

THAI HEALTH PROMOTION JOURNAL

วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ ในพื้นที่อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ
- ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตในนาข้าวของเกษตรกรอำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ
- โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการลดปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ
- รูปแบบการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์: กรณีศึกษา 5 จังหวัดน่าน
- ผลของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตามหลัก 5 อ. ในพื้นที่ชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ

บทความพินิจ (Review Article)

- ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้าน: ความหลากหลายและการใช้ประโยชน์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ
- การป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุด้วยกิจกรรมที่เสริมสร้างสุขภาพสมอง

บทความพิเศษ (Special Article)

- โรงอาหารอ่อนหวาน โรงเรียนสภาราชินี จังหวัดตรัง
- การสร้างเสริมสุขภาพสมัยพุทธกาล “กรณีศึกษาพระพาคูลเถระ”

ปกิณฑกะ (Miscellany)

- การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดหนองคาย

สารบัญ	หน้าที่	Contents
ทบทวนวิชาการ		Editorial
งานบุญงานประเพณีปลอดเหล้า วิวัฒน์ โรจนพิทยากร	1	Religious Ceremonies and Cultural Festivals without Alcohol <i>Wiwat Rojanapithayakorn</i>
นิพนธ์ต้นฉบับ		Original Article
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ ในพื้นที่อำเภอขามเฒ่า จังหวัดอำนาจเจริญ มลธิญา หาจักร และคณะ	3	Factors Associated Literacy of Self-Protection from Diabetes and High Blood Pressure in the Group of Monks in Chanuman District, Amnat Charoen Province <i>Watcharaphon Songnoey, et al.</i>
ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตในนาข้าวของเกษตรกร อำเภอขามเฒ่า จังหวัดอำนาจเจริญ วัชรารัตน์ สงเนย และคณะ	11	Factors Affecting Organophosphate Use-Behaviors of Rice Farmer, Chanuman District, Amnat Charoen Province <i>Watcharaphon Songnoey, et al.</i>
โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการลดปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ สละ ดีขามป้อม	21	Incentive Program to Reduce Household Waste to Promote Health of the People in the Area of Responsibility of Kham Pom Subdistrict Health Promoting Hospital, Kasetsoomboon District, Chaiyaphum Province <i>Sala Deekhampom</i>
รูปแบบการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์: กรณีศึกษา 5 จังหวัดนำร่อง โคภิต นาสีบ และคณะ	30	The Pattern of Enforcement of the Alcohol Beverage Control Act: a Case Study of 5 Provinces <i>Sopit Nasueb, et al.</i>
ผลของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตามหลัก 5 อ. ในพื้นที่ขามเฒ่า จังหวัดอำนาจเจริญ ณัฐนิชา นำเกียรติสกุล และคณะ	47	The Results of 5 Protective Factors (5 อ.) on the Potential Development of Care Volunteers for Dependent Elderly in the Community of Chanuman District, Amnat Charoen Province <i>Natnichia Namkiatsakul, et al.</i>

สารบัญ	หน้าที่	Contents
บทความพิเศษ		Review Article
ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้าน: ความหลากหลายชนิดและการใช้ประโยชน์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ สามารถ ใจเตี้ย	56	Wisdom of Traditional Herbs Medicine: Species Diversity and Utilization for Health Promotion Samart Jaitae
การป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุด้วยกิจกรรมที่เสริมสร้างสุขภาพสมอง พิสิษฐพงศ์ ปิยะปัญญามงคล	62	Preventing Dementia in Older Adults with Activities that Promote Brain Health Phisitphong Piyapanyamongkhon
บทความพิเศษ		Special Article
โรงอาหารอ่อนหวาน โรงเรียนสภาราชนิ จังหวัดตรัง สุมิตร สามห้วย และคณะ	68	Low Sweet Canteen of Saparachinee Trang School Sumit Samhuay, et al.
การสร้างเสริมสุขภาพสมัยพุทธกาล “กรณีศึกษาพระพากุลเถระ” พระครูใบฎีกา ญัฐกิต มหิสุโร (อนุรักษัตรกุล)	75	Health Promotion in the Buddhist Period: a Case Study of Phra Bā Kula Phrakrubaidika Natthakit Mahissaro (Anuruktrakoon)
ปกิณกะ		Miscellany
การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดหนองคาย สิริกอร์ นามลาบุตร และคณะ	82	Health Promotion for the Elderly with the Participation of Caregivers in Nong Khai Province Sirikorn Namlabut, et al.
นายแพทย์พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์ จากนักระบาดวิทยาสู่ผู้จัดการ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)	85	Dr. Pongtep Wongwatcharapaiboon: from an Epidemiologist to the CEO of Thai Health Promotion Foundation (ThaiHealth)

วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย

วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย จัดทำขึ้นโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อเป็นช่องทางเผยแพร่ผลงานทางวิชาการของบุคลากรและเครือข่ายที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพในหลากหลายมิติ 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. (เกียรติคุณ) นพ.ประทีป วาทีสาธกกิจ มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (มสบ.)

รศ. นพ.สรนิต ศิลธรรม สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ

ผศ. ดร.สุปรียดา อุดลยานนท์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

นพ.พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

บรรณาธิการ

บรรณาธิการ

นพ.วิวัฒน์ ใจจนพิทยากร สำนักงานบริหารการวิจัยและนวัตกรรมสาธารณสุข

สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

กองบรรณาธิการ

ดร.ณัฐพันธุ์ ศุภกา สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

นายประยงค์ โพธิ์ศรีประเสริฐ สาขาวิชาสถาปัตยกรรมศาสตร์ สถาบันอาศรมศิลป์

นพ. ดร.ไพโรจน์ เสาแก้ว สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

นพ. ดร.ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

ผศ. ดร.ลักขณา เต็มศิริกุลชัย ศูนย์พัฒนาศักยภาพกำลังคนด้านการควบคุมยาสูบ (พศย.)

ศ. ดร. พญ.สาวิตรี อัมฉิมวงศ์กรชัย ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ฝ่ายบริหารจัดการ

นายรังสรร มั่นคง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

นางสาวณลินี เรืองฤทธิศักดิ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

งานบุญงานประเพณีปลอดเหล้า

ทุกวันนี้ มีข่าวให้เห็นบ่อยๆ เกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัว ในองค์กร และในชุมชน และบ่อยครั้งที่พบว่า ผู้ก่อเหตุ สาธารณภาพว่า เป็นเพราะอยู่ในภาวะมีเมามาจากการกินเหล้าจนควบคุมสติไม่ได้ ซึ่งเรื่องทำนองนี้มีให้เห็นอยู่เป็นประจำ อย่างเช่น สามีสดื่มเหล้าเมาแล้วทะเลาะทู่ตีภรรยา ทำร้ายลูกและบุคคลในครอบครัว วัยรุ่นจับกลุ่มดื่มเหล้า แล้วเกิดอาการ คึกคะนอง ยกพวกทู่ตีกับคู่อริในสถาบันอื่น ชาวบ้านทะเลาะกันในงานมหรสพต่างๆ เนื่องจากดื่มเหล้า เมา คุมสติไม่ได้ ก่อเรื่องทะเลาะวิวาทกัน และสุรายังทำให้ผู้เสพเป็นโรคเรื้อรังและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ก็มีข่าวการก่อคดีต่างๆ โดยผู้กระทำความผิดตกอยู่ใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ รวมถึงการกระทำบางอย่างที่เป็นอันตรายต่อตนเองเนื่องจาก อยู่ในภาวะมีเมามา เช่น เมาแล้วขับรถไปเกิดอุบัติเหตุทำให้ตนเองและผู้อื่นได้รับอันตรายจนถึงขั้นเสียชีวิต ซึ่งเป็นสถานการณ์ ที่พบบ่อยในสังคมปัจจุบัน

ในเมื่อเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่กล่าวมาข้างต้นเป็นจากการดื่มสุรา ก็แสดงว่า พฤติกรรมการดื่มสุราเป็นเรื่อง ที่ไม่เหมาะสมไม่สมควรปฏิบัติ และเป็นของต้องห้าม แม้แต่ในสังคมชาวพุทธซึ่งนับถือศีล 5 ที่มีศีลข้อหนึ่งระบุว่า ควรงดเว้นสุราและของมีเมามา แต่ทำไมคนก็ยังนิยมดื่มสุราก็ตาม พบเห็นอยู่ทุกวันเป็นปกติ และแม้ว่าสุราจะเป็นสินค้า อันตราย แต่ก็หาซื้อมาบริโภคได้ง่าย

สาเหตุที่สุราเป็นที่ยอมรับในสังคมก็เพราะการดื่มสุราก็เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมทางสังคมที่ปฏิบัติติดต่อกัน มานานจนเป็นความเคยชิน เช่น การดื่มเพื่อเปิดงาน การดื่มสังสรรค์ในงานเลี้ยงต่างๆ การพบปะพูดคุย การเฉลิมฉลอง กิจกรรมต่างๆ จนประชาชนมีความเคยชินในการดื่ม และดื่มต่อเนื่องจนติดและก่อให้เกิดอันตรายต่างๆ ตามมา

สมัยที่ไปทำงานในประเทศหนึ่งซึ่งเป็นประเทศที่มีภูมิอากาศเป็นเมืองหนาว อุณหภูมิต่ำกว่า 0 องศาเซลเซียส ประมาณ 4-6 เดือนต่อปี ประเทศนี้ มีสุราจำหน่ายแพร่หลายมาก ราคาไม่แพงเพราะมีการผลิตที่แพร่หลาย แข่งขันกัน ลดราคาแย่งตลาด ประชาชนนิยมบริโภค และมีบ่อยครั้งที่ผู้ดื่มสุราจนเมา ก็ออกมานอนพักนอกอาคาร ผลอหลับไป ตื่นเช้า ก็มีคนพบว่า ร่างกายแข็งตายไปแล้ว เพราะอุณหภูมิของอากาศต่ำกว่าจุดเยือกแข็ง นอกจากนี้ ประชาชนจำนวนมาก เป็นทาสสุรา เกิดภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และอายุสั้น ภาวะดังกล่าวทำให้ประเทศต้องออกมาขอให้ประชาชน ลดการดื่มสุรา โดยในปีหนึ่ง ช่วงที่ประชุมประเทศกล่าวให้ปรับปีใหม่แก่ประชาชนผ่านสื่อโทรทัศน์ ท่านได้ขอให้ประชาชน เฉลิมฉลองปีใหม่โดยดื่มนมแทนเหล้า พร้อมทั้งประกาศว่า ขอให้ภาคราชการทำเป็นตัวอย่าง โดยงานเลี้ยงต่างๆ ที่จัดโดย หน่วยงานของรัฐจะต้องไม่มีเหล้าอยู่บนโต๊ะอีกต่อไป ซึ่งภาครัฐจำเป็นต้องให้ความร่วมมือ เพราะเป็นคำสั่งของผู้นำประเทศ ตอนนั้นมีโอกาสไปร่วมงานเลี้ยงสังสรรค์หลายครั้ง ก็พบว่าไม่มีเหล้าอยู่บนโต๊ะอาหารจริงๆ บางงาน เจ้าภาพเอาขวดเหล้า ไปวางไว้ใต้โต๊ะและยังคงดื่มกันต่อไป

อันตรายจากเหล้าทำให้องค์การอนามัยโลกออกมาชี้แนะว่า “สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา” แปลว่าเป็นสินค้าอันตราย แต่ก็ไม่ถึงกับห้ามดื่ม เพียงแต่ขอให้ประชาชนดื่มอย่างรับผิดชอบ โดยกำหนดแนวทางรณรงค์เกี่ยวกับการลดอันตราย จากการดื่ม ซึ่งหมายความว่า อยากจะดื่มก็ดื่มไป แต่ขอให้หลีกเลี่ยงการดื่มที่ก่อให้เกิดอันตราย หรือที่เรียกว่า “harmful use of alcohol”

แม้แต่องค์การอนามัยโลกก็ยังไม่กล้าออกมาห้ามการดื่มสุรา เพียงแต่ขอให้ดื่มอย่างรับผิดชอบ ก็แสดงถึงความยอมรับว่า แม้สุราจะมีอันตราย แต่ก็ยังเห็นว่า ประชาชนสามารถดื่มต่อไปได้ แล้วให้ระมัดระวังกันเองก็แล้วกัน ซึ่งในความเป็นจริง การดื่มเหล้าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ดื่มขาดความระมัดระวัง จึงหวังให้ประชาชนดื่มอย่างระมัดระวังได้ยาก และเกิดอันตราย ตามมาให้เห็นเสมอ

ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ขานรับคำชี้แนะขององค์การอนามัยโลก แต่ก็รู้ดีว่า จะปล่อยให้ประชาชนไปควบคุมอันตรายกันเองคงไม่พอ จึงได้มีการออกกฎหมายมาควบคุมคือ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรโดยรวม และป้องกันการเพิ่มขึ้นของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งมุ่งลดอันตรายจากการดื่ม เช่น อุบัติเหตุ ความรุนแรง และปัญหาสุขภาพ ซึ่งกล่าวได้ว่า พ.ร.บ. นี้ เป็นเครื่องมือสำคัญในการควบคุมป้องกันอันตรายจากการดื่มสุรา

ที่ผ่านมา หลายภาคส่วนในสังคมได้พยายามรณรงค์เพื่อให้ประชาชนลด ละ และเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ผลงานที่สร้างผลกระทบอย่างชัดเจนคือ การรณรงค์ไม่ให้มีการมอบเหล้าเป็นของขวัญปีใหม่ ด้วยข้อความว่า “ให้เหล้าเท่ากับแข่ง” ซึ่งใช้ได้กับช่วงเวลาอื่นๆ ด้วย เช่น การให้ของขวัญในวาระต่างๆ ผลการรณรงค์ทำให้บรรดาซูเปอร์มาร์เก็ตต้องดึงเหล้าออกจากชุดกระเช้าของขวัญ เพราะไม่มีผู้นิยมซื้ออีกต่อไป

อีกหลายกิจกรรมที่มีส่วนช่วยในการสร้างกระแสสังคมเพื่อลดเหล้า ได้แก่ กิจกรรมการสวดมนต์ข้ามปี (ซึ่งทำให้คนลดการดื่มเหล้าเพราะไปสวดมนต์ฉลองปีใหม่) และการรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา เป็นต้น ในหลายพื้นที่ มีการรณรงค์งานบุญปลอดเหล้า (เช่น งานวันสำคัญทางศาสนา งานทำบุญขึ้นบ้านใหม่ งานศพ) ซึ่งก็มีเหตุผล เพราะการดื่มเหล้าเป็นเรื่องที่ผิดศีลธรรม (ศีลข้อ 5) แต่ก็สำเร็จได้ยาก เพราะบ้านหรือหน่วยงานที่เป็นเจ้าภาพมักจะถูกเรียกร้องให้เอาเหล้ามาแจกจ่าย

ถึงเวลาแล้วที่สังคมจะหันมาลดอันตรายจากเหล้า หากเริ่มกันที่งานบุญและงานประเพณีต่างๆ ก็จะเป็นการลดการเสพเหล้าในผู้มางาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง วัยรุ่นหรือคนรุ่นใหม่ ซึ่งจะเป็นการลดโอกาสที่จะดื่มต่อจนติดเป็นนิสัยต่อไป

นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร
บรรณาธิการ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ในการป้องกันตนเอง จากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ ในพื้นที่อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ

มลธิญา หาจกร¹, กุลธิดา โตเต็ม¹, ปรีญา ปกสุข¹, ประเสริฐ ประสมรักษ์¹, กรกวรรณ ดารุณิกร¹, นภัสสร ขุนจิตตรงาม²

¹ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ

² โรงพยาบาลชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ในพื้นที่อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ ขนาดตัวอย่างถูกคำนวณด้วยการประมาณค่าสัดส่วนประชากรขนาดเล็ก ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 32 รูป มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ด้วยสถิติ Chi-square test และสถิติ Pearson correlation ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มพระภิกษุสงฆ์มีอายุเฉลี่ย 51.28 ปี (SD=17.29) มีโรคประจำตัวเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 22.9 ใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐเป็นประจำ ร้อยละ 93.8 และได้รับข้อมูลด้านสุขภาพผ่านโทรศัพท์มือถือ ร้อยละ 75.0 ด้านทัศนคติในการป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 65.6 ปัจจัยระดับสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.1 และความรอบรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.68 โดยจากผลการทดสอบ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้แก่ ทัศนคติในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ($p < 0.05$) และปัจจัยระดับสังคมด้านการได้รับการทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ($p < 0.05$) ดังนั้น หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านสาธารณสุขควรมีการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพในเชิงรุกเพื่อให้เกิดการเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ที่มากขึ้น โดยเฉพาะการใช้ช่องทางออนไลน์ในการสื่อสารข้อมูลทางด้านสุขภาพ เนื่องจากเป็นช่องทางที่พระภิกษุสงฆ์สามารถเข้าถึงได้ง่าย และสะดวกต่อการรับข่าวสารข้อมูลต่างๆ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; การป้องกันตนเอง; โรคเบาหวาน; โรคความดันโลหิตสูง

วันรับ: 13 ม.ค. 2567

วันแก้ไข: 27 ก.พ. 2567

วันตอบรับ: 1 มี.ค. 2567

บทนำ

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีศาสนิกชนนับถือศาสนาพุทธมากที่สุด โดยมีวัดและพระภิกษุสงฆ์เป็นที่พึ่งของประชาชนในเวลาที่มีความทุกข์ใจ แต่เนื่องจากสภาวะ

เศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมของประเทศไทยที่เปลี่ยนแปลงไป จึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพของพระสงฆ์ โดยในสังคมไทยจะมีการถวายภัตตาหารแก่พระสงฆ์ และสิ่งที่นำมาถวายมักจะเป็นสิ่งที่มรวาสคิตว่าดีที่สุดและสะดวกที่สุด เช่น อาหารอร่อย อาหารสำเร็จรูป ซึ่งอาหาร

เหล่านี้มักมีคาร์โบไฮเดรตและไขมันสูง พระสงฆ์ต้องรับประทานดั่งกล่าวโดยไม่สามารถปฏิเสธได้ อีกทั้งยังไม่สามารถออกกำลังกายได้ เนื่องจากเคร่งครัดในพระวินัย จึงทำให้กลุ่มพระสงฆ์มีแนวโน้มมีปัญหาและขาดการป้องกันตนเองด้านสุขภาพ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า⁽¹⁾ พระสงฆ์ที่อาพาธเข้ารับการรักษาด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ข้อมูลการสำรวจภาวะสุขภาพพระสงฆ์ จากวัดทั่วประเทศ จำนวน 138,715 รูป พบว่าพระสงฆ์กลุ่มสุขภาพดีลดลงเหลือร้อยละ 52.3 จากร้อยละ 60.3 และพระสงฆ์อาพาธกลับเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 28.5 จากร้อยละ 17.5 และจากผลการตรวจคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์จำนวน 28,891 รูป พบว่า มีพระสงฆ์ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากที่สุด 3 อันดับ คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 15.2 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 14.6 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 10.8⁽²⁾ ขณะที่ข้อมูลในปี พ.ศ. 2565 พบว่า พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูง สูงถึงร้อยละ 45.23 โรคเบาหวาน ร้อยละ 44.23 จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงยังคงเป็นปัญหาสำคัญในกลุ่มพระสงฆ์⁽³⁾ โรคเรื้อรังเหล่านี้ล้วนมีผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตพระสงฆ์ และประสิทธิภาพในการประกอบกิจกรรมทางพุทธศาสนา

ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ปัญหาโภชนาการ การจัดการกับความเครียด การสูบบุหรี่ รวมถึงความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จากการศึกษาพบว่า คนไทยส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ดีพอ ร้อยละ 59.4 ระดับพอใช้ร้อยละ 39.0 และระดับดีมากมีเพียงร้อยละ 1.6⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตามที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในพระภิกษุสงฆ์

อำเภอขานูมาน เป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดอำนาจเจริญ ที่มีความชุกของการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานค่อนข้างสูงโดยเฉพาะในกลุ่มพระสงฆ์ จากข้อมูลของโรงพยาบาลขานูมานพบว่า อำเภอขานูมานมีผู้ป่วยเบาหวานมากถึง 2,328 คน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

3,326 คน มีพระสงฆ์ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 10 รูป โรคเบาหวาน 6 รูป ป่วยทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 8 รูป อีกทั้งความรู้ทางด้านสุขภาพในกลุ่มนี้ยังอยู่ในระดับน้อย ด้วยปัญหาและข้อจำกัดในการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ ในพื้นที่อำเภอขานูมาน จังหวัดอำนาจเจริญ ที่มีจำนวนไม่มาก ผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นความสำคัญในการจัดการปัญหาสุขภาพดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อสร้างเสริมความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อันจะนำไปสู่การสร้างพฤติกรรมใหม่และปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม และนำไปสู่ผลลัพธ์ของปฏิบัติการที่ลดลงของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ ในพื้นที่อำเภอขานูมาน จังหวัดอำนาจเจริญ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในพระภิกษุสงฆ์ในพื้นที่อำเภอขานูมาน จังหวัดอำนาจเจริญ และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในพระภิกษุสงฆ์ในพื้นที่อำเภอขานูมาน จังหวัดอำนาจเจริญ

วิธีการศึกษา

ระเบียบวิธีวิจัย เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ ในพื้นที่อำเภอขานูมาน จังหวัดอำนาจเจริญ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนประชากรขนาดเล็ก ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 32 รูป จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (cluster sampling) ได้ตำบลขานูมาน ซึ่งประกอบด้วยวัดทั้งหมด 16 แห่ง จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับสลากเลือกวัดในพื้นที่ตำบลขานูมาน ได้จำนวน 9 แห่ง

สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วน ประชากรขนาดเล็ก ดังนี้

$$n = \frac{(Z_a + Z_B)^2}{Z_F} + 3$$

แทนค่าได้ ดังนี้

$$n = \frac{(1.96+0.84)^2}{0.31} + 3$$

$$n = 28.16$$

$$n = 28 \text{ รูป}$$

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ 28 รูป แต่เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและป้องกันการตอบคำถามที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของแต่ละตำบลอีกร้อยละ 15 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 32 รูป

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงจากการศึกษาค้นคว้า เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อที่ศึกษาและสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎี โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีจำนวน 5 ข้อ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist) และเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความเครียด เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะความรู้สึกกดดัน ความรู้สึกไม่สบายใจ วิตกกังวล จนเกิดอาการผิดปกติทางร่างกายและพฤติกรรมตามมา โดยปรับใช้จากแบบสอบถาม ST-5⁽⁵⁾ มีจำนวน 5 ข้อ แปลผลตามเกณฑ์แบบประเมินความเครียด (ST-5)

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความเชื่อ ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม การป้องกันการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของตนเอง มีจำนวน 9 ข้อ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึง มีทัศนคติต่อการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 มีทัศนคติต่อการ

ป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 มีทัศนคติต่อการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับสังคม มีจำนวน 11 ข้อ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 มีปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 มีปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 มีปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความสามารถทางปัญญาและสังคมของบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจข้อมูลทางด้านสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ สามารถเลือกปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพเพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 42 ข้อ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 มีความรอบรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 มีความรอบรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 มีความรอบรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงของเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.98 และนำมาตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับพระภิกษุสงฆ์ในอำเภอเมืองอำนาจเจริญจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังจากได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ เลขที่ 25/2566

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด

ค่าสูงสุด จำนวน ร้อยละ และสถิติเชิงอนุมาน ด้วยสถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test กรณีค่าความคาดหวังน้อยกว่า 5 เกินกว่าร้อยละ 20 และสถิติ Pearson correlation

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มพระภิกษุสงฆ์ ในพื้นที่อำเภอขานูมาน จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 32 รูป มีอายุเฉลี่ย 51.28 ปี (SD=17.29) มีโรคประจำตัวเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 22.9 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 40.6 ใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐเป็นประจำ ร้อยละ 93.8 และส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพผ่านโทรศัพท์มือถือ ร้อยละ 75.0

2. ความเครียด เมื่อพิจารณาภาพรวมของความเครียด พบว่า ส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับน้อย ร้อยละ 78.1 มีเพียงร้อยละ 21.9 ที่อยู่ในระดับปานกลาง โดยค่าเฉลี่ยของความเครียด มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.22 (SD=2.65)

3. ทักษะการป้องกันการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงภาพรวม เมื่อพิจารณาภาพรวมของทัศนคติต่อการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า ส่วนใหญ่มีทัศนคติในระดับมาก ร้อยละ 65.6 มีเพียงร้อยละ 34.4 ที่อยู่ในระดับปานกลาง โดยค่าเฉลี่ยของ

ทัศนคติต่อการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.24 (SD=0.33)

4. ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภาพรวม เมื่อพิจารณาภาพรวมของปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในระดับมาก ร้อยละ 87.5 มีเพียงร้อยละ 12.5 ที่อยู่ในระดับปานกลาง โดยค่าเฉลี่ยของปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.23 (SD=0.51)

5. ปัจจัยระดับสังคมภาพรวม เมื่อพิจารณาภาพรวมของปัจจัยระดับสังคม พบว่า ส่วนใหญ่มีปัจจัยระดับสังคม ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.1 มีเพียงร้อยละ 21.9 ที่อยู่ในระดับมาก โดยค่าเฉลี่ยของปัจจัยระดับสังคม มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.22 (SD=0.42)

6. ความรอบรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ เมื่อพิจารณาภาพรวมและรายด้านของความรอบรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ พบว่า มีภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.68 (SD=0.48) และในรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และมีเพียง 2 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ มีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.88 (SD=0.65) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ทักษะการตัดสินใจ มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.50 (SD=0.70)

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างพระภิกษุสงฆ์ ในพื้นที่อำเภอขานูมาน จังหวัดอำนาจเจริญ รายด้านและภาพรวม (n=32)

ความรอบรู้	ค่าเฉลี่ย	SD	การแปลผล
การเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	3.68	0.60	ระดับมาก
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	3.88	0.65	ระดับมาก
ทักษะการสื่อสารในการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	3.73	0.45	ระดับมาก
ทักษะการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	3.58	0.00	ระดับปานกลาง

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างพระภิกษุสงฆ์ในพื้นที่อำเภอขานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ รายด้านและภาพรวม (n=32) (ต่อ)

ความรอบรู้	ค่าเฉลี่ย	SD	การแปลผล
ทักษะการจัดการตนเองในการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	3.72	0.53	ระดับมาก
ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	3.50	0.70	ระดับปานกลาง
ภาพรวม	3.68	0.48	ระดับมาก

7. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ จากการวิเคราะห์ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ทักษะคิดในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ($r = 0.376$) และปัจจัยระดับสังคมด้านการได้รับบริการทางด้านสุขภาพ ($r = 0.484$) โดยทั้งสองปัจจัยพบมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงกับความเครียดภาพรวม ในกลุ่มตัวแปรต่อเนื่อง

ตัวแปรต้น	ค่าเฉลี่ย	SD	การแปลผล
อายุ	-0.330	0.065	ระดับต่ำ
ความเครียด	-0.217	0.232	ระดับต่ำมาก
ทัศนคติในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	0.376*	0.034	ระดับต่ำ
ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.110	0.550	ระดับต่ำมาก
การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	0.221	0.224	ระดับต่ำมาก
การได้รับบริการทางด้านสุขภาพ	0.484*	0.005	ระดับต่ำ
การยึดปฏิบัติตามวินัยสงฆ์	-0.067	0.715	ระดับต่ำมาก

* $p < 0.05$

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงกับความเครียดภาพรวม ในกลุ่มตัวแปรเชิงนับ

ข้อมูลทั่วไป	ระดับความรอบรู้		p-value
	ต่ำ	สูง	
โรคประจำตัว			
มีโรคประจำตัว	1(33.3)	11(37.9)	0.690
ไม่มีโรคประจำตัว	2(66.7)	18(62.1)	
ระดับการศึกษา			
ศึกษาต่ำกว่าระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น	3(100)	19(65.5)	0.310
ศึกษาสูงกว่าระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น	0	10(34.5)	
สถานบริการสุขภาพที่ไปรับบริการเป็นประจำ			
สถานบริการรัฐ	3(100)	25(86.2)	0.660
สถานบริการเอกชน	0	4(13.8)	
แหล่งข้อมูลสุขภาพที่ท่านได้รับ			
สื่อท้องถิ่น	1(33.3)	11(37.9)	0.690
สื่อส่วนกลาง	2(66.7)	18(62.1)	

*จำแนกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 1.00-3.00 คะแนน และระดับสูง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 3.01-5.00

วิจารณ์

จากการสัมภาษณ์ เพื่อฟังความคิดเห็นจากผู้ให้ข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มพระภิกษุสงฆ์ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากโทรศัพท์มือถือค่อนข้างสูง ถึงร้อยละ 75 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ ได้แก่ ทักษะคิดต่อการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ($p < 0.05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของ Gibson JL⁽⁶⁾ โดยบุคคลสามารถเรียนรู้หรือจัดการได้จากประสบการณ์ ซึ่งเป็นเรื่องของ

ความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่แตกต่างกันออกไปในการดูแลสุขภาพของตนเอง ถ้าบุคคลมีความรู้สึกถึงอันตรายด้านสุขภาพของตนเอง⁽⁷⁾ และปัจจัยระดับสังคมด้านการได้รับบริการทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ ($p < 0.05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพ และส่วนมากไปรับบริการที่โรงพยาบาลรัฐใกล้บ้าน ทั้งนี้เนื่องจากความสามารถเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางการแพทย์ด้านสถานการณ์การเจ็บป่วย การเข้าถึงข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพความสามารถในการเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพได้⁽⁸⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ ลฎาภา ทานาค และคณะ⁽⁹⁾

ดังนั้นข้อค้นพบนี้ นำมาสู่ข้อเสนอแนะที่หน่วยงานทางด้านสาธารณสุขควรพิจารณาจะพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะการใช้ช่องทางออนไลน์ในการสื่อสารข้อมูลทางด้านสุขภาพ เนื่องจากเป็นช่องทางที่พระภิกษุสงฆ์สามารถเข้าถึงได้ง่าย และสะดวกต่อการรับสารข้อมูลต่างๆ เพื่อให้เกิดการเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ที่มากขึ้น โดยจะส่งผลด้านบวกต่อการลดงบประมาณค่ารักษาพยาบาลจากกลุ่มพระภิกษุสงฆ์และผู้ป่วยด้วยโรค-ไม่ติดต่อเรื้อรังและการสื่อสารข้อมูลทางด้านสุขภาพเพื่อป้องกันก่อน อาจส่งผลให้ประชากรมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามลำดับ

ข้อเสนอแนะอื่นๆ ภาครัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมความรู้ในป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ โดยเน้นประเด็นที่เกี่ยวกับการตัดสินใจและการรู้เท่าทันสื่อ เนื่องจากประเด็นทั้ง 2 ส่วนนี้พบค่อนข้างน้อยซึ่งทักษะในด้านการตัดสินใจ

และการรู้เท่าทันสื่อมีความจำเป็นในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดด้านกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ ซึ่งมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลและการดำเนินการต่างๆ อีก มีข้อจำกัดด้านเวลา เนื่องจากมีเวลาในการเก็บข้อมูลน้อย จึงทำให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้มีการเก็บแค่ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งผลในระยะยาวอาจมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลในตัวแปรต่างๆ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจากหลายส่วน ผู้วิจัยขอขอบคุณคณาจารย์มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ บุคลากรโรงพยาบาลชานุมาน ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่กรุณาให้ข้อมูลที่เป็นจริง และเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. จันทิมา ฤกษ์เดือนฤกษ์, มนัสนันท์ เงินสด, กัญญา วิหค, ณัฐวัลย์ เดชาติโลก, ศิริวรรณ ใจคอดี, อริสรา การเจน, และคณะ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ ในจังหวัดนครนายก. ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2553;5(4):333-43.
2. กลุ่มส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุ สำนักโภชนาการ. โครงการพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพะด้านโภชนาการ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 1 ก.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://doc.anamai.moph.go.th/index.php?r=str-project/view&id=5158>
3. ณัฐพงษ์ วงศ์วิวัฒน์. ปี 65 พระภิกษุป่วยโรค NCDs พุง รพ.สงฆ์ มุ่งเพิ่มทักษะ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 1 ก.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thecoverage.info/news/content/5166>
4. กลุ่มขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และพัฒนากำลังคน กรมอนามัย. โครงการขับเคลื่อน ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ สู่การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ และพัฒนาระบบการสื่อสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 5 ก.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://doc.anamai.moph.go.th/index.php?r=str-project/view&id=1394>
5. กรมสุขภาพจิต. แบบสอบถาม ST-5 [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อ 5 ก.ย.2566]. แหล่งข้อมูล: <https://dmh.go.th/test/Download/>
6. Gibson JL. Organization behavior, structure, processes. New York: McGraw-Hill; 2000.
7. Rogers RW. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation. In: Cacioppo J, Petty R, editors. Social psychophysiology. New York: Guilford Press; 1983. p. 153-77.
8. Sorensen K, Broucke SV, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2013;12(1):80-93.
9. ลฎาภา ทานาค, รักชนก คชไกร, ยุพา จิวพัฒน์กุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลกองทัพบก 2562;21(3):140-50.

Factors Associated Literacy of Self-Protection from Diabetes and High Blood Pressure in the Group of Monks in Chanuman District, Amnat Charoen Province

Monchida Hachak¹, Kulthida totem¹, Preeya Poksuk¹, Prasert Prasomruk¹, Kornkawan Darunikorn¹, Napassorn Khunjitngam²,

¹ Mahidol University, Amnat Charoen Campus

² Chanuman Hospital, Amnat Charoen Province, Thailand

Abstract

This cross-sectional analytical research aimed to examine factors related to health knowledge for self-prevention against diabetes and hypertension among Buddhist monks in Chanuman district, Amnat Charoen province. The sample size of 32 individuals was calculated using the sample size calculation formula for small-sized populations, resulting in a confidence level of questionnaires was 0.93. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics by using Chi-square test and Pearson correlation. It was found that the average age of the monk group was 51.28 years (SD=17.29). The prevalence of hyperlipidemia was 22.9%, 93.8% regularly used governmental hospitals services, and 75.0% received health information via mobile phone. The attitude towards disease prevention was at a high level (65.6%), the social factors were at moderate level (78.1%), and the overall knowledge of preventing diabetes and high blood pressure was at high level (mean=3.68). The factors related to knowledge of preventing diabetes and high blood pressure found that the attitude towards preventing diabetes and high blood pressure had a low-level ($r=0.376$; $p=0.034$) and social factors related to health service utilization had a low-level ($r=0.484$; $p=0.005$). Therefore, public health agencies should develop proactive health promotion strategies to enhance access to and utilization of health services among the monk population, especially through online channels, which are easily accessible and convenient for health information dissemination.

Keywords: health literacy; self-protection; diabetes; high blood pressure

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารกำจัดศัตรูพืช กลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตในนาข้าวของเกษตรกร อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ

วัชรภรณ์ สงเนย¹, นริกันต์ ดวนใหญ่¹, ธัญนิษฐ์ ชาวไร่¹, อำไพ โสรส¹, พรธิวา สีแสง²

¹ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ

² โรงพยาบาลชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ

บทคัดย่อ

การวิจัยพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต ในนาข้าวของเกษตรกรอำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ กลุ่มตัวอย่างคือเกษตรกรในตำบลโคกสาร อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ โดยจากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 105 คน รวบรวมข้อมูลโดยการสุ่มแบบ cluster sampling และ simple random sampling แบบสอบถามทั้งหมด 4 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.92 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ multiple linear regression ด้วยวิธี enter ผลการวิจัยพบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 85.7 อายุ 50-59 ปีร้อยละ 40.96 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 39.05 มีอาชีพเป็นเกษตรกรผู้ปลูกข้าว โดยมีระยะเวลาในการปลูกข้าว 40-49 ปีร้อยละ 28.57 พื้นที่ทำการเกษตร 6-10 ไร่ต่อปี ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากที่สุดในผลิตภัณฑ์ไฮโดรไลเซตร้อยละ 24.72 มีระยะเวลาในการใช้สารเคมีอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 1-5 ปีร้อยละ 35.24 โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ได้แก่ อิทธิพลจากครอบครัว ($p < 0.05$) และความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ($p < 0.05$) ดังนั้น ควรมีการเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องในการป้องกันตนเองจากสารเคมีทั้งก่อนการฉีดสารเคมี ขณะฉีดพ่นสารเคมี ระหว่างการฉีดพ่นสารเคมี หลังการฉีดพ่นสารเคมี และเมื่อได้รับสารเคมีเข้าสู่ร่างกายให้แก่เกษตรกร และเกษตรกรส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพในระดับปานกลางร้อยละ 57.14 ซึ่งอยู่ในด้านการรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 4.32 โดยเกษตรกรส่วนใหญ่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพื่อป้องกันความเสียหายของผลผลิตทางการเกษตรที่เกิดจากศัตรูพืช

คำสำคัญ: พฤติกรรม; ปัจจัย; สารเคมี; ออร์กาโนฟอสเฟต

วันรับ: 2 ก.พ. 2567

วันแก้ไข: 1 มี.ค. 2567

วันตอบรับ: 4 มี.ค. 2567

บทนำ

ในศตวรรษที่ 21 เป็นยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว อีกทั้งยังมีการพัฒนาอยู่ตลอดเวลาทั้งเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อม ประเทศไทยที่มีการทำเกษตรกรรมเกือบทุกจังหวัด และเป็นผู้ส่งออกข้าวรายใหญ่เป็นอันดับ 1 ของโลก นำประเทศคู่แข่งอย่างประเทศอินเดีย เวียดนาม และปากีสถาน⁽¹⁾ ประชากรที่ทำเกษตรกรรมในประเทศไทยมีประมาณ 17 ล้านคน ส่วนใหญ่เป็นประชากรวัยทำงานประมาณ 43.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 66 ของประชากรทั้งหมด⁽²⁾ ซึ่งในอดีตเกษตรกรทำนาข้าวปลูกพืชผักเพื่อการบริโภค ต่อมาเปลี่ยนเป็นเกษตรเพื่อการจำหน่ายมากกว่าการบริโภค⁽³⁾ ส่งผลให้เกษตรกรที่ทำนาข้าวมีพฤติกรรมใช้สารกำจัดวัชพืช สารฆ่าหญ้า สารฆ่าแมลง เพื่อให้ได้ผลผลิตที่เพิ่มมากขึ้น ลดการคุกคามของศัตรูพืชที่มาทำลายผลผลิต⁽⁴⁾ ประเทศไทยมีพื้นที่ในการทำการเกษตรเป็นอันดับที่ 48 ของโลกแต่มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นอันดับที่ 5 ของโลก⁽⁵⁾ การกระจายทางระบาดวิทยาในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบอัตราการป่วยเป็นโรคพิษสารเคมีและมีอาการแสดง โดยชนิดของสารเคมีที่พบอัตราป่วยมากที่สุดคือสารกำจัดศัตรูพืชที่ไม่ระบุรายละเอียดคิดเป็นร้อยละ 34.04 รองลงมาคือสารฆ่าหญ้าและสารฆ่าเชื้อราร้อยละ 29.79 และสุดท้ายคือสารออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตร้อยละ 13.24⁽⁶⁾ ด้วยเหตุนี้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจึงมีความเป็นพิษต่อมนุษย์ทั้งในทางตรงและทางอ้อม อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพในปัจจุบันและส่งผลกระทบต่อสุขภาพอย่างรุนแรงในอนาคต สารเคมีจากกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตเป็นสาเหตุที่พบบ่อยในโรงพยาบาลและหอผู้ป่วยในประเทศที่กำลังพัฒนา⁽⁷⁾ ทั้งนี้พบว่าประเทศไทยเป็นประเทศที่มีการนำเข้าของสารกำจัดศัตรูพืช 120,000 ตัน คิดเป็นมูลค่ากว่า 18,000 ล้านบาท ซึ่งเห็นว่าประเทศไทยมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากกว่าประเทศที่มีการพัฒนาแล้ว⁽⁸⁾ ถือว่าเป็นสารเคมีที่มีปริมาณมาก โดยเกษตรกรส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ซึ่งส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายของเกษตรกรแม้จะมีการป้องกัน⁽⁹⁾

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกล่าวว่า พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชส่วนบุคคล

ของเกษตรกรมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ทั้งสามปัจจัยมีความแตกต่างกันในการส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม⁽⁵⁾ โดยความเชื่อเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ได้แก่ “การดื่มเหล้าหลังจากฉีดพ่นสารเคมีเสร็จเป็นการขับสารพิษออกจากร่างกาย”⁽¹⁰⁾ จึงจำเป็นต้องนำปัจจัยส่วนบุคคลเหล่านี้มาปรับเปลี่ยนความรู้ของเกษตรกรเกี่ยวกับผลกระทบที่เป็นอันตรายของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช⁽¹¹⁾ สำหรับพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของประชาชนสามารถแบ่งได้ 5 ด้าน คือ (1) ก่อนใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (2) ขณะผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (3) ระหว่างการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (4) หลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และ (5) การปฏิบัติเมื่อได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช⁽¹²⁾ ซึ่งอาจเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและส่งผลให้เกิดการได้รับอันตรายจากสารเคมี⁽¹³⁾ โดยจะเป็นการสะสมในร่างกายและสิ่งแวดล้อมอย่างยาวนาน จนทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพต่างๆ ทั้งในลักษณะเฉียบพลันและเป็นพิษเรื้อรังได้⁽¹⁴⁾

ทั้งนี้ จังหวัดอำนาจเจริญมีพื้นที่ทั้งหมด 1,975,780 ไร่ แบ่งเป็นพื้นที่ทำการเกษตร 1,348,498 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 68 ของจังหวัด โดยมีพืชเศรษฐกิจ คือ ข้าวหอมมะลิ สำหรับข้อมูลในพื้นที่อำเภอชานุมานมีพื้นที่ในการทำนา 71,245 ไร่ มีผลผลิต 310 กิโลกรัมต่อไร่ มีเกษตรกรทำนา 6,923 ราย 6,877 ครัวเรือน หรือคิดเป็นร้อยละ 78.12 ของครัวเรือนทั้งหมด⁽¹⁵⁾ ในปี พ.ศ. 2566 กลุ่มงานปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลชานุมานได้ทำการสุ่มตรวจเลือดหาเอนไซม์โคลีนในเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชทั้งหมด 76 ราย ซึ่งผลจากการสุ่มตรวจดังกล่าว พบเกษตรกรไม่ปลอดภัย 27 ราย มีความเสี่ยง 45 ราย และพบเกษตรกรที่มีความปลอดภัย 4 ราย⁽¹⁶⁾ จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในนาข้าวของเกษตรกร อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตในนาข้าวของเกษตรกร และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ความรู้ความเข้าใจในการใช้สารเคมี การรับรู้ถึงวิธีการป้องกันตนเองในการใช้สารเคมี ซึ่งถ้าเกษตรกรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการป้องกันสารเคมีที่ไม่ถูกต้องจะทำให้เกษตรกรได้รับ

อันตรายและส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในขณะที่ใช้สารเคมี ไปจนถึงการสะสมสารพิษในร่างกายอย่างรุนแรง อีกทั้ง แสดงอาการที่สื่อถึงการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต การให้ความรู้ความเข้าใจเหล่านี้เพื่อเป็นการกระจายข่าวสาร และการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีอย่างถูกต้อง

วิธีการศึกษา

ประชากร คือ เกษตรกรที่ทำนาข้าวตำบลโคกสาร อำเภอลำลูกกา จังหวัดอำนาจเจริญจำนวน 2,379 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มตัวอย่างโดยใช้ cluster sampling ในการสุ่มเกษตรกรจากอำเภอลำลูกกา และใช้ simple random sampling ในการสุ่มจำนวนประชากรตัวอย่าง 105 คน โดยเก็บข้อมูลจากทุกหมู่บ้าน จำนวน 13 หมู่บ้าน สุ่มหมู่บ้านละ 8-9 คน โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามเชิงสำรวจ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ พื้นที่ทำการเกษตร ชื่อสารเคมี ระยะเวลาที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยข้อความคำถามเป็นลักษณะเลือกตอบ และแบบเติมคำตอบ (2) แบบสอบถามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม (PRECEDE-PROCEED Model) ซึ่งเป็นแบบจำลองของ Green LW และ Kueter MW⁽¹⁷⁾ โดยข้อความคำถามเป็นลักษณะแบบการเลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ (3) แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์จากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)⁽¹⁹⁾ ซึ่งมี 4 ด้าน ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยข้อความคำถามเป็นลักษณะการวัดเป็นแบบ rating scale 5 ระดับ และ (4) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันอันตรายก่อนการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ขณะผสมสารเคมี ขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช หลังฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และได้รับสารเคมีเข้าสู่ร่างกาย โดยมีลักษณะการวัด

เป็นแบบ rating scale 3 ระดับ ซึ่งผ่านกระบวนการทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการทดสอบ โดยผู้เชี่ยวชาญมีค่า IOC เท่ากับ 0.92

การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วยสถิติพรรณนาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อหาความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมานโดยการวิเคราะห์ข้อมูลจะเป็นการทำนายปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตในนาข้าวของเกษตรกร อำเภอลำลูกกา จังหวัดอำนาจเจริญ โดยใช้สถิติ regression analysis ซึ่งเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ที่มีตัวแปรต้นมากกว่า 1 ตัว (multiple linear analysis)

การได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในระดับจังหวัดโดยมีความเห็นว่าการดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักสากล ตลอดจนข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ ซึ่งให้การรับรองในวันที่ 21 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 มีหมายเลขรับรอง คือ 18/2566

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 85.7 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 40.96 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 50.85 ปี มีสถานภาพสมรสร้อยละ 75.24 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 39.05 เกษตรกรมีอาชีพปลูกข้าวเป็นอาชีพหลัก มีระยะเวลาในการปลูกข้าว 40-49 ปี ร้อยละ 28.57 มีพื้นที่ทำการเกษตร 6-10 ไร่ต่อปี ร้อยละ 32.38 โดยมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากที่สุดในกลุ่มผลิตภัณฑ์ไกลโฟเซตร้อยละ 24.72 มีระยะเวลาในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลา 1-5 ปี ร้อยละ 35.24

ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรอำเภอลำลูกกา จังหวัดอำนาจเจริญ

เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร จังหวัดอำนาจเจริญพบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับดี ร้อยละ 82.86 โดยมี

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 16.19 และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 0.95 ดังตารางที่ 1

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเกษตรกร อำเภอลำลูกเกด จังหวัดอำนาจเจริญ

โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 44.40 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ระดับดี และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 57.14, 41.91, 0.95 ตามลำดับ เมื่อจำแนกเป็นรายด้านแล้ว พบว่า การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันตนเอง อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.94 (SD=2.16) รองลงมาการรับรู้ความรุนแรง อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.71 (SD=2.55) การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการ

ใช้สารเคมี อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.71 (SD=2.55) และการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.32 (SD=3.89) ดังตารางที่ 1

พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร อำเภอลำลูกเกด จังหวัดอำนาจเจริญ

โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 51.02 เมื่อจำแนกเป็นรายด้านแล้ว พบว่า ขณะฉีดพ่นสารเคมีอยู่ในระดับดีร้อยละ 96.19 หลังฉีดพ่นสารเคมีอยู่ในระดับดี ร้อยละ 95.24 ก่อนการฉีดพ่นสารเคมีอยู่ในระดับดี ร้อยละ 90.48 เมื่อได้รับสารเคมีเข้าสู่ร่างกายอยู่ในระดับดี ร้อยละ 89.52 และระหว่างฉีดพ่นสารเคมี อยู่ในระดับดี ร้อยละ 70.48 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ระดับความรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเกษตรกร อำเภอลำลูกเกด จังหวัดอำนาจเจริญ (n=105)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช		
ความรู้ระดับดี (11-15 คะแนน)	87	82.86
ความรู้ระดับปานกลาง (6-10 คะแนน)	17	16.19
ความรู้ระดับน้อย (0-5 คะแนน)	1	0.95
Mean (SD)	11.90 (2.18)	
แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ		
ความรู้ระดับดี (45-60 คะแนน)	44	41.91
ความรู้ระดับปานกลาง (30-44 คะแนน)	60	57.14
ความรู้ระดับน้อย (15-29 คะแนน)	1	0.95
Mean=44.40, SD=6.52 (Min=28, Max=60)		

ตารางที่ 2 ระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรอำเภอขานูมานจังหวัดอำนาจเจริญ (n=105)

พฤติกรรม	ระดับดี	ระดับปานกลาง	ระดับน้อย	\bar{X} (SD)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ก่อนการฉีดพ่นสารเคมี	95 (90.48)	10 (9.52)	0 (0.00)	13.59 (1.83)
ความรู้ระดับดี (11-15 คะแนน)	101 (96.19)	3 (2.86)	1 (0.90)	13.66 (1.76)
ก่อนการฉีดพ่นสารเคมี	74 (70.48)	31 (29.52)	0 (0.00)	12.27 (2.94)
ความรู้ระดับดี (11-15 คะแนน)	100 (95.24)	5 (4.76)	0 (0.00)	13.37 (1.64)
ก่อนการฉีดพ่นสารเคมี	94 (89.52)	11 (10.48)	0 (0.00)	12.59 (1.92)
Mean=51.02, SD=6.02				

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร อำเภอขานูมาน จังหวัดอำนาจเจริญ

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยแบบแผนด้านความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช อำเภอขานูมาน จังหวัดอำนาจเจริญ ($p > 0.05$) และพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีเป็นปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และอิทธิพลจากเพื่อนเกษตรกรเป็นปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช อำเภอขานูมาน จังหวัดอำนาจเจริญ ($p < 0.02$) ดังตารางที่ 3

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตในนาข้าวของเกษตรกร อำเภอขานูมาน จังหวัดอำนาจเจริญ สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามปัจจัยที่ศึกษา ดังต่อไปนี้

ระยะเวลาในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร แต่เมื่อทำการทดสอบ

ด้วย multiple linear regression หาปัจจัยที่ส่งผลกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมี ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ไม่มีการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช สอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ บุญสุวรรค์ และคณะ⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า ระยะเวลาในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ทศคนคิดต่อการใช้สารเคมี กำจัดศัตรูพืชเป็นปัจจัยนำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เกษตรกรส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระดับ ปานกลางร้อยละ 54.43 แสดงให้เห็นว่าเกษตรกรมีความเชื่อที่ว่าตนเองจะรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการเกิดโรค ไม่ว่าจะเป็นชุดอุปกรณ์ป้องกัน มีจำนวนหลายชิ้นยากต่อการสวมใส่อุปกรณ์ การไม่มีความรู้วิธีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากสารเคมี ทำให้สิ่งเลที่จะใช้อุปกรณ์ดังกล่าวส่งผลให้มีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ค่อนข้างดีและถูกต้องสอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock MI และคณะ⁽¹⁹⁾ พบว่า

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร อำเภอขานูมาน จังหวัดอำนาจเจริญ

ตัวแปร	b	std.error	beta	t	p-value
ระยะเวลาการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	-0.073	0.095	-0.076	-0.764	0.447
ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมี	10.95	0.462	0.316	2.569	0.012*
อิทธิพลจากเพื่อน	-3.608	1.561	-0.234	-2.311	0.023*
การรับรู้ความเสี่ยงต่อการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	0.406	0.534	0.092	0.760	0.449
การรับรู้ความรุนแรงต่อการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	-0.101	0.341	-0.035	-0.296	0.768
การรับรู้ประโยชน์ต่อการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	0.196	0.424	0.058	0.462	0.645
การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	0.385	0.197	0.203	1.957	0.053
F change=2.146, R ² =0.153, Adjust R ² =0.082, D-W=7.050					

การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจากการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีความสัมพันธ์เชิงบวกและส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าเกษตรกรส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระดับดี โดยมีค่าคะแนนอยู่ในระดับ 11-15 คะแนน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 12.7 คะแนนสอดคล้องกับการศึกษาของบัวทิพย์ แดงเขียน และคณะ⁽¹⁴⁾ และศิริลักษณ์ บุญสรณ์ และคณะ⁽¹⁸⁾ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จากการศึกษพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเมื่อเกษตรกรที่มีสุขภาพร่างกายอ่อนแอ ไม่แข็งแรง หากได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

มีโอกาสเกิดโรคจากการได้รับสารพิษของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเกษตรกรส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมีในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.19 แสดงให้เห็นว่า เกษตรกรมีความเชื่อที่ตนเองจะเกิดโอกาสเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ทำให้มีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเข้าสู่ร่างกายที่ค่อนข้างดี และถูกต้อง สอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock MI และคณะ⁽¹⁹⁾ พบว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วย บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า “เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค” และสอดคล้องกับการศึกษาของบัวทิพย์ แดงเขียน และคณะ⁽¹⁴⁾ และธีระยุทธ บุตรทหาร⁽⁹⁾ ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

การรับรู้ความรุนแรงจากการสัมผัสสารเคมีกำจัด-
ศัตรูพืช จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงจากการ
สัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเมื่อเกษตรกรได้รับสารเคมี
กำจัดศัตรูพืชมีโอกาสเกิดโรคจากการได้รับสารพิษของ
สารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรม
การป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของ
เกษตรกรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดย
เกษตรกรส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมี
ในระดับดีร้อยละ 76.19 แสดงให้เห็นว่าเกษตรกรมีความเชื่อ
ที่ตนเองมีการรับรู้ความรุนแรงจากการสัมผัสสารเคมี
กำจัดศัตรูพืชจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทำให้มี
พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัด
ศัตรูพืชเข้าสู่ร่างกายที่ค่อนข้างดีและถูกต้องสอดคล้องกับ
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock MI
และคณะ⁽¹⁹⁾ พบว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพ
เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วย บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อ
ว่า “เรามีโอกาสได้รับความรุนแรงจากการใช้สารเคมี” และ
สอดคล้องกับการศึกษาของธีระยุทธ บุตรทหาร⁽⁹⁾ พบว่า
การรับรู้ความรุนแรงจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช
มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้
สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

การรับประโยชน์ต่อการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จาก
การศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ต่อการใช้สารเคมีกำจัด
ศัตรูพืช มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการป้องกัน
ตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนใหญ่มีการรับรู้
ประโยชน์ต่อการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัด-
ศัตรูพืชอยู่ในระดับดี ร้อยละ 94.29 แสดงให้เห็นว่า
เกษตรกรมีความเชื่อที่ตนเองมีการรับรู้ความรุนแรงจาก
การสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจากการสัมผัสสารเคมีกำจัด
ศัตรูพืช ทำให้มีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการใช้
สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเข้าสู่ร่างกาย สอดคล้องกับแบบแผน
ความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock MI และคณะ⁽¹⁹⁾
ที่พบว่า การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค
หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดย การปฏิบัตินั้น บุคคลนั้น
จะต้องมีความเชื่อว่า “การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยง
จากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขา โดยการช่วยลด
โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรง

ของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้นๆ” และสอดคล้องกับการ
ศึกษาของธีระยุทธ บุตรทหาร⁽⁹⁾ ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์
ต่อการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
การป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

อิทธิพลจากครอบงำจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช
จากการศึกษาพบว่า อิทธิพลจากครอบงำในการใช้สาร-
เคมีกำจัดศัตรูพืชมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเคมี-
กำจัดศัตรูพืชอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 โดยเกษตรกร
ส่วนใหญ่ที่ทำการเกษตรและมีบุคคลรอบข้างในการทำการ
เกษตรพบว่า มีการแนะนำในการใช้สารเคมีซึ่งส่งผลต่อ
ทัศนคติการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสอดคล้องตามทฤษฎี
PRECEDE-PROCEED Model ของ Green LW และ
Kueter MW⁽¹⁷⁾ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศิริลักษณ์
บุญสรณ์ และคณะ⁽¹⁸⁾ พบว่า ทัศนคติต่อการใช้สารเคมี
กำจัดศัตรูพืชเป็นปัจจัยนำ การเข้าถึงสถานที่จำหน่าย
สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการเป็นเจ้าของที่ดิน อิทธิพล
จากสื่อโฆษณาหรือจากครอบงำเป็นปัจจัยเอื้อและ
ปัจจัยเสริมตามลำดับ ส่วนความรู้ด้านสุขภาพนั้นมีอิทธิพล
ทางบวกต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีนัย-
สำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

การทำวิจัยในครั้งนี้ควรศึกษาปัจจัยที่มีความ
สัมพันธ์กับพฤติกรรมโดยให้เน้นปัจจัยที่แก้ไขได้และนำ
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมาพัฒนาเป็นรูปแบบในการ
ส่งเสริมพฤติกรรมและศึกษาผลของรูปแบบดังกล่าวโดยอาจ
มีการจัดอบรมส่งเสริมความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องและ
เหมาะสม ในการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช
ให้กับแกนนำในชุมชนและครอบครัว เช่น อาสาสมัคร-
สาธารณสุขชุมชน (อสม.) ผู้นำชุมชน คนในชุมชน เพื่อเป็น
นักสื่อสารความเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช
ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม คือ ควรตรวจเลือดหาสารเคมีตกค้าง
ภายในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุน
การศึกษางานวิจัยครั้งถัดไป

กิตติกรรมประกาศ

ความสำเร็จของการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ เป็นผล
มาจากความกรุณาของอาจารย์ที่ปรึกษาทางวิจัย อาจารย์-

ผู้สอน บุคคลากรจากสำนักงานส่งเสริมการเกษตรและ- สหกรณ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชานุมานที่ได้ให้โอกาส ในการแก้ปัญหาสุขภาพแก่เกษตรกรในพื้นที่โดยใช้กระบวนการวิจัย นอกจากนี้ยังได้รับความร่วมมือจากโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความร่วมมือ

ในการเข้าร่วมกระบวนการเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณ อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต โครงการ จัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ ที่สำคัญขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านในครั้งนี้ได้สละเวลาเข้าร่วมตลอดจน โครงการประสบความสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สุดารัตน์ ไชยเฉลิม. รูปแบบการลดการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในนาข้าวชุมชนหนองขนาน จังหวัดเพชรบุรี. วารสารมหาวิทยาลัย คริสเตียน [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 5 ก.ย. 2566];24(2):254-69. แหล่งข้อมูล: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUTJ/article/view/240665/163761>
2. วิโรจน์ เจ้ยเปลี่ยน, นพวรรณ เปี้ยชื่อ, จินตนา ศิริวราศัย, นรมลย์ นิละไพจิตร. การใช้สารเคมีกำจัดแมลง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับ ภาวะสุขภาพของเกษตรกรที่ทำงานสัมผัสสารเคมีกำจัดแมลง. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 10 ก.ย. 2566];29(3):89-100. แหล่งข้อมูล: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUNS/article/view/121567/92697>
3. สุชาติดา ช้องแก้ว, ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ผู้ปลูกข้าวโพดในอำเภอ บ้านโคก จังหวัดอุดรธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 23 ก.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/5157/3/60062947.pdf>
4. สุธาสิณี อึ้งสูงเนิน, ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อ 23 ก.ย. 2566];9(1):50-63 แหล่งข้อมูล: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/EAUHJSci/article/view/31481/35246>
5. กนกวรรณ วรชิตา, นิภา มหารัชพงศ์, ปาจริย์ อับดุลลาฮาซิม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการใช้สารเคมี กำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวนาปี จังหวัดนครพนม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 24 ก.ย. 2566];15(3):252-65. แหล่งข้อมูล: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/258051/178194>
6. กุลธิดา ยะสะกะ, วรวรรณ ภูชาดา, สุนิสา ชายเกลี้ยง. สถานการณ์โรคพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและอัตราป่วยโรคมะเร็ง- ท่อน้ำดีในเกษตรกรเพาะปลูกพืช เศรษฐกิจในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วารสารความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 24 ก.ย. 2566];31(2):35-43. แหล่งข้อมูล: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/OHSWA/article/view/1331/804>
7. Peter JV, Sudarsan TI, Moran JL. Clinical features of organophosphate poisoning: a review of different classification systems and approaches. Indian Journal of Critical Care Medicine [Internet]. 2014 [cited 2023 Aug 20];18(11):735-45. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/>
8. อภิมณฑิ สุวรรณราช, ปัตพงษ์ เกษสมบุรณ์. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอันตรายในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแบ่ง ตำบลหญ้าปล้อง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดเลย. วารสารการพัฒนาระบบสุขภาพ ชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อ 24 ก.ย. 2566];3(3):395-407. แหล่งข้อมูล: https://fammed.kku.ac.th/file_download/paper_25.pdf
9. อธิษฐกานต์ บุตรทหาร. ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในอำเภอบึงสามพัน จังหวัดพิจิตร. วารสาร วิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 25 ก.ย. 2566];18(20):47-56. แหล่งข้อมูล: <https://thaidj.org/index.php/jdhss/article/view/12475/10362>
10. นัสพงษ์ กลิ่นจำปา, ดาริวรรณ เศรษฐีธรรม. พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ตำบลป่าไม้งาม อำเภอเมือง จังหวัด หนองบัวลำภู. วารสารวิชาการ สคร.9 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 24 ก.ย. 2566];25(2):26-34. แหล่งข้อมูล: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9/article/view/187344/147456>

11. Naghavi S, Ahmadyousefi M, Damalas CA, Mohammadi M. Factors affecting farmers' safety behavior in the use of chemical pesticides: the role of technical efficiency. *International Journal of Pest Management* [Internet]. 2022 [cited 2023 Aug 20];10.1080/09670874.2022.2094492. Available from: <https://doi.org/10.1080/09670874.2022.2094492>
12. ดวงใจ แสทนวิสุข, สุภาพร ใจการุณและชวนชัย เชื้อสาธุชน. ปัจจัยความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของประชาชน ตำบลนุ่งหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี [อินเทอร์เน็ต]*. 2561 [สืบค้นเมื่อ 5 ก.ย. 2566];7(2):26-36. แหล่งข้อมูล: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ubrphjou/article/view/170953/122886>
13. ประจักษ์ เทพคุณ, บัญชา รัตนีทุ, รุสนาณี มะสาแม. ความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรตำบลบองอ อำเภอระแงะ จังหวัดนราธิวาส. *วารสารเกษตรขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]* 2564 [สืบค้นเมื่อ 24 ก.ย. 2566];49(1):665-70. แหล่งข้อมูล: https://ag2.kku.ac.th/kaj/PDF.cfm?filename=50Ext03_P-Revise%201.pdf&id=4396&keeptrack=2
14. บัวทิพย์ แดงเขียน, พิมพ์พรณ รัตน์โกมล, อัครเดช สละอวยพร, มณฑาทิพย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร จังหวัดชัยนาท. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา [อินเทอร์เน็ต]*. 2560 [สืบค้นเมื่อ 27 ก.ย. 2566];10(4):107-22. แหล่งข้อมูล: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE/article/view/122753/93472>
15. สำนักงานเกษตรและสหกรณ์จังหวัดอำนาจเจริญ. ข้อมูลงานส่งเสริมการเกษตรจังหวัดอำนาจเจริญ. อำนาจเจริญ: สำนักงานเกษตรและสหกรณ์จังหวัดอำนาจเจริญ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 22 ก.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://www.opsmoac.go.th/amnatcharoen-dwl-files-461991791435>
16. กลุ่มงานปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. แบบสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์เรื่องการตรวจหาเอนไซม์โคลีนของเกษตรกร. อำนาจเจริญ: โรงพยาบาลชานุมาน; 2566.
17. Green L, Kreuter MK. *Health program planning: an educational and ecological approach*. 4th ed. New York: McGraw Hill; 1991.
18. ศิริลักษณ์ บุญสรรค์, สุดารัตน์ สีหาเทพ, กิ่งแก้ว สำรายรีน. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรชาวไร่อ้อย ตำบลนาบ่อคำ อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย [อินเทอร์เน็ต]*. 2563 [สืบค้นเมื่อ 24 ก.ย. 2566];14(2):92-100. แหล่งข้อมูล: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/EAUHJSci/article/view/240344/166066>
19. Rosenstock MI, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly* [Internet]. 1988 [cited 2023 Aug 20];15(2):175-83. Available from: http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/2027.42/67783/2/10.1177_109019818801500203.pdf

Factors Affecting Organophosphate Use-Behaviors of Rice Farmer, Chanuman District, Amnat Charoen Province

Watcharaphon Songnoey¹, Nareekan Duanyai¹, Tanyanit Chaorai¹, Ampai Soros¹,
Porntiwa Seesaeng²

¹ Mahidol University, Amnat Charoen Campus

² Chanuman Hospital, Amnat Charoen Province, Thailand

Abstract

This study aimed to assess the behaviors of pesticide use of the organophosphate group and to study the factors affecting the pesticide use behaviors in rice fields of farmers in Chanuman district, Amnat Charoen province. The samples were 105 farmers living in the Khoksan sub-district, Chanuman district who were selected through cluster sampling and simple random sampling. Data were collected through a questionnaire and divided into 4 parts: personal information, predisposing-enabling-reinforcing factors, health belief, and safety behavior in using pesticides. An index value corresponding between questions and objectives was 0.92, and a reliability value was 0.89. The data were analyzed by descriptive statistics and multiple linear regression using the enter method. The results showed that most farmers were female (85.7%), aged 50–59 years old (40.96%), primary school graduates (39.05%), rice cultivation duration of 40–49 years (28.57%), and having annual agricultural area of 6–10 rai, The most applied pesticide was glyphosate (24.72%), and period of pesticide use was between 1–5 years (35.24%). The factors affecting the behavior of using pesticides were the influence of surrounding people and the knowledge in using pesticides ($p < 0.05$). Therefore, farmers should be provided with enhanced safety knowledge in using pesticides at all stages: before using, during mixing, during applying, after using pesticides, and once get pesticide exposure. Most farmers knew the health belief pattern at a moderate level of 57.14%, particularly benefits of self-protection from using pesticides (average score 4.32). Most farmers use pesticides for the prevention of pests.

Keywords: behavior; factors; pesticides; organophosphates

โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการลดปริมาณขยะมูลฝอย ครัวเรือนเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลขามป้อม อำเภอกษัตริย์บุรณ จังหวัดชัยภูมิ

สละ ดิขามป้อม

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม จังหวัดชัยภูมิ

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการลดปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม อำเภอกษัตริย์บุรณ จังหวัดชัยภูมิ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยแบ่งกลุ่มเป้าหมายออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ทำการวัดก่อนและวัดหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนจำนวน 60 คน โดยจัดการอบรมให้กลุ่มทดลองเพื่อให้ความรู้เรื่อง 5Rs สาธิตการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน การสร้างแรงจูงใจจากการประดิษฐ์สิ่งของที่เหลือจากการบริโภคและมอบรางวัล และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบบันทึกปริมาณขยะมูลฝอยในครัวเรือน จำนวน 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบบันทึกปริมาณขยะมูลฝอยในครัวเรือน แก่กลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ paired t-test และ independent t-test กำหนดระดับค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมโปรแกรม มีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้เพิ่มมากขึ้น และกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่อง 5Rs คะแนนพฤติกรรม และคะแนนแรงจูงใจในการลดขยะมูลฝอยครัวเรือนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองจำนวน 30 ครัวเรือน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีขยะมูลฝอยครัวเรือน จำนวนรวมทั้งหมด 51.20 กิโลกรัม มีค่าเฉลี่ย 1.71 กิโลกรัมต่อคน ส่วนหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ามีขยะมูลฝอยครัวเรือน จำนวนรวมทั้งหมด 35.00 กิโลกรัม มีค่าเฉลี่ย 1.17 กิโลกรัมต่อคน ลดลง 16.20 กิโลกรัมสรุปจากการดำเนินการศึกษากลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรม มีการเปลี่ยนแปลงด้านปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนที่ลดลง และมีปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนในการลดขยะมูลฝอยครัวเรือนน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

คำสำคัญ: ลดปริมาณขยะมูลฝอย; พฤติกรรม; สร้างแรงจูงใจ; ส่งเสริมสุขภาพ

วันรับ: 12 ก.พ. 2567

วันแก้ไข: 5 มี.ค. 2567

วันตอบรับ: 8 มี.ค. 2567

บทนำ

ปัญหาด้านการจัดการขยะมูลฝอยของจังหวัดชัยภูมิ ในปี พ.ศ. 2565 จังหวัดชัยภูมิมียอดอัตราการเกิดขยะเฉลี่ย 0.95 ตันต่อคนต่อปี ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศที่ 0.56 ตันต่อคนต่อปี มีปริมาณขยะเกิดขึ้น 399,128 ตัน พัฒนาการปกครองส่วนท้องถิ่นจึงมียุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 คือ ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2565⁽¹⁾ ท้องถิ่นมีกลยุทธ์หรือแนวทางตัวชี้วัดระดับกลยุทธ์ในที่นี่คือ ร้อยละ 80 ของประชาชนที่มีส่วนร่วมในการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และปริมาณขยะจากต้นทางลดลงจากเดิม ร้อยละ 5 และมีจำนวนขยะมูลฝอยครัวเรือนที่เกิดขึ้นเฉลี่ย ในปี พ.ศ. 2565 ปริมาณ 33 กิโลกรัมต่อวัน 12.05 ตันต่อปี และปี พ.ศ. 2566 มีปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 35 กิโลกรัมต่อวัน 12.74 ตันต่อปี⁽²⁾ ซึ่งเป็นขยะที่ทางองค์การบริหารส่วนตำบลกุดเลาะ อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ สามารถจัดเก็บข้อมูลได้ เนื่องจากการจัดการขยะภายในชุมชนจะมีการบริหารจัดการขยะมูลฝอยในแต่ละครัวเรือน ชุมชนขาดความรู้ในการคัดแยกขยะ ประชาชนในชุมชนมีพฤติกรรมกำจัดขยะไม่ถูกวิธีทำให้เกิดปัญหาการทิ้งขยะไม่เป็นที่ ชุมชนไม่สะอาด บางครัวเรือนกำจัดขยะโดยการเผาขยะในชุมชน ทำให้ประชาชนในชุมชนเสี่ยงต่อเกิดโรคที่เกิดจากการเผาขยะทำลายสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมดังกล่าวทำให้เกิดมลพิษเสี่ยงต่อการเกิดโรค และปริมาณขยะในชุมชนเพิ่มขึ้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการลดปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งเป็นการเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ปริมาณขยะที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมบริหารจัดการและลดขยะมูลฝอยในครัวเรือน เพื่อเป็นการลดขยะที่ต้นทางส่งเสริมสุขภาพของประชาชนห่างไกลโรคที่เกิดจากมลพิษของขยะมูลฝอย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำโปรแกรมสร้างแรงจูงใจ มีกิจกรรมบอกเล่าทำความเข้าใจ

กิจกรรมรักบ้านรักโลก กิจกรรมคัดแยกขยะ และกิจกรรมร่วมด้วยช่วยกันลดปริมาณขยะโดยใช้หลัก 5Rs คือ Reduce การลดการใช้ ลดการบริโภคทรัพยากรที่ไม่จำเป็นลง, Refuse การปฏิเสธ หรือไม่ใช้ของที่คิดว่าเป็นการทำลายทรัพยากร และสร้างมลพิษกับสิ่งแวดล้อม, Reuse การใช้ทรัพยากรให้คุ้มค่าที่สุด โดยการนำสิ่งของเครื่องใช้มาใช้ซ้ำ, Recycle การนำทรัพยากรที่ใช้แล้ว กลับมาใช้ใหม่ ด้วยกระบวนการรีไซเคิล และ Repair การซ่อมแซมสิ่งต่างๆ ให้สามารถใช้งานได้⁽³⁾ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการลดขยะมูลฝอยครัวเรือนและส่งเสริมสุขภาพชุมชนห่างไกลโรคที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม

วิธีการศึกษา

ในการศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) โดยแบ่งกลุ่มเป้าหมายออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำการวัดก่อนและวัดหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการลดขยะมูลฝอยครัวเรือนเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม ซึ่งมีรูปแบบการวิจัยดังนี้ ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเก็บข้อมูลด้วยแบบทดสอบความรู้แบบสอบถาม ข้อมูลพฤติกรรมลดขยะมูลฝอยในครัวเรือน แบบสอบถามแรงจูงใจในการลดขยะมูลฝอยในครัวเรือน และปริมาณขยะในแต่ละวัน หลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจมี 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมบอกเล่าทำความเข้าใจ กิจกรรมรักบ้านรักโลก กิจกรรม 5Rs (Reduce, Refuse, Reuse, Recycle และ Repair) กิจกรรมคัดแยกขยะ และกิจกรรมร่วมด้วยช่วยกันเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมฯ จากนั้นมีการวัดผลจากคะแนนความรู้ และคะแนนพฤติกรรมลดขยะมูลฝอยครัวเรือน และปริมาณขยะในแต่ละวันหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างแรงจูงใจ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ คือ ครัวเรือนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อมจำนวน 1,037 ครัวเรือน

จาก 5 หมู่บ้าน โดยการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน⁽⁴⁾ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 19 ตัวอย่าง และเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 50 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด⁽⁵⁾ โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน

การสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน โดยมีวิธีการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ตัวแทนครัวเรือนละ 1 คน
2. มีปริมาณขยะที่ใกล้เคียงกันในแต่ละเดือน
3. สำหรับกลุ่มควบคุมเลือกหมู่บ้านที่มีความห่างไกลกับกลุ่มทดลอง และจำนวนครัวเรือนใกล้เคียงกัน และมีปริมาณขยะที่ใกล้เคียงกันในแต่ละเดือน ทุกรายผ่านเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ดังนี้

ก. เกณฑ์การคัดเข้าผู้เข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria)

- 1) อายุ 20-59 ปี
- 2) มีหน้าที่หลักในการจัดการมูลฝอยครัวเรือน
- 3) สามารถอ่าน เขียน หนังสือภาษาไทย หรือได้ตอบ สื่อบรรณคดี

ข. เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (exclusion criteria)

- 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย
- 2) ย้ายออกจากพื้นที่ระหว่างการวิจัย

หมู่บ้านที่ศึกษาประกอบด้วย

- หมู่ที่ 3 บ้านระหัด จำนวน 166 ครัวเรือน ปริมาณขยะเฉลี่ย 100 กิโลกรัมต่อเดือน
- หมู่ที่ 4 บ้านศาลา จำนวน 179 ครัวเรือน ปริมาณขยะเฉลี่ย 120 กิโลกรัมต่อเดือน
- หมู่ที่ 5 บ้านโนนมะค่าง จำนวน 266 ครัวเรือน ปริมาณขยะเฉลี่ย 200 กิโลกรัมต่อเดือน
- หมู่ที่ 6 บ้านขามป้อม จำนวน 246 ครัวเรือน ปริมาณขยะเฉลี่ย 199 กิโลกรัมต่อเดือน

หมู่ที่ 9 บ้านขามป้อม จำนวน 180 ครัวเรือน ปริมาณขยะเฉลี่ย 130 กิโลกรัมต่อเดือน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

แบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาจากการศึกษาตำราเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เป็นแบบสอบถามแบบมีโครงสร้างที่ชัดเจน ประกอบด้วยคำถามแบบเลือกคำตอบ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการลดขยะมูลฝอย จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบเกี่ยวกับความรู้เรื่อง 5Rs แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกตอบแบบ ถูก-ผิด จำนวน 15 ข้อ โดยถ้าผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบถูกจะให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดหรือไม่ตอบให้ 0 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 15 คะแนน ประกอบด้วย คำถามเชิงบวก จำนวน 8 ข้อ และคำถามเชิงลบ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ การลดขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม เป็นแบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ จำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ ประกอบด้วย คำถามเชิงบวก จำนวน 9 ข้อ และคำถามเชิงลบ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการลดขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม เป็นแบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. ชุดโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเกี่ยวกับความรู้เรื่อง 5Rs พฤติกรรมสุขภาพในการลดขยะมูลฝอยครัวเรือน โดยใช้โปรแกรมสร้างแรงจูงใจ มีกิจกรรมบอกเล่าทำความเข้าใจ กิจกรรมรักบ้านรักโลก กิจกรรม 5Rs กิจกรรมคัดแยกขยะ และกิจกรรมร่วมด้วยช่วยกันลดปริมาณขยะ

2. สมุดบันทึกปริมาณขยะในแต่ละวัน
3. สื่อวีดิโอ PowerPoint

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการเก็บข้อมูล

1.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความครอบคลุมของข้อคำถาม และความสอดคล้องกับนิยามของตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์แต่ละข้อ แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (index of item-objective congruence: IOC) โดยมีเกณฑ์กำหนด มากกว่า 0.5 ขึ้นไป

1.2 การทดสอบหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์แบบทดสอบที่ให้คะแนน 0, 1 และแบบสอบถามที่มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) ผู้วิจัยใช้วิธีหาคoefficient of alpha โดยเกณฑ์การยอมรับได้ควรมากกว่า 0.70 ขึ้นไป⁽⁶⁾ สำหรับในงานวิจัยนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นในส่วนของการทดสอบด้านความรู้เรื่อง 5Rs แบบสอบถามด้านพฤติกรรม และแรงจูงใจในการลดขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชน เท่ากับ 0.81, 0.86 และ 0.85 ตามลำดับ

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการทดลอง

2.1 ชุดโปรแกรมสร้างแรงจูงใจต่อความรู้เรื่อง 5Rs และพฤติกรรมในการลดขยะมูลฝอยครัวเรือนของประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถูกเสาะนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา รูปแบบ และกิจกรรมตลอดจนการ ลำดับเนื้อหา และความเหมาะสมทางภาษาและความสอดคล้องกับทฤษฎี และวัตถุประสงค์

2.2 สมุดบันทึกกิจกรรม สื่อวิดีโอ PowerPoint นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความน่าสนใจ ความเหมาะสมทางภาษาและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อทดสอบสมมติฐานโดยใช้ค่า t-test ทดสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรอิสระ ซึ่งจำแนกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ คะแนนพฤติกรรม คะแนนแรงจูงใจในการลดขยะมูลฝอยครัวเรือนและปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยแบ่งกลุ่มเป้าหมายออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการลดขยะมูลฝอยครัวเรือนของประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มทดลอง จำนวน 30 ครัวเรือน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 ครัวเรือน รวมเป็น 60 ครัวเรือน หลังจากนั้นดำเนินการสร้างแรงจูงใจในการลดขยะมูลฝอยครัวเรือนของประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม จำนวน 12 สัปดาห์ในกลุ่มทดลอง เมื่อสิ้นสุดได้ทำการติดตามประสิทธิผลของการสร้างแรงจูงใจในการช่วยลดปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนของประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อมอำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ ด้วยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคะแนนความรู้ คะแนนพฤติกรรมลดขยะมูลฝอยครัวเรือน คะแนนแรงจูงใจในการลดขยะมูลฝอยในครัวเรือน และปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง ผู้วิจัยได้รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยจำนวนและร้อยละของคะแนนความรู้ พฤติกรรม และแรงจูงใจในระดับต่างๆ ก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบผลต่างปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

เพศ พบว่า กลุ่มทดลองที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80.0 และเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 20.0 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70.0 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 30.00 อายุ พบว่า กลุ่มทดลองที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.7 มีอายุอยู่ระหว่าง 20-29 ปี มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 33.3 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.89 มีอายุน้อยที่สุดเท่ากับ 21 ปี และอายุมากที่สุดเท่ากับ 54 ปี และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ ร้อยละ 40.0 มีอายุอยู่ระหว่าง 20-29 ปี มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 47.73 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.51 มีอายุน้อยที่สุดเท่ากับ 23 ปี และอายุ มากที่สุดเท่ากับ 59 ปี ระดับการศึกษาสูงสุด พบว่า กลุ่มทดลองที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีระดับ การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 26.7 และกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีระดับ การศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 26.7 อาชีพ พบว่า กลุ่มทดลองที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 36.67 และกลุ่ม ควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 36.7 ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน พบว่า กลุ่มทดลอง ที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่ อาศัยอยู่ในชุมชนมากกว่า 5 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 60.0 และกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ อาศัยอยู่ในชุมชนมากกว่า 5 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 50.0 รายได้ เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน พบว่า กลุ่มทดลองที่ศึกษาวิจัย ครั้งนี้ ส่วนใหญ่รายได้ เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 66.7 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 60.0 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการ ลดขยะมูลฝอย พบว่า กลุ่มทดลองที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่ ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการลดขยะมูลฝอย เพื่อส่งเสริมสุขภาพห่างไกลโรคที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมคิดเป็น ร้อยละ 73.3

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย จำนวน และร้อยละ ของคะแนนความรู้ พฤติกรรม และแรงจูงใจในระดับต่างๆ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่อง 5Rs ก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองที่มีคะแนนความรู้เรื่อง 5Rs ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 19 คน

คิดเป็นร้อยละ 63.3 ส่วนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า มีคะแนนความรู้เรื่อง 5Rs อยู่ในระดับสูงจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.3 กลุ่มทดลองที่มีคะแนน พฤติกรรมในการลดขยะมูลฝอยในครัวเรือน ก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ อยู่ในระดับดี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70.0 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า มีคะแนนพฤติกรรม เพิ่มสูงขึ้นอยู่ในระดับดี จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 76.7 กลุ่มทดลองที่มีคะแนนแรงจูงใจในการลดขยะมูลฝอย ในครัวเรือน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับน้อยจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0 ส่วนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า มีคะแนนแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.3

การดำเนินการศึกษาครั้งนี้ จะเห็นว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ มีคะแนนความรู้ พฤติกรรมและแรงจูงใจในการ ลดปริมาณขยะมูลฝอยน้อยกว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯอย่าง ชัดเจน ดังนั้นผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีการเปลี่ยนแปลงด้าน ความรู้เพิ่มมากขึ้น และกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนความรู้เรื่อง 5Rs คะแนนพฤติกรรม และคะแนน แรงจูงใจในการลดขยะมูลฝอยครัวเรือน สูงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ พฤติกรรม และแรงจูงใจในการลดปริมาณขยะ ระหว่างกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่ม ควบคุม ในระยะก่อนการทดลองและหลัง การทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่อง 5Rs ไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เรื่อง 5Rs สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองและ หลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการลดขยะ- มูลฝอยครัวเรือนไม่แตกต่างกัน หลังการทดลองในกลุ่ม ทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการลดขยะมูลฝอย ครัวเรือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจ ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองและ

หลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจในการลดขยะมูลฝอยครัวเรือน ไม่แตกต่างกัน หลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจในการลดขยะมูลฝอยครัวเรือนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

การดำเนินการศึกษาค้างนี้ จะเห็นว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่อง 5Rs ไม่แตกต่างกัน หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่อง 5Rs คะแนนพฤติกรรม และคะแนนแรงจูงใจในการลดปริมาณขยะมูลฝอย สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบผลต่างปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

เปรียบเทียบปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือน ไม่แตกต่างกัน หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือน น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จากการศึกษาให้ครั้งนี้ ทำให้ประสิทธิผลจากโปรแกรมสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น เกิดขึ้นมาจากโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้และแรงจูงใจในการลดขยะมูลฝอยในครัวเรือน ส่งผลให้มีการเพิ่มของพฤติกรรมในการลดขยะมูลฝอยในครัวเรือนสูงกว่ากลุ่มควบคุมและก่อนการทดลอง

ส่วนที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่อง 5Rs ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

เปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการลดขยะมูลฝอยครัวเรือน ภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังจากการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการลดขยะมูลฝอยครัวเรือนสูงกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และภายหลังจากการทดลองของกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการลดขยะมูลฝอยครัวเรือน ไม่แตกต่างกัน

การดำเนินการศึกษาค้างนี้ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการลดปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนของ

ประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป้อมอำเภอกะเปอร์สมบูรณ จังหวัดชัยภูมิ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจและทฤษฎีความรู้ในการจัดการพฤติกรรม การลดขยะมูลฝอยครัวเรือน พบว่า ในสัปดาห์ที่ 12 หลังได้รับโปรแกรม แล้วนั้น กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่อง 5Rs คะแนนพฤติกรรมในการลดขยะมูลฝอยในครัวเรือน และแรงจูงใจในการลดขยะมูลฝอยในครัวเรือนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุป

จากการดำเนินการศึกษาในครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า ผู้เข้าร่วมโปรแกรม มีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้เพิ่มมากขึ้น และกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนความรู้เรื่อง 5Rs คะแนนพฤติกรรม และคะแนนแรงจูงใจในการลดขยะมูลฝอยครัวเรือน สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลองปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองจำนวน 30 ครัวเรือนที่มีปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีขยะมูลฝอยครัวเรือนจำนวน 51.20 กิโลกรัม มีค่าเฉลี่ย 1.71 กิโลกรัมต่อคน ส่วนหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า มีขยะมูลฝอยครัวเรือนจำนวน 35.00 กิโลกรัม มีค่าเฉลี่ย 1.17 กิโลกรัมต่อคน ซึ่งปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนลดลง 16.20 กิโลกรัม

สรุปจากการดำเนินการศึกษา กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรม มีการเปลี่ยนแปลงด้านการลดปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือน และมีปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง เมื่อขยะมูลฝอยในครัวเรือนลดลงจะทำให้สิ่งแวดล้อมในชุมชนสะอาดน่าอยู่ ปราศจากขยะมูลฝอยส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ห่างไกลจากโรคที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม สามารถนำโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการลดปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนเผยแพร่กับชุมชนอื่นโดยยึดหลัก 5Rs คือ Reduce การลดการใช้ ลดการบริโภคทรัพยากรที่ไม่จำเป็นลง เช่น ปิดไฟทุกครั้งเมื่อไม่ใช้ ถอดปลั๊กเครื่องใช้ไฟฟ้าทุกครั้งที่ไม่ใช้งาน, Refuse การปฏิเสธ หรือไม่ใช้ของที่คิดว่าเป็นการทำลายทรัพยากร และสร้างมลพิษกับสิ่งแวดล้อม, Reuse การใช้ทรัพยากรให้คุ้มค่าที่สุด โดยการนำสิ่งของเครื่องใช้

มาใช้ซ้ำ, Recycle การนำทรัพยากรที่ใช้แล้ว กลับมาใช้ใหม่ ด้วยกระบวนการรีไซเคิล และ Repair การซ่อมแซมสิ่งต่างๆ ให้สามารถใช้งานได้ มีสาเหตุการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนและส่งเสริมการป้องกันโรคที่เกิดจากขยะมูลฝอยหรือกำหนดแผนที่จะพัฒนาชุมชนลดปริมาณขยะมูลฝอยอย่างต่อเนื่องและเกิดความยั่งยืนต่อไป

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า หลังการกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการลดปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ และทฤษฎีความรู้ในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพในการลดขยะมูลฝอยครัวเรือน พบว่า ในสัปดาห์ที่ 12 หลังได้รับโปรแกรม แล้วนั้น กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่อง 5Rs คะแนนพฤติกรรมในการลดขยะมูลฝอยในครัวเรือน และแรงจูงใจในการลดขยะมูลฝอยในครัวเรือนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ยังพบว่า เมื่อพิจารณาความแตกต่างของคะแนนความรู้ พฤติกรรม และแรงจูงใจก่อนเข้าโปรแกรม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากประสิทธิผลจากโปรแกรม สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้น เกิดขึ้นมาจากโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้และแรงจูงใจในการลดขยะมูลฝอยในครัวเรือน ส่งผลให้มีการเพิ่มของพฤติกรรมสุขภาพในการลดขยะมูลฝอยในครัวเรือนสูงกว่ากลุ่มควบคุมและก่อนการทดลอง เนื่องมาจากโครงการได้มีการอบรมแก่ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ส่งผลให้เกิดการเพิ่มความรู้ในการลดขยะมูลฝอย อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากขยะมูลฝอย โรคที่เกิดจากมลพิษของขยะมูลฝอย การลดขยะมูลฝอยโดยใช้หลัก 5Rs การประดิษฐ์สิ่งของจากขยะมูลฝอยแก่ผู้รับผิดชอบในการจัดการขยะ หรือตัวแทนสมาชิกครัวเรือน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีด้านความรู้ที่กล่าวว่า ความรู้ (knowledge)

คือ การเรียนรู้ที่เน้นถึงการจำและการระลึกได้ถึงความคิดวัตถุและปรากฏการณ์ต่างๆ ซึ่งเป็นความจำที่เริ่มจากสิ่งง่าย ๆ ไปจนถึงความจำในสิ่งที่ยุ่งยากซับซ้อนและมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของภิญโญ หงส์ทอง ที่พบว่า ความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และระดับพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนหลังเข้าร่วมโปรแกรม เฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก⁽⁷⁾ และของวันวิสาข์ คงพิรุณ ที่พบว่า ความรู้และความตระหนักในการจัดการขยะมูลฝอยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน⁽⁸⁾

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างแรงจูงใจ ประชาชนกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม มีปริมาณขยะในครัวเรือนลดลงมากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองมีปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนน้อยกว่าก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง กลุ่มควบคุม มีปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนไม่แตกต่างกันกับก่อนทดลอง โดยในกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีขยะมูลฝอยครัวเรือน จำนวนทั้งหมด 51.20 กิโลกรัม ส่วนหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีขยะมูลฝอยครัวเรือน จำนวนทั้งหมด 35.0 กิโลกรัม ดังนั้น ปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนลดลง 16.2 กิโลกรัม จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรม มีการเปลี่ยนแปลงด้านปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนที่ลดลง และมีปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนในการลดขยะมูลฝอยครัวเรือนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์กฤษฎา ศิริภูมิ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ นายนิมิตร จรัสสุริยสกุล สาธารณสุขอำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ ที่ได้ให้การสนับสนุนในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุข และส่งเสริมให้มีโครงการอบรมพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจากนายชาญชัย เจริญสุขที่คอยให้คำปรึกษาตลอดจนปรับปรุง แก้ไข ข้อบกพร่องต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม. รายงานสถานการณ์คุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2565. กรุงเทพมหานคร: กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม; 2565.
2. กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลกุดเลาะ. แผนปฏิบัติการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน “ตำบลสะอาด” จังหวัดชัยภูมิ ประจำปี พ.ศ. 2565. ชัยภูมิ: กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมองค์การบริหารส่วนตำบลกุดเลาะ; 2565.
3. กรมควบคุมมลพิษ. ความรู้ด้านการลด คัดแยก และนำขยะมูลฝอยกลับมาใช้ใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 12 ก.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: http://www.pcd.go.th/info_serv/waste_3R.htm
4. ธวัชชัย วรพงศธร. หลักการวิจัยและตัวอย่างทางสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2565.
5. Kerlinger NF. Foundations of behavioral research. 3rd ed. New York: Holt Rinehard & Winston; 1986.
6. อารีย์วรรณ อ่วมตานี. การวิจัยเชิงคุณภาพทางกายภาพ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564
7. ภิญโญ หงส์ทอง. ผลของโปรแกรมทางพฤติกรรมศาสตร์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน ตำบลพงศ-ประศาสน์ อำเภอบางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. เพชรบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี; 2564.
8. วันวิสาข์ คงพิรุณ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะในหมู่บ้านโป่งปะ ตำบลแก่งโสภา อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิชาการสาธารณสุขมหาวิทยาลัยนเรศวร 2565;26(2):310-21.

Incentive Program to Reduce Household Waste to Promote Health of the People in the Area of Responsibility of Kham Pom Subdistrict Health Promoting Hospital, Kasetsomboon District, Chaiyaphum Province

Sala Deekhampom

Kham Pom Subdistrict Health Promoting Hospital, Chaiyaphum Province, Thailand

Abstract

The objective of this study was to evaluate the results of the incentive program to reduce the amount of household waste among people in the Kham Pom Subdistrict Health Promoting Hospital area, Kasetsomboon District Chaiyaphum Province. The study samples were 60 people responsible for managing household waste. They were divided into 2 groups: an experimental group and a control group. A training was organized for the experimental group to provide knowledge about the 5Rs and demonstrate the sorting of household wastes, and creating incentives for creating leftover items and offering rewards. Data were collected by using a questionnaire and household waste recording forms and a form for recording the amount of household waste; and were analyzed by descriptive statistics, paired t-test and independent t-test. It was found that there was an increase in the experimental group regarding the knowledge score on the 5Rs, behavior score,

and motivation score for reducing household waste. The experimental group consisted of 30 households with large amounts of household waste. Before joining the program, the total amount of waste was 51.20 kilograms, with an average of 1.71 kilograms/person. After participating in the program, the total amount was 35.00 kilograms, with an average of 1.17 kilograms/person, which was reduced by 16.20 kilograms. In conclusion, the program had significantly reduced the amount of household waste in the experimental group when compared to the control group.

Keywords: garbage reduction; behavior; motivation; health promotion

รูปแบบการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์: กรณีศึกษา 5 จังหวัดนำร่อง

โคภิต นาสีบ, กมลพัฒน์ มากแจ้ง, อรทัย วลีวงศ์
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 เป็นหนึ่งในเครื่องมือทางกฎหมายหลักในการควบคุมและลดความรุนแรงจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย แต่ในทางปฏิบัติการบังคับใช้กฎหมายในระดับจังหวัด ยังมีช่องว่างและข้อจำกัดในการดำเนินงาน ดังนั้นจึงทำการศึกษาศาสนาการณระบบ กลไก และรูปแบบการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับจังหวัด วิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนในแต่ละรูปแบบ เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาของจังหวัดต่อไป โดยศึกษาในจังหวัดนำร่อง 5 จังหวัด ได้แก่ เชียงราย ศรีสะเกษ ฉะเชิงเทรา นครศรีธรรมราช และปัตตานี ภายใต้โครงการจังหวัดปลอดภัยด้วยนโยบายแอลกอฮอล์ (SAFER Province) พ.ศ. 2566-2570 เป็นกรณีศึกษาจังหวัดที่มีความเข้มแข็งในการทำงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในภาพรวม โดยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลทุติยภูมิ การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 และมีนาคม พ.ศ. 2566 ผลการศึกษาพบว่า ทุกจังหวัดมีคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัดทำหน้าที่เป็นกลไกอำนาจหลัก โดยรูปแบบการบังคับใช้กฎหมายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่างกันไป โดยมี 4 รูปแบบหลักที่จังหวัดใช้ดำเนินการเป็นแผนหลักและแผนเสริม ได้แก่ (1) ชุดปฏิบัติการจัดระเบียบสังคมจังหวัด (แบบบูรณาการเพื่อความปลอดภัยและความสงบเรียบร้อยในสังคม) (2) คณะอนุกรรมการปฏิบัติการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/คณะอนุกรรมการเฝ้าระวังการบังคับใช้กฎหมายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (3) หน่วยปฏิบัติการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลิตภัณฑ์ยาสูบ และ (4) คณะทำงานเฉพาะกิจ เพื่อทำงานวาระสำคัญและเร่งด่วนของจังหวัด ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อรูปแบบการบังคับใช้ ได้แก่ นโยบายและค่าเป้าหมายจากส่วนกลาง ทัศนคติและความมุ่งมั่นของผู้บริหารในระดับจังหวัด โครงสร้างและระบบอภิปาล ทรัพยากรและความสามารถในการบริหารจัดการ และปัจจัยบริบททางเศรษฐกิจสังคม และการเมือง ความเข้มข้นกิจกรรมการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ รวมถึงอิทธิพลของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการตัดสินใจทางนโยบาย ในการพัฒนาระบบและรูปแบบการทำงานในระดับจังหวัดควรคำนึงถึงความต่อเนื่องและความยั่งยืนของระบบ ซึ่งเกี่ยวข้องกับโครงสร้างและกลไกการทำงานระดับปฏิบัติการ การบูรณาการเพื่อบริหารทรัพยากรบุคคลและงบประมาณอย่างคุ้มค่า และการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน

คำสำคัญ: พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์; จังหวัดปลอดภัย; กฎหมาย; การดำเนินนโยบาย

วันรับ: 31 ม.ค. 2566

วันแก้ไข: 24 ก.พ. 2567

วันตอบรับ: 28 ก.พ. 2567

บทนำ

พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 เป็นหนึ่งในเครื่องมือทางกฎหมายหลักในการควบคุมการบริโภคและลดความรุนแรงจากการบริโภคเครื่องตี้มแอลกอฮอล์โดยเจตนากรมหลักของกฎหมายฉบับนี้ คือ เพื่อควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์รวมทั้งการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ เพื่อช่วยลดปัญหาสุขภาพ ครอบครัว อุบัติเหตุ และอาชญากรรมและผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจอื่นๆ ของประเทศและช่วยสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนโดยให้ตระหนักถึงพิษภัยของเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ตลอดจนช่วยป้องกันเด็กและเยาวชนมิให้เข้าถึงเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ได้โดยง่าย⁽¹⁾ นอกจากนี้ ยังมีกฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 ซึ่งบัญญัติเกี่ยวกับมาตรการทางภาษีสรรพสามิตเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ที่ส่งผลต่อการกำหนดราคามิให้ต่ำจนสามารถเข้าถึงได้โดยง่าย⁽²⁾ พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 ที่ปกป้องคุ้มครองเด็กจากการได้รับแอลกอฮอล์จากผู้ใหญ่⁽³⁾ รวมไปถึงพระราชบัญญัติสถานบริการ พ.ศ. 2509 ที่ควบคุมการเข้าถึงของเยาวชนในสถานที่ที่เสี่ยงต่อการตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ได้โดยง่ายและควบคุมผลกระทบของผู้มีเมาสุราอีกด้วย⁽⁴⁾

ประเทศไทยยังมีแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ พ.ศ. 2554-2563⁽⁵⁾ และแผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565-2570)⁽⁶⁾ ซึ่งมีกิจกรรมที่สอดคล้องกับกรอบนโยบายเพื่อสร้างสังคมปลอดภัยจากปัญหาหรือผลกระทบจากการบริโภคแอลกอฮอล์ (SAFER) ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งประกอบด้วย 5 มาตรการที่มีความคุ้มค่าสูง ได้แก่ การเพิ่มภาษี, การห้ามหรือจำกัดการโฆษณาอย่างครอบคลุม (ผ่านสื่อหลายรูปแบบ) การจำกัดการเข้าถึงเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ (ลดชั่วโมงการขาย) การจำกัดการเมาแล้วขับและการจำกัดความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือด การจัดให้มีการบำบัดอย่างสิ้นสำหรับผู้ที่ตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ที่เป็นอันตราย⁽⁷⁾

ในการดำเนินนโยบาย (implementation) ตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 มีการกำหนดโครงสร้างหลักในการดำเนินนโยบายระดับ

ประเทศและระดับจังหวัด พร้อมอำนาจและหน้าที่ตามกฎหมายได้แก่คณะกรรมการควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด ซึ่งมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน นายแพทย์สาธารณสุขระดับจังหวัดเป็นเลขานุการ และกรรมการคือผู้บริหารองค์กรจากหลายหน่วยงาน ได้แก่ ตำรวจภูธรจังหวัด สรรพสามิตพื้นที่ สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น⁽⁵⁾

อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติการดำเนินนโยบายและบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ในระดับจังหวัดยังมีช่องว่างและปัญหาสำคัญในการดำเนินงานให้มีประสิทธิผลอยู่โดยเฉพาะในด้านการบังคับใช้กฎหมาย ซึ่งมีข้อจำกัดในมิติต่างๆ ได้แก่ กลไกและกระบวนการในการดำเนินคดีทางกฎหมายกรณีพบการกระทำผิด กระบวนการมีความซับซ้อนและล่าช้า และยังขึ้นอยู่กับการดำเนินคดีของฝ่ายตำรวจเป็นหลัก ทำให้ไม่ทันสถานการณ์และขนาดปัญหาการฝ่าฝืนกฎหมาย อีกทั้งโครงสร้างในการบังคับใช้กฎหมายในระดับพื้นที่มีความอ่อนแอ ทั้งนโยบาย โครงสร้าง องค์กร บุคลากร งบประมาณ และกลไกสนับสนุนการทำงานในระดับพื้นที่ เช่น การขาดนิติกรและผู้เชี่ยวชาญในการดำเนินการด้านกฎหมาย งบประมาณที่จำกัดสำหรับการดำเนินการเพื่อดำเนินคดีทางกฎหมายกับธุรกิจแอลกอฮอล์ เป็นต้น รวมถึงความไม่ชัดเจนของเนื้อหากฎหมาย เช่น กฎหมายห้ามโฆษณาและส่งเสริมการตลาดที่ยังต้องอาศัยการตีความและบางครั้งเกิดความไม่คิดเห็นไม่ตรงกันระหว่างพนักงานเจ้าหน้าที่และนักกฎหมาย และยังมีข้อจำกัดในการกล่าวโทษผู้กระทำผิด⁽⁸⁾ นอกจากนี้ จากผลการประเมินการดำเนินงานตามแผนแอลกอฮอล์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยสุรศักดิ์ ไชยสงค์ และคณะได้ให้ข้อเสนอแนะว่ารัฐควรให้ความสำคัญกับการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวดและการสร้างความเข้มแข็งให้กับกลไกการบังคับใช้กฎหมาย การกำหนดเป้าหมายระดับพื้นที่ในการบังคับใช้กฎหมาย การเพิ่มบทลงโทษของมาตรการต่างๆ เพื่อเป็นการป้องปรามการกระทำผิด การพัฒนา กลไกสนับสนุนการดำเนินนโยบายร่วมกันจากทุกภาคส่วน (cross-sectoral actions) และการปรับปรุงจัดตั้งและทัศนคติของสังคมต่อการจัดการปัญหาอีกด้วย⁽⁹⁾

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้จึงมีความสนใจที่จะศึกษา สถานการณ์ระบบและรูปแบบการบังคับใช้กฎหมายควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับจังหวัด โดยจะศึกษา ในจังหวัดนำร่องของโครงการจังหวัดปลอดภัยด้วยนโยบาย แอลกอฮอล์ (SAFER Province) พ.ศ. 2566-2570 ซึ่งเป็นโครงการบูรณาการการทำงานของหน่วยงานขับเคลื่อน ด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนกลางระดับประเทศ ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า และ สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ โดยมี เป้าหมายสำคัญในการสร้างให้จังหวัดมีความเข้มแข็งในการ ควบคุมและลดปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและจัดการปัญหา รวมถึง สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และแผนปฏิบัติการด้านการ ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติระยะที่ 2 พ.ศ. 2565-2570 และสอดคล้องกับกรอบนโยบายขององค์การ- อนามัยโลกเพื่อสร้างสังคมที่ปลอดภัยจากปัญหาผลกระทบ ของการบริโภคแอลกอฮอล์ (WHO SAFER initiatives) ซึ่งการที่จังหวัดนำร่องดำเนินการตามกรอบ SAFER สามารถ ช่วยยกระดับประเด็นปัญหาในระดับผู้กำหนดนโยบาย ของจังหวัด การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายหลัก และการ พัฒนาแผนการทำงานระยะสั้นและระยะยาว และเป็นไป ตามหลักเกณฑ์พิจารณาจังหวัดในการเข้าร่วมโครงการ นำร่อง โดยคาดหวังว่าผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลในการ สนับสนุนในการวางแผนรูปแบบการบังคับใช้กฎหมาย ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เหมาะสมตามบริบท ของพื้นที่ต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ด้วยวิธีการทบทวนวรรณกรรมและข้อมูล ทุติยภูมิ การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์เชิงลึก โครงการนี้ทำการศึกษาระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 และมีนาคม พ.ศ. 2566 ขอบเขตพื้นที่ในการศึกษา 5 จังหวัด ได้แก่ เชียงราย ศรีสะเกษ ฉะเชิงเทรา นครศรีธรรมราช และ ปัตตานี ซึ่งเป็นจังหวัดนำร่องของโครงการจังหวัดปลอดภัย ด้วยนโยบายแอลกอฮอล์ (SAFER Province) พ.ศ. 2566-

2570 และมีการคัดเลือกเป็นจังหวัดตัวแทนของภูมิภาค สำหรับการดำเนินงานพร้อมทั้งศึกษาเรียนรู้และถอดบทเรียน เพื่อขยายผลการดำเนินงานในพื้นที่อื่นๆ เกณฑ์ในการพิจารณา ประกอบด้วย สถานการณ์การบริโภค สถานการณ์ผลกระทบ ของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีกลไกที่บูรณาการ ทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมที่เข้มแข็ง การมีจุดแข็ง การทำงานเชิงประเด็น ได้แก่ มีระบบบูรณาการการบังคับใช้ กฎหมายที่เข้มแข็ง (นครศรีธรรมราช ปัตตานี ฉะเชิงเทรา) มีการบูรณาการงานในระดับพื้นที่โดยอิงจากปัจจัยทางสังคม และวัฒนธรรมในพื้นที่ร่วมด้วย (ศรีสะเกษ ฉะเชิงเทรา นครศรีธรรมราช ปัตตานี) มีการจัดกิจกรรมที่สร้างบรรยากาศ ทางสังคมในการจัดการปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่าง ต่อเนื่องและมีความยั่งยืน (ศรีสะเกษ เชียงราย) เป็นต้น

โดยขั้นตอนในการศึกษามีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. การรวบรวมและทบทวนเอกสารวิชาการ งานวิจัย และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้ควบคุมเครื่องดื่ม- แอลกอฮอล์ในประเทศไทย เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา และวิเคราะห์กลไกการดำเนินงานการบังคับใช้กฎหมาย ทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัด โดยมีประเด็นที่ทบทวน ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดที่ศึกษา โครงสร้างการทำงาน เกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับส่วนกลาง และระดับจังหวัด สถานการณ์และผลกระทบจากการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประสิทธิภาพของมาตรการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้และดำเนินการตามกฎหมาย แหล่งข้อมูลที่ค้นหา ได้แก่ เว็บไซต์วารสารบทความต่างๆ ศูนย์วิจัย ห้องสมุดมหาวิทยาลัย และรายงานจากหน่วยงาน เป็นต้น และการรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ สถิติสถานการณ์ การบริโภคและผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัด รวบรวมโดยศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สถิติผลการดำเนินงาน การเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติ- ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 แหล่งข้อมูลจาก สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2. การสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วมตามกิจกรรมของ โครงการปลอดภัยด้วยนโยบายแอลกอฮอล์ ได้แก่ การ ลงพื้นที่สังเกตการณ์ การประชุมระหว่างผู้กำหนดนโยบาย ตัวแทนหน่วยงานหลักภาครัฐและประชาสังคมที่เกี่ยวข้อง ในระดับจังหวัด โดยมี 5 หน่วยงานหลัก ได้แก่ ผู้ว่าราชการ- จังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสรรพสามิต

จังหวัด ตำรวจภูธรจังหวัด และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น กับหน่วยงานส่วนกลางของโครงการจังหวัดปลอดภัย ด้วยนโยบายแอลกอฮอล์ ได้แก่ จังหวัดศรีสะเกษ วันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 จังหวัดฉะเชิงเทรา วันที่ 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 จังหวัดปัตตานี วันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 จังหวัดเชียงราย วันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2566 และจังหวัดนครศรีธรรมราช วันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2566 ซึ่งมีกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมทั้ง 5 จังหวัด จำนวนทั้งหมด 200 คน โดยในขั้นตอนนี้ใช้แบบสังเกตอย่างมีส่วนร่วม เป็นการรวบรวมเพื่อสังเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ปัญหา กลไกการดำเนินงาน ความเชื่อมโยงหรือการมีส่วนร่วม การทำงานระหว่างหน่วยงานภายในจังหวัด และความท้าทายในการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระดับจังหวัด นอกจากนี้ คณะวิจัยยังเข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารอบความร่วมมือจังหวัดปลอดภัยด้วยนโยบายแอลกอฮอล์ (SAFER Province) ครั้งที่ 1 “การวิเคราะห์โอกาส ทิศทางสังคม และการพัฒนา SAFER Roadmap ของจังหวัด” ระหว่างวันที่ 31 พฤษภาคม - 2 มิถุนายน พ.ศ. 2566 ซึ่งแต่ละจังหวัดได้มีการวิเคราะห์ สถานการณ์และระบบการทำงานของจังหวัด วางแผนจุดเน้น ของการทำงาน รวมถึงตั้งเป้าหมายและกิจกรรมของการทำงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ต้องการบรรลุผล ในอีก 3 ปีข้างหน้า โดยสังเกตการณ์ในประเด็นการมีส่วนร่วม และบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 5 ครั้ง โดยใช้เวลาหน่วยงานละ 1 ชั่วโมงครึ่งถึง 2 ชั่วโมง โดยคณะ-วิจัยจะมีการจัดบันทึกตามประเด็น และประเด็นอื่นๆ เพิ่มเติมที่เกี่ยวข้อง เช่น กลไกการทำงานของหน่วยงานนั้น เป็นต้น นอกจากนี้ คณะวิจัยอาจจะมีการแสดงความคิดเห็นหรือให้ข้อมูลทางวิชาการแก่ที่ประชุมในสถานะที่มิวิชาการ

3. การสัมภาษณ์เชิงลึก เจ้าหน้าที่/บุคลากร จาก หน่วยงานราชการต่างๆ และภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้อง ในระดับจังหวัดที่ทำหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินการ ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับจังหวัด ได้แก่ (1) สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 1 คน โดยให้ข้อมูลภาพรวมของประเทศและระดับ จังหวัด (2) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคระดับเขต จำนวน 1 คน ให้ข้อมูลภาพรวมการดำเนินงานระดับเขตเชื่อมโยง

การทำงานระดับจังหวัด (3) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 5 คน ให้ข้อมูลหลักการดำเนินงานระดับจังหวัด ในภาพรวมและเชื่อมโยงการทำงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และ (4) เครือข่ายองค์กรงดเหล้าระดับภาคและจังหวัด จำนวน 5 คน ให้ข้อมูลหลักในสถานะผู้เชื่อมประสานการทำงาน แบบทางการและไม่ทางการในการบังคับใช้กฎหมาย รวมผู้ให้ ข้อมูลทั้งหมด 12 คน เพื่อเพิ่มรายละเอียดของการดำเนินการ ในจังหวัดและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากการ ทบทวนวรรณกรรม และการสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วม วิธีการสัมภาษณ์ผ่าน Application Zoom หรือ Line และ ทางโทรศัพท์ โดยคณะวิจัยใช้ประเด็นสัมภาษณ์ที่สำคัญ ได้แก่ การทำงานเชื่อมโยงกับหน่วยงานภาครัฐอื่น โครงสร้าง การทำงาน รูปแบบและกลไกการบังคับใช้กฎหมาย และ ปัญหาและอุปสรรคจากรูปแบบการบังคับใช้กฎหมาย และ ประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ได้ใช้การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล เชิงเนื้อหาโดยเน้น 4 มิติหลัก ดังต่อไปนี้ (1) โครงสร้าง การดำเนินงานและการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่ม- แอลกอฮอล์ในภาพรวมตามข้อกำหนดของกฎหมาย (2) ข้อมูล บริบทของจังหวัดที่ศึกษา ได้แก่ สถานการณ์การบริโภค ผลกระทบ และการบังคับใช้กฎหมายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (3) กลไก ระบบ และรูปแบบการบังคับใช้กฎหมายควบคุม- เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด และ (4) การวิเคราะห์ จุดแข็งและข้อจำกัดรูปแบบการบังคับใช้กฎหมายควบคุม- เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด

ผลการศึกษา

1. โครงสร้างการดำเนินงานและการบังคับใช้กฎหมาย ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับจังหวัด

ตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ได้กำหนดโครงสร้างการดำเนินงานและบังคับใช้ กฎหมาย (implementation and enforcement) ให้ ทุกจังหวัดมีคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จังหวัด โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน องค์กรประกอบ ของคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด ประกอบด้วยกรรมการจากหน่วยงานรัฐภาคส่วนต่างๆ

ในพื้นที่ ได้แก่ ปลัดจังหวัด ผู้แทนกองบัญชาการตำรวจอร
สรรพสามิตพื้นที่ ประชาสัมพันธ์จังหวัด ศึกษาธิการจังหวัด
พัฒนาสังคมจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
โดยคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด
มีหน้าที่เสนอความเห็นต่อมาตรการควบคุมเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ต่อคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
ให้คำปรึกษา ประสานหน่วยงานและภาคเอกชนในการ
ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กำหนดแนวปฏิบัติในการ
เฝ้าระวัง และติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ผ่านกลไก
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เป็นหน่วยราชการ
บริหารส่วนจังหวัด ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง-
สาธารณสุข โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็น
หัวหน้าส่วนราชการประจำ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
ถือเป็นกลไกสำคัญในการดำเนินงานและบังคับใช้กฎหมาย
ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากเป็นเลขานุการและ
กรรมการโดยตำแหน่งของคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์จังหวัด และเป็นหน่วยงานใต้บังคับบัญชา
โดยตรงของปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นรองประธาน
คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเลขานุการ
ของคณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ

นอกจากนี้ ยังมีหน่วยงานรัฐระดับจังหวัดอื่นๆ ที่มี
บทบาทสำคัญในการดำเนินตามกฎหมายควบคุมเครื่องดื่ม-
แอลกอฮอล์ระดับจังหวัดที่มีสายบังคับบัญชาโดยตรง
ที่อยู่ในคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และ
คณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ ได้แก่
(1) ผู้ว่าราชการจังหวัด ซึ่งอยู่สายบังคับบัญชาของปลัด-
กระทรวง (คณะกรรมการควบคุมฯ) และรัฐมนตรีว่าการ-
กระทรวงมหาดไทย (คณะกรรมการนโยบายฯ) (2) ผู้บังคับ-
บัญชาตำรวจภูธรจังหวัด ซึ่งอยู่สายบังคับบัญชาของ
ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ (คณะกรรมการนโยบายฯ)
(3) สรรพสามิตพื้นที่ ซึ่งอยู่สายบังคับบัญชาของปลัด-
กระทรวง (คณะกรรมการควบคุมฯ) และรัฐมนตรีว่าการ
กระทรวงการคลัง (คณะกรรมการนโยบายฯ) (4) ศึกษาธิการ-
จังหวัด ซึ่งอยู่สายบังคับบัญชาของปลัดกระทรวง (คณะ-
กรรมการควบคุมฯ) และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ
(คณะกรรมการนโยบายฯ) (5) พัฒนาสังคมจังหวัด ซึ่งอยู่สาย
บังคับบัญชาของปลัดกระทรวง (คณะกรรมการควบคุมฯ)

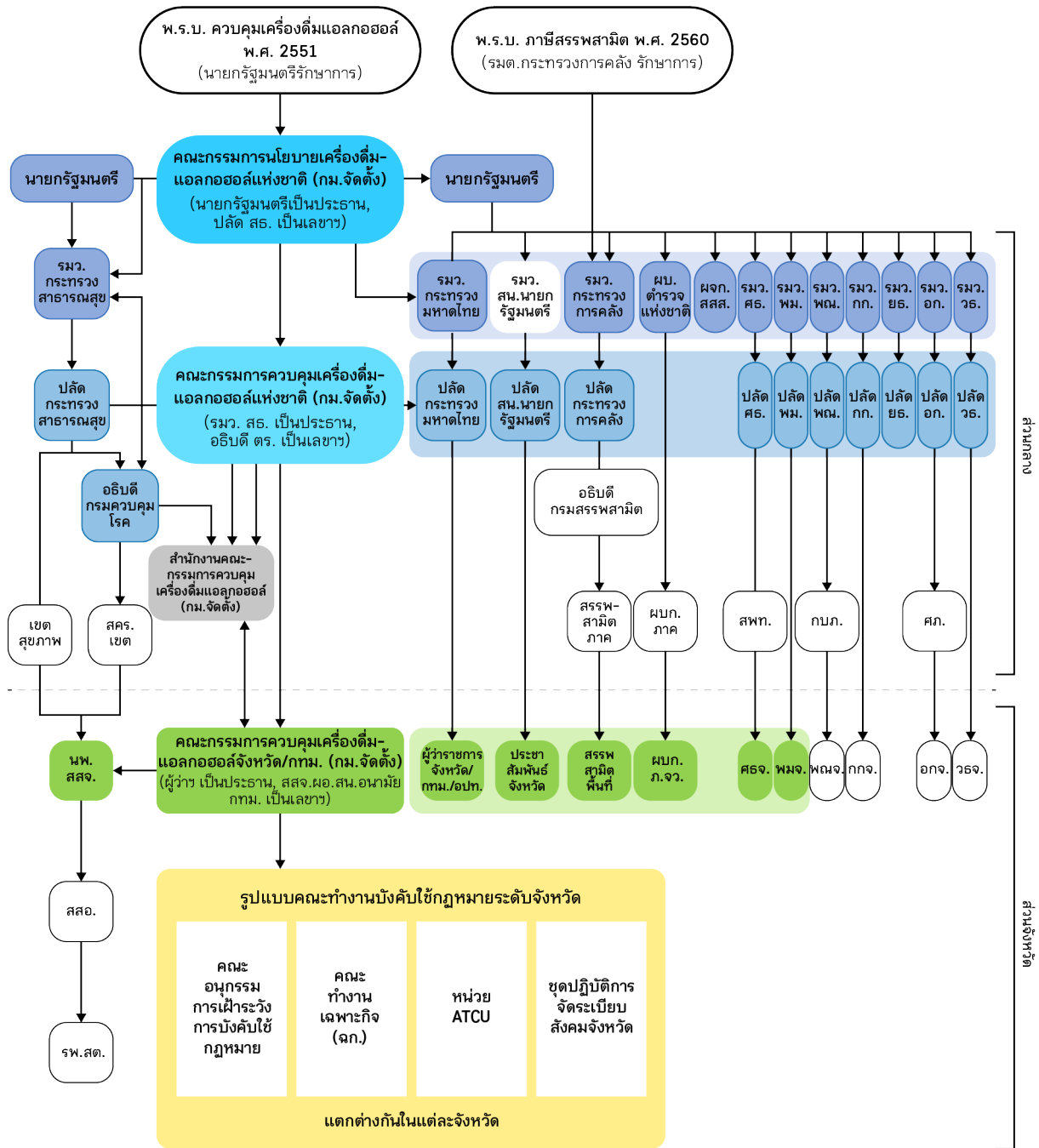
และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความ-
มั่นคงของมนุษย์ (คณะกรรมการนโยบายฯ) และ (6) ประชา-
สัมพันธ์จังหวัด ซึ่งอยู่สายบังคับบัญชาของปลัดสำนักนายก-
รัฐมนตรี (คณะกรรมการควบคุมฯ)

นอกจากนี้ กฎหมายยังให้จัดตั้งสำนักงานคณะ-
กรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สคอ.) ขึ้นใน
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ให้มีหน้าที่หน้าที่
ประสานและร่วมมือกับคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่ม-
แอลกอฮอล์จังหวัดเพื่อดำเนินงานตามกฎหมายในด้าน
การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการบำบัดรักษา
หรือฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่จังหวัด
รวมถึงหน้าที่อื่นๆ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและบังคับใช้
กฎหมาย ได้แก่ ปฏิบัติงานธุรการของคณะกรรมการระดับ
ชาติต่างๆ ศึกษาวิจัยปัญหาต่างๆ และติดตามประเมินผลการ
ปฏิบัติตามนโยบายของหน่วยงานรัฐและเอกชน เป็นศูนย์กลาง
ข้อมูลเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อีกด้วย อีกทั้งกระทรวง-
สาธารณสุขยังมีการทำงานผ่านส่วนในระดับภูมิภาคโดยมี
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต 1 - 12 จำนวน 12 หน่วยงาน
ทำหน้าที่ในการสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ของจังหวัด ดังภาพที่ 1

2. ข้อมูลบริบท: สถานการณ์การบริโภค ผลกระทบ และ การบังคับใช้กฎหมายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในจังหวัด ที่ศึกษา

จากผลการสำรวจพฤติกรรมการสำรวจด้านสุขภาพของ
ประชากร พ.ศ. 2564 เกี่ยวกับสถานการณ์การบริโภค
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาในภาพรวมของ
ประเทศพบว่า ความชุกของดื่มของนักดื่มอายุ 15 ปีขึ้นไป
คือ ร้อยละ 28 ขณะที่ความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์
ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปี เท่ากับร้อยละ 9.0 และ
ร้อยละ 43.8 เป็นนักดื่มประจำ ร้อยละ 35.9 เป็นผู้ที่เคย
ดื่มหนัก และร้อยละ 31.6 เคยขับรถยนต์ที่เพิ่งดื่มแอลกอฮอล์
ด้านผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณเกือบ
ร้อยละ 2 ของคนไทยเคยประสบปัญหาภายในครอบครัว
ปัญหานอกครอบครัว และปัญหาการทำงานที่เกิดจาก
การดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองหรือผู้อื่น และร้อยละ 7.7
ของนักดื่มแล้วขับเคยประสบอุบัติเหตุจากการดื่มของ
ตนเอง ขณะที่ร้อยละ 0.6 ของคนไทยเคยได้รับบาดเจ็บ

ภาพที่ 1 โครงสร้างการดำเนินงานและบังคับใช้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551



หมายเหตุ: รมว. คือ รัฐมนตรีว่าการกระทรวง, สธ. คือ กระทรวงสาธารณสุข, คร. คือ กรมควบคุมโรค, สคร. คือ สำนักงานควบคุมโรค, นพ.สสจ. คือ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด, สสอ. คือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, รพ.สต. คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, ผบ. คือ ผู้บัญชาการ, ผบก.ภาค คือ ผู้บังคับบัญชา ตำรวจภูธรภาค, ผบก.ก.จว. คือ ผู้บังคับบัญชา ตำรวจภูธรจังหวัด, สสส. คือ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, ศธ. คือ กระทรวงศึกษาธิการ, สพท. คือ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา, ศธจ. คือ ศึกษาธิการจังหวัด, พม. คือ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, พมจ. คือ พัฒนาสังคมจังหวัด, พณ. คือ กระทรวงพาณิชย์, กบภ. คือ กองบริหารการพาณิชย์ภูมิภาค, พณจ. คือ พาณิชย์จังหวัด, กก. คือ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา, กกจ. คือ สำนักงานการท่องเที่ยวและกีฬาจังหวัด, ยธ. คือ กระทรวงยุติธรรม, อกท. คือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น, อก. คือ กระทรวงอุตสาหกรรม, ศภ. คือ ศูนย์ส่งเสริมอุตสาหกรรมภาค, อกจ. คือ อุตสาหกรรมจังหวัด, วธ. คือ กระทรวงวัฒนธรรม, วธจ. คือ วัฒนธรรมจังหวัด

หรืออุบัติเหตุบนท้องถนนจากการดื่มแล้วขับของผู้อื่น⁽⁶⁾ ดังตารางที่ 1

สำหรับสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาทั้ง 5 จังหวัดนำร่องเกี่ยวกับความชุกของดื่มของนักดื่มอายุ 15 ปีขึ้นไป และเยาวชน 15-19 ปีมากที่สุด คือ เชียงราย ศรีสะเกษ นครศรีธรรมราช ฉะเชิงเทรา และปัตตานี ตามลำดับ ขณะที่จังหวัดที่มีนักดื่มประจำมากที่สุด คือ ฉะเชิงเทรา รองลงมา คือ ศรีสะเกษ นครศรีธรรมราช เชียงราย และปัตตานี ตามลำดับ นอกจากนี้ร้อยละของการดื่มหนักในนักดื่มและมีพฤติกรรมดื่มแล้วขับ 3 จังหวัดแรกพบว่า เชียงราย มากที่สุด รองลงมา เป็น ศรีสะเกษ ฉะเชิงเทรา สำหรับผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่า จังหวัดที่มีดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหา

แอลกอฮอล์ (0-1) มากที่สุด คือ เชียงราย และน้อยที่สุดคือ ปัตตานี ซึ่งจังหวัดเชียงรายได้ครองแชมป์อันดับที่ 1 จาก 5 จังหวัดนำร่อง ในประเด็นที่เคยประสบปัญหาภายในครอบครัว ปัญหานอกครอบครัว ปัญหาการทำงานที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองหรือผู้อื่น นักดื่มแล้วขับเคยประสบอุบัติเหตุจากการดื่มของตนเองเคยได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุบนท้องถนนจากการดื่มแล้วขับของผู้อื่น⁽⁸⁾

สำหรับการดำเนินงานการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 รายจังหวัด พบว่า เชียงราย พบผู้กระทำผิดทางกฎหมายสูงที่สุดใน 5 จังหวัดนำร่องอื่นๆ โดยมาตรา 32 เป็นมาตราที่พบกระทำผิดสูงกว่ามาตราอื่นๆ สำหรับเรื่องร้องเรียนผ่านระบบ TAS หรือระบบสารสนเทศเพื่อ

ตารางที่ 1 สถานการณ์การบริโภคและผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัด

	ภาพรวมประเทศ	เชียงราย	ศรีสะเกษ	ฉะเชิงเทรา	นครศรีธรรมราช	ปัตตานี
ข้อมูลพื้นฐาน						
จำนวนประชากร (ปี 2566) (คน)*	66,081,204	1,299,419	1,454,134	736,846	1,544,678	733,291
จำนวนใบอนุญาตจำหน่ายสุรา (ปี 2564)**						
ประเภทที่ 1 (ตั้งแต่ 10 ลิตรขึ้นไป/ครั้ง)	10,520	363	160	118	142	24
ประเภทที่ 2 (ต่ำกว่า 10 ลิตร/ครั้ง)	523,440	10,424	13,008	6,549	8,570	718
จำนวนใบอนุญาตผลิตสุรา (ปี 2564)**	614	52	2	1	12	1
สถานการณ์การบริโภค***						
ความชุกของนักดื่มอายุ 15 ปีขึ้นไป (%)	28.0	41.4	26.9	20.9	21.4	1.6
ความชุกของนักดื่มเยาวชน (15-19 ปี) (%)	9.0	8.5	7.3	1.4	4.6	0
อายุที่เริ่มดื่ม (ปี) ^a	24.5	23.5	28.1	46.3	25	23.8
ดื่มประจำในนักดื่ม (%)	43.8	36.3	43.9	49.2	39.2	40.6
ดื่มหนักในนักดื่ม (%)	35.9	56.8	44.9	25.5	22.6	25.4
ดื่มแล้วขับ (%)	31.6	67.5	32.8	28.8	28.4	9.2

ตารางที่ 1 สถานการณ์การบริโภคและผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัด (ต่อ)

	ภาพรวมประเทศ	เชียงราย	ศรีสะเกษ	ฉะเชิงเทรา	นครศรีธรรมราช	ปัตตานี
สถานการณ์ผลกระทบ***						
ดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ (0-1) ^b	-	0.722	0.51	0.361	0.335	0.148
เกิดปัญหาในครัวเรือน (%)	1.8	6.9	1.1	1.5	1.6	0.3
เกิดปัญหานอกครัวเรือน (%)	1.5	8.9	0.4	0.6	0.3	0.3
การทำงาน/การประกอบอาชีพ (%)	1.6	4.6	2.6	1.4	0.8	0.1
ผู้ที่ดื่มและได้รับบาดเจ็บ/อุบัติเหตุ (%)	7.7	8	1	1.5	1	0
การได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุบนท้องถนนจากการดื่มสุราของผู้อื่น (%)	0.6	1.1	0.7	0.7	0.3	0.8

* สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง⁽¹⁰⁾, ** กรมสรรพสามิต⁽²⁾, *** ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา⁽¹¹⁾

^a ข้อสังเกต: ผู้วิจัยคาดว่าอาจมีความผิดพลาดของข้อมูลในรายการอายุที่เริ่มดื่ม (ปี) ในข้อมูลจังหวัดฉะเชิงเทรา

^b ดัชนีคะแนนความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัด Provincial Alcohol Problem Index (PAPI) = $\frac{P_1+P_2+P_3+P_4+P_5}{\text{Min}_i-\text{Max}_i}$

P_1 = ค่าคะแนนความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ในประชากรผู้ใหญ่ (นักดื่มปัจจุบัน)

P_2 = ค่าคะแนนสัดส่วนของผู้บริโภคประจำอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ในนักดื่มปัจจุบัน

P_3 = ค่าคะแนนสัดส่วนของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมาก/บริโภคหนักในนักดื่มปัจจุบัน

P_4 = ค่าคะแนนสัดส่วนของการดื่มแล้วขับขี่ยานพาหนะในนักดื่มปัจจุบัน

P_5 = ค่าคะแนนความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ในประชากรวัยรุ่น

Min_i = ค่าต่ำสุดของจังหวัดที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด

Max_i = ค่าสูงสุด ข้อมูลของจังหวัดที่มีมากที่สุด

เป้าหมายการลดเมตริกความชุกยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Tobacco & Alcohol Surveillance System) พบจังหวัดเชียงรายสูงสุด รองลงมา คือ นครศรีธรรมราช ฉะเชิงเทรา และศรีสะเกษ ตามลำดับ ในขณะที่จำนวนผู้ถูกควบคุมประพฤติมาแล้วขังจังหวัดที่พบสูงสุด คือ ศรีสะเกษ รองลงมา คือ เชียงราย ฉะเชิงเทรา และนครศรีธรรมราช ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

3. กลไก ระบบ และรูปแบบการบังคับใช้กฎหมายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด

สำหรับรูปแบบการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับจังหวัด สามารถแบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ

หลัก ได้แก่ (1) ชุดปฏิบัติการจัดระเบียบสังคมจังหวัด (แบบบูรณาการ) (2) คณะอนุกรรมการปฏิบัติการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/คณะอนุกรรมการเฝ้าระวังการบังคับใช้กฎหมายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (3) หน่วยปฏิบัติการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Alcohol and Tobacco Control Operation Unit: ATCU) และ (4) คณะทำงานเฉพาะกิจ (ฉก.) โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ชุดปฏิบัติการจัดระเบียบสังคมจังหวัด (แบบบูรณาการ) ภายใต้การแต่งตั้งของกระทรวงมหาดไทย มีผู้ว่าราชการจังหวัดหรือรอง/ปลัด/ป้องกันจังหวัดเป็นหัวหน้าชุดปฏิบัติการ และมีคณะทำงานประกอบด้วยอัยการจังหวัด ปกครองจังหวัด สาธารณสุขจังหวัด สำนักงานศึกษาธิการ

ตารางที่ 2 การดำเนินงานการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

การตรวจ เฝ้าระวัง บังคับใช้กฎหมาย	เชียงราย	ศรีสะเกษ	ฉะเชิงเทรา	นครศรีธรรมราช	ปัตตานี
จำนวนการร่วมตรวจกับจังหวัด (ปี 2562-2565) (ครั้ง)	3	1	4	2	-
จำนวนลงตรวจร้านค้า (ร้าน)	70	12	50	19	-
พบการกระทำผิด					
- กล่าวโทษ มาตรา 32 (ร้าน)	20	3	4	8	-
- จับกุม มาตรา 28 (ร้าน)	5	-	-	-	-
- จับกุม มาตรา 30 (ร้าน)	1	-	-	-	-
จำนวนประชาสัมพันธ์ (ร้าน)	44	-	-	11	-
จำนวนเรื่องร้องเรียนในระบบ TAS (ปี 2561-ก.พ. 2566)	42	21	36	41	7
- พบว่าไม่เป็นความผิด (เรื่อง)	8	10	18	-	2
- พบว่าเป็นความผิด (เรื่อง)	5	5	6	1	4
- อยู่ระหว่างการตรวจสอบ (เรื่อง)	29	6	7	2	1
- ส่งให้พื้นที่ดำเนินการ	-	-	5	17	-
จำนวนผู้ถูกคุมประพฤติมาแล้ว (คน)	205	295	117	25	0

หมายเหตุ: มาตรา 28 ห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวันหรือเวลาที่รัฐกำหนด ได้แก่ วันพระใหญ่ (วันมาฆบูชา วันวิสาขบูชา วันอาสาฬหบูชา วันเข้าพรรษา วันออกพรรษา), ช่วงเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรและสมาชิกวุฒิสภา, ช่วงเวลา 15.00-17.00 น. และ 24.00-11.00 น., มาตรา 30 ห้ามการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในลักษณะเครื่องขายอัตโนมัติและการเร่ขาย และห้ามส่งเสริมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, มาตรา 32 ห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือแสดงชื่อหรือเครื่องหมายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อันเป็นการอวดอ้างสรรพคุณหรือชักจูงใจให้ดื่มโดยตรงหรือโดยอ้อม

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁽⁶⁾

จังหวัด ตำรวจภูธรจังหวัด กองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายในราชอาณาจักร (กอ.รมน.) สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด สำนักงานสรรพสามิตพื้นที่สำนักงานแรงงานจังหวัด หน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ภาคประชาสังคม โดยกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกจากพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 แล้ว ได้แก่

พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 พระราชบัญญัติหอพัก พ.ศ. 2558 พระราชบัญญัติสถานบริการ พ.ศ. 2509 พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 คำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 22/2558 คำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 46/2559 ซึ่งการดำเนินการที่สำคัญมี 3 รูปแบบ ได้แก่

กิจกรรมออกตรวจตามแผนปฏิบัติการ (การออกตรวจ และประชาสัมพันธ์ตามสถานบริการต่างๆ) กิจกรรมออกตรวจตามเทศกาล และกิจกรรมออกตรวจตามเรื่องร้องเรียนโดยเกือบทุก จังหวัดนำร่องมีการใช้ชุดปฏิบัติการนี้เป็นหนึ่งในช่องทางดำเนินการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยกเว้นจังหวัดปัตตานี

3.2 คณะอนุกรรมการปฏิบัติการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/คณะอนุกรรมการเฝ้าระวังการบังคับใช้กฎหมายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่งตั้งโดยคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญได้แก่ รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปลัดจังหวัด นายอำเภอ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ตำรวจภูธรจังหวัด/อำเภอ สรรพสามิตพื้นที่ ป้องกันจังหวัด/อำเภอ ท้องถิ่นจังหวัด/เทศมนตรี เขตพื้นที่การศึกษาประถม/มัธยมศึกษา พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสำนักงานป้องกันควบคุมโรค มีการใช้กฎหมายหลักร่วมกัน 2 ชุด คือ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 และพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 สำหรับการดำเนินงานนั้นมีการออกตรวจในงานปีใหม่, สงกรานต์, 5 วันพระใหญ่ และตรวจรอบพิเศษตามเรื่องการร้องเรียน โดยเจ้าหน้าที่ฝ่ายกฎหมาย สาธารณสุข ทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอ ซึ่งรูปแบบในการดำเนินการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นี้มี 3 จังหวัด คือ ศรีสะเกษ ฉะเชิงเทรา และปัตตานี

3.3 หน่วยปฏิบัติการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Alcohol and Tobacco Control Operation Unit: ATCU) ออกประกาศแต่งตั้งทางการโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ภายใต้กองกฎหมายกรมควบคุมโรค โดยมีหน่วยงานสำคัญ ได้แก่ สาธารณสุขจังหวัด สรรพสามิตพื้นที่ ตำรวจภูธรจังหวัด ปกครองจังหวัด องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นส่วนจังหวัด และภาคประชาสังคม/ภาคประชาชน มีการใช้กฎหมายหลักร่วมกัน 2 ชุด คือ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 และพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 โดยมีการดำเนินการหลัก คือ เฝ้าระวัง ประชาสัมพันธ์ สื่อสาร ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อกฎหมาย และดำเนินคดี ทั้งในระดับจังหวัด และอำเภอ สำหรับจังหวัดที่ใช้ ATCU เป็น

หนึ่งในช่องทางการดำเนินการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ จังหวัดปัตตานี และนครศรีธรรมราช

3.4 คณะทำงานเฉพาะกิจ (ฉก.) แต่งตั้งโดยผู้ว่าราชการจังหวัด ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับชุดปฏิบัติการจัดระเบียบสังคม แต่สำหรับจังหวัดนครศรีธรรมราชนั้น โดยเริ่มแรกชุดเฉพาะกิจนี้ได้ถูกจัดตั้งสำหรับการดำเนินการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉพาะและขยายประเด็นควบคุมยาสูบ โดยใช้อำนาจพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายคุ้มครองเด็ก ในศูนย์เสมารักษ์ ซึ่งมีหน่วยงานสำคัญที่เข้าร่วม ได้แก่ สารวัตรและนักศึกษา (ประชาคมงดเหล้าภายใต้การทำงานของกรมควบคุมป้องกันสารเสพติดและปัจจัยเสี่ยงฯ) ชุดปฏิบัติการชุดเฉพาะศรีวิชัย สาธารณสุขจังหวัด และสาธารณสุขอำเภอ และมีกฎหมาย 3 ฉบับที่เป็นเครื่องมือสำคัญ คือ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พ.ศ. 2551 และพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบพ.ศ. 2560 และพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กพ.ศ. 2546 โดยคณะทำงานเฉพาะกิจนี้ทำหน้าที่ การออกตรวจเตือน ตรวจจับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่โดยเข้าปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ได้รับแจ้งเหตุร้องเรียนหรือพบเหตุกระทำความผิดด้วย เช่น งานกาชาด งานบุญสาราเดือนสิบ เป็นต้น

4. การวิเคราะห์จุดแข็งและข้อจำกัดของรูปแบบการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับจังหวัด

การบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับจังหวัดที่มีความหลากหลายรูปแบบนั้นขึ้นอยู่กับบริบทของจังหวัดซึ่งมีปัจจัยภายนอกและภายในที่ส่งผลบวกและลบต่อการดำเนินนโยบายและบังคับใช้กฎหมาย ดังนั้นจึงมีทั้งจุดแข็งและข้อจำกัดของแต่ละรูปแบบ อธิบายได้ดังนี้

4.1 ชุดปฏิบัติการจัดระเบียบสังคมจังหวัด (แบบบูรณาการ)

จุดแข็ง - เป้าหมายของคณะทำงานคือเพื่อรักษาความปลอดภัยและความสงบเรียบร้อยในสังคม ซึ่งเป็นวาระที่สาธารณะให้การยอมรับสูง โอกาสได้รับความร่วมมือสูง การดำเนินการการบังคับใช้กฎหมายค่อนข้างมีประสิทธิภาพสูง เนื่องจากมีการบูรณาการการบังคับใช้กฎหมายร่วมกันหลายฉบับที่เกี่ยวข้องกับการจัดระเบียบสังคม เช่น กฎหมายควบคุมยาเสพติด กฎหมายควบคุมสถานบริการ

กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น และมีการบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกัน ทั้งตำรวจสรรพสามิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นต้น โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นหัวหน้าคณะทำงาน นอกจากนี้ยังมีระบบในการติดตามการดำเนินงานที่สม่ำเสมอ เช่นระบบรายงานเข้าสู่การประชุมระดับจังหวัด เป็นต้น

ข้อจำกัด - ด้วยการจัดระเบียบสังคมมีการทำงานหลากหลายภาคส่วนและมีหลายประเด็นกฎหมายที่ทำงานร่วมกัน ดังนั้น การบังคับใช้กฎหมายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงอาจไม่ได้รับความสำคัญในการบังคับใช้กฎหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจเตือนหรือตรวจจับ

4.2 คณะอนุกรรมการปฏิบัติการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/คณะอนุกรรมการเฝ้าระวังการบังคับใช้กฎหมายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จุดแข็ง - การจัดตั้งคณะอนุกรรมการฯ สามารถทำงานได้คล่องตัวมากขึ้น เนื่องจากมีความเฉพาะของประเด็นทำให้มีหน่วยงานรับผิดชอบงานที่ชัดเจนและใช้ในการสร้างภาคีได้เฉพาะเจาะจงมากขึ้น เช่น อนุกรรมการว่าด้วยการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานศึกษา ซึ่งมีศึกษาจังหวัดเป็นผู้รับผิดชอบหลัก และอาจมีการขยายการทำงานลงไประดับอำเภอและตำบลตามสายบังคับบัญชา รวมทั้งยังเปิดโอกาสให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคมหรือหน่วยงานที่ไม่เป็นทางการ

ข้อจำกัด - การจัดตั้งหรือประสิทธิภาพการดำเนินงานของอนุกรรมการฯ ขึ้นกับความเข้มแข็งของคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัดเป็นหลัก เนื่องจากเป็นอำนาจโดยตรงของคณะกรรมการฯ จังหวัดในการแต่งตั้งอนุกรรมการฯ จังหวัดเพื่อดำเนินงานต่างๆ รวมถึงการบังคับใช้กฎหมาย

4.3 หน่วยปฏิบัติการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Alcohol and Tobacco Control Operation Unit: ATCU)

จุดแข็ง - การบูรณาการทรัพยากรในการทำงานในประเด็นแอลกอฮอล์และยาสูบภายในกระทรวงสาธารณสุขสามารถทำได้ดีและคล่องตัวมากกว่า เนื่องจากเป็นหน่วยงานภายใต้สังกัดเดียวกันภายใต้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและกรมควบคุมโรค จึงลดความยุ่งยากและลดความทับซ้อนในงานระดับปฏิบัติการและขาดแคลนทรัพยากร

ข้อจำกัด - เนื่องจากบุคลากรด้านสาธารณสุขในพื้นที่ส่วนใหญ่มีความเชี่ยวชาญในด้านการบำบัด รักษา ส่งเสริมป้องกัน และรณรงค์ให้ความรู้ด้านสุขภาพประชาชนเป็นหลัก อาจจะไม่มีความอ่อนไหวในการทำงานประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมายในระดับพื้นที่ (แตกต่างจากตำรวจและสรรพสามิตพื้นที่) ดังนั้นจึงขาดความเชี่ยวชาญในการบังคับใช้กฎหมายจึงเน้นเพียงการตรวจเตือนมากกว่าการตรวจจับ

4.4 คณะทำงานเฉพาะกิจ (ฉก.)

จุดแข็ง - มีความคล่องตัวในการทำงานสูง เนื่องจากเป็นคณะทำงานภาคประชาสังคมที่ถูกแต่งตั้งขึ้นจากคำสั่งผู้ว่าราชการจังหวัดโดยตรงเพื่อทำหน้าที่เฝ้าระวังการปฏิบัติตามกฎหมาย ด้วยความที่มีขนาดของคณะทำงานที่กระชับโดยเน้นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องเด็กและเยาวชนเป็นสำคัญจึงสามารถดึงเอากฎหมายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 และพระราชบัญญัติควบคุมยาสูบ พ.ศ. 2560 มาใช้ในการเฝ้าระวังและประสานเจ้าหน้าที่เพื่อบังคับใช้กฎหมายได้อย่างรวดเร็ว

ข้อจำกัด - ความต่อเนื่องในการดำเนินการ เนื่องจากคณะทำงานเฉพาะกิจ ถูกแต่งตั้งโดยผู้ว่าราชการจังหวัดที่ให้ความสำคัญ ดังนั้นการเปลี่ยนผู้ว่าราชการจังหวัดจึงมีผลกระทบต่อภารกิจโดยตรงของคณะฯ รวมทั้งการทำงานที่ผูกติดกับแกนนำเป็นหลักอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานในระยะยาวเช่นกัน

วิจารณ์

ทุกจังหวัดที่ศึกษามีคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัดทำหน้าที่เป็นกลไกอำนวยการหลัก⁽¹²⁾ ซึ่งเป็นไปตามโครงสร้างที่กฎหมายกำหนดไว้ โดยในระดับปฏิบัติการมีกลไกและรูปแบบการบังคับใช้กฎหมายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แตกต่างกันไปตามปัจจัยต่างๆ ได้แก่ วัฒนธรรมและความมุ่งมั่นของผู้บริหาร โครงสร้างและระบบอภิมภพ ทรัพยากรและความสามารถในการบริหารจัดการและบูรณาการงานต่างๆ กลไกการทำงานที่ไม่เป็นทางการ ตลอดจนปัจจัยแวดล้อมภายนอก ได้แก่ บริบททางเศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรมและการเมือง ความเข้มข้น

การขยายหรือกิจกรรมการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ ความตระหนักต่อประเด็นปัญหา รวมถึงอิทธิพลของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการตัดสินใจทางนโยบาย อาทิ ผู้ขาย ผู้ประกอบการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้บริโภค ประชาชน ในชุมชน และเจ้าหน้าที่รัฐ เช่นเดียวกับการวิเคราะห์การทำงานในระดับประเทศ^(8,13) ในภาพรวมการยกระดับการทำงานบังคับใช้ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัดมักเริ่มต้นจากการสร้างกระแสปัญหา (problem stream) ให้การเป็นวาระทางสังคมและอยู่ในความสนใจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กล่าวคือ การสื่อสารข้อมูลสถานการณ์ปัญหา ความชุกของการดื่มและผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในจังหวัดที่เพิ่มขึ้นรวมถึงสถานการณ์การกระทำผิดกฎหมาย ได้นำมาสู่การความเข้มข้นในการสร้างกลไกและรูปแบบการบังคับใช้กฎหมายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้เข้มแข็ง เช่น จังหวัดมหาสารคามมีการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีการถ่ายทอดแผนสู่การปฏิบัติในพื้นที่เกิดการกำหนดนโยบายสาธารณะในระดับจังหวัดในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยกิจกรรมที่เกิดขึ้นนั้นส่วนหนึ่งคือเน้นผลงานการบังคับใช้กฎหมายในผู้กระทำความผิดมากขึ้น⁽¹⁴⁾ รวมถึงการสร้างความเข้มแข็งให้กับเครือข่ายของชุมชนในเรื่องการบังคับใช้กฎหมายจนนำไปสู่การเกิดมาตรการชุมชนได้สามารถแก้ไขปัญหาชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม⁽¹⁵⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาของจังหวัดขอนแก่น พบว่า ในประเด็นการป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ยังมีความจำเป็นที่ต้องดำเนินการควบคู่กับการบังคับใช้กฎหมายที่ป้องกันไม่ให้เกิดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่ายขึ้น ซึ่งนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด ต้องดำเนินการอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง เพื่อลดความชุกของการดื่มสุราและลดผลกระทบจากการดื่มได้⁽¹⁶⁾ ดังนั้นจะเห็นได้แล้วว่า การให้ความสำคัญกับกลไกเชิงโครงสร้างในระดับปฏิบัติการในเชิงพื้นที่ที่มีความเข้มแข็งจะสามารถมีการทำงานได้อย่างต่อเนื่องและนำไปสู่ความยั่งยืนได้

สำหรับการดำเนินการในการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ในระดับจังหวัดที่ศึกษาใช้วิธีผสมผสานทั้งเชิงรุกจากความให้ความสำคัญต่อประเด็นวาระและความเข้มแข็งในจังหวัดเอง และเชิงรับจากการมีนโยบาย

เป้าหมายและตัวชี้วัดจากส่วนกลางลงไป ความสามารถในการบูรณาการงานและการสร้างกลไกประสานงานมีความสำคัญมากในการทำงานระดับจังหวัด ทั้งการประสานงานร่วมกันเชิงประเด็นและประสานงานตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานและพนักงานเจ้าหน้าที่ของกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกัน เช่น พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 พระราชบัญญัติสถานบริการ พ.ศ. 2509 พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก เป็นต้น ซึ่งมีประโยชน์ในการรวมอำนาจทางกฎหมายลดภาระงานที่ซ้ำซ้อน ความสมบูรณ์ขององค์ประกอบคณะทำงานความเชี่ยวชาญด้านวิชาการและด้านกฎหมาย (เช่น การให้ตำรวจหรือสรรพสามิตเป็นองค์กรเจ้าภาพนำ ซึ่งมีจุดแข็งในดำเนินการทางกฎหมายในการลงพื้นที่มากกว่าบุคลากรด้านสาธารณสุข เพื่อเฝ้าระวัง หรือออกตรวจเตือนและตรวจจับ ในสถานประกอบการร้านค้าในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) ระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ ตลอดจนการลดการแรงปะทะกับประชาชนต่อการทำงาน of พนักงานเจ้าหน้าที่ที่บังคับใช้กฎหมายเดียวๆ

จังหวัดที่ศึกษามีกลไกและรูปแบบการบังคับใช้กฎหมายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัดหลัก และกลไกเสริมดำเนินการตามโอกาสและบริบท 4 รูปแบบหลักในจังหวัดที่ศึกษา ได้แก่ (1) ชุดปฏิบัติการจัดระเบียบสังคมจังหวัด (แบบบูรณาการ) (2) คณะอนุกรรมการปฏิบัติการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/คณะอนุกรรมการเฝ้าระวังการบังคับใช้กฎหมายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ฯ (3) หน่วยปฏิบัติการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Alcohol and Tobacco Control Operation Unit: ATCU) และ (4) คณะทำงานเฉพาะกิจ (ฉก.) ซึ่งจะเห็นได้ว่าแต่ละรูปแบบระดับความเป็นทางการ การบูรณาการประเด็น และระดับการมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยงานภาครัฐที่แตกต่างกัน ซึ่งทำให้มีจุดแข็งและจุดอ่อนแตกต่างกันไป

โดยรูปแบบการบังคับใช้กฎหมายที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือ รูปแบบที่ตั้งบนอำนาจการสูงสุดและมีองค์กรที่บทบาทและเชี่ยวชาญในการบังคับใช้กฎหมายเป็นเจ้าภาพหลัก ในที่นี้ได้แก่ กลไกชุดปฏิบัติการจัดระเบียบสังคมจังหวัด ที่จัดตั้งโดยผู้ว่าราชการจังหวัดและมีการปกครองหน่วยงานของกระทรวงมหาดไทยเป็นหน่วยงาน

เจ้าภาพหลัก นอกจากนี้ อีกตัวอย่างการบูรณาการงานที่
ได้ผล ได้แก่ รูปแบบการจัดตั้งคณะทำงานเฉพาะกิจของ
จังหวัดนครศรีธรรมราชในการศึกษานี้ที่จัดตั้งเพื่อแก้ปัญหา
เฉพาะประเด็นที่สำคัญและเร่งด่วนในจังหวัด ในที่นี้ได้แก่
การจัดการปัญหายาเสพติดและพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่ม
เยาวชน ซึ่งเกี่ยวข้องกับพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่ม-
แอลกอฮอล์ด้วย รูปแบบนี้จุดแข็งเรื่องความชัดเจนใน
วิสัยทัศน์และความมุ่งมั่นของผู้ว่าราชการจังหวัดในฐานะ
ประธานและความคล่องตัวในการทำงาน โดยเมื่อเดือน
ตุลาคม พ.ศ. 2566 ได้มีคำสั่งกรมการปกครองให้ ตั้งชุด
เฉพาะกิจ 1 ชุด ทุกอำเภอและจังหวัด เพื่อจัดระเบียบ
สังคมทั้งในเรื่องยาเสพติด ค้ามนุษย์ และสถานบริการ
ผิดกฎหมาย⁽¹⁷⁾ ซึ่งถือเป็นโอกาสสำคัญในการบูรณาการ
ควบคุมแอลกอฮอล์ในวาระจังหวัด อย่างไรก็ตาม การศึกษา
ของวสันต์ ปวนปັນวงศ์⁽¹⁸⁾ และจิรฤทธิ ลิปิพันธ์ และคณะ⁽¹⁹⁾
ได้สะท้อนให้เห็นว่าการใช้กฎหมายหลายฉบับในการดำเนิน
ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ควบคู่ไปกับพระราชบัญญัติ-
ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ในการบังคับ
ใช้กฎหมายอาจจะไม่มีประสิทธิภาพต่อการควบคุมการ
บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้เท่าที่ควร แต่ในขณะที่ใน
การศึกษาของอดิศักดิ์ สักกล ได้ชี้ให้เห็นว่า ปัญหาการห้าม
จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน
ในจังหวัดพะเยา ไม่ได้ขึ้นอยู่กับตัวกฎหมายเพียงอย่างเดียว
หากแต่ยังขึ้นอยู่กับกลไกการบังคับใช้กฎหมาย รวมไปถึง
ผู้บังคับใช้กฎหมายโดยตรง ที่จะเป็นองค์ประกอบในการ
ที่จะทำให้การบังคับใช้กฎหมายห้ามจำหน่ายเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ของเยาวชนได้ถูกต้องและชอบธรรม⁽²⁰⁾ สำหรับ
การศึกษาในงานต่างประเทศ เช่น อิหร่าน โรมานี และ
เซโกสโลวาเกียได้เคยใช้การจัดระเบียบสังคมในการแก้ไข
ปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เช่นกันโดยเฉพาะ
อย่างยิ่งการควบคุมปัญหาเสพติด ซึ่งแอลกอฮอล์และ
ยาสูบเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ ซึ่งได้มี
การทำงานร่วมกับในหน่วยงานภาครัฐและการมีส่วนร่วมกับ
ในระดับพื้นที่ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว^(21,22)

อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่มีความสำคัญที่จะทำให้การ
ดำเนินงานบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
มีความต่อเนื่องและยั่งยืน แม้มีการเปลี่ยนผู้นำและพนักงาน
เจ้าหน้าที่ในระบบราชการไป ได้แก่ การมีส่วนร่วมของภาค-

ประชาสังคม ซึ่งจะช่วยลดความแข็งตัวของการทำงาน
ในระบบราชการทั้งในมิติของขอบเขตภาระหน้าที่ ข้อจำกัด
ทางด้านทรัพยากรบุคคลและงบประมาณ⁽⁶⁾ และการ
ใช้อำนาจระดับจังหวัดจัดตั้งให้มีโครงสร้างกลไกระดับ
ปฏิบัติการ ที่มีการเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าคณะที่ประกอบ
ไปด้วยผู้บริหารระดับสูง อาทิ การแต่งตั้งคณะกรรมการ
เพื่อทำงานเฉพาะประเด็น โดยบางจังหวัด เช่น ศรีสะเกษ
ได้ใช้ช่องทางนี้ในการดำเนินการเฝ้าระวังและการบังคับใช้
กฎหมายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยตรง หรือบางจังหวัด
จัดตั้งคณะกรรมการว่าด้วยการเปรียบเทียบปรับจังหวัด
ตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551
เช่น จังหวัดเชียงใหม่⁽²³⁾ หรือจังหวัดสตูล ได้ร่วมแผน
บูรณาการคณะกรรมการเฉพาะกิจศูนย์อำนวยการ-
ป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนตลอดทั้งปี⁽²⁴⁾ และยังพบ
ว่าการศึกษาในหลายประเทศได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการ-
ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่เช่นกัน อาทิเช่น
แคนาดาในเมือง Nunavut ได้จัดตั้งคณะกรรมการศึกษา
เรื่องแอลกอฮอล์ (Alcohol Education Committee: AEC)
มีการเฝ้าระวังการกระทำผิดกฎหมายเป็นส่วนสำคัญในการ
ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด เป็นต้น หรือหลายเมืองในอังกฤษ
มีการจัดตั้งสภาหรือจัดตั้งทีมในการพิจารณาเกี่ยวกับ
การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับท้องถิ่นเช่นกัน เช่น
เมือง North West England ซึ่งมีชุมชนหลายแห่งที่มี
ส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการออกใบอนุญาตเครื่องดื่ม-
แอลกอฮอล์ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับเศรษฐกิจ
ท้องถิ่นและความปลอดภัยของชุมชนด้วย ซึ่งการศึกษาของ
Reynolds และคณะ ยังชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของคน
ในพื้นที่เกี่ยวกับแอลกอฮอล์มีความสำคัญดังนี้ (1) เป็น
ส่วนหนึ่งของกระบวนการตัดสินใจตามกฎหมาย (2) ช่วย
ในการพัฒนานโยบายใหม่ (3) เป็นตัวแทนในคณะกรรมการ
และ (4) สร้างความสัมพันธ์เครือข่ายการทำงานในพื้นที่⁽²⁵⁾

นอกจากนี้ การบูรณาการภายในกระทรวงสาธารณสุข
อย่างรูปแบบ ATCU ที่บูรณาการงานระหว่างการควบคุม
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลิตภัณฑ์ยาสูบในระดับจังหวัด
และอำเภอ⁽⁶⁾ ก็มีจุดแข็งในเรื่องการบริหารทรัพยากรร่วมกัน
อย่างคุ้มค่าและความต่อเนื่องในการพัฒนาศักยภาพ
ให้กับบุคคลระดับปฏิบัติการจากกรมควบคุมโรค กระทรวง-
สาธารณสุข ในบางจังหวัด รูปแบบ ATCU สามารถขยายงาน

ได้ไปจนถึงระดับตำบล/หมู่บ้าน เช่น ในจังหวัดสงขลาได้ใช้ ATCU ที่มีข้อเสนอมาตรการชุมชนเพื่อควบคุมการดื่ม-แอลกอฮอล์ทุกตำบล ตำบลละ 1 หมู่บ้าน⁽²⁶⁾ และในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีการจัดตั้งคณะกรรมการ-แอลกอฮอล์และยาสูบ เพื่อติดตามผลการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบร่วมกัน⁽²⁷⁾ สำหรับประเทศอื่นได้มีการจัดตั้งบูรณาการการทำงานของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบเช่นเดียวกัน ตัวอย่างเช่น รัฐหลุยเซียน่า สหรัฐอเมริกา ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมแอลกอฮอล์และยาสูบ (The Commissioner of Alcohol and Tobacco Control: ATC) เป็นหน่วยงานของรัฐบาลท้องถิ่นที่รับผิดชอบในการควบคุมและกำหนดกฎระเบียบในการผลิตขายจัดจำหน่าย และบริโภคผลิตภัณฑ์แอลกอฮอล์และยาสูบในเขตอำนาจ มีการบังคับใช้กฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์และยาสูบ การออกใบอนุญาตและอนุญาตให้กับธุรกิจที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎระเบียบ การสอบสวนเรื่องร้องเรียนและการละเมิด และการดำเนินการในกรณีที่เป็นเพื่อแก้ไขปัญหาการไม่ปฏิบัติตามกฎหมายหรือกิจกรรมที่ผิดกฎหมาย หน้าที่และอำนาจเฉพาะของคณะกรรมการอาจแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับกฎหมายและระเบียบของเขตอำนาจที่รับผิดชอบในการดำเนินงาน⁽²⁸⁾

โดยสรุป ระบบ กลไก และรูปแบบการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับจังหวัดของประเทศไทย เป็นไปได้หลายรูปแบบตามโครงสร้างและความพร้อมขององค์ประกอบ ปัจจัยเชิงบริบท ข้อเสนอแนะสำคัญในการยกระดับการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้มีประสิทธิภาพ คือ การส่งเสริมรูปแบบการทำงานบนพื้นฐานความต้องการแก้ปัญหาในพื้นที่เป็นตัวตั้ง ในที่นี้ งานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงอาจไม่ใช่งานหลักที่ออกหน้า หากแต่เป็นส่วนประกอบหนึ่งของงานภาพใหญ่ในจังหวัด เช่น “การสร้างความปลอดภัยทางสังคม” โดยการพัฒนาระบบควรต้องพิจารณามิติความต่อเนื่องและความยั่งยืนร่วมด้วย ซึ่งเกี่ยวข้องกับโครงสร้างและกลไกการทำงานระดับปฏิบัติการ การบริหารทรัพยากรบุคคลและงบประมาณอย่างคุ้มค่า และการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน

จากข้อเสนอข้างต้นต้องอาศัยระบบและการสนับสนุนที่ดีจากส่วนกลาง ได้แก่ การบูรณาการงานร่วมกันตั้งแต่ส่วนกลาง การตั้งตัวชี้วัดหรือค่าเป้าหมายรายปีที่ไม่เฉพาะเจาะจงหรือแคบจนเกินไป นอกจากนี้ ส่วนกลางในระดับประเทศยังมีบทบาทในรวบรวมรูปแบบการดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จและมีความหลากหลายเหล่านี้ การจัดตั้งเครือข่ายหรือกลุ่มจังหวัดตามขนาดและบริบททางสังคมเศรษฐกิจที่ใกล้เคียงกัน และจัดให้มีกลไกที่เน้นให้เกิดการขยายผลเชิงระบบและตลอดจนเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถ่ายทอดประสบการณ์ระหว่างจังหวัดด้วยกันเอง

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดสำคัญบางประการ ประการแรก ผลการศึกษายังไม่สามารถสรุปผลได้ว่ารูปแบบการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับจังหวัดดังที่กล่าวมาในรูปแบบใดเหมาะสมที่สุด เนื่องจากข้อมูลมีจำกัดเพียง 5 จังหวัดนำร่อง จากทั้งหมด 77 จังหวัดเท่านั้น ประเด็นที่สอง วิธีการเก็บข้อมูลที่อาศัยการสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วมจากการประชุมหารือของผู้กำหนดนโยบายในจังหวัดเท่านั้น อาจทำให้ข้อมูลมีความครบถ้วนไม่สมบูรณ์ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปอาจเพิ่มตัวอย่างจังหวัดอื่นๆ มากขึ้น และเก็บข้อมูลเชิงลึกอย่างมีโครงสร้างและเป็นระบบเพื่อสามารถศึกษาเปรียบเทียบระหว่างรูปแบบการบังคับใช้กฎหมายได้อย่างชัดเจนมากขึ้น และประการที่สาม การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์การบริโภค สถานการณ์ผลกระทบ การบังคับใช้กฎหมาย และการเฝ้าระวัง อาจจะต้องอาศัยวิธีการศึกษาแบบการสำรวจ และการวิเคราะห์แบบการวิจัยเชิงปริมาณหรือการประเมินผลการดำเนินนโยบาย เพื่อเติมเต็มช่องว่างในการศึกษาให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะวิจัยขอขอบคุณสำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า (สคล.) และสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน 5 จังหวัดนำร่อง เชียงราย ศรีสะเกษ ฉะเชิงเทรา นครศรีธรรมราช และปัตตานี ทุกท่าน ที่ได้ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551, ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 125, ตอนที่ 33 ก (13 กุมภาพันธ์ 2551).
2. พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560, ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 134, ตอนที่ 32 ก (20 มีนาคม 2560).
3. พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546, ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 120, ตอนที่ 95 ก (2 ตุลาคม 2546).
4. พระราชบัญญัติสถานบริการ พ.ศ. 2509, ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 83, ตอนที่ 88 (4 ตุลาคม 2509).
5. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2553.
6. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. แผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565-2570). กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนดดิไซน์; 2565.
7. World Health Organization. Draft updated appendix 3 of the WHO global NCD action plan 2013-2030, WHO discussion paper (version dated 1 August 2022). Geneva: World Health Organization; 2022.
8. สาวิตรี อังณางค์กรชัย, อรทัย วลีวงศ์, รุ่งนภา คำผาง, วิทย์ วิชัยดิษฐ, อมรเรข ตั้งจิตตร, กนกอร งามนั๊ก, และคณะ. รายงานสถานการณ์การค้าเดินนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2551-2561. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2563.
9. สุรศักดิ์ ไชยสงค์, จินตนา จันทร์โคตรแก้ว, ธนพันธ์ สุขสอาด, กมลพัฒน์ มากแจ้ง, นิษฐา หุ่นเกษม, โศภิต นาสิบ, และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์การประเมินผลการดำเนินงานตามแผนแอลกอฮอล์ สสส. 2561-2563: แผนควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2564.
10. สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. สถิติประชากรทางการทะเบียนราษฎร (รายเดือน) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 30 ม.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/mainpage>
11. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัด พ.ศ. 2564. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2565.
12. สุรศักดิ์ ไชยสงค์, โศภิต นาสิบ, กมลพัฒน์ มากแจ้ง, ธนพันธ์ สุขสอาด, กัณณพนต์ ภักดีเศรษฐกุล, รมตะวัน กาลพัฒน์. คู่มือการประเมินการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2562.
13. ไพศาล ลีเมสถิตย์. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการศึกษาความคิดเห็นต่อโครงสร้าง บทบาทหน้าที่และผลงานของคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้าและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2565.
14. กฤษฎ์ โพธิ์ศรี, ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์, กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์. การพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2559;2:8-16.
15. ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์, ปรีชา ยะธา, บุญชอบ สิงห์คำ, กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์, สุนิรัตน์ สิงห์คำ. การสร้างและการพัฒนามาตรการชุมชนเพื่อการควบคุมการบริโภคและการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนตำบลดงบัง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2564;8:61-71.
16. ศิราณี ศรีหาภาค, ไพฑูรย์ พรหมเทศ, สุพิศ ตราพรหมกุล, แสงดาว จันทร์ดา, น้ำทิพย์ ไพคำนาม, เสกสรรค์ ศรีหาภาค. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการรับรื้อนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด จังหวัดขอนแก่น. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2563;35:362-73.
17. รัฐบาลไทย. ข่าวด้านความมั่นคง [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 30 ม.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/73879>
18. วสันต์ ปวนบับนวงศ์. การกระจายอำนาจภายใต้การบังคับใช้กฎหมายและข้อบังคับนโยบายการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งในระดับชาติและท้องถิ่น. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2556;14(2):28-59.
19. จิรุมิ ลิปิพันธ์, ธาณี วรภัทร, สุภัสสรี เทพหัสดิน, วิเชษฐ สิ้นประสิทธิ์กุล. ภาพรวมกฎหมายควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยและต่างประเทศในปัจจุบัน. วารสารกฎหมายและสังคมรังสิต 2566;5(2):16-33.
20. อติศักดิ์ สักล่อ. ปัญหาการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน: กรณีศึกษาจังหวัดพะเยา. พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา; 2561.

21. Maleki M, Alidoost S, Pourasghari H. An analysis of policies to control tobacco use and alcohol consumption as risk factors of noncommunicable diseases: a case study of Iran. *World Medical & Health Policy* 2023;15(4):380-94.
22. Wahlen E. The politics of alcohol in late socialist Romania and Czechoslovakia. Florence, Italy: European University Institute; 2016.
23. ญานี ศิริวรรณ. การประชุมคณะอนุกรรมการว่าด้วยการเปรียบเทียบจังหวัดเชียงใหม่ตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ครั้งที่ 1/2565. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่; 2565.
24. ปภัสสมัน อัมราลิขิต. รายงานผลการติดตามการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 รอบที่ 2 ของผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี เขตตรวจราชการที่ 6 ณ จังหวัดระนอง พังงา ภูเก็ต สตูล ตรัง และกระบี่. กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี; 2566.
25. Reynolds J, McGrath M, Halliday E, Ogden M, Hare S, Smolar M, et al. The opportunity to have their say? Identifying mechanisms of community engagement in local alcohol decision-making. *International Journal of Drug Policy* 2020;85:102909.
26. นิชาธิ์ หนูบุญ. รองผู้ว่าฯ สงขลา ประชุมคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พร้อมจัดทีม ATCU ออกตรวจเตือนบังคับใช้กฎหมายในช่วงเทศกาลสงกรานต์อย่างเข้มข้น [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 30 ม.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.songkhla.go.th/news/detail/7256/data.html>
27. กระทรวงวัฒนธรรม. ประชุมคณะอนุกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ด้านการบังคับใช้กฎหมาย ครั้งที่ 1/2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 30 ม.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: https://www2.m-culture.go.th/th/article_view.php?id=177932
28. Department of Revenue. Notice of inrent. Louisiana: Office of Alcohol and Tobacco Control; 2020.

Provincial Enforcement Models for the Alcohol Beverage Control Act: a Case Study of the 5 Provinces

Sopit Nasueb, Kamolphat Markchang, Orratai Waleewong

International Health Policy Program, Ministry of Public Health, Thailand

Abstract

Effective implementation and enforcement of the Alcohol Beverage Control Act of 2008 have been a challenge with several key gaps and practical limitations. This study investigated the systems, mechanisms and models for enforcing the law on alcoholic beverage control at the provincial level. The study focused on five province: Chiang Rai, Sisaket, Chachoengsao, Nakhon Si Thammarat, and Pattani, which are the pilot provinces in the SAFER Province Project 2023-2030. This research was a qualitative study collecting data from literature review, observations, and in-depth interviews between December 2021 and March 2022. There were four main enforcement models of the alcoholic beverage control act operated in these four provinces: (1) Provincial Social Organization Operations (Integrated approach for social order and safety), (2) Sub-Committees for the Enforcement of the Alcoholic Beverage Control /Sub-Committees for Monitoring the Enforcement of the Alcoholic Beverage Control, (3) Alcohol and Tobacco Control Operation Unit (ATCU), and (4) The ad-hoc committee for prioritised issues. Factors that contributed to enforcement models included provincial targets assigned by the central, leadership and commitment, policy infrastructure and governance, resources and management, as well as socio-economic-cultural contexts, including marketing concentration and industry influences. Development of enforcement models should also consider continuation and sustainability of the system, which involve mid-level/operational mechanisms, effective resource utilization and mobilization through, and community engagement.

Keywords: Alcohol Beverage Control Act; SAFER province; alcohol policy implementation

ผลของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตามหลัก 5 อ. ในพื้นที่ชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ

ณัฐนิชา นำเกียรติสกุล¹, พิจิตตรา ภูด่านจิว¹, เพชรลดา ไทวรรณ¹, ประเสริฐ ประสมรักษ์¹, อรทัย บัวคำ²

¹ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ

² โรงพยาบาลชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตามหลัก 5 อ. ต่อความรู้และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ พื้นที่โรงพยาบาลชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ ศึกษาใน 1 ชุมชนที่มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุจำนวน 10 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบวัดศักยภาพซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 กลุ่มตัวอย่างได้รับการอบรมตามคู่มือ 3 มิติ ฝึกปฏิบัติประเมินความเสี่ยงและเขียนแผนการดูแล ได้รับมอบหมายหน้าที่ในการดูแล และติดตามกำกับผ่านกลุ่มไลน์ทุกวัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานด้วย Fisher's exact test ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 90.0 อายุเฉลี่ย 54.9 ปี (SD=4.95) ภายหลังการทดลอง พบว่า อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นแตกต่างจากก่อนทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นควรนำรูปแบบการพัฒนาศักยภาพที่มุ่งเน้นด้านความสามารถเพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง; ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง; ศักยภาพ

วันรับ: 4 ม.ค. 2567

วันแก้ไข: 24 ก.พ. 2567

วันตอบรับ: 29 ก.พ. 2567

บทนำ

ประเทศไทยได้เข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์”⁽¹⁾ เห็นได้จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีมากถึง 12,116,119 คนของประชากรทั้งหมด 70 ล้านคน ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเสื่อมถอย โดยยิ่งอายุมากขึ้นจะเกิดความเครียดต่อปัญหาทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต ส่งผลให้มีอุบัติการณ์ของโรคเรื้อรังซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะ-

พึ่งพิง⁽²⁾ โดยอัตราส่วนผู้สูงอายุพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 22.3 ในปี พ.ศ. 2557 และเพิ่มเป็นร้อยละ 25.3 ในปี พ.ศ. 2560 อย่างไรก็ตามในปัจจุบันรัฐบาลมีนโยบายสำคัญในการมุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ภายใต้แนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เชื่อมโยงระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่โรงพยาบาล ชุมชน และครอบครัว โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานหลัก แนวคิดการดูแลโดยชุมชน (community care) ได้ถูกนำมา

ใช้ในการดูแลสุขภาพและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน ติดเตียง) มุ่งใช้ศักยภาพในชุมชน การมีส่วนร่วมของประชาชนดำเนินงานเพื่อชุมชน⁽³⁾ กระทรวงสาธารณสุขมีแนวคิดการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง มีคุณภาพทั่วถึง ยั่งยืนและบรรลุเป้าหมายทุกครอบครัวมีหมอปประจำตัว 3 คน โดยหมอคนที่ 1 หมอปประจำบ้าน หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข และหมอคนที่ 3 หมอครอบครัว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำการดูแลที่บ้านและชุมชน⁽⁴⁾ การที่บุคคลในสังคมจะมีสุขภาพที่สมบูรณ์ได้นั้นจำเป็นต้องเริ่มจากหน่วยที่เล็กที่สุด คือ⁽⁵⁾ หมอคนที่ 1 อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละหมู่บ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด⁽⁶⁾ และเป็นหน่วยที่ใกล้ชิดกับคนในชุมชนมากที่สุดจึงเป็นตัวกลางการเชื่อมระหว่างชุมชนและการบริการสุขภาพให้กับคนในชุมชน⁽⁷⁾ อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงจำเป็น เข้าใจสามารถปฏิบัติแก้ไขปัญหา ซึ่บริการสาธารณสุขภายในชุมชน เพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขภายในชุมชนของตนเองได้⁽⁸⁾ ส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งตนเองได้⁽⁹⁾ รวมถึงบทบาทด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวซึ่งการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดีต้องมีความรอบรู้ในเรื่องปฏิสัมพันธ์เชิงบวก ทางกาย จิตใจ สังคม ปัญญาแก่ผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องสำคัญ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่กับครอบครัว ชุมชนด้วยความอบอุ่นผูกพัน ดังนั้นภารกิจที่สำคัญยิ่งนี้ อาสาสมัครประจำหมู่บ้านจึงควรเป็นผู้ที่มีศักยภาพส่งเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนได้เป็นอย่างดี⁽¹⁰⁾

ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนทั่วไป⁽¹¹⁾ โดยความรู้ด้านสุขภาพในอาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีความแตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่และใช้เครื่องมือในการศึกษาแตกต่างกันออกไป อาทิ การศึกษาปัญหาและความต้องการ การดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครปฐม พบว่า ในภาพรวม อาสาสมัครประจำหมู่บ้านได้ปฏิบัติเกี่ยวกับทักษะการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นโดยทักษะที่ได้ปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด 2 อันดับแรกคือ วัดความดันโลหิต (ร้อยละ 84.7)⁽¹²⁾ และการพูดคุย รับฟังเรื่องราวและ

ปัญหา (ร้อยละ 60.7) สะท้อนให้เห็นว่าปัจจุบัน อสม. ได้ช่วยงานที่สุขภาพในทักษะปฏิบัติงานที่ง่าย ๆ เท่านั้น และจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่าอาสาสมัครที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูงมีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ความรู้ต่อครอบครัวและเผยแพร่สู่ชุมชน จึงควรจัดหาโปรแกรมเพื่อพัฒนาอาสาสมัครให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹³⁾ จากการศึกษาที่ผ่านมา มีการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการจัดโปรแกรมหลายรูปแบบ ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เช่น การสร้างทัศนคติเชิงบวกในการดูแลผู้สูงอายุให้กับกลุ่มผู้ดูแลและชุมชนการและเสริมสร้างความรอบรู้ให้กับผู้ดูแล⁽¹²⁾

อำเภอขานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 5,455 คน จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 1,370 คน จากข้อมูลงานจิตเวชปี พ.ศ. 2566 การประเมินในเขตรับผิดชอบ 10 หมู่บ้านของโรงพยาบาลขานุมาน จำนวนอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ 10 คน โดยพบว่าในกลุ่มอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้ เป็นบุคลากรที่ให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุ เช่น การวัดความดันโลหิต การปรับสภาพแวดล้อม รวมทั้งการให้กำลังใจกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นบุคคลที่ผ่านการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับประสิทธิภาพการดำเนินงานและการดูแลผู้สูงอายุ สามารถวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานในเขตพื้นที่ชุมชน⁽¹³⁾

อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่โรงพยาบาลขานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ ยังมีความรอบรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุไม่เพียงพอ และยังไม่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับหลัก 11 อ. ซึ่งปัจจุบันสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) แนะนำให้ใช้หลัก 11 อ. ประกอบด้วย อาหาร อากาศ อบอุ่น อุบัติเหตุ แสงอาทิตย์ อติเรกอารมณ์ อุจจาระและปัสสาวะ อนาคต ออกกำลังกาย และอนามัย ในการดูแลผู้สูงอายุ⁽¹⁴⁾ โดยผู้วิจัยได้นำมาใช้ 5 อ. ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและสอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ ได้แก่ อารมณ์ อติเรก อนามัย อุจจาระ

และปัสสาวะ และออกกำลังกาย ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญที่จะได้นำหลัก 5 อ. มาใช้ในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพดังกล่าว ซึ่งจำเป็นที่จะต้องศึกษาว่าการใช้โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชนพื้นที่โรงพยาบาลชานุมาน อำเภอชานุมานสามารถส่งต่อความรู้ ความสามารถ อันจะเกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในการดูแลช่วยเหลือ และปฏิบัติต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตามหลัก 5 อ. ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experiment research design)

ประชากรตัวอย่างการวิจัย คือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 10 คน

วิธีการดำเนินการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร

1. หลักสูตรอบรมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลักสูตร 8 ชั่วโมง (รูปแบบ on-site) หัวข้อการอบรม คือ การประเมินภาวะสุขภาพ การจัดทำ care plan เพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 5 อ. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การใช้ยาอย่างถูกวิธี และการบริหารผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2. เสริมสร้างศักยภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line) เสริมความรู้ในประเด็นที่อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุพบระหว่างการดูแลด้วยสื่อผสม และการสื่อสารโต้ตอบ “ปัญหาการใช้คู่มือและปัญหาในการทำงาน”

3. คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รูปแบบ 3 มิติ

4. ระยะเวลาของการวิจัยกึ่งทดลอง เดือนสิงหาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2566

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความชำนาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องของเนื้อหาของแบบสอบถามเท่ากับ 0.94 และตรวจสอบความเที่ยง

(reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุจำนวน 10 คน ได้ค่า Cronbach's coefficient ของแบบสอบถามมีค่าเท่ากับ 0.91

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

โดยสอบถาม เพศ อายุ สถานภาพสมรสระดับการศึกษาอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ และเครือข่ายสังคมออนไลน์ที่ใช้เป็นประจำ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด แบบตรวจสอบรายการ check-list จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยลักษณะคำถามเป็นแบบตอบ 2 ตัวเลือก คือ ถูก เท่ากับ 1 คะแนน และผิด เท่ากับ 0 คะแนน จำนวน 20 ข้อ มีทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ ความรู้ในการประเมินภาวะสุขภาพ การดูแลผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 5 อ. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการใช้ยาอย่างถูกวิธี โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- 0-15 คะแนน มีความรู้ต่ำถึงปานกลาง

- 16-20 คะแนน มีความรู้สูง

ส่วนที่ 3 แบบวัดความสามารถอาสาสมัครดูแล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยลักษณะคำถามเป็นแบบตอบ 5 ตัวเลือก คือ ระดับมากที่สุด 5 คะแนน ระดับมาก 4 คะแนน ระดับปานกลาง 3 คะแนน ระดับน้อย 2 คะแนน และระดับน้อยมาก 1 คะแนน จำนวน 16 ข้อ มีทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การดูแลสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การใช้ยาในวัยผู้สูงอายุ และการบริหารผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยลักษณะแบบสอบถามตามมาตรวัด Likert scale การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

- คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 มีความสามารถระดับมาก

- คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 ระดับปานกลาง

- คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 ระดับน้อย

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานด้วย Fisher's exact test

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 10 คน ได้ผ่านการอบรมหลักสูตร Caregiver 70 ชั่วโมง หรือ

หลักสูตร 420 ชั่วโมง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90 อายุเฉลี่ย 54.9 ปี (SD=4.95) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 70 ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา ร้อยละ 80 ประกอบอาชีพเกษตรกร (ทำนา) ร้อยละ 60 รายได้เฉลี่ย 4,433.3 บาท/เดือน (SD=2,399.32) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรและครอบครัว ร้อยละ 40 ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุเฉลี่ย 3.3 ชั่วโมง/วัน (SD=2.69) เครือข่ายสังคมออนไลน์ที่ใช้เป็นประจำ คือ แอปพลิเคชันไลน์ ร้อยละ 100 ระยะเวลาในการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์เฉลี่ย 3.7 ชั่วโมง/วัน (SD=2.24) ผลเปรียบเทียบความรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในภาพรวม พบว่า ความรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$) โดยหลังการเข้าร่วมมีความรู้ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 100.0 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองที่มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 30.0 และสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหลังการทดลองมีความ-

สามารถอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.0 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองที่มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 60.0 ดังตารางที่ 1

วิจารณ์

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดหลักสูตรอบรม on-site (8 ชั่วโมง) เป็นการบรรยายผ่านสื่อ PowerPoint เกี่ยวกับความรู้ในการประเมินสุขภาพ การจัดทำ care plan การส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 5 อ. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การใช้ยาอย่างถูกวิธี และการบริหารผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการใช้รูปแบบหนังสือคู่มือ 3 มิติ (pop-up book) มีเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และวิธีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งสื่อในการอบรมครั้งนี้ใช้ภาพเป็นองค์ประกอบหลัก ทำให้ศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง⁽¹⁵⁾ ได้ทำการศึกษาพบว่า รูปภาพช่วยให้เรียนรู้ได้เร็วกว่าคำ นอกจากนี้ หลักสูตรในการอบรมครั้งนี้ ใช้รูปแบบการอบรมด้วยการบรรยาย มีคู่มือที่จัดขึ้นที่เป็นแบบ 3 มิติประกอบในการอบรมร่วมกับการเสริมสร้าง-

ตารางที่ 1 ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ภาพรวมความรู้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					0.002
สูง	3	30.0	10	100.0	
ต่ำถึงปานกลาง	7	70.0	0	0.0	
ภาพรวมความสามารถอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					0.314
สูง	6	60.0	8	80.0	
ต่ำถึงปานกลาง	4	40.0	2	20.0	

ศักยภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ 4 สัปดาห์ เพื่อเสริมความรู้ และประเด็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และรายงาน ในแอปพลิเคชันไลน์ทุกวันเพื่อสรุปภาพรวมผลการใช้คู่มือ ซึ่งถือเป็นรูปแบบการอบรมที่นิยมใช้เป็นส่วนใหญ่⁽¹⁶⁾ ที่ได้ศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในคลินิกหมอครอบครัว ศูนย์แพทย์โนนหมามแท่ง จังหวัด อำนาจเจริญ ซึ่งได้มีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการอบรมครูพี่เลี้ยง อาสาสมัคร และมีหน้าที่ออกเยี่ยม ผู้สูงอายุตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (care plan)⁽¹⁷⁾ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร ต่อความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ในชุมชน ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เทศบาลเมืองชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ด้วยรูปแบบการบรรยายแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ความรู้ร่วมกับการสาธิตและสาธิตย้อนกลับเพื่อ ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ในห้องปฏิบัติการพยาบาลที่มีหุ่นจำลอง จึงสรุปได้ว่ารูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ในรูปแบบการบรรยายและการเสริมศักยภาพโดยการมีส่วนร่วม ในการปฏิบัตินั้นส่งผลให้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นมีศักยภาพที่ดีขึ้น

ผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จากการศึกษาความรู้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนการทดลอง พบว่า อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความรู้อยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 70.0 และมีความสามารถอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60.0 เนื่องจากอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้ผ่านการอบรมหลักสูตร Caregiver 70 ชั่วโมง หรือ หลักสูตร 420 ชั่วโมง ทำให้มีความรู้ในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง เมื่อทดสอบจากการใช้แบบวัดศักยภาพความรู้⁽¹⁸⁾ ศึกษา ศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรดูแล ผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง ของศูนย์ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ- ผู้สูงอายุ สภาวิชาชีพไทย พบว่า ผู้ที่ผ่านการอบรม มีศักยภาพ ในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง⁽¹⁹⁾ ที่ศึกษาศักยภาพ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังจากอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมมีศักยภาพในการ ดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านความรู้ ทักษะการปฏิบัติ แรงจูงใจ

อัธมโนทัศน์ และลักษณะที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ใน ระดับสูงทุกด้าน ดังนั้น ในยุคที่เข้าสู่สังคมผู้สูงวัย แบบสมบูรณ์ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีศักยภาพจะเป็นกำลัง สำคัญอย่างยิ่งในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ควรได้รับการ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ได้รับการฝึกอบรมอย่าง กว้างขวางและทั่วถึง

ผลการศึกษาการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมี ความรู้ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 100.0 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากการทดลองที่มีความรู้ระดับสูงร้อยละ 30.0 โดยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนความสามารถ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแตกต่างกันอย่างไม่มี นัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปได้ว่าภายหลังได้รับรูปแบบ การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้ความรู้เพิ่มขึ้นแต่ยังไม่สามารถทำให้ความสามารถ เพิ่มขึ้นในระดับที่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน⁽²⁰⁾ ซึ่งให้ เห็นว่าโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพโดยใช้การเรียนรู้แบบ มีส่วนร่วมใน อสม. ช่วยทำให้ อสม. มีความรู้เรื่องการดูแล ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.05$) ศักยภาพความสามารถก่อนการเข้าร่วม พบว่า ส่วนใหญ่มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงอยู่ในระดับมาก 3 ด้านใน 5 ด้าน โดยด้านที่ปฏิบัติ ได้น้อยที่สุด คือ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลัง การทดลอง กลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากทั้ง 5 ด้าน ร้อยละ 100.0⁽¹⁷⁾ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร และทักษะในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงในชุมชน ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เทศบาลเมืองชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ด้วย ซึ่งผลการศึกษาพบว่าภายหลัง เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครทุกคน สามารถผ่านการประเมินทักษะการดูแล ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ในระดับดี ร้อยละ 100.0 จึงสรุปได้ว่า รูปแบบ การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงที่สามารถพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครได้ จึงจำเป็นต้องศึกษาบริบทที่สอดคล้องและจัดทำรูปแบบ ที่มีความเหมาะสม

ภายหลังการได้รับรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสา-สมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้ผู้ดูแลมีศักยภาพ

เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะด้านความรู้ที่แตกต่างจากก่อนการพัฒนา
อย่างมีนัยสำคัญ แต่ความสามารถ แม้จะแตกต่างอย่าง
ไม่มีนัยสำคัญ ก็พบว่า มีระดับที่เพิ่มขึ้น ซึ่งศักยภาพของ
ผู้ดูแลจะส่งผลให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิงได้เป็นอย่างดี การมีศักยภาพในการดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีผลต่อความสามารถในการดูแล
กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) ที่เพิ่มขึ้น⁽²¹⁾ ศึกษา
ผลการเปลี่ยนแปลงระดับภาวะพึ่งพิง (ADL) ภายหลังการ
ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์ดูแล-
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า การดูแลที่มีคุณภาพ
สม่ำเสมอ และได้รับการแก้ไขปัญหายุ่งยากที่ถูกต้องรวดเร็ว
ส่งผลให้ภายหลังการดูแลมีการเปลี่ยนแปลงระดับภาวะ-
พึ่งพิงในแต่ละกลุ่มซึ่งใช้การวิเคราะห์ผลโดยหาค่าเฉลี่ย
ของ ADL เปรียบเทียบก่อน และหลังให้การดูแลพบว่า
กลุ่มที่ 1 มีค่าเฉลี่ย ADL จาก 10.36 เป็น 10.78 คะแนน
กลุ่มที่ 2 มีค่าเฉลี่ย ADL จาก 8.23 เป็น 8.50 คะแนน
กลุ่มที่ 3 มีค่าเฉลี่ย ADL จาก 6.00 เป็น 6.33 คะแนน และ
กลุ่มที่ 4 มีค่าเฉลี่ย ADL จาก 4.00 เป็น 4.00 คะแนน
เป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น⁽²²⁾ ได้ศึกษาว่า การ
ดำรงชีวิตมีผู้จัดการและผู้ดูแลไม่เพียงพอ ต้องการรับ
การดูแลอย่างต่อเนื่อง ผลการพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ อบรมพัฒนา
ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีความสามารถในการดำเนิน
กิจวัตรประจำวันดีขึ้น และประสิทธิผลของการนำรูปแบบ
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปใช้ในพื้นที่
อำเภอวัดสิงห์ส่งผลทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิงลดลงจากร้อยละ 2.93 เหลือร้อยละ 2.43 ปัจจัย
แห่งความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมและการสนับสนุน
ขององค์กรภาครัฐ ภาคท้องถิ่น ภาคประชาชน^(23,24)
ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จะมุ่งเน้น
การเพิ่มสัดส่วนของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว
ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข-
หมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับ
การดูแลด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็น
กลุ่มบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ
ทำให้การดำเนินกิจวัตรประจำวันดีขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

1.1 ควรนำรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร
ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้าง
ความรู้และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ไปขยายผลต่อในระดับที่กว้างขึ้น เพื่อให้อาสาสมัครดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถถ่ายทอดความรู้ให้กับ
ผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่จะส่งผลการลด
ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงลงได้อย่างถูกต้อง

1.2 สามารถนำรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสา-
สมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและคู่มือการดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใช้เป็นแนวทางพัฒนารูปแบบ
การเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครในการดูแลกลุ่มผู้ป่วย-
เรื้อรัง กลุ่มเปราะบางอื่นๆ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาวิจัยคุณภาพเพื่อศึกษาบริบทและ
ปรากฏการณ์ในที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ-
พึ่งพิงในชุมชน เพื่อนำมาสร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพ
อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างครอบคลุม
และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2.2 ควรศึกษาและพัฒนาแบบการพัฒนาศักยภาพ
ที่มุ่งเน้นการพัฒนาด้านความสามารถ โดยการพัฒนากทักษะ
ในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนในการดูแลให้เหมาะสม
กับบริบทของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รูปแบบที่พัฒนาขึ้น
สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพผู้ดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และสามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ
สุขภาพได้มีคุณภาพที่ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะอาจารย์
ที่ปรึกษา ผศ. ดร.ประเสริฐ ประสมรักษ์ และ ดร.อำไพ ไสโรส
ที่ให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง
ที่ให้ความร่วมมือและข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย
ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. อธิวัฒน์ อุตัน. เมื่อคนเกิดน้อยกว่าคนแก่ปี 2573 ไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 29 ส.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://urbancreature.co/aged-society/#:~:text=>
2. วิยะดา รัตนสุรธรรม, ปะราลี โอภาสนันท์. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน. การพยาบาลและการศึกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 29 ส.ค. 2566];11(4):156-74. แหล่งข้อมูล: <https://he01.tcithaijo.org/index.php/JNAE/article/view/165893/120010>
3. ปราณี อินธิยะ. แนวทางการดูแลสภาพผู้สูงอายุติดบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) บ้านวังดิน ตำบลสี อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 3 ต.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://ethesis.mcu.ac.th/storage/3076uKR76hNiQXQFM49CspGmU9EbpZ0Tr81krC4V.pdf>
4. สำนักงานสื่อสารและประชาสัมพันธ์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 3 หมอ “คนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน” [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 3 ต.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://prgroup.hss.moph.go.th/article/1175-3-%E0%B8%A1>
5. ชาญชัย จิวจินดา. รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม administrative and management [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 3 ต.ค. 2566];6(2):1-9. แหล่งข้อมูล: https://jsi.rsu.ac.th/Article/Article_jsi-V2N2_34-50.pdf
6. สำนักงานสื่อสารและประชาสัมพันธ์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. อาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้าน (อสม.) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 3 ต.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://prgroup.hss.moph.go.th/article/1000-อาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้าน-อสม>
7. ประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์, บุญศรี กิตติโชติพานิชย์, รวีวรรณ ศรีเพ็ญ. ปัญหาและความต้องการ การดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครปฐม. วชิรสารการพยาบาล 2562;21(2):23-33.
8. สุธิสา กรายแก้ว, ภัชชดา สุวรรณนวล, สุภาภรณ์ โสภา, พระครูธีรธรรมพิ. บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อการส่งเสริมสุขภาพประชาชน ตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารมหาจุฬานาครคทรศน 2563;37(12):70-81.
9. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่เพื่อการยกระดับ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 3 ต.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/dyn_mod/Manual_official.pdf
10. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 4 ต.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://hpc2service.anamai.moph.go.th/tcdata/files/25.pdf>
11. ทรรศนีย์ บุญมั่น. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 4 ต.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <http://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/3876/3/62060699.pdf>
12. ศศิธร สุขจิตต์, จงรัก ดวงทอง, วรุณี ธุระคำ. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน ตำบลป่าเช่า อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563;3(2):109-18.
13. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการอบรมฟื้นฟู Caregiver หลักสูตร 70 ชั่วโมง (Caregiver ฟื้นฟู 18 ชั่วโมง) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 4 ต.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://hpc6.anamai.moph.go.th>
14. กลุ่มเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่าย กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ. หลัก 11๐. เพื่อสุขภาพกายใจที่ดีของผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 4 ต.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dop.go.th/th/know/13/1867>
15. ปณยา แพร่เจริญวัฒนา. การเปรียบเทียบความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความจำที่มีรูปแบบและจำนวนตัวเลือกต่างกัน [วิทยานิพนธ์ การศึกษามหาบัณฑิต (การบริหารการศึกษา)]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร; 2541. 192 หน้า.
16. ประวุฒิ พุทธิอิน, นิตยา บัวสาย, ธัญมล ช่างโชติ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในคลินิกหมอครอบครัว กรณีศึกษาศูนย์แพทย์โนนหมามแท่ง จังหวัดอำนาจเจริญ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 6 ต.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: http://www.amno.moph.go.th/amno_new/files/manuscriptv3_1.pdf
17. นงนุช หอมเนียม, สุภาพร มะรังษี, ดลนภา จิระออน. ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2565;30(3):460-70.

18. อภิวรรณ กำจร. การศึกษาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลังผ่านการอบรมหลักสูตร ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมงของศูนย์ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ สภากาชาดไทย. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2564;16(2):123-35.
19. ปภาสิณี แซ่ตี้ว, ชไมพร จินต์คณาพันธ์, ศรารัฐ เรืองสวัสดิ์, ธนิดา ทิปะपाल. การศึกษาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลังจากอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง ของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลทหารบก, 2562;20(1):300-9.
20. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงกมล วัตราดุลย์, วรณิชา พัวไพโรจน์, กนกพร แจ่มสมบุญ, ลัดดาวัลย์ เตชะกุง, ยุพา อู๋ยี่น. ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2558;26(1):109-32.
21. ชัญชัย เหลาสาร, กัลยา ไชยสัตย์, วชิราภรณ์ วิทยาขาว. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง ตำบลกระเดียน อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563;29(5):814-21.
22. เกษม เทียงรอด. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท. Journal of Roi Kaensarn Academi 2566;8(6):252-64.
23. ศศินันท์ สายแหว, วรพจน์ พรหมลัตยพรต. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขชุมชน 2564;7(4):194-212.
24. Lavong A, Bootdeewong C, Siwina S, Keawpila J, Yeesarapat B. Elderly with dependency care model in local community of Roi-Et province. Journal of Modern Learning Development 2021;6(2):268-77.

The Results of 5 Protective Factors (5 อ.) on the Potential Development of Care Volunteers for Dependent Elderly in the Community of Chanuman District, Amnat Charoen Province

Natnicha Namkiatsakul¹, Pijittra Phoodanngua¹, Petlada Thaiwan¹, Prasert Prasomruk¹, Orathai Buakhum²

¹ Mahidol University, Amnat Charoen Campus

² Chanuman Hospital, Amnat Charoen Province, Thailand

Abstract

This quasi-experimental one group pre-post test design aimed to study the effect of the potential development of care volunteers on dependent elderly in the community according to the five factors of elderly care principles focusing on knowledge and ability. The samples were 10 care volunteers for dependent elderly in the Chanuman Hospital area, Amnat Charoen Province. Data were collected using a potential measurement tool with a Cronbach's alpha confidence of 0.94. The samples received training following the 3D manual which included a risk assessment, a care plan writing, and an everyday follow-up via the Line group. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics as Fisher's exact test. The results showed that the majority of the sample was female, 90.0%, with an average age of 54.9 years (SD=4.95). After received program, the results indicated statistically significant increased knowledge in caring for dependent elderly of the care volunteers ($p=0.002$). For the ability to care for dependent elderly, the results showed the increased ability of the care volunteers but was not statistically significant. Therefore, there should be a study to develop a potential and ability-developing model for the care volunteers to create a healthy life for the dependent elderly.

Keywords: care volunteer; dependent elderly; potential

ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้าน: ความหลากหลายและการใช้ประโยชน์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

สามารถ ใจดี

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

บทคัดย่อ

ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านเป็นทางเลือกในการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนภายใต้การใช้ประโยชน์ทรัพยากรธรรมชาติในแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้ความหลากหลายของสมุนไพรพื้นบ้านเป็นกระบวนการในการรวบรวมและนำเสนอชนิดพันธุ์สมุนไพรพื้นบ้านภายใต้สังคมพืชที่แตกต่างกัน และมีความเชื่อมโยงกับแนวคิดพฤกษศาสตร์พื้นบ้าน ความหลากหลายของสมุนไพรพื้นบ้านยังเชื่อมโยงกับการใช้ประโยชน์สมุนไพรพื้นบ้านเพื่อการรักษาอาการเจ็บป่วย การเป็นอาหาร และการป้องกันกำจัดแมลงศัตรูพืช ทั้งนี้การดำเนินกิจกรรมที่ก่อเกิดกระบวนการสร้างความรู้ การสื่อสารข้อมูลเชิงวิทยาศาสตร์ และการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการอนุรักษ์จะนำไปสู่การคงอยู่และการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: สมุนไพรพื้นบ้าน; ความหลากหลาย; การใช้ประโยชน์; การสร้างเสริมสุขภาพ

วันรับ: 30 ธ.ค. 2566

วันแก้ไข: 26 ม.ค. 2567

วันตอบรับ: 29 ม.ค. 2567

บทนำ

ความซับซ้อนจากกระบวนการพัฒนาที่ไม่สามารถสร้างความสมดุลระหว่างผลประโยชน์เชิงธุรกิจและการก่อเกิดปัจจัยกำหนดสุขภาพ ปรากฏการณ์นี้ส่งผลต่อวิถีการเกิดโรคของประชากรโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลกที่พบว่า โรคเรื้อรังทำให้ประชากรโลกถึง 41 ล้านคนเสียชีวิตในแต่ละปี และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกถึงร้อยละ 74 ในแต่ละปี⁽¹⁾ การแสวงหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพดังกล่าวมีการนำเสนอทั้งเชิงนโยบายและการศึกษาวิจัยเพื่อค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดโรคเรื้อรังแต่ละชนิด แต่แนวโน้มของการเกิดโรคยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้หลายประเทศได้นำภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านอันเป็นภูมิปัญญาที่สั่งสม ทดลองใช้ และสืบทอดจากรุ่นสู่รุ่นมาประยุกต์ใช้ในการบำบัดโรคและ

การสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนมาหลายร้อยปี ดังเช่นตำรายาสมุนไพรที่ใช้ในการแพทย์อายุรเวท (Ayurveda) กัมโป (Kampo) สิทธะ (Siddha) การแพทย์แผนจีน (traditional Chinese medicine: TCM) และการแพทย์แผนเกาหลี (traditional Korean medicine) และอื่นๆ⁽²⁾ ในส่วนของประเทศไทยการใช้สมุนไพรพื้นบ้านมีข้อมูลที่ถูกบันทึกตั้งแต่สมัยกรุงสุโขทัยต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ภูมิปัญญาเหล่านี้ได้พัฒนาต่อเนื่อง สร้างคุณค่า และมูลค่าจนถึงปัจจุบัน และมีการจัดทำแผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2560-2564) โดยมีเป้าหมายเพื่อการส่งเสริม รักษา และพัฒนาผลิตภัณฑ์จากภูมิปัญญาสมุนไพรไทย ทั้งนี้การใช้ประโยชน์ที่เพิ่มขึ้นได้ส่งผลต่อการบริหารจัดการพืชสมุนไพรที่ชุมชนรู้จักสรรพคุณและนำมาใช้ประโยชน์ที่มีประมาณ 1,800 ชนิด และมี 300 ชนิดที่เป็นวัตถุดิบสมุนไพรที่หมุนเวียนใน

ท้องตลาด ซึ่งการบริหารจัดการสมุนไพรที่ไม่เป็นระบบที่ผ่านมาส่งผลให้เกิดการขาดแคลนวัตถุดิบหลายชนิด คุณภาพวัตถุดิบไม่ผ่านมาตรฐาน และปัญหาด้านการกำหนดมาตรฐานคุณภาพวัตถุดิบ⁽³⁾ นอกจากนี้ความต้องการใช้สมุนไพรที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศทั่วโลกยังส่งผลต่อความเสี่ยงการสูญเสียของสมุนไพรบางชนิด⁽⁴⁾ โดยเฉพาะสายพันธุ์สมุนไพรพื้นบ้านที่มีความอ่อนไหวต่อการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและการคุกคามของมนุษย์ สอดคล้องกับรายงานการศึกษาพบว่า การนำสมุนไพรพื้นบ้านมาใช้ประโยชน์มากเกินไปในเมือง Gurung ประเทศเนปาล และการจัดการป่าไม้ที่ไม่มีประสิทธิภาพส่งผลต่อการลดลงของชนิดพันธุ์สมุนไพรพื้นบ้านและองค์ความรู้ดั้งเดิมของประชาชน⁽⁵⁾

ในส่วนของ การใช้ประโยชน์สมุนไพรพื้นบ้านเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพมีความสอดคล้องกับความหลากหลายของสมุนไพรในแต่ละพื้นที่ ดังเช่น พื้นที่ทางตอนใต้และตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศเอธิโอเปียที่สมุนไพรพื้นบ้านมีความสำคัญต่อการใช้เป็นยารักษาโรคในมนุษย์ จำนวน 30 โรค และโรคในสัตว์ จำนวน 5 โรค ซึ่งในพื้นที่สมุนไพรพื้นบ้านหลายชนิดมีความเสี่ยงสูงต่อการสูญพันธุ์จากการใช้ประโยชน์ของมนุษย์⁽⁶⁾ สอดคล้องกับรายงานการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า ประชาชนในชุมชนสะลง - ชีเหล็ก อำเภอมะริม จังหวัดเชียงใหม่ จะแสวงหาสมุนไพรพื้นบ้านจากป่าธรรมชาติโดยใช้ประสบการณ์ที่ได้รับการถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษ บางส่วนมีองค์ความรู้ในการปรุงตำรับยาสมุนไพรเพื่อใช้บรรเทาอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย แต่ในปัจจุบันการแสวงหาสมุนไพรมาใช้ประโยชน์เริ่มจะหายาก สมุนไพรพื้นบ้านบางชนิดที่เป็นสมุนไพรประจำถิ่นไม่พบในป่าธรรมชาติ⁽⁷⁾ และยังมีรายงานการศึกษาการสุ่มสำรวจชนิดพันธุ์สมุนไพรพื้นบ้านในป่าธรรมชาติพื้นที่ลุ่มน้ำลี้ จังหวัดลำพูน พบว่า มีพืชสมุนไพรพื้นบ้านกลุ่มไม้ใหญ่จำนวน 9 ชนิด พืชสมุนไพรที่มีค่าดัชนีสำคัญมากที่สุด คือ มะเกลือ (ร้อยละ 1.04) พืชสมุนไพรไม้พุ่มจำนวน 12 ชนิด พืชสมุนไพรที่มีค่าดัชนีสำคัญมากที่สุด คือ ชะเอมป่า (ร้อยละ 3.85) และสมุนไพรพื้นล่างจำนวน 9 ชนิด พืชสมุนไพรที่มีความหนาแน่นมากที่สุดคือหนอนตายยาก (406 ต้นต่อไร่) ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงทั้งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพโดยเฉพาะการขยายพื้นที่ของเทศบาลตำบลที่ก้าวกระโดดและรุกล้ำ

พื้นที่เกษตรและป่าธรรมชาติ ซึ่งปรากฏการณ์เหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญยิ่งต่อการใช้ประโยชน์พืชสมุนไพรพื้นบ้าน⁽⁸⁾

จากสถานการณ์ข้างต้นจะเห็นได้ว่าภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านกำลังเผชิญปัญหาการสูญเสียความหลากหลายของชนิดพันธุ์อันมีสาเหตุสำคัญจากการใช้ประโยชน์ของประชาชนที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง บทความวิชาการนี้จึงได้ทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องซึ่งข้อมูลนี้อาจจะนำไปสู่การพัฒนากิจกรรมของชุมชนหรือหน่วยงานราชการในการอนุรักษ์และการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนต่อไป

การใช้ประโยชน์สมุนไพรพื้นบ้าน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

สถานการณ์ปัจจุบันกระแสการพัฒนาและการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ส่งผลให้การใช้ประโยชน์จากพืชสมุนไพรโดยเฉพาะพืชสมุนไพรพื้นบ้านที่บรรพบุรุษสั่งสมมาถูกลดความสำคัญลง อย่างไรก็ตามพืชสมุนไพรพื้นบ้านยังมีความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาและด้อยพัฒนา มีรายงานการนำตำรับยาสมุนไพรพื้นบ้านมาผสมผสานเป็นทางเลือกในการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนร่วมกับระบบการแพทย์สมัยใหม่ในประเทศอินเดีย⁽¹²⁾ ในจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศปากีสถานประชาชนมีการใช้สมุนไพร 30 ชนิดเพื่อการป้องกันและรักษาโรคเกี่ยวกับทางเดินอาหาร และใช้ส่วนใบมาปรุงเป็นตำรับยาสมุนไพร ร้อยละ 30⁽¹³⁾ ในประเทศไทยสมุนไพรพื้นบ้านมีการนำมาใช้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบที่หลากหลาย ดังเช่น

1. การใช้ประโยชน์เพื่อการรักษาอาการเจ็บป่วยสมุนไพรพื้นบ้านหลากหลายชนิดมีสรรพคุณทางยาที่มีการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์ว่าสามารถรักษาโรคได้ ซึ่งสมุนไพรเหล่านี้ได้มีการผลิตออกจำหน่ายเชิงการค้า ทั้งนี้ประชาชนในชุมชนชนบทหลายพื้นที่ยังคงรูปแบบดั้งเดิม ดังเช่นการใช้ยาต้มอันเป็นการปรุงตำรับยาสมุนไพรพื้นบ้านชนิดเดี่ยวหรือหลายชนิดรวมกันแล้วสกัดเอาตัวยาออกจากสมุนไพรพื้นบ้านด้วยน้ำร้อน ทั้งนี้ส่วนของสมุนไพร

พื้นที่บ้านที่นิยมใช้จะเป็นกลุ่มไม้เนื้อแข็ง (ลำต้น ราก เปลือกไม้) ซึ่งต้องใช้การต้มจึงจะมีตัวยาออกมา ดังภาพที่ 1

ยังมีสมุนไพรพื้นบ้านที่หอมพื้นบ้านด้านสมุนไพร ได้บันทึกเป็นตำรับยาต้มเพื่อใช้ในการดูแลและรักษาอาการเจ็บป่วยทั่วไป เช่น ลูกมะปิ่น (มะตูม) ไม้ฝาง แหนต้น แหนเครือ ต้นตันขอ (เล็บเหยี่ยว) หญ้าม้าแม่กำ กวาง-หีเปี้ยะ (สังกรณี) อ้อสะพายควาย หนามจ้าย (กำจาย) หนามหานแดง ส้มป่อยต้น ไม้มะขามป้อมต้น ไม้มะขาม (ต้องเลือกต้นที่ฝักยาวๆ) หนามเกิด เหง้าไพล เหง้าข่า เปล้าน้อย มะแตกเครือ เครือป่าหนิง เครือไล่ช้าง หญ้าหลับ-เมินหลวง (ใหญ่) หญ้าหลับเมินน้อย มะเขือแจ้เครือ มะเขือแจ้หนาม ไม้มะตอก ศรีเสื่อน้อย ไม้แฉะ ไม้หนนางต้น เครือป่อเจียน ปิดปิวแดง ปิดปิวขาว เครือหนามหารขาว เปล้าตองแตก แก่นต้นขี้เหล็กบ้าน (กระพี้) แก่นต้นลมแล้ง (คุณ) เครือมะบ้า เครือก้องแกบแดง จะค่าน (สะค่าน) โดไม่รู้-ล้ม ไม้ผีเสื้อหลวง ไม้มะเกลือ กำลังเสือโคร่ง เป้าหลวง ไม้สัก ไม้มะตั่ง (ตุมกาขาว) ผักฮ้วนหมู ไม้กาสะลอง ผักหนอก (ใบบัวบก) กำลังช้างสาร กำลังช้างเผือกเหง้าขิงแห้งส่วนใหญ่ จะต้มสมุนไพรร่วมกับข้าวเปลือกจ้าวและนำน้ำมาต้ม⁽¹⁴⁾

แนวทางการใช้สมุนไพรพื้นบ้านเพื่อการรักษา ความเจ็บป่วยเป็นความพยายามแสวงหารูปแบบการใช้

ประโยชน์สมุนไพรพื้นบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น และได้นำสมุนไพรพื้นบ้านมาใช้ควบคู่กับการรักษาโรคแผนปัจจุบัน บางครัวเรือนมีการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่กำหนดทั่วไป เช่น ยาแก้ไอมะขามป้อม ยาอมมะแว้ง ขมิ้นชันแคปซูล แต่สมุนไพรเหล่านี้บางชนิดไม่มีข้อมูลสรรพคุณทางยาและข้อมูลประสิทธิภาพในการรักษา ความเจ็บป่วย การใช้เป็นการบอกเล่าผ่านเพื่อนบ้าน เครือญาติ และกลุ่มผู้ป่วยอาการเดียวกัน

2. การใช้ประโยชน์สมุนไพรพื้นบ้านเพื่อการเป็น วัตถุประสงค์ในการปรุงตำรับอาหารพื้นบ้าน โดยประชาชน จะปลูกสมุนไพรพื้นบ้านไว้ในพื้นที่ครัวเรือนเพื่อสะดวก ต่อการใช้ บางชนิดยังสามารถจำหน่ายเป็นรายได้เสริม ให้กับครอบครัวได้ เช่น ดีปลี มะกรูด บางชนิดเป็นไม้พุ่ม ขนาดกลางนอกจากจะใช้เพื่อการเป็นอาหารแล้วยังให้ร่มเงา ทำให้ประชาชนนิยมนำมาปลูกไว้ในครัวเรือนของตนเอง เช่น เพกา มะรุ้ม ส้มป่อย สอดคล้องกับผู้สูงอายุในพื้นที่ เทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ที่จะ ปลูกสมุนไพรพื้นบ้านที่ใช้เป็นวัตถุประสงค์ในการปรุงอาหาร (ผักพื้นบ้าน) และเป็นส่วนประกอบในเครื่องปรุงอาหาร ในครัวเรือนของตนเอง ทั้งนี้แยกชนิดของสมุนไพรพื้นบ้าน ตามการใช้ประโยชน์เป็นวัตถุประสงค์หลักในการปรุงอาหาร

ภาพที่ 1 ตำรับยาต้มจากมะกอบ้าและฮาก (ราก) บะอูน (ตำรับยาระบาย)



เช่น บอน (ตุน) ชะอม (ผักหละ) เพกา (ลิดไม้) เป็นต้น และบางชนิดใช้เป็นส่วนผสมในเครื่องปรุงอาหาร เช่น กระชาย (หัวละแอน) ขมิ้น (ข้าวขมิ้น) ไพล (ปูเลย) สะค่าน (จะค่าน) ไบย่านาง (จ้อยนาง) เป็นต้น เป็นผักแกลัมน้ำพริกหรือลาบหรือตำรับอาหารที่มีรสเผ็ด เช่น พลุควา (ควาตอง) มะระขี้ยก (ป่าห้อยขี้ยก) มะแว้งต้น (ป่าแขวงขม) เป็นต้น⁽¹⁴⁾

3. การใช้ประโยชน์สมุนไพรพื้นบ้านเพื่อการป้องกันกำจัดแมลงศัตรูพืช ดังเช่น สะเดา ว่านน้ำ ขมิ้นชัน บอระเพ็ด กลอย ผักโขม เถาวัลย์เปรียง (เครือตาปลา/เครือไหล) สาบเสือ มะค่าดีควาย (ส้มป่อยเทศ/มะซึก) หญ้าวงช้าง หญ้าน้ำนมราชสีห์ รวงแดง หางไหลแดง หนอนตายยาก (ปงมดง่าม) ทั้งนี้เกษตรกรในหลายพื้นที่ที่มีการพัฒนาวิธีการหมักสมุนไพรให้เป็นน้ำหมักชีวภาพแตกต่างกัน ดังเช่น การนำมะค่าดีควาย (ผลแก่บดละเอียดหมักร่วมกับน้ำอย่างน้อย 3 วัน กรองกากออกแล้วนำไปผสมกับน้ำสะอาดฉีดพ่น) มะหลอด (ผลแก่บดละเอียดหมักร่วมกับน้ำอย่างน้อย 1 วัน กรองกากออกแล้วนำไปผสมกับน้ำสะอาดฉีดพ่น) ปองมดง่าม (หนอนตายยาก) หรือหญ้าวงช้าง (ต้นบดละเอียดหมักร่วมกับน้ำอย่างน้อย 2 วัน กรองกากออกแล้วนำไปผสมกับน้ำสะอาดฉีดพ่น)⁽¹⁵⁾ ในส่วนของประสิทธิภาพในการกำจัดแมลงศัตรูพืชมีรายงานการศึกษา พบว่า สารสกัดจากพริก พริกไทย และสะเดา มีประสิทธิภาพในการไล่และเป็นสารฆ่าแมลงอ่อน ทั้งนี้สารสกัดจากพริก พริกไทย และสะเดาสามารถนำไปใช้ในการควบคุมแมลงอ่อนในแปลงปลูกได้ อันเป็นการลดต้นทุนในการซื้อสารเคมีฆ่าแมลงและฤทธิ์ของสารสกัดจากพืชสมุนไพรเหล่านี้ไม่มีผลกระทบต่อผลผลิตพืช ไม่มีฤทธิ์ตกค้างและไม่ส่งผลกระทบต่อสภาพแวดล้อม⁽¹⁶⁾

การใช้ประโยชน์จากสมุนไพรพื้นบ้านยังมีความแตกต่างกันตามลักษณะภูมิประเทศ ภูมิปัญญาที่มีการสืบทอดจากรุ่นสู่รุ่นทั้งภูมิปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการแสวงหาต้นยา การปลูก และการใช้ประโยชน์ ประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรพื้นบ้าน ถึงแม้ประชาชนบางส่วนจะใช้เป็นประจำแต่ไม่แน่ใจว่าวิธีการที่ใช้อยู่ถูกต้องหรือไม่ นอกจากนี้การแสวงหาสมุนไพรมาใช้ประโยชน์เริ่มจะหายาก สมุนไพรพื้นบ้านบางชนิดที่เป็นสมุนไพรประจำถิ่นไม่พบในป่าธรรมชาติ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางส่วนนำสมุนไพรต่างถิ่น เช่น ป่าช้าเหงา (หนานเฉาเหว่ย)

มาปลูกในครัวเรือนและใช้เพื่อรักษาความเจ็บป่วยโดยไม่ได้รับรู้ถึงสรรพคุณและวิธีการใช้ที่ถูกต้องเป็นเพียงการบอกเล่าสืบทอดกันมา หน่วยงานและชุมชนถึงแม้จะมีการดำเนินกิจกรรมเพื่อการสร้างการรับรู้ของประชาชน แต่ยังไม่สามารถเข้าถึงประชาชนทุกกลุ่มได้⁽⁷⁾

วิจารณ์

ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านได้สะท้อนทางเลือกในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนภายใต้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้ความหลากหลายของชนิดสมุนไพรพื้นบ้านเป็นการรวบรวมชนิดพันธุ์สมุนไพรเฉพาะพื้นที่ที่ผ่านการแสวงหา ทดสอบ บันทึกลง และถ่ายทอดสู่คนรุ่นต่อมา แต่ในสถานการณ์ปัจจุบันหลายพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการสูญเสียความหลากหลายชนิดของสมุนไพรพื้นบ้านในชุมชนและป่าธรรมชาติ โดยสาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากการที่ประชาชนนำสมุนไพรมาปลูกในพื้นที่ครัวเรือน บางชนิดไม่สามารถเจริญเติบโตได้ บางชนิดถูกใช้ประโยชน์เกินกำลังที่สมุนไพรจะเจริญเติบโตได้ตามความต้องการ ความหลากหลายชนิดของสมุนไพรพื้นบ้านยังเชื่อมโยงกับการใช้ประโยชน์เพื่อการรักษาอาการเจ็บป่วย การเป็นอาหาร และการใช้เพื่อป้องกันกำจัดแมลงศัตรูพืช ทั้งนี้กลุ่มผู้สูงอายุและหมอมสมุนไพรพื้นบ้านเป็นกลุ่มประชาชนที่ยังคงใช้ประโยชน์อย่างต่อเนื่อง รูปแบบการใช้ประโยชน์ข้างต้นยังสะท้อนทางเลือกหรือแนวทางการบูรณาการร่วมกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ทั้งความมั่นคงด้านอาหารและการเกษตรปลอดภัย บนฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น อย่างไรก็ตามการใช้ประโยชน์สมุนไพรพื้นบ้านจำเป็นต้องสร้างองค์ความรู้ที่ถูกต้องและสร้างระบบการสื่อสารข้อมูลให้ประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ข้อมูลนั้นได้อย่างเท่าเทียมโดยเฉพาะข้อมูลด้านวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับสรรพคุณทางยา รวมถึงการพัฒนากิจกรรมที่สร้างการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของทุกภาคส่วนเพื่อการอนุรักษ์ความหลากหลายชนิดสมุนไพรพื้นบ้าน ซึ่งการดำเนินกิจกรรมเหล่านี้จำเป็นต้องมีการสนับสนุนทั้งงบประมาณ บุคลากร และองค์ความรู้ด้านวิชาการที่เกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. [cited 2023 Oct 2]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Yang X, Luan X. Annual advances in traditional medicine for tumor therapy in 2019. *Traditional Medicine Research* 2020;5:90-107.
3. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560-2564. กรุงเทพมหานคร: ทีเอส อินเทอร์เน็ต; 2559.
4. Tahir AH, Hussain Z, Yousuf H, Fazal F, Tahir MA, Kashif M. Traditional herbal medicine and its clinical relevance: a need to preserve the past for the future. *Journal of Biosciences and Medicines* 2022;10:64-75.
5. Khakurel D, Uprety Y, Ahn G, Cha JY, Kim WY, Lee SH, et al. Diversity, distribution, and sustainability of traditional medicinal plants in Kaski district, western Nepal. *Front Pharmacol* 2022;13:1076351.
6. Mengistu DK, Mohammed JN, Kidane YG, Fadda C. Diversity and traditional use knowledge of medicinal plants among communities in the south and south-eastern zones of the Tigray region, Ethiopia. *Diversity* 2022;14(4):306.
7. สามารถ ใจเตี้ย, ชัชชญา สมมณี, วรุณี จินะสุข, ปกิตา ธรรมใจ. การใช้ประโยชน์ และข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการอนุรักษ์สมุนไพรพื้นบ้าน: กรณีศึกษาชุมชนสะลวง - ชี้เหล็ก อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่. *วิจัยราชภัฏเชียงใหม่* 2564;22:90-102.
8. สามารถ ใจเตี้ย, พัชรี วงศ์พันธ์. ความหลากหลายและการใช้ประโยชน์จากพืชสมุนไพรพื้นบ้านในพื้นที่ลุ่มน้ำลี้ จังหวัดลำพูน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์* 2560;9:13-22.
9. Tansley AG. *The British islands and their vegetation*. Cambridge: Cambridge University Press; 1939.
10. Pei SJ. Ethnobotanical approaches of traditional medicine studies: some experiences from Asia. *Pharmaceutical Biology* 2001;39(sup1):74-9.
11. Pielou EC. *Ecological diversity*. New York: Wiley; 1975.
12. Saikat S, Raja CR. Modernization and integration of Indian traditional herbal medicine in clinical practice: importance, challenges and future. *Journal of Traditional and Complementary Medicine* 2017;7:234-44.
13. Aziz MA, Adnan M, Khan AH, Shahat AA, Al-Said MS, Ullah R. Traditional uses of medicinal plants practiced by the indigenous communities at Mohmand agency, FATA, Pakistan. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine* 2018;14:2.
14. สามารถ ใจเตี้ย. ความหลากหลาย การใช้ประโยชน์พืชสมุนไพรพื้นบ้านและนิเวศวัฒนธรรมเพื่อการอนุรักษ์ในพื้นที่ลุ่มน้ำลี้ จังหวัดลำพูน. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2558.
15. สามารถ ใจเตี้ย, ลิวลี รัตนปัญญา, วรณลักษณ์ แสงโสภา, ดารารัตน์ จำเกิด. การใช้ประโยชน์สมุนไพรพื้นบ้านเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม* 2562;38:613-18.
16. นันทมา นนท์แข็ง, สุขาวดี กลางจ้อหอ, จริญญา รอดดี. ประสิทธิภาพสารสกัดสมุนไพรต่อการควบคุมเพลี้ยอ่อน *Macrosiphum euphorbiae* (Hemiptera: Aphididae) ในมะเขือเทศ. *แก่นเกษตร* 2562;47(ฉบับพิเศษ 1):365-70.

Wisdom of Traditional Herbal Medicine: Species Diversity and Utilization for Health Promotion

Samart Jaitae

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

Abstract

The wisdom of traditional herbal medicine promotes health by utilizing natural resources in each area. The diversity of traditional herbal medicine is highlighted through the process of collecting and presenting local herbal species in various plant communities, which is linked to ethnobotany. The herbs can be used for treating illnesses, providing food, and controlling pests. Conducting activities that facilitate the process of knowledge creation, scientific communication, and conservation will lead to the preservation and appropriate utilization of the traditional herbal medicine.

Keywords: traditional herbal medicine; species diversity; utilization; health promotion

การป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุด้วยกิจกรรมที่เสริมสร้างสุขภาพสมอง

พิสิฐพงศ์ ปิยะปัญญามงคล

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

เป็นที่ทราบกันดีว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ปัญหาทางสุขภาพสำคัญที่มาพร้อมกับประชากรที่อายุมากขึ้นที่นำพาปัญหาไปสู่ตัวผู้สูงอายุเอง และผู้ดูแล นั่นก็คือโรคสมองเสื่อม และรวมไปถึงโรคอัลไซเมอร์ โดยทั่วไปโรคในกลุ่มโรคความจำเสื่อมมักเกิดจากการสะสมของความผิดปกติของโปรตีนจากการชราภาพของเซลล์ แต่การที่โปรตีนเหล่านี้สูงก็ไม่ได้หมายความว่าต้องเกิดโรคความจำเสื่อมเสมอไป และพบว่ามีแนวทางในการป้องกันไม่ให้เกิดโรคได้ บทความนี้จึงได้รวบรวมวิธีการป้องกันการเกิดโรคอัลไซเมอร์และโรคสมองเสื่อมที่ได้ผล และเข้าถึงได้ง่ายผ่านการดำเนินการในรูปแบบกิจกรรมที่เสริมสร้างสุขภาพสมอง คือ กิจกรรมที่ใช้ความคิดซึ่งเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ใช้งานสมอง เช่น การอ่านหนังสือ การเล่นเกมปริศนา การกระตุ้นพหุประสาทสัมผัสที่อาศัยหลักการของความยืดหยุ่นของสมอง และการลดภาวะความเครียดที่อาจเกิดขึ้น เช่น การเล่นดนตรี และการออกกำลังกาย โดยเฉพาะการออกกำลังกายแบบแอโรบิกอันเป็นการส่งเสริมสุขภาพของระบบไหลเวียนโลหิตซึ่งช่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรคสมองเสื่อม บทความนี้ยังเน้นความสำคัญของการได้รับการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนในการจัดให้มีกิจกรรมเหล่านี้ให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมในระดับชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และลดความเสี่ยงของการเกิดโรคสมองเสื่อม

คำสำคัญ: โรคความจำเสื่อม; โรคอัลไซเมอร์; สังคมผู้สูงอายุ; กิจกรรม

วันรับ: 6 ม.ค. 2567

วันแก้ไข: 12 ก.พ. 2567

วันตอบรับ: 18 ก.พ. 2567

บทนำ

เป็นที่ทราบกันดีว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวเป็นที่เรียบร้อยแล้ว และคาดการณ์ว่าจะสูงถึงร้อยละ 33 ในปี ค.ศ. 2040 ซึ่งเพิ่มขึ้นมากถึงร้อยละ 20 จาก 30 ปีก่อนหน้า ซึ่งนั่นมาพร้อมกับปัญหาทางสุขภาพสำคัญที่ตามมาพร้อมกับประชากรที่อายุมากขึ้นที่นำพาปัญหาไปสู่ตัวผู้สูงอายุเอง และผู้ดูแล นั่นก็คือโรคสมองเสื่อม และรวมไปถึงโรคอัลไซเมอร์⁽¹⁻³⁾ ตามรายงานขององค์การอนามัยโลก ประเทศไทยมีผู้ป่วยสมองเสื่อมประมาณ 1.2 ล้านคน หรือร้อยละ 1.8 ของประชากรทั้งหมด

และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 2.8 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030⁽⁴⁾ ผลกระทบที่เกิดขึ้นยังส่งผลไปถึงสังคมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่และงบประมาณทรัพยากรของระบบสาธารณสุขของประเทศที่มีอยู่อย่างจำกัด ซึ่งต้องมีส่วนร่วมในการดูแลประชากรของชุมชนนั้นๆ

โดยทั่วไปโรคในกลุ่มโรคความจำเสื่อมมักเกิดจากการสะสมของความผิดปกติของโปรตีนจากการชราภาพของเซลล์ เช่น ในโรคอัลไซเมอร์ที่เป็นโรคในกลุ่มโรคสมองเสื่อมที่พบในประชากรมากที่สุดมี Amyloid-plaques และ Neurofibrillary tangles ที่เกิดจากความผิดปกติของ Tau โปรตีนที่เพิ่มขึ้นเป็นสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

ใน Hippocampus ที่มีการทำงานที่เพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัดในผู้สูงอายุและเกี่ยวข้องกับตรงกับความจำ⁽⁴⁻⁶⁾ อย่างไรก็ตามการที่ค่าโปรตีนเหล่านี้สูงอาจไม่ได้หมายความว่าจำเป็นต้องเกิดโรคความจำเสื่อมเสมอไป และพบว่ามีความสามารถในการป้องกันไม่ให้เกิดโรคได้^(7,8)

ภาวะสมองเสื่อมไม่ได้เกิดจากการแก่อย่างเฉยๆ แต่ยังคงเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่นๆ ที่เราสามารถป้องกันหรือลดความเสี่ยงได้ การวิจัยบางงานได้แสดงให้เห็นว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่เป็นสาเหตุหรือปัจจัยเสริมให้เกิดภาวะสมองเสื่อม เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง คอเลสเตอรอลสูง การอ้วน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหารไม่สมดุล การขาดการออกกำลังกาย การขาดการฝึกฝนสมอง ความเครียด วิถีการดำเนินชีวิต และการมีภาวะซึมเศร้า⁽⁹⁾ ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับสมอง ซึ่งในบทความนี้จะให้คำนิยามว่า “กิจกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพสมอง” จึงเป็นวิธีการป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมที่สำคัญ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรม และนำเสนอกิจกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ กิจกรรมที่ใช้ความคิด การกระตุ้นพหุประสาทสัมผัส และการออกกำลังกาย โดยอธิบายหลักการทางวิทยาศาสตร์พร้อมทั้งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของกิจกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพสมองในผู้สูงอายุ

การใช้กิจกรรมที่ใช้ความคิด ในการป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อม

ในช่วงปี ค.ศ. 1994 ถึง 2001 Wilson RS และคณะ ได้ทำการศึกษาแบบตามยาว (longitudinal study) กับผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีทั่วสหรัฐอเมริกา จำนวน 740 คน โดยวัดความถี่ในการทำกิจกรรมที่ต้องใช้ความคิดในการประมวลผลข้อมูลของสมอง ได้แก่ การดูโทรทัศน์ การฟังวิทยุ การอ่านหนังสือพิมพ์ การอ่านนิตยสาร การอ่านหนังสือ การเล่นเกม (เช่น ไพ่ หมากฮอส อักษรไขว้ หรือการไปพิพิธภัณฑ์) ร่วมกับการประเมินความสามารถทางความคิด-

ความเข้าใจ (cognitive function) จากผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีความถี่ในการทำกิจกรรมที่ต้องใช้การประมวลผลข้อมูลของสมองมากมีความเสี่ยงในการลดลงของความถี่น้อยกว่าผู้ที่มีความถี่ในการทำกิจกรรมประเภทนี้น้อยกว่า⁽¹⁰⁾ ในปี ค.ศ. 2021 Wilson RS และคณะ ได้เผยแพร่ผลการศึกษาดำเนินการที่มีหัวข้อเกี่ยวเนื่องกันโดยมุ่งเน้นการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมที่ใช้ความคิดและอายุที่เกิดโรคอัลไซเมอร์ในประชากรผู้สูงอายุ 1,903 คน ซึ่งผลที่ได้จากการวิเคราะห์พบว่า ผู้ที่มีระดับกิจกรรมที่ใช้ความคิดสูง (ร้อยละ 10 สูงสุด) เป็นโรคอัลไซเมอร์ในวัยเฉลี่ย 93.6 ปี คิดเป็น 5 ปีที่เพิ่มขึ้นมาเมื่อเทียบกับผู้ที่มีระดับกิจกรรมที่ใช้ความคิดต่ำ (ร้อยละ 10 ต่ำสุด) ที่เป็นโรคในวัยเฉลี่ย 88.6 ปี⁽¹¹⁾

การทำกิจกรรมที่ใช้ความคิดทำให้เกิดการประมวลผลข้อมูลของสมอง ซึ่งทำให้การเชื่อมต่อของสมองมีเพิ่มมากขึ้น ซึ่งกระบวนการนี้สอดคล้องกับสมมติฐาน cognitive reserve นั่นคือการทำให้ความยืดหยุ่นในการใช้เส้นทางการสื่อสารภายในสมองเพิ่มมากขึ้น และยังทำงานได้แม้เส้นทางใดเส้นทางหนึ่งเสียหายจึงทำให้โดยรวมสมองของบุคคลนั้นมีความทนทานต่อความเสียหายมากขึ้น^(12,13) รายงานการศึกษาตามยาวในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุชาวจีนจำนวน 792 คนที่ตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 2023 โดย Chen H และคณะ ในหัวข้อความสัมพันธ์ระหว่าง cognitive reserve และความรู้ความเข้าใจในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุชี้ให้เห็นว่ามีความสัมพันธ์กันแบบสองทิศทาง กล่าวคือ หาก cognitive reserve ลดลง ความรู้ความเข้าใจก็จะลดลงตามไปด้วย ในทางกลับกันหากความรู้ความเข้าใจลดลง cognitive reserve ก็ลดลง⁽¹⁴⁾ การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่ใช้ความคิดจึงเป็นเรื่องที่ควรทำตั้งแต่เนิ่นๆ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์การป้องกันโรคความจำเสื่อมมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังสามารถทำได้ง่ายและได้ผลจริง โดยอาจจัดกิจกรรมหรือหนังสือให้ผู้สูงอายุได้อ่านในห้องสมุดชุมชนหรืออาจให้มีการจัดตั้งของชมรมในลักษณะของ book club ที่ผู้สูงอายุสามารถใช้เวลาว่างของตนในการแลกเปลี่ยนพูดคุยเนื้อหาที่ตนเองได้มาเพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจในการอ่านของผู้สูงอายุ

การใช้การกระตุ้นพหุประสาทสัมผัส เพื่อป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อม

การกระตุ้นพหุประสาทสัมผัส (multisensory stimulation) หมายถึง การทำกิจกรรมที่มีการกระตุ้นสัมผัสมากกว่า 1 สัมผัส แต่เดิมแล้วถูกใช้ในการรักษา กลุ่มผู้ที่มีปัญหาในการเรียนรู้ และถูกประยุกต์ใช้กับผู้ที่มีปัญหาความจำเสื่อมในภายหลัง⁽¹⁵⁾ การศึกษาในระยะหลัง ทำให้ทราบว่า การกระตุ้นพหุประสาทอาจมีส่วนช่วยในการ ป้องกันโรคสมองเสื่อมไม่ให้อาการหนักได้และมีส่วนช่วย ป้องกันก่อนเกิดโรค^(16,17) แม้การกระตุ้นพหุประสาทสัมผัสนี้ แม้ว่าจะยังไม่มีหลักฐานปรากฏแน่ชัดว่าให้ผลการป้องกัน โรคสมองเสื่อมได้อย่างไร แต่ก็ได้มีทฤษฎีที่ถูกเสนอ เพื่อใช้ในการอธิบาย ทฤษฎีแรกเป็นทฤษฎีที่อธิบายด้วยความยืดหยุ่นของสมอง นั่นคือ การสร้างทางเชื่อมต่ออื่นๆ ขึ้นมาโดยการดัดแปลงจากโครงสร้างของสมองส่วนที่ ทำหน้าที่อื่นเพื่อใช้ทำหน้าที่เสริมในส่วนที่ถูกกระตุ้นเรียกว่า Neuroplasticity⁽¹⁸⁾ อีกหนึ่งทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายคือ การกระตุ้นพหุประสาทสัมผัสช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลซึ่งเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้เกิดความเสียหายของระบบประสาท^(19,20) กิจกรรมที่กระตุ้น พหุประสาทสัมผัสนั้นสามารถเข้าถึงได้ง่ายเช่นเดียวกับการใช้กิจกรรมที่ใช้ความคิด ผู้สูงอายุและผู้ดูแลสามารถ ทำได้เองที่บ้านหรือร่วมกับชุมชน เช่น การเล่นดนตรี ที่ผู้สูงอายุต้องใช้สายตาในการมองเครื่องดนตรีและ โน้ตดนตรี ใช้ proprioception และการสัมผัสเพื่อให้ สามารถเล่นโน้ตดนตรีนั้นได้อย่างถูกต้อง และการใช้ศิลปะ บำบัดซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุต้องใช้ความสัมผัสของ ประสาทสัมผัส คือ การใช้สายตาดูรูปร่าง รูปทรง สี และ ใช้การสัมผัสในการวาดรูปแต่เดิมขึ้นงานศิลปะของ ตนเอง⁽²¹⁾ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้มักเป็นกิจกรรมที่สอดคล้อง กับการจัดกิจกรรมในรูปแบบ workshop ที่เป็นการเปิด พื้นที่ให้ผู้สูงอายุได้มีพื้นที่ในการทำกิจกรรมศิลปะ ชุมชน อาจสนับสนุนกิจกรรมเหล่านี้ได้โดยการจัด workshop ในพื้นที่ส่วนกลางของชุมชนโดยอาจให้ผู้สูงอายุที่มีความ สามารถในด้านที่สอดคล้องผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกัน เป็นวิทยากร

การออกกำลังกายกับการป้องกัน การเกิดโรคสมองเสื่อม

จากการศึกษาที่เป็นหมุดหมายสำคัญของการศึกษา เกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์อย่าง The Nun Study โดย Showdon DA และคณะ⁽²²⁾ ซึ่งให้เห็นว่าถึงแม้จะมีโปรตีนที่สื่อถึง โรคอัลไซเมอร์สูงเหมือนกัน แต่กลุ่มที่มีปัญหาเกี่ยวกับ หลอดเลือดสมองนั้นมีความเสี่ยงในการเกิดโรคอัลไซเมอร์ ที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ เป็นการชี้ให้เห็นว่าระบบไหลเวียน- โลหิตที่แย่นั้นส่งผลต่อความสามารถของความทรงจำ เป็นครั้งแรก

การศึกษามลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์โดย Morris JK และคณะ⁽²³⁾ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีการออกกำลังกายในสุขภาพของ ระบบไหลเวียนโลหิตที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม อีกทั้งยังมีอัตรา การฝ่อของ Hippocampus ซึ่งเป็นหนึ่งในส่วนประกอบ สำคัญของ Papez circuit ที่เป็นระบบที่ก่อให้เกิด ความจำ^(24,25) ที่ต่ำกว่าซึ่งสัมพันธ์กับรายงานจากปี.ศ. 2011 การเกิดโรคสมองเสื่อมภายหลังการเกิดสโตรกของผู้สูงอายุ ที่พบว่า Hippocampus ผู้ที่เคยเกิดสโตรกมีการฝ่อลง ซึ่งเกิดจากการขาดออกซิเจน และนำไปสู่การเกิดโรค- ความจำเสื่อมได้ในที่สุด⁽²⁶⁾

ผู้สูงอายุไทยนั้นมีจำนวนมากที่ขาดการออกกำลังกาย ที่เพียงพอและมีวิถีชีวิตแบบพฤติกรรมเฉื่อยนิ่ง ซึ่งนำไปสู่ โรคทางระบบไหลเวียนโลหิตได้⁽²⁷⁾ จากที่กล่าวมาข้างต้น ระบบไหลเวียนโลหิตที่แย่นั้นนำมาสู่โรคความจำเสื่อมได้ โดยที่สาเหตุของการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอในผู้สูงอายุ ชาวไทยนั้นได้เคยถูกเขียนไว้อย่างน่าสนใจพร้อมทั้งเสนอ แนวทางป้องกันแก้ไขในงานเขียนของสุวิทย์ วงศ์ศิลา และ คณะ⁽²⁸⁾ ได้แก่ อุปสรรคทางกายภาพของร่างกาย อุปสรรค ทางสุขภาพ อุปสรรคทางแรงจูงใจ และอุปสรรค ทางเศรษฐกิจ ซึ่งจะเห็นได้ว่าสาเหตุเหล่านี้ล้วนสามารถ แก้ได้ด้วยการอาศัยความร่วมมือจากทั้งครอบครัว สังคม ชุมชน ภาครัฐ และผู้สูงอายุเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุ ได้มีโอกาสการออกกำลังกายเป็นประจำเพื่อเสริมสร้าง- สุขภาพระบบไหลเวียนโลหิต เช่น การสร้างสวนสาธารณะที่ มีอุปกรณ์ออกกำลังกายที่เพียงพอหรืออาจจัดตั้งชมรมกีฬา ผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อร่วมกันออกกำลังกาย

สรุป

ในบทความนี้ผู้เขียนได้อธิบายถึงวิธีป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อมโดยใช้วิธีการที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายทั้ง 3 วิธีที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุไม่ควรที่จะเลือกใช้วิธีการใดวิธีการหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่ควรที่จะใช้ทุกวิธี

ร่วมกันไป พร้อมทั้งยกตัวอย่างวิธีการที่ช่วยให้สามารถจัดกิจกรรมเหล่านี้ได้ในชุมชนของผู้สูงอายุ ซึ่งหากได้รับความร่วมมือที่ดีจากทุกภาคส่วนอาจสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และเป็นการป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อมที่มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Lorthanavanich D, Nirathron N, Teerakapibal S, Rompho N, Tanvisuth A, Komazawa O, et al. Population ageing in Thailand. *ERIA* 2021;1(06a):1-16.
2. De-Paula VJ, Radanovic M, Diniz BS, Forlenza OV. Alzheimer's disease. Protein Aggregation and Fibrillogenesis in Cerebral and Systemic Amyloid Disease 2012;65:329-52.
3. 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):461-67.
4. World Health Organization. WHO Global Dementia Observatory Provisional Country Profile 2017 [Internet]. 2020 [cited 2024 Feb 10]. Available from: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/global-dementia-observatory-\(gdo\)-country-profiles/gdo-thailand.pdf?sfvrsn=5f92e45d_3&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/global-dementia-observatory-(gdo)-country-profiles/gdo-thailand.pdf?sfvrsn=5f92e45d_3&download=true)
5. Chen J, Zhao X, Zhang W, Zhang T, Wu S, Shao J, et al. Reference intervals for plasma amyloid-, total tau, and phosphorylated Tau181 in healthy elderly Chinese individuals without cognitive impairment. *Alzheimer's Research & Therapy* 2023;15(1)100.
6. Groh N, Bühler A, Huang C, Li KW, Nierop PV, Smit AB, et al. Age-dependent protein aggregation initiates amyloid-aggregation. *Frontiers in Aging Neuroscience* 17:9:138.
7. Miller SL, Celone K, DePeau K, Diamond E, Dickerson BC, Rentz D, et al. Age-related memory impairment associated with loss of parietal deactivation but preserved hippocampal activation. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 2008;105(6):2181-86.
8. Bennett DA, Schneider JA, Arvanitakis Z, Kelly JF, Aggarwal NT, Shah RC, et al. Neuropathology of older persons without cognitive impairment from two community-based studies. *Neurology* 2006;66(12):1837-44.
9. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the lancet commission. *The Lancet* 2020;396(10248):413-46.
10. Wilson RS, Mendes de Leon CF, Barnes LL, Schneider JA, Bienias JL, Evans DA, et al. Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident alzheimer disease. *JAMA* 2002;287(6):742-48.
11. Sood A, Bennett D. Physical and cognitive activity for dementia. *practical neurology* [Internet]. 2020 [cited 2024 Feb 10]. Available from: <https://practicalneurology.com/articles/2020-nov-dec/physical-and-cognitive-activity-for-dementia/pdf>
12. Stern Y. How can cognitive reserve promote cognitive and neurobehavioral health?. *Archives of Clinical Neuropsychology* 2021;36(7):1291-95.
13. Barulli D, Stern Y. Efficiency, capacity, compensation, maintenance, plasticity: emerging concepts in cognitive reserve. *Trends in Cognitive Sciences* 2013;17(10):502-9.
14. Chen H, Jiang Z, Hu J, Yang X, Gui S, Li Q, et al. A bidirectional relationship between cognitive reserve and cognition among older adults in a rural Chinese community: a cross-lagged design. *Frontiers in Psychology* 2023;14:1297699.

15. Baillon S, van Diepen E, Prettyman R. Multi-sensory therapy in psychiatric care. *Advances in Psychiatric Treatment* 2002;8(6):444-50.
16. Manippa V, Palmisano A, Filardi M, Vilella D, Nitsche MA, Rivolta D, et al. An update on the use of Gamma (multi) sensory stimulation for alzheimer's disease treatment. *Frontiers in Aging Neuroscience* 2022;14:1095081.
17. De Oliveira TC, Soares FC, De Macedo LD, Diniz DL, Bento-Torres NV, Picanço-Diniz CW. Beneficial effects of multisensory and cognitive stimulation on age-related cognitive decline in long-term-care institutions. *Clin Interv Aging* 2014;9:309-20.
18. Paraskevopoulos E, Kuchenbuch A, Herholz SC, Pantev C. Evidence for training-induced plasticity in multisensory brain structures: an MEG study. *PLoS One* 2012;7(5):e36534.
19. Helbling M, Grandjean M, Srinivasan M. Effects of multisensory environment/stimulation therapy on adults with cognitive impairment and/or special needs: a systematic review and meta analysis. *Special Care in Dentistry*. Published online 2023.
20. Sapolsky RM, Krey LC, McEwen BS. The neuroendocrinology of stress and aging: the glucocorticoid cascade hypothesis. *Endocr Rev* 1986;7(3):284-301.
21. Physio Inq. Transform dementia care with multi-sensory stimulation [Internet]. 2023 [cited 2023 Dec 20]. Available from: <https://www.physioinq.com.au/blog/transform-dementia-care-with-multi-sensory-stimulation>
22. Snowdon DA, Greiner LH, Mortimer JA, Riley KP, Greiner PA, Markesbery WR. Brain infarction and the clinical expression of Alzheimer disease: The Nun Study. *JAMA* 1997;277(10):813-17.
23. Morris JK, Vidoni ED, Johnson DK, Sciver AV, Mahnken JD, Honea RA, et al. Aerobic exercise for Alzheimer's disease: a randomized controlled pilot trial. *PLoS One* 2017;12(2):e0170547.
24. Carlesimo GA. The temporal lobes and memory. In: Finger S, Boller F, editors. *Handbook of clinical neurology*. Vol. 187. Amsterdam: Elsevier; 2022. p. 319-37.
25. Kamali A, Milosavljevic S, Gandhi A, Lano KR, Shobeiri P, Sherbaf FG, et al. The cortico-limbo-thalamo-cortical circuits: an update to the original Papez Circuit of the human limbic system. *Brain Topography* 2023;36(3):371-89.
26. Gemmell E, Bosomworth H, Allan L, Hall R, Khundakar A, Oakley AE, et al. Hippocampal neuronal atrophy and cognitive function in delayed poststroke and aging-related Dementias. *Stroke* 2012;43(3):808-14.
27. Ethisan P, Somrongthong R, Ahmed J, Kumar R, Chapman RS. Factors related to physical activity among the elderly population in rural Thailand. *J Prim Care Community Health* 2017;8(2):71-6.
28. Wongsila S, Chernbumroong S, Sureephong P. Systematic reviews of elderly exercise barriers. 2022 Joint International Conference on Digital Arts, Media and Technology with ECTI Northern Section Conference on Electrical, Electronics, Computer and Telecommunications Engineering (ECTI DAMT & NCON); 2022 Jan 26-28; Online, Chiang Rai. Chiang Rai; 2022. p. 460-2.

Preventing Dementia in Older Adults with Activities that Promote Brain Health

Phisitphong Piyapanyamongkhon

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Abstract

As Thailand has fully stepped into an ageing society, one of the most important health problems regarding of aged population, which brings problems to the elderly themselves and their caregivers, is dementia, including Alzheimer's disease. Generally, diseases in the group of dementia often result from the accumulation of protein abnormalities from cell senescence. However, having these proteins high does not necessarily mean that dementia will always occur. And it has been found that there are ways to prevent the disease. This article therefore compiles effective and easily accessible methods to prevent Alzheimer's disease and dementia through activities that enhance brain health. These include cognitively stimulating activities, such as reading books, playing puzzle games, multisensory stimulation, which relies on the principle of brain plasticity and reduces stress, such as playing music, and exercise, especially aerobic exercise, which promotes the health of the circulatory system and reduces the risk of dementia. This article also emphasizes the importance of receiving support from all sectors in organizing these activities for the elderly at the community level, which will help them have a good quality of life and reduce the risk of dementia.

Keywords: dementia; Alzheimer's disease; ageing society; activity-based

โรงเรียนอาหารอ่อนหวาน โรงเรียนสภาราชินี จังหวัดตรัง

สมิทร สามห้วย¹, อารีรัตน์ ศรีวรพันธ์¹, อรพรรณ ฤทธิชัย¹, ปิยะนุช สุวรรณพัฒน์¹, นันทน์ภัส กังงา¹,
กนกวรรณ มากอัน¹, อาภาพรณี เขมวุฒิพงษ์², จุฑามาศ ตริรัตน์พันธ์³

¹โรงเรียนสภาราชินี จังหวัดตรัง

²งานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

³กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลตรัง

บทคัดย่อ

บทความนี้เป็นบททบทวนการปฏิบัติด้วยทฤษฎีการจัดการ POLC ประกอบด้วย การวางแผน (planning) การจัดการองค์การ (organizing) การชี้นำ (leading) และการควบคุม (controlling) เพื่อสุขภาพที่ดีของบุคลากรในการลดบริโภคหวาน มัน เค็มในโรงเรียนอาหารอ่อนหวานโรงเรียนสภาราชินี จังหวัดตรัง ซึ่งเป็นโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดใหญ่พิเศษที่มีนักเรียนจำนวน 2,916 คน โดยถอดบทเรียนร่วมกันระหว่างฝ่ายปฏิบัติการและฝ่ายสนับสนุน ด้วยวิธีการ focus group จากคำถาม 3 ประเด็น คือ (1) การจัดการอาหารและเครื่องดื่มในโรงเรียน (2) การแบ่งหน้าที่รับผิดชอบในการจัดการอาหารและเครื่องดื่มในโรงเรียน และ (3) ความสำเร็จในการจัดการอาหารและเครื่องดื่ม จากการเก็บรวบรวมข้อมูล นำมาวิเคราะห์ และประชุมกลุ่มย่อยระหว่างผู้บริหาร คณะครู และผู้ประกอบการร้านอาหาร ทำให้เกิดแผนงานและแนวทางการปฏิบัติที่นำไปสู่การประกาศนโยบายและแนวทางการดำเนินงานโรงเรียนอาหารอ่อนหวานในโรงเรียนสภาราชินี จังหวัดตรัง เพื่อรณรงค์ กระตุ้น สร้างแนวทางปฏิบัติและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียนตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) 5 ประการ ได้แก่ (1) การสร้างนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ โดยผู้บริหารโรงเรียน ประกาศนโยบายและแนวทางการดำเนินงานโรงเรียนอาหารอ่อนหวานที่ชัดเจนให้บุคลากรในโรงเรียน ผู้ปกครอง และชุมชนรับทราบ เพื่อนำไปปฏิบัติ (2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ผู้ประกอบการจัดเมนูอาหาร 5 หมู่ ที่มีผักเป็นส่วนประกอบหลักทุกวัน มีเมนูแนะนำที่ถูกหลักโภชนาการ ไม่วางเครื่องปรุงรส จัดจุดบริการน้ำดื่มฟรี จำหน่ายน้ำดื่ม ไม่จำหน่ายน้ำอัดลม และจัดจุดแปรงฟันหลังอาหาร (3) การส่งเสริมกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง มีครูอนามัยที่รับผิดชอบคอยตรวจเยี่ยมผู้ประกอบการร้านอาหารและเครื่องดื่ม และมีนักเรียน อย.น้อย ตรวจสอบความหวาน ความเค็มในโรงเรียนเป็นประจำทุกเดือน และมีการตรวจเยี่ยมโดยทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปีละ 1 ครั้ง (4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ร่วมกับนักโภชนาการ โรงพยาบาลตรัง จัดอบรมความรู้ด้านสุขภาพแก่ครูอนามัย ผู้ประกอบการร้านอาหาร และนักเรียน อย.น้อย เรื่องการจัดเมนูอาหาร การสุขาภิบาลอาหาร การเลือกวัตถุดิบ การอ่านฉลากอาหาร การตรวจวัดความหวาน ความเค็ม กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลตรังและวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดตรัง จัดอบรมฝึกปฏิบัติการตรวจฟันด้วยตนเอง การแปรงฟันถูกวิธี และตรวจฟันเบื้องต้นในโรงเรียนแก่นักเรียนทุกคน และ (5) การปรับเปลี่ยนการบริการสุขภาพ นักเรียนมีความรอบรู้ (health literacy) ในการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ จนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภค สามารถดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองได้ และทราบว่าเมื่อไรควรไปพบทันตบุคลากร เพื่อให้ได้รับการรักษาได้ทันเวลา การดำเนินงานข้างต้นทำให้เด็กนักเรียนมีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 83.36 ปี 2566 นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากร้อยละ 97.16 พบนักเรียนฟันผุร้อยละ 19.66 เหงือกอักเสบร้อยละ 6.37 มีหินน้ำลายร้อยละ 47.77 มีคราบจุลินทรีย์ร้อยละ 10.06 นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ได้ฝึกแปรงฟันถูกวิธีและตรวจฟันด้วยตนเอง ข้อเสนอแนะคือ (1) ทีมผู้บริหารโรงเรียนควรประกาศนโยบายและแนวทางการดำเนินงานโรงเรียนอาหารอ่อนหวานต่อเนื่องทุกการ

เปลี่ยนแปลงผู้บริหาร (2) มีผู้รับผิดชอบกิจกรรมหลัก ดำเนินการต่อเนื่องสม่ำเสมอทั้งการจัดกิจกรรม ควบคุมกำกับ และประเมินผล และ (3) มีกิจกรรมโรงเรียน โรงอาหารอ่อนหวานให้บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมสม่ำเสมอต่อเนื่อง

คำสำคัญ: โรงเรียนโรงอาหารอ่อนหวาน; การบริโภคอาหารและเครื่องดื่มในโรงเรียน; การสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียน; โรงเรียนสภาราชนี จังหวัดตรัง

วันรับ: 4 ม.ค. 2567

วันแก้ไข: 7 ก.พ. 2567

วันตอบรับ: 11 ก.พ. 2567

บทนำ

โรงเรียนสภาราชนี จังหวัดตรัง เป็นโรงเรียนประจำจังหวัด เป็นโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีนักเรียน 2,916 คน มีครูและบุคลากร 199 คน บริหารงานโดยนายสุมิตร สามห้วย ผู้อำนวยการโรงเรียน มีนางอารีรัตน์ ศรีวรภาพันธุ์ เป็นรองผู้อำนวยการกลุ่มบริหารทั่วไป ภายในโรงเรียนมีสหกรณ์ร้านค้า 1 ร้าน มีร้านอาหารที่ดำเนินการโดยผู้ประกอบการ 14 ร้าน^(1,2) การสำรวจข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูง ปีพ.ศ. 2566 พบนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ร้อยละ 16.19⁽³⁾ ฟันผุร้อยละ 20.04⁽⁴⁾

จากพันธกิจโรงเรียนสภาราชนี จังหวัดตรัง ที่ต้องการส่งเสริมสุขภาพผู้เรียนและบุคลากรให้มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดี จึงเข้าร่วมโครงการโรงเรียนโรงอาหารอ่อนหวาน เนื่องจากตระหนักว่าการบริโภคหวาน มัน เค็มเป็นประจำ จะทำให้เกิดโรคอ้วน โรคฟันผุ โรคเบาหวาน โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)⁽⁵⁾ และโรคอื่นๆ ตามมา โรงเรียนจึงได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน และผู้รับผิดชอบโรงเรียนโรงอาหารอ่อนหวานขึ้น⁽⁶⁾ และประชุมผู้เกี่ยวข้องในการจัดการอาหารและเครื่องดื่มในโรงเรียน⁽⁷⁾ ให้ความรู้ผู้ประกอบการร้านอาหาร จัดการเรียนการสอนโดยบูรณาการให้ความรู้กับนักเรียนในวิชาต่างๆ⁽⁸⁾ จัดจุดบริการน้ำดื่มฟรี ไม่จำหน่ายน้ำอัดลมในโรงเรียน พร้อมทั้งประกาศนโยบายและแนวทางการดำเนินงานโรงอาหารอ่อนหวาน ให้ครู นักเรียน ผู้ประกอบการ ผู้ปกครอง และชุมชนทราบผ่านป้ายประกาศ⁽⁹⁾ และ Facebook⁽¹⁰⁾ ของโรงเรียน เพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของบุคลากรในโรงเรียน

โรงเรียนสภาราชนี จังหวัดตรัง นำเทคโนโลยีมาใช้ในกระบวนการต่างๆ ของโรงเรียน โดยใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่

ผ่าน Application Student Care ตั้งแต่สแกนการเข้า-ออกโรงเรียน เป็นสังคมไร้เงินสดที่นักเรียนสามารถซื้ออาหาร เครื่องดื่ม และอุปกรณ์การเรียนโดยการสแกนจ่ายผ่านโทรศัพท์เคลื่อนที่ เป็นช่องทางที่ทำให้ผู้ปกครองทราบการตัดสินใจใช้จ่ายของบุตรหลาน

บทความนี้เป็นบททบทวนการปฏิบัติ (after action review technique: AAR) เพื่อการพัฒนาการดำเนินงานของโรงเรียนขนาดใหญ่ที่มีนักเรียนจำนวนมากในโครงการโรงเรียนโรงอาหารอ่อนหวาน โดยฝ่ายปฏิบัติการ ได้แก่ คณะผู้บริหารโรงเรียน ผู้รับผิดชอบโครงการ ผู้ประกอบการ ผู้นำนักเรียน และนักเรียนโรงเรียนสภาราชนี จังหวัดตรัง ส่วนฝ่ายสนับสนุน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง กลุ่มงานทันตกรรม และกลุ่มงานโภชนศาสตร์ โรงพยาบาลตรัง ได้นำทฤษฎีการจัดการ POLC⁽¹¹⁾ มาปฏิบัติเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ดังนี้

1. การวางแผน (planning) คณะผู้บริหารโรงเรียน คณะครูผู้รับผิดชอบผู้ประกอบการร้านอาหารและผู้นำนักเรียน เห็นถึงความสำคัญของการมีสุขภาพที่ดีของนักเรียน จึงร่วมจัดทำแผนงานโรงอาหารอ่อนหวาน⁽¹²⁾ โดยแบ่งหน้าที่ตามบริบท กำหนดขอบเขตความรับผิดชอบ จัดระบบควบคุมกำกับ และประเมินผล มีผู้แทนเครือข่ายเด็กตรังอ่อนหวาน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง กลุ่มงานทันตกรรม และกลุ่มงานโภชนศาสตร์ โรงพยาบาลตรัง สนับสนุนความรู้ด้านอาหารโภชนาการ และด้านทันตศึกษาแก่บุคลากรในโรงเรียน

2. การจัดการองค์กร (organizing) ผู้อำนวยการโรงเรียนสภาราชนี จังหวัดตรัง นายสุมิตร สามห้วย ประกาศนโยบายและแนวทางการดำเนินงานโรงเรียนโรงอาหารอ่อนหวาน โดยแจ้งให้นักเรียนทุกคนทราบหลังเคารพ

ธงชาติ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์นโยบายใน Facebook ของโรงเรียน พร้อมทั้งติดป้ายประกาศ เพื่อให้นักเรียน บุคลากรในโรงเรียน ผู้ประกอบการ และประชาชนรับทราบ นโยบายลดการใช้น้ำตาล เครื่องปรุงรส หลังจากประกาศ นโยบายทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ ดังนี้

2.1 โรงเรียนจัดประชุมผู้ประกอบการร้านอาหาร⁽¹³⁾ ก่อนเปิดภาคเรียน เพื่อเตรียมความพร้อมการจัดอาหาร ในโรงเรียน มีครูผู้รับผิดชอบฝ่ายโภชนาการ ตรวจเยี่ยม ผู้ประกอบการร้านอาหาร ตั้งแต่การเตรียมวัตถุดิบ การขนส่ง ไปถึงขั้นตอนการปรุงอาหาร และจำหน่ายอาหารตามหลัก โภชนาการให้กับนักเรียน ซึ่งนักเรียนซื้ออาหารและเครื่องดื่ม ด้วยการสแกนจ่ายผ่าน Application Student Care ทำให้ผู้ประกอบการใช้จ่ายของบุตรหลาน โรงเรียน กระตุ้นการดื่มน้ำเปล่าโดยจัดจุดบริการน้ำดื่มฟรี 6 จุด ซึ่งนักเรียนสามารถนำแก้วน้ำส่วนตัวมากดน้ำดื่มได้ ร้านสหกรณ์ในโรงเรียนจำหน่ายน้ำดื่ม ไม่จำหน่าย น้ำอัดลม และจัดจุดแปรงฟันหลังอาหาร โรงเรียนจัดการเรียนการสอนโดยบูรณาการการสร้างความรู้สุขภาพ ใน 8 กลุ่มสาระวิชา ได้แก่ วิชาภาษาอังกฤษ เรื่องการ เลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ วิชาคณิตศาสตร์ เรื่องค่าร้อยละในชีวิตประจำวัน วิชาวิทยาศาสตร์และ เทคโนโลยี เรื่องการออกแบบอินโฟกราฟิก ในหัวข้อ ลด หวาน มัน เค็ม เดิมเต็มสุขภาพ เพื่อให้นักเรียนได้นำ ไปใช้ในชีวิตประจำวัน

2.2 หน่วยงานสาธารณสุข โดยสำนักงานสาธารณสุข- สุขจังหวัดตรัง และกลุ่มงานโภชนาการ โรงพยาบาลตรัง จัดอบรมความรู้ด้านสุขภาพแก่นักเรียน อย.น้อย⁽¹⁴⁾ เรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การอ่าน ฉลากอาหาร จัดอบรมครูผู้รับผิดชอบ ผู้ประกอบการ ร้านอาหาร⁽¹⁵⁾ เรื่องความรู้การประกอบอาหารในโรงเรียน กิจกรรมโรงเรียนโรงอาหารอ่อนหวาน ภายใต้ “โครงการ เครือข่ายเด็กตรังอ่อนหวาน” และได้รับเกียรติบัตรที่ผ่านการรับรองโดยผู้จัดการโครงการเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตรัง

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลตรัง ได้ให้ความรู้ นักเรียนเรื่องการตรวจช่องปากด้วยตนเอง การแปรงฟัน ที่ถูกวิธี พร้อมทั้งตรวจสุขภาพช่องปากให้นักเรียนโดย ทันตบุคลากร ปีการศึกษาละ 1 ครั้ง⁽¹⁶⁾ และส่งแบบแจ้งผล

การตรวจสุขภาพช่องปากแก่นักเรียน⁽¹⁷⁾ เพื่อให้เด็กที่มี ปัญหาสุขภาพช่องปากไปรับบริการทันตกรรมตามความ เหมาะสม

2.3 ผู้ประกอบการร้านอาหาร นำความรู้ที่ได้จาก การอบรมนำมาปรับใช้จริง โดยจัดอาหารเมนูอาหาร 5 หมู่ ที่มีผักเป็นส่วนประกอบหลักทุกวันแก่นักเรียน และมีเมนู แนะนำที่ถูกหลักโภชนาการ⁽¹⁸⁾ ที่ผ่านการรับรองจากกลุ่มงาน โภชนาการ โรงพยาบาลตรัง ไม่วางเครื่องปรุง เพื่อการ ลดเครื่องปรุง ลดหวาน มัน เค็มในเมนูอาหาร

2.4 นักเรียน อย.น้อย เก็บตัวอย่างอาหารและเครื่องดื่ม เพื่อตรวจสอบคุณภาพความหวาน ความเค็มให้ได้มาตรฐาน โดยสุ่มตรวจเดือนละ 1 ครั้ง และบันทึกความหวาน ความเค็ม⁽¹⁹⁾

3. การชี้แนะ (leading) ผู้นำครู ผู้นำนักเรียน ผู้นำ ผู้ประกอบการกระตุ้นจิตสำนึกแก่สมาชิกในโรงเรียน โดย สื่อสารผ่านป้ายประกาศนโยบายในโรงเรียน และ Facebook มีจุดบริการน้ำดื่มฟรี ไม่จำหน่ายน้ำอัดลม ในโรงเรียน มีเมนู แนะนำถูกหลักโภชนาการ มีจุดแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน โดยให้นักเรียนถ่ายคลิปแปรงฟันหลังอาหารกลางวันส่ง คุณครู เพื่อสะสมเป็นแต้มความดี

4. การควบคุม (controlling) โรงเรียนให้ความสำคัญ กับการประเมินผลลัพธ์ และตรวจสอบกิจกรรมร่วมกัน มีการ ตรวจสอบสถานที่ปรุงอาหาร อุปกรณ์ในการปรุงอาหาร โดยสุ่มตรวจทุกปีการศึกษา ปีละ 2 ครั้ง และมีนักเรียน อย.น้อย ใช้เครื่องมือทดสอบความหวาน ความเค็มทุกเดือน เพื่อควบคุมคุณภาพปริมาณน้ำตาล สารปรุงรส โดยน้ำตาล ไม่ให้เกินร้อยละ 5 หากมีน้ำแฉะไม่เกินร้อยละ 10⁽²⁰⁾ เกลือ ไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน^(21,22) และมีการบันทึกการซื้อ ใช้เครื่องปรุง⁽²³⁾ ของร้านขายเครื่องดื่ม ร้านอาหารทุกแห่ง จะมีเมนูแนะนำที่ถูกหลักโภชนาการ และมีการตรวจประเมิน การลดหวาน มัน เค็ม ตามเกณฑ์การประเมินโครงการรณรงค์ ลดการบริโภคหวาน ปีละ 1 ครั้ง⁽²⁴⁾ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การถอดบทเรียนด้วยการ focus group กับผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหารสถานศึกษา ครู นักเรียน ผู้ประกอบการ- ร้านอาหาร และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องจำนวน 25 คน ใช้คำถามหลัก 3 ประเด็น ดังนี้

1. การจัดการเรื่องอาหารและเครื่องดื่มในโรงเรียน เพื่อลดการบริโภคหวาน มัน เค็มในโรงเรียน จนมีการ ประกาศนโยบายและแนวทางการดำเนินงานโรงอาหาร-

อ่อนหวานให้ทุกคนรับทราบ ส่งเสริมการดื่มน้ำเปล่า ไม่จำหน่ายน้ำอัดลม และลดการใช้เครื่องปรุงรสในโรงเรียน

2. องค์กรในโรงเรียนมีการจัดแบ่งหน้าที่เกี่ยวกับเรื่องอาหารและเครื่องดื่มอย่างไร มีชมรม อย.น้อย สุ่มตรวจคุณภาพอาหารโรงอาหารเป็นประจำ ทั้งสุ่มตรวจน้ำหวานว่ามีค่าความหวานเกินค่ามาตรฐานหรือไม่ น้ำซูป น้ำกวยเตี๋ยวมี่ความเค็มเกินค่ามาตรฐานหรือไม่ มีการกำหนดนโยบายลดการใช้เครื่องปรุง กำหนดเมนูอาหารให้ครบ 5 หมู่ มีผักผลไม้เป็นส่วนประกอบหลักของอาหารทุกวัน

3. ผลความสำเร็จในการจัดการเรื่องอาหารและเครื่องดื่มในโรงเรียน และความพึงพอใจในการจัดการเรื่องอาหารและเครื่องดื่ม ทำให้โรงเรียนลดการใช้น้ำตาล 2 กิโลกรัม⁽²⁵⁾ โรงเรียนผ่านเกณฑ์ประเมินระดับดี ตามเกณฑ์ประเมินของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง และได้รับการเยี่ยมชมการดำเนินงานโรงอาหารอ่อนหวาน จากผู้จัดการเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พร้อมคณะกรรมการทั้งกิจกรรมโรงอาหารอ่อนหวานผ่านสื่อโทรทัศน์วารสารประชาสัมพันธ์โรงเรียนสภาราชนิ จังหวัดตรัง และหนังสือพิมพ์เดลินิวส์ออนไลน์ เผยแพร่ ภาคภูมิใจ เป็นกำลังใจดำเนินการอย่างเข้มแข็งต่อไป เป็นต้นแบบโรงเรียนมัธยมขนาดใหญ่พิเศษที่ดำเนินการโรงอาหารอ่อนหวานไม่กินน้ำอัดลม แปร่งพันหลังอาหารกลางวัน

การสร้างสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โรงเรียนจึงมีมาตรการสร้างเสริมสุขภาพซึ่งสอดคล้องกับการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) 5 ประการ ได้แก่

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยผู้อำนวยการโรงเรียนสภาราชนิ จังหวัดตรัง ประกาศนโยบายและแนวทางการดำเนินงานโรงอาหารอ่อนหวานในโรงเรียนแก่บุคลากรในโรงเรียน และสื่อสาธารณะ

2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยกำหนดให้ผู้ประกอบการร้านอาหาร ปรุงอาหารที่ลดการใช้เครื่องปรุงรส จัดเมนูอาหารให้ครบ 5 หมู่ ควบคุมการผลิต การขนส่ง จัดจำหน่าย และแสดงเมนูอาหารแนะนำ ที่ผ่านการรับรองโดยนักวิชาการโภชนศาสตร์โรงเรียนจัดจุดบริการน้ำดื่มฟรี จำหน่ายน้ำดื่ม ไม่จำหน่ายน้ำอัดลม และจัดจุดแปร่งพันในโรงเรียน

3. การส่งเสริมกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง โดยนักโภชนศาสตร์ โรงพยาบาลตรัง ฝึกอบรมนักเรียน อย.น้อย และนำไปปฏิบัติจริงในโรงอาหาร โดยใช้เครื่องทดสอบความหวาน ความเค็มทุกเดือน ในร้านอาหารทุกร้าน อบรมผู้ประกอบการร้านอาหารทุกปี เตรียมเยี่ยมสถานที่ปรุงอาหาร ตรวจสอบการขนส่ง การจัดจำหน่ายทำให้ผู้ประกอบการร้านอาหารปฏิบัติตามเกณฑ์อาหารปลอดภัยได้อย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน การจัดสิ่งแวดล้อมข้างต้น ยังทำให้นักเรียนมีทักษะในการเลือกอาหาร ซึ่งมีประโยชน์ต่อสุขภาพ เป็นทัศนคติที่ดีติดตัวไปจนเป็นผู้ใหญ่

4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล กลุ่มงานโภชนศาสตร์ โรงพยาบาลตรัง ได้จัดอบรมฝึกการตรวจวัดความหวาน ความเค็ม การอ่านฉลากอาหาร ทักษะในการเลือกอาหารแก่นักเรียน อย.น้อย และนักเรียนทุกปี กลุ่มงานทันตกรรม-โรงพยาบาลตรัง และวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร-จังหวัดตรัง จัดอบรมฝึกปฏิบัติการตรวจฟันด้วยตนเอง การแปรงฟันถูกวิธี และตรวจฟันเบื้องต้นในโรงเรียนแก่นักเรียนทุกคน เพื่อพัฒนาทักษะในการเลือกอาหารที่มีประโยชน์ต่อคุณภาพ และการทำความสะอาดช่องปาก รวมทั้งตรวจสุขภาพช่องปากตนเองเบื้องต้นได้

5. การปรับเปลี่ยนการบริการสุขภาพ นักเรียนสามารถตรวจฟันด้วยตนเอง มีความรอบรู้ (health literacy) ในการดูแลฟันด้วยตนเอง และทราบว่าเมื่อไรควรไปพบทันตบุคลากร เพื่อให้ได้รับการรักษาได้ทันเวลา

ผลจากความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องพบว่า ปี พ.ศ. 2565 และ ปี พ.ศ. 2566 เด็กนักเรียนมีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (W/H) เกินเกณฑ์ลดลงร้อยละ 0.45⁽²⁶⁾ เด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 เด็กนักเรียนฟันแท้ผู้ลดลงร้อยละ 2.48 เหงือกอักเสบลดลงร้อยละ 6.37 หินน้ำลายลดลงร้อยละ 1.51 และมีคราบจุลินทรีย์ลดลงร้อยละ 3.55⁽²⁷⁻²⁸⁾

สรุป

การดำเนินการงานโรงเรียนอาหารอ่อนหวาน โรงเรียนสภาราชนิ จังหวัดตรัง เกิดจากนำทฤษฎีและกระบวนการ ได้แก่

1. ทฤษฎีการจัดการ POLC ที่ฝ่ายปฏิบัติการและฝ่ายสนับสนุนร่วมกันการวางแผน (planning) การจัดการ

องค์การ (organizing) การชี้นำ (leading) และการควบคุม (controlling) จนเกิดแนวทางปฏิบัติ

2. กระบวนการกลุ่ม (focus group) โดยระดมความคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้องในโรงเรียน ไม่ว่าจะเป็นผู้บริหาร คณะครู นักเรียน และผู้ประกอบการร้านอาหาร ถึงมาตรการจัดการเรื่องอาหารและเครื่องดื่มในโรงเรียน การแบ่งหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในองค์กร และการวัดผลความสำเร็จในการจัดการอาหารและเครื่องดื่มในโรงเรียน รวมทั้งความพึงพอใจในการจัดการเรื่องอาหารและเครื่องดื่มในโรงเรียน

3. การสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ในการสร้างนโยบายสาธารณะ สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ส่งเสริมกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง พัฒนากิจกรรมส่วนบุคคล และปรับเปลี่ยนการบริการสุขภาพ จนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเกิดสังคมลดหวาน มัน เค็มในโรงเรียน

จากการนำทั้ง 3 ทฤษฎีมาใช้ในการถอดบทเรียน

นำไปสู่การประกาศนโยบาย โรงเรียนสภาราชนิ จังหวัดตรัง เรื่อง “นโยบายและแนวทางการดำเนินงานโรงอาหาร-ออ่อนหวานในสถานศึกษา” ทำให้ ปี พ.ศ. 2565 และ ปี พ.ศ. 2566 เด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 พันท์ผู้ลดลงร้อยละ 2.48 เหนืออีกเสบลดลงร้อยละ 6.37 หินน้ำลายลดลงร้อยละ 1.51 และมีคราบจุลินทรีย์ลดลงร้อยละ 3.55 โรงอาหารในโรงเรียนลดการใช้น้ำตาลร้อยละ 30 ลดการใช้เกลือลดร้อยละ 20 ทำให้โรงเรียนสภาราชนิ จังหวัดตรัง ผ่านเกณฑ์ประเมินระดับดี ตามเกณฑ์ประเมินของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง และได้รับการเยี่ยมชมการดำเนินงานโรงอาหารออ่อนหวาน จากผู้จัดการเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และคณะสื่อมวลชน และได้รับการเผยแพร่ผ่านสื่อว่าเป็นโรงเรียนที่จัดกิจกรรมโรงเรียนโรงอาหารออ่อนหวาน ถือเป็นภาคภูมิใจ และเป็นกำลังใจในการเป็นต้นแบบโรงเรียนมัธยมขนาดใหญ่ที่ดำเนินการโรงอาหารออ่อนหวานต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Today Variety. โรงอาหารออ่อนหวาน โรงเรียนสภาราชนิ จังหวัดตรัง เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 16 พ.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://youtu.be/ItyMBKIuoI8?si=OmUVQIGPd7mqwDTn>
2. โรงเรียนสภาราชนิ จังหวัดตรัง. โครงการโรงอาหารออ่อนหวาน โรงเรียนสภาราชนิ จังหวัดตรัง [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 16 พ.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://youtu.be/-etFh2gWDxY?si=A4WAeDDPwRNBUgar>
3. ปิยะนุช สุวรรณพัฒน์. แบบรายงานภาวะโภชนาการนักเรียนรายบุคคล. ตรัง: โรงเรียนสภาราชนิ จังหวัดตรัง; 2566.
4. กนกวรรณ ช่วยหวัง. แบบบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปากนักเรียน. ตรัง: โรงพยาบาลตรัง; 2566.
5. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. สุขภาพดี เริ่มที่...อาหาร ลด หวาน มัน เค็ม เดิมเดิม ผัก ผลไม้ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 16 พ.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: https://planning.anamai.moph.go.th/web-upload/20xa4d80079fdd38ace9fb48a050e-5b52e4/202012/m_document/31509/13377/file_download/9a3b9146e38d9190e86da0802648d7d0.pdf
6. โรงเรียนสภาราชนิ. คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน และผู้รับผิดชอบโรงเรียนโรงอาหารออ่อนหวาน. ตรัง: โรงเรียนสภาราชนิ จังหวัดตรัง; 2566.
7. โรงเรียนสภาราชนิ จังหวัดตรัง. การจัดการอาหารและเครื่องดื่มในโรงเรียน. ตรัง: โรงเรียนสภาราชนิ จังหวัดตรัง; 2566.
8. โรงเรียนสภาราชนิ จังหวัดตรัง. แผนการเรียนการสอนโรงเรียนสภาราชนิ จังหวัดตรัง. ตรัง: โรงเรียนสภาราชนิ จังหวัดตรัง; 2566.
9. สุมิตร สามห้วย. ประกาศโรงเรียนสภาราชนิ จังหวัดตรัง เรื่องนโยบายและแนวทางการดำเนินงานโรงอาหารออ่อนหวานในสถานศึกษา. ตรัง: โรงเรียนสภาราชนิ; 2566.
10. โรงเรียนสภาราชนิ จังหวัดตรัง. ประกาศนโยบายและแนวทางการดำเนินงานโรงอาหารออ่อนหวานในสถานศึกษา[อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 16 พ.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://drive.google.com/file/d/1AsshQZrtVRTYWIJfbatxm7jIRswdy3Hc/view>
11. HREX.asia. POLC ทฤษฎีการจัดการที่สร้างประสิทธิภาพให้กับองค์กร [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 มิ.ย. 2562]. แหล่งที่มา: <https://th.hrnote.asia/orgdevelopment/190619-polc-management-concept/>
12. ปิยะนุช สุวรรณพัฒน์. แผนงานโรงอาหารออ่อนหวาน โรงเรียนสภาราชนิ จังหวัดตรัง. ตรัง: โรงเรียนสภาราชนิ จังหวัดตรัง; 2566.
13. โรงเรียนสภาราชนิ จังหวัดตรัง. รายงานการประชุมผู้ประกอบการร้านอาหาร จังหวัดตรัง; 5 พ.ย. 2566; โรงเรียนสภาราชนิ, ตรัง. ตรัง: 2566.

14. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง กลุ่มงานโภชนศาสตร์ โรงพยาบาลตรัง. อบรมความรู้ด้านสุขภาพแก่ นักเรียน อย.น้อย. ตรัง: โรงเรียนสภาราชินี จังหวัดตรัง; 2566
15. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง กลุ่มงานโภชนศาสตร์ โรงพยาบาลตรัง. อบรมความรู้การประกอบอาหารในโรงเรียน กิจกรรมโรงเรียน โรงอาหารอ่อนหวาน ภายใต้ “โครงการเครือข่ายเด็กตรังอ่อนหวาน”. ตรัง: โรงเรียนสภาราชินี จังหวัดตรัง; 2566.
16. กนกวรรณ ช่วยหวัง. ตรวจสุขภาพช่องปากให้นักเรียนโดยทันตบุคลากร. ตรัง: โรงเรียนสภาราชินี จังหวัดตรัง; 2566.
17. กนกวรรณ ช่วยหวัง. แบบแจ้งผลการตรวจสุขภาพช่องปากแก่นักเรียนโรงเรียนสภาราชินี จังหวัดตรังตรัง. ตรัง: โรงพยาบาลตรัง; 2566.
18. โรงเรียนสภาราชินี จังหวัดตรัง. เมนูแนะนำที่ถูกต้องหลักโภชนาการ. ตรัง: โรงเรียนสภาราชินี จังหวัดตรัง; 2566.
19. โรงเรียนสภาราชินี จังหวัดตรัง. แบบบันทึกความหวาน ความเค็ม. ตรัง: โรงเรียนสภาราชินี จังหวัดตรัง; 2566.
20. นฤมล ธนเจริญวัชร. การศึกษาการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียน [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 15 พ.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/download06/download?id=85361&mid=32009&mkey=m_document&lang=th&did=27550
21. สำนักโภชนาการ. ผลของการบริโภคเกลือหรือโซเดียมต่อสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 พ.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/dm-km/download?id=40490&mid=31943&mkey=m_document&lang=th&did=14334
22. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2568 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 พ.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: <http://thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/ยุทธศาสตร์ลดบริโภคและโซเดียมว.pdf>
23. โรงเรียนสภาราชินี จังหวัดตรัง. การบันทึกการซื้อ-ใช้เครื่องปรุง. ตรัง: โรงเรียนสภาราชินี จังหวัดตรัง; 2566.
24. โรงเรียนสภาราชินี จังหวัดตรัง. การตรวจประเมินการลดหวาน มัน เค็ม ตามเกณฑ์การประเมินโครงการรณรงค์ลดการบริโภคหวาน. ตรัง: โรงเรียนสภาราชินี จังหวัดตรัง; 2566.
25. โรงเรียนสภาราชินี จังหวัดตรัง. แบบบันทึกการใช้น้ำตาล. ตรัง: โรงเรียนสภาราชินี จังหวัดตรัง; 2566.
26. โรงเรียนสภาราชินี จังหวัดตรัง. แบบบันทึกค่าดัชนีมวลถวณักเรียน โรงเรียนสภาราชินี จังหวัดตรัง. ตรัง: โรงเรียนสภาราชินี จังหวัดตรัง; 2566.
27. กนกวรรณ ช่วยหวัง. สรุปผลการตรวจสภาวะช่องปากเด็กในโรงเรียนมัธยมศึกษา อำเภอเมืองตรัง ปี 2565. ตรัง: โรงพยาบาลตรัง; 2565.
28. กนกวรรณ ช่วยหวัง. สรุปผลการตรวจสภาวะช่องปากเด็กในโรงเรียนมัธยมศึกษา อำเภอเมืองตรัง. ตรัง: โรงพยาบาลตรัง; 2566.

Low Sweet Canteen of Saparachinee Trang School, Trang Province, Thailand

Sumit Samhuay¹, Areerat Sriwaraphan¹, Orapan Rittichai¹, Piyanut Suwannapat¹, Nunnapat Kangnga¹, Kanokwan Markon¹, Apapunnee Khemwuttipong², Jutamat Treratpan³

¹ Saparachinee Trang School

² Dental Division, Trang Provincial Public Health Office

³ Dental Clinic Department, Trang Hospital, Trang Province, Thailand

Abstract

This article reviewed the practice the use of POLC management theory, consisting of planning, organizational management, leading, and controlling for the good health of the personnel of Saparachinee Trang School, which is an extra-large high school; with the aim to reduce the consumption of sweet, oily, and salty foods. It was conducted by extracting lessons shared among

the operation and support departments using focus group method covering the management of food and beverages consumption in schools; and creating healthy environment by providing suitable food menus; establishing tooth brushing corner, and providing free water. Soft drinks were not allowed in the canteen. Place to brush teeth after meals was provided. Small group meetings were conducted among administrators, teachers, and restaurant operators. Such measures resulted in a plan that led to the announcement of policies and guidelines for operating the Low Sweet Canteen of the school. The campaign was in line with the five principles of Ottawa Charter for health promotion: (1) creating public health policy for health: the school administrators announced clear policies and guidelines for operating Low Sweet Canteen in the school; (2) creating an environment conducive to health: the food sellers prepared menus of five food groups that contained vegetables as main ingredients every day; free drinking water dispensers provided in many areas; and area for toothbrushing after lunch was provided; (3) promoting strong community activities: the school assigned health-care teachers who were responsible of inspecting food and beverage in school, students volunteers helped investigating the level of sugar and sodium in food monthly; and monthly monitored by public health officers; (4) personal skill development: Trang Provincial Public Health Office together with nutritionists of Trang Hospital organized health literacy training for health teachers, restaurant entrepreneurs and student volunteers about arranging food menus, food sanitation, selecting ingredients, understanding food labels, monitoring the level of sugar and sodium, organizing trainings on dental self-examination by Dental Clinic of Trang Hospital and Sirindhorn College of Public Health in order to inform how to brush teeth correctly and basic dental examinations in schools for all students; and (5) Improvement of health services: students had sufficient health literacy in choosing nutritious food and change in consumption behaviors. They were able to take self-care of oral health and knew when to see a dental professional in order to receive treatment in time. The above operations resulted in 83.36 percent of the students within the standard weight criteria. In 2023, 97.16% of students in secondary school levels 1 - 6 received oral health examinations. Among them, 19.66% of students had tooth decay, 6.37% had gingivitis, 47.77% had salivary stones and 10.06% had plaque. Lastly, all secondary school level 1 students practiced brushing their teeth properly and checking their teeth on their own.

Keywords: low sweet canteen; food and beverages consumption in schools; health promotion in school; Saparachinee Trang School

การสร้างเสริมสุขภาพสมัยพุทธกาล “กรณีศึกษาพระพากุลเถระ”

พระครูใบฎีกา ฌัญญิต มหิสุสโร (อนุรักษตระกูล)
มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย จังหวัดนครปฐม

บทคัดย่อ

ปัจจุบันพระภิกษุและสามเณรมีปัญหาสุขภาพเป็นจำนวนมาก อาจด้วยปัจจัยหลายด้านทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนไปจากเดิม จำเป็นที่จะต้องทบทวนวิถีชีวิตและวัตรปฏิบัติสมัยพุทธกาล โดยผู้ที่เป็นตัวอย่างคือ พระพากุลเถระ เพราะท่านได้รับการยกย่องว่าเป็นผู้ไม่มีโรคภัยมาเบียดเบียน และเป็นผู้ที่มียายุยืน ในการศึกษาข้อวัตรปฏิบัติของท่านสามารถนำมาปรับประยุกต์ใช้ได้ดังนี้ เริ่มจากการให้ความสนใจที่จะสร้างเสริมสุขภาพ รู้จักการดูแลตนเอง ศึกษาแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพอยู่เสมอ การประคับประคองสภาวะจิตให้เป็นผู้มีความเมตตา ความกรุณา ปรารถนาดีต่อผู้อื่นอยู่เสมอ ลดการผูกพยาบาท ผูกโกรธที่จะเป็นเหตุให้เกิดความขุ่นเคืองทางจิต การจดจ่อ ระลึกรู้ตามความเป็นจริงในทุกๆ กิจกรรม ทำอย่างมีความรอบคอบระมัดระวังทุกการกระทำ ทำด้วยความพอดีและเหมาะสมต่อร่างกายของตน รวมถึงการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย และเป็นประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

คำสำคัญ: การสร้างเสริมสุขภาพ; สมัยพุทธกาล; ประยุกต์

วันรับ: 14 ม.ค. 2567

วันแก้ไข: 17 ก.พ. 2567

วันตอบรับ: 21 ก.พ. 2567

บทนำ

การสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion) เป็นกระบวนการในการเพิ่มความสามารถของเราในการควบคุมดูแล และพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น⁽¹⁾ เป็นผลรวมของกิจกรรมทางด้านสุขภาพ การออกกฎหมาย เศรษฐกิจและการคลัง การจัดสิ่งแวดล้อมและการจัดการองค์กร⁽²⁾ เป็นผลรวมของการสนับสนุนทางการศึกษา และด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดผลต่อการกระทำและสภาพการดำรงชีวิตอันก่อให้เกิดสุขภาพดีของบุคคล ชุมชน และสังคมโดยรวม⁽³⁾ เป็นการกระทำด้านสังคม ด้านการศึกษา เพื่อทำให้ประชาชนตระหนักในเรื่องสุขภาพ⁽⁴⁾ เป็นกระบวนการกระตุ้นบุคคล กลุ่มบุคคล ให้สามารถควบคุม

และปรับปรุงสุขภาพเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งสามารถป้องกัน และเกิดความตระหนักที่จะทำให้เกิดความพึงพอใจ ทั้งบุคคล และสิ่งแวดล้อม⁽⁵⁾ เป็นผลรวมของความพยายามที่จะทำให้เกิดการมีสุขภาพดีและการป้องกันไม่ให้เจ็บป่วย⁽⁶⁾ เป็นการทำให้ทรัพยากรบุคคลมีคุณภาพ ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของบุคคลและสังคม⁽⁷⁾ เป็นกระบวนการสร้างเสริม สนับสนุนด้านสุขภาพโดยให้บุคคลมีการปฏิบัติ และการพัฒนาสุขภาพ ตลอดจนจัดการสิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพเพื่อให้บรรลุการมีสุขภาพที่ดี ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข⁽⁸⁾ และเป็นกระบวนการเกื้อหนุนและสนับสนุนส่งเสริมให้บุคคล และกลุ่มคน มีความสามารถ

ในการควบคุมดูแลสุขภาพของตนเอง และพัฒนาสุขภาพของตนเอง ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มีความสมบูรณ์พร้อมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงวิธีการดำเนินชีวิต⁽⁹⁾ จะเห็นได้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพเป็นการสร้างความสมดุลทางร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีอันจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข

ย้อนรอยถอยหลังไปเมื่อ 2,000 กว่าปีที่ผ่านมายุคพุทธกาล เป็นช่วงระยะเวลาที่พระพุทธเจ้ายังมีพระชนม์อยู่ เรียกเต็มว่า สมัยพุทธกาล ครั้นพุทธกาล หรือ พุทธสมัย⁽¹⁰⁾ นับแต่พระพุทธเจ้าทรงตรัสรู้ก็ได้สั่งสอนสัตว์โลกเป็นเวลา 45 พรรษา⁽¹¹⁾ จนมีสาวกเป็นจำนวนมากประกาศตนยอมรับนับถือพระพุทธศาสนา และออกบวชตามบ้าง มิได้ออกบวชตามบ้าง แต่ก็ได้บรรลุคุณธรรมชั้นต่างๆ เรียกว่า พุทธบริษัท 4 หมายถึง หมู่ชนที่นับถือพระพุทธศาสนา มี 4 จำพวก ประกอบด้วย ภิกษุบริษัท ภิกษุณีบริษัท อุบาสกบริษัท และอุบาสิกาบริษัท⁽¹²⁾ เมื่อเวลาผ่านไป 200 กว่าปีหลังพระพุทธเจ้าปรินิพพาน เป็นช่วงการสังคายนาครั้งที่ 3 ถือว่าได้ก่อให้เกิดพระไตรปิฎกขึ้น เพราะมีครบทั้งพระวินัย-ปิฎก พระสูตรต้นตปิฎก และพระอภิธรรมปิฎก⁽¹³⁾ ซึ่งรวบรวมคำสอนของพระพุทธเจ้าไว้เป็นหมวดหมู่

สำหรับคำสอนในทางพระพุทธศาสนาที่เกี่ยวข้องกับความสำคัญเรื่องสุขภาพนั้นมีปรากฏในคัมภีร์พระไตรปิฎกคือ มาคัณทียสูตร⁽¹⁴⁾ แสดงถึงเรื่องราวที่พระพุทธเจ้าได้ตรัสกับมาคัณทียะ ใจความสำคัญว่า “ความไม่มีโรค เป็นลาภอันประเสริฐ นิพพานเป็นสุขอย่างยิ่ง บรรดาทางทั้งหลายอันให้ถึงอมตธรรม ทางมีองค์ 8 เป็นทางอันเกษม” หรือเราอาจได้ฟังพุทธสุภาษิตที่คุ้นชินว่า อาโรคฺยปรมา ลาภา⁽¹⁵⁾ จะเห็นได้ว่า พระพุทธเจ้าได้แสดงถึงความไม่โรคนั้นมีความหมายลึกซึ้ง แสดงรายละเอียดประกอบด้วยโรคทางกาย และโรคทางใจ ที่จะเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต เป็นสิ่งที่ทำลายสุขภาพให้เกิดความไม่สมดุล

แต่ที่เป็นปรากฏการณ์ในส่วนของสถาบันสงฆ์ปัจจุบัน พระภิกษุและสามเณร มีปัญหาสุขภาพเป็นจำนวนมาก และที่น่าเป็นกังวลอย่างยิ่ง คือ พระภิกษุและสามเณรที่เป็นผู้ป่วยติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ อีกทั้งข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ยังเป็นการอาพาธในพระสงฆ์มากที่สุด ทั้งเบาหวาน ความดัน

โรคหัวใจ โรคอ้วน ซึ่งมาจากพฤติกรรมความเป็นอยู่ ขัดแย้งในการออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางกาย หรือพฤติกรรมของฆราวาสที่นำอาหารหวานมันเค็มมาถวาย⁽¹⁶⁾ ซึ่งล้วนเป็นปัญหาด้านสุขภาพของพระสงฆ์ทั้งสิ้น เป็นเหตุให้จะต้องเหลียวหลัง แลหน้า ย้อนดูวิถีชีวิตและวัตรปฏิบัติสมัยพุทธกาล เพราะสมัยนั้นมีพระภิกษุที่ได้รับยกย่องว่าเป็นผู้มีโรคน้อย อายุยืนยาวนาน และเพื่อเป็นการศึกษาวิเคราะห์ให้เกิดองค์ความรู้แล้วนำมาปรับประยุกต์ใช้กับสถานการณ์โลกปัจจุบัน

กรณีศึกษาพระพาลุเกระ

บุคคลที่ได้รับยกย่องหรือถือเป็นต้นแบบทางพระพุทธศาสนาที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพสามารถเทียบเคียงกับบุคคลที่พระพุทธเจ้าได้ยกย่องว่าเป็นผู้เลิศทางไม่มีโรคอาพาธ เพราะตลอดชีวิตของบุคคลนั้นปราศจากโรคร้ายไข้เจ็บมาเบียดเบียน ทั้งโรคทางกาย และโรคทางใจ ดำเนินชีวิตได้ด้วยความผาสุกกว่าบุคคลอื่น จึงเป็นเหตุให้พระพุทธเจ้ายกย่อง สรรเสริญ เชิดชู มอบความเป็นเอตทัคคะเลิศกว่าบุคคลทั้งหลาย ซึ่งจะได้นำมาเป็นกรณีศึกษาให้เราได้เรียนรู้ทำความเข้าใจ อันจะเป็นการสร้างอุดมการณ์ อุดมคติ ยึดเป็นแม่แบบในการดูแล สร้างเสริมสุขภาพของเราให้ปราศจากโรคร้ายไข้เจ็บ สร้างความสมดุลด้านสุขภาพ และดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

ในทางพระพุทธศาสนามีการประกาศเกียรติคุณแก่พระสาวก โดยได้รับการยกย่องจากพระพุทธเจ้าว่าเป็นผู้ยอดเยี่ยมในทางใดทางหนึ่ง เรียกว่า “เอตทัคคะ” หมายถึงความสามารถพิเศษเฉพาะตัว ซึ่งไม่มีบุคคลใดจะสามารถปฏิบัติได้เทียบเท่า ยกเว้นพระพุทธเจ้า⁽¹⁷⁾ หรืออุปนิสัยที่ติดตัวมาแล้วแสดงออกทางพฤติกรรมที่ดี⁽¹⁸⁾ หรือคุณสมบัติเฉพาะตัว⁽¹⁹⁾ หรือหลักในการใช้บริหารการปกครองคณะสงฆ์สมัยพุทธกาล โดยสร้างบุคคลต้นแบบการมอบหมายหน้าที่ให้พระอรหันต์ที่ได้รับเป็นเอตทัคคะในพระพุทธศาสนา ยังเป็นการกระจายอำนาจ รวมถึงการใช้คนให้เหมาะกับงานในพระพุทธศาสนา⁽²⁰⁾ หรือการตั้งจิตปรารถนามาเพื่อความเป็นเอตทัคคะ⁽²¹⁾ หรือบุญกรรมสู่ความเป็นเลิศทางด้านต่างๆ ที่ได้รับยกย่องให้เป็นเอตทัคคะอริยบุคคลนั้น⁽²²⁾

สำหรับเหตุผลที่พระพุทธเจ้าจะทรงยกย่องความเป็น
 เอตทัคคะ⁽²³⁾ ก็ด้วยเหตุ 4 ประการ ได้แก่ (1) ได้รับการยกย่อง
 ตามเรื่องที่เกิดขึ้น เป็นการแสดงความสามารถให้ปรากฏ
 โดยสอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (2) ได้รับการยกย่อง
 ตามที่ได้สะสมบุญมาในอดีตชาติในด้านนั้น พร้อมทั้งตั้งใจ
 ปรารถนา เพื่อบรรลุตำแหน่งนั้นด้วย (3) ได้รับการยกย่อง
 ตามความเชี่ยวชาญเฉพาะเรื่องเป็นพิเศษ และ (4) ได้รับ
 การยกย่องตามความสามารถเหนือผู้อื่นที่มีความสามารถ
 อย่างเดียวกัน จะเห็นได้ว่า เอตทัคคะ เป็นการยกย่อง
 จากพระพุทธเจ้าที่ต้องอาศัยความโดดเด่น เป็นลักษณะ
 พิเศษเฉพาะตัว สำหรับกรณีศึกษาที่จะได้นำเสนอ คือ
 พระพากุลเถระ ได้รับยกย่องในทางผู้ไม่มีโรคพาธ จัดว่า
 เป็นบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องการสร้างเสริมสุขภาพที่ปรากฏ
 ในสมัยพุทธกาล โดยมีรายละเอียดดังนี้

อดีตชาติพระพากุลเถระมีกล่าวถึงไว้ 4 ยุค⁽²⁴⁾ ดังนี้
 (1) สมัยพระพุทธเจ้าพระนามว่า “อโนมทัสสี” ท่านพากุล
 ทำยานิตต่างๆ ถวายต่อมาพระอโนมทัสสีพุทธเจ้าเพื่อโรค-
 ลมในท้อง (2) สมัยพระพุทธเจ้าพระนามว่า “ปทุมุตตระ”
 ท่านได้เห็นพระปทุมุตตระพุทธเจ้า ทรงตั้งภิกษุรูปหนึ่ง
 ไว้ในตำแหน่งเอตทัคคะว่าเป็นยอดของเหล่าภิกษุสาวก
 เป็นผู้ไม่มีอาพาธน้อย ท่านพากุลเถระก็ตั้งความปรารถนา
 ในตำแหน่งนี้เช่นเดียวกัน และทำกุศลคุณความดีตลอด
 ชีวิต (3) สมัยพระพุทธเจ้าพระนามว่า “วิปัสสี” ท่านรักษา
 โรคที่ศีรษะของภิกษุ เพราะถูกลมของต้นไม้มีพิษ และ
 (4) สมัยพระพุทธเจ้าพระนามว่า “กัสสปะ” ท่านสร้าง
 สาธารณกุศล ได้สร้างโรงฉัน โรงไฟ (ที่จักรม) เรือนไฟ
 กับปิยภุค (โรงเก็บของสงฆ์) ที่พักกลางคืน และที่พักกลาง
 วัน วัจจุกฎิ (ส้วม) จัดตั้งยาใช้ และฉันสำหรับภิกษุสงฆ์
 ไว้ทุกอย่าง

สำหรับสมัยพระพุทธเจ้าพระนามว่า “สมณโคดม”
 พระพากุลเถระเป็นบุคคลที่ได้รับการเลี้ยงดูจาก 2 ตระกูล
 มีกำหนดเวลาคนละ 4 เดือน โดยท่านพากุลท่านครอง
 มรราวาสอยู่ 80 ปีเต็ม⁽²⁴⁾ ครั้นพระพุทธเจ้าได้ประกาศ
 พระศาสนาในพระนครพาราณสี พากุลกุมารได้ฟังพระธรรม-
 เทศนาเกิดศรัทธาเลื่อมใส มีความปรารถนาจะบรรพชา
 อุปสมบท จึงได้ทูลขอบรรพชาอุปสมบท ได้ฟังพระโอวาท
 ทรงสั่งสอน ในทางวิปัสสนากรรมฐาน มีความไม่ประมาท
 อุตสาหะพยายาม ทำความเพียร เจริญสมณธรรม บำเพ็ญ

วิปัสสนากรรมฐาน เพียง 7 วัน ก็ได้บรรลุพระอรหัตผล
 พร้อมด้วยปฏิสัมภทา ท่านประกอบกิจในพระพุทธศาสนา
 ปรากฏว่า ตั้งแต่บวชมาในพระพุทธศาสนา ประมาณได้
 60 ปี ท่านไม่เคยจำพรรษาในบ้านเลย และเป็นผู้ไม่มีโรคภัย
 เบียดเบียน ไม่ต้องทำการพยาบาลรักษาร่างกายด้วย
 เภสัชเลย⁽²⁴⁾ ดังนั้น พระพุทธเจ้าจึงทรงตั้งพระพากุลเถระ
 ไว้ในตำแหน่งเอตทัคคะว่า เป็นผู้เลิศกว่าภิกษุทั้งหลาย
 ฝ่ายข้างผู้มีโรคพาธน้อย (อุปปาพาธาน)⁽²⁵⁾

การดำรงตนอยู่ในสมณเพศของพระพากุลเถระ
 ได้ยึดถือปฏิบัติตรงควัตร เป็นองค์คุณเครื่องสลัดหรือ
 กำจัดกิเลส ข้อปฏิบัติประเภทวัตรที่ผู้สมัคใจจะพึงสมาทาน
 ประพฤติได้ เพื่อเป็นอุบายขัดเกลาภิเลส ช่วยส่งเสริม
 ความมักน้อยและสันโดษ เป็นต้น⁽²⁶⁾ โดยท่านได้ทำอย่าง
 เครื่องครัด 2 ข้อ⁽²³⁾ ได้แก่ (1) เนสัชชิกังคะ การสมาทาน
 ด้วยการอยู่ด้วยเพียง 3 อริยาบถ คือ ยืน เดิน นั่ง เท่านั้น
 เว้นการนอน และ (2) อารัญญิกังคะ การสมาทานด้วยการ
 อยู่ป่าเป็นวัตร ไม่จำพรรษาในที่ใกล้บ้าน อายุของพระพากุล-
 เถระอยู่ถึง 160 ปี⁽²⁷⁾

จากหลักฐานคัมภีร์ทางพระพุทธศาสนา อธิบายถึง
 แรงอธิษฐานจากการขวนขวายดูแล รักษาพยาบาลผู้อื่น และ
 อธิษฐานให้ตนเองปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ความปรารถนา
 ที่จะดำรงตำแหน่งเอตทัคคะเลิศกว่าบุคคลอื่น เป็นผู้ม
 ีโรคน้อย และการกระทำที่ประกอบด้วยเจตนาให้ผู้อื่นพ้นจาก
 ทุกข์ทางกาย หรือการกระทำที่สร้างสาธารณประโยชน์
 ให้กับบุคคลอื่นได้ใช้สอย สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยส่วนอดีต
 ที่ทำให้พระพากุลเถระได้สำเร็จตามความมุ่งหมาย ส่วนนี้
 สะท้อนหลักของเหตุและผลที่ว่า เมื่อสิ่งนี้มี สิ่งนี้จึงมี เพราะ
 สิ่งนี้เกิดขึ้น สิ่งนี้จึงเกิดขึ้น⁽²⁸⁾ และอธิบายถึงวิธีการปฏิบัติ-
 ตนด้วยตรงควัตร การเว้นขาดจากการนอน อยู่ป่าห่างไกล
 จากบ้านเรือน การบำเพ็ญเพียรทางจิตรู้เท่าทันตามความ
 เป็นจริง ส่วนนี้สะท้อนระบบกลไกของชีวิตในปัจจุบันที่จะ
 ต้องดำเนินไปอย่างระมัดระวัง หรือการรู้เท่าทัน เรียกว่า
 การมีสตินั่นเอง ที่จะต้องอาศัยความไม่ประมาทเป็น
 เครื่องหล่อเลี้ยงประคับประคองให้อยู่ได้อย่างปกติสุข

จากการประพฤติวัตรปฏิบัติดังกล่าวจะเห็นได้ว่า
 พระพากุลเถระ จะเริ่มจาก

1. การตั้งแรงอธิษฐานหรือตั้งใจแน่วแน่ที่จะเป็นผู้
 มีโรคน้อย

2. ทำความเพียรด้วยการช่วยเหลือผู้อื่นแสดงถึงการมีจิตใจที่เมตตาคอยเกื้อกูลผู้อื่นอยู่เสมอ
3. การปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐานเพื่อให้รู้แจ้งในอริยสัจธรรม
4. การถืออุคตวัตร ด้วยการเว้นจากการนอนและอยู่ป่า แสดงให้เห็นการสร้างเสริมสุขภาพสมัยพุทธกาล “กรณีศึกษาพระพากุลเถระ” โดยพระสงฆ์ในปัจจุบันสามารถนำมาปรับประยุกต์ใช้ได้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การสร้างเสริมสุขภาพสมัยพุทธกาล “กรณีศึกษาพระพากุลเถระ”

สมัยพุทธกาล	การประยุกต์ใช้	กรณีตัวอย่าง/ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
การตั้งแรงอธิษฐาน	การมีความสนใจในการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับหลักอิทธิบาท 4 ที่เริ่มต้นด้วยฉันทะ เป็นความพอใจเป็นอันดับแรกที่จะเป็นจุดเริ่มให้ประสบความสำเร็จได้ การที่พระสงฆ์มีความสนใจในการดูแลตนเอง ย่อมต้องศึกษาแสวงหาข้อมูลความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพเป็นพื้นฐาน	5 หลักการพื้นฐานของความสำเร็จ (5 principles of success) ⁽²⁹⁾ ข้อ 1 รู้ผลลัพธ์ที่ต้องการ (know your outcome) แสดงให้เห็นว่า ความชัดเจนในเบื้องต้นต้องสนใจก่อนว่าเป้าหมายที่ต้องการคืออะไร ประารถนาที่จะมีสุขภาพ เพื่อความเป็นอยู่ที่ดี จึงนำมาสู่การเริ่มต้นแห่งการสร้างเสริมสุขภาพ
จิตใจที่เมตตา	การมีสภาวะจิตที่เมตตา กรุณา ปราศจากชาติต่อผู้อื่นสอดคล้องกับอายุวัฒนธรรม 5 ธรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ข้อ กัลยาณมิตรตะ การมีมิตรดีงาม ซึ่งการจะมีมิตรดีงามได้ ย่อมต้องมีจิตที่เมตตาต่อผู้อื่นก่อน จึงจะทำให้มีมิตรที่ดีเข้ามา เมื่อมีมิตรที่ดีย่อมชักนำไปสู่ทางเจริญ	เคล็ดลับแห่งอายุวัฒนะของชาวโอกินาวา ⁽³⁰⁾ ที่กล่าวถึงการมีเพื่อนเก่า หรือหมายถึง กัลยาณมิตรนั่นเอง ที่จะเป็นส่วนช่วยสร้างเสริมสุขภาพ
การปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐาน	การทำสมาธิ การเจริญสติ รู้เท่าทันความเป็นจริง สอดคล้องกับอายุวัฒนธรรม 5 ธรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ข้อ พรหมจรรย์ ซึ่งจะต้องควบคุมอารมณ์ เจริญสติ รู้เท่าทันกับปัจจุบัน รวมถึงการปฏิบัติกิจต่างๆ ไม่ว่าจะข้อ ปริณตโกซี กินอย่างมีสติ ข้อ กาลจารี ประพฤติปฏิบัติกิจกรรมอย่างมีสติ และเหมาะสม	สมาธิบำบัด SKT ⁽³¹⁾ เป็นการนำเทคนิคของการทำสมาธิ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ มี 7 เทคนิค
สภาพแวดล้อม	การมีสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย เพื่อการปฏิบัติฝึกหัดกาย ใจ ของตนเอง สอดคล้องกับอายุวัฒนธรรม 5 ธรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ข้อ สัปปายะมัตตัตถุญญ การรู้จักประมาณในสิ่งที่สบาย ไม่เห็นแก่นอน ไม่ติดในที่อยู่ ไม่พัวพันกับหมู่คณะมากเกินไป	ปัจจัยสร้างสุขภาพดี ⁽³²⁾ ประกอบด้วย อารมณ์ อาหาร ออกกำลังกาย อนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะเป็นส่วนในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยในส่วนของสิ่งแวดล้อมจะต้องเอื้ออำนวยเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ

จากตารางที่ 1 สามารถเขียนเป็น 4ส ที่ช่วยสร้างเสริมสุขภาพได้ ดังนี้

ส1 สนใจ หมายถึง จุดเริ่มต้นที่จะต้องเริ่มจากการให้ความสนใจที่จะสร้างเสริมสุขภาพ รู้จักการดูแลตนเอง ศึกษาแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพอยู่เสมอ

ส2 สภาวะจิต หมายถึง การประคับประคองสภาวะจิตให้เป็นผู้มีความเมตตา ความกรุณา ปรารถนาดีต่อผู้อื่นอยู่เสมอ ลดการผูกพยาบาท ผูกโกรธที่จะเป็นเหตุให้เกิดความขุ่นเคืองทางจิต

ส3 สมาธิ-สติ หมายถึง การจดจ่อ ระลึกรู้ตามความเป็นจริงในทุกๆ กิจกรรม ทำอย่างมีความรอบคอบระมัดระวังทุกการกระทำ ไม่ว่าจะกิน เดิน นั่ง นอน หรือการทำงานก็ตาม ทำด้วยความพอดีและเหมาะสมต่อร่างกายของตน

ส4 สภาพแวดล้อม หมายถึง การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย และเป็นประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ปราศจากการรบกวนที่จะนำมาซึ่งปัญหาต่างๆ ที่จะนำมาซึ่งความเครียด เป็นต้น

สรุป

ปัจจุบันพระภิกษุและสามเณรมีปัญหาสุขภาพเป็นจำนวนมาก อาจจะช่วยปัจจัยหลายด้านทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนไปจากเดิม เป็นเหตุให้จะต้องย้อนดูวิถีชีวิตและวัตรปฏิบัติสมัยพุทธกาล คือ พระพาทูลเถระ เพราะท่านได้รับการยกย่องว่าเป็นผู้มีโรคภัยมาเบียดเบียนน้อยมาก และเป็นผู้มีอายุยืน ในการศึกษาข้อวัตรปฏิบัติของท่านสามารถนำมาปรับประยุกต์ใช้ได้ดังนี้ การมีความสนใจในการสร้างเสริมสุขภาพ การมีสภาวะจิตที่เมตตา กรุณา ปรารถนาดีต่อผู้อื่น การทำสมาธิ การเจริญสติ รู้เท่าทันความเป็นจริง การมีสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย เพื่อการปฏิบัติฝึกหัดกาย ใจ ของตนเอง เมื่อพระสงฆ์และสามเณรได้ประพฤติปฏิบัติตามวิถีสมัยพุทธกาลย่อมเป็นส่วนช่วยในการสร้างเสริมสุขภาพอีกวิธีหนึ่ง เพราะจากร่องรอยทางประวัติศาสตร์ย่อมเป็นการรับรองว่าวิถีการปฏิบัติแบบนี้ทำให้สุขภาพดี อีกทั้งเมื่อเทียบเคียงกับกรณีตัวอย่าง/ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ย่อมมีหลักฐานเชิงประจักษ์อีกด้วย หรืออาจสรุปเป็น 4ส ที่ช่วยสร้างเสริมสุขภาพได้ ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 4ส สร้างเสริมสุขภาพตามรอยผู้มีโรคน้อยสมัยพุทธกาล



เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Ottawa Charter of Health Promotion. Geneva: World Health Organization; 1986.
2. Tones K, Tilford S, Robinson YK. Health education, effectiveness and efficiency. London: Chapman and Hall; 1990.
3. Green LW, Kreuter MW. Health Promotion Planning: an education and environmental approach. Toronto: Mayfield; 1991.
4. Dhillon HS, Philip L. Health promotion and community action for health in developing countries. Geneva: World Health Organization; 1994.
5. Edleman CL, Mandle CL. Health promotion throughout the lifespan. 3rd ed. Maryland Heights, MO: Mosby-Year Book; 1994.
6. Downie RS, Tannahill C, Tannahill A. Health promotion models and values. Oxford: Oxford University Press; 1996.
7. นิตยา เพ็ญศิริรักษา. สารานุกรมศึกษาศาสตร์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2543 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 14 ก.พ. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://ejournals.swu.ac.th/index.php/ENEDU/article/view/6053/5686>
8. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ความหมายของนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 14 ธ.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thaihealth.or.th/>
9. ธนปัทม์ อัครวิวัฒน์, พรระณี บัญชรหัตถกิจ. การสื่อสารสุขภาพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน. วารสารสาธารณสุขเพื่อการพัฒนา 2565;2:78-89.
10. พระธรรมกิตติวงศ์ (ทองดี สุรเตโช). พจนานุกรมเพื่อการศึกษาพุทธศาสน์ ชุดคำวัด. กรุงเทพมหานคร: อธรรมสภาและสถาบันบันลือธรรม; 2551.
11. สมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราช สกลมหาสังฆปริณายก. 45 พรรษาของพระพุทธเจ้า เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ด่านสุทธาการพิมพ์; 2557.
12. สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ประยุทธ์ ปยุตโต). พจนานุกรมพุทธศาสน์ ฉบับประมวลศัพท์. พิมพ์ครั้งที่ 39. กรุงเทพมหานคร: ผลิธรรม; 2565.
13. สุทัศน์ อารัมรัตน์, ประเวศ อินทองปาน. การกำเนิดและพัฒนาการของคัมภีร์พระไตรปิฎก. ธรรมสาร วารสารวิชาการทางพระพุทธศาสนา 2565;8:3-58.
14. มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรวิทยาลัย. พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. เล่มที่ 13 ข้อ 207-222. พระนครศรีอยุธยา: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2539.
15. สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป. อ. ปยุตโต). หลักกรรมสำหรับคนสมัยใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 14 ก.พ. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.watnyanaves.net/th/book-content-index/466>
16. กรุงเทพธุรกิจ. ปี 67 เดือนหน้าสุขภาพะ “พระสงฆ์” พระแข็งแรง วัดมั่นคง ชุมชนเป็นสุข [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 14 ก.พ. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.bangkokbiznews.com/health/public-health/1106851>
17. พระกิตติศักดิ์ ยโสโร (แก้วเหลา). การศึกษาบทบาทของพระสารีบุตรเถระในการเผยแผ่พระพุทธศาสนา [วิทยานิพนธ์พุทธศาสนมหาบัณฑิต]. พระนครศรีอยุธยา: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2537. 122 หน้า.
18. พระมหาจิตติภัทร อจลธมโม (จันทร์คุ้ม). การศึกษาบทบาทของพระอานนท์ในการเผยแผ่พระพุทธศาสนา [วิทยานิพนธ์พุทธศาสนมหาบัณฑิต]. พระนครศรีอยุธยา: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2537. 242 หน้า.
19. พระมหาจรรยา ปญญาโร (อินทรีย์รงค์). การศึกษาบทบาทของพระมหากัสสปเถระในการเผยแผ่พระพุทธศาสนา [วิทยานิพนธ์พุทธศาสนมหาบัณฑิต]. พระนครศรีอยุธยา: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2540. 114 หน้า.
20. สีน งามประโคน. การวิเคราะห์พุทธวิธีการบริหารการศึกษาในพระพุทธศาสนาเถรวาท. วารสารธรรมทรรค 2559;16:33-44.
21. พระประยูร อาจิณฺณธมฺโม (รุ่งเรือง). บทบาทการเผยแผ่พระพุทธศาสนาของพระสาวกในพระสูตรต้นตปิฎก [วิทยานิพนธ์พุทธศาสนมหาบัณฑิต]. พระนครศรีอยุธยา: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2564. 146 หน้า.
22. ดิถรณ์ อินทโสฬส. ศึกษาารูปแบบของกุศลกรรมกับการได้เอตทัคคะของพระอรหันตบุคคลในพระพุทธศาสนาเถรวาท [วิทยานิพนธ์พุทธศาสนมหาบัณฑิต]. พระนครศรีอยุธยา: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2564. 146 หน้า.
23. พระครูภัทรญาณสิทธิวัฒน์ (สมาน พรหมอยู่ ภัทรญาณธมฺโม). เอตทัคคะในพระพุทธศาสนา. พระนครศรีอยุธยา: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2557.

24. มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี. พระไตรปิฎกพร้อมมอรรดกถา แปล ชุด 91 เล่ม. เล่มที่ 32 ข้อที่ 149. นครปฐม: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี; 2534.
25. มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี. พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. เล่มที่ 20 ข้อ 226. พระนครศรีอยุธยา: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2539.
26. พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต). พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม. พิมพ์ครั้งที่ 47. นครปฐม: ผลิตธรรม; 2565.
27. มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี. พระไตรปิฎกพร้อมมอรรดกถา แปล ชุด 91 เล่ม. เล่มที่ 13 ข้อที่ 56. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี; 2534.
28. มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี. พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. เล่มที่ 12 ข้อ 404. พระนครศรีอยุธยา: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2539.
29. อัญพร จารุไพศาล. 5 หลักการพื้นฐานของความสำเร็จ (5 Principles of success) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 14 ก.พ. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.workwithpassiontraining.com/17584319/5-หลักการพื้นฐานของความสำเร็จ-5-principles-of-success>
30. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. เคล็ดลับอายุยืน 100 ปี ชีวิตมีสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2557.
31. สมพร กันทรดุขฎี เตรียมชัยศรี. สร้างเสริมสุขภาพด้วยสมาธิบำบัด แบบ SKT 1-7 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 14 ก.พ. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://thaicam.dtam.moph.go.th/skt2021/>
32. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม. การพัฒนาพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2555.

Health Promotion in the Buddhist Period: a Case Study of Phra Bā Kula

Phrakrubaidika Natthakit Mahissaro (Anuruktrakoon)

Mahamakut Buddhist University, Nakhon Pathom Province, Thailand

Abstract

Currently, monks and novices are experiencing a large number of health problems. It is necessary to review the way of life and practices of the Buddhist period, with the exemplary figure being Phra Ba Kula Thera, who is regarded as a person who does not suffer from diseases and lives a long life. We should begin by paying attention to health promotion and learning how to take care of ourselves. We should always pursue health knowledge, maintain a compassionate state of mind and kindness, and always wish well for others. We should aim to reduce vindictive ties and manage anger, as these can lead to mental resentment. Additionally, we should prioritize concentration, being realistic in every activity, and performing them with caution and care, ensuring they are suitable for our bodies and carried out in environments conducive to health promotion..

Keywords: health promotion; Buddha's time; application

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดหนองคาย

สิริกร นามลาบุตร¹, พิมพ์ใจ เมฆสุโขทัย¹, นุชสิทธิ์ จิตแก้ว¹, พีรวิทย์ นามลาบุตร¹, จันทกร สีหาบุญลี²

¹สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ กรุงเทพมหานคร

²สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร กรุงเทพมหานคร

วันรับ: 29 ม.ค. 2567

วันแก้ไข: 25 ก.พ. 2567

วันที่ตอบรับ: 29 ก.พ. 2567

บทนำ

การสูงวัยมักส่งผลให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ยังอาจประสบปัญหาด้านการเคลื่อนไหว สูญเสียการมองเห็นและการได้ยิน และการรับรู้ลดลง การสูญเสียเพื่อนและสมาชิกในครอบครัว การเกษียณอายุ และการเคลื่อนไหวที่จำกัด ซึ่งอาจนำไปสู่ความรู้สึกซึมเศร้า วิตกกังวล และความเป็นอยู่โดยรวมลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากไม่มีเงินออมหลังเกษียณเพียงพอหรือพึ่งพารายได้คงที่เพียงอย่างเดียว ค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นและความต้องการการดูแลระยะยาวอาจทำให้ภาระทางการเงินรุนแรงขึ้นอีก ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้ความช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆ อย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้สูงอายุสุขภาพดี มีความสุขทั้งกายและจิตใจ

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมักมีปัญหาด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต เนื่องมาจากการเสื่อมสมรรถภาพของร่างกายตามอายุขัยที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อให้มีสุขภาพดี มีความสุขทั้งกายและจิตใจ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น⁽¹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของชฎาพร คงเพชร และคณะ กล่าวไว้ว่า ผู้สูงวัยมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ความสามารถเสื่อมถอยไปตามอายุ ดังนั้น

การส่งเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณจึงจำเป็นสำหรับผู้สูงวัย⁽²⁾ ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้ความช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การจัดการยา ทำความสะอาดแผล รวมไปถึงการเตรียมอาหารเพื่อให้ได้รับสารอาหารที่เหมาะสม และที่สำคัญผู้ดูแลมีผลต่อสุขภาพจิตและอารมณ์ของผู้สูงอายุโดยรวมแล้วผู้ดูแลมีคุณค่าอย่างยิ่งในการเสริมสร้างสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น ปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุได้ โดยสร้างความมั่นใจว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลและเอาใจใส่อย่างเหมาะสม ซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพโดยรวมที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับจรรยาบรรณ โคตรเงิน ที่ได้เรียบเรียงไว้ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ซึ่งมีสาเหตุจากการเจ็บป่วยและหรือมีอายุมาก การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงยังต้องเป็นบทบาทของครอบครัว⁽³⁾

จังหวัดหนองคาย มีประชากรทั้งหมด 514,183 คน เป็นชาย 254,683 คน หญิง 259,500 คน สถิติจำนวนประชากร ข้อมูลเดือนพฤศจิกายน 2566⁽⁴⁾ ประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 96,547 คน ร้อยละ 18.97 แยกเป็นผู้สูงอายุชาย 44,161 คน ร้อยละ 46 ผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 54⁽⁵⁾ ซึ่งมีผู้สูงอายุช่วงวัยต่างๆ ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่แล้วจะเป็นสมาชิกของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ให้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีขึ้น มีหลายวิธีที่พิจารณาได้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้สูงอายุจังหวัดหนองคาย ปี พ.ศ. 2566 แยกผู้สูงอายุช่วงวัยต่างๆ⁽⁵⁾

ผู้สูงอายุช่วงวัยต่างๆ (ปี)	จำนวน (คน)
60-69	56,346
70-79	27,443
80-89	10,203
90-99	2,154
100 ขึ้นไป	401
รวม	96,547

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรศึกษาและฝึกอบรมความรู้ทางการแพทย์ขั้นพื้นฐาน การทำความเข้าใจสภาวะสุขภาพทั่วไป คำแนะนำการออกกำลังกายและโภชนาการที่เหมาะสม ความรู้พื้นฐานเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถสร้างเสริมสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้ดีขึ้น

2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยจัดให้มีการตรวจสุขภาพเป็นประจำสำหรับทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล ที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งในการตรวจสุขภาพประจำปี ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้นำชุมชนประกาศเสียงตามสายเพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสาร “หอกระจายข่าว” ให้ชุมชนในหมู่บ้านไปตรวจสุขภาพเพื่อระบุปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นตั้งแต่เนิ่นๆ ซึ่งอาจรวมถึงการตรวจคัดกรองสุขภาพ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคอ้วน ไชมันในเลือดสูง โรคไตเรื้อรัง และการสังเกตการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพกายหรือสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

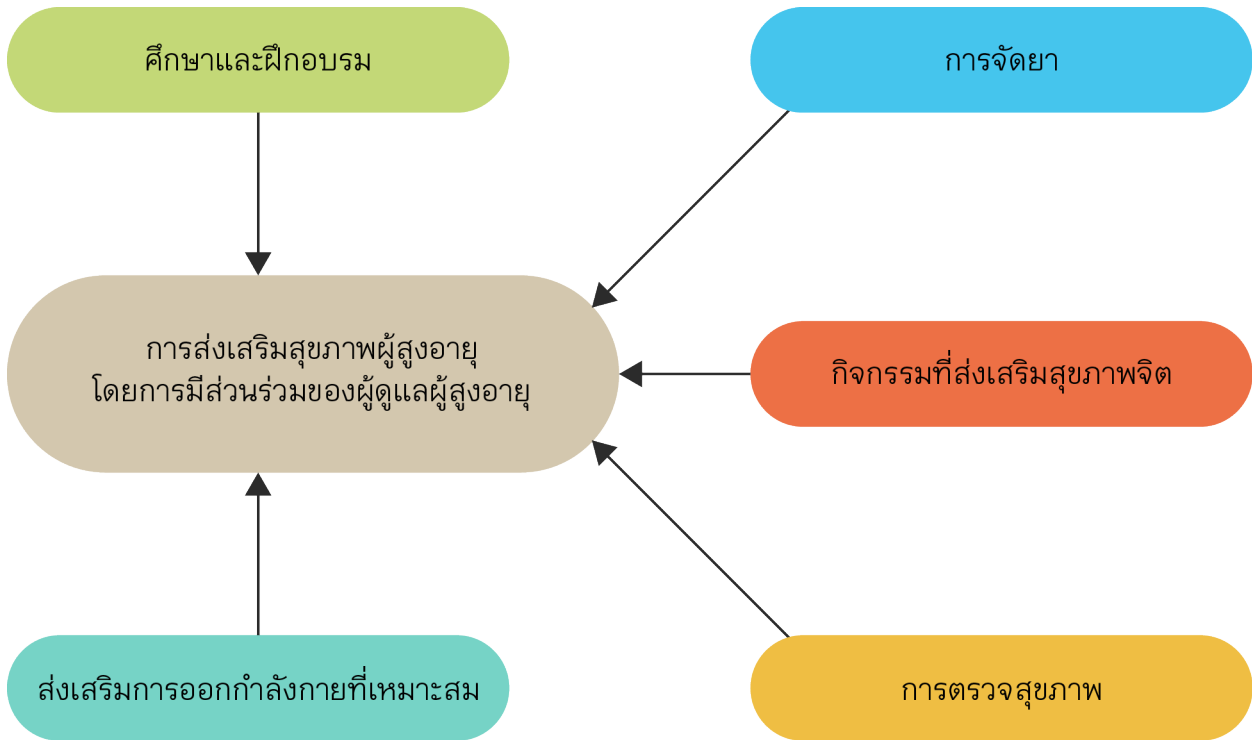
3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรมีความรอบรู้ในการจัดการยาสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งรวมถึงการเก็บรักษาอย่างถูกต้องและในที่ที่เหมาะสม เช่น ควรเก็บยาในที่ไม่มีแสงแดดส่องถึง ยาใช้ภายในและภายนอกต้องแยกอย่างชัดเจน ที่สำคัญการ

ให้ยาในเวลาที่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง เป็นต้น นอกจากนี้แล้ว การติดตามตารางการช้ยาและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น การสื่อสารที่ชัดเจนระหว่างผู้ดูแลและแพทย์ที่ทำการรักษาผู้สูงอายุ ถือเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้แน่ใจว่าผู้สูงอายุได้รับยาที่ถูกต้องในปริมาณที่เหมาะสม

4. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและออกกำลังกายเป็นประจำตามความสามารถของตนเอง ซึ่งอาจรวมถึงการยืดเส้นยืดสาย เดิน หรือแม้แต่เข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายในชุมชนที่ออกแบบมาอย่างเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การเดินบาสโลบ รำไทเก๊ก ร้องเพลง เดิน วิ่งเหยาะๆ หรือการออกกำลังกายเพื่อป้องกันหกล้มในผู้สูงอายุ การออกกำลังกายเป็นประจำและสม่ำเสมอ สามารถเพิ่มความคล่องตัว ความแข็งแรง และสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น

5. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น ให้ความสำคัญในการพูดคุยเพื่อเข้าใจความต้องการทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ งานอดิเรก ได้แก่ การร้องเพลง การทำสวน ปลูกต้นไม้ ดอกไม้ รดน้ำต้นไม้ กวาดใบไม้ที่ร่วงหล่นบนพื้นดิน การทำปุ๋ยชีวภาพ การเขียนสมุดบันทึก เป็นต้น ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดหนองคาย



สรุป

การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญสำหรับ
ความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล

จึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
ให้ความช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆ อย่างใกล้ชิด เพื่อให้
ผู้สูงอายุสุขภาพดี มีความสุขทั้งกายและจิตใจ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. ดูแลผู้สูงอายุอย่างไรให้มีสุขภาพดี [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 23 ม.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dop.go.th/th/know/15/409>
2. ขวัญพร คงเพชร, อารีย์ ยมกกุล, เรณู อาจสาสิ. การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อเป็นผู้สูงวัยสุขภาพดี. วารสารพยาบาล 2564;70(4):44-51.
3. จารุวรรณ โคตรเงิน. การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง กรณีศึกษา: ในพื้นที่ตำบลโพน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดชัยภูมิ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 19 ม.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: http://www.mpm.ru.ac.th/Documents/Article_MPM17/5914840024.pdf
4. กระทรวงมหาดไทย. สถิติจำนวนประชากรพื้นที่ จังหวัดหนองคาย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 18 ม.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/displayData>
5. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ มิถุนายน 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 18 ม.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/2449>

นายแพทย์พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์

จากนักระบาดวิทยาสู่ผู้จัดการสำนักงาน กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)



เมื่อวันที่ 19 มกราคม พ.ศ. 2567 นายสมศักดิ์ เทพสุทิน รองนายกรัฐมนตรี ในฐานะประธานกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้ลงนามในคำสั่งคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ 1/2567 เรื่องแต่งตั้งนายแพทย์พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์ เป็นผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ แทน ผศ. ดร. สุปรีดา อุดุลยานนท์ ผู้จัดการ สสส. ที่ครบกำหนดตามวาระ

นายแพทย์พงศ์เทพ เป็นหนึ่งในนักระบาดวิทยาที่มีดีของประเทศไทย สำเร็จการศึกษาแพทยจากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผ่านการอบรมสาขาเวชศาสตร์ป้องกันแขนงระบาดวิทยาจากโครงการ Field Epidemiology Training Program หรือ FETP ของกระทรวงสาธารณสุข และได้รับอนุมัติบัตรเวชศาสตร์ป้องกัน-แขนงระบาดวิทยาของแพทยสภา เคยได้รับรางวัล John Snow Award ของศูนย์ควบคุมโรคของสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Prevention and Control หรือ CDC) ในปี พ.ศ. 2541 ซึ่งเป็นรางวัลระดับนานาชาติด้านระบาดวิทยา จากผลการสอบสวนโรคเรื่อง การสอบสวนโรคอาหารเป็นพิษจาก Botulinum toxin ในหน่อไม้อัดปิ้งจังหวัดน่าน นอกจากนี้ยังได้รับรางวัลแพทยันระบาดวิทยาที่มีผลการศึกษาด้านระบาดวิทยาในเรื่องที่มีผลกระทบต่องานสาธารณสุขในระดับดีเด่นจากกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2552 ได้รับการประกาศเกียรติคุณเป็นศิษย์เก่าแพทย์ดีเด่นสาขาผู้อุทิศตนให้กับสังคมของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ปี พ.ศ. 2561 และได้รับรางวัลข้าราชการพลเรือนดีเด่น จังหวัดน่าน ประจำปี พ.ศ. 2563

ส่วนการทำงาน นายแพทย์พงศ์เทพ เคยดำรงตำแหน่งนายแพทย์เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลน่าน รับผิดชอบงานด้านเวชกรรมสังคม มีผลงานดีเด่นหลากหลาย เช่น การพัฒนาคลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลน่าน ให้ประสบผลสำเร็จในการช่วยให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ด้วยหลัก 5A (Ask = ถาม Advise = แนะนำ Assess = ประเมิน Assist = ช่วยให้เลิก Arrange = ติดตาม) การร่วมขับเคลื่อนให้เทศบาลเมืองน่านเข้าสู่ชุมชนปลอดภัยระดับโลก ร่วมขับเคลื่อนงานประเพณีปลอดภัย เช่น งานแข่งเรือปลอดภัยลำจังหวัดน่าน เป็นทีมสอบสวน ควบคุมโรค และทีมโฆษกในการจัดการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเป็นหัวหน้าทีมวิจัยตรวจสอบความแม่นยำ ATK เป็นต้น ตำแหน่งราชการล่าสุดคือรองผู้อำนวยการ-โรงพยาบาลน่าน ก่อนลาออกมาดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนการพัฒนาสุขภาวะ สสส. เมื่อวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2565 รับผิดชอบงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพโดยมีเป้าหมายในการสนับสนุนและส่งเสริมในเชิงวิชาการและอื่นๆ เพื่อพัฒนากระบวนการทำงาน ให้ระบบบริการสุขภาพดูแลคุณภาพของการรักษาพยาบาลได้ดีขึ้น และทำให้คนไทยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม

ในฐานะผู้จัดการ สสส. คนใหม่ นายแพทย์พงศ์เทพ กำหนดวิสัยทัศน์ในการดำเนินงานของ สสส. ในทศวรรษที่ 3 ในการเป็น “ผู้สร้างมาตรฐานอ้างอิงด้านสร้างเสริมสุขภาพ (National Reference for Health Promotion)” ด้วยการบูรณาการภายใน สานพลังภายนอก และขับเคลื่อนเชิงยุทธศาสตร์สร้างเสริมสุขภาพ และวางเป้าหมายให้ สสส. สร้างสรรค์ผลงาน และผลลัพธ์เป็นที่ประจักษ์ ใช้งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า พัฒนาศักยภาพให้เริ่มต้นแบบด้านสุขภาวะ และสื่อสารการดำเนินงานของ สสส. ให้เป็นที่รับรู้มากยิ่งขึ้น

คงต้องติดตามกันดูว่า นายแพทย์พงศ์เทพ จะสามารถส่งเสริมบทบาทของ สสส. ในงานสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทยได้เพียงใด และพร้อมกันนั้น ทุกฝ่ายในสังคมคงต้องช่วยกันสนับสนุนงานของผู้จัดการคนใหม่ให้สามารถสร้างผลงานที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะของประชาชนไทย และเป็นแบบอย่างขององค์กรสร้างเสริมสุขภาพในระดับชาติ และระดับนานาชาติต่อไป

วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย



www.thaihealth.or.th/THPJournal