดเจนมากกว่าปี พ.ศ. 2563 - 2564 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่ได้ก้าวผ่านช่วงเวลาดังกล่าวมาเป็นระยะประมาณ 2 ปีแล้ว จึงสะท้อนอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 2 ความคาดหวังจากสถานการณ์โควิด 19 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (N=302)

ประเด็น	ระดับ			M	SD	ระดับ	อันดับ
	ต่ำ N(%)	ปานกลาง N(%)	สูง N(%)				
1. อยากกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ	10 (3.31)	42 (13.91)	250 (82.78)	4.34	0.87	สูง	1
2. อยากให้มีการเรียนตามปกติ ในรูปแบบออนไลน์ (on site)	13 (4.30)	55 (18.21)	234 (77.48)	4.18	0.95	สูง	3
3. อยากให้มีการเรียนรูปแบบ ออนไลน์ (on line)	164 (54.3)	81 (26.82)	57 (18.87)	2.41	1.26	ปานกลาง	6
4. อยากร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่สถาบันการศึกษาจัดขึ้น ที่เกี่ยวกับการเรียนการสอน เช่น open house	19 (6.29)	68 (22.52)	215 (71.19)	4.05	1.03	สูง	5
5. อยากร่วมกิจกรรมที่ได้ใช้ เวลากับเพื่อนแบบปกติ	8 (2.65)	45 (14.9)	249 (82.45)	4.33	0.85	สูง	2
6. อยากร่วมกิจกรรมกับ ครอบครัวตามปกติ	14 (4.64)	64 (21.19)	224 (74.17)	4.12	0.96	สูง	4
รวม	6 (1.99)	109 (36.09)	187 (61.92)	3.91	0.62	สูง	

ด้านที่กลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านเศรษฐกิจ ซึ่งสอดคล้องกับข้อที่บอกว่า ช่วงระบาคovid 19 ส่งผลให้ครอบครัวนักเรียนมีรายได้ลดลง (3.22) ดังนั้นจึงสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจสูงที่สุดอันเนื่องมาจากรายได้ในครัวเรือนลดลง เป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาของสุกัลยา

ประจิดรและโชติ บดีรัฐ⁽¹⁹⁾ ที่พบว่าสถานการณ์โควิด 19 ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจส่งผลให้ประชาชนมีรายได้ลดลงในขณะที่รายจ่ายเพิ่มขึ้น

ผลกระทบด้านการเรียนมีค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยที่สุด ข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงที่สุด คือ เรียนออนไลน์เหมาะสมที่สุดในช่วงการระบาดของโควิด 19 (3.66) เป็นข้อคำถาม

เชิงบวกที่แสดงให้เห็นว่าการเรียนออนไลน์มีความเหมาะสมต่อสถานการณ์ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับตัวได้ สอดคล้องกับการศึกษาของประเสริฐ เกิดมงคล และคณะ⁽²⁰⁾ ที่พบว่าความวิตกกังวลในการเรียนออนไลน์ด้านบรรยากาศการเรียนมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของนักเรียนภายในสถานการณ์โควิด 19 มากที่สุด

การปรับตัวจากสถานการณ์โควิด 19 ที่มีต่อนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

กลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวต่อสถานการณ์โควิด 19 ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่รายด้านทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง เรียงค่าเฉลี่ยจากค่าที่มากที่สุดไปน้อยได้ดังนี้ ด้านสุขภาพ (3.49) ด้านสังคม (3.31) ด้านการเรียน (3.26) และด้านเศรษฐกิจ (2.72) สอดคล้องในทิศทางเดียวกับการได้รับผลกระทบจากสถานการณ์โควิด 19 แต่ค่าเฉลี่ยรายด้านนั้น พบว่า การปรับตัวที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงที่สุด คือ ด้านสุขภาพ ประกอบกับเมื่อพิจารณารายข้อ กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าฉีดวัคซีนโควิด 19 (3.97) มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมา คือ การสวมใส่หน้ากากอนามัยและล้างมือเป็นประจำเมื่อออกจากบ้าน ซึ่งเป็นไปตามมาตรการทางสังคมและภาครัฐ สอดคล้องกับทฤษฎีการปรับตัวของรอยด์ (Roy's Adaptation Model)⁽¹⁶⁾ ที่อธิบายว่าการปรับตัวของบุคคลมาจากปฏิสัมพันธ์ที่เป็นสิ่งเร้าจากภายในและสิ่งแวดล้อมภายนอกอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งการระบาดนี้ถือว่าเป็นสิ่งเร้าภายนอกที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดการปรับตัวและมีการแสดงออกต่อสถานการณ์สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเรียนรู้และปรับตัวอย่างเหมาะสม

ด้านการเรียนมีผลกระทบและการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง ในรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าการเรียนออนไลน์เหมาะสม เนื่องจากว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในจังหวัดกรุงเทพมหานครสามารถเข้าถึงเทคโนโลยีสารสนเทศได้สะดวก และอยู่ในช่วงวัยที่สามารถเรียนรู้และใช้เทคโนโลยีได้อย่างรวดเร็ว จึงทำให้การเรียนในช่วงสถานการณ์ระบาดโควิด 19 ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ สามารถเรียนแบบออนไลน์ รวมถึงการค้นคว้าด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในนักเรียนโรงเรียนอุเทนพัฒนา จังหวัดนครพนม⁽¹³⁾

ที่พบว่า การใช้สื่อและเทคโนโลยีเพื่อพัฒนาการเรียนรู้ของนักเรียนมีความวิตกกังวลน้อยที่สุด แต่การศึกษาพบว่า การสร้างความกระตือรือร้นที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยที่สุดในด้านนี้ อาจเนื่องมาจากการเรียนรู้ที่บ้านยังขาดบรรยากาศของโรงเรียน ดังนั้นจึงควรแก้ไขโดยการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่บ้านที่ผู้ปกครอง ครู และนักเรียนควรออกแบบร่วมกันให้เหมาะสมในแต่ละราย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศุภวรรณ การบุญญะวิทย์⁽¹⁰⁾ ที่มีข้อเสนอในการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักเรียนในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด คือ การปรับหลักสูตรให้เหมาะสม เพิ่มความยืดหยุ่นของโครงสร้างเวลาเรียน และออกแบบการเรียนรู้ให้หลากหลาย

ในขณะที่ด้านเศรษฐกิจมีค่าเฉลี่ยคะแนนปรับตัวน้อยที่สุด แต่มีค่าเฉลี่ยของการได้รับผลกระทบมากที่สุด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงผลกระทบว่าช่วงการระบาดโควิด 19 ครอบครัวมีรายได้ที่ลดลง (3.22) นักเรียนจะต้องประหยัดค่าใช้จ่ายขึ้น (3.19) และครอบครัวของนักเรียนต้องทำงานเพิ่มขึ้น (2.92) แต่บทบาทการหารายได้ที่เพิ่มขึ้นเป็นหน้าที่ของครอบครัว สามารถอธิบายตาม Roy's Adaptation Model⁽¹⁶⁾ ที่อธิบายว่าการปรับตัวในด้านบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาระหว่างกัน กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนรับทราบบทบาทหน้าที่ในการเรียนเป็นหลัก จึงต้องพึ่งพาพ่อแม่ผู้ปกครองในการสนับสนุนด้านค่าใช้จ่าย ดังนั้นจึงส่งผลให้เกิดการปรับตัวด้านเศรษฐกิจน้อยที่สุด

ความคาดหวังจากสถานการณ์โควิด 19 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังต่อสถานการณ์ระบาดของโควิด 19 ภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะในรายข้อที่อยู่ในระดับสูง คือ อยากกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ อยากร่วมกิจกรรมที่ได้ใช้เวลากับเพื่อนแบบปกติ อยากให้มีการเรียนตามปกติในรูปแบบออนไซต์ (on site) อยากร่วมกิจกรรมกับครอบครัวตามปกติ และอยากร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่สถาบันการศึกษาจัดขึ้นเกี่ยวกับการเรียนการสอน แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความต้องการที่จะกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ เหล่านี้เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้มีการพบปะเพื่อน การห่างจากบรรยากาศในโรงเรียน และสังคมทั่วไป การขาดหวังเวลาที่ได้ใช้ชีวิตอย่างเต็มที่

ในช่วงวัยรุ่น จึงมีความคาดหวังที่จะกลับไปใช้ชีวิตตามเดิม มีการสร้างปฏิสัมพันธ์และทำกิจกรรมอย่างเหมาะสมตามช่วงวัยแห่งการเรียนรู้

ข้อเสนอแนะ

ก. ข้อเสนอแนะการนำไปปฏิบัติ

1) สถาบันการศึกษาควรจัดการออกแบบการเรียนรู้ที่หลากหลาย เน้นกิจกรรมที่ส่งเสริมและกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้และค้นคว้าโดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้นักเรียนให้มีความกระตือรือร้นที่เพิ่มขึ้น

2) ครูผู้สอน ผู้ปกครอง และนักเรียนควรร่วมออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้และสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นที่บ้าน เพื่อสร้างแรงกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง แต่เป็นไปตามเนื้อหาหลักสูตรที่จำเป็นต่อการนำไปใช้ในการศึกษาต่อและใช้ชีวิตประจำวัน

3) ในระดับครอบครัวควรส่งเสริมให้นักเรียนมีส่วนร่วมรับรู้สภาพเศรษฐกิจในแต่ละครอบครัว เพื่อให้

นักเรียนในฐานะสมาชิกของครอบครัว เกิดการปรับต่อสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวอย่างเหมาะสม

ข. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้างต่อไป

ควรมีการเก็บข้อมูลคุณภาพ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม ในประเด็นการปรับตัวและความคาดหวังในกลุ่มนักเรียน ผู้ปกครอง ครูผู้สอน และสถาบันการศึกษา เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและความคาดหวัง เพื่อออกแบบการเรียนรู้และกิจกรรมที่เหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณโรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา และอาจารย์ที่ให้คำปรึกษา ชี้แนะการทำวิจัยครั้งนี้ เพื่อนโรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาที่ตอบแบบสอบถามจนได้ ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ และพ่อแม่ที่สนับสนุนงบประมาณ และให้กำลังใจจนงานสำเร็จลุล่วงได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Novel coronavirus (2019-nCoV). Situation report – 11 [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 8]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruses/situation-reports/20200131-sitrep-11-ncov.pdf?sfvrsn=-de7c0f7_4
2. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุข เพื่อการจัดการภาวะระบาดของโควิด-19 ในข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1). นนทบุรี: ทีเอสอินเทอร์พรีนท์; 2563.
3. กระทรวงสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุขออกประกาศ 1 ต.ค. 65 เป็นต้นไป ยกเลิกโควิด-19 จากการเป็นโรคติดต่ออันตราย และกำหนดให้เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 10 ม.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details /59491>
4. เกียรติภูมิ วงศ์รจิต. แผนและมาตรการการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด-19 สู่โรคประจำถิ่น. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2565.
5. สุจรรยา โลหะชีวะ. การเผชิญความเครียดในสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อโร่นาไวรัส 2019. วารสารพยาบาลสภาการขาดไทย 2565;15(1):1-11.
6. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติสำหรับสถานศึกษาในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19. นนทบุรี: คิวแอดเวอร์ไทซิง; 2563.
7. สำนักการศึกษา กรุงเทพมหานคร. รูปแบบการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโควิดโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 12 ม.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://siamrath.co.th/n/294026>
8. วิทยา วาโย, อภิรดี เจริญนุกูล, ฉัตรสุตา กานกายนต์, จรรยา คนใหญ่. การเรียนการสอนแบบออนไลน์ภายใต้สถานการณ์แพร่ระบาดของไวรัส Covid-19: แนวคิดและการประยุกต์ใช้การจัดการเรียนการสอน. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2563;14(34):285-98.
9. ภูษิมา ภิญญินวัฒน์. จัดการเรียนการสอนอย่างไรในสถานการณ์โควิด-19: จากบทเรียนต่างประเทศสู่การจัดการเรียนรู้ของไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 10 ม.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://tdri.or.th/2020/05/examples-of-teaching-and-learning-in-covid-19-pandemic>

10. ศุภวรรณ การุญญะวีร์. การเรียนการสอนสำหรับนักเรียนในสถานการณ์ระบาดโควิด-19. วารสารบรรณการศึกษาศาสตร์ 2564;2(2):48-55.
11. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. รายงานการศึกษารูปแบบการจัดการเรียนรู้สำหรับนักเรียนระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ COVID-19. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ: 2564.
12. ตรีนุช ไพชยนต์วิจิตร, สรัลชญา อิตติสุวรรณ. ผลกระทบการแพร่ระบาดโควิด-19 ต่อการศึกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 10 ม.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <http://www.eco.ru.ac.th/images/document/article/TreeNut/publish 02-02.pdf>
13. จิรายุ อัตถากร, จิราวุฒินันท์ เพิ่มชีวา, ธนพล ปองไป, ประสาท เนื่องเฉลิม. ความวิตกกังวลในการเรียนรู้ช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ของนักเรียนโรงเรียนอุดมพัฒนา จังหวัดนครพนม. วารสารครุศาสตร์ 2564;1(2):21-30.
14. รัตนาวัชร เพ็ญรัตน์ศิริ, อนุรักษ์ แทนทอง. ผลกระทบและกลยุทธ์การรับมือในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด-19. Journal of Modern Learning Development 2565;7(4):208-31.
15. ชนัญญา กุญชะโมรินทร์, นลินี สุดเสวต. การจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์โควิด-19 ของโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. วารสารครุศาสตร์ปริทรรศน์ 2565;9(3):514-26.
16. Andrews H, Roy C. Essentials of the Roy adaptation model. Norwalk, CT: Appleton Century Crofts; 1986.
17. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. 3rd ed. New York: Harper and Row; 1973.
18. Best JW. Research in education. New Jersey: Prentice Hall; 1977.
19. สุกัญญา ประจิตร์, โชติ บดีรัฐ. ผลกระทบและแนวทางแก้ไขของภาครัฐกับสถานการณ์โควิด-19. Journal of Roi Kaensarn Academi 2565;7(12):291-306.
20. ประเสริฐ เกิดมงคล, พิเชษฐ อุดมสมัคร, จันทนา ฤทธิ์สมบุรณ์. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ภายใต้สถานการณ์โควิด-19 ของนักเรียนระดับมัธยม ในอำเภอแกลง จังหวัดระยอง. วารสารวิชาการการตลาดและการจัดการ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี 2565;9(1):121-40.

Impact and Adaptation to the COVID-19 Pandemic among High School Students at a School in Bangkok

Khaokwan Muangsiri¹, Pimpetchara Luengnapaleard¹, Nattan Mattayomkaew¹, Sittichok Haisog²

¹ *Triam Udom Suksa School, Bangkok*

² *Academic Freelancer*

Abstract

The objective of this study was to assess the impact and adaptation of high school students at a school in Bangkok to COVID-19. The samples were high school students at a large school in Bangkok. The researcher used simple randomization. Data were collected by using online questionnaires with volunteer sampling from January – April 2022 from 302 respondents, or 82.27% of the target group. The study revealed the following: (1) the sample was affected by the COVID-19 situation to a moderate degree overall. The impact was divided into 4 aspects: health, education, social and economic dimensions. In all 4 aspects, the results of each aspect were moderate and mean scores were sorted in descending order as follows: economic (3.43);

social (2.98); health (2.85); and education (2.79) dimensions; the impact with the lowest mean score was reduced enthusiasm; (2) concerning adaptation to COVID-19, the overall picture was moderate. The impacts were moderate in all aspects. The mean scores for the adaptation were sorted in descending order as follows: health (3.49), social (3.31), education (3.32), and economic (2.72) dimensions; and (3) overall, expectations for the COVID-19 pandemic were high. The top three levels were wanting to return to normal life (4.34), wanting to participate in activities where they could spend time with friends (4.33) and wanting to have regular on-site learning. Thus, educational institutions should collaborate with teachers, parents and students in organizing activities and creating an atmosphere conducive to learning and research by using appropriate technologies to help boost students' enthusiasm.

Keywords: high school students; COVID-19; impact; adaptation

การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง จากความเป็นหุ้นส่วนของชุมชน สถานีอนามัย เฉลิมพระเกียรติ ตำบลพะตง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

ดิเรก ชัยชนะ¹, สุคนธ์ ชัยชนะ², วันจรัส พรหมศิริ², เรวดี รัตนะ², นันทิชา รักษ์วงศ์², ขวัญภา สภาพันธ์²,
กนกสร จ้าววัง², รำภาภรณ์ หอมตیب³

¹มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชนกรรมา จังหวัดขอนแก่น

²สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ตำบลพะตง จังหวัดสงขลา

³โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองจากความเป็นหุ้นส่วนชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและแนวคิดชุมชนกรรมา ทีมวิจัยมีทั้งหมด 12 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) caregiver (Cg.) ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ดูแลหลักในครอบครัว ผู้นำชุมชน และนักวิจัยจากภายนอก โดยได้มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอนของการศึกษาปัญหา พัฒนาเครื่องมือวิจัย การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การสังเคราะห์รูปแบบ และการประเมินผล ทั้งนี้ทีมวิจัยใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง 34 กรณี รวมถึงผู้ดูแลที่เกี่ยวข้อง (ผู้ดูแลหลักในครอบครัว อสม./Cg และเจ้าหน้าที่อนามัย) นอกจากนี้ ใช้แบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้างสัมภาษณ์ตัวแทนกลุ่มรวม 6 คน (ผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักในครอบครัว อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คน และผู้นำชุมชน) ที่มีบทบาทด้านกำหนดนโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะยาวของตำบลพะตง ผลการวิจัยทำให้ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งโดยแผนพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองประกอบด้วยปัจจัย 4 ส่วนสำคัญ ได้แก่ ส่วนแรก คือ ความร่วมมือของเครือข่ายผู้ดูแลจากสามภาคส่วน ได้แก่ ครอบครัว (ผู้ป่วย/ผู้ดูแลหลัก) ชุมชน (อสม./ผู้นำชุมชน/กลุ่ม/เอกชน) และศูนย์บริการสุขภาพ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ผู้เชี่ยวชาญ) ส่วนที่สองคือการสร้างความเป็นหุ้นส่วนของภาคีผ่านการพัฒนา 3 ด้านได้แก่ (1) กองทุนมะเร็ง (2) ระบบฐานข้อมูลผู้ป่วย และ (3) ความรอบรู้ด้านมะเร็ง ส่วนที่สาม คือ แผนการดูแลเฉพาะบุคคลที่มาจากการพัฒนาร่วมกันเพื่อตอบสนองความต้องการและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และส่วนสุดท้าย การดูแลแบบประคับประคองจะพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติร่วมกันของชุมชนและภาคีเครือข่ายร่วมส่งเสริมการพัฒนานโยบายท้องถิ่นสำหรับแผนการดูแลแบบประคับประคอง

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง; โรคมะเร็ง; ชุมชน; การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม; สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ

วันรับ: 15 พ.ค. 2566

วันแก้ไข: 20 มิ.ย. 2566

วันตอบรับ: 22 มิ.ย. 2566

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของคนทั่วโลก และมีแนวโน้มว่าจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี องค์การอนามัยโลกได้รายงานในปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 18.1 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 10 ล้านคน⁽¹⁾ ในประเทศไทย กรมการแพทย์รายงานว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของคนไทยมาตลอดช่วงเวลากว่า 20 ปี นับจากปี พ.ศ. 2542⁽²⁾ ตามข้อมูลสถิติทะเบียนมะเร็งประเทศไทย โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติได้แสดงจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ แต่ละปีจะมีประมาณ 140,000 คน หรือคิดเป็นประมาณ 400 คนต่อวัน ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนป้องกันโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2565⁽³⁾ โดยมียุทธศาสตร์การดำเนินการ 6 ด้าน และการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นหนึ่งในด้านของยุทธศาสตร์หลัก ซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก⁽⁴⁾ ที่ได้ระบุว่า การดูแลแบบประคับประคองเป็นสิทธิมนุษยชน เป็นบริการสุขภาพที่ประชาชนเป็นศูนย์กลางของการดูแล การป้องกัน และการบรรเทาทุกข์ทรมานต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัวที่มาจากรอคอยที่คุกคามชีวิต ทั้งยังได้ประกาศข้อมติให้ประเทศสมาชิกบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองเข้าเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาตลอดช่วงชีวิต

การดูแลแบบประคับประคองเป็นรูปแบบการดูแลที่ดูแลคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และด้านจิตวิญญาณ โดยการดูแลปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นตั้งแต่แรกที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และการดูแลครอบครัวและผู้ดูแลหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต⁽⁵⁾ ในปัจจุบันเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งเข้าสู่กระบวนการดูแลแบบประคับประคอง⁽⁶⁾ ได้แก่ (1) ผู้ป่วยมีอาการรบกวนที่ควบคุมไม่ได้ (2) ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก (3) มีการลุกลามแพร่กระจายของก้อนมะเร็งที่สัมพันธ์กับการวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็ง (4) ผลการประเมินของ palliative care performance scale (PPS) ≤ 50 และ (5) ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการการดูแลแบบประคับประคอง บรรทัดฐานข้างต้นนี้กล่าวได้ว่ามีเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเท่านั้นที่จะเข้าเกณฑ์การดูแลแบบ

ประคับประคอง แต่ผู้ป่วยมะเร็งระยะอื่นๆ ที่ค่าประเมิน PPS มากกว่าร้อยละ 50 ผู้ป่วยที่อาการสงบและเฝ้าติดตามอาการจะอยู่นอกเงื่อนไขและไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ถึงแม้ว่าผู้ป่วยมะเร็งเหล่านั้นต่างก็ได้รับผลกระทบจากการรักษาโรคมะเร็งทั้งกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงผู้ป่วยและครอบครัวก็ยังต้องเผชิญปัญหาและวิกฤตการณ์สูญเสียที่อาจจะเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา

สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ตำบลพะตง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ปัจจุบันมีผู้ป่วยมะเร็งในพื้นที่ 41 คน แต่มีผู้ป่วยบางส่วนเท่านั้นที่ทางโรงพยาบาลวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายและถูกส่งตัวกลับบ้านที่จะได้รับการติดตามและการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อช่วยด้านยาบรรเทาอาการปวดและทุกข์ทรมานทางกาย การดูแลจิตใจ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับช่วงสุดท้ายของชีวิต แผนการปฏิบัติเช่นนี้กลุ่มผู้ดูแล ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ caregiver (Cg) เห็นปัญหาว่า (1) ผู้ป่วยมะเร็งไม่ว่าโรคมะเร็งระยะใดเมื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาต่างเผชิญกับความทุกข์ทรมานด้านกายและจิตใจ ผู้ป่วยและครอบครัวมีความกังวลต่อกระบวนการรักษา ปัญหาการดูแลสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษา และพัฒนาการของโรคมะเร็งอาจเข้าสู่ภาวะรุนแรงได้ทุกเมื่อ (2) เมื่อโรคมะเร็งพัฒนาสู่ช่วงระยะสุดท้ายแล้วผู้ดูแลก็ไม่สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวเตรียมรับการสูญเสียได้ทันเวลาที่ และ (3) แผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองในปัจจุบันกำหนดและดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลักโดยไม่ได้มีชุมชนและภาคส่วนต่างๆ ในชุมชนมีส่วนร่วมมากนัก

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองบนฐานความเป็นหุ้นส่วนของชุมชน เป็นแผนการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพสอดคล้องกับระยะของโรคมะเร็ง และช่วยสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วย นอกจากนี้ การพัฒนาแผนการดูแลมาจากการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายการดูแล ได้แก่ ครอบครัวผู้ป่วย ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อจะนำไปสู่การสร้างวัฒนธรรมชุมชนการดูแลในชุมชน การพัฒนานโยบายท้องถิ่นด้านการดูแลแบบประคับประคองให้เป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชนและทุกคนเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียม

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของ Kemmis R ซึ่งมี 4 ขั้นตอน⁽⁷⁾ ได้แก่ การวางแผน (plan) การปฏิบัติ (act) การสังเกตผลการปฏิบัติ (observe) และการสะท้อนผล (reflection) โดยที่มวิจัยประกอบด้วย ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ดูแลหลักในครอบครัว Cg ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อศึกษาผู้ป่วยมะเร็งในพื้นที่ ทั้งนี้ การวิจัยอยู่ภายใต้การรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนระดับ จังหวัดของจังหวัดสงขลาเลขที่ 12/2566 เพื่อพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่าง นั่นคือกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ สามารถเข้าร่วมหรือออกจากการศึกษาวิจัยได้ตลอดเวลา และ ข้อมูลที่เผยแพร่จะไม่ระบุชื่อกลุ่มตัวอย่างโดยไม่กระทบต่อการดูแล

ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง ที่ดูแลคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างองค์รวมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แนวคิดชุมชน กรุณา (compassionate communities)⁽⁸⁾ ซึ่งเป็นแนวคิดทางสังคมในการพัฒนาศักยภาพหน่วยงานต่างๆ ในชุมชน ให้มีศักยภาพรับมือกับการสูญเสีย การตายและการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว แนวคิดความเป็นหุ้นส่วนการดูแลแบบประคับประคอง (community-partnered palliative care)⁽⁹⁾ ที่เน้นเสริมพลังภาคส่วนของครอบครัวและชุมชน เป็นหุ้นส่วนกับภาคบริการสาธารณสุขเพื่อร่วมกำหนดแผนปฏิบัติการ การพัฒนาระบบสุขภาพ ระดมทุน และทรัพยากร ในการขับเคลื่อนแผนการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งสามแนวคิดข้างต้นนี้ใช้เป็นฐานคิดเชิงเนื้อหา นอกจากนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดวงล้อมแห่งการดูแล (circles of care) ของ Abel J และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่เสนอแนวทางการพัฒนาชุมชนแห่งการดูแล ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและเมืองคาวบอยอื่นๆ โอบดูแลเป็นชั้นๆ 5 ชั้น ได้แก่ (1) ชั้นเครือข่ายผู้ดูแลใน คือ ผู้ดูแลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย (2) ชั้นเครือข่ายผู้ดูแลนอก เช่น ญาติหรือเพื่อนผู้ป่วย (3) ชั้นชุมชน คือ กลุ่ม องค์การ อสม. หน่วยงาน ญาติ หรือมูลนิธิในชุมชน (4) ชั้นองค์กรบริการสุขภาพ คือ หน่วยบริการสุขภาพตามสิทธิประชาชน เช่น สถานีอนามัย ศูนย์แพทย์ โรงพยาบาล และ (5) ชั้นนโยบาย

คือ องค์การบริหารท้องถิ่นและระดับชาติที่กำหนดนโยบาย บริการสุขภาพ โดยแนวคิดวงล้อมแห่งการดูแลใช้เป็นกรอบ การคัดเลือกสมาชิกทีมวิจัย และกลุ่มตัวอย่างสำหรับเก็บ ข้อมูล โดยการดำเนินการวิจัยตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การวางแผน เกี่ยวข้องกับการศึกษาข้อมูล ปัญหา และแนวทางการแก้ปัญหา มีขั้นตอนดังนี้

1.1 ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยมะเร็ง วิเคราะห์แผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในปัจจุบัน และระบุปัญหาการดำเนินการ ผ่านการทบทวนวรรณกรรม และการวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อระบุจุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหา และอุปสรรค

1.2 สร้างทีมวิจัย 12 คน ซึ่งมาจากตัวแทนแต่ละชั้น ตามแนวคิดวงล้อมแห่งการดูแล ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งระยะ อากาศสงบ 1 คน ผู้ดูแลหลักในครอบครัว 1 คน Cg 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 7 คน ผู้นำชุมชน 1 คน และนักวิจัย จากภายนอก 1 คน โดยเงื่อนไขการคัดเลือกเข้าทีมวิจัยคือ เป็นผู้ที่มีหน้าที่ติดตามดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์โรคมะเร็ง หรือผู้ที่มีบทบาทในการ กำหนดนโยบายด้านสุขภาพของชุมชน รวมถึงเป็นผู้ที่เต็มใจ และสามารถร่วมกระบวนการวิจัยตลอดโครงการ

1.3 ระบุกลุ่มตัวอย่าง ใช้แนวคิดวงล้อมแห่งการดูแล ในระบุน โดยมีผู้ป่วยมะเร็งเป็นศูนย์กลาง งานวิจัยนี้กลุ่ม ตัวอย่าง ได้แก่ ผู้มะเร็งในพื้นที่พะตง 34 ราย ที่สื่อสาร ได้ตามปกติและยินยอมให้เก็บข้อมูล และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย มะเร็งแต่ละราย นั่นคือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่มีบทบาท หลักดูแลผู้ป่วย อสม./Cg ผู้ทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน ดูแลผู้ป่วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบติดตามดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง รวมถึงตัวแทนผู้นำชุมชนที่มีบทบาท ด้านการกำหนดนโยบายท้องถิ่นด้านสุขภาพ

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเครื่องมือ วิจัย และการเก็บข้อมูล

2.1 การพัฒนาเครื่องมือวิจัยสำหรับเก็บข้อมูล เชิงปริมาณและคุณภาพ ทีมวิจัยได้นำแบบประเมินผลลัพธ์ การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care outcome scale: POS)⁽¹¹⁾ มาปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทชุมชน และเนื้อหาตามวัตถุประสงค์การวิจัย แบบประเมินมีคำถาม ทั้งหมด 12 ข้อ โดยมีคำถามปลายปิด 10 ข้อ สำหรับ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้การประเมินความคิดเห็น/

ความรู้สึก/การรับรู้ต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ด้านกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ด้วยมาตรวัดแบบ ลิเคิทสเกล (Likert scale) ซึ่งมี 5 ระดับให้เลือกตอบ “5” หมายถึงมากที่สุด และ “1” หมายถึงน้อยที่สุด และมีคำถาม ปลายเปิดข้อสองข้อ ได้แก่ ข้อ 11 และ 12 สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อสำรวจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย หรือผู้ดูแล แบบประเมิน POS ได้รับการปรับปรุงโดย ทีมวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ ชนิดของมะเร็ง ระยะของโรค สถานะ การรักษา และสิทธิการรักษาของผู้ป่วย ส่วนที่ 2 ชุดคำถาม 12 ข้อสำหรับประเมินตนเองของผู้ป่วย ส่วนที่ 3 ชุดคำถาม 12 ข้อสำหรับประเมินตนเองของผู้ดูแลหลักในครอบครัว ส่วนที่ 4 ชุดคำถาม 12 ข้อสำหรับประเมินตนเองของ อสม./Cg และส่วนที่ 5 ชุดคำถาม 12 ข้อสำหรับประเมินตนเองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งนี้แบบประเมินได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (item objective congruency: IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองและการวิจัยสาธารณสุขชุมชน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองและ ผู้เชี่ยวชาญจากมูลนิธิสถาบันการวิจัยและพัฒนาชุมชนกรุณา ทั้งนี้เกณฑ์ยอมรับคือ IOC มากกว่า 0.5 ผลการตรวจสอบแบบประเมิน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ค่า IOC = 1.00 ส่วนที่ 2 สำหรับผู้ป่วย ค่า IOC = 0.67 - 1.00 ส่วนที่ 3 สำหรับผู้ดูแลหลักในครอบครัว ค่า IOC = 0.67 - 1.00 ส่วนที่ 4 สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ค่า IOC = 0.67 - 1.00 และ ส่วนที่ 5 สำหรับ อสม./Cg ค่า IOC = 0.67 - 1.00 สรุปได้ว่าแบบประเมินยอมรับได้และสามารถใช้เก็บข้อมูลได้

2.2 การพัฒนาแบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้าง เพื่อสำรวจว่าแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในปัจจุบันเป็นอย่างไร และแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ดีควรเป็นอย่างไร แล้วมาสรุปจุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหา/อุปสรรค และโอกาสการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งร่วมกับข้อมูลจากแบบประเมิน POS ทั้งนี้แบบสัมภาษณ์มี 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ชุดคำถามสำหรับ “ผู้ป่วย” มีคำถาม 9 ข้อ เช่น ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษาหรือไม่ แผนการดูแลในปัจจุบันมีข้อดีข้อเสียอะไรบ้าง ท่านเจออุปสรรคหรือปัญหาจากแผนการดูแลอะไรบ้าง ท่านคิดว่าแผนการ

ดูแลที่ดีควรเป็นอย่างไร ควรมีใครหรือหน่วยงานใดเข้ามาเกี่ยวข้องบ้าง เป็นต้น ส่วนที่ 2 ชุดคำถามสำหรับ “ผู้ดูแลหลักในครอบครัว และ อสม./Cg” มีคำถาม 9 ข้อ เช่น ท่านทราบสาเหตุที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบที่เป็นปัจจุบันหรือไม่ การดูแลในปัจจุบันมีข้อดีข้อเสียอะไรบ้าง ท่านเจอปัญหาหรืออุปสรรคการดูแลอะไรบ้าง ท่านคิดว่าแผนการดูแลที่ดีสำหรับผู้ป่วยมะเร็งควรเป็นอย่างไร และควรมีหน่วยงานใดเข้ามาเกี่ยวข้องบ้าง เป็นต้น ส่วนที่ 3 ชุดคำถามสำหรับ “เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้นำชุมชน” มีคำถาม 9 ข้อ เช่น ปัจจุบันชุมชนมีแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งหรือไม่ แผนการดูแลเป็นอย่างไร แผนมีข้อดีข้อเสียอะไรบ้าง แผนมีระบบส่งต่อหรือติดตามการรักษาผู้ป่วยอย่างไร แผนมีการสนับสนุนอื่นๆ เช่น การเดินทาง อุปกรณ์การดูแล หรือการให้คำปรึกษาหรือไม่ มีอุปสรรคการทำแผน การติดตาม และการบริหารจัดการให้เป็นไปตามแผนหรือไม่และอย่างไร แผนการดูแลที่ดีสำหรับผู้ป่วยมะเร็งควรเป็นอย่างไร แผนควรมีใคร/หน่วยงานใดเข้ามาเกี่ยวข้องและแต่ละหน่วยควรมีบทบาทอะไร เป็นต้น ทั้งนี้แบบสัมภาษณ์ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีเกณฑ์ยอมรับคือ IOC มากกว่า 0.5 ผลการประเมินได้ค่า IOC = 0.67 - 1.00 สรุปคือแบบสัมภาษณ์ยอมรับได้และใช้เก็บข้อมูลได้

2.3 การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยทีมวิจัย โดยใช้แบบประเมิน POS เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยมะเร็ง 34 กรณี รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยรายนั้น ซึ่งได้แก่ ผู้ดูแลหลักในครอบครัว อสม./Cg และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งนี้สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้นที่จะเป็นทั้งสมาชิกทีมวิจัยและผู้ตอบแบบประเมิน POS เพื่อประเมินตนเองในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย สำหรับกลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัว และกลุ่ม อสม./Cg จะไม่ได้เป็นกลุ่มเดียวกับสมาชิกทีมวิจัย

2.4 การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างสัมภาษณ์ จากการศึกษางานวิจัยทฤษฎีราก โดยทั่วไปจำนวนกลุ่มตัวอย่างการสัมภาษณ์ที่นำมาสู่การอิมิตัวของข้อมูลอยู่ในช่วง 5-35 คน⁽¹²⁾ สำหรับการวิจัยนี้ได้สัมภาษณ์ตัวแทนกลุ่มตามวงล้อมแห่งการดูแลจำนวน 6 คน ได้แก่ ผู้ป่วยระยะอาการสงบ 1 คน ผู้ดูแลหลัก

ในครอบครัวที่เป็น อสม. 1 คน เจ้าหน้าที่การดูแลแบบ ประคับประคองของศูนย์แพทย์ 1 คน รวมถึงเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขระดับผู้บริหาร 2 คน และผู้นำตำบลพะตง 1 คน ที่มีบทบาทกำหนดแผนและนโยบายท้องถิ่นการดูแล ผู้ป่วยระยะยาว

ขั้นที่ 3 การสังเกตผลการปฏิบัติ เกี่ยวข้องกับ การตรวจสอบการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการสังเคราะห์รูปแบบหรือแผนชุมชนการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง แบบประคับประคองของทีมวิจัย

3.1 การสังเกตผลการเก็บข้อมูล โดยทั่วไปใช้การ ตรวจสอบสามเส้า (triangulation)⁽¹³⁾ เช่น การตรวจสอบสามเส้า ด้านข้อมูล ด้านผู้วิจัย ด้านทฤษฎี หรือด้านวิธีรวบรวม ข้อมูล เป็นต้น สำหรับการวิจัยนี้ใช้การตรวจสอบสามเส้า ด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation) โดยใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่มาจากการสัมภาษณ์ ชนิดมีโครงสร้าง การใช้แบบประเมิน POS การรวบรวม เอกสารจากสถานีอนามัยฯ รวมถึงการบันทึกของทีมวิจัย ที่มาจากการสังเกตแบบมีส่วนร่วมเมื่อลงเก็บข้อมูล นอกจากนี้ ใช้การประชุมทีมวิจัยเพื่อตรวจสอบข้อมูล และ วิธีการเก็บข้อมูล ว่าได้ข้อมูลที่ถูกต้องหรือไม่ก่อนนำไป วิเคราะห์ผล

3.2 การวิเคราะห์ข้อมูล สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ ได้ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทั้งนี้เนื่องจากผลการตรวจสอบข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า ข้อมูลกระจายแบบไม่ปกติ การวิเคราะห์จึงใช้การวิเคราะห์แบบ nonparametric ซึ่งในงานวิจัยนี้ใช้การวิเคราะห์ median-test⁽¹⁴⁾

เพื่อการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและ SWOT analysis สรุปจุดแข็ง จุดอ่อน และข้อจำกัดของแผนการดูแลผู้ป่วย มะเร็งในปัจจุบัน และโอกาสการทำแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง แบบประคับประคอง

3.3 การสังเคราะห์แผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบ ประคับประคอง โดยนำผลการวิเคราะห์ของข้อมูลการวิจัย เชิงปริมาณและคุณภาพมาบูรณาการร่วมกันเพื่อสังเคราะห์ แผนชุมชนฯ

ขั้นที่ 4 การสะท้อน คือการนำเสนอแผนชุมชน การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองโดยการประชุมกลุ่ม ของทีมวิจัย ผู้เชี่ยวชาญ และผู้สนใจ เพื่อร่วมสะท้อนข้อค้นพบ รวมถึงให้ข้อเสนอแนะเพื่อนำมาปรับปรุงแผนชุมชนฯ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งในพื้นที่ตำบลพะตง

จากข้อมูลเอกสารของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ตำบลพะตง มีผู้ป่วยมะเร็งที่ลงทะเบียนไว้ 41 ราย สำหรับ งานวิจัยนี้สามารถเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยมะเร็งได้ 34 ราย เท่านั้น ส่วนรายที่ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้เนื่องจากผู้ป่วย ไม่สามารถสื่อสารได้ ไม่พร้อมให้ข้อมูล และบางราย ไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้ ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง ทั้ง 34 ราย สามารถแจกแจงข้อมูลผู้ป่วยตาม เพศ อายุ ชนิดโรคมะเร็ง ระยะของโรค สถานการณ์รักษา และสิทธิ การรักษา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็ง

ตัวแปร	ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็ง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	10
	หญิง	24
อายุ	ต่ำกว่า 20 ปี	1
	20 - 35 ปี	1
	26 - 50 ปี	7

ตารางที่ 1 ข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ตัวแปร	ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็ง		
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
	51 - 65 ปี	16	47.07
	65 ปี ขึ้นไป	9	26.48
ศาสนา	พุทธ	33	97.06
	อิสลาม	1	2.94
ชนิดของโรคมะเร็ง	มะเร็งเต้านม	15	44.12
	มะเร็งลำไส้	6	17.65
	มะเร็งปากมดลูก	4	11.75
	มะเร็งรังไข่	2	5.88
	มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	1	2.94
	มะเร็งต่อมลูกหมาก	1	2.94
	มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	1	2.94
	มะเร็งกล่องเสียง	1	2.94
	มะเร็งเม็ดเลือดขาว	1	2.94
	มะเร็งตับ	1	2.94
	มะเร็งโพรงจมูก	1	2.94
	ระยะของโรค	ระยะแรก	10
ระยะสอง		6	17.65
ระยะสาม		11	32.345
ระยะสี่		6	17.56
อื่นๆ (ไม่สามารถระบุระยะได้)		1	2.94
สถานะการรักษา	กำลังรักษา	13	38.24
	เฝ้าติดตามอาการ	20	58.82
	ไม่รักษา แต่ดูแลคุณภาพชีวิต	1	2.94
การใช้สิทธิการรักษา	สิทธิบัตรทอง	27	79.42
	สิทธิประกันสังคม	4	11.76
	สิทธิข้าราชการ	2	5.88
	สิทธิประกันเอกชน	1	2.94
	ประกันเอกชน	0	0.00

2. ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง

ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองดังตารางที่ 2 สรุปรายจากข้อมูลผู้ป่วย (n=34) ผู้ดูแลหลัก (n=34) อสม./Cg (n=24) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (n=21) ความแตกต่างของจำนวนผู้ตอบแบบประเมินเนื่องจากผู้ป่วยบางรายไม่มี อสม./Cg หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามเยี่ยมบ้านพบว่า ในพื้นที่ที่จะตงมีผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 30 ที่ไม่มีผู้ดูแลติดตาม กล่าวได้ว่า การดูแลไม่อาจมอบให้กลุ่มใดกลุ่มหนึ่งรับผิดชอบ หากแต่เป็นสิ่งที่เครือข่ายในสังคมควรรับผิดชอบร่วมกัน

จากตารางที่ 2 พบว่า การรับรู้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ ทั้งนี้กลุ่มผู้ดูแลหลัก

ในครอบครัวมีการรับรู้ต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่ใกล้เคียงกับผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่ม อสม./Cg ในขณะที่กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับรู้ผลลัพธ์ต่างจากผู้ป่วยทุกตัวแปรสังเกต กล่าวได้ว่าผู้ดูแลหลักในครอบครัวและ อสม./Cg เข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเป็นกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลแบบประคับประคอง นอกจากนี้เมื่อพิจารณาผลการศึกษารายข้อพบว่า ตัวแปรสังเกตที่กลุ่มผู้ป่วยให้ความสำคัญมากที่สุดคือ “X6 การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการป่วยและแผนการรักษา” (M=4.26, SD=0.66) และข้อที่ค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ “X1 การดูแลอาการปวดทางกาย” (M=2.62, SD=1.42)

ตารางที่ 2 การรับรู้ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของคำถามข้อ 1 – 10

ตัวแปรสังเกต ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง	ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)			
	ผู้ป่วย (n=34)	ผู้ดูแลหลัก (n=34)	อสม./Cg (n=24)	เจ้าหน้าที่ (n=21)
X1 อาการปวดทางกาย	2.62 (1.42)	3.00 (1.41)	2.67 (1.37)	1.90 (1.00)
X2 อาการอื่นๆ ที่กระทบความรู้สึก เช่น โธ่ ท้องผูก อ่อนเพลีย	2.69 (1.36)	3.03 (1.29)	2.75 (1.48)	2.10 (1.18)
X3 ความกังวลใจเกี่ยวกับอาหารเจ็บปวด	2.97 (1.46)	2.79 (1.32)	2.58 (1.18)	1.90 (1.09)
X4 ความกังวลใจเกี่ยวกับการรักษา	2.91 (1.40)	2.97 (1.38)	2.79 (1.41)	1.76 (0.89)
X5 ความกังวลของครอบครัวเกี่ยวกับความเจ็บปวดและการรักษา	3.35 (1.39)	3.38 (1.23)	2.79 (1.25)	1.95 (1.16)
X6 การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการป่วยและแผนการรักษา	4.26 (0.66)	3.79 (1.04)	3.58 (1.18)	2.43 (1.63)
X7 การได้รับความช่วยเหลือด้านปัญหาการเงินและปัญหาอื่นๆ	3.03 (1.27)	3.24 (1.25)	3.33 (1.27)	1.95 (1.16)
X8 การได้ระบายความรู้สึก	3.50 (1.24)	3.21 (1.27)	3.21 (1.10)	2.10 (1.18)
X9 ความรู้สึกเศร้า	2.88 (1.41)	2.87 (1.31)	2.79 (1.38)	1.95 (1.16)
X10 การยอมรับต่อโรค	3.91 (1.07)	3.94 (1.15)	3.33 (1.43)	2.52 (1.63)
ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	3.21 (1.26)	3.23 (1.27)	2.98 (1.31)	2.06 (1.21)
ค่ามัธยฐาน	3.00	3.15	3.15	2.00
ข้อสรุประดับ	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	ต่ำ

ทั้งนี้เมื่อตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูลพบว่า ข้อมูลไม่ได้แจกแจงแบบปกติ ดังนั้นจึงใช้การวิเคราะห์แบบ nonparametric tests ด้วยการวิเคราะห์ Median test (k=4) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม พบว่าการรับรู้ผลลัพธ์มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี pair-wise comparisons พบว่า กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการรับรู้ ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองต่างจากผู้ดูแลหลักและอสม./Cg อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

นอกจากนี้ ผลการสำรวจปัญหาและความต้องการ ของผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักในครอบครัว อสม./Cg และเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขตามแบบประเมินผลลัพธ์ข้อที่ 11 และข้อ 12 พบว่า กลุ่มผู้ป่วยมีปัญหาหลักสี่อันดับแรกได้แก่ (1) ปัญหา ด้านการเงิน จากค่ารักษายานนอกบัญชี ยาลดผลข้างเคียง และค่าเดินทาง (2) ปัญหาผลข้างเคียงจากเคมีบำบัด ที่สร้างความเจ็บปวด นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร และส่งผล

ทางอารมณ์เช่น หงุดหงิด ท้อแท้ และกังวล (3) ปัญหาการเดินทางไปโรงพยาบาล และ (4) ปัญหาไม่มีคนดูแลที่บ้าน และไม่มีคนพาไปโรงพยาบาล ดังนั้นความต้องการของผู้ป่วย จึงเกี่ยวข้องกับความต้องการให้ช่วยเหลือด้านการเงิน การเดินทาง การดูแลอาการปวดทางกายและจิตใจ การดูแล ด้านอาหาร และมีคนดูแลที่บ้านหรือช่งไปโรงพยาบาล

กลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัวมีปัญหาและความต้องการ ไม่แตกต่างจากผู้ป่วยมากนัก มีปัญหาหลักได้แก่ ปัญหา ด้านการเงินและการเดินทาง ปัญหาการดูแลอาหารให้ผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัวมีปัญหาเฉพาะ ของตนเอง ได้แก่ การรับมือกับอารมณ์ของผู้ป่วย ปัญหา อารมณ์ของตนเองที่รู้สึกท้อแท้ เบื่อ และความกังวลที่ การรักษาใช้เวลานานและกระทบต่องานและวิถีชีวิตของ ตนเอง ดังนั้นผู้ดูแลหลักในครอบครัวต้องการความช่วยเหลือ ด้านการประสานงานกับโรงพยาบาล เช่น คิวนัด และการส่งตัว การเดินทางไปโรงพยาบาล รวมถึงมีกลุ่มเจ้าหน้าที่มาเยี่ยม ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีกลุ่มให้ความรู้เรื่องการดูแลอาหารผู้ป่วย มะเร็ง และมีกลุ่มปรึกษาเพื่อดูแลจิตใจผู้ดูแล

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ median test ของผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง	Independent-Sample Median Test					สรุป
	N	Median	Test Statistic	df	Asymptotic (p-value 2-sides test)	
ระหว่างกลุ่ม	108	3.00	9.254	3	0.026	ต่างกัน

*p=0.05

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ Pairwise Comparisons ระหว่างกลุ่ม

	Test Statistic	p-value	สรุป
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข - ผู้ป่วย	1.696	0.293	ไม่ต่างกัน
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข - ผู้ดูแลหลักในครอบครัว	4.828	0.028*	ต่างกัน
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข - อสม./Cg	6.505	0.011*	ต่างกัน
ผู้ป่วย - ผู้ดูแลหลักในครอบครัว	0.016	0.898	ไม่ต่างกัน
ผู้ป่วย - อสม./Cg	0.127	0.721	ไม่ต่างกัน
ผู้ดูแลหลักในครอบครัว - อสม./Cg	0.000	1.00	ไม่ต่างกัน

*p=0.05

กลุ่ม อสม./Cg มีปัญหาหลักได้แก่ความกังวลและความไม่มั่นใจในตนเอง เพราะมองว่าตนเองขาดทักษะความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านกายและจิตใจผู้ป่วย นอกจากนี้ อสม./Cg มีความกังวลเกี่ยวกับการสื่อสารและการดูแลจิตใจญาติ และครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต ดังนั้นความต้องการของกลุ่ม อสม./Cg เกี่ยวกับการพัฒนาทักษะการสื่อสารและดูแลจิตใจผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมลงเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อทบทวนความรู้

กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสะท้อนปัญหาหลัก ได้แก่ ปัญหาไม่มีข้อมูลผู้ป่วย ไม่มีเครื่องมือสำหรับเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งทำให้การเก็บข้อมูลผู้ป่วยได้ไม่รอบด้าน ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงต้องการพัฒนาฐานข้อมูล และพัฒนาแบบเยี่ยมผู้ป่วยที่สามารถดูแลด้านกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณได้อย่างองค์รวม

3. ผลการวิเคราะห์ SWOT ของสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งของตำบลพะตง

การวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้มาจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 6 ท่าน ค้นพบว่า การดูแลผู้ป่วยมะเร็งในปัจจุบันยังไม่มีแผนการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งทุกคน กล่าวคือ มีแผนเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งที่แพทย์ได้วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ถูกส่งตัวกลับบ้านเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามดูแลแบบประคับประคองจนเสียชีวิต แต่ผู้ป่วยมะเร็งระยะอื่นยังไม่มีแผนการติดตามหรือดูแลแบบประคับประคอง ทั้งนี้สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งสรุปผ่านการวิเคราะห์ SWOT ที่แสดงจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคได้ดังนี้

จุดแข็งหรือข้อได้เปรียบของชุมชนพะตงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง 4 ด้าน ได้แก่ การประสานงานระหว่างหน่วยงาน สมรรถนะของอสม./Cg การสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเหลือ และการเยี่ยมผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ ในขณะที่จุดอ่อนหรือข้อจำกัดของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งของชุมชนพะตงมี 5 ประเด็น ได้แก่ ไม่มีฐานข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งฐานข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน ระบบคัดกรองไม่เพียงพอ ขาดการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ขาดการดูแลจิตใจผู้ป่วยและผู้ดูแล ขาดความรู้ด้านการดูแลอาหารผู้ป่วยมะเร็ง และไม่มีแบบเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินและเก็บข้อมูลผู้ป่วยอย่างรอบด้าน และไม่มีการพูดคุยระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยมะเร็งรายหนึ่งได้เล่าถึงประสบการณ์

การยอมรับว่าเป็นมะเร็งว่า รู้สึกกังวล กลัว คิดมาก และทำใจยอมรับไม่ได้ แม้ว่าครอบครัวจะให้กำลังใจ ตอนไปโรงพยาบาลครั้งแรกพบผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นเหมือนตัวเองเป็นจำนวนมาก ทำให้ทำใจได้และยอมรับได้ว่าไม่ใช่เป็นโรคมะเร็งอยู่คนเดียวทำให้ยอมรับโรคได้ และยอมเข้าระบบการรักษาจนหาย จึงมองว่าหากชุมชนมีกลุ่มผู้ป่วยมาแลกเปลี่ยนพูดคุยกันน่าจะช่วยให้ผู้ป่วยที่ยังอยู่ในช่วงปฏิเสธโรคผ่านช่วงวิกฤตได้และยอมรับโรค

อุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งของชุมชนพะตงในปัจจุบันมี 4 ประเด็น ได้แก่ ปัญหาด้านการเงินของผู้ป่วยและงบประมาณสนับสนุนการช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ดูแลขาดความรู้ด้านโรคมะเร็ง ขาดการประเมินผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง ชุมชนยังขาดแผนการปฏิบัติการที่ชัดเจนและแผนการป้องกัน ดังที่ผู้นำชุมชนได้กล่าวถึงข้อจำกัดของนโยบายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในปัจจุบันไว้ว่า นโยบายและแผนการดูแลที่ปฏิบัติกันในปัจจุบัน เน้นการรักษาซึ่งใช้งบประมาณมาก แต่ไม่มีแผนป้องกัน และไม่เคยมองตั้งคำถามว่าจะทำให้ประชาชนเป็นมะเร็งน้อยลงได้อย่างไร และระบุว่าตำบลพะตงมีนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมถึงการส่งเสริมสุขภาวะที่ดี หากมีการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมและส่งเสริมความรู้เรื่องโรคมะเร็งให้กับเยาวชนและประชาชน แล้วติดตามประเมินต่อเนื่องเพื่อนำข้อมูลมาใช้เป็นแนวทางพัฒนาแผนป้องกัน ก็น่าจะมีส่วนร่วมมาก แต่อาจจะใช้ระยะเวลานาน

โอกาสของการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ดีของชุมชนพะตงเกี่ยวข้องกับ (1) การพัฒนาแผนการดูแลที่สอดคล้องกับระยะของโรค ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย (2) การพัฒนากองทุนผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายและการเดินทาง (3) การพัฒนาระบบฐานข้อมูล (4) การส่งเสริมความรู้ด้านโรคมะเร็ง และ (5) การยกระดับความร่วมมือมาสู่ความเป็นหุ้นส่วนของภาคีเครือข่าย เพื่อร่วมขับเคลื่อนแผนการดูแล สร้างวัฒนธรรมชุมชนแห่งการดูแลที่สมาชิกชุมชนเห็นคุณค่า การดูแลแบบประคับประคองและการวางแผนสุขภาพล่วงหน้า ดังที่ผู้อำนวยการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติตำบลพะตง กล่าวถึงแนวทางการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งไว้ว่า เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง คือ มีแผนที่มีคุณภาพ รู้ข้อมูลเร็ว ข้อมูลมีการอัปเดตที่ไม่ได้มาจากทีม

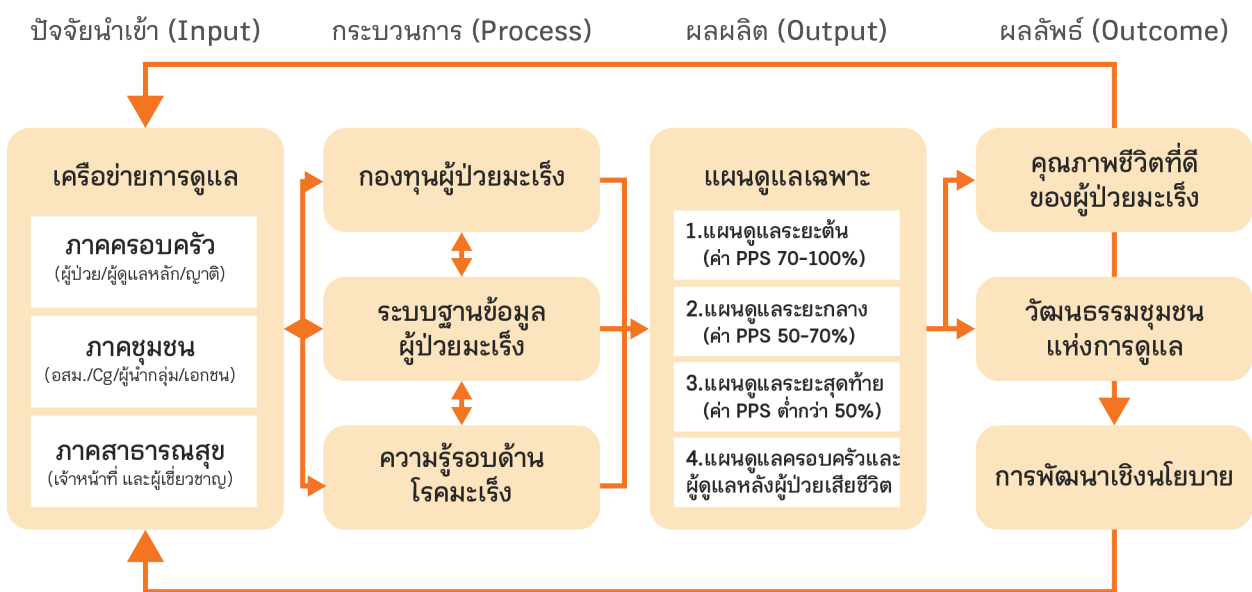
เจ้าหน้าที่สุขภาพเพียงฝ่ายเดียว มีกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมให้เครือข่ายร่วมพัฒนาฐานข้อมูลผู้ป่วย พัฒนาแผนการดูแลที่ทุกภาคส่วน อสม. Cg เจ้าหน้าที่ ผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เข้ามาเป็นหุ้นส่วน คือการร่วมประชุม ร่วมคิด ประเมิน แก้ไข ปรับปรุง และต่อยอดเพื่อให้มีการพัฒนาแผนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้แผนการดูแลแบบประคับประคองช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้ดีขึ้น และตายอย่างสมศักดิ์ศรี และนำทรัพยากรชุมชนมาร่วมวางแผนและนโยบายการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

4. แผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองจากความเป็นหุ้นส่วนของชุมชน

แผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองจากความเป็นหุ้นส่วนของชุมชนสังเคราะห์จากผลการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาประสิทธิภาพแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองที่มาจากกระบวนการสร้างความเป็นหุ้นส่วนของภาคีเครือข่ายการดูแลของตำบลพะตง แสดงดังภาพที่ 1

แผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองจากความเป็นหุ้นส่วนของชุมชนอธิบายผ่านองค์ประกอบของปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต และผลลัพธ์ ตามลำดับได้ดังนี้ หนึ่ง ปัจจัยนำเข้า คือ เครือข่ายการดูแลจากสามภาคส่วนหลัก ได้แก่ ภาคส่วนครอบครัว (ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก) ภาคส่วนชุมชน (อสม./Cg กลุ่มต่างๆ ในชุมชนและเอกชน) และภาคส่วนสาธารณสุข (เจ้าหน้าที่สุขภาพและผู้เชี่ยวชาญ) สอง กระบวนการสร้างความเป็นหุ้นส่วนของภาคีเครือข่ายมาจาก 3 กระบวนการหลัก ได้แก่ (1) การพัฒนากองทุนผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านการเงินให้ผู้ป่วยและการขับเคลื่อนแผนผ่านการระดมทุน (2) การพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งเกี่ยวข้องกับการพัฒนาฐานข้อมูลผู้ป่วย ระบบคัดกรอง แบบเยี่ยมบ้านและแบบประเมินผู้ป่วย และการเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูลกับหน่วยงานต่างๆ และ (3) การพัฒนาความรู้ด้านโรคมะเร็ง ซึ่งเกี่ยวข้องกับการสร้างกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กลุ่มรับฟังสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล

ภาพที่ 1 แผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองจากความเป็นหุ้นส่วนของชุมชน



การให้ความรู้เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วย และการรับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ นอกจากนี้ ผลผลิตของกระบวนการ คือ แผนการดูแลเฉพาะที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยจำแนกได้ 4 แผนย่อยตามผลการประเมินของแบบ palliative performance scale (PPS) ได้แก่ (1) แผนระยะต้น (สำหรับผู้ป่วยที่ค่าประเมิน PPS ร้อยละ 70-100) เป็นแผนดูแลสำหรับกลุ่มผู้ป่วยเคลื่อนไหวและทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ไม่มีอาการของโรคหรืออาจมีบ้างบางอาการของโรค รับประทานอาหารได้ตามปกติหรืออาจน้อยลงในบางกรณี แต่มีความรู้สึกตัวดี (2) แผนระยะกลาง (สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ค่าประเมิน PPS ร้อยละ 50-70) เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวได้ลดลง ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน โรคมีอาการบางอย่างหรืออาจเริ่มลุกลาม รับประทานอาหารได้น้อยลง และมีความรู้สึกลดน้อยถึงสับสนได้ (3) แผนระยะสุดท้าย (สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ค่าประเมิน PPS ต่ำกว่าร้อยละ 50) เป็นแผนสำหรับผู้ป่วยที่นอนติดเตียง โรคมีลุกลาม ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด และต้องการผู้เชี่ยวชาญร่วมดูแล และ (4) แผนการดูแลครอบครัวและผู้ดูแลหลังผู้ป่วยเสียชีวิต เป็นแผนการดูแล เยียวยา และฟื้นฟูครอบครัวผู้ป่วยและผู้ดูแลหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต สุดท้ายผลลัพธ์หรือผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อชุมชนเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยมะเร็ง ชุมชนได้พัฒนาวัฒนธรรมใหม่ที่สมาชิกชุมชนเห็นว่าเรื่องการตายและการเตรียมตัวตายเป็นสิ่งที่พูดถึงได้ รวมถึงสมาชิกเห็นคุณค่าการดูแลแบบประคับประคองและการวางแผนสุขภาพล่วงหน้า นอกจากนี้ มีการพัฒนานโยบายด้านการดูแลแบบประคับประคองให้เป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชน และภาคีมีส่วนร่วมขับเคลื่อนแผนชุมชนอย่างต่อเนื่อง

วิจารณ์

แผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองจากความเป็นหุ้นส่วนของชุมชนเป็นแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่นับรวมผู้ป่วยมะเร็งทุกระยะของโรคเพื่อเข้ารับการดูแลแบบการดูแลแบบประคับประคองจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต⁽¹⁵⁾ และเป็นแผนการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ในภาพรวมองค์-

ประกอบของแผนสอดคล้องกับแผนบริการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ใหญ่ประเทศไทย⁽¹⁶⁾ ได้แก่ การบูรณาการทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล การพัฒนาแผนเฉพาะสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง และการให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบฐานข้อมูล นอกจากนี้ ข้อค้นพบจากงานวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของกชพร เชื้อนธนะและคณะ⁽¹⁷⁾ ที่เสนอว่าการพัฒนากองทุนและระบบฐานข้อมูลเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ได้เสนอข้อค้นพบใหม่ ได้แก่ การเสนอแผนการดูแลแบบประคับประคองให้กับผู้ป่วยมะเร็งทุกรายและทุกระยะโรค โดยจัดทำแผนเฉพาะที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยไว้สี่กลุ่มตามผลการประเมิน PPS ในขณะที่แผนการดูแลแบบประคับประคองในปัจจุบันที่กำหนดจากโรงพยาบาล⁽¹⁸⁾ มีไว้เฉพาะผู้ป่วยมะเร็งที่มีผลการประเมิน PPS ต่ำกว่าร้อยละ 50 เท่านั้น นอกจากนี้ โดยทั่วไปแผนการดูแลแบบประคับประคองจะกำหนดโดยผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่งานวิจัยนี้เสนอว่า แผนการดูแลเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ผลการประเมิน PPS ต่ำกว่าร้อยละ 50 เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความต้องการซับซ้อนและต้องมีแผนดูแลทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สุขภาพและผู้เชี่ยวชาญ แต่กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ผลการประเมิน PPS มากกว่าร้อยละ 50 แผนการดูแลสามารถร่วมพัฒนาร่วมกันกับภาคีเครือข่ายการดูแลซึ่ง ได้แก่ ผู้ดูแลหลักในครอบครัว อสม./Cg และผู้เกี่ยวข้องในชุมชน โดยมีส่วนร่วมในการประเมินสภาวะผู้ป่วย ร่วมติดตามและดูแลร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงการสะท้อนเพื่อพัฒนาแผนการดูแลเฉพาะนี้ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง สำหรับรายละเอียดข้อค้นพบ ผู้วิจัยขออภิปรายประเด็นกระบวนการสร้างความเป็นหุ้นส่วนของภาคีเครือข่ายการดูแล ได้แก่ กองทุนผู้ป่วยมะเร็ง การพัฒนาระบบฐานข้อมูล และความรอบรู้ด้านโรคมะเร็ง รวมถึงแผนดูแลเฉพาะ ตามลำดับดังนี้

- 1) กองทุนมะเร็ง เป็นกระบวนการสำคัญของแผนชุมชนในการนำภาคีเข้ามาเป็นหุ้นส่วนร่วมแก้ปัญหาด้านการเงินให้กับผู้ป่วยมะเร็ง โดยทั่วไปแผนการดูแลแบบประคับประคองบนฐานของชุมชนให้ความสำคัญกับการพัฒนากองทุน เช่น งานวิจัยโมเดลการดูแลผู้ป่วย

มะเร็งบ้านปันรักโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี⁽¹⁹⁾ให้ความสำคัญกับการมีกองทุนเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย แต่ก็พบว่ากองทุนมักมีปัญหาขาดเงินสนับสนุนจากภาครัฐ สำหรับงานวิจัยนี้การพัฒนากองทุนมะเร็งไม่ได้เน้นเฉพาะการระดมทุนจากการบริจาค แต่มองว่าการสร้างกองทุนเป็นกระบวนการสร้างความเป็นหุ้นส่วนของภาคีเพื่อมีส่วนร่วมในวงล้อมการดูแล กล่าวคือ ด้านหนึ่งภาคีเป็นสมาชิกกองทุนและร่วมบริจาคเพื่อร่วมระดมทุนจากสมาชิกชุมชน อบอุ่น. เทศบาล ภาครัฐ รวมถึงภาคเอกชน เช่น กลุ่มอุตสาหกรรมในพื้นที่พะตง และอีกด้านสมาชิกกองทุนสามารถกู้เงินจากกองทุนใช้สร้างอาชีพที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เช่น กลุ่มอาชีพดูแลผู้ป่วย กลุ่มอาชีพเป็นเพื่อนผู้ป่วยไปโรงพยาบาล หรือกลุ่มครัวชุมชนเพื่อดูแลอาหารสุขภาพให้ผู้ป่วยมะเร็ง เป็นต้น แล้วผู้กู้ยืมคืนเงินทุนและผลกำไรบางส่วนสทบกองทุน ด้วยกระบวนการขับเคลื่อนกองทุนนี้จะสามารถแก้ปัญหาขาดเงินบริจาค และช่วยให้กองทุนมะเร็งเติบโตได้อย่างยั่งยืนได้

2) ระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยมะเร็ง เป็นกระบวนการสร้างความเป็นหุ้นส่วนของภาคีร่วมพัฒนาฐานข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งร่วมกับภาคสาธารณสุข การพัฒนาระบบฐานข้อมูลจะมีประโยชน์ต่อการประสานงานและส่งข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานสุขภาพ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของปริชา แหวนหล่อ และคณะ⁽²⁰⁾ ที่ได้ข้อสรุปว่าการพัฒนาระบบสารสนเทศช่วยเสริมประสิทธิภาพการดูแลและการส่งตัวผู้ป่วยไปโรงพยาบาล โดยการพัฒนาระบบฐานข้อมูลมาจากการทำงานของหน่วยงานสุขภาพ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้เสนอว่าการพัฒนาระบบฐานข้อมูลเป็นกระบวนการสร้างความมีส่วนร่วมนั้นหมายความว่าผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก อสม./Cg สมาชิกชุมชนหรือฝ่ายบุคคลของภาคเอกชน สามารถแจ้งรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งเข้าระบบฐานข้อมูล เพื่อให้ทีมงานสุขภาพและผู้เกี่ยวข้องติดตามประเมินผู้ป่วยก่อนจะบันทึกข้อมูลอย่างเป็นทางการแล้วนำข้อมูลมาพัฒนาแผนการดูแลเฉพาะให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย จากนั้นเชื่อมโยงฐานข้อมูลเข้ากับฐานข้อมูลประชากรของ อบอุ่น. พะตง หรือฐานข้อมูลฝ่ายบุคคลของภาคเอกชน เพื่อการติดตาม ดูแล และประเมินแผนการดูแลเฉพาะสำหรับผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) ความรอบรู้ด้านมะเร็ง เป็นกระบวนการสร้างความเป็นหุ้นส่วนของภาคีร่วมพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งและการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบองค์รวมทั้งด้านกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงประเด็นปัญหาต่างๆ เช่น ความรู้ด้านอาหารผู้ป่วยมะเร็ง การพัฒนาทีมรับฟัง และกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนาความรู้ด้านมะเร็งนี้สอดคล้องกับโมเดลบ้านปันรักของชุมชนของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และงานวิจัยของพิมพ์พินิต ภาคศรี และคณะ⁽²¹⁾ ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยต้องการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งและพัฒนาการของโรค กลุ่มผู้ดูแลต้องการความรู้และทักษะวิธีการดูแลผู้ป่วยจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ สำหรับงานวิจัยนี้เสนอว่า ความรอบรู้ด้านมะเร็งเป็นกระบวนการพัฒนาความรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล และอีกด้านหนึ่งเป็นกระบวนการเสริมพลังเพื่อให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมสร้างความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่มาจากประสบการณ์ตรงของตนเอง องค์ความรู้ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและบริบทชุมชน และกระบวนการของกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ช่วยเยียวยาและพัฒนาความสัมพันธ์ของภาคีเครือข่าย

4) แผนดูแลเฉพาะสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง เป็นแผนการดูแลที่กำหนดขึ้นให้สอดคล้องกับปัญหาตามระยะของโรคและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งทุกคน ถึงแม้ว่างานวิจัยที่ผ่านมาได้มีความพยายามนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองเมื่อทางโรงพยาบาลได้ส่งตัวผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งส่วนใหญ่คือผู้ป่วยระยะสุดท้าย⁽²²⁾ แต่งานวิจัยที่ผ่านมาไม่ได้พยายามขยายขอบเขตหรือบรรทัดฐานการคัดเลือกผู้ป่วยให้ครอบคลุมผู้ป่วยมะเร็งทุกระยะ สำหรับงานวิจัยนี้ได้กำหนดแผนการดูแลแบบประคับประคองไว้ 4 แผนตามผลการประเมิน PPS เพื่อนำผู้ป่วยมะเร็งทุกระยะเข้าสู่แผนการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งทุกระยะมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ ผลงานวิจัยนี้ยังเสนอแผนการดูแลสำหรับครอบครัวและผู้ดูแลหลังผู้ป่วยเสียชีวิต กล่าวได้ว่า ข้อค้นพบของงานวิจัยนี้ได้เสนอแนวทางการปฏิบัติของการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองให้มีประสิทธิภาพ และทุกคนเข้าถึงคุณภาพการดูแลได้ไม่ต่างกันและเท่าเทียม ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน⁽²³⁾ เป้าหมายที่ 3 คือการสร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี

สำหรับทุกคนในทุกวัย และเป้าหมายที่ 10 คือการลดความไม่เสมอภาคภายในประเทศและระหว่างประเทศ โดยงานวิจัยนี้เสนอ คือ นโยบายด้านสุขภาพประชาชนทุกอายุ เพศ เชื้อชาติ แหล่งกำเนิด ศาสนา หรือสถานะทางเศรษฐกิจสามารถได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียม

นอกจากนี้ จากผลการวิจัยนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาประสิทธิภาพแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในชุมชน ที่มาจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การดูแลภาคครอบครัว (ผู้ป่วย/ผู้ดูแลหลัก) ภาคชุมชน (อสม./Cg/ผู้นำชุมชน/กลุ่ม/เอกชนในพื้นที่และนอกพื้นที่) และภาคสาธารณสุข (เจ้าหน้าที่อนามัย/เจ้าหน้าที่สุขภาพ/ผู้เชี่ยวชาญระบบสุขภาพ ระดับอำเภอ โรงพยาบาล แพทย์-เจ้าของไข้ นักโภชนาการ และผู้นำทางจิตวิญญาณในพื้นที่) ร่วมขับเคลื่อนและพัฒนาแผนการดูแล นอกจากนี้ การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง จากความเป็นหุ้นส่วนของชุมชนไปขับเคลื่อนจำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม ทั้งนี้ผู้เขียนขอเสนอประเด็นสำหรับการวิจัยในอนาคตไว้ 2 ประเด็นดังนี้ (1) การวิจัยพัฒนาเครือข่ายชุมชนเพื่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง โดยใช้การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยมะเร็งด้านอาหารและโภชนาการ การวิจัยนี้สามารถพัฒนาที่วิจัยที่มาจากเครือข่ายร้านอาหารในชุมชน กลุ่มเกษตรกรอินทรีย์ นักโภชนาการ นักเชี่ยวชาญด้านมะเร็ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม./Cg ครอบครัวผู้ป่วย และผู้นำชุมชน เพื่อพัฒนาความรู้ด้านอาหารสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง รวมถึงใช้ประเด็นอาหารพัฒนากองทุนมะเร็งไปพร้อมกัน และ (2) การวิจัยพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งที่เชื่อมโยงข้อมูลหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ และเพื่อจัดทำแผนการดูแลเฉพาะบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (geographic information system: GIS) ร่วมพัฒนาระบบข้อมูลและการบริการด้านสุขภาพร่วมกับ

ภาครัฐส่วนท้องถิ่น รวมถึงการสร้างแอปพลิเคชันที่ภาคีเครือข่ายผู้ดูแลสามารถร่วมส่งข้อมูลให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ

อีกด้านหนึ่ง การดำเนินการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดเนื่องจากในสถานการณ์แพร่ระบาดไวรัสโควิด 19 ทำให้การลงพื้นที่เก็บข้อมูลของทีมวิจัยไม่สม่ำเสมอตามแผน และการประชุมที่วิจัยมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ หรือบางครั้งต้องเปลี่ยนมาใช้ระบบออนไลน์ในการติดตามและประชุมที่วิจัย อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยนี้ได้เสนอมุมมองและแนวทางพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองในหลายประเด็น ได้แก่ (1) แนวทางการคัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองที่นับรวมผู้ป่วยมะเร็งทุกระยะของโรคให้เป็นจริงได้ในทางปฏิบัติ (2) แผนการดูแลที่ให้ความสำคัญกับการเสริมพลังให้กลุ่มผู้ป่วย ผู้ดูแล และ อสม./Cg ร่วมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับทีมสุขภาพและผู้เชี่ยวชาญ (3) แนวทางการขับเคลื่อนแผนการดูแลผ่านกระบวนการสร้างความเป็นหุ้นส่วนของภาคีเครือข่ายการดูแลผ่านการพัฒนากองทุนมะเร็ง ระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยมะเร็ง และความรอบรู้สุขภาพด้านมะเร็ง (4) แนวทางการพัฒนาชุมชนให้หน่วยต่างๆ ของชุมชนมีศักยภาพในการรับมือกับภาวะวิกฤตด้านการสูญเสีย การตาย และการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง รวมถึงการพัฒนานโยบายท้องถิ่นด้านการดูแลแบบประคับประคองมีคุณภาพเป็นส่วนหนึ่งของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นสิทธิของประชาชนที่ทุกคนควรได้รับและเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนการวิจัยจากมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชนกรุณา และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ทางผู้วิจัยและคณะวิจัยขอขอบคุณการสนับสนุนทุนการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Cancer [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 4]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. กรมการแพทย์. มะเร็งป้องกันได้ คัดกรองเร็ว รู้เร็ว รักษาง่าย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 8 ธ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/all/02/182707>
3. กรมการแพทย์. แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง พ.ศ. 2562-2565 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562 [สืบค้นเมื่อ 7 ธ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: https://www.nci.go.th/th/File_download/D_index/แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ.pdf
4. World Health Organization. Palliative care [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 5]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
5. คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: สามดีพรีนติ้งอิกวิปเมท; 2562.
6. ชุตินา สิมะสาธิตกุล พีรวิชญ์ ทัพวงษ์, เพชรรัตน์ หาญอุทัยรัมย์, ศิริกันยา จงเสถียรธรรม, อัจจิมา ชลไพศาล, อรสา อัครวิชรวงูร, และคณะ. การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง. นนทบุรี: สถาบันมะเร็ง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
7. วรณดี สุทธินรากร. การวิจัยปฏิบัติการ: การวิจัยเพื่อสุขภาพและการสร้างสรรค์. กรุงเทพมหานคร: สยามปริทัศน์; 2556.
8. เอกภพ สิทธิวรรณธนะ. ชุมชนกรุณา มิติใหม่ของสังคมไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ; 2562.
9. Suresh K, Jairam KR. Public health palliative care design and practices in low-and-middle-income countries. In: Abel J, & Kellehear A, editors. Oxford textbook of public health palliative care. Oxford University Press. 2022. p. 209-217.
10. Abel J, Walter T, Carey LB, Rosenberg J, Noonan K, Horsfall D, et al. Circles of care: should community development redefine the practice of palliative care?. BMJ Support Palliat Care 2013;3(4):383-8.
11. ลดาวัลย์ สาภินันท์. คู่มือแบบประเมินการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care outcome scale: POS) เชียงใหม่: โรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่; 2556.
12. สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 15. กรุงเทพมหานคร: สามลดา; 2555.
13. สุรางค์ จันทวานิช. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 22. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
14. ศิริลักษณ์ สุวรรณวงศ์. มารูจัก Nonparametric กันเถอะ. วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 2562;2(2):1-13.
15. พิชัย จันทศรีวงศ์, ศิริพร เสมสาร. การดูแลแบบประคับประคอง [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็ง คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; [สืบค้นเมื่อ 4 พ.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: https://www.rama.mahidol.ac.th/cancer_center/th/palliative-care
16. Health Service Executive: HSE. Adult palliative care services model of care for IRELAND [Internet]. 2018 [cited 2022 Dec 20]. Available from: <https://www.hse.ie/eng/about/who/cspd/ncps/palliative-care/moc/ncp-palliative-care-model-of-care-24-04-0219.pdf>
17. กษพร เชื้อนธนะ, จินตนา แสงจันทร์, รมิดา เขียวขาวเขต, ภักทรพล ตูมัต, จุฑามาศ ชาวสำน. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อที่บ้านโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอเขียวกลาง จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562;28(2):273-82.
18. Kitreerawutiwong N, Mekrungrongwong S, Keeratisiroj O. The development of the community-based palliative care model in a district health system, Phitsanulok Province, Thailand. Indian J Palliat Care 2018;24(4):436-45.
19. กมลพร สกุลพงศ์, วิริยา โพธิ์ขวาง-ยุสท์, เบญจวรรณ งามวงศ์วิวัฒน์. การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่ใช้ชุมชนเป็นฐานสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง: กรณีศึกษาบ้านปันรัก สุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2017;27(4):90-103.
20. ปรีชา แหวนหล่อ, บุญช่วย ศรีธรรมศักดิ์, สุรีย์พันธุ์ วรพงศธร. การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยทางอินเทอร์เน็ต จังหวัดศรีสะเกษ. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง 2017;6(3):215-22.

21. พิมพ์พนิต ภาศรี, แสงอรุณ อิศระมาลัย, อุไร หัถกิต. ความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2015;35(2):79-92.
22. อนุทิน รุ่งอุทัยศิริ. การพัฒนาต้นแบบระบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2551;2(2):1021-30.
23. United Nations. The 17 Sustainable Development Goals [Internet]. 2015 [cited 2022 Jun 26]. Available from: <https://sdgs.un.org/goals>

Community-Partnered Palliative Care Plan for Cancer Patients in Patong Healthcare Service Center, Hatyai District, Songkhla Province

Wiranpat Kittitharaphan¹, Pimrapat Wattanasuksa², Krittikorn Wangtrakul³, Nuntiya Jeerasup⁴, Prasert Chutha⁵, Kusumavadee Kamkliang⁶, Apicha Ruethathip⁶

¹ *Compassionate Communities Research and Development Institution Foundation, Khon Kaen Province*

² *Patong Healthcare Service Center, Songkhla Province*

³ *Hat Yai Hospital, Songkhla Province*

Abstract

The purpose of this participatory action research [PAR] to establish a model of community-partnered palliative care [CPPC] for cancer patients using community participation approaches and a compassionate community perspective. Research participants included healthcare providers, village health volunteers, caregivers [Cg], patients, family caregivers, community leaders, and outsourced researcher. The PAR process involved problem identification, questionnaire development, data collection, analysis, model development, and outcome evaluation. Moreover, the palliative care outcome scale [POS] and participant observation were used for the data collection from 34 cases of cancer patients and their caregivers. Additionally, the structured interview was conducted with six key informants (a cancer patient, a family caregivers, a village health volunteer, 2 healthcare providers, and a community leaders) who were involved in long-term care policies in Patong. The findings lead to the following policy recommendation that to develop the efficiency of palliative care and the quality of life of cancer patients, the CPPC model is comprised of four factors. Firstly, the partnership of the carer network entail three sectors: family, community, and formal healthcare service centers. Secondly, the development of three components to be collaboratively developed and mobilized by the sectors are: (1) cancer fund (2) cancer patient database, and (3) cancer literacy. Thirdly, a tailor-made care plan

is co-developed to meet specific individual needs, to optimize the quality of life of cancer patients. Lastly, palliative care is to be developed into a common community practice for cancer patients. The mobilization of partnership network is significant in the promotion of local policy development for palliative care plans.

Keywords: palliative care; cancer; community participation; participatory action research; healthcare service center

เทคโนโลยี Artificial Intelligent เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ธนิษฐา ภูสรวรรณ

สำนักวิชาการและนวัตกรรม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

บทคัดย่อ

เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (artificial intelligent: AI) เข้ามามีบทบาทสำคัญในภาคธุรกิจ ตลอดจนอุตสาหกรรมต่างๆ แพร่หลายไปทั่วโลก เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานโดยเฉพาะอย่างยิ่งงานที่ต้องมีการจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนมาก เช่นเดียวกับอุตสาหกรรมทางการแพทย์และการสร้างเสริมสุขภาพที่ไม่เพียงแค่นำเทคโนโลยีมาปรับใช้ในการบริการ การรักษาพยาบาล และการดูแลผู้ป่วย แต่ยังครอบคลุมไปถึงการสร้างสรรคนวัตกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพจากเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชากรด้วย อย่างไรก็ตามแม้ AI จะมีประโยชน์ในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานแต่ก็ยังมีข้อจำกัดในการใช้งานด้านการแพทย์และการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ต้นทุนที่สูง และการวิเคราะห์ข้อมูลบางประการที่มีความละเอียดอ่อนจำเป็นต้องมีมนุษย์ร่วมตัดสินใจ ตัวอย่างของการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนข้อมูลทางคลินิก และการบริหารจัดการข้อมูลขนาดใหญ่ (big data management) เพื่อนำมาวิเคราะห์และวางแผนกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพและยังรวมถึงการใช้ AI มาพัฒนานวัตกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพต่างๆ นอกจากนี้บทความนี้ยังกล่าวถึงความสัมพันธ์ของ AI กับส่วนการเรียนรู้ของเครื่อง (machine learning) การเรียนรู้เชิงลึก (deep learning) และการประมวลผลภาษาธรรมชาติ (natural language processing) ซึ่งเป็นเทคโนโลยีที่พัฒนาร่วมไปกับ AI อีกด้วย

คำสำคัญ: เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์; การสร้างเสริมสุขภาพ; นวัตกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

วันรับ: 25 เม.ย. 2566

วันแก้ไข: 24 พ.ค. 2566

วันตอบรับ: 27 พ.ค. 2566

บทนำ

ในยุคสมัยปัจจุบันของอุตสาหกรรมทางการแพทย์และการสร้างเสริมสุขภาพที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลในหลากหลายรูปแบบมากขึ้น เช่น ข้อมูลที่เป็นข้อความ รูปภาพ หรือแม้กระทั่งข้อมูลเสียง เพื่อใช้ในการวิเคราะห์และตัดสินใจ มีความจำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาช่วยเพื่อให้การจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนมากเหล่านั้นทำได้ง่าย แม่นยำ และมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งการขับเคลื่อนงานดังกล่าว ด้วยเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (artificial intelligence: AI) กำลังได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยมุ่งเน้นความเป็นอยู่ที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ ไม่ว่าจะเป็นนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล

หรือระบบการแพทย์ทางไกล เทคโนโลยีทั้งหมดนี้ล้วนมีศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงระบบการสร้างเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาลทั้งสิ้น

คำว่า AI ย่อมาจาก artificial intelligence หรือหากแปลเป็นไทย ก็คือ ความฉลาดที่สร้างขึ้นมา รู้จักกันในชื่อภาษาไทย คือ ปัญญาประดิษฐ์ มีคำนิยามในกลุ่มนักวิจัยว่า เป็นสิ่งที่มนุษย์สร้างขึ้นให้มีความสามารถในการคิดได้เองโดยไม่ต้องสอน สามารถคิดและแสดงออกแบบมีเหตุผลได้เหมือนมนุษย์ AI สามารถจำแนกได้ 3 ประเภท⁽¹⁾ คือ narrow AI หรือปัญญาประดิษฐ์เชิงแคบ มีความสามารถเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งที่อาจเท่ากับหรือเหนือกว่ามนุษย์ในด้านนั้นๆ แต่ยังไม่ฉลาดเท่าสมองมนุษย์ในภาพรวม ต่อมา คือ general AI หรือปัญญาประดิษฐ์-

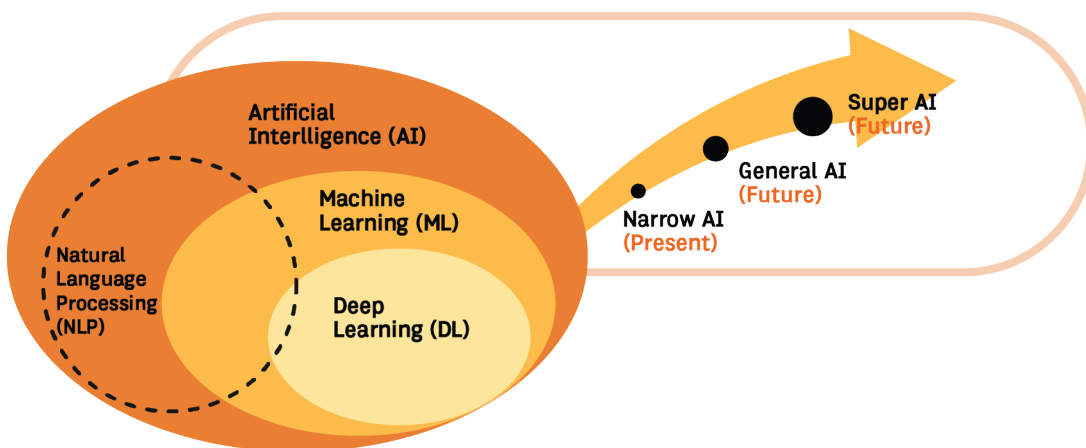
ทั่วไป มีความรู้สึก นึกคิดและเคลื่อนไหวแบบเดียวกับมนุษย์ มีความสามารถระดับเดียวกับมนุษย์ และมีประสิทธิภาพใกล้เคียงกัน และสุดท้ายคือ super AI หรือ ปัญญาประดิษฐ์ขั้นสุดยอดหรือปัญญาประดิษฐ์ที่ฉลาดเหมือนมนุษย์ (super AI) ซึ่งยังถือเป็นทฤษฎีอยู่ในปัจจุบัน มีความฉลาดและมีปัญญาที่มากกว่าสมองมนุษย์ มีความสามารถเหมือนมนุษย์ในหลายๆ ด้าน เปรียบได้กับยอดมนุษย์ในภาพยนตร์นั่นเอง ปัจจุบันการพัฒนา AI ทั่วโลกยังอยู่เพียงในยุคเริ่มต้นของ AI หรือ narrow AI เท่านั้น ทั้งนี้การศึกษาในเรื่อง AI ปัจจุบันจะมีการแตกเทคโนโลยีออกมาหลายแขนง แต่ในบทความนี้จะขอยกชื่อของเทคโนโลยีที่มีความเกี่ยวข้องและพบบ่อยคือ ส่วนการเรียนรู้ของเครื่อง (machine learning: ML) การเรียนรู้เชิงลึก (deep learning: DL) และการประมวลผลภาษาธรรมชาติ (natural language processing) ว่าแต่ละเทคโนโลยีมีความสัมพันธ์กันอย่างไร ถ้าจะกล่าวโดยย่อก็คือ AI เป็นชื่อที่กว้างที่สุด เป็นศาสตร์ใหม่ที่พยายามศึกษาและสร้างสิ่งที่มีความฉลาดขึ้นมาทำงานช่วยเหลือมนุษย์ ซึ่ง ML คือ แขนงย่อยของ AI และ DL ก็เป็นแขนงย่อยของ ML อีกทีหนึ่ง โดย NLP ก็อยู่ใน AI แต่มีความซ้อนทับกับทั้ง ML และ DL โดยมีรูปแบบความสัมพันธ์ดังภาพที่ 1

การขยายตัวอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (artificial intelligence: AI) ส่งผลให้เทคโนโลยีดังกล่าวเป็นเทคโนโลยีดิจิทัลที่ได้รับความนิยมสูงสุดในด้านการสร้างเสริมและดูแลสุขภาพ ทำให้การวินิจฉัย ติดตาม และรักษาผู้ป่วยสามารถบริหารจัดการได้ง่ายและรวดเร็วมากขึ้น

จากข้อมูลการใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (AI) ในตลาดด้านการดูแลสุขภาพทั่วโลก โดยการศึกษาของ Conor Stewart ในเดือนกันยายน ค.ศ. 2022 พบว่า ในปี ค.ศ. 2021 เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (AI) ในตลาดดูแลสุขภาพทั่วโลกมีมูลค่าประมาณ 1.1 หมื่นล้านดอลลาร์สหรัฐ และคาดการณ์ว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนมีมูลค่าเกือบ 1.88 แสนล้านดอลลาร์สหรัฐภายในปี ค.ศ. 2030 โดยคิดเป็นอัตราการเติบโตต่อปีอยู่ที่ร้อยละ 37 ในช่วงปี ค.ศ. 2021-2030⁽²⁾

อย่างไรก็ตามมีการศึกษาวิจัยหลายงานที่บ่งชี้ว่า AI สามารถทำงานได้ดีเทียบเท่าหรือดีกว่ามนุษย์สำหรับงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพหรือดูแลสุขภาพบางประการ เช่น การวินิจฉัยโรค ปัจจุบันนี้ อัลกอริทึม หรือขั้นตอนการประมวลผลในการแก้ปัญหาด้วยคอมพิวเตอร์ มีประสิทธิภาพเหนือกว่านักรังสีวิทยาในการตรวจพบรอยโรค และนำทางนักวิจัยในการวางแผนสำหรับการทดลองทางคลินิก (clinical trial) ที่มีค่าใช้จ่ายสูง แต่ด้วยข้อจำกัดของ AI บางประการ เช่น การไม่สามารถวินิจฉัยข้อมูลที่มีความละเอียดอ่อนซึ่งยังต้องการการตัดสินใจของมนุษย์ที่ AI จะเข้ามาแทนที่มนุษย์ได้อย่างครอบคลุมในกระบวนการทางการแพทย์และการสร้างเสริมสุขภาพ จะต้องใช้เวลาหลายปี ในบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อมูลความสัมพันธ์ของเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับ AI ได้แก่ ML, DL และ NLP ในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งตัวอย่างนวัตกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจาก AI ที่ได้ถูกพัฒนาขึ้นมาในยุคปัจจุบันอีกด้วย

ภาพที่ 1 รูปแบบความสัมพันธ์ของ AI, ML, DL และ NLP และ ประเภทของ AI ทั้ง 3 ประเภท



ปัญญาประดิษฐ์ (AI) ไม่ได้ประกอบด้วยเทคโนโลยีเดียว แต่เป็นการประกอบด้วยเทคโนโลยีอัจฉริยะหลายรูปแบบที่สามารถประยุกต์เพื่อใช้ในการสร้างเสริมและดูแลสุขภาพ AI เป็นการรวมความอัจฉริยะของมนุษย์สู่เครื่องจักรด้วยสิ่งที่เรียกว่าอัลกอริทึม หากเครื่องจักรสามารถแก้ปัญหาตามชุดคำสั่งได้สำเร็จ การทำงานนั้นสามารถเรียกได้ว่า ปัญญาประดิษฐ์ ดังที่ได้กล่าวไปในบทนำแล้วว่าในปัจจุบัน การพัฒนา AI ทั่วโลก ยังอยู่ในขั้นเริ่มต้น คือ narrow AI หรือปัญญาประดิษฐ์เชิงแคบเท่านั้น หากจะเปลี่ยนผ่านไปสู่ระดับที่สูงขึ้น เครื่องจักรจำเป็นต้องเรียนรู้วิธีการคิดของมนุษย์เพิ่มขึ้น โดยต้องพัฒนาส่วนที่เรียกว่าเป็นสมองของ AI ดังนี้

องค์ประกอบย่อยที่ทำหน้าที่เหมือนสมองของ AI

1. ส่วนการเรียนรู้ของเครื่องมือ หรือ machine learning (ML)

ML เรียกได้ว่าเป็นส่วนการเรียนรู้ของเครื่องมือถูกใช้งานเสมือนเป็นสมองของ AI โดยเรียนรู้จากข้อมูลที่มนุษย์ส่งเข้าไป และเกิดการจดจำเป็นสมอง จากนั้นจะส่งผลลัพธ์เป็นตัวเลขหรือ code เพื่อส่งให้ AI นำไปปฏิบัติการ จึงเรียกได้ว่า AI ต้องทำงานร่วมกับ ML โดยอาศัยกลไกที่เรียกว่า อัลกอริทึม (Algorithm) ทั้งนี้ ML สามารถเรียนรู้ได้ 3 แบบ⁽³⁾ คือ (1) แบบมีผู้บังคับบัญชา (supervised) เครื่องจะเรียนรู้และวิเคราะห์ได้จากความช่วยเหลือของนักวิทยาศาสตร์ข้อมูล (data scientist) (2) แบบไม่มีผู้บังคับบัญชา (unsupervised) เครื่องจะเรียนรู้และวิเคราะห์ผลได้จากการจำแนกและสร้างรูปแบบของตัวเองจากข้อมูลที่ได้รับ และ (3) การเรียนรู้แบบเสริมกำลัง (reinforcement learning) คือ การที่เรากำหนดเงื่อนไขบางอย่างให้กับเครื่องจักร แล้วทำให้เครื่องจักรทำตามเงื่อนไขนั้นให้ได้ ยกตัวอย่างเช่น การให้เครื่องจักรเรียนรู้การเล่นเกม โดยจำลองการแข่งขันเป็นล้านรอบเพื่อเรียนรู้ด้วยตนเองให้ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้

จากการสำรวจของ Deloitte ในปี ค.ศ. 2018⁽⁴⁾ ที่ทำการสำรวจบุคลากรระดับผู้จัดการจากองค์กรต่างๆ จำนวน 1,100 คน ซึ่งล้วนเป็นองค์กรที่ใช้เทคโนโลยี AI

อยู่แล้ว พบว่า ร้อยละ 63 ของบริษัทที่ทำการสำรวจ เล็งเห็นถึงความสำคัญในการทำงานของส่วนการเรียนรู้ของเครื่องมือ (ML) และกำลังพัฒนาส่วนของการเรียนรู้ของเครื่องมือนี้เพื่อใช้งานในธุรกิจของตน ซึ่งเป็นเทคนิคที่เป็นแกนหลักของการพัฒนา AI

ในด้านการดูแลสุขภาพ การประยุกต์ใช้ ML แบบดั้งเดิมที่พบมากที่สุด คือ ระบบการวินิจฉัยทางการแพทย์ที่มีความแม่นยำ ซึ่งจะคาดการณ์และยึดแนวทางจากโปรโตคอลการรักษาที่มีแนวโน้มประสบความสำเร็จในการติดตามและรักษาผู้ป่วยมากที่สุด⁽⁵⁾ ซึ่งการใช้งาน ML ส่วนใหญ่ต้องการการฝึกอบรมและชุดข้อมูลที่ประกอบด้วยตัวแปรและผลลัพธ์แน่นอน เพื่อให้เครื่องมือเกิดการเรียนรู้แบบที่เรียกว่ามีผู้สอน

2. การเรียนรู้เชิงลึก หรือ Deep Learning (DL)

รูปแบบการเรียนรู้ของเครื่องมือ (ML) ที่ซับซ้อนมากขึ้น คือ สิ่งที่เรียกว่า neural network หรือโครงข่ายประสาทเทียม ซึ่งปัจจุบันรู้จักกันในชื่อการเรียนรู้เชิงลึก หรือ deep learning ซึ่งเป็นโครงข่ายที่เกิดจากการพัฒนาต่อยอดและมีระดับขั้นตอนที่ซับซ้อนแต่มีประสิทธิภาพสูงเหมือนวิธีการทำงานของระบบประสาทของมนุษย์ โดยส่วนการเรียนรู้จะประมวลผลจาก input และ output ซึ่งเปรียบได้กับวิธีที่เซลล์ประสาทประมวลผล การเรียนรู้เชิงลึกนี้มีการนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การเรียนรู้ถึงรอยโรคที่นำไปสู่โรคมะเร็งจากภาพทางรังสีวิทยา⁽⁶⁾ หรือการตรวจจับสมบัติที่เกี่ยวข้องกับทางคลินิกจากรูปภาพที่ตามนุษย์ไม่สามารถมองเห็นได้⁽⁷⁾ โดยการเรียนรู้เชิงลึกจะถูกนำมาใช้ในการทำงานร่วมกับเครื่องมืออื่น เช่น คลื่นวิทยุ เพื่อให้เกิดความแม่นยำมากขึ้นในการวินิจฉัยโรค ML จึงเปรียบเสมือนสับเซตของ AI และ DL เอง ก็เป็นเสมือนวิธีการหนึ่งของ ML เช่นกัน เพียงแต่ DL เป็นวิธีคิดของคอมพิวเตอร์ที่มีประสิทธิภาพสูงยิ่งกว่า โดยจะทำงานร่วมกันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการวิเคราะห์และประมวลผล รวมไปถึงเพิ่มความถูกต้องข้อดีของ DL คือยังมีข้อมูลเข้ามาฝึกฝนมากเท่าไร ประสิทธิภาพในการคิดของเครื่องจักรก็ยิ่งสูงขึ้นเท่านั้น ต่างกับ ML ที่เมื่อมีข้อมูลจำนวนมากประสิทธิภาพการทำงานจะไม่สามารถสูงขึ้นอีกจนกว่าจะได้รับการฝึกฝนเพิ่มเติม

ยกตัวอย่างวิวัฒนาการของ AI ที่ประกอบด้วย ML และ DL เช่น การเก็บข้อมูลสุขภาพคนไทยในปีแรก โดยขั้นพื้นฐาน AI อาจจะทำความเข้าใจระบบสุขภาพและสุขภาพพื้นฐานของคนไทย และระบุได้ว่าข้อมูลแบบใดนำไปสู่สุขภาพดีหรือไม่ดีอย่างไร ในปีถัดมา AI จะสามารถทำนายแนวโน้มสุขภาพคนไทยได้ และในปีต่อมาอาจจะสามารถวางแผนกิจกรรมการมีสุขภาพดีเองได้ โดยประเมินผลจากข้อมูลสุขภาพประชากร ประกอบกับปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบ เป็นต้น

3. การประมวลผลภาษาธรรมชาติ หรือ natural language processing (NLP)

การประมวลผลภาษาธรรมชาติ หรือ natural language processing (NLP) จะอยู่ในส่วนของ AI แต่มีความทับซ้อนกับ machine learning และ deep learning⁽⁸⁾ โดย NLP เป็นเทคโนโลยีที่ประกอบด้วยภาษาศาสตร์ และมีอยู่มานานกว่า 10 ปีแล้ว โดยเป้าหมายในช่วงแรกๆ ใช้เพื่อเป็นเครื่องแปลภาษานั้นเอง จุดมุ่งหมายของ NLP คือ เพื่อให้เครื่องจักรสามารถทำความเข้าใจข้อมูลที่มีลักษณะเป็นข้อความหรือคำพูดเช่นเดียวกับที่มนุษย์ทำได้ ซึ่งไม่ใช่เพียงแค่เข้าใจความหมายโดยตรงของข้อความนั้นๆ แต่ยังรวมถึงการรับรู้ถึงความหมายโดยนัย ความรู้สึกของผู้เขียน ความแตกต่างทางบริบทของภาษา รวมถึงสามารถทำการวิเคราะห์ในรูปแบบต่างๆ ได้อีกด้วย ซึ่งแตกต่างกับรูปแบบการวิเคราะห์ทางสถิติก่อนหน้านี้ นักพัฒนาระบบมีเป้าหมายให้ AI เข้าใจภาษาของมนุษย์ สำหรับแอปพลิเคชันที่มีการจดจำเสียง การวิเคราะห์ข้อความ และการใช้งานด้านภาษาอื่นๆ โดยผสานสองวิธีพื้นฐานในการดำเนินการ ได้แก่ NLP เชิงสถิติ และ NLP เชิงความหมาย ทางสถิติจะขึ้นอยู่กับ การเรียนรู้ของเครื่อง (ML) โดยใช้การเรียนรู้เชิงลึก (DL) และมีการใช้คลังข้อมูลขนาดใหญ่ในการเรียนรู้ด้วย ในด้านการสร้างเสริมและดูแลสุขภาพการประยุกต์ใช้ NLP มีความโดดเด่นในเรื่องการสร้างความเข้าใจ และจัดประเภทของเอกสารทางวิชาการ ระบบ NLP จะสามารถบันทึกข้อมูล เตรียมรายงานการรักษา ตลอดจนถอดข้อความ การปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ และส่งต่อข้อมูลเพื่อดำเนินการสื่อสารด้วย AI ต่อไป

การประยุกต์ใช้ AI เพื่อการสร้างเสริม และดูแลสุขภาพที่สำคัญ

ความสำเร็จของการใช้ปัญญาประดิษฐ์ หรือ AI เพื่อการใช้งานด้านสาธารณสุข สามารถจำแนกได้ 6 ประการ ดังนี้ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการเฝ้าระวังสุขภาพ ด้านการคุ้มครองสุขภาพ ด้านการประเมินสุขภาพของประชากร ด้านการป้องกันโรคและการบาดเจ็บ และด้านการคาดคะเน การเตรียมพร้อม และการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉิน⁽⁹⁾

จากข้อมูลข้างต้น ในด้านการประยุกต์ใช้ AI กับ การสร้างเสริมและดูแลสุขภาพในบทความนี้ จึงสามารถจำแนกได้เป็น 2 ประเด็นใหญ่ๆ ตามจุดเด่นของ AI นั่นคือ การใช้งาน AI เพื่อจัดการกับข้อมูลจำนวนมาก เช่น ด้านการประเมินสุขภาพของประชากร และการใช้งาน AI เพื่อมาเป็นเสมือนผู้ช่วยในงานตามความต้องการ เฉพาะด้าน เช่น ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการเฝ้าระวังสุขภาพ ด้านการคุ้มครองสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค และการบาดเจ็บ และด้านการคาดคะเน การเตรียมพร้อม และการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉิน เป็นต้น

1. AI กับการจัดการข้อมูลด้านสุขภาพ

จากประโยชน์ของ AI ที่สามารถจัดเก็บและประมวลผล จากข้อมูลจำนวนมากได้ ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคม พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพของมนุษย์ และเป็นข้อมูลจำนวนมาก จึงถูกนำมาประมวลผลโดยใช้ AI ปัจจุบันข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อมูลที่ ได้จากการรวบรวมจากสื่อดิจิทัล โซเชียลมีเดียต่างๆ ตลอดจนอุปกรณ์อัจฉริยะและแอปพลิเคชันบนมือถือ ซึ่งรวดเร็วและแม่นยำกว่าแหล่งข้อมูลแบบดั้งเดิม^(10,11) โดยเฉพาะอย่างยิ่งอุปกรณ์อัจฉริยะที่สวมใส่และเป็นที่ยอมรับ คือ นาฬิกาข้อมืออัจฉริยะ ช่วยให้สามารถรวบรวมข้อมูล โดยละเอียดเกี่ยวกับความเคลื่อนไหวส่วนบุคคลและการวัดทางสรีรวิทยา⁽¹²⁾ นอกจากนี้ AI ที่ใช้ในอุปกรณ์ตรวจจับหรือเซ็นเซอร์ทางสิ่งแวดล้อมยังทำการรวบรวมข้อมูลและประมวลผลเชิงพื้นที่ที่สำคัญ ได้แก่ มลพิษทางอากาศ คุณภาพน้ำ และเสียงรบกวนจากสิ่งแวดล้อม เป็นต้น⁽¹³⁾ ข้อมูลเหล่านี้ได้รับการจัดเก็บและประมวลผลแบบ real-time โดย AI และเชื่อมโยงข้อมูลใหม่เหล่านี้เข้ากับ

ฐานข้อมูลสาธารณสุขแบบดั้งเดิม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพและสามารถคาดการณ์แนวโน้มในอนาคตได้

นอกเหนือจากการที่ AI จะช่วยในการประมวลผลข้อมูลสุขภาพของประชาชนแล้ว ก็ยังเข้ามาช่วยในเรื่องของการบริหารจัดการระบบการติดตามการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยได้อีกด้วย โดยเราจะรู้จักกันดีในรูปแบบของแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟน ปัจจุบันสถานพยาบาลและหน่วยงานด้านสาธารณสุขได้มีการพัฒนาแอปพลิเคชันของตนขึ้นเพื่อบริหารจัดการขั้นตอนการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงได้รวดเร็วและสะดวกมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้แอปพลิเคชันยังถูกนำมาใช้ในการช่วยประเมินและติดตามการรักษาอีกด้วย

2. นวัตกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจากเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (AI)

นอกจาก AI จะมีข้อดีในการทำงานกับข้อมูลจำนวนมากแล้ว การใช้ AI มาเป็นตัวช่วยขับเคลื่อนนวัตกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ คือ ผลงานหรือกระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีโดยการใช้เทคโนโลยี AI เข้ามาช่วยในหลายประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการนำ AI เข้ามาช่วยเพื่อความปลอดภัยทางท้องถนน ซึ่งเป็นการพัฒนาให้ AI ช่วยมนุษย์ในการทำหน้าที่ตรวจสอบความเร็ว ดังเช่นผลงานจากบริษัท พีทีที โกลบอล เคมิคอล จำกัด ร่วมกับพรอนทิสและไมโครซอฟท์ ได้ทำโครงการ AI for road safety นำ AI มาใช้ในการจดจำใบหน้าและตรวจสอบตัวตนของผู้ขับขี่เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบพนักงานขับรถสาธารณะก่อนออกเดินทางผ่านกล้องที่ติดตั้งบริเวณด้านหน้ารถ ตลอดจนการควบคุมความเร็วและการบอกตำแหน่งของรถซึ่งจะเป็นการช่วยดูแลด้านความปลอดภัยของผู้ใช้รถและถนนในรูปแบบหนึ่ง⁽¹⁴⁾ หรือการนำ AI มาใช้ติดตามพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ซึ่งดำเนินการโดยคณะวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหิดล จากการศึกษาพบว่า ระบบที่พัฒนาขึ้นสามารถวิเคราะห์ผลได้อย่างแม่นยำ สามารถตรวจนับได้ว่ามีผู้สวมหมวกนิรภัยและผู้ไม่สวมหมวกนิรภัยจำนวนเท่าใด นวัตกรรมที่คิดค้นขึ้นมานี้จะสามารถคำนวณผลแบบ real-time ได้ในระยะเวลาอันสั้น โดยระบบจะกำหนดสัญลักษณ์สีรูปแบบต่างๆ ได้แก่ สีเขียวคือ

ผู้สวมใส่หมวกนิรภัยถูกต้อง สีเหลืองคือผู้สวมใส่อย่างไม่ถูกต้อง และสีแดงคือผู้ที่ไม่สวมใส่หมวกนิรภัยเลย ซึ่งข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำไปจัดทำเป็นสถิติวิเคราะห์เพื่อประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายนำไปสู่การวางแผนพัฒนากระบวนการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ใช้รถจักรยานยนต์ต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁵⁾

ทั้งนี้ หนึ่งในการใช้งานที่เรียกได้ว่าเข้าถึงการใช้งานที่ครอบคลุมหลายช่วงวัย ทั้งวัยเด็ก วัยรุ่น และวัยทำงาน คือ การพัฒนาเกมที่จะช่วยเพิ่มกิจกรรมทางกายด้วย AI แนวคิดนี้ใช้อุปกรณ์ตรวจจับความเคลื่อนไหวขณะเล่นเกมและกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนไหวตลอดการเล่น ซึ่งมีการยืนยันว่าการเล่นเกมที่ช่วยเพิ่มกิจกรรมทางกายด้วย AI แนวคิดนี้ใช้อุปกรณ์ตรวจจับความเคลื่อนไหวขณะเล่นเกมและกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนไหวตลอดการเล่น ซึ่งมีการยืนยันว่าการเล่นเกมที่ช่วยเพิ่มกิจกรรมทางกายด้วย AI มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับคนหลายช่วงวัย⁽¹⁶⁾ อย่างไรก็ดี มีการวิจารณ์ถึงความจำเป็นและประสิทธิภาพของการเล่นเกมเทียบกับการออกกำลังกายและการเล่นกีฬาแบบปกติ⁽¹⁷⁾ สิ่งสำคัญ คือ ต้องเข้าใจว่า เกมเพื่อสุขภาพไม่ได้ถูกออกแบบมาเพื่อแทนที่การออกกำลังกายหรือการเล่นกีฬาตามปกติ แต่ให้มาช่วยลดพฤติกรรมเนือยนิ่งหรือการนั่งในท่าประจำเป็นเวลานานในขณะการใช้งานคอมพิวเตอร์ หรือการเล่นแบบปกติ⁽¹⁸⁾ โดยนำรูปแบบท่าทางการออกกำลังกายมาประยุกต์ใช้ในการเล่นเกมให้เกิดความรู้สึกเชิงบวกต่อการออกกำลังกายและกระตุ้นให้เกิดความสนใจออกกำลังกายและเล่นกีฬา^(16,17) นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่พูดถึงความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อเนื่องจากความไม่สมดุลขณะเล่น อวัยวะถูกใช้งานซ้ำๆ มากเกินไป⁽¹⁹⁾ ดังเช่น ผู้ที่เล่นกีฬาที่ต้องใช้อวัยวะข้างเดียวในการเล่นอย่างสม่ำเสมอ เช่น กีฬาเทนนิส มีโอกาสที่จะเกิดอาการปวดเมื่อยและบาดเจ็บสูง^(20,21) ในเวลาต่อมาจึงมีการพัฒนาการเล่นในรูปแบบที่ผู้เล่นต้องใช้ร่างกายทั้งซีกซ้ายและขวาเพื่อให้เกิดสมดุลขณะเคลื่อนไหว โดยใช้ AI จดจำและทำนายพฤติกรรมของผู้เล่นเพื่อออกแบบการเล่นให้โต้ตอบผู้เล่นโดยกระตุ้นการใช้ข้อมือได้อย่างสมดุล⁽²²⁾ ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงในการบาดเจ็บได้

ดังจะเห็นได้ว่า AI ซึ่งเป็นเทคโนโลยีที่มนุษย์สร้างขึ้นนำมาเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของมนุษย์ทำงานได้ดีเทียบเท่าหรือมากกว่ามนุษย์ แต่ก็ยังมีข้อจำกัดหลายประการด้วยการทำงานกับข้อมูลที่มีความละเอียดอ่อน

หรือโอกาสที่ข้อมูลอาจรั่วไหล จึงทำให้การพัฒนาและใช้งาน AI จึงต้องมีการกั้นกรองจากมนุษย์ เพื่อลดความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นได้และเพื่อให้ได้เทคโนโลยีที่เหมาะสมต่อการใช้งานจริง

สรุป

ปัจจุบันเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ หรือ AI ไม่ใช่เทคโนโลยีที่อยู่ในอนาคตแล้ว แต่กำลังถูกนำไปใช้ในหลายบริบทของการสร้างเสริมสุขภาพ บทความนี้ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์และความหมายของ ปัญญาประดิษฐ์ (AI) ส่วนการเรียนรู้ของเครื่องมือ (ML) และการประมวลผลภาษาธรรมชาติ (NLP) ซึ่งเป็นพัฒนาการความฉลาดของ AI พร้อมทั้งตัวอย่างรูปแบบการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนนำเสนอตัวอย่างนวัตกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพด้วย AI ซึ่งถือเป็นหัวใจของการนำเทคโนโลยีอัจฉริยะมาใช้ประโยชน์อย่างแท้จริง และแม้ว่า AI จะเข้ามาเพิ่มประสิทธิภาพ

ในการทำงานให้ดีขึ้นเพียงใด แต่การใช้งาน AI ก็ยังมีข้อควรระวังบางประการ เช่น การวิเคราะห์ผลผิดพลาด เนื่องจากฐานข้อมูลไม่เพียงพอ เนื่องจาก AI ยังต้องอาศัยการเรียนรู้จากข้อมูลที่มนุษย์ป้อนให้ ดังนั้น หากข้อมูลไม่เพียงพอหรือผิดพลาด อาจทำให้ผลวิเคราะห์ของ AI คลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริงได้ และด้วยข้อจำกัดทางองค์ความรู้ของ AI การใช้งาน AI ในด้านการแพทย์และสาธารณสุขในเรื่องที่มีความละเอียดอ่อน จึงควรนำบุคลากรทางการแพทย์มาช่วยวิเคราะห์และตัดสินใจ เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น

อย่างไรก็ตาม เพื่อให้การสร้างเสริมสุขภาพของคนไทยด้วย AI สามารถประสบความสำเร็จได้อย่างเต็มที่ องค์กรหรือหน่วยงานด้านสุขภาพจะต้องพัฒนากลยุทธ์การนำ AI ไปใช้งานจริง ทำให้เกิดการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงาน เพื่อสร้างทั้งองค์ความรู้ บุคลากร และสร้างสรรค์นวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วย AI ของไทยให้เติบโตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Escott E. What are the 3 types of AI? A guide to narrow, general and super artificial intelligence [Internet]. 2017 [cited 2023 Mar 9]. Available from: <https://codebots.com/artificial-intelligence/the-3-types-of-ai-is-the-third-even-possible>
2. Stewart C. AI healthcare in market size worldwide 2021-2030 [Internet]. 2022 [cited 2023 Mar 18]. Available from: <https://www.statista.com/statistics/1334826/ai-in-healthcare-market-size-worldwide/>
3. สถาบันนวัตกรรมและธรรมาภิบาลข้อมูล. Supervised, unsupervised, reinforcement learning ต่างกันอย่างไร? [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 22 พ.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://digi.data.go.th/blog/supervised-unsupervised-reinforcement-learning/>
4. Deloitte. Insights: state of AI in the enterprise [Internet]. 2018 [cited 2023 May 22]. Available from: www2.deloitte.com/content/dam/insights/us/articles/4780_State-of-AI-in-the-enterprise/AICognitiveSurvey2018_Infographic.pdf
5. Lee SI , Celik S, Logsdon BA, Lundberg SM, Martins TJ, Oehler VG, et al. A machine learning approach to integrate big data for precision medicine in acute myeloid leukemia. Nature Communications 2018;9:42.
6. Fakoor R, Ladhak F, Nazi A, Huber M. Using deep learning to enhance cancer diagnosis and classification. Proceedings of the 30th International Conference on Machine Learning; 2013 June 16-21; Atlanta, Georgia, USA. New York: JMLR; 2013.
7. Vial A, Stirling D, Field M, Ros M, Ritz C, Carolan M, et al. The role of deep learning and radiomic feature extraction in cancer-specific predictive modelling: a review. Transl Cancer Res; 2018;7:803-16.

8. STEPS Academy. การสื่อสารระหว่างภาษามนุษย์และ AI ที่มีผลต่อ Digital Marketing [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 15 มี.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://stepstraining.co/foundation/natural-language-processing>
9. Public Health Agency of Canada. A vision to transform Canada's public health system: The Chief Public Health Officer of Canada's Report on the State of Public Health in Canada [Internet]. 2021 [cited by 2023 Mar 9]. Available from: <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/state-public-health-canada-2021/summary/summary-en.pdf>
10. Mooney SJ, Pejaver V. Big data in public health: terminology, machine learning, and privacy. *Annu Rev Public Health*. 2018;39(1):95-112.
11. Shaban-Nejad A, Michalowski M, Buckeridge DL. Health intelligence: how artificial intelligence transforms population and personalized health. *NPJ Digit Med*. 2018 Oct; 1:53.
12. Graham DJ, Hipp JA. Emerging technologies to promote and evaluate physical activity: cutting-edge research and future directions. *Front Public Health* 2014;2:66.
13. Bublitz FM, Oetomo A, Sahu KS , Kuang A, Fadrique LX, Velmovitsky PE, et al. Disruptive technologies for environment and health research: an overview of artificial intelligence, blockchain, and internet of things. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16(20):3847.
14. PTT Global Chemical. GC เปิดตัวนวัตกรรม AI สุดล้ำ ป้องกันอุบัติเหตุเชิงรุก ในโครงการ “AI for Road Safety” จับมือพรอนทิส และไมโครซอฟท์ ก้าวสู่ยุคดิจิทัล [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://www.pttgcgroup.com/th/newsroom/news/716/>
15. ธนรัช เป้าขัง, ภัทรานุช นามดี, เจษฎา สุวรรณวารี, ปิยะฤทธิ์ อธิธิชัยวงศ์, กมลวรรณ วรรณขำ. การบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ และปัญญาประดิษฐ์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย. *เวชบันทึกศิริราช* 2565;15(4):275-80.
16. Baranowski T, Blumberg F, Buday R, Desmet A, Fiellin LE, Green CS, et al. Games for health for children - current status and needed research. *Games for Health Journal* [Internet]. 2016 [cited 2023 Mar 15];5(1):1-12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4770851/>
17. Barry G, Schaik PV, MacSween A, Dixon J, Martin D. Exergaming (XBOX Kinect™) versus traditional gymbased exercise for postural control, flow and technology acceptance in healthy adults: a randomised controlled trial. *BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation* 2016;8(1):25.
18. Shannon R. Exergaming as physical activity: how effective are exergames at increasing physical activity in youth? [Internet]. Altarum Institute; 2016 [cited 2023 Mar 15]. Available from: <http://altarum.org/health-policy-blog/exergaming-as-physical-activity-how-effective-are-exergames-at-increasing-physical-activity-in-youth>
19. Rössler R , Donath L, Verhagen E, Junge A, Schweizer T, Faude O. Exercise-based injury prevention in child and adolescent sport: a systematic review and meta-analysis. *Sports Medicine* 2014;44(12):1733-48.
20. Maffetone P. Muscle imbalance, part 1: a common, often undetected cause of aches, pains and disability [Internet]. 2015 [Cited 2023 Mar 16]. Available from: <https://philmaffetone.com/muscle-imbalance/>
21. Maffetone P. The Balance Game [Internet]. MAF Foundation; 2015 [cited 2023 Mar 16]. Available from: <https://philmaffetone.com/the-balance-game/>
22. Paliyawan P, Kusano P, Nakagawa Y, Harada T, Thawonmas R. Adaptive motion gaming AI for health promotion [Internet]. 2017 [cited 2023 May 2]. Available from: <https://arxiv.org/ftp/arxiv/papers/1704/1704.00961.pdf>

Artificial Intelligent (AI) Technology for Health Promotion

Tanittha Pullawan

Office of Academic Affairs and Innovation, Thai Health Promotion Foundation

Abstract

Artificial Intelligence (AI) technology has played a significant role not only in the business sector but also in various industries worldwide. It aims to enhance work efficiency, particularly in tasks that involve the collection and analysis of large amounts of data. This extends to the medical industry and healthcare sector, where AI technology is not only applied to services, healthcare treatments, and patient care but also encompasses innovative applications in promoting health. However, despite the benefits of AI in improving work efficiency, there are limitations in its use within the medical and healthcare field, such as high costs and certain data analysis aspects that require human decision-making due to their delicate nature. Important examples of applying AI technology in healthcare include gathering health behavior data, clinical data, and managing large-scale data (Big data management) for analysis and planning processes in changing health behaviors. Additionally, AI is used to develop various innovative applications for health promotion. Furthermore, this article also discusses the relationship between AI and machine learning, deep learning as well as natural language processing, which are technologies developed in conjunction with AI.

Keywords: artificial intelligence; health promotion; health promotion innovation

การวิเคราะห์แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย สำหรับกลุ่มเด็กและเยาวชนเพื่อนำไปสู่การผลักดัน การปฏิบัติงานให้เกิดผลสัมฤทธิ์

อารีกุล อมรศรีวัฒนกุล¹, ทรงทรงศรี จินาพงศ์², อภิชัย วรรณนะพิศิษฐ์³, ปิยวัฒน์ เกตุวงศ์⁴,
ธนัญพร พรหมจันทร์⁵, รัตนาวดี ทองสุทธิ⁶, ทับทิม ศรีวิไล⁶, อารีรัตน์ บุตรษาแก้ว⁶

¹วิทยาลัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา มหาวิทยาลัยมหิดล

²สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม

³สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

⁴สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

⁵คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

⁶กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กและเยาวชน (พ.ศ. 2566-2573) ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อสนับสนุนแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573 ซึ่งเป็นแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับประเทศ โดยมีการพัฒนาแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องมารองรับประเด็นยุทธศาสตร์ 6 ประเด็น เรียกโดยย่อว่า “EMPACT (เอ็มแพค)” ประกอบด้วย (1) การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในสถานศึกษา (2) การมีส่วนร่วมและให้การสนับสนุนของครอบครัว (3) การสนับสนุนด้วยนโยบาย (4) การพัฒนาศักยภาพงานวิจัยและศักยภาพในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้กับเครือข่ายภาควิชาการและประชาสังคม (5) การสนับสนุนจากชุมชน/สังคม และ (6) การใช้เทคโนโลยีและการสื่อสารสาธารณะ แผนทั้งสองฉบับมุ่งเป้าไปที่กลุ่มประชากรเด็กและเยาวชนเป็นการเฉพาะเพื่อเติมเต็มช่องว่างคือกลุ่มเด็กปฐมวัย เนื่องจากประชากรกลุ่มดังกล่าวมีระดับกิจกรรมทางกายที่ต่ำมาก แผนทั้งสองฉบับได้รับการพัฒนาจากระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับโลกและระดับประเทศของไทย ที่สำคัญคือเป็นผลจากกระบวนการมีส่วนร่วมที่เปิดกว้างจากภาคีทุกภาคส่วน ก้าวสำคัญต่อไปคือการผลักดันให้แผนฯ มีโครงสร้างเชิงนโยบายหรือองค์กรที่เหมาะสมรองรับเพื่อทรัพยากรสนับสนุนการดำเนินงานอย่างยั่งยืน หากแผนปฏิบัติการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กและเยาวชน ได้รับการผลักดันอย่างจริงจังและภาคีทุกภาคส่วนร่วมกันแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ความหวังที่ประเทศไทยจะบรรลุเป้าหมายในการเพิ่มระดับกิจกรรมทางกายในกลุ่มเด็กและเยาวชนก็น่าจะเป็นไปตามที่วางไว้ภายในปีที่กำหนด

คำสำคัญ: กิจกรรมทางกาย; เด็กและเยาวชน; นโยบายสุขภาพ; ส่งเสริมสุขภาพ; ยุทธศาสตร์ EMPACT

วันรับ: 12 พ.ค. 2566

วันแก้ไข: 15 มิ.ย. 2566

วันตอบรับ: 20 มิ.ย. 2566

บทนำ

ก่อนการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) การสาธารณสุขระดับโลกเผชิญกับการจัดการปัญหาของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases; NCDs) ประกอบด้วย โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 74 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก⁽¹⁾ ข้อมูลของธนาคารโลกแสดงให้เห็นว่าอัตราการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั่วโลกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68 ใน พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 74 ใน พ.ศ. 2562 ส่วนอัตราการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทยมีมากถึงร้อยละ 77 ใน พ.ศ. 2562⁽²⁾

การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (physical inactivity) เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญอันเป็นสาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง องค์การอนามัยโลกกำหนดแผนปฏิบัติการระดับโลกเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีเป้าหมายให้ความชุกของการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอของประชากรโลกลดลงร้อยละ 10 ภายใน พ.ศ. 2573⁽³⁾ และระบุว่าหากสามารถกำจัดกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอออกไปได้จะทำให้อายุขัยเฉลี่ยของประชากรโลกเพิ่มขึ้น 0.68 ปี⁽⁴⁾ นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก ได้จัดทำแผนปฏิบัติการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับโลก (Global Action Plan on Physical Activity 2018–2030) ซึ่งเริ่มเผยแพร่ใน ค.ศ. 2018 (พ.ศ. 2561) เพื่อเป็นแนวทางให้ประเทศต่างๆ ทั่วโลกปฏิบัติเพื่อลดระดับกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอของประชากร

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในกลุ่มประชากรผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม เริ่มมีสัญญาณปรากฏให้เห็นว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังบางชนิด เช่น โรคอ้วน เบาหวาน และ metabolic syndrome สามารถพบได้ในกลุ่มเด็กและเยาวชนเพิ่มขึ้น จะเห็นได้ว่าเด็กและเยาวชนไทยช่วงอายุ 6-17 ปี มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมากถึงร้อยละ 17.2⁽⁵⁾ นอกจากนี้ผลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจสุขภาพครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 บ่งชี้ว่ามีเด็กและเยาวชน (กลุ่มอายุ 15-29 ปี) มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ร้อยละ 43.5

ในชาย และร้อยละ 45 ในหญิง และมีปัจจัยเสี่ยงของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดมากกว่า 1 ปัจจัยเสี่ยง (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน คอเลสเตอรอลรวมสูง อ้วน และการสูบบุหรี่ประจำ) ถึงร้อยละ 18.9 ในชาย และร้อยละ 6.4 ในหญิง⁽⁶⁾

การมีกิจกรรมทางกายในระดับที่ไม่เพียงพอส่งผลต่อสุขภาพของเด็กและเยาวชนไทย ซึ่งวัยดังกล่าวเป็นวัยที่มีการเรียนรู้ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการสร้างรูปแบบวิถีการดำเนินชีวิตในอนาคต จึงเป็นวัยที่รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญและควรมีนโยบายหรือมาตรการในการส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีติดตัวไปจนถึงในวัยผู้ใหญ่ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และลดภาระด้านการสาธารณสุขลงได้⁽⁷⁾ นอกจากนี้การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอจะช่วยส่งเสริมและพัฒนาทักษะการเคลื่อนไหว ความแข็งแรงของกระดูก สมรรถภาพทางกาย ประสิทธิภาพของระบบหายใจและการไหลเวียนของโลหิต และช่วยควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน⁽⁸⁾ รวมถึงบรรเทาอาการหอบหืด⁽⁹⁾ นอกจากรูปร่างสุขภาพกายแล้ว การมีกิจกรรมทางกายเป็นประจำที่เพียงพอยังช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตและพัฒนาทักษะทางสังคม⁽¹⁰⁾ ส่งเสริมการแสดงความสามารถทางการรู้คิดและความสามารถในการเรียนรู้อีกด้วย⁽¹¹⁾

อย่างไรก็ดี เมื่อพิจารณาระดับกิจกรรมทางกายในเด็กและเยาวชนจากผลการสำรวจในระดับประเทศใน พ.ศ. 2558 พ.ศ. 2561 และ พ.ศ. 2565 พบว่า มีเด็กและเยาวชนไทยเพียงร้อยละ 24.3⁽⁵⁾ ร้อยละ 26.2⁽¹²⁾ และร้อยละ 27.0⁽¹³⁾ ตามลำดับ ที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก คือ มีกิจกรรมทางกายในระดับปานกลางถึงหนักสะสมรวมกันเป็นเวลาสะสมรวมกันเฉลี่ยอย่างน้อย 60 นาทีทุกวัน เมื่อเทียบกับกลุ่มประชากรผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอแล้ว (ร้อยละ 54.7)⁽¹⁴⁾ ระดับกิจกรรมทางกายในกลุ่มเด็กเป็นที่น่ากังวลเพราะอยู่ในระดับที่ต่ำมาก ส่วนในเด็กปฐมวัยกลุ่มอายุ 2-6 ปี ที่มีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายที่เป็นไปตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (24-hour movement guidelines) ครบทั้ง 3 คำแนะนำ คือ กิจกรรมทางกาย พฤติกรรมเนือยนิ่ง และการนอนหลับ พบว่ามีเพียงร้อยละ 4.7 เท่านั้น⁽¹⁵⁾

ตลอดระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมา หลายหน่วยงานในประเทศไทยพยายามรณรงค์ส่งเสริมกิจกรรมทางกายในกลุ่มเด็กและเยาวชน เช่น โครงการ “โซป้า แอนด์ ชายด์ป้า เกมส์” (ChOPA & ChiPA Game) ลดเรียนเพิ่มรู้ สู่อาเซียน เพื่อเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายในเด็กวัยเรียน⁽¹⁶⁾ และโครงการขับเคลื่อนนโยบายเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก⁽¹⁷⁾ ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รวมไปถึงโครงการออกมาเล่นของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น และใน พ.ศ. 2562 กรมอนามัยได้จัดทำแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในภาพรวมระดับประเทศครอบคลุมทุกกลุ่มประชากรเด็ก (อายุ 5 ปีขึ้นไป) ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โดยตั้งเป้าให้ประชาชนร้อยละ 75 มีกิจกรรมทางกายเพียงพอภายใน พ.ศ. 2573⁽¹⁸⁾ อย่างไรก็ตาม ระดับกิจกรรมทางกายในเด็กและเยาวชนยังอยู่ในระดับต่ำ การพัฒนาแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กและเยาวชนและแผนปฏิบัติการเป็นการเฉพาะจึงมีความจำเป็นเพื่อให้เกิดจุดเน้นที่ประชากรกลุ่มนี้ โดยเฉพาะกลุ่มเด็กปฐมวัย (ต่ำกว่า 5 ปี) ที่ไม่ได้รวมไว้ในแผนระดับประเทศ⁽¹⁸⁾ นอกจากนี้ธรรมชาติของการมีกิจกรรมทางกายของเด็กและบริบทในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายก็มีความแตกต่างจากกลุ่มผู้ใหญ่ จึงคาดหวังว่าแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กและเยาวชนจะสนับสนุนการขับเคลื่อนเป้าหมายของแผนระดับประเทศให้เป็นไปตามเป้าหมาย

บทความพิเศษฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์ 2 ข้อ ได้แก่ (1) ให้ข้อมูลสรุปล่าสุดเกี่ยวกับการพัฒนาแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กและเยาวชน และ (2) วิพากษ์เนื้อหาและกระบวนการในการพัฒนาแผน และก้าวสำคัญต่อไปในการผลักดันการดำเนินงานให้เป็นไปตามแผน

กระบวนการพัฒนาแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กและเยาวชน (พ.ศ. 2566-2573)⁽¹⁹⁾

การพัฒนาแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กและเยาวชนนี้ใช้ระเบียบวิจัยแบบผสมวิธี (mixed methods research) คือ มีทั้งการศึกษาเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในกระบวนการพัฒนา โดยการศึกษาวิจัย

ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนชุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล (หมายเลขโครงการวิจัย 2022/192.1207) วันที่ 30 สิงหาคม พ.ศ. 2565 โครงการนี้ใช้เวลาในการดำเนินงานทั้งสิ้น 10 เดือน (สิงหาคม พ.ศ. 2565 - 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2566)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) การศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (documentary review) เช่น งานวิจัยเชิงทดลอง แผนยุทธศาสตร์ของนานาประเทศ เป็นต้น

2) การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

- การสนทนากลุ่ม มีผู้เข้าร่วมให้ข้อมูลทั้งสิ้น 35 คน แบ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย กลุ่มผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ และกลุ่มนักวิชาการ ซึ่งมีเกณฑ์คัดเลือกคือ (1) เป็นผู้เชี่ยวชาญ ผู้แทนกระทรวง หรือผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกาย การเล่นกีฬา กิจกรรมนันทนาการ พลศึกษา และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางกายในกลุ่มเด็กและเยาวชน (2) มีประสบการณ์ในการทำงานส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกาย การเล่นกีฬา กิจกรรมนันทนาการ พลศึกษา และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางกายในกลุ่มเด็กและเยาวชน 5 ปี ขึ้นไป (3) ไม่จำกัดเพศ และ (4) อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี โดยใช้แนวคำถามที่มีโครงสร้างในการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ที่ได้เตรียมไว้
- การสัมภาษณ์เชิงลึก เชิญผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งสิ้น 5 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกคือ เป็นผู้เชี่ยวชาญ ผู้แทนกระทรวง หรือผู้ปฏิบัติงานในระดับนโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกาย การเล่นกีฬา กิจกรรมนันทนาการ พลศึกษา และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางกายในกลุ่มเด็กและเยาวชน และเข้าเกณฑ์ข้อ 2-4 เช่นเดียวกับการสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ได้รับเชิญ คือ (1) ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ (2) ผู้แทนกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (3) ผู้แทนกรมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ผู้แทนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และ (4) ผู้ปกครอง

โดยใช้แนวคำถามที่มีโครงสร้างในการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ที่ได้เตรียมไว้เช่นกัน

- การเปิดเวทีรับฟังความคิดเห็นในวงกว้าง 1 ครั้ง (ไม่ได้จำกัดคุณสมบัติผู้เข้าร่วมประชุม) มีผู้เข้าร่วมประมาณ 400 คน (ทั้งแบบ online และ onsite)
- การเปิดเวทีรับฟังความคิดเห็นต่อตัวชี้วัดที่ระบุในแผนปฏิบัติการ 1 ครั้ง โดยเชิญผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกาย การเล่นกีฬา กิจกรรมนันทนาการ พลศึกษา และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางกายในกลุ่มเด็กและเยาวชน เข้าร่วม มีผู้เข้าร่วมประชุม 48 คน จาก 37 หน่วยงาน/องค์กร ทั้งภาครัฐ วิชาการ เอกชน และประชาสังคม โดยมีผู้แทนผู้ปกครองเข้าร่วมประชุมด้วย

3) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในเวทีรับฟังความคิดเห็นด้วยแบบสอบถามออนไลน์เพื่อรับฟังความคิดเห็นต่อร่างแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กและเยาวชนเกี่ยวกับกระบวนการ เนื้อหา และผลลัพธ์ในแต่ละยุทธศาสตร์ โดยแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ (1) ความเห็นภาพรวมต่อแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กและเยาวชน (วิสัยทัศน์ วัตถุประสงค์ เป้าหมาย และกลุ่มเป้าหมาย) (2) ความเห็นต่อยุทธศาสตร์รายประเด็น ในด้านกระบวนการ เนื้อหา และผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น โดยใช้ 5-point Likert scale (5 = เห็นด้วยมากที่สุด และ 1 = ไม่เห็นด้วย) และ (3) ข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถาม แบบสอบถามในส่วนที่ 1 และ 2 เปิดโอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถามแสดงความคิดเห็นด้วย โดยคณะวิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพ มีผู้ตอบแบบสอบถามเป็นจำนวนทั้งสิ้น 276 คน มาจากภาครัฐร้อยละ 53.5 ภาคเอกชนร้อยละ 26.4 และภาคประชาสังคมร้อยละ 20.1

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์แบบการวิเคราะห์แก่นเนื้อหาสาระ (inductive content analysis) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดความเป็นบทสนทนาเป็นลายลักษณ์อักษร โดยใช้นักวิจัย 2 ท่านต่อการวิเคราะห์ 1 ชิ้นเพื่อตรวจทานการวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลและควบคุมคุณภาพในการวิจัย หากมีข้อคิดเห็น

ที่ขัดแย้ง ประเด็นนั้นจะได้รับการวินิจฉัยจากนักวิจัยคนที่ 3 จากนั้นนักวิจัยทำความเข้าใจกับข้อมูลในภาพรวม แล้วใช้การวิเคราะห์แก่นสาระแบบให้รูปแบบของข้อมูลเกิดขึ้นเอง (inductive open coding) เพื่อให้เห็นกรอบแนวคิดในภาพรวม และจัดกลุ่มแก่นสาระโดยใช้เทคนิค thematic coding เพื่อจำแนกและจัดระบบข้อมูลอย่างเป็นระบบ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพได้รับการนำไปปรับปรุงแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กและเยาวชน ส่วนผลที่ได้จากข้อมูลเชิงปริมาณพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยในด้านกระบวนการ 4.57 ด้านเนื้อหา 4.48 และด้านผลลัพธ์ 4.46 จากคะแนนเต็ม 5

สาระสำคัญของแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กและเยาวชน (พ.ศ. 2566-2573)⁽¹⁹⁾

จากกระบวนการพัฒนาดังกล่าวข้างต้น เกิดผลผลิต ได้แก่

1) แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กและเยาวชน (พ.ศ. 2566-2573) (strategic plan) ซึ่งเป็นเล่มหลักที่ให้กรอบแนวคิดและประเด็นยุทธศาสตร์

2) แผนปฏิบัติการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กและเยาวชน (action plan) ซึ่งเป็นเล่มที่มีรายละเอียดเกี่ยวกับมาตรการ แนวทางในการนำมาตรการไปปฏิบัติ เป้าหมาย ตัวชี้วัดรายมาตรการ พร้อมตัวชี้วัดความสำเร็จ และหน่วยงานที่ร่วมรับผิดชอบ ซึ่งเป็นเล่มรองใช้ประกอบกับแผนหลัก

ผลผลิตทั้งสองเล่มแสดงไว้ดังภาพที่ 1 สาระสำคัญของแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กและเยาวชน (พ.ศ. 2566-2573) สรุปได้ดังนี้

วิสัยทัศน์: เด็กและเยาวชนไทยมีวิถีชีวิตที่กระฉับกระเฉงเพื่อสุขภาพที่ดี

วัตถุประสงค์: เพื่อเพิ่มระดับกิจกรรมทางกายในกลุ่มเด็กและเยาวชนไทย (อายุ 0-24 ปี) ให้เพียงพอตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก

เป้าหมาย:

- 1) เด็กแรกเกิด – อายุไม่เกิน 5 ปี มีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย 24 ชั่วโมง (กิจกรรมทางกาย กิจกรรมหน้าจอ และการนอนหลับ) เป็นไปตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 10
- 2) เด็กอายุตั้งแต่ 5-17 ปี มีระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอไม่ต่ำกว่าร้อยละ 35
- 3) เยาวชนอายุ 18-24 ปี มีระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอไม่ต่ำกว่าร้อยละ 75

ประเด็นยุทธศาสตร์:

- 1) การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในสถานศึกษา (E: educational setting)
- 2) การมีส่วนร่วมและการให้การสนับสนุนของ

ครอบครัว (M: menage (family))

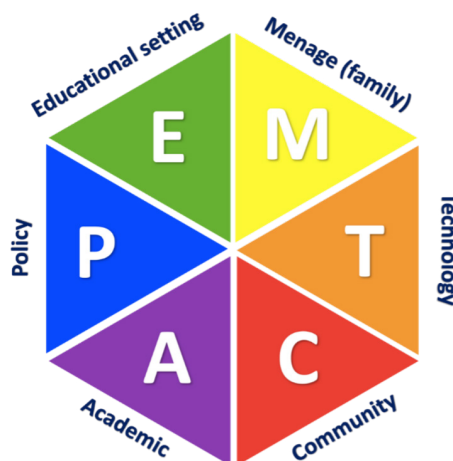
- 3) การสนับสนุนด้วยนโยบาย (P: policy)
- 4) การพัฒนาศักยภาพงานวิจัยและศักยภาพในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้กับเครือข่ายภาควิชาการและประชาสังคม (A: academic)
- 5) การสนับสนุนจากชุมชน/สังคม การสร้างและดูแลพื้นที่สำหรับการมีกิจกรรมทางกาย (C: community)
- 6) การใช้เทคโนโลยีและการสื่อสารสาธารณะ (T: technology and public communication)

ยุทธศาสตร์ทั้ง 6 ประเด็น เรียกโดยย่อว่า “EMPACT (เอ็มแพค)” ดังภาพที่ 2 มีมาตรการที่ระบุไว้ในแผนปฏิบัติการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กและเยาวชน ดังแสดงไว้ในตารางที่ 1

ภาพที่ 1 แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กและเยาวชนและแผนปฏิบัติการ



ภาพที่ 2 ประเด็นยุทธศาสตร์ในแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กและเยาวชน



ตารางที่ 1 มาตรการภายใต้ยุทธศาสตร์ EMPACT

ประเด็นยุทธศาสตร์	มาตรการ
1. การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ในสถานศึกษา (E: educational setting)	1.1 จัดให้ชั้นเรียนเป็นชั้นเรียนที่กระฉับกระเฉง (active classrooms) 1.2 ส่งเสริมกิจกรรมทางกายและความฉลาดรู้ทางกายผ่านการจัดการ เรียนรู้พลศึกษาที่มีคุณภาพ (quality physical education) 1.3 สถานศึกษาทุกระดับและสถาบันอุดมศึกษาส่งเสริมให้นักเรียนนักศึกษา มีโอกาสทั้งด้านเวลา สถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวกในการมี กิจกรรมทางกายในทุกช่วงเวลาที่สามารถทำได้ระหว่างวัน
2. การมีส่วนร่วมและการให้ การสนับสนุนของครอบครัว (M: menage (family))	2.1 ส่งเสริมให้ผู้ปกครองเป็นผู้นำและทำกิจกรรมทางกายร่วมกับเด็ก 2.2 ส่งเสริมให้ผู้ปกครองเป็นแบบอย่างให้กับเด็กในการมีกิจกรรมทางกาย เป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต ให้โอกาสแก่เด็กและเยาวชนได้มีกิจกรรม ทางกายมากขึ้น 2.3 ส่งเสริมความสามารถของผู้ปกครองในการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และแนวทางการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางกายกับเด็ก 2.4 สร้างทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการเล่นของเด็กและให้ความรู้ความเข้าใจ แก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับความฉลาดรู้ทางกาย
3. การสนับสนุนด้วยนโยบาย (P: policy)	3.1 ส่งเสริมให้สถานศึกษาทุกระดับและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัด การศึกษามีนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกายในระดับสถานศึกษาที่เป็น ลายลักษณ์อักษรและชัดเจน 3.2 กำหนดนโยบายที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายของคนในพื้นที่ ที่ครอบคลุมการออกแบบพื้นที่เพื่อตอบสนองความต้องการ ที่หลากหลายมีการกำกับติดตามและดูแลรักษา 3.3 ส่งเสริมให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องผลักดันนโยบายระดับชาติที่ช่วยทำให้ ประเด็นกิจกรรมทางกายได้รับความสำคัญและนำไปบูรณาการกับ แผนงานอื่นๆ ที่รัฐบาลดำเนินการอยู่
4. การพัฒนาศักยภาพงานวิจัย และศักยภาพในการส่งเสริม กิจกรรมทางกายให้กับเครือข่าย ภาควิชาการและประชาสังคม (A: academic)	4.1 สร้างจุดเชื่อมประสานเครือข่าย (focal point) ที่ทำงานด้านการ ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย 4.2 สนับสนุนให้มีการพัฒนาศักยภาพนักวิจัยและงานวิจัยด้านกิจกรรม ทางกายอย่างต่อเนื่อง 4.3 พัฒนาศักยภาพในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้กับภาคีเครือข่าย ทั่วประเทศ
5. การสนับสนุนจากชุมชน/สังคม การสร้างและดูแลพื้นที่สำหรับ การมีกิจกรรมทางกาย (C: community)	5.1 ส่งเสริมให้ชุมชนจัดโครงการกิจกรรมกีฬา/การออกกำลังกาย สำหรับมวลชนในชุมชน 5.2 สร้าง/ปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับ เด็กและเยาวชน รวมไปถึงเด็กและเยาวชนที่มีข้อจำกัดทางร่างกาย 5.3 เพิ่มพื้นที่สาธารณะที่เป็นพื้นที่ในการจัดกิจกรรมสาธารณะของชุมชน
6. การใช้เทคโนโลยีและการสื่อสาร สาธารณะ (T: technology and public communication)	6.1 สร้างการสื่อสารเฉพาะกลุ่มเพื่อสร้างการรับรู้ ความเข้าใจ และประโยชน์ ของการมีกิจกรรมทางกาย 6.2 ผลิตรายการที่ช่วยปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับการเล่นแบบอิสระของเด็ก 6.3 พัฒนารูปแบบสื่อทางสังคมออนไลน์ (social application) ที่ทันสมัยเพื่อกระตุ้นหนุนเสริมให้เด็กและเยาวชนมีกิจกรรม ทางกายมากขึ้น

วิจารณ์

ประเด็นแรก จะเห็นได้ว่าแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กและเยาวชน (พ.ศ. 2566-2573) นี้ระบุไว้อย่างชัดเจนว่า แผนได้รับการพัฒนามาเพื่อสนับสนุนแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับประเทศที่เผยแพร่ในปี พ.ศ. 2561 ซึ่งไม่ได้มีจุดเน้นที่ประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง และในช่วงเวลาที่พัฒนาแผนระดับชาตินั้น ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายในกลุ่มเด็กเล็กมีอยู่อย่างจำกัด แต่เนื่องจากภายหลังมีข้อมูลเพิ่มมากขึ้น ทำให้ตระหนักว่าปัญหาไม่ได้อยู่กับกลุ่มผู้ใหญ่เท่านั้น เพราะสัดส่วนของเด็กปฐมวัยที่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกนั้นต่ำกว่าผู้ใหญ่และต่ำมากจนน่าเป็นห่วง⁽¹⁴⁾ ซึ่งอาจเป็นเพราะประเทศไทยผ่านช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นเวลา 2-3 ปี ทำให้เด็กและเยาวชนใช้เทคโนโลยีตั้งแต่อายุน้อย⁽²⁰⁾ การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในกลุ่มเด็กและเยาวชนโดยเฉพาะเด็กปฐมวัยจึงมีความสำคัญและจำเป็นมาก แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กและเยาวชน (พ.ศ. 2566-2573) ฉบับนี้จึงได้รับการพัฒนาขึ้นมาเพื่อเติมเต็มช่องว่าง และมุ่งเน้นประชากรกลุ่มนี้เป็นการเฉพาะ เพื่อช่วยผลักดันการขับเคลื่อนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้บรรลุตามเป้าหมายของแผนระดับชาติภายในปีที่กำหนด

ประเด็นที่ 2 เนื้อหาของแผนฯ รองรับด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและนานาชาติ เนื่องจากแผนทั้งสองฉบับโดยเฉพาะแผนปฏิบัติการ ได้แนะนำแนวทางในการปฏิบัติงานไว้ด้วยการแนะนำแนวทางในการปฏิบัติงานได้นั้นต้องพิจารณาหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัย โดยเฉพาะที่เป็นการศึกษาทดลองที่สามารถระบุความเป็นเหตุเป็นผลอย่างชัดเจน (causality) คือ ผลการทดลองมาจากเหตุหรือมาตรการที่นำไปทดลองจริง จึงจะสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติได้ การพัฒนาแผนนี้จึงเน้นที่งานวิจัยเชิงทดลองและพิจารณาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีในประเทศไทยก่อน แต่ข้อจำกัด คือ ในประเทศไทยมีงานวิจัยเชิงทดลองในประเด็นที่เกี่ยวข้องน้อย ดังนั้น จึงจำเป็นต้องพิจารณาหลักฐานเชิงประจักษ์หรืองานวิจัยในต่างประเทศ

ร่วมด้วย อย่างไรก็ตาม จะพบว่าเนื้อหาในแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กและเยาวชนนี้มีความสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการการส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับโลก (เช่น การให้จัดให้วิชาพลศึกษามีคุณภาพและทำให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ด้านบวก และมีโอกาสในการมีกิจกรรมนันทนาการและกีฬาที่กระฉับกระเฉง และการริเริ่มให้มีกิจกรรมที่จัดเป็นประจำที่ทุกคนในชุมชนสามารถเข้าร่วมได้ในพื้นที่สาธารณะของชุมชน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพสังคมและวัฒนธรรมของท้องถิ่น)⁽²¹⁾ และสอดคล้องกับแผนระดับชาติของกรมอนามัย (เช่น มีพื้นที่สื่อสารแลกเปลี่ยนการทำวิจัย เวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่าย โดยเฉพาะผู้วิจัย และผู้กำหนดนโยบายหรือขับเคลื่อน และพัฒนาศักยภาพ บุคลากรสาธารณสุข แกนนำกิจกรรมทางกายให้มีศักยภาพในการถ่ายทอดความรู้)⁽¹⁸⁾ แตกต่างกันเพียงวิธีการนำเสนอยุทธศาสตร์เท่านั้น ซึ่งแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กและเยาวชนนี้ใช้วิธีระบุยุทธศาสตร์รายประเด็น และใช้คำย่อเป็นภาษาอังกฤษเพื่อง่ายต่อการกล่าวถึงและสร้างการจดจำ โดยไม่นำเสนอแบบแบ่งเป็นกลุ่มยุทธศาสตร์ เช่น active place, people, system, and environment เช่นเดียวกับองค์การอนามัยโลก⁽²¹⁾ หรือ โมเดล 5X5X5 คือ 5 กลุ่มวัย 5 ระบบสนับสนุน และ 5 สภาพแวดล้อม ของกรมอนามัย⁽¹⁸⁾

ประเด็นที่ 3 กระบวนการพัฒนาแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กและเยาวชน (พ.ศ. 2566-2573) เป็นจุดแข็งสำคัญของแผน เนื่องจากกระบวนการพัฒนาแผนมีการใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน ทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ และเปิดกว้างให้ภาคีทุกภาคส่วนเข้ามีส่วนร่วมในการพัฒนา ร่างแผนทั้งสองฉบับได้ผ่านการหารือพิจารณา วิพากษ์วิจารณ์ จากหลายเวที ทั้งการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การประชุมวิพากษ์ และการเปิดรับฟังความคิดเห็นจากเวทีการประชุมกิจกรรมทางกายระดับชาติเมื่อต้นปี พ.ศ. 2566 โดยมีผู้เข้าร่วมการประชุมจากหลายภาคส่วน เช่น หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม รวมถึงผู้ปกครอง กลุ่มผู้เข้าร่วมกระบวนการพัฒนาแผนมีทั้งอยู่ในระดับบริหาร และระดับปฏิบัติการ แม้จะมีข้อจำกัดอยู่บ้างที่หลายหน่วยงาน โดยเฉพาะภาครัฐอาจไม่ได้เข้าร่วมได้ทั้งหมด เนื่องจากเงื่อนไขด้านงบประมาณและเวลา แต่กระบวนการพัฒนา

แบบมีส่วนร่วมอย่างเปิดกว้างน่าจะทำให้เกิดการยอมรับและความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมจากหลายภาคีที่ร่วมในกระบวนการ และน่าจะทำให้การแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติมีความเป็นไปได้มากขึ้น

ประเด็นที่ 4 การนำแผนไปปฏิบัติอาจไม่จำเป็นต้องรอนโยบายหรือการสั่งการจากส่วนกลาง เนื่องจากหลายมาตรการภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ทั้ง 6 สามารถนำไปปฏิบัติได้เลยโดยบูรณาการเข้ากับงานประจำที่หน่วยงานต่างๆ ทำอยู่แล้ว และสามารถส่งเสริมงานประจำให้ดีขึ้นได้โดยไม่ต้องใช้งบประมาณเพิ่มเติม เช่น ในยุทธศาสตร์แรก โรงเรียนหรือครูสามารถผสมผสานกิจกรรมทางกายเข้ากับเนื้อหาด้านวิชาการ เช่น การนับก้าวเดินรอบห้องเพื่อประมาณระยะทางเป็นส่วนในการสอนวิชาคณิตศาสตร์พื้นฐาน หรือการให้เด็กเดินรอบสวนในโรงเรียนเพื่อดูระบบนิเวศวิทยาในวิชาชีววิทยา ก็จะเพิ่มความน่าสนใจของวิชาที่สอนและเด็กก็รู้สึกสนุกสนาน ส่วนยุทธศาสตร์ที่ 2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถฝึกอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครองที่สนใจเรื่องความปลอดภัยทางกาย เพื่อช่วยสร้างทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการเล่นของเด็ก และยุทธศาสตร์ที่ 5 หน่วยงานระดับท้องถิ่นหรือชุมชนที่จัดกิจกรรมกีฬา การออกกำลังกายสำหรับมวลชนหรือกิจกรรมอื่นๆ ในชุมชนอยู่แล้ว ก็ให้จัดกิจกรรมที่คนทุกวัยสามารถมีส่วนร่วมในการมีกิจกรรมทางกายได้ โดยดึงดูเอาเด็กและเยาวชนเข้ามาร่วมด้วย เป็นต้น อย่างไรก็ตาม มีหลายมาตรการที่อาจมีความจำเป็นที่หน่วยงานของรัฐต้องให้การสนับสนุนหรือมีการผลักดันร่วมกัน เช่น การส่งเสริมให้สถานศึกษาทุกระดับและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษามีนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกายในระดับสถานศึกษาที่เป็นลายลักษณ์อักษร และชัดเจน และการปรับปรุงหลักสูตรวิชาพลศึกษา เป็นต้น

ประเด็นสุดท้ายเป็นประเด็นที่ต่อเนื่องจากประเด็นที่ 4 และมีความสำคัญที่สุดต่อการผลักดันและขับเคลื่อนการปฏิบัติงานในอนาคตให้เป็นไปตามแผน ทุกแผนที่ได้รับการพัฒนาไม่ว่าด้วยองค์กรหรือภาคส่วนใดล้วนมีความเสี่ยงสูงที่จะไม่ได้รับความสนใจ ไม่ได้รับการยอมรับ และการนำไปปฏิบัติให้เกิดผลจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสีย หรือที่มักถูกเรียกว่าเป็นงาน “ขึ้นหิ้ง” ประเด็นนี้เป็นข้อกังวลของทั้งคณะวิจัย ผู้ยกร่างแผนและ

ผู้ที่เข้าร่วมกระบวนการพัฒนาทั้งหมด เป็นประเด็นที่ได้รับการเน้นย้ำจากทุกเวทีและจากการสำรวจ และมีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวาง จากประสบการณ์การทำงานของคณะวิจัย การผลักดันเชิงนโยบายจะเกิดขึ้นได้ยากหากไม่มีจุดเชื่อมประสาน หรือผู้รับผิดชอบ และที่สำคัญคือไม่มีโครงสร้างเชิงนโยบายหรือองค์กรมารองรับ เพราะนั่นหมายถึงการมีทรัพยากรมารองรับ (บุคลากรที่จะดำเนินงานและงบประมาณ) และความยั่งยืนของแผน ดังนั้น ที่ประชุมจึงแนะนำให้มีการนำเสนอแผนนี้ต่อคณะกรรมการบริหารการส่งเสริมกิจกรรมทางกายซึ่งมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และประกอบไปด้วยผู้แทนจากหลายกระทรวง/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นกรรมการ ซึ่งคณะกรรมการชุดนี้มีคณะกรรมการที่ดูแลในประเด็นต่างๆ 5 ชุด เช่น ด้านนโยบาย และด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร เป็นต้น⁽¹⁸⁾ หากคณะกรรมการบริหารส่งเสริมกิจกรรมทางกายรับทราบและพิจารณาอนุมัติแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กและเยาวชนนี้ให้มีคณะกรรมการดูแล และเริ่มต้นดำเนินการได้เร็ว น่าจะเป็นการดียิ่ง เนื่องจากระหว่างกระบวนการพัฒนาแผนทั้งหมดที่ผ่านมา (ช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 – พ.ศ. เมษายน 2566) ได้มีการเชื่อมประสานกับภาคีต่างๆ ไว้เป็นจำนวนมาก ทั้งภาคีเดิมและภาคีใหม่ เกิดความตื่นตัวของภาคีที่ทำงานเกี่ยวกับส่งเสริมสุขภาพและกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กและเยาวชนทั้งทางตรงและทางอ้อม และการเสนอแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กและเยาวชนนี้ให้กับคณะกรรมการระดับชาติให้การรับรองก็น่าจะช่วยให้เกิดการติดตามและผลักดันการปฏิบัติงานต่อไปตามที่แผนปฏิบัติการกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กและเยาวชนได้ให้แนวทางไว้ รวมถึงการประเมินผลในอนาคตด้วย

สรุป

แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กและเยาวชน (พ.ศ. 2566–2573) เป็นแผนที่ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อสนับสนุนแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับประเทศ มุ่งเป้าไปที่กลุ่มประชากรเด็กและเยาวชนเป็นการเฉพาะ และครอบคลุมกลุ่มเด็กปฐมวัยด้วย เนื่องจากประชากรกลุ่มดังกล่าวมีระดับกิจกรรมทางกาย

ที่ต่ำมาก โดยได้มีการพัฒนาแผนปฏิบัติการที่สอดคล้อง มารองรับ แผนทั้งสองฉบับได้รับการพัฒนาจากระเบียบ วิธีวิจัยแบบผสมผสาน และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ที่เปิดกว้าง หากแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กและเยาวชนนี้ได้รับการผลักดันอย่างจริงจัง และที่สำคัญคือภาคีทุกภาคส่วนร่วมกันแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ อย่างเป็นรูปธรรม บนความหวังว่าประเทศไทยจะบรรลุ เป้าหมายในการเพิ่มระดับกิจกรรมทางกายของเด็กและ เยาวชนตามที่ได้วางไว้ภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้

แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กและเยาวชน รวมถึงนายแพทย์ไพโรจน์ เสาน่วม ผู้ช่วยผู้จัดการ สสส. และรักษาการผู้อำนวยการสำนักสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ คุณนิรมล ราศรี ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักสร้างเสริมวิถี-ชีวิตสุขภาวะ และคุณวิภาดา ศิรวรงค์ เจ้าหน้าที่สำนัก-สร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ ที่กรุณาให้คำแนะนำและสนับสนุน การดำเนินงานอย่างดียิ่งตลอดกระบวนการพัฒนา ขอขอบคุณภาคีทุกภาคส่วนและผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน เป็นอย่างยิ่งที่เสียสละเวลาให้ข้อมูลที่สำคัญและร่วม กระบวนการอันมีคุณค่าต่อการพัฒนาแผนฯ และ ที่สำคัญขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ (วุฒิคุณ) นายแพทย์วิวัฒน์ โรจนพิทยากร กรรมการบริหารแผน คณะที่ 5 สสส. ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาในการดำเนินงาน มาโดยตลอด

กิตติกรรมประกาศ

คณะวิจัยขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุน- การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้ทุนสนับสนุนการพัฒนา

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. 2022 [cited 2023 May 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. The World Bank. Cause of death, by non-communicable diseases (% of total) [Internet]. 2020 [cited 2023 May 1]. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DTH.NCOM.ZS>
3. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
4. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet* 2012;380(9838):219–29.
5. Amornsriwatanakul A, Lester L, Bull FC, Rosenberg M. Are Thai children and youth sufficiently active? Prevalence and correlates of physical activity from a nationally representative cross-sectional study. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2017;14(1):72.
6. วิชัย เอกพลการ, บรรณารักษ์. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 – 2563. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
7. ทรงทรงรัตน์ จินาพงศ์, ระวีวรรณ มาพงษ์, ธนัญพร พรหมจันทร์, อารีกุล อมรศรีวัฒนกุล. กิจกรรมทางกายในเด็กและเยาวชนไทย อายุ 0-22 ปี: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2564;15(2):231–49.
8. Loprinzi PD, Cardinal BJ, Loprinzi KL, Lee H. Benefits and environmental determinants of physical activity in children and adolescents. *Obes Facts* 2012;5(4):597–610.
9. Lochte L, Petersen PE, Nielsen KG, Andersen A, Platts-Mills TAE. Associations of physical activity with childhood asthma, a population study based on the WHO - health behaviour in school-aged children survey. *Asthma Res Pract* 2018;4:6.
10. Haugen T, Säfvenbom R, Ommundsen Y. Physical activity and global self-worth: the role of physical self-esteem indices and gender. *Ment Health Phys Act* 2011;4(2):49–56.

11. Aadland KN, Moe VF, Aadland E, Anderssen SA, Resaland GK, Ommundsen Y. Relationships between physical activity, sedentary time, aerobic fitness, motor skills and executive function and academic performance in children. *Men Health Phys Act* 2017;12:10-8.
12. Saonuan P, Rasri N, Pongpradit K, Widyastari DA, Katewongsa P. Results from Thailand's 2018 report card on physical activity for children and youth. *J Phys Act Health* 2018;15(s2):S417-8.
13. Widyastari DA, Saonuan P, Pongpradit K, et al. Results from the Thailand 2022 report card on physical activity for children and youth. *J Exerc Sci Fit* 2022;20(4):276-82.
14. Katewongsa P, Widyastari DA, Saonuan P, Haemathulin N, Wongsingha N. The effects of the COVID-19 pandemic on the physical activity of the Thai population: evidence from Thailand's surveillance on physical activity 2020. *J Sport Health Sci* 2021;10(3):341-8.
15. ชุตติมา ชลาชนเดชะ, อารีกุล อมรศรีวัฒนกุล, อภิชัย วรธนะพิศิษฐ์, ระวีวรรณ เล็กสกุลไชย, รัตนภรณ์ ชูทอง, พีรเดช ธิจันทร์เปียง, และคณะ. ข้อมูลจากการสำรวจการเฝ้าระวังการใช้สื่อหน้าจอในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน. กรุงเทพมหานคร: โครงการวิจัยด้านกิจกรรมทางกายในเด็กและเยาวชน; 2565.
16. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. เด็กไทยอ้วนขึ้น หนุนส่งเสริมสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 1 พ.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thaihealth.or.th/เด็กไทยอ้วนขึ้น-หนุนส่ง/>
17. ปทุมรัตน์ สามารถ, ทักษิณ ศรีวิไล, วชิรินทร์ แสงสัมฤทธิ์ผล, ธวัชชัย ทองบ่อ, เสวต เชียงสี, จูติกร โตโพธิ์ไทย, และคณะ. บทเรียนจากการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายระดับประเทศ “เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก”. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม* 2565;45(1):11-26.
18. คณะกรรมการพัฒนาแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย. แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ.2561-2573. กรุงเทพมหานคร: เอ็นซี คอนเซ็ปต์; 2561.
19. อารีกุล อมรศรีวัฒนกุล, อภิชัย วรธนะพิศิษฐ์, ปิยวัฒน์ เกตุวงศา, ทรงทรศน์ จินาพงศ์, ธัญพร พรหมจันทร์. แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กและเยาวชน (พ.ศ. 2566-2573). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2566.
20. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป จำแนกตามการใช้อินเทอร์เน็ต/โทรศัพท์มือถือ และการมีโทรศัพท์มือถือ พ.ศ. 2562-2564 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2566 [สืบค้นเมื่อ 1 พ.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/16.aspx>
21. World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world. Geneva: World Health Organization; 2018.

Analysis on Physical Activity Promotional Plan for Children and Youth to Drive Effective Implementation

Areekul Amornsriwatanakul¹, Songdhasn Chinapong², Apichai Wattanapisit³,
Piyawat Katewongsa⁴, Thnunpron Promjun⁵, Rattanawadee Thongsut⁶,
Thapthim Sriwilai⁶, and Areerat Butsaekaw⁶

¹ College of Sports Science and Technology, Mahidol University

² Division of Sports Science, Faculty of Science, Chandrakasem Rajabhat University

³ School of Medicine, Walailak University

⁴ Institute for Population and Social Research, Mahidol University

⁵ Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

⁶ Division of Physical Activity and Health, Department of Health, Ministry of Public Health

Abstract

The Physical Activity Promotional Plan for Children and Youth (2023–2030) was developed to complement the existing Physical Activity Plan 2018–2030 which is the national plan. An action plan, was also developed along with the promotional plan, outlines 6 strategies called briefly “EMPACT” comprising (1) E: educational setting, (2) M: menage (family support), (3) P: policy support, (4) A: academic, (5) C: community support, and (6) T: technology and public communication. These two plans were developed to fill in the gap of the national plan and focus specifically on addressing the low physical activity levels among this population group, particularly children in early years. The plans were developed using a mixed-method research design. Their contents are consistent with the Global Action Plan on Physical Activity and the Thai national plan on physical activity promotion. Importantly, the plans were crafted from a widely-open participatory process involving all possible stakeholders. The next important step is to tie the plan to an appropriate policy infrastructure for sustainable actions and resources. If the action plan to promote physical activity promotion among children and youth was seriously translated into concrete actions, hopes for Thailand to increase children and youths’ physical activity levels would be achieved within a specified timeframe.

Keywords: physical activity; children and youth; health policy; health promotion; EMPACT

การเรียนรู้บนฐานศิลปะสำหรับพัฒนาเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ดิเรก ชัยชนะ¹, สุกนธ์ ชัยชนะ², วันจรุส พรหมศิริ², เรวดี รัตน์², นันทิชา รักษ์วงศ์², ขวัญภา สภาพันธ์²

¹มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชนกรุณา จังหวัดขอนแก่น

²สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ตำบลพะตง จังหวัดสงขลา

บทคัดย่อ

ตามมุมมองของวงล้อมแห่งการดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นเงื่อนไขสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่เน้นพัฒนาทักษะความรู้ รวมถึงการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย บทความนี้เสนอการพัฒนาเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขผ่านการถ่ายภาพ รวมทั้งได้ติดตามผลด้วยการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ทั้งนี้กลุ่มผู้ดูแลจำนวน 11 ท่าน ที่คัดเลือกแบบเจาะจงเข้าร่วมกิจกรรมและกำหนดให้ถ่ายภาพความเป็นอยู่และสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านจำนวน 6 ราย ผลการดำเนินการพบว่า ประสบการณ์สุนทรียะผ่านกระบวนการถ่ายภาพช่วยพัฒนากลุ่มผู้ดูแล 3 ด้าน ได้แก่ ความตระหนักรู้ในตนเอง การพัฒนาทักษะการดูแล และความตระหนักรู้ด้านสุนทรียภาพแห่งการดูแล ข้อค้นพบนี้ให้แนวทางการพัฒนาเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข รวมถึงคุณภาพของการดูแลแบบประคับประคองทั้งด้านกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และการดูแลคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

คำสำคัญ: การเรียนรู้บนฐานศิลปะ; การดูแลแบบประคับประคอง; ชุมชนกรุณา; วงล้อมแห่งการดูแล

วันรับ: 31 พ.ค. 2566

วันแก้ไข: 20 มิ.ย. 2566

วันตอบรับ: 23 มิ.ย. 2566

บทนำ

สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติตำบลพะตง (สอ.พะตง) ได้ขับเคลื่อนชุมชนกรุณา (compassionate community) ซึ่งเป็นแนวคิดการปฏิบัติการทางสังคมด้านการดูแลสุขภาพ โดยเสริมพลังหน่วยต่างๆ ของสังคมให้มีศักยภาพและร่วมเป็นส่วนในการดูแล ป้องกัน บรรเทา และเยียวยาความทุกข์ของผู้ป่วยและครอบครัวในการรับมือกับความสูญเสียและการตาย ทั้งนี้การพัฒนาชุมชนกรุณาพะตง⁽¹⁾ ร่วมสี่ปีนับจากปี พ.ศ. 2563 ถึงปัจจุบัน ในปีแรกเน้นการพัฒนาศักยภาพให้กับกลุ่มผู้ดูแล ซึ่งได้แก่ อาสาสมัคร

ประจำหมู่บ้าน (อส.ม.) caregiver (Cg) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ทักษะการรับฟังด้วยใจและทัศนคติที่เปิดกว้างต่อการพูดคุยเรื่องความตาย และการสูญเสีย ในปีต่อมาเน้นการเสริมพลังเพื่อยกระดับกลุ่มผู้ดูแลเป็นผู้นำการส่งเสริมการวางแผนสุขภาพล่วงหน้าให้กับสมาชิกชุมชน และในปัจจุบันทางชุมชนกรุณาพะตงขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของครอบครัว หน่วยบริการสุขภาพ และภาคีเครือข่ายต่างๆ ในชุมชนตามแนวคิดวงล้อมแห่งการดูแล⁽²⁾ ที่อธิบายถึงรูปแบบการดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมองกายใจเป็นขั้นของกลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการดูแล 5 ชั้น

ได้แก่ เครือข่ายวงใน เครือข่ายวงนอก ชุมชน หน่วยบริการ สุขภาพ และกลุ่มนโยบาย กล่าวได้ว่า ตลอดสี่ปีของการขับเคลื่อนชุมชนกรุณาพะตงได้พัฒนาคุณภาพกลุ่มผู้ดูแล ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สุขภาพและเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขสามารถทำงานด้านการดูแลแบบประคับประคองได้อย่างมีคุณภาพ อย่างไรก็ตาม แนวทางการพัฒนากลุ่มผู้ดูแลที่ผ่านมาส่วนใหญ่เน้นไปที่องค์ความรู้ทางสาธารณสุข การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ขณะที่ในความเป็นจริงแล้วการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลก็เป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้มีคุณภาพเช่นเดียวกัน แต่ยังไม่ได้ส่งเสริมพัฒนาผู้ดูแลด้านนี้มากนัก เนื่องด้วยการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวข้องกับการพัฒนาความใกล้ชิดและความเข้าใจประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วยอย่างลึกซึ้งว่า ผู้ป่วยคิด รู้สึก หรือรับรู้อะไร ซึ่งการศึกษาเหล่านี้พบในงานศึกษาที่บูรณาการศิลปะเข้ามาสู่การศึกษาด้านดูแลสุขภาพ⁽³⁾ สำหรับประเทศไทย การศึกษาที่บูรณาการศิลปะสู่พื้นที่ความรู้ด้านสุขภาพและสาธารณสุขส่วนใหญ่เกี่ยวกับศิลปะบำบัด ที่เน้นการบำบัดหรือเยียวยาในกลุ่มผู้ป่วย เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ⁽⁴⁾ หรือกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย⁽⁵⁾ แต่ไม่ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาในกลุ่มผู้ดูแลแบบประคับประคอง

โครงการนิทรรศการภาพถ่ายชุมชนกรุณาเป็นกิจกรรมภายใต้การสนับสนุนของกลุ่ม Peaceful Death และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชนกรุณา ที่ต้องการให้ตัวแทนชุมชนกรุณาในแต่ละภาคจัดนิทรรศการศิลปะเพื่อบอกเล่าเรื่องราวการทำงานของชุมชนกรุณาในพื้นที่สำหรับชุมชนกรุณาพะตงได้เป็นตัวแทนชุมชนกรุณาภาคใต้เพื่อจัดแสดงผลการดำเนินการตลอดสี่ปีที่ผ่านมา ทั้งนี้จากการประชุมสมาชิกชุมชนกรุณาพะตงได้ข้อสรุปว่า แทนที่จะเป็นเพียงการจัดแสดงภาพถ่ายเพื่อสื่อสารผลสำเร็จของชุมชนกรุณาพะตง ทางกลุ่มมองว่าน่าจะใช้การถ่ายภาพเป็นกระบวนการพัฒนาผู้ดูแล กล่าวคือใช้การถ่ายภาพเป็นกระบวนการเรียนรู้และทำความเข้าใจประสบการณ์การรับรู้ และสภาวะทางอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยผ่านประจักษ์พยานของเฟอร์นิเจอร์ เครื่องมือทางการแพทย์ สิ่งต่างๆ ในห้องผู้ป่วย และบรรยากาศสภาพแวดล้อมที่บ้าน รวมถึงการคัดเลือกภาพสำหรับจัดแสดง แล้วใช้การ

สัมภาษณ์และสนทนากลุ่มเพื่อสะท้อนผลงานและการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในกระบวนการ ดังนั้นโครงการนิทรรศการภาพถ่าย “วงล้อมแห่งการดูแล ชุมชนพะตง” ซึ่งจัดแสดงระหว่างวันที่ 6-15 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 จึงเป็นเหมือนการเสนอผลการวิจัยเชิงปฏิบัติการบนฐานศิลปะการถ่ายภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ด้านหนึ่งคือการสื่อสารการทำงานของผู้ดูแลชุมชนกรุณาพะตง และอีกด้านคือการเสนอแนวทางใหม่ในการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขผ่านกระบวนการศิลปะ

การจัดกระบวนการเรียนรู้ผ่านการถ่ายภาพ

โดยทั่วไปการวิจัยปฏิบัติการมีวงจรของกระบวนการปฏิบัติ 4 ส่วน⁽⁶⁾ ได้แก่ การวางแผน (plan) การปฏิบัติ (act) การสังเกตผลการปฏิบัติ (observe) และการสะท้อนผล (reflection) สำหรับการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้ศิลปะ Jokela T และ Huhmarniemi M⁽⁷⁾ เสนอว่าตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการคือการใช้ศิลปะเป็นตัวกระตุ้นสำหรับงานพัฒนา เช่น การเสริมพลังหรือการออกแบบสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม โดยการวางแผนคือการศึกษาบริบททางสังคมวัฒนธรรมของพื้นที่ การสร้างทีม และการสนทนากลุ่ม การปฏิบัติเกี่ยวข้องกับการทำงานศิลปะให้สอดคล้องกับเป้าหมายและวัตถุประสงค์ การสังเกตผลการปฏิบัติมาจากการจดบันทึก การรวมข้อมูล และการดูแลให้การปฏิบัติเป็นไปตามแผน และการสะท้อนเกี่ยวข้องกับการตรวจสอบข้อมูล การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เพื่อสะท้อนผลการทำงานของทีมงาน สำหรับโครงการนี้ กระบวนการเรียนรู้บนฐานศิลปะประกอบด้วย ชั้นที่หนึ่ง การวางแผนซึ่งเป็นการประชุมกลุ่มเพื่อแนะนำโครงการวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม รับสมัครผู้เข้าร่วมกิจกรรม การเลือกเคสผู้ป่วย วิธีการถ่ายภาพ จำนวนภาพถ่าย การคัดเลือกภาพ และการนำเสนอผลงาน จากการประชุมมีกลุ่มผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 11 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 5 ท่าน อสม. 3 ท่าน caregiver (Cg) 2 ท่าน และผู้นำชมรมรักสุขภาพ 1 ท่าน โดยได้จัดกลุ่มๆ ละ 2 ท่าน จึงมีทั้งหมด 6 กลุ่ม ดังตารางที่ 1 โดยแต่ละกลุ่มเลือกผู้ป่วยหนึ่งเคสเพื่อการถ่ายภาพ

ขั้นที่สอง การปฏิบัติการ แต่ละกลุ่มได้รับมอบหมายให้ถ่ายภาพดังนี้ (1) ภาพผู้ป่วยแบบไม่เห็นหน้าตรง อาจเป็นภาพด้านข้าง ด้านหลัง มือ เท้า ตา หู หรืออวัยวะที่ผู้ดูแลรู้สึกเชื่อมโยงกับผู้ป่วย และ (2) ภาพสภาพแวดล้อมภายในห้องและนอกห้องผู้ป่วย เช่น ที่นอน เก้าอี้ รูปบนผนัง เฟอร์นิเจอร์ เครื่องมือทางการแพทย์ หรือสิ่งต่างๆ ในห้องผู้ป่วยที่สังเกตเห็น เมื่อผู้ป่วยนั่งหรือนอนผู้ป่วยเห็นอะไร ได้ยินอะไร ได้กลิ่นอะไร ภาพถ่ายสิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นเหมือนประจักษ์พยานที่สะท้อนการดำรงอยู่ของผู้ป่วย ขั้นที่สาม การสังเกตผล คือการติดตามแต่ละกลุ่มให้ถ่ายภาพได้ครบตามเป้าหมาย รวมถึงการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เพื่อสะท้อนผลงานและการเรียนรู้

การนำเสนอผลงานผ่านนิทรรศการภาพถ่าย

การนำเสนอผลงานภาพถ่าย นอกเหนือจาก แต่ละกลุ่มจะคัดเลือกภาพจำนวน 12-15 ภาพ เพื่อนำมาจัดชุดภาพ 6 ภาพ ดังตารางที่ 1 ที่สะท้อนภาพสภาวะผู้ป่วยและบริบทการดูแลผู้ป่วยและคัดเลือกภาพที่ประทับใจอย่างน้อยกลุ่มละหนึ่งภาพพร้อมทั้งสะท้อนว่า ทำไมถึงถ่ายภาพนี้ ภาพนี้มีความหมายกับเราหรือการดูแลอย่างไร และภาพนี้นำไปสู่การพัฒนาการดูแลได้อย่างไร? นอกจากนี้ผู้ถ่ายภาพยังต้องเขียนจดหมายฉบับเพื่อสะท้อนการเรียนรู้โดยฉบับแรกเขียนถึงผู้ป่วยว่า “ในฐานะเป็นผู้ดูแลคนนี้ เราอยากบอกอะไรกับผู้ป่วย” และจดหมายฉบับที่สองเขียนถึงตนเองว่า “เราอยากบอกอะไรกับตัวเองที่ได้ทำหน้าที่เป็นดูแลคนนี้” ดังนั้นการแสดงผลภาพถ่ายของผู้ป่วยหนึ่งคนจึงมีภาพถ่ายผู้ป่วยและสภาพแวดล้อมที่สามารถ

สะท้อนสภาวะและบริบทคุณภาพชีวิตผู้ป่วย รวมถึงภาพความประทับใจ ข้อความจากจดหมาย และข้อสะท้อนที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ผ่านการถ่ายภาพ

ทั้งนี้นิทรรศการภาพถ่ายได้เปิดงานวันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ณ ตลาดอนามัยพะตง หลังจากนั้นได้จัดแสดงต่อเนื่องที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ต.พะตง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา ในวันที่ 8-15 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ดังภาพที่ 1

การตั้งชื่อภาพในตารางที่ 1 มาจากความประทับใจและความเข้าใจที่เกิดขึ้นช่วงการสร้างผลงาน ตัวอย่างเช่น “ภาพดูแลประจักษ์ญาติ” ชื่อภาพนี้มาจากความรู้สึกของผู้ดูแลที่รู้สึกเป็นห่วงผู้ป่วยเหมือนญาติของตนเอง และมองว่าผู้ป่วยคนนี้นอกเหนือจากการดูแลด้านสุขภาพแล้วยังต้องให้ความช่วยเหลือด้านการดูแลสุขภาพชีวิตสำหรับ “ภาพปันสุข” เกี่ยวข้องกับความประทับใจที่ผู้ดูแลรู้สึกว่าทุกครั้งที่ยอมรับต่อโรคและมีกำลังใจที่จะเผชิญวิกฤต ในขณะที่ “ภาพใส่ใจ” เป็นความประทับใจของผู้ดูแลที่พบว่า ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยคือเพื่อนบ้าน ซึ่งเป็นเครือข่ายวงนอกตามวงล้อมแห่งการดูแล ที่คอยดูแลทั้งด้านสุขภาพ การรับประทานยาและอาหารของผู้ป่วยด้วยความใส่ใจ สำหรับ “ด้วยแรงแห่งรัก” ชื่อภาพมาจากความประทับใจต่อผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยติดเตียงด้วยความรักไม่เคยทิ้งห่าง เช่นเดียวกับภาพ “ห่วงใยนิรันดร์” ชื่อภาพสะท้อนความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยเป็นความรู้สึกผูกพันกันและห่วงใยผู้ป่วยโดยไม่ทิ้งห่าง และสุดท้าย “ภาพสัมผัสแห่งรัก” ชื่อภาพมาจากความรู้สึกยินดีของ Cg ที่ได้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลและได้ใกล้ชิดกับผู้ป่วย

ตารางที่ 1 ข้อมูลผลงานภาพถ่าย

ชื่อภาพ	กลุ่มผู้ดูแลที่สร้างผลงาน	ข้อมูลผู้ป่วย	สถานที่พักรักษา
1. ดูแลประจักษ์ญาติ	เจ้าหน้าที่อนามัย - อสม.	ผู้ป่วยโรคเส้นเลือดในสมองตีบ	บ้านเช่า
2. ปันสุข	เจ้าหน้าที่อนามัย - อสม.	ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้	บ้านเช่า
3. ใส่ใจ	เจ้าหน้าที่อนามัย - อสม.	ผู้ป่วยโรคไตระยะรุนแรง	บ้าน
4. ด้วยแรงแห่งรัก	เจ้าหน้าที่อนามัย (เดี่ยว)	ผู้ป่วยติดเตียง	บ้าน
5. ห่วงใยนิรันดร์	เจ้าหน้าที่อนามัย - Caregiver (Cg)	ผู้ป่วยติดเตียง	บ้าน
6. สัมผัสแห่งรัก	ผู้นำกลุ่มรักสุขภาพ - Caregiver (Cg)	ผู้ป่วยติดเตียง	บ้าน

ภาพที่ 1 การจัดแสดงนิทรรศการภาพถ่าย “วงล้อมแห่งการดูแล ชุมชนกรรณาพะตง”



กล่าวได้ว่า ชุดภาพถ่ายทั้ง 6 ภาพสะท้อนสุขภาวะและสภาพแวดล้อมของการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยแต่ละเคส รวมถึงได้สื่อสารภาพการทำงานของชุมชนกรรณาพะตงสู่ผู้ชมนิทรรศการ นอกจากนี้ กลุ่มผู้ดูแลที่สร้างสรรค์ผลงานพบว่าการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลแบบประคับประคอง 3 ด้าน ได้แก่ ความตระหนักรู้ในตนเอง การพัฒนาทักษะการดูแลแบบประคับประคอง และสุนทรียภาพแห่งการดูแล

1. การพัฒนาด้านความตระหนักรู้ในตนเอง

ความตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวข้องกับผู้ดูแลได้ใคร่ครวญถึงคุณค่าและความหมายของชีวิต รวมถึงบทบาทของผู้ดูแล ตัวอย่างเช่น “ภาพห่วงใยชั่วนิรันดร์” ดังภาพที่ 2 ผู้สร้างผลงานสะท้อนให้เห็นว่าการถ่ายภาพสิ่งต่างๆ

ที่อยู่รอบผู้ป่วยช่วยให้ตนเองได้สังเกตผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมากขึ้น และได้ใคร่ครวญถึงคุณค่าและพันธกิจของชีวิต ดังที่ผู้ถ่ายภาพนี้ได้อธิบายถึงองค์ประกอบของภาพเรื่อง “เวลา” ที่สื่อด้วยแสงสว่างริมน้ำต่างทุกบาน และนาฬิกาที่ติดไว้บนผนังห้องเหนือเตียงผู้ป่วย เข็มนาฬิกาที่หมุนเวียนไปเรื่อยๆ ในแต่ละวัน เวลาเป็นเหมือนสายน้ำที่ไม่มีวันไหลย้อนกลับ ซึ่งชวนให้ตั้งคำถามกับตัวเองว่า “คุณได้ทำหน้าที่เหล่านี้ดีแล้วหรือยัง” ความตระหนักรู้ที่เกิดขึ้นผ่านกระบวนการทำงานศิลปะ Jeroen Lutters⁽⁸⁾ ผู้เชี่ยวชาญด้าน art-based learning ได้อธิบายไว้ว่า การนำศิลปะและความตายเข้ามาปฏิสัมพันธ์กันได้ย่อมนำไปสู่การตั้งคำถามให้ค้นหาความหมายของชีวิตได้ นอกจากนี้ ความตระหนักรู้ต่อตัวเองที่เกิดขึ้นได้ช่วยพัฒนา

ภาพที่ 2 ห่วงใยชั่วนิรันดร์



“เราจะเอาหมอนวดและลูบเบาๆ ตามแขนขาช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับความอบอุ่น และรับรู้ว่ามีใครทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง เราสื่อสารด้วยการสัมผัสและจับมือผู้ป่วย”

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแล และผู้ป่วยในด้าน ความหวังใจ และความกรุณา ที่จะส่งเสริมคุณภาพของการดูแลแบบ ประคับประคองต่อไป

2. การพัฒนาทักษะการดูแลแบบประคับประคอง

การพัฒนาทักษะด้านการดูแลเกี่ยวข้องกับการพัฒนา ทักษะการสังเกต ความใส่ใจ ความกรุณา ความไว้วางใจ และทักษะการมองหาสิ่งที่เสริมพลังใจให้ผู้ป่วย ตัวอย่าง เช่น กลุ่มถ่ายภาพ “ปันรัก” ได้เล่าถึงประสบการณ์ถ่ายภาพ ว่าช่วยให้ตนเองมีทักษะการสังเกตที่ละเอียดมากขึ้น เช่น เห็นรูปถ่ายเป็นภาพผู้หญิงสวมชุดครุยซึ่งผู้ป่วยเก็บไว้ในแฟ้มใส่เอกสารและวางไว้บนตู้ โดยปกติหากเพียงมาเยี่ยม ผู้ป่วยสอบถามข้อมูลด้านแลสุขภาพก็จะไม่ใส่ใจหรือ สงสัยอะไร เมื่อถามผู้ป่วยก็พบว่า เป็นรูปภาพลูกสาวที่เป็น ผู้ให้กำลังใจคนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสู้กับวิกฤตโรคมะเร็ง การถ่ายภาพเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถสังเกต บริบทที่แวดล้อมผู้ป่วยซึ่งช่วยให้เข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น และสามารถมองหาลำโพงใจที่ผู้ป่วยมี เพื่อเสริมพลังใจให้กับ ผู้ป่วยได้

นอกจากนี้ กลุ่มถ่ายภาพ “สัมพันธ์แห่งรัก” ดังภาพที่ 3 ได้สะท้อนการพัฒนาทักษะการดูแลที่แตกต่างออกไป นั่นคือประสบการณ์ลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อถ่ายภาพทำให้ ผู้ดูแลความเข้าใจและความตระหนักถึงบทบาทของ ผู้ดูแลและคุณลักษณะสำคัญของการทำงานอาสาสมัคร สาธารณสุข ซึ่งได้แก่ ความใส่ใจ ความตั้งใจ ความอดทน และการเห็นคุณค่าต่อบทบาท อสม. โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

อสม. หรือ Cg ที่เริ่มทำงานอาสาสมัครสาธารณสุข ในช่วง เริ่มต้นที่ลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอาจถูกมองว่าเป็นคนแปลกหน้า ซึ่งความรู้สึกนี้ส่งผลกระทบต่อเชิงลบและอาจทำให้อาสาสมัคร ไม่มีความสุขกับการทำงานหรือไม่อยากลงเยี่ยมบ้าน อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้ดูแลที่ถ่ายภาพชุด “สัมพันธ์แห่งรัก” ซึ่งเป็น อาสาสมัครใหม่เช่นเดียวกันได้ค้นพบว่า ความตั้งใจ ความอดทน และความเชื่อมั่นในคุณค่าการทำงานอาสาสมัคร จะช่วยให้ผ่านอุปสรรคนี้ได้ เพื่อพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ดูแลและผู้ป่วยจากคนแปลกหน้าเป็นคนใกล้ชิด และ พัฒนาการของความไว้วางใจนี้ได้ช่วยสร้างบรรยากาศของ การดูแลประคับประคองให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ มากขึ้น ดังเห็นได้จากภาพสัมพันธ์แห่งรักที่ผู้ดูแลจับมือผู้ป่วย นั้นคือภาพความประทับใจและความยินดีของผู้ดูแล ที่ต้องการสื่อสารถึงความภาคภูมิใจในหน้าที่อาสาสมัคร

การพัฒนาทักษะการดูแลแบบประคับประคองของ กลุ่มผู้ดูแล เช่น การสังเกต ความเห็นอกเห็นใจ ความกรุณา และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ที่เกิดขึ้นจาก กระบวนการปฏิบัติการถ่ายภาพสอดคล้องงานวิจัยของ Turton B⁽⁹⁾ และคณะ ที่ค้นพบว่า กระบวนการศิลปะ ช่วยให้ผู้ทำงานด้านสุขภาพเกิดประสบการณ์การเรียนรู้ ด้านสุนทรียภาพที่สามารถสะท้อนให้เห็นได้ในประสบการณ์ ตรงของการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพ และ ประสบการณ์สุนทรียะนี้จะนำผู้ดูแลได้พัฒนาทั้งด้าน การปฏิบัติและทักษะการดูแล เช่น ความกรุณา ความเห็น-อกเห็นใจ ความตระหนักรู้ภายในตนเอง ความตระหนักรู้

ภาพที่ 3 สัมผัสแห่งรัก



“อยากจับมือ อยากกอดคุณยาย
อยากให้คุณยายได้รับความรักจากผู้ดูแล
อยากพุดคุยกับคุณยาย
เพื่อคุณยายจะได้มีความสุข เมื่อเจอผู้ดูแล”

ต่อผู้อื่น รวมถึงการพัฒนาภายในตนเอง กล่าวได้ว่าการสร้างกิจกรรมศิลปะให้เหมาะสมเป็นเครื่องมือสำคัญหนึ่งในการพัฒนาบุคคลและอาสาสมัครด้านสุขภาพ

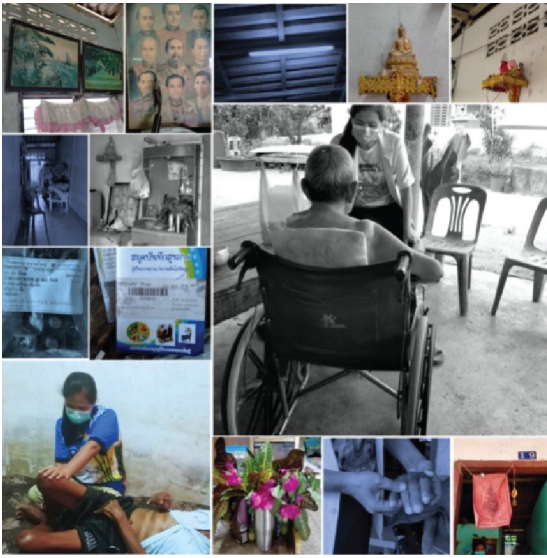
3. การพัฒนาด้านสุนทรียภาพของการดูแล

สุนทรียภาพของการดูแล เกี่ยวข้องกับการตระหนักถึงบรรยากาศของการดูแลและบริบทแวดล้อมที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและดำรงอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการดูแลแบบประคับประคอง บรรยากาศของการดูแลคือบรรยากาศความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย เช่น ความห่วงใย ความตั้งใจ ความใส่ใจ ตัวอย่างเช่น ภาพ “สัมผัสแห่งรัก” ซึ่งสะท้อนถึงความตั้งใจและใส่ใจของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย นอกจากนี้ สุนทรียภาพของการดูแลยังหมายถึงความเข้าใจสุขภาวะของผู้ป่วยและบริบทการดูแลผู้ป่วยอย่างรอบด้าน ซึ่งเกิดขึ้นจากประสบการณ์สุนทรียะในช่วงทำการถ่ายภาพ ตัวอย่างเช่น การรับรู้ถึงบรรยากาศภายในห้องพัก แสง อากาศ ความร้อน กลิ่นอาหาร รูปบนผนังและสิ่งต่างๆ ที่สะท้อนความเชื่อของผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจสุขภาวะทางกายจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณที่เป็นความเชื่อของผู้ป่วย รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ บริบทของการดูแลยังเกี่ยวข้องกับการตระหนักว่าใครหรือกลุ่มใดตามวงล้อมแห่งการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการผู้ป่วย เช่น ผู้ดูแลหลักเป็นใคร เป็นสมาชิกครอบครัว เพื่อนบ้าน ญาติ หรือเป็น อสม./Cg หน่วยงานหรือกลุ่มใดในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพเพื่อดูแลผู้ป่วย องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นหรือเทศบาล ซึ่งบทบาทกำหนดนโยบายด้านคุณภาพชีวิต และสวัสดิการพื้นฐานของประชาชนควรเข้ามามีส่วนร่วมอย่างไร ความตระหนักรู้อรอบด้านเช่นมาจากประสบการณ์ตรงที่เกิดขึ้น ณ ขณะนั้น เพราะเมื่อผู้ดูแลใช้กระบวนการถ่ายภาพสำรวจผู้ป่วย ผู้ดูแลได้สังเกตเห็นรายละเอียดของบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยได้เพิ่มมากขึ้น รวมถึงเห็นข้อเท็จจริงเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และเริ่มตั้งคำถามว่า สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับการดูแลแบบประคับประคองควรเป็นอย่างไร ตัวอย่างเช่น กลุ่มถ่ายภาพ “ใส่ใจ” ซึ่งเป็นเคสของผู้ป่วยโรคไต เมื่อลงเยี่ยมบ้านพบว่า ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยไม่ใช่คนในครอบครัว แต่เป็นเพื่อนบ้าน นอกจากนี้ เมื่อถ่ายภาพตามหัวข้อที่กำหนด กลุ่มนี้เริ่มสังเกตเห็นว่าวัตถุดิบที่ใช้ปรุงอาหาร

เครื่องปรุงที่ใช้ อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคไต และเมื่อถ่ายภาพสภาพแวดล้อมก็สังเกตเห็นว่าผู้ป่วยปลูกผักทานเอง ความเข้าใจถึงบริบทของผู้ป่วยเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลกลุ่มนี้ตระหนักว่า การดูแลผู้ป่วยเฉพาะด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจนั้นยังไม่เพียงพอ แต่ควรขยายขอบเขตการดูแลด้านคุณภาพชีวิตผู้ป่วยด้วย

การถ่ายภาพตามหัวข้อที่กำหนดช่วยให้กลุ่มผู้ร่วมกิจกรรมได้สังเกตเห็นรายละเอียดสภาพแวดล้อมรอบๆ ผู้ป่วยได้เพิ่มมากขึ้น และเห็นปัญหาที่นอกเหนือขอบเขตบทบาทการดูแลสุขภาพ ตัวอย่างเช่นกลุ่มถ่ายภาพ “ดูแลประดุจญาติ” ดังภาพที่ 4 ซึ่งเลือกถ่ายภาพผู้ป่วยโรคเส้นเลือดสมองตีบซึ่งมีปัญหากลืนอาหารและต้องนั่งรถเข็นผู้ป่วยพักอาศัยอยู่ในบ้านเช่าที่ไม่ได้ออกแบบไว้สำหรับการใช้รถเข็น และมีผู้ดูแลหลักเป็นผู้สูงอายุ ดังนั้นปัญหาของผู้ป่วยเคสนี้คือ ผู้สูงอายุดูแลผู้ป่วย และบ้านเช่าไม่ได้ออกแบบมาสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหากลืนอาหารและใช้รถเข็น จากกระบวนการถ่ายภาพได้ช่วยให้ผู้ดูแลกลุ่มนี้สังเกตเห็นปัญหาเรื่องสภาพแวดล้อมภายในบ้านและห้องน้ำที่ต้องช่วยเหลือเพื่อปรับพื้นที่ให้เหมาะสม สามารถใช้รถเข็นสะดวกและคุณภาพชีวิตที่ดี อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่เกินขอบเขตของหน่วยบริการสุขภาพ ดังนั้นทางกลุ่มผู้ดูแลจึงประสานงานกับภาคีเครือข่ายอื่นๆ ในชุมชน เช่น อบต. เทศบาล เพื่อร่วมแก้ปัญหาให้ผู้ป่วย กล่าวได้ว่ากระบวนการถ่ายภาพช่วยให้ผู้ดูแลตระหนักถึงสภาพแวดล้อมและบริบทของผู้ป่วย แล้วหาแนวทางการแก้ปัญหาโดยประสานงานกับภาคีเครือข่ายตามวงล้อมแห่งการดูแลเพื่อการดูแลทั้งสุขภาพ สุขภาวะ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย กล่าวโดยสรุป กระบวนการเรียนรู้ผ่านการถ่ายภาพช่วยพัฒนาความเข้าใจและความตระหนักด้านสุนทรียภาพแห่งการดูแล ซึ่งประกอบด้วยการสร้างบรรยากาศของการดูแลที่เป็นมิตร ใส่ใจ และเปิดใจทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแลและการพัฒนาสภาพแวดล้อมและบริบทของการดูแลผู้ป่วย ความเข้าใจด้านสุนทรียภาพแห่งการดูแลเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างหรือปรับปรุงสถานที่การดูแล เช่น บ้าน ห้องพัก หรือสถานพยาบาลต่างๆ ให้มีบรรยากาศที่เหมาะสมสำหรับการดูแลแบบประคับประคองหรือการพักฟื้นตัวของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ภาพที่ 4 ดูแลประดุงญาตี



“ความรู้สึกต่อผู้ป่วยประดุงญาตีมิตร
หลังลงเยี่ยมผู้ป่วยทำให้มีคำถามว่า เราจะสามารถ
ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้ดีกว่านี้ได้ไหม
จากการประเมินเราต้องมาวางแผนการดูแลให้
ครอบคลุมทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม
และคุณภาพชีวิต”

วิจารณ์

โครงการนิทรรศการภาพถ่าย “วงล้อมแห่งการดูแล
ชุมชนกรุณาพะตง” เป็นเหมือนการเสนอผลการวิจัย
เชิงปฏิบัติการบนฐานศิลปะการถ่ายภาพ โดยมีวัตถุประสงค์
ด้านหนึ่งเพื่อการสื่อสารการทำงานของชุมชนกรุณาพะตง
และอีกด้านคือการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และอาสาสมัคร
สาธารณสุขผ่านกระบวนการศิลปะ ดังเห็นได้ว่า การเรียนรู้
บนฐานศิลปะช่วยพัฒนากลุ่มผู้ดูแล 3 ด้าน ได้แก่ ความ
ตระหนักรู้ภายในตนเอง การพัฒนาทักษะการดูแล และ
ความเข้าใจด้านสุนทรียภาพของการดูแล ทั้งนี้การใช้ศิลปะ
การถ่ายภาพเป็นฐานการพัฒนาผู้ดูแลซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่
และอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่าผลลัพธ์ของกระบวนการ
เรียนรู้ผ่านศิลปะมีความแตกต่างจากกระบวนการเรียนรู้ที่เน้น
การให้ความรู้หรือการคิดวิเคราะห์ เนื่องจากว่า ประสบการณ์
เรียนรู้ผ่านศิลปะเป็นประสบการณ์เชิงสุนทรียะที่ผู้เรียน
สามารถรับรู้ทั้งข้อเท็จจริง และความรู้สึก จึงช่วยให้ผู้เรียน
เกิดความเข้าใจอย่างรอบด้านและเชื่อมโยงความรู้เข้ากับ
บริบทได้ กล่าวได้ว่า การเรียนรู้บนฐานศิลปะเป็นกระบวนการ
เรียนรู้ที่สามารถพัฒนาบุคคลกรด้านสุขภาพวิชาชีพและ
อาสาสมัครสาธารณสุขเข้าใจองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วย
อย่างองค์รวมและข้ามพ้นการขอบเขตความรู้วิทยาศาสตร์
สุขภาพ ในการแสวงหาความรู้ของงานพยาบาล Carper
BA⁽¹⁰⁾ ได้สรุปรูปแบบความรู้ไว้ 4 แบบ ได้แก่ ความรู้เชิง

ประจักษ์ ความรู้เชิงจริยธรรม ความรู้เชิงบุคคล และความรู้
เชิงสุนทรียศาสตร์ สำหรับข้อค้นพบงานวิจัยนี้ กล่าวได้ว่า
การใช้กระบวนการถ่ายภาพเป็นฐานพัฒนาผู้ดูแลเกี่ยวข้องกับ
พัฒนาความรู้เชิงบุคคล ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อผู้ดูแลใกล้ชิด
สนิทสนมกับผู้ป่วยและเข้าใจมุมมองการรับรู้ของผู้ป่วย
ดังที่ Carper อธิบายว่า ความรู้เชิงบุคคลสามารถสร้างได้
ผ่านการใช้ศิลปะ นอกจากนี้ ข้อค้นพบการพัฒนาด้าน
สุนทรียภาพแห่งการดูแลสอดคล้องกับรูปแบบความรู้
เชิงสุนทรียะของ Carper เพราะเป็นความรู้ความเข้าใจ
ที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติเมื่อผู้ดูแลเห็นบริบทผู้ป่วยอย่างรอบ
ด้านตามความเป็นจริง นอกจากนี้ การวิจัยของ Fraser KD
และ Sayah F⁽¹¹⁾ พบว่า วิธีการทางศิลปะมีประโยชน์ทั้งเป็น
เครื่องมือสร้างความรู้ และสื่อสารความรู้ไปสู่ผู้ชม สำหรับ
การศึกษานี้ กระบวนการศิลปะเป็นเครื่องมือพัฒนาความรู้
ให้กับกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นผู้สร้างสรรค์ผลงานผ่านการถ่ายภาพ
ทั้งในการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย
ทักษะการดูแล และแนวทางการพัฒนาคุณภาพการ
ดูแลแบบประคับประคองอย่างองค์รวมและคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วย นอกจากนี้ การจัดแสดงผลภาพถ่ายสู่สาธารณชน
พบว่า ภาพถ่ายเป็นเหมือนสิ่งกระตุ้นเตือนผู้ชมได้ใคร่ครวญ
ตนเอง ตระหนักถึงการเตรียมพร้อมสำหรับช่วงวิกฤต
ของชีวิต และตื่นตัวต่อการมีส่วนร่วมในวงล้อมแห่งการดูแล
เพื่อขับเคลื่อนชุมชนกรุณาพะตงในอนาคต

สำหรับข้อเสนอแนะในการขยายผลเพื่อนำกระบวนการศิลปะเป็นฐานพัฒนากลุ่มผู้ดูแล ทางผู้เขียนขอเสนอประเด็นสำคัญ 3 ด้านได้แก่ (1) การเลือกประเภทของศิลปะที่จะนำมาใช้ว่าเป็นรูปแบบไหน เช่น การถ่ายภาพ การวาดภาพ การละคร การเขียน ดนตรี หรือภาพยนตร์ ให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย สำหรับโครงการนี้ผู้เขียนเห็นว่าการถ่ายภาพเป็นเครื่องมือที่สะดวก ทุกคนทำได้ และสามารถสร้างการมีส่วนร่วม และสื่อสารได้ตามเป้าหมายของวัตถุประสงค์ของโครงการ (2) สร้างกระบวนการเรียนรู้ผ่านศิลปะต้องมีความสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายและกิจกรรมต้องความชัดเจนและสัมพันธ์กัน สำหรับโครงการนี้ผู้เขียนได้ใช้การถ่ายภาพเป็นตัวหลัก และใช้การเขียนจดหมายเพื่อเสริมเนื้อหา และเพื่อการใคร่ครวญและสื่อสารผลงาน

ภาพถ่ายได้อย่างชัดเจนขึ้น และ (3) คือ การสะท้อนและการติดตามกระบวนการอย่างต่อเนื่อง สำหรับโครงการนี้ผู้เขียนใช้การสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มเป็นเครื่องมือสะท้อนและติดตาม การทำงานของผู้ร่วมกิจกรรมเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และสามารถสร้างสรรค์ผลงานได้ตามเป้าหมาย

กิตติกรรมประกาศ

โครงการนิทรรศการภาพถ่าย “วงล้อมแห่งการดูแลชุมชนกรุณาพะตง” ได้รับการสนับสนุนทุนการวิจัยจากมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชนกรุณา และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. สุคนธ์ ชัยชนะ, ดิเรก ชัยชนะ. การพัฒนาเมืองกรุณา: กรณีศึกษาตำบลพะตง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา. ใน: เอกภพ สิทธิวรรณธนะ, จุณิดา อภิชนะกุลชัย, วรณมา จารุสมบัติ, วรพงษ์ เวชมาสินนท์, วลัยพร วงศ์สะอาด, บรรณาธิการ. ปุณภูมิชุมชนกรุณาเพื่อการพัฒนาชุมชนเพื่อการพัฒนาชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่ดีตายดี. ขอนแก่น: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชนกรุณา; 2566. หน้า 91-9.
2. เอกภพ สิทธิวรรณธนะ. วงล้อมแห่งการดูแล (circles of care) [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [สืบค้นเมื่อ 20 พ.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://cocofoundationthailand.org/วงล้อมแห่งการดูแล-circles-of-care/>
3. State of the Field Committee. State of the field report: arts in healthcare 2009. Washington DC: Society for the Arts in Healthcare; 2009.
4. อรทยา สารมาศ, ปุณณรัตน์ พิชญไพบุลย์, โสมฉาย บุญญามันต์. การใช้ศิลปะเป็นฐานเพื่อพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารวิชาการเครือข่ายบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ 2562;9(2):17-32.
5. เกียรติภูมิ วงศ์รจิต. การผสมผสานหลากหลายศาสตร์ในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. นนทบุรี: กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก; 2561.
6. วรณดี สุทธินรากร. การวิจัยปฏิบัติการ: การวิจัยเพื่อเสริมภาพและการสร้างสรรค์. กรุงเทพมหานคร: สยามปริทัศน์; 2556.
7. Jokela T, Huhmarniemi M. Art-based action research in the development work of arts and art education [Internet]. 2019. [cited 2022 May 24]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/335797712_Art-based_action_research_in_the_development_work_of_arts_and_art_education
8. Lutters J. RAAK-PRO grant for research on the role of art in palliative care [Internet]. 2022. [cited 2022 May 25]. Available from: <https://www.artez.nl/en/this-is-artez/news/2022-06-07-raak-pro-grant-for-research-on-the-role-of-art-in-palliative-care-artez>
9. Turton BM, Williams S, Burton CR, Williams L. Art-based palliative care training, education and staff development: a scoping review. Palliative Medicine 2017;32(2):559-70.
10. Carper BA. Fundamental patterns of knowing in nursing. Adv Nurs Sci 1978;1(1):13-23.
11. Fraser KD, Sayah F. Art-based method in health research: a systematic review of the literature. Arts & Health 2011;3(2):110-45.

Art-based Learning for Healthcare Staff and Volunteer Development in Palliative Care

Direk Chaichana¹, Sokhon Chaichana², Wancharas Phromsiri², Rewadee Rattana²,
Nanthicha Rakwong², and Khunnapha Spaphan²

¹Compassionate Communities Research and Development Institution Foundation,
Khon Kaen Province

²Patong Healthcare Service Center, Songkhla Province

Abstract

From the circles of care perspective, the patient-carer relationship is a critical prerequisite for improving the quality of palliative care. However, most previous studies on development of healthcare staff and volunteers were concentrated on skills and knowledge as well as assessing the problems and needs of patients. In this study, we presented art-based learning to improve care teams through participant-produced photographs with follow-up interviews and group discussions. Eleven participants were purposively recruited and asked to take pictures of six patients and their surroundings of home-based palliative care. Results showed that the aesthetic experience through photograph-making developed care teams in 3 aspects: awareness of self, palliative care skills, and understanding of the aesthetic of care. This study not only offered an emerging field in healthcare staff and volunteer development but also produced a holistic improvement in terms of physical, psychological, social, and spiritual aspects, as well as the patient's quality of life.

Keywords: art-based learning, palliative care, compassionate community, circles of care

กรอบแนวคิดผลกระทบการตลาดอาหารและเครื่องดื่มของ ยูนิเซฟที่มีต่อเด็ก: การวิเคราะห์ด้วยโมเดลสังคมนิเวศวิทยา

นางนุช จินดารัตนาภรณ์

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

การตลาดอาหารและเครื่องดื่มมีผลกระทบต่อพฤติกรรมของเด็ก การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนของกรอบแนวคิดผลกระทบของการตลาดอาหารและเครื่องดื่มของยูนิเซฟที่มีต่อเด็ก โมเดลสังคมนิเวศวิทยาเป็นเกณฑ์ในการวิเคราะห์กรอบแนวคิดผลกระทบของการตลาดอาหารและเครื่องดื่มของยูนิเซฟ ที่มีต่อเด็ก ผลการศึกษาพบว่า จุดแข็งของกรอบแนวคิดนี้ คือ ปัจจัยด้านการพบเห็นเทคนิคการตลาดอาหาร และความถี่ของการพบเห็นการตลาดอาหาร มีผลกระทบต่อพฤติกรรมของเด็ก ในขณะที่จุดอ่อนกรอบแนวคิดนี้ คือ การขาดการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว เพื่อน โรงเรียน และชุมชน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลต่อพฤติกรรมของเด็ก ดังนั้น การศึกษาวิจัยผลกระทบการตลาดอาหาร ในประเทศไทยควรพิจารณาการนำกรอบแนวคิดผลกระทบของการตลาดอาหารและเครื่องดื่มของยูนิเซฟที่มีต่อเด็กนี้ไปใช้ให้เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: ผลกระทบ; การตลาดอาหารและเครื่องดื่มเด็ก; กรอบแนวคิดของยูนิเซฟ; โมเดลสังคมนิเวศวิทยา

วันรับ: 26 พ.ค. 2566

วันแก้ไข: 19 มิ.ย. 2566

วันตอบรับ: 22 มิ.ย. 2566

บทนำ

การตลาดอาหารเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมบริโภคและโรคอ้วนของเด็ก^(1,2) การทบทวนผลกระทบการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมสูง ที่มีต่อเด็ก ในต่างประเทศสามารถระบุว่า การตลาดอาหาร ใช้เทคนิคทางการตลาดที่สร้างสรรค์และหลากหลาย เช่น คนดัง นักกีฬา การ์ตูน และเกม ซึ่งสามารถดึงดูดผู้รับชมที่อายุน้อย และเทคนิคทางการตลาดเหล่านี้มักปรากฏในทางโทรทัศน์และสถานที่รวมตัวของเด็ก เช่น โรงเรียน ซึ่งเทคนิคทางการตลาดดังกล่าวสัมพันธ์กับการบริโภค ทางเลือก ความชอบ และการร้องขอให้ซื้ออาหาร ที่เพิ่มขึ้นในเด็กและวัยรุ่น^(3,4) สำหรับประเทศไทยมีการทบทวนผลกระทบการตลาด

อาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมสูง ของประเทศไทยและต่างประเทศ ระหว่าง พ.ศ. 2546-2555 พบว่า โฆษณาทางโทรทัศน์และการจําตราสินค้าอาหารที่มีน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมสูง สัมพันธ์กับความชอบ การซื้อและบริโภคอาหารของเด็ก⁽⁵⁾ ซึ่งการทบทวนวรรณกรรมเหล่านี้ไม่ได้สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาผลกระทบการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่มีต่อเด็ก ในขณะที่การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบการตลาดอาหารและเครื่องดื่มของยูนิเซฟได้สรุปกรอบแนวคิดของผลกระทบการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่มีต่อเด็ก

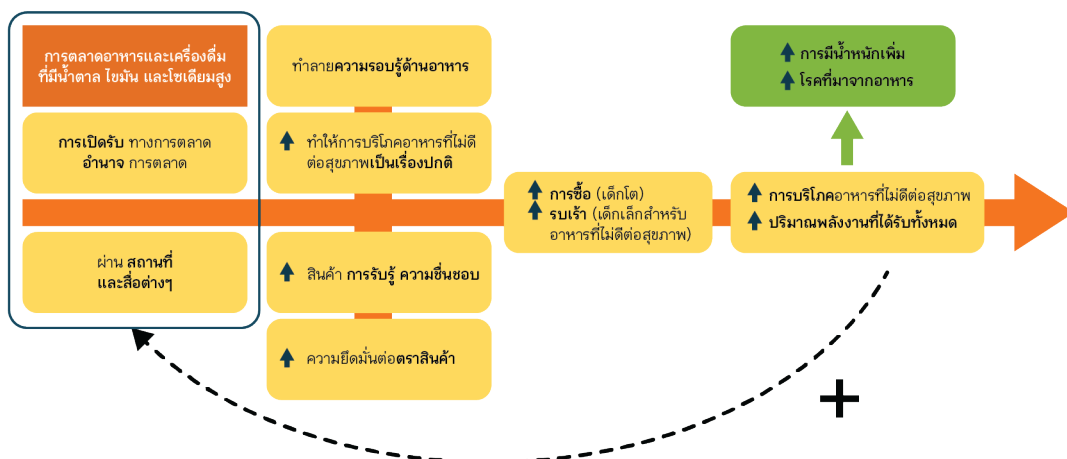
กรอบแนวคิดผลกระทบการตลาดอาหารและเครื่องดื่มของยูนิเซฟเกิดจากการสังเคราะห์และสรุปข้อค้นพบจากการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่มีต่อเด็กในต่างประเทศ⁽⁶⁾ ผลการทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาดังกล่าว สรุปกรอบแนวคิดผลกระทบการตลาดอาหารและเครื่องดื่มของยูนิเซฟที่มีต่อเด็กได้ดังภาพที่ 1 กล่าวคือ การพบเห็นการทำการตลาดอาหารที่มีไขมัน น้ำตาล และโซเดียมสูง และเทคนิคทางการตลาดอาหาร (เช่น การใช้ผู้แสดงแบบที่มีชื่อเสียง การซื้ออาหารและแถมของเล่น) ผ่านสื่อและสถานที่ต่างๆ ชักจูงให้เด็กรับรู้ และมีความชื่นชอบในอาหารที่มีไขมัน น้ำตาล และโซเดียมสูง เพิ่มความยึดมั่นต่อตราสินค้า สนับสนุนให้การบริโภคอาหารที่มีไขมัน น้ำตาล และโซเดียมสูง ซึ่งเป็นอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพกลายเป็นเรื่องปกติ และทำลายความรอบรู้ด้านอาหาร อีกทั้งยังทำให้เด็กเล็กร้องขอให้ผู้ปกครองซื้ออาหารที่มีไขมัน น้ำตาล และโซเดียมสูง และกลุ่มเด็กโตซื้ออาหารที่มีไขมัน น้ำตาล และโซเดียมสูง เพิ่มขึ้น นำไปสู่การบริโภคอาหารที่มีไขมัน น้ำตาล และโซเดียมสูงเพิ่มขึ้น และการบริโภคอาหารที่มีไขมัน น้ำตาล และโซเดียมสูงที่เพิ่มขึ้น เกิดขึ้นทันทีหลังจากการพบเห็นการทำการตลาดของอาหาร ไม่ได้ทำให้เด็กบริโภคน้อยลงในมือถัดไป ซึ่งหมายความว่า ปริมาณพลังงานทั้งหมดที่จะได้รับในแต่ละวันจึงเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน การได้รับพลังงานที่มากเกินไปนำไปสู่การมีน้ำหนักเกินและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่มาจากบริโภคอาหารที่มีไขมัน น้ำตาล และโซเดียมสูง เมื่อเด็กมีความต้องการอาหารที่มีไขมัน น้ำตาล และโซเดียมสูงเพิ่มขึ้น การแข่งขันทางการตลาดก็เพิ่มขึ้น ส่งผลให้การทำการตลาดอาหาร และระบบนิเวศทางการตลาดทวีความรุนแรงยิ่งขึ้นตามไปด้วย⁽⁶⁾

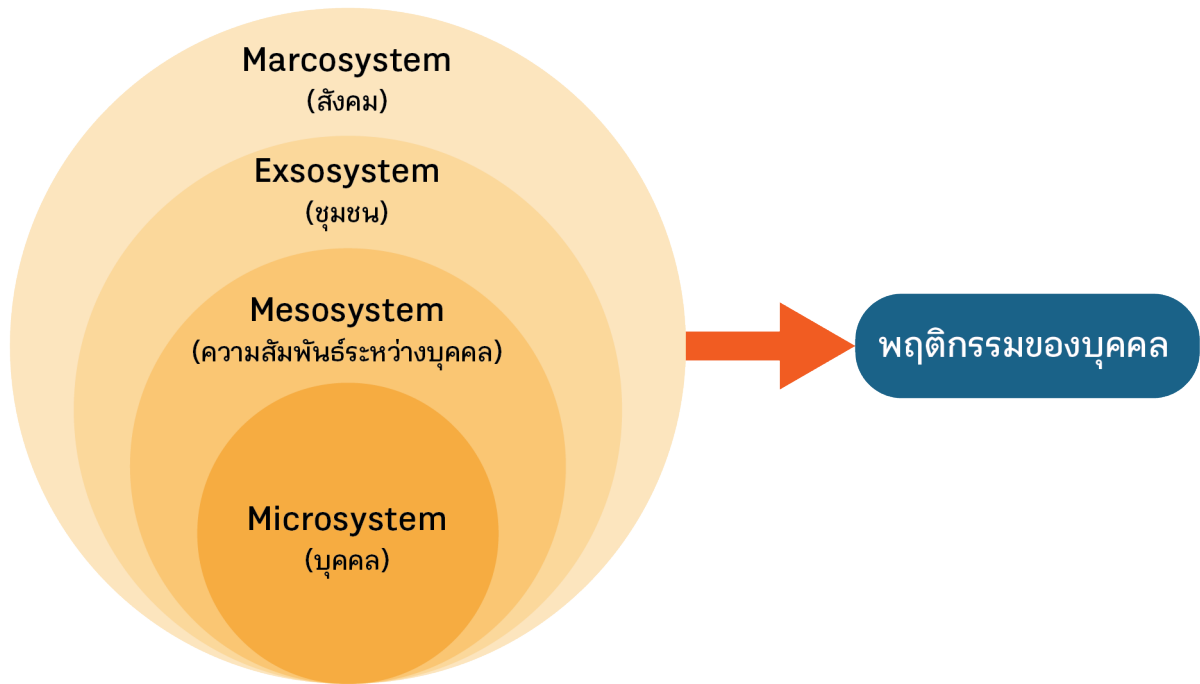
กรอบแนวคิดผลกระทบการตลาดอาหารและเครื่องดื่มของยูนิเซฟที่มีต่อเด็กนั้นนำเสนอผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการพบเห็นการทำการตลาดอาหารและเครื่องดื่มของเด็กเท่านั้น ซึ่งในความเป็นจริงแล้วยังมีอีกหลากหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อเด็ก โมเดลสังคมนิเวศวิทยาสามารถนำมาใช้วิเคราะห์ปัจจัยอื่นๆ ที่มีต่อเด็กได้ เพราะโมเดลสังคมนิเวศวิทยาอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างคนๆ หนึ่งกับปัจจัยแวดล้อมซึ่งส่งผลกับพฤติกรรมของเขา โมเดลสังคมนิเวศวิทยาสร้างขึ้นโดย Urie Bronfenbrenner มีจุดมุ่งหมายเพื่อทำความเข้าใจว่า พฤติกรรมมนุษย์ได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมได้อย่างไร⁽⁷⁾ ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมตามโมเดลนี้มี 4 ระดับ ดังแสดงในภาพที่ 2 ได้แก่

- 1) microsystem หมายถึง ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นอิทธิพลที่แข็งแกร่งที่สุดในการทำงานร่วมกันและการเชื่อมต่อกับสภาพแวดล้อม ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา รายได้ และประสบการณ์ส่วนตัว
- 2) mesosystem เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งหมายความว่า บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน
- 3) exosystem หมายถึง ชุมชนที่มีผลกระทบทางอ้อมต่อบุคคล เป็นการกดดันทั้งทางบวกและทางลบต่อบุคคล ระดับนี้เน้นบทบาทของโรงเรียน ชุมชน และสถานที่ทำงาน

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดผลกระทบการตลาดอาหารและเครื่องดื่มของยูนิเซฟที่มีต่อเด็ก



ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล ตามโมเดลสังคมนิเวศวิทยา



4) marcosystem หมายถึง สังคมซึ่งอยู่ห่างไกลจากตัวบุคคล แต่ค้ำจุนและปิดกั้นพฤติกรรมของบุคคล เช่น ความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม บรรทัดฐาน และนโยบาย ด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ การศึกษา และสาธารณสุข รวมถึงสถาบันต่างๆ ในสังคม เช่น สถาบันการเมือง สถาบันการเงิน สถาบันสื่อ เป็นต้น^(8,9)

ประเทศไทยมีการทบทวนผลกระทบการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมสูง ของประเทศไทยและต่างประเทศ ระหว่าง พ.ศ. 2546-2555 แต่การศึกษาดังกล่าวผ่านมาสิบปีแล้ว และไม่ได้สรุปเป็นกรอบแนวคิดผลกระทบการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่มีต่อเด็ก⁽⁵⁾ บทความพิเศษนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนของกรอบแนวคิดการศึกษาผลกระทบการตลาดอาหารและเครื่องดื่มของยูนิเซฟที่มีต่อเด็ก โดยใช้โมเดลสังคมนิเวศวิทยา และเพื่อพัฒนารอบแนวคิดในการศึกษาผลกระทบการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่มีต่อเด็กในประเทศไทยต่อไป ข้อมูลในการวิเคราะห์ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมโดยใช้คำค้น คือ ผลกระทบการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่มีต่อเด็ก

ผลการศึกษา

1. จุดแข็งของกรอบแนวคิดผลกระทบการตลาดอาหารและเครื่องดื่มของยูนิเซฟที่มีต่อเด็ก

เมื่อวิเคราะห์กรอบแนวคิดผลกระทบการตลาดอาหารและเครื่องดื่มของยูนิเซฟที่มีต่อเด็กตามโมเดลสังคมนิเวศวิทยา จุดแข็งของกรอบแนวคิดผลกระทบการตลาดอาหารและเครื่องดื่มของยูนิเซฟที่มีต่อพฤติกรรมเด็กในต่างประเทศ คือ สิ่งแวดล้อมทั้งในระดับ microsystem คือ การพบเห็นและความถี่ของการพบเห็นการตลาดอาหารของเด็ เป็นปัจจัยระดับบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมของตัวเอง และระดับ marcosystem ซึ่งก็คือ อุตสาหกรรมอาหารและบริษัทโฆษณาที่เป็นผู้สร้างเทคนิคทางการตลาดอาหาร ถือเป็นสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมเด็ก⁽⁶⁾ เพราะกลุ่มบริษัทอาหารต้องพึ่งพากลุ่มบริษัทโฆษณาเพื่อให้บริษัทโฆษณาทำการตลาดให้กับลูกค้า โดยบริษัทโฆษณาใช้เทคนิคการโฆษณาหรือการตลาดที่จูงใจเด็ก⁽⁴⁾ และสร้างเนื้อหาโฆษณาที่ทำให้ผู้บริโภคโดยเฉพาะเด็กเกิดความเชื่อว่าการบริโภคอาหารที่มีไขมัน น้ำตาล และ

โซเดียมสูง ซึ่งเป็นอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพกลายเป็นเรื่องปกติ กล่าวคือ เด็กสามารถบริโภคอาหารที่มีไขมัน น้ำตาล และโซเดียมสูง ในชีวิตประจำวันได้เป็นเรื่องปกติธรรมดา^(6,10) เพื่อบรรลุเป้าหมายหรือตลาดซึ่งคือ ลูกค้า เกิดความต้องการซื้อและบริโภคสินค้า⁽¹¹⁻¹⁴⁾ ดังแสดงในภาพที่ 3

ดังนั้น กรอบแนวคิดการศึกษาผลกระทบการตลาดอาหาร ของยูนิเซฟ ตามโมเดลสังคมนิเวศวิทยาจึงแสดงให้เห็นผลกระทบการตลาดอาหาร ที่เกิดจากปัจจัยของตัวเด็กเอง ซึ่งคือ การพบเห็นและความถี่ในการพบเห็นการตลาดอาหาร และปัจจัยที่เกิดจากบริษัทอาหารและบริษัทโฆษณาที่ใช้เทคนิคทางการตลาด เพื่อโน้มน้าวใจเด็กให้เกิดความต้องการซื้อและบริโภคอาหาร

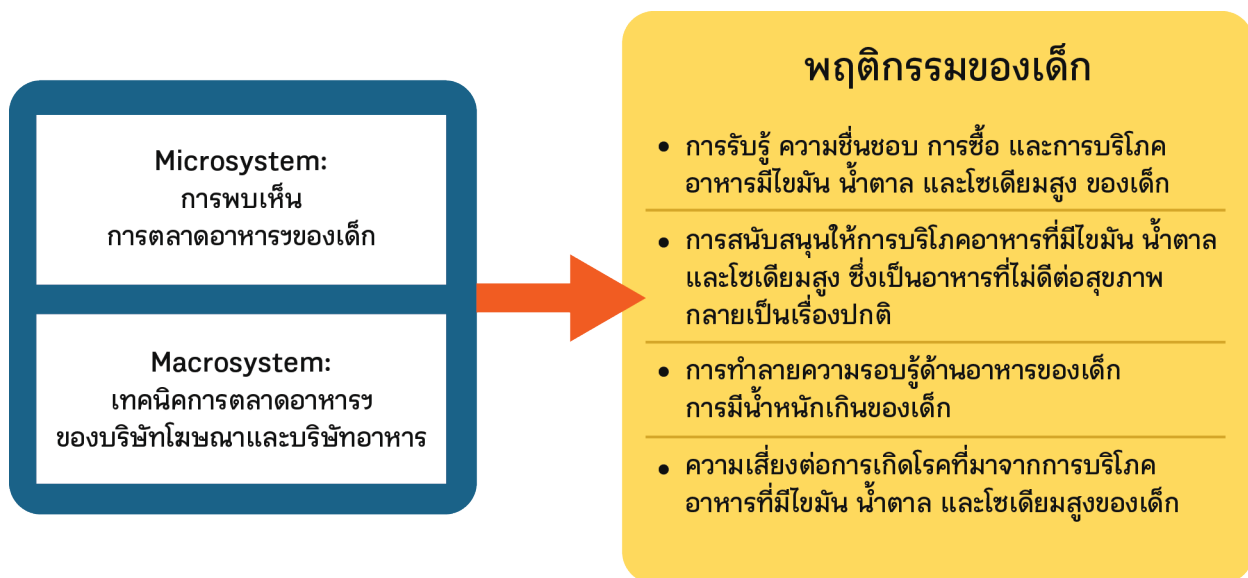
2. จุดอ่อนของกรอบแนวคิดผลกระทบการตลาดอาหารและเครื่องดื่มของยูนิเซฟที่มีต่อเด็ก

การวิเคราะห์ตามโมเดลสังคมนิเวศวิทยา กรอบแนวคิดผลกระทบการตลาดอาหารและเครื่องดื่มของยูนิเซฟที่มีต่อเด็กในต่างประเทศ มีจุดอ่อน คือ ยังขาดการอธิบายถึง (1) microsystem คือ ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก เช่น เพศ อายุ การศึกษา และน้ำหนักตัวหรือดัชนีมวลกาย⁽¹⁵⁻²⁵⁾ และพฤติกรรมส่วนตัวในการใช้สื่อ^(15,17,26) (2) mesosystem ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ใกล้ชิดเด็ก ได้แก่ พ่อแม่^(16,21,27) สมาชิกในครอบครัว^(28,29) เพื่อน⁽²⁸⁻³⁰⁾ และ (3) exosystem

คือ ชุมชนที่มีผลกระทบทางอ้อมต่อตัวเด็ก เช่น โรงเรียน^(16,22,29) ชุมชน เช่น ร้านค้าในชุมชน^(22,29) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการพบเห็นการตลาดอาหาร และผลกระทบต่อพฤติกรรมของเด็ก การศึกษาการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่มีต่อเด็กส่วนใหญ่จึงนำไปปัจจัยเหล่านี้เข้ามาศึกษาร่วมด้วย โดยให้เป็นตัวแปรกวนที่ต้องควบคุมในการวิเคราะห์ผลการศึกษา^(15-18,21,27,31) เพราะตัวแปรกวนมีอิทธิพลต่อการศึกษานี้ซึ่งอาจทำให้การศึกษาเกิดความคลุมเครือหรือทำให้ผลการศึกษาคิดไปจากความเป็นจริงได้⁽³²⁾ ดังแสดงในภาพที่ 4

ดังนั้น กรอบแนวคิดผลกระทบการตลาดอาหารและเครื่องดื่มของยูนิเซฟที่มีต่อเด็ก ตามโมเดลสังคมนิเวศวิทยายังขาดปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก ครอบครัว เพื่อน โรงเรียน และชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมของเด็กด้วย หากประเทศไทยจะนำกรอบแนวคิดผลกระทบการตลาดอาหารและเครื่องดื่มของยูนิเซฟที่มีต่อเด็กมาใช้ ควรพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว โรงเรียน และชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยที่นอกเหนือจากกรอบแนวคิดผลกระทบการตลาดอาหารและเครื่องดื่มของยูนิเซฟที่มีต่อเด็ก เพื่อให้การศึกษาผลกระทบการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่มีต่อเด็กของประเทศไทย มีความครอบคลุมและทำให้ผลการศึกษาเกิดความถูกต้องแม่นยำยิ่งขึ้น

ภาพที่ 3 ปัจจัยที่มีกรอบแนวคิดการศึกษาผลกระทบการตลาดอาหารและเครื่องดื่มของยูนิเซฟที่มีต่อเด็กตามโมเดลสังคมนิเวศวิทยา



ภาพที่ 4 ปัจจัยที่ขาดหายไปจากกรอบแนวคิดผลกระทบการตลาดอาหารและเครื่องดื่มของยูนิเซฟที่มีต่อเด็กตามโมเดลสังคมนิเวศวิทยา



สรุป

จุดแข็งของกรอบแนวคิดผลกระทบการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่มีต่อเด็กของยูนิเซฟ มีความครอบคลุมทั้งการพบเห็นเทคนิคการตลาดอาหาร และความถี่ของการพบเห็นการตลาดอาหาร ในขณะที่จุดอ่อน คือ การขาดการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว โรงเรียน

และชุมชน ในการศึกษาผลกระทบการตลาดอาหาร ดังนั้น การประเมินผลกระทบของการตลาดอาหารที่มีต่อพฤติกรรมของเด็กในประเทศไทย ควรพิจารณาการนำกรอบแนวคิดผลกระทบการตลาดอาหารและเครื่องดื่มของยูนิเซฟที่มีต่อเด็กในต่างประเทศ และปัจจัยอื่นๆ ที่ได้จากโมเดลสังคมนิเวศวิทยา มาใช้ในการศึกษาผลกระทบการตลาดอาหาร ของประเทศไทยให้เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. Chandon P, Wansink B. Does food marketing need to make us fat? A review and solutions. *Nutr Rev* 2012;70(10): 571-93.
2. Seiders K, Petty RD. Obesity and the role of food marketing: a policy analysis of issues and remedies. *Journal of Public Policy & Marketing* 2004;23(2):153-69.
3. Boyland E, McGale L, Maden M, Hounsome J, Boland A, Angus K, et al. Association of food and nonalcoholic beverage marketing with children and adolescents' eating behaviors and health: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr* 2022;176(7):e221037.
4. World Health Organization. Food marketing exposure and power and their associations with food-related attitudes, beliefs and behaviours: a narrative review. Geneva: World Health Organization; 2022.
5. นงนุช ใจชื่น, ณัฐพล ขวาลา. การศึกษาทบทวนข้อมูลทางวิชาการที่เกี่ยวกับผลกระทบด้านการทำการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมสูง ของประเทศไทยและต่างประเทศ. นนทบุรี: มูลนิธิเพื่อการพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ; 2556.
6. UNICEF. Control on the marketing of food and non-alcoholic beverages to children in Thailand: legislative options and regulatory design. Bangkok: UNICEF; 2022.

7. Bronfenbrenner U. The ecology of human development experiments by nature and design. London: Harvard University Press; 1979.
8. Kilanowski JF. Breadth of the socio-ecological model. *J Agromedicine* 2017;22(4):295-7.
9. Ettekal AV, Mahoney JL. The SAGE encyclopedia of out-of-school learning. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, 2017.
10. นงนุช จินดารัตนาภรณ์. การโฆษณาสินค้าประเภทอาหารและเครื่องดื่มทางโทรทัศน์ดิจิทัลและยูทูปที่ไม่เหมาะสมต่อการส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดี. *วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย* 2565;1(4):396-410.
11. Kasikorn Katalyst. Ecosystem business model. Bangkok: Kasikorn Bank; 2021
12. Boyland EJ, Halford JC. Television advertising and branding: effects on eating behaviour and food preferences in children. *Appetite* 2013;62:236-41.
13. Norman J, Kelly B, McMahon AT, Boyland E, Chapman K, King L. Remember me? Exposure to unfamiliar food brands in television advertising and online advergames drives children's brand recognition, attitudes, and desire to eat foods: a secondary analysis from a crossover experimental-control study with randomization at the group level. *J Acad Nutr Diet* 2020;120(1):120-9.
14. นงนุช ใจชื่น, เพยาวี ผ่านสุข, สิรินทาร์ยา พูลเกิด, สุรศักดิ์ ไชยสงค์, ทักษพล ธรรมรังสี. การจำยี่ห้อผลิตภัณฑ์อาหารของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2558;6(1):72-85.
15. Adachi-Mejia AM, Sutherland LA, Longacre MR, Beach ML, Titus-Ernstoff L, Gibson JJ, et al. Adolescent weight status and receptivity to food TV advertisements. *J Nutr Educ Behav* 2011;43(6):441-8.
16. Costa SM, Horta PM, dos Santos LC. Food advertising and television exposure: influence on eating behavior and nutritional status of children and adolescents. *Arch Latinoam Nutr* 2012;62(1):53-9.
17. Andreyeva T, Kelly IR, Harris JL. Exposure to food advertising on television: associations with children's fast food and soft drink consumption and obesity. *Econ Hum Biol* 2011;9(3):221-33.
18. Lee B, Kim H, Lee SK, Yoon J, Chung SJ. Effects of exposure to television advertising for energy-dense/nutrient-poor food on children's food intake and obesity in South Korea. *Appetite* 2014;81:305-11.
19. Demers-Potvin É, White M, Potvin Kent M, Nieto C, White CM, Zheng X, et al. Adolescents' media usage and self-reported exposure to advertising across six countries: implications for less healthy food and beverage marketing. *BMJ Open* 2022;12(5):e058913.
20. Gesualdo N, Yanovitzky I. Advertising susceptibility and youth preference for and consumption of sugar-sweetened beverages: findings from a National Survey. *J Nutr Educ Behav* 2019;51(1):16-22.
21. Thai CL, Serrano KJ, Yaroch AL, Nebeling L, Oh A. Perceptions of food advertising and association with consumption of energy-dense nutrient-poor foods among adolescents in the United States: Results From a National Survey. *J Health Commun* 2017;22(8):638-46.
22. Scully M, Wakefield M, Niven P, Chapman K, Crawford D, Pratt IS, et al. Association between food marketing exposure and adolescents' food choices and eating behaviors. *Appetite* 2012;58(1):1-5.
23. Jindarattanaporn N. Study protocol for surveying of impacts of food and beverage marketing on Thai children. Nakorn Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2023.
24. World Health Organization Regional Office for Europe. Monitoring of marketing of unhealthy products to children and adolescents – protocols and templates. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2020.
25. World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. Regional action framework on protecting children from the harmful impact of food marketing in the Western Pacific. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2020.

26. Baldwin HJ, Freeman B, Kelly B. Like and share: associations between social media engagement and dietary choices in children. *Public Health Nutr* 2018;21(17):3210-5.
27. Jensen ML, Carpentier FRD, Adair L, Corvalán C, Popkin BM, Taillie LS. TV advertising and dietary intake in adolescents: a pre- and post- study of Chile's food marketing policy. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2021;18(1):60.
28. Ragelien T, Grønhøj A. The influence of peers' and siblings' on children's and adolescents' healthy eating behavior: a systematic literature review. *Appetite* 2020;148:104592.
29. Story M, Neumark-Sztainer D, French S. Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *J Am Diet Assoc* 2002;102(3 Suppl):S40-51.
30. Chung A, Vieira D, Donley T, Tan N, Jean-Louis G, Kiely Gouley K, et al. Adolescent peer Influence on eating behaviors via social media: scoping review. *J Med Internet Res* 2021;23(6):e19697.
31. Kumar G, Onufrak S, Zytznick D, Kingsley B, Park S. Self-reported advertising exposure to sugar-sweetened beverages among US youth. *Public Health Nutr* 2015;18(7):1173-9.
32. สิริมา มงคลสัมฤทธิ์, ชัยนัตร์ธร ปทุมมานนท์, เพชร รอดอารีย์. การประเมินและการจัดการตัวแปรกวน. *วชิรเวชสาร* 2553;54(2): 223-35.

UNICEF's Conceptual Framework of Impact on Food and Beverage Marketing among Children: an Analysis of the Socio-Ecological Model

Nongnuch Jindarattanaporn

Institute for Population and Social Research, Mahidol University

Abstract

Food and beverage marketing impacts on children's behaviors. The objective of this study was to analyze strengths and weakness of the UNICEF's conceptual framework of impacts on food and beverage marketing among children. Socio-Ecological Model (SEM) was used to analyze the framework. It was found that the strengths of the UNICEF's conceptual framework of impacts on food and beverage marketing among children were (1) exposure to marketing techniques and (2) frequency of exposure to food marketing among children. These factors impact on children's behaviors. The weakness of the UNICEF's conceptual framework was the lack of individual factors, family, friend, school, and community that related to children's behaviors. Therefore, the UNICEF's conceptual framework should be appropriately considered to apply a research on the impact of food and beverage marketing on children in Thailand.

Keywords: impact; food and beverages marketing to children; UNICEF's conceptual framework; socio-ecological model

ความเกี่ยวข้องระหว่างภาวะสูญเสียการได้ยินและ ภาวะสมองเสื่อมและแนวทางการเตรียมการรับมือ: บทความทบทวนวิชาความรู้

ฟิลิปปงศ์ ปิยะปัญญามงคล
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว และมีที่คาดว่าอัตราส่วนของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องซึ่งถูกคาดการณ์ว่าจะสูงถึงร้อยละ 33 ในปี ค.ศ. 2040 การทำความเข้าใจปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างไม้อาจจะเลยได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่ต้องดูแลใกล้ชิดผู้สูงอายุ ผู้ปฏิบัติงานในระบบสาธารณสุขและรวมถึงตัวผู้สูงอายุเอง และกลุ่มโรคที่สำคัญในวัยผู้สูงอายุคือภาวะสมองเสื่อม และภาวะสูญเสียการได้ยิน จากหลักฐานที่ปรากฏทำให้ทราบว่าภาวะสมองเสื่อม และภาวะสูญเสียการได้ยินมีความเกี่ยวข้องกันผ่าน 2 สมมติฐานหลักคือ information degradation และ sensory deprivation และเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น บทความจึงได้เสนอแนวทางในการป้องกันหรือลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมผ่านทาง การป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ภายใต้สมมติฐานการดำเนินไปของโรคผ่าน 3 กลยุทธ์คือ (1) การป้องกันก่อนที่จะเกิดภาวะการสูญเสียการได้ยิน (2) การใช้เครื่องช่วยฟังและการบำรุงเครื่องช่วยฟัง และ (3) การลดปัญหาที่เป็นผลมาจากภาวะโดดเดี่ยวทางสังคมและความเหงา

คำสำคัญ: สังคมผู้สูงอายุ; ผู้สูงวัย; สูญเสียการได้ยิน; สมองเสื่อม; แนวทางในการป้องกัน

วันรับ: 28 พ.ค. 2566

วันแก้ไข: 19 มิ.ย. 2566

วันตอบรับ: 22 มิ.ย. 2566

บทนำ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว และมีที่คาดว่าอัตราส่วนของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถูกคาดการณ์ว่าจะสูงถึงร้อยละ 33 ในปี ค.ศ. 2040 ซึ่งเพิ่มขึ้นมากถึงร้อยละ 20 จาก 30 ปี ก่อนหน้า⁽¹⁾ ดังนั้นแล้วการทำความเข้าใจปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างไม้อาจจะเลยได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่ต้องดูแลใกล้ชิดผู้สูงอายุ ผู้ปฏิบัติงานในระบบสาธารณสุขและรวมถึงตัวผู้สูงอายุเองหนึ่งในปัญหาสุขภาพสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านจิตใจและร่างกายต่อผู้สูงอายุ และผู้ดูแลนั้นคือ โรคอัลไซเมอร์

ซึ่งเป็นภาวะสมองเสื่อมชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด และใช้เวลา ยาวนานในการเสื่อมของระบบประสาท⁽²⁾ จากการศึกษา โดย Jitapunkul S และคณะค้นพบว่า ความชุกของภาวะ ความจำเสื่อมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญกับอายุที่เพิ่มขึ้น⁽³⁾ จึงเป็นการดีที่จะเตรียมพร้อมรับมือความท้าทายทางระบบ สุขภาพ

อย่างไรก็ตามสาเหตุที่แน่ชัดของโรคอัลไซเมอร์ และ กลุ่มโรคความจำเสื่อมนั้นยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด และ อาจมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย เช่น อายุที่เพิ่มขึ้น กรรมพันธุ์ หรือสภาวะแวดล้อม⁽⁴⁾ ถึงแม้ว่าโรคอัลไซเมอร์และกลุ่ม โรคความจำเสื่อมจะเกิดจากการรวมกันของหลายปัจจัย แต่บางปัจจัยก็สามารถป้องกันได้ ทั้งนี้ยังเป็นโอกาส และ

ช่องทางที่สามารถลดอุบัติการณ์ของโรคอัลไซเมอร์ได้จากการศึกษาของ Deal JA และคณะในปี ค.ศ. 2017 ทำให้ทราบว่า การสูญเสียการได้ยินทำให้ความเสี่ยงในการเกิดโรคในกลุ่มความจำเสื่อมเพิ่มมากยิ่งขึ้นในผู้สูงอายุ⁽⁵⁾ ซึ่งสอดคล้องกับความชุกของภาวะสูญเสียการได้ยินที่เพิ่มขึ้นในอายุที่เพิ่มขึ้น⁽⁶⁾ ดังนั้นบทความนี้จึงมีจุดประสงค์เพื่อรวบรวมและทบทวนวิชาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของการสูญเสียการได้ยินและภาวะความจำเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยทำการค้นคว้าบทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ เช่น PubMed, Embase, Google Scholar และแหล่งข้อมูลอื่นๆ ที่น่าเชื่อถือ ใช้คำหลักที่เฉพาะเจาะจงร่วมกัน ได้แก่ hearing loss, dementia, cognitive decline, social isolation, loneliness, prevention และ hearing aid ดึงข้อมูลสำคัญจากการศึกษาที่รวบรวม เช่น การออกแบบการศึกษา การรักษาหรือการป้องกันที่ใช้ ผลลัพธ์ที่วัดได้ และสิ่งที่ค้นพบ จากนั้นข้อมูลที่รวบรวมได้จะถูกนำมาวิเคราะห์และจัดเรียงเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ความเชื่อมโยงของภาวะสูญเสียการได้ยินและภาวะสมองเสื่อม และการเตรียมการรับมือในภาคสาธารณสุข

บทความนี้นำเสนอบทสรุปของหลักฐานปัจจุบันที่มีอยู่และเสนอคำแนะนำสำหรับระบบสาธารณสุขไทยในการจัดการกับความท้าทายที่เกิดจากการสูญเสียการได้ยินและความเกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีประสิทธิภาพ

ความเชื่อมโยงของภาวะสูญเสียการได้ยินและภาวะสมองเสื่อม

จากการศึกษาของ Cruickshanks KJ และคณะเกี่ยวกับอุบัติการณ์ของภาวะสูญเสียการได้ยินในช่วงระยะเวลา 5 ปี พบว่า ในกลุ่มตัวอย่างที่อายุมากกว่าจะมีการเกิดโรคที่มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ⁽⁷⁾ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของภาวะสูญเสียการได้ยินโดย Goman GM และ Lin FR ที่แสดงให้เห็นว่าความชุกของโรคในกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มผู้ที่มีอายุน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ⁽⁸⁾

ภาวะสูญเสียการได้ยินทั้งสองข้างเนื่องจากอายุ หรือ

presbycusis เป็นสาเหตุที่พบได้มากที่สุดของภาวะสูญเสียการได้ยิน ลักษณะที่เด่นชัดคือสูญเสียความสามารถในการรับเสียงที่มีความถี่สูง ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการมีเลือดมาเลี้ยงเซลล์ขนรับความรู้สึกของหูชั้นในลดลงจากการชราภาพของทั้งเซลล์ขนหรือ stria vascularis ส่งผลให้เกิดการขาดเลือด ขาดออกซิเจน และความเครียดออกซิเดชันที่เพิ่มสูงขึ้น^(9,10) จึงทำให้เกิดการลดลงของ endocochlear potential และจากการลดลงของ endocochlear potential จึงทำให้ hearing thresholds ของผู้ป่วยสูงขึ้น⁽¹¹⁾ จึงเป็นสาเหตุให้ภาวะสูญเสียการได้ยินมีความชุกและอุบัติการณ์ที่สูงในกลุ่มผู้สูงอายุ

ภาวะสมองเสื่อม - ความรู้คิดบกพร่อง โดยมีภาวะสูญเสียการได้ยินเป็นสาเหตุ

จากการศึกษา prospective cohort ของ Lin FR และคณะในปี ค.ศ. 2011 และ 2017 พบว่า ภาวะสูญเสียการได้ยินมีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์และเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะความจำเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^(5,12) และผลการศึกษาในปี ค.ศ. 2013 Lin FR และคณะพบว่า ภาวะสูญเสียการได้ยินมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะการทำงานของสมองที่ลดลงและอุบัติการณ์ของภาวะการรู้คิดบกพร่อง⁽¹³⁾ จึงมีความเป็นไปได้ที่ภาวะสูญเสียการได้ยินอาจเป็นสาเหตุของภาวะการรู้คิดบกพร่อง เกิดการบกพร่องของสมองและนำไปสู่ภาวะความจำเสื่อม^(14,15)

สมมติฐานของกลไกการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องโดยมีภาวะการสูญเสียการได้ยินเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องโดยตรงมีด้วยกัน 2 สมมติฐานที่มีความคล้ายคลึงกันแต่ให้ความสำคัญกับกระบวนการเกิดโรคที่แตกต่างกันคือ สมมติฐาน information degradation และสมมติฐาน sensory deprivation⁽¹⁶⁾

สมมติฐานแรกที่เกี่ยวข้องคือ information degradation ในสมมติฐานนี้ชี้ให้เห็นว่าเมื่อข้อมูลที่ได้รับเข้าผ่านทาง การได้ยินลดลงจากการเผชิญกับมลภาวะทางเสียง และการสูญเสียการได้ยิน ทำให้ต้องใช้ cognitive resources ที่มีอยู่อย่างจำกัดไปใช้กับการฟังเพิ่มมากขึ้น การที่ต้องใช้ความพยายามในการฟังที่เพิ่มขึ้น (effortful

listening) ไปรบกวนกระบวนการอื่นที่จำเป็นต้องใช้ cognitive resources เช่นเดียวกัน การประมวลผลทางภาษา และการจดจำ^(16,17) ภาวะการรู้คิดบกพร่องที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องทางความทรงจำ (amnesic mild cognitive impairment: aMCI) อันเกิดจากความจำกัดของ cognitive resource ผ่านกระบวนการนี้จึงอาจเป็นนำไปภาวะความจำเสื่อมในที่สุด⁽¹⁸⁾

สมมติฐานที่สองคือ sensory deprivation เป็นสมมติฐานที่เสนอเกี่ยวกับผลของการกีดกันทางประสาทสัมผัสที่เป็นผลมาจาก age-related hearing loss (ARHL) อันนำไปสู่การจัดสรร cognitive resources ให้กับการรับรู้ทางการได้ยินที่เรื้อรัง⁽¹⁷⁾ ส่งผลให้เกิดการฝ่อและปริมาตรลดลงของของสมองส่วน temporal lobe ซึ่งเป็นที่อยู่ของ auditor cortex และนำไปสู่การฝ่อของ cortex อื่นที่เกี่ยวข้องกับความรู้คิด นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะสูญเสียการได้ยินยังเกี่ยวข้องกับปริมาตรที่ลดลงของสมองส่วนอื่น เช่น temporal cortex, hippocampus, amygdala, precuneus, inferior parietal lobe, fusiform gyrus, orbitofrontal cortex เป็นต้น จากการฝ่อของ superior temporal auditory association cortical areas ใน temporal cortex, hippocampus and precuneus ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในระบบความจำจึงสามารถนำไปสู่ภาวะความจำเสื่อมได้ในที่สุด^(14,19,20) นอกจากนี้ผลการตรวจโปรตีนในน้ำหล่อสมองไขสันหลังของผู้ที่มีภาวะสูญเสียการได้ยินพบว่า มีปริมาณของ t-tau โปรตีนที่เพิ่มสูงขึ้นอันเกิดจากการทำงานเพิ่มขึ้นของเซลล์ประสาทเพื่อชดเชยข้อมูลขาเข้าที่ลดลง สามารถสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างความบกพร่องทางการได้ยินต่อ tau pathology และภาวะที่การทำงานของสมองเสื่อมถอยลง⁽¹⁴⁾ และการ t-tau โปรตีนที่เพิ่มสูงขึ้นในน้ำหล่อสมองไขสันหลังสะท้อนถึงการเสื่อมของระบบประสาทในโรคอัลไซเมอร์ และโรคความบกพร่องทางความทรงจำอื่นๆ⁽²¹⁾ นอกเหนือจากผลโดยตรงที่มาจากการสูญเสียการได้ยินแล้วสมมติฐาน Sensory deprivation ยังถูกขยายไปถึงการเกิดภาวะที่การทำงานของสมองเสื่อมถอยอันเป็นผลโดยอ้อมจากการสูญเสียการได้ยินผ่านทางกลไกมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมที่ลดลง หรือภาวะโดดเดี่ยว

ทางสังคม (social isolation) ความเหงา ภาวะซึมเศร้า^(16,22) แม้จะยังไม่ทราบกระบวนการที่ชัดเจนแต่ก็ได้มีสมมติฐานเพื่อใช้อธิบายการเกิดโรค เช่น Stress hypothesis กล่าวถึงความเหงาเป็นสิ่งที่กระตุ้นความเครียด ทำให้การหลั่งฮอร์โมนในกลุ่ม glucocorticoid เพิ่มสูงขึ้น และทำให้สมองส่วนฮิปโปแคมปัสเสียหายและอาจนำไปสู่ภาวะอัลไซเมอร์ในที่สุด^(23,24) Vascular hypothesis กล่าวถึงความเชื่อมโยงระหว่างการเกิดโรคในกลุ่มความจำเสื่อมโดยมีสาเหตุมาจากความเสื่อมของหลอดเลือดที่เป็นผลมาจากการได้รับการกระตุ้นทางสังคม การกระตุ้นทางจิตใจ และการกระตุ้นทางกายภาพที่ลดลง โดยทฤษฎีนี้ให้คำอธิบายของการเกิดโรคผ่านการหลั่งฮอร์โมนในกลุ่ม glucocorticoid ที่เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับสมมติฐาน Stress hypothesis แต่ต่างกันในเรื่องของกระบวนการเกิด โดยที่สมมติฐาน Vascular hypothesis มุ่งเน้นไปที่ผลของการติดต่อฮอร์โมนในกลุ่ม glucocorticoid จากภาวะเครียดทางสังคมที่เรื้อรังและยาวนาน นั้นส่งผลให้เกิดการอักเสบและความเครียดออกซิเดชันเพิ่มขึ้น นำไปสู่ภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ภาวะ glucocorticoid ที่สูงยังยับยั้งการทำงานของ endothelial nitric oxide synthase (eNOS) ที่ทำหน้าที่ขยายหลอดเลือด และการเพิ่มขึ้นของ glucocorticoid นั้นสามารถสนับสนุนการทำงานของ epinephrine ทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือด นอกจากนี้ความเครียดยังส่งผลให้ระบบประสาทซิมพาเทติกทำงานมากขึ้นทำให้ สารในกลุ่ม catecholamine เพิ่มสูงขึ้น เช่น epinephrine และ norepinephrine ซึ่งมีผลทำให้หลอดเลือดหดตัว นอกจากนี้ยังกระตุ้นให้เกิดเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดโมโนไซต์เพิ่มขึ้นผ่านการสร้างไนโคทีนและคาร์บอนมอนอกไซด์ออกซิเดชันเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้สาร cytokine ที่ผลิตโดยเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดโมโนไซต์มีผลสนับสนุนให้ฮอร์โมนในกลุ่ม glucocorticoid มากยิ่งขึ้น^(25,26) การที่เส้นเลือดแข็งตัวสามารถก่อให้เกิดหลอดเลือดตีบตันได้ และ การที่ความดันเลือดสูงเป็นเวลานานเพิ่มความเสี่ยงการเกิดภาวะสมองเสื่อมบางชนิด เช่น vascular dementia^(27,28)

การเตรียมการรับมือ ในภาคสาธารณสุข

อย่างที่ได้อธิบายไปในบทความว่าสังคมไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว การเตรียมการรับมือทางด้านการสาธารณสุขจึงเป็นเรื่องสำคัญและหลีกเลี่ยงไม่ได้ ในหัวข้อนี้จึงต้องการเสนอแนวทางในการป้องกันหรือลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมผ่านทาง การป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ภายใต้สมมติฐาน การดำเนินไปของโรคดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นในเนื้อความ ที่คือ ผลทางโดยของภาวะสูญเสียการได้ยิน และ ผลโดยอ้อม ของภาวะสูญเสียการได้ยินผ่านทางภาวะโดดเดี่ยว ทางสังคมโดยสามารถแบ่งแยกย่อยได้เป็น 3 กลุ่ม คือ (1) การป้องกันก่อนที่จะเกิดภาวะการสูญเสียการได้ยิน (2) การใช้เครื่องช่วยฟังและการบำรุงเครื่องช่วยฟัง และ (3) การลดปัญหาที่เป็นผลมาจากภาวะโดดเดี่ยวทางสังคม และความเหงา

1. การป้องกันก่อนที่จะเกิดภาวะการสูญเสียการได้ยิน

ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้ที่ยังไม่มีภาวะสูญเสียการได้ยิน การป้องกันแบบปฐมภูมิเป็นตัวเลือกที่เหมาะสม กล่าวคือลดปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรค ในที่นี้คือการลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะสูญเสียการได้ยิน^(29,30)

1.1) ตัวอย่างมาตรการการป้องกันแบบปฐมภูมิ เพื่อลดการเกิดภาวะสูญเสียการได้ยิน การรณรงค์ให้ สาธารณชนได้รับรู้ถึงความสำคัญของการใช้เครื่องป้องกัน ในสภาวะแวดล้อมที่เสียงดัง⁽³¹⁾ เช่น พื้นที่ก่อสร้าง พื้นที่ โรงงาน และ สถานบันเทิง

1.2) การบังคับใช้นโยบายเกี่ยวกับสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานเพื่อควบคุมระดับความดังของเสียง ในสถานที่ทำงาน เช่น การจัดให้มีเครื่องป้องกันในสถานที่ ทำงาน การสร้างมาตรฐานระดับเสียงในสถานที่ทำงาน

2. การใช้เครื่องช่วยฟังและการบำรุงเครื่องช่วยฟัง

จากการศึกษา cross-sectional เกี่ยวกับผลของ เครื่องช่วยฟังต่อภาวะความรู้คิดในกลุ่มตัวอย่างขนาด ใหญ่โดย Dawes P และคณะที่จัดทำในสหราชอาณาจักร พบว่าผู้มีภาวะสูญเสียการได้ยินที่ใช้เครื่องช่วยฟังมีผล การทดสอบทางความรู้คิดสูงกว่าผู้มีภาวะสูญเสียการได้ยิน

ที่ไม่ใช้เครื่องช่วยฟัง แม้การทดสอบทั้งหมดจะเป็นการ ทดสอบที่แสดงผ่านการรับรู้ทางการมองเห็นก็ตาม⁽³²⁾ และจากการศึกษาแบบ prospective cohort ที่ใช้กลุ่ม ตัวอย่างขนาดใหญ่ในสหราชอาณาจักรโดย Jiang F และคณะค้นพบว่าเครื่องช่วยฟังช่วยลดโอกาสการเกิด สมองเสื่อมได้มากถึงร้อยละ 42 ผ่านการเพิ่ม sensory input ลด cognitive load และลดภาวะโดดเดี่ยวทางสังคม⁽³³⁾

จากการสำรวจการเป็นเจ้าของและการใช้งานเครื่อง- ช่วยฟังในสหรัฐอเมริกาโดย Reed NS และคณะ พบว่า มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น แต่ก็ยังคงเป็นอัตราส่วนที่น้อย⁽³⁴⁾ สาเหตุที่เป็นไปได้ที่ทำให้ผู้ที่ใช้เครื่องช่วยฟังปฏิเสธ การใช้งานหรือเป็นเจ้าของคือการที่เครื่องช่วยฟังนั้น มีราคาที่สูง และความเชื่อว่าตนนั้นไม่จำเป็นต้องใช้⁽³⁵⁾

ถึงแม้ว่าเครื่องช่วยฟังจะอยู่ในหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติของประเทศไทย แต่ก็มีผู้ใช้หลายรายที่หยุดใช้ ไปกลางคันเนื่องจากไม่สะดวกแบบรับค่าใช้จ่ายในการซื้อ ถ่านได้ หรือมาจากการทำงานที่ผิดปกติของอุปกรณ์ ช่วยฟัง⁽³⁶⁾

ดังนั้นภาคระบบสาธารณสุขจึงสามารถเตรียมรับมือ ได้โดย

1. จัดตั้งและขยายผลศูนย์ดูแลและตรวจปัญหา ทางการได้ยิน เพื่อให้เกิดการตรวจหาและวินิจฉัยโรค ที่รวดเร็ว

2. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการ มีส่วนร่วมให้ผู้สูงอายุเข้ารับการวินิจฉัยทางการได้ยิน ในระยะเริ่มต้น

3. เพิ่มความถี่ในการติดตามผล ตรวจสุขภาพ อุปกรณ์ ช่วยฟังในชุมชนเพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการ ขาดรู้ของอุปกรณ์ พร้อมทั้งสนับสนุนค่าใช้จ่ายในส่วน ของถ่านที่ต้องนำมาใช้กับอุปกรณ์เพิ่มเติม

4. สนับสนุนการพัฒนาและวิจัยเทคโนโลยีและ การผลิตอุปกรณ์ทางการแพทย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งอุปกรณ์ ช่วยฟังภายในประเทศ เพื่อเป็นการลดต้นทุนทางการ รักษาในระยะยาว อาจมาจากภาครัฐร่วมพัฒนาและ วิจัย สนับสนุนภาคเอกชนด้วยมาตรการทางเศรษฐกิจ หรือจัดตั้งหน่วยงานที่ทำหน้าที่วิจัยและพัฒนาทาง วิทยาศาสตร์

3. การลดปัญหาที่เป็นผลมาจากภาวะโดดเดี่ยวทางสังคม และความเหงา

อย่างที่ได้อธิบายไปในความเชื่อมโยงของภาวะสูญเสีย การได้ยินและภาวะสมองเสื่อมภาวะโดดเดี่ยวทางสังคม และความเหงาอาจเป็นหนึ่งขั้นตอนการดำเนินไปของโรค เพื่อเป็นการตัดวงจรการเกิดภาวะสมองเสื่อมที่มีภาวะ โดดเดี่ยวทางสังคมและความเหงาเป็นขั้นตอนการเกิดโรค ในสังคมไทยที่ผู้สูงอายุมักอาศัยอยู่คนเดียวที่เพิ่มขึ้น ดังที่ปรากฏให้เห็นในการสำรวจของสำนักงานสถิติ แห่งชาติ⁽³⁷⁾ ทำให้การคำนึงถึงภาวะภาวะโดดเดี่ยวทางสังคม และความเหงาเป็นเรื่องที่ต้องคำนึงถึง ดังภาพที่ 1

การรับมือภาวะสมองเสื่อมภาวะโดดเดี่ยวทางสังคม และความเหงาอาจทำได้โดยการเพิ่มและสนับสนุนกิจกรรม ทางสังคมของผู้สูงอายุในชุมชน และยังรวมถึงการทำให้ ผู้สูงอายุยังรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมแม้ว่าจะสูญเสีย การได้ยิน เช่น

1) ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่สูญเสียการ ได้ยินได้เข้าร่วมกลุ่มสังคมหรือกิจกรรมที่ตรงกับความสนใจ ความสามารถ และความชอบ เช่น ชมรม งานอดิเรก อาสาสมัคร หรือกิจกรรมทางศาสนา

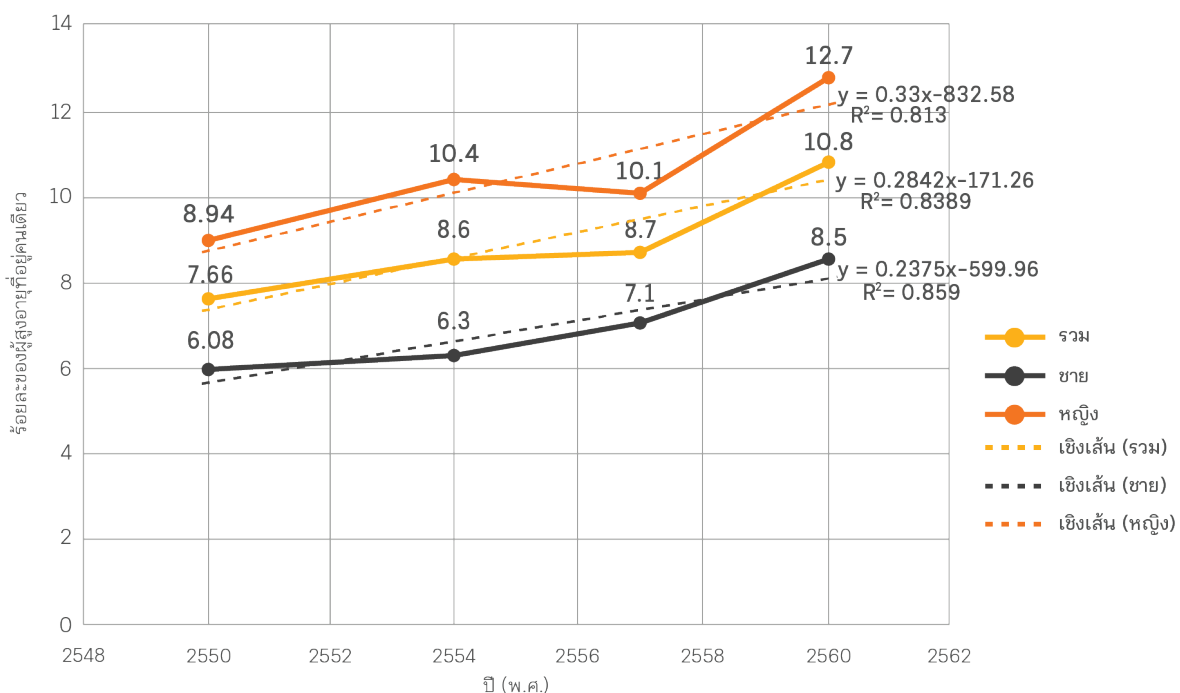
2) การพัฒนาและดำเนินการป้องกันที่กำหนดเป้าหมาย ทางด้านจิตสังคมของการสูญเสียการได้ยินและภาวะ สมองเสื่อม เช่น การบำบัดความคิดและพฤติกรรม การลด ความเครียดโดยการทำสมาธิ หรือการบำบัดด้วยการระลึก ความหลัง

3) การสร้างและส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่เกื้อกูลและ มีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่สูญเสียการได้ยินและภาวะ สมองเสื่อมในชุมชน เช่น การจัดพื้นที่ ป้ายและข้อมูลที่เป็น- มิตรต่อการได้ยิน การสร้างความตระหนักและความอ่อนไหว ในหมู่ผู้ให้บริการและเจ้าหน้าที่ของรัฐ และการมีส่วนร่วม ของผู้สูงอายุที่สูญเสียการได้ยินและภาวะสมองเสื่อมในการ ตัดสินใจและการสนับสนุนการรักษา

สรุป

บทความนี้อธิบายความเชื่อมโยงที่เป็นไปได้ระหว่าง ภาวะสูญเสียการได้ยินและภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุ ผ่านกระบวนการการเกิดโรคโดยตรงและโดยอ้อม รวมถึง ได้นำเสนอมาตรการในการเตรียมความพร้อมรับมือกับ ปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นล่วงหน้าไว้ 3 กลยุทธ์ คือ (1) การ

ภาพที่ 1 ผลการสำรวจสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวในประเทศไทย⁽³⁷⁾



ป้องกันก่อนที่จะเกิดภาวะการสูญเสียการได้ยิน (2) การใช้ ความเหงา ซึ่งเป็นการดีกว่าสำหรับประเทศไทยในการ เครื่องช่วยฟังและการบำรุงเครื่องช่วยฟัง และ (3) การลด เตรียมความพร้อมรับมือตั้งแต่แรกเริ่ม ปัญหาที่เป็นผลมาจากภาวะโดดเดี่ยวทางสังคมและ

เอกสารอ้างอิง

- Lorthanavanich D, Nirathron N, Teerakapibal S, Rompho N, Tanvisuth A, Komazawa O, eds. Population ageing in Thailand [Internet]. 2021 [cited 2023 May 26]. Available from: <https://www.eria.org/publications/population-ageing-in-thailand/>
- De-Paula VJ, Radanovic M, Diniz B, Forlenza O. Alzheimer's disease. In: Harris J, editor. Protein aggregation and fibrillogenesis in cerebral and systemic amyloid disease. Subcellular Biochemistry. Vol 65. Dordrecht: Springer; 2012. p. 329-52.
- Jitapunkul S, Kunanusont C, Phoolcharoen W, Suriyawongpaisal P. Prevalence estimation of dementia among Thai elderly: a national survey. J Med Assoc Thai. 2001;84(4):461-7.
- Breijyeh Z, Karaman R. Comprehensive review on Alzheimer's disease: causes and treatment. Molecules 2020;25(24):5789.
- Deal JA, Betz J, Yaffe K, Harris T, Purchase-Helzner E, Satterfield S, et al. Hearing impairment and incident dementia and cognitive decline in older adults: the Health ABC Study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2017;72(5): 703-9.
- Oh IH, Lee JH, Park DC, Kim M, Chung JH, Kim SH, et al. Hearing loss as a function of aging and diabetes mellitus: a cross sectional study. PLoS One 2014;9(12):e116161.
- Cruickshanks KJ, Tweed TS, Wiley TL, Klein BEK, Klein R, Chappell R, et al. The 5-Year incidence and progression of hearing loss: the epidemiology of hearing loss study. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2003;129(10):1041-6.
- Goman AM, Lin FR. Prevalence of hearing loss by severity in the United States. Am J Public Health 2016;106(10):1820-22.
- National Institute on Aging. Hearing loss: a common problem for older adults [Internet]. 2023 [cited 2023 May 26]. Available from: <https://www.nia.nih.gov/health/hearing-loss-common-problem-older-adults/>
- Zahnert T. The differential diagnosis of hearing loss. Dtsch Arztebl Int 2011;108(25):433-44.
- Lin FR. Hearing loss and aging. In: Goldman M, Troisi R, Rexrode K, editors. Women and health. New York: Elsevier; 2012. p. 1449-62.
- Lin FR, Metter EJ, O'Brien RJ, Resnick SM, Zonderman AB, Ferrucci L. Hearing loss and incident dementia. Arch Neurol 2011;68(2):214-20.
- Lin FR, Yaffe K, Xia J, Xue QL, Harris TB, Purchase-Helzner E, et al. Hearing loss and cognitive decline in older adults. JAMA Intern Med 2013;173(4):293-99.
- Wang HF, Zhang W, Rolls ET; Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. Li Y, Wang L, Ma YH, et al. Hearing impairment is associated with cognitive decline, brain atrophy and tau pathology. EBioMedicine 2022;86:104336.
- Jack CR Jr, Knopman DS, Jagust WJ, Shaw LM, Aisen PS, Weiner MW, et al. Hypothetical model of dynamic biomarkers of the Alzheimer's pathological cascade. Lancet Neurol 2010;9(1):119-28.
- Slade K, Plack CJ, Nuttall HE. The effects of age-related hearing loss on the brain and cognitive function. Trends Neurosci 2020;43(10):810-21.
- Peelle JE. Listening effort: how the cognitive consequences of acoustic challenge are reflected in brain and behavior. Ear Hear 2018;39(2):204-14.

18. Kim GY, Kim H, Kim HJ, Seo SW, Na DL, Nam CM, et al. Central auditory processing disorder in patients with amnesic mild cognitive impairment. *Behav Neurol* 2022;2022:9001662.
19. Leff AP, Schofield TM, Crinion JT, Seghier ML, Grogan A, Green DW, et al. The left superior temporal gyrus is a shared substrate for auditory short-term memory and speech comprehension: evidence from 210 patients with stroke. *Brain* 2009;132(Pt 12):3401-10.
20. Rolls ET. The neuroscience of emotional disorders. *Handb Clin Neurol* 2021;183:1-26.
21. Gonzalez-Ortiz F, Turton M, Kac PR, Smirnov D, Premi E, Ghidoni R, et al. Brain-derived tau: a novel blood-based biomarker for Alzheimer's disease-type neurodegeneration. *Brain* 2022;146(3):1152-65.
22. Cardona M, Andrés P. Are social isolation and loneliness associated with cognitive decline in ageing?. *Front Aging Neurosci* 2023;15:1075563.
23. Sapolsky RM, Krey LC, McEwen BS. The neuroendocrinology of stress and aging: the glucocorticoid cascade hypothesis. *Endocr Rev* 1986;7(3):284-301.
24. Fratiglioni L, Paillard-Borg S, Winblad B. An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *Lancet Neurol* 2004;3(6):343-53.
25. Xia N, Li H. Loneliness, social isolation, and cardiovascular health. *Antioxid Redox Signal* 2018;28(9):837-51.
26. Thau L, Gandhi J, Sharma S. *Physiology, cortisol "Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023."*
27. Emdin CA, Rothwell PM, Salimi-Khorshidi G, Kiran A, Conrad N, Callender T, et al. Blood pressure and risk of vascular dementia: evidence from a primary care registry and a cohort study of transient ischemic attack and stroke. *Stroke* 2016;47(6):1429-35.
28. Koton S, Pike JR, Johansen M, Knopman DS, Lakshminarayan K, Mosley T, et al. Association of ischemic stroke incidence, severity, and recurrence with dementia in the atherosclerosis risk in communities cohort study. *JAMA Neurol* 2022;79(3):271-80.
29. Kisling LA, M Das J. Prevention strategies [Internet]. 2023 [cited 2023 May 23]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537222/>
30. Fransen E, Topsakal V, Hendrickx JJ, Van Laer L, Huyghe JR, Van Eyken E, et al. Occupational noise, smoking, and a high body mass index are risk factors for age-related hearing impairment and moderate alcohol consumption is protective: a European population-based multicenter study. *J Assoc Res Otolaryngol* 2008;9(3):264-63.
31. National Center for Environmental Health. How do I prevent hearing loss from loud noise? [Internet]. 2022 [cited 2023 May 26]. Available from: https://www.cdc.gov/nceh/hearing_loss/how_do_i_prevent_hearing_loss.html
32. Dawes P, Emsley R, Cruickshanks KJ, Moore DR, Fortnum H, Edmondson-Jones M, et al. Hearing loss and cognition: the role of hearing aids, social isolation and depression. *PLoS One* 2015;10(3):e0119616.
33. Jiang F, Mishra SR, Shrestha N, Ozaki A, Virani SS, Bright T, et al. Association between hearing aid use and all-cause and cause-specific dementia: an analysis of the UK Biobank cohort. *Lancet Public Health* 2023;8(5):e329-38.
34. Reed NS, Garcia-Morales E, Willink A. Trends in hearing aid ownership among older adults in the United States from 2011 to 2018. *JAMA Intern Med* 2021;181(3):383-5.
35. Gopinath B, Schneider J, Hartley D, Teber E, McMahon CM, Leeder SR, et al. Incidence and predictors of hearing aid use and ownership among older adults with hearing loss. *Ann Epidemiol* 2011;21(7):497-506.
36. สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, วิทวิช พันธมงคล, อรพรรณ โพธิ์หัง. การใช้เครื่องช่วยฟังของคนพิการทางการได้ยิน สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงระบบการให้บริการเครื่องช่วยฟัง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2018;12(1):150-63.
37. กลุ่มสถิติสุขภาพและภาวะทางสังคม. ร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 26 พ.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: https://catalog.nso.go.th/dataset/0704_01_0001

Hearing Loss and Dementia in an Aging Society, How Should the Public Health Department be Prepared: a Review Article

Phisitphong Piyapanyamongkhon

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Abstract

Thailand has fully stepped into an ageing society with the portion of elderly individuals projected to reach 33 per cent by 2040. Understanding the health issues of the ageing population is indispensably important, especially for those who need to take care of the elderly, practitioners in the public health system, and the elderly themselves. Notably, dementia and hearing loss emerge as prominent health concerns among the elderly. From the evidence, it has been found that dementia and hearing loss are related through two main assumptions: information degradation and sensory deprivation. Therefore, this article proposes a series of recommendations aimed at preventing or reducing the risk of dementia by addressing modifiable risk factors, based on the hypothesis of disease progression through three strategies: (1) prevention of the occurrence of hearing loss, (2) hearing aid use and maintenance, and (3) reduction of problems resulting from social isolation and loneliness.

Keywords: ageing society; elder; hearing loss; dementia; public health system recommendation

Development of the Thai Pharmacy Council's Short-Term Professional Certificate Program in Pharmacy

Jitteeporn Klaytae, Prayuth Poowaruttanawiwit

Faculty Pharmaceutical Sciences, Naresuan University, Phitsanulok Province

Abstract

The current certification program for short-term professional certificates in pharmacy, provided by the Thai Pharmacy Council, consists of a total of 67 courses. Many of these courses are related to pharmaceutical care, with a significant subdivision in 46 specialized areas. This paper highlights the direct impact of having short-term professional certificate programs in pharmacy on the professional advancement of pharmacists who undergo training, in terms of acquiring in-depth knowledge in their respective fields of study and increasing job satisfaction. Additionally, it examines the societal implications of developing pharmacy professions with profound and diverse expertise, which contribute to enhancing specialized patient care and expanding coverage to a broader range of patients. This, in turn, promotes rational drug use, effective treatment, safety, and collaborative healthcare practices. The trend towards implementing short-term professional certificate programs in pharmacy directly correlates with improving public health by reducing the incidence of various diseases and minimizing health emergencies. Moreover, the presence of pharmacists with specialized knowledge in multiple disciplines can significantly enhance the overall efficiency of the healthcare system, particularly in terms of improving healthcare delivery, increasing work quality, and ultimately improving the overall well-being of the population.

Keywords: development; short-term professional certificates in pharmacy; societal implications; healthcare

Received: 2023 May 26

Revised: 2023 Jun 21

Accepted: 2023 Jun 23

Introduction

The following discourse delves into the realm of the Short-Term Professional Certificate Program in Pharmacy, a 16-week curriculum meticulously

crafted in adherence to the prescribed guidelines for short-term training programs outlined by the Thai Pharmacy Council. The overarching objective of this program is to foster the acquisition of knowledge and the honing of professional

skills within specialized domains of the pharmacy profession. These short-term training initiatives cater to aspiring pharmacists who undertake their educational pursuits at accredited institutions. Notably, the training duration must span a minimum of 16 weeks, while the cumulative credit requirement throughout the program should not fall below 16. This distribution entails a minimum of 2 credit units allocated to theoretical coursework and at least 14 credit units dedicated to practical components. Successful completion of the training, as assessed against pre-established benchmarks, renders trainees eligible to apply for the coveted Short-Term Professional Certificate in Pharmacy issued by the Thai Pharmacy Council.⁽¹⁾ It is pertinent to note that the Thai Pharmacy Council presently endorses a comprehensive array of 67 short-term professional certificate programs in pharmacy. Predominantly, these programs are tailored to the domain of pharmaceutical care, while a considerable subset encompasses an expansive spectrum of 46 specialized subfields. The remaining programs cater to pharmacy management, industrial pharmacy, and herbal medicine. An intriguing observation is the substantial proliferation of diverse and highly specialized sub-courses within the ambit of this certification program. Nevertheless, an inquiry into the genesis and rationale behind the extensive proliferation of such sub-courses remains conspicuously absent from the existing discourse.

This scholarly article strives to critically evaluate and appraise the trajectory of the Short-Term Professional Certificate Program in Pharmacy, meticulously sanctioned by the Thai Pharmacy Council. It entails an incisive examination of the Thai healthcare landscape,

with a specific focus on medication utilization, the pivotal role of pharmacists in the medication ecosystem, and the underlying significance and ramifications of administering short-term professional certificate programs. Furthermore, the study delves into the anticipated societal ramifications within the Thai context, ultimately culminating in a set of recommendations aimed at fostering the judicious development of pharmacists in consonance with the broader national healthcare framework.

This article examines existing literature on short-term pharmaceutical vocational certificate programs in Thailand. The research draws on various sources, such as research studies, academic articles, interviews with stakeholders, and surveys conducted by educational institutions. However, it should be noted that the available data is limited, especially regarding the origins of these programs certified by the Pharmacy Council of Thailand. One area that lacks extensive documentation is the principles guiding the selection and differentiation of specialized branches within these programs. It remains unclear how each branch is distinct from others or if there are any potential overlaps. Furthermore, there is a scarcity of information regarding the expected outcomes beyond acquiring knowledge and gaining practical experience, as well as the feedback received from those who have completed the programs. To fill these knowledge gaps, further research is needed. Future investigations should provide a comprehensive analysis of the historical context and development of these short-term pharmaceutical vocational certificate programs. Additionally, it is important to explore the underlying principles that inform the selection of

specialized branches. Furthermore, researchers should assess the broader impact of these programs by considering the expected outcomes and gathering feedback from participants, including their ability to apply their acquired knowledge and skills in real-world situations. Conducting such studies would enhance our understanding of the strengths and limitations of these programs and offer insights for potential improvements and refinements.

Medication Utilization in Thailand: Assessing the Current Landscape of Healthcare Delivery

The healthcare landscape in Thailand demonstrates a well-established system that facilitates access to a diverse array of medications. Considerable strides have been made to ensure the availability and affordability of essential medicines for the population.^(2,3) Thailand's implementation of the Universal Health Coverage (UHC) scheme has played a pivotal role in granting health insurance coverage to a significant majority of its populace.⁽⁴⁾ Through the UHC program, individuals are provided with comprehensive healthcare services, encompassing access to medications.⁽⁴⁾ The government has also established the National List of Essential Medicines (NLEM), a catalogue of crucial pharmaceuticals, which guarantees the accessibility of vital medications to the population.⁽⁵⁾ Pharmaceutical regulations fall under the purview of Thailand's Food and Drug Administration (FDA), entrusted with safeguarding the safety, efficacy, and quality of available medications.^(5,6) Rigorous evaluations are conducted by the FDA to assess medications

before granting marketing approval, with continuous monitoring of their safety and quality throughout their life cycles.

To promote rational drug use, Thailand has undertaken various initiatives. These include educational endeavors targeting healthcare professionals and patients to foster appropriate medication utilization, as well as the implementation of policies, such as antimicrobial stewardship programs, aimed at curbing inappropriate medication use.⁽⁷⁻⁹⁾ Thailand boasts a well-developed network of pharmacies encompassing both public and private establishments that dispense medications to the population.⁽¹⁰⁾ Pharmacists play a pivotal role in this landscape by providing medication counseling, ensuring proper use, and offering guidance on potential drug interactions or adverse effects.⁽¹¹⁾ It is important to acknowledge that the specific healthcare status pertaining to medication usage may have evolved since the knowledge cutoff. Thus, it is advisable to refer to the latest reports, studies, or government sources for the most up-to-date information regarding the present healthcare status and medication utilization in Thailand.

The Role of Pharmacist in Medication Utilization in Thailand

Pharmacists in Thailand play a vital role in medication utilization, encompassing responsibilities that extend beyond dispensing medications and focus on optimizing healthcare delivery.⁽¹⁰⁾ They serve as medication experts, providing essential counseling to both patients and healthcare professionals, ensuring

a comprehensive understanding of prescribed medications, including proper administration, potential side effects, and drug interactions. Collaborating with physicians and other healthcare providers, pharmacists review prescriptions, recommend suitable therapeutic alternatives, and work to prevent medication errors. Moreover, pharmacists actively contribute to medication management programs, such as antimicrobial stewardship and chronic disease management, by monitoring and evaluating patients' medication regimens, promoting adherence, and implementing strategies to minimize medication-related risks.⁽¹²⁻¹⁷⁾ Their expertise contributes to optimizing treatment outcomes, reducing unnecessary healthcare utilization, and enhancing patient safety.

To further enhance medication utilization in Thailand, there is a need for improvement in pharmacist involvement. Expanding the scope of practice for pharmacists, allowing them to provide advanced clinical services, such as medication therapy management, collaborative drug therapy management, and prescribing authority under specific conditions, would enable them to have a more direct impact on patient care and optimize medication use. Additionally, enhancing interprofessional collaboration among healthcare providers is crucial, as effective communication and cooperation can facilitate comprehensive patient care and improve medication-related outcomes. Furthermore, efforts to increase public awareness about the role of pharmacists and their contributions to medication utilization are necessary. Educating the public on the value of pharmacist services, including medication counseling and management, can foster a greater understanding and appreciation of their expertise. By addressing

these areas for improvement, the involvement and impact of pharmacists in medication utilization can be further optimized, leading to enhanced patient care and improved healthcare outcomes in Thailand.

Specialized pharmacists in Thailand play a complementary role to doctors, contributing to the overall effectiveness of the healthcare system. While doctors are responsible for diagnosing and prescribing treatments, specialized pharmacists bring their expertise in medication management, playing a crucial role in optimizing patient care. Contrary to causing disruption or duplicating doctors' work, specialized pharmacists collaborate with healthcare professionals to enhance patient outcomes. They closely collaborate with physicians to review prescriptions, identify potential drug interactions or adverse effects, and recommend appropriate therapeutic alternatives. This collaborative approach ensures comprehensive medication management, reducing the risk of medication-related problems. By focusing on medication-related aspects of patient care, specialized pharmacists alleviate doctors from the burden of detailed medication management, allowing them to allocate more time to other facets of patient care, such as diagnosis and treatment planning. This collaboration fosters an interdisciplinary approach, where each healthcare professional contributes their specialized knowledge and skills to provide holistic care. Moreover, specialized pharmacists contribute to interprofessional teams, working alongside doctors, nurses, and other healthcare professionals to optimize patient outcomes. Their expertise in medication therapy, drug interactions, and adverse effects enhances the

quality of care through shared decision-making and coordinated treatment plans. The presence of specialized pharmacists within the healthcare system does not disrupt doctors' existing roles and responsibilities; rather, it creates a collaborative environment that maximizes the potential of each healthcare professional, resulting in improved patient care and outcomes. It is important to note that the specific roles and responsibilities of specialized pharmacists may vary based on the regulations and scope of practice in Thailand. Establishing clear communication and promoting collaboration among healthcare professionals, along with well-defined protocols and guidelines, can ensure effective teamwork and prevent potential disruptions in the healthcare system.

What's Short-Term Pharmaceutical Vocational Certificates

Short-Term Pharmaceutical Vocational Certificates in Thailand are specialized training programs that aim to impart practical skills and knowledge within the field of pharmacy, with the objective of equipping individuals with the necessary competencies to effectively operate in diverse pharmaceutical settings, including pharmacies, hospitals, and healthcare institutions.⁽¹⁸⁾ These certificate programs typically have a relatively short duration, typically ranging from a few months to a year. They are meticulously designed to deliver targeted training, focusing on specific areas of significance within the pharmaceutical domain, such as medication dispensing, pharmaceutical calculations, pharmacy ethics, and drug interactions.⁽¹⁸⁾

To ensure adherence to requisite standards and guidelines established by the regulatory authority, these programs undergo accreditation by the Pharmacy Council in Thailand. The accreditation process entails an assessment of the curriculum, faculty qualifications, training facilities, and teaching methodologies, with the aim of providing students with a high-quality educational experience and comprehensive practical training. Attaining a Short-Term Pharmaceutical Vocational Certificate not only enhances individuals' career prospects in the pharmaceutical industry, but also enables them to actively contribute to the healthcare system in Thailand. These certificates open opportunities for employment in roles such as pharmacy technicians, assistant pharmacists, and other related positions, thus enabling individuals to make valuable contributions to the healthcare sector in the country.

Currently, there are a total of 67 short-term pharmaceutical vocational certificate programs certified by the Pharmacy Council of Thailand. These programs primarily focus on pharmacy administration, with a significant majority consisting of 46 subcategories. The remaining programs are related to pharmaceutical business management, industrial pharmacy, and herbal pharmacy. However, numerous unanswered questions and uncertainties persist. For instance, the number of students enrolled in each program, the teaching methodologies employed, and the post-graduation outcomes in terms of individual, organizational, and societal impacts remain ambiguous. Furthermore, the disparities between individuals who have completed the program and those who have not, in terms of their performance within the same professional field or work context, pose additional inquiries.

The presence of 67 certified short-term pharmaceutical vocational certificate programs, accredited by the Pharmacy Council of Thailand, offers both advantages and disadvantages worth considering. One of the notable benefits is the extensive selection of programs, providing students with diverse opportunities to specialize in various aspects of pharmacy. With a predominant emphasis on pharmacy administration, students can tailor their education to align with their specific interests and career aspirations. Furthermore, the inclusion of 46 subcategories within this domain facilitates in-depth knowledge acquisition and skill development, enabling learners to gain expertise in specialized areas of pharmaceutical management. Additionally, the incorporation of programs encompassing pharmaceutical business management, industrial pharmacy, and herbal pharmacy acknowledges the significance of these sectors in the pharmaceutical industry, ensuring that graduates possess skills aligned with prevailing industry demands. Nonetheless, certain challenges accompany this abundance of programs. The sheer number of offerings, particularly in pharmacy administration, may lead to potential redundancies in course content and curriculum, potentially resulting in inefficiencies and resource duplication. Ensuring consistent program quality across all 67 offerings may prove demanding, considering potential variations in teaching methodologies, faculty qualifications, and available resources. Furthermore, limitations in resources and support systems, including faculty expertise, facilities, and industry partnerships, may hinder the provision of comprehensive practical training, mentorship, and industry exposure to students.

To address these concerns, it is imperative to implement continuous monitoring and

evaluation mechanisms by relevant authorities and stakeholders. This approach would help mitigate potential drawbacks, enhance program quality, and ensure the continued relevance and adherence to high standards in short-term pharmaceutical vocational education in Thailand.

Enhancing Healthcare: The Social Impact of Specialized Pharmacists in Thailand

The growing prevalence of specialized pharmacists in Thailand carries significant social implications.^(18,19) These pharmacists possess advanced expertise and proficiencies in distinct facets of pharmacy practice, encompassing clinical pharmacy, pharmacotherapy, and specialized disease management. Primarily, the availability of specialized pharmacists augments patient care and safety. Their proficiency enables them to deliver comprehensive medication management, entailing the review of prescriptions, identification of potential drug interactions or adverse effects, and optimization of medication regimens.⁽¹¹⁾ Consequently, this contributes to enhanced patient outcomes and a diminished likelihood of medication-related issues. Furthermore, specialized pharmacists assume a pivotal role within healthcare teams, collaborating with physicians, nurses, and other healthcare professionals.

Their specialized knowledge facilitates effective communication and shared decision-making, thereby fostering improved coordination of care and treatment plans. This interprofessional collaboration engenders heightened patient satisfaction and bolsters the overall quality of healthcare. Moreover, specialized pharmacists

actively contribute to public health initiatives. They engage in medication counseling, encouraging adherence to treatment plans and imparting education on proper medication utilization. Additionally, they lend their expertise to medication management programs, such as antimicrobial stewardship or chronic disease management, thereby combating antibiotic resistance and alleviating the burden of chronic illnesses in the populace. The presence of specialized pharmacists also confers benefits upon the healthcare system at large.⁽¹²⁻¹⁷⁾ Their expertise and involvement in medication-related decision-making lead to cost savings by circumventing unnecessary drug therapies, diminishing hospital readmissions, and averting adverse drug events. This not only serves the welfare of individual patients but also optimizes the allocation of healthcare resources and mitigates the economic burden borne by the healthcare system. In summary, the increased availability of specialized pharmacists in Thailand bears positive social consequences. Their advanced knowledge and aptitudes in specialized areas of pharmacy practice enhance patient care, foster interprofessional collaboration, contribute to public health initiatives, and optimize the utilization of healthcare resources. Ultimately, these outcomes yield improved health outcomes, enhanced healthcare quality, and a more sustainable healthcare system.

Pros and Cons

The presence of specialized pharmacists in Thailand brings forth a multitude of advantages and disadvantages regarding their social impact. On the positive side, specialized pharmacists possess in-depth knowledge and expertise

within specific areas of pharmacy practice. This heightened specialization allows them to deliver tailored and precise care, resulting in improved patient outcomes. For instance, pharmacists specializing in geriatric care can offer specialized medication management for elderly patients, minimizing the risks of adverse drug reactions and ensuring appropriate dosing. Similarly, specialized pharmacists in areas such as oncology or pediatrics can provide specialized guidance and support to patients within these populations, addressing their unique medication needs. Moreover, specialized pharmacists actively contribute to public health initiatives by educating the public about disease prevention, medication adherence, and vaccination campaigns. Their expertise plays a crucial role in promoting health literacy and fostering better community health.

However, the presence of specialized pharmacists also presents challenges and potential disadvantages. One concern is the potential fragmentation of pharmaceutical care, as an increase in specialized pharmacists may lead to limited collaboration and communication among different specialties. This fragmentation can hinder comprehensive patient care, particularly when patients receive services from multiple specialized pharmacists without proper coordination. To address this issue, establishing effective interprofessional collaboration mechanisms becomes essential to ensure seamless and integrated care delivery. Furthermore, the concentration of specialized pharmacists in specific regions or disciplines can result in unequal access to specialized care, particularly in rural or underserved areas. Efforts should be made to ensure equitable distribution of

specialized pharmacists across different regions, bridging healthcare gaps and providing equal access to specialized services for all individuals. In summary, the presence of specialized pharmacists in Thailand offers significant benefits in terms of tailored patient care, public health initiatives, and improved health outcomes. However, challenges such as fragmented care and unequal access to specialized services need to be addressed to maximize the positive social impact of specialized pharmacists. By striking a balance between specialization and collaboration, it is possible to leverage the expertise of specialized pharmacists effectively and ensure equitable and integrated pharmaceutical care for all individuals.

Developing Specialized Pharmacists for Optimal Medication Care in Thai Society

A proposal for the development of a system for creating pharmacists with knowledge in specific fields of pharmaceutical therapy suitable for the care of medicines for Thai society should be followed by these steps. Curriculum Development: The first step is to develop a specialized curriculum that encompasses targeted fields of pharmaceutical therapy. The curriculum will be designed to provide in-depth knowledge and practical training in areas such as clinical pharmacy, pharmacotherapy, specialized disease management, and pharmaceutical care. It will include both theoretical coursework and experiential learning, incorporating case studies, simulations, and hands-on training to enhance students' understanding and competency in specific pharmaceutical therapies. Faculty Training and Development: To ensure the delivery

of high-quality education, faculty members responsible for teaching specialized courses will undergo rigorous training and development. They will receive specialized training in their respective fields of expertise and be encouraged to engage in ongoing professional development to stay updated with the latest advancements in pharmaceutical therapy. This will ensure that students receive instruction from knowledgeable and experienced educators. Collaborations with Healthcare Institutions: Establishing collaborations with healthcare institutions, including hospitals, clinics, and research centers, will be a crucial aspect of the system. These partnerships will provide opportunities for students to gain practical experience in specialized pharmaceutical therapy settings. Students will have the chance to work under the supervision of specialized pharmacists and interact with multidisciplinary healthcare teams to develop their clinical skills and understanding of real-world practice. Preceptorship Programs: Implementing preceptorship programs will further enhance students' learning and professional development. These programs will involve placing students in clinical settings, where they will work closely with preceptors who are specialized pharmacists. Through this hands-on experience, students will apply their knowledge, hone their clinical decision-making skills, and develop their patient care abilities under the guidance of experienced practitioners. Continuing Professional Development: Recognizing the importance of lifelong learning, the system will emphasize the need for specialized pharmacists to engage in continuing professional development (CPD). CPD programs will provide opportunities for pharmacists to enhance their knowledge and

skills in specific fields of pharmaceutical therapy through workshops, seminars, conferences, and online resources. This will ensure that specialized pharmacists stay up to date with the latest developments and best practices in their respective areas of expertise. Conclusion: The development of a specialized pharmacist education system tailored to the needs of Thai society will contribute to the provision of high-quality pharmaceutical therapy and patient care. This comprehensive system will equip pharmacists with the necessary knowledge and skills to excel in specific fields of pharmaceutical therapy, thereby meeting the healthcare demands of the population and ensuring optimal health outcomes for patients in Thailand.

Conclusion

The introduction of short-term professional certificate programs in pharmacy, certified by the Thai Pharmacy Council, has brought about significant advancements and implications for both the pharmacy profession and Thai society. These programs, comprising a total of 67 courses, offer pharmacists the opportunity to deepen their knowledge and expertise in specific areas of pharmacy practice. The availability of 46 specialized areas further enhances pharmacists' ability to provide targeted and specialized care to patients, resulting in improved health outcomes and expanded access to quality healthcare. The implementation of these certificate programs has had a transformative effect on the pharmacy profession. Pharmacists who undergo training in these programs acquire in-depth knowledge in their respective fields of study, enabling them to deliver more specialized and comprehensive

patient care. This leads to increased job satisfaction and professional growth among pharmacists, who are now better equipped to address the complex needs of patients and contribute to the overall improvement of public health. Furthermore, the societal implications of developing pharmacy professions with profound and diverse expertise are significant. The presence of pharmacists with specialized knowledge in multiple disciplines promotes rational drug use and effective treatment, thereby reducing the incidence of various diseases and minimizing health emergencies. These specialized pharmacists play a vital role in collaborative healthcare practices, working alongside other healthcare professionals to ensure comprehensive care and optimal patient outcomes. The trend towards the implementation of short-term professional certificate programs in pharmacy reflects a strategic effort to enhance the efficiency and effectiveness of the healthcare system in Thailand. By equipping pharmacists with specialized knowledge, these programs contribute to improving healthcare delivery, increasing the quality of work, and ultimately enhancing the overall well-being of the population. The positive impact of these programs extends beyond individual patient care, as they contribute to the advancement of public health and the overall development of the healthcare sector in Thailand. In conclusion, the introduction of short-term professional certificate programs in pharmacy in Thailand has proven to be a valuable initiative. These programs have empowered pharmacists with specialized knowledge, improved patient care, and made significant contributions to the advancement of public health. Continued support and expansion of

these programs are essential to meet the evolving healthcare needs of the Thai society and ensure the sustained growth and development of the pharmacy profession.

Reference

1. Thai Pharmacy Council. Short-Term Professional Certificate Program in Pharmacy, 16 weeks [Internet]. [cited 2023 Jun 23]. Available from: https://www.pharmacycouncil.org/index.php?option=content_detail&view=detail&itemid=1859&catid=1
2. Wiwanitkit V. Mandatory rural service for health care workers in Thailand. *Rural Remote Health* 2011;11:1583.
3. Kaufman ND, Chasombat S, Tanomsingh S, Rajataramya B, Potempa K. Public health in Thailand: emerging focus on non-communicable diseases. *Int J Health Plann Manage* 2011;26:e197-212.
4. Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Panichkriangkrai W, Patcharanarumol W, Mills A. Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. *Lancet* 2018;391:1205-23.
5. Thamlikitkul V. Health technology assessment in developing the National List of Essential Medicines in Thailand. *J Med Assoc Thai* 2014;Suppl:S3.
6. Teerawattananon Y, Tritasavit N, Suchonwanich N, Kingkaew P. The use of economic evaluation for guiding the pharmaceutical reimbursement list in Thailand. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2014;108:397-404.
7. Sumpradit N, Chongtrakul P, Anuwong K, Pumtong S, Kongsomboon K, Butdeemee P, et al. Antibiotics smart use: a workable model for promoting the rational use of medicines in Thailand. *Bull World Health Organ* 2012;90:905-13.
8. Poompruek P, Perris A, Whanpuch P, Chandler CIR, Sringernyuang L. Mystifying medicines and maximising profit: Antibiotic distribution in community pharmacies in Thailand. *Glob Public Health* 2022;17:3931-43.
9. Ploylearmsang C, Kanjanasilp J, Tadtianant J, Sisala P. Promoting rational herb-drug use through pharmacy-led advice and home visits in NCD patients. *Pharm Pract (Granada)* 2022;20:2747.
10. Komwong D, Greenfield G, Zaman H, Majeed A, Hayhoe B. Clinical pharmacists in primary care: a safe solution to the workforce crisis?. *J R Soc Med* 2018;111:120-4.
11. Saramunee K, Krska J, Mackridge A, Richards J, Suttajit S, Phillips-Howard P. General public's views on pharmacy public health services: current situation and opportunities in the future. *Public Health* 2015;129:705-15.
12. Dhippayom T, Fuangchan A, Tunpichart S, Chaiyakunapruk N. Opportunistic screening and health promotion for type 2 diabetes: an expanding public health role for the community pharmacist. *J Public Health (Oxf)* 2013;35:262-9.
13. Semcharoen K, Supornpun S, Nathisuwan S, Kongwatcharapong J. Characteristic of drug-related problems and pharmacists' interventions in a stroke unit in Thailand. *Int J Clin Pharm* 2019;41:880-7.
14. Jantarathaneewat K, ApisanthFanarak A, Limvorapitak W, Weber DJ, Montakantikul P. Pharmacist-driven antibiotic stewardship program in febrile neutropenic patients: a single site prospective study in Thailand. *Antibiotics (Basel)* 2021;10:456.
15. Lertsinudom S, Kaewketthong P, Chankaew T, Chinwong D, Chinwong S. Smoking cessation services by community pharmacists: real-world practice in Thailand. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:11890.
16. Dpatients with depression: a systeDmatic review and meta-analysis of randomized Controlled Trials. *Ann Pharmacother* 2022;56:556-64.

17. Meanwatthana J, Chantarasap P, Chuatrisorn I, Wiriya T, Jitawatanarat P. Pharmacist's role in immune-related adverse events management: real-world incidence and risk evaluation from immunotherapy. Int J Pharm Pract 2022;30:377-82.
18. Chanakit T, Low BY, Wongpoowarak P, Moolasarn S, Anderson C. A Survey of pharmacy education in Thailand. Am J Pharm Educ 2014;78:161.
19. Ploylearmsang C, Kanjanasilp J, Kessomboon N, Suttajit S, Suwannaprom P, Sripa S, et al. Hospital pharmacy practice and the way forward for pharmacy education in Thailand. Can J Hosp Pharm 2019;72:34-41.

พัฒนาการของหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพเภสัชกรรมระยะสั้น ของสภาเภสัชกรรมไทย

จิตตรีพร คล้ายแก้ว, ประยูทธ ภูวรัตน์าวีวิธ
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

บทคัดย่อ

ประกาศนียบัตรวิชาชีพเภสัชกรรมระยะสั้นที่สภาเภสัชกรรมให้การรับรองในประเทศไทยในปัจจุบันมีทั้งหมด 67 หลักสูตร ส่วนใหญ่เป็นหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการบริหารทางเภสัชกรรม แบ่งเป็นประเภทย่อยมากถึง 46 หลักสูตร บทปริทัศน์ฉบับนี้แสดงให้เห็นว่าการมีหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพเภสัชกรรมระยะสั้นส่งผลกระทบต่อโดยตรงในแง่ความก้าวหน้าทางวิชาชีพของเภสัชกรที่เข้ารับการอบรมในแง่การมีองค์ความรู้เชิงลึกในสาขาที่เรียนมากขึ้นและเพิ่มค่าตอบแทนในการทำงาน ในแง่ผลกระทบที่เกิดขึ้นแก่สังคม การพัฒนาวิชาชีพเภสัชกรรมให้มีความรู้ในเชิงลึกและหลากหลายสาขาจะช่วยส่งเสริมทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้การบริการผู้ป่วยได้แบบเฉพาะรายและครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยได้มากขึ้น ทำให้เกิดการใช้ยาที่สมเหตุผล การรักษามีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และเพิ่มความร่วมมือในการรักษา ในทางตรงการมีหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพเภสัชกรรมระยะสั้นมีแนวโน้มส่งเสริมสุขภาพของประชาชนลดความชุกของโรคและลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรคได้หลายชนิด ในทางอ้อมการมีเภสัชกรที่มีองค์ความรู้เฉพาะทางในหลายสาขาสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการสาธารณสุขในภาพรวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลเพิ่มคุณภาพการทำงาน และส่งเสริมทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น

คำสำคัญ: พัฒนาการ; หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพเภสัชกรรมระยะสั้น; ผลกระทบทางสังคม; การดูแลสุขภาพ



สำนักงานกองทุนสนับสนุน
การสร้างเสริมสุขภาพ
ถนนพหลโยธิน ๕๓ กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๑๐

www.thaihealth.or.th/THPJournal