

THAI HEALTH PROMOTION JOURNAL

วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลพบุรีรักษา อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเล่น การใช้สารเสพติดของผู้เข้ารับการฟื้นฟู ในค่ายฟื้นฟูสภาพทางสังคมผู้เสพ ผู้ใช้สารเสพติด อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่
- การศึกษาการใช้งานสายรัดข้อมืออัจฉริยะในการวัดผลทางสุขภาพ เพื่อพัฒนาต้นแบบแพลตฟอร์มดิจิทัล “แอปพลิเคชันसानสุข”
- การประเมินความต้องการจำเป็นในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของคนในชุมชน
- การส่งเสริมการใช้สมุดเบาใจสำหรับการวางแผนสุขภาพล่วงหน้าในชุมชน
- นวัตกรรมการใช้อัตลักษณ์ทุนทางศิลปวัฒนธรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ กรณีศึกษาจังหวัดบุรีรัมย์

บทความพินิจ (Review Article)

- การแก้ไขปัญหาคาการแยกตัวทางสังคมและความเหงาในผู้สูงอายุในประเทศไทย: กลยุทธ์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ
- การบริการสาธารณสุขและการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล

บทความพิเศษ (Special Article)

- กระบวนกรชุมชน: สมรรถนะและบทบาทการขับเคลื่อนชุมชนกรุณา

ปกิณกะ (Miscellany)

- ฟื้นฟูสุขภาพจิต สร้างชุมชนเข้มแข็ง: แนวทางดูแลสุขภาพเกษตรกรหลังอุทกภัย ในจังหวัดหนองคาย
- บัตรประชาชนใบเดียว...สู่ชีวิตที่มีสุขภาพดี: แนวทางการขับเคลื่อน 30 บาท

สารบัญ	หน้าที่	Contents
บทบรรณาธิการ		Editorial
มาร่วมกันลดความรุนแรงในสังคม วิวัฒน์ โรจนพิทยากร	295	Joining Hands to Reduce Violence in the Society <i>Wiwat Rojanapithayakorn</i>
นิพนธ์ต้นฉบับ		Original Article
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพุทธรักษา อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ณัฐชนก สามเตี้ย, สุรเดช สำราญจิตต์	297	Factors Related with Dengue Hemorrhagic Protection Behavior among People in Phuttharaksa Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang Samut Prakan District, Samut Prakan Province <i>Natchanok Samtair, Suradej Samranjit</i>
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพ การใช้สารเสพติดของผู้เข้ารับการฟื้นฟู ในค่ายฟื้นฟูสภาพทางสังคมผู้เสพ ผู้ใช้สารเสพติด อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ชุลีกร ชายเกตู, จันทร์จारी เกตุมาโร	306	Factors Related to Substance Abuse, Substance Abuse Behavior of People Receiving Rehabilitation in Social Rehabilitation Camps for Addicts, Substance Users, Khao Phanom District, Krabi Province <i>Chuleekorn Chaikate, Chanjaree Getmaro</i>
การศึกษาการใช้งานสายรัดข้อมืออัจฉริยะ ในการวัดผลทางสุขภาพ เพื่อพัฒนาต้นแบบ แพลตฟอร์มดิจิทัล “แอปพลิเคชันสานสุข” ชูจิต ตรีรัตน์พันธ์ และคณะ	313	A Study of Smart Wristband Usage or Health Monitoring to Develop “SAANSOOK Application” Digital Platform Prototype <i>Chujit Treerattanaphan, et al.</i>
การประเมินความต้องการจำเป็นในการเสริมสร้าง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของคนในชุมชน กัมพล อินทรทะกุล, สุวิมล ว่องวานิช	325	Needs Assessment to Enhance the Health-Related Quality of Life <i>Kampon Introntakun, Suwimon Wongwanich</i>
การส่งเสริมการใช้สมุดเบาใจสำหรับการวางแผน สุขภาพล่วงหน้าในชุมชน ดิเรก ชัยชนะ และคณะ	335	Promotion of Using Baojai Book for Advance Care Planning in Communities <i>Direk Chaichan, et al.</i>
นวัตกรรมการใช้อัตลักษณ์ทุนทางศิลปวัฒนธรรม เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ กรณีศึกษาจังหวัดบุรีรัมย์ สรรเพชร เพียรจัด	348	Innovation in Utilizing Cultural and Artistic Capital Identity for Health Promotion: a Case Study of Buriram Province <i>Sanpet Pianjud</i>

สารบัญ	หน้าที่	Contents
บทความพิเศษ		Review Article
การแก้ไขปัญหาการแยกตัวทางสังคมและความเหงา ในผู้สูงอายุในประเทศไทย: กลยุทธ์เพื่อการส่งเสริม สุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ พสิษฐพงศ์ ปิยะปัญญามงคล	355	Addressing Social Isolation and Loneliness in Older Adults in Thailand: Strategies for Effective Health Promotion <i>Phisitphong Piyapanyamongkhon</i>
การบริการสาธารณะและการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล ขวัญหทัย นาคนิยม	366	Public Services and Health Promotion for the Elderly Through Digital Technology <i>Kwanhatai Nakniyom</i>
บทความพิเศษ		Special Article
กระบวนการชุมชน: สมรรถนะและบทบาท การขับเคลื่อนชุมชนกรุณา ดิเรก ชัยชนะ	374	Community Facilitator: Competencies and Role in Promoting Compassionate Community <i>Direk Chaichan</i>
ปกิณกะ		Miscellany
ฟื้นฟูสุขภาพจิต สร้างชุมชนเข้มแข็ง: แนวทางดูแล สุขภาพเกษตรกรหลังอุทกภัย ในจังหวัดหนองคาย สิริกอร์ นามลาบุตร และคณะ	384	Empowering Farmers, Strengthening Communities: Mental Health Recovery Strategies Following the Flood in Nong Khai Province <i>Sirikorn Namlabut, et al.</i>
บัตรประชาชนใบเดียว...สู่วิถีที่มีสุขภาพดี: แนวทางการขับเคลื่อน 30 บาท สิริกอร์ นามลาบุตร และคณะ	388	One ID Card, One Healthy Life: a Guide to the 30-Baht Healthcare Scheme <i>Sirikorn Namlabut, et al.</i>

วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย

วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย จัดทำขึ้นโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อเป็นช่องทางเผยแพร่ผลงานทางวิชาการของบุคลากรและเครือข่ายที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพในหลากหลายมิติ โดยเป็นสื่อกลางเพื่อเชื่อมโยงองค์ความรู้ด้านสุขภาพกับภาคี องค์กร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์

- เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งเชิงวิชาการด้านการสร้างเสริมสุขภาพของไทย
- เพื่อยกระดับและเผยแพร่บทความข้อมูลวิชาการทางสุขภาพในมิติที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ
- เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานทางวิชาการของบุคลากรและเครือข่ายที่ทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพในหลากหลายมิติ
- เพื่อจัดให้มีวารสารวิชาการด้านสร้างเสริมสุขภาพ โดยมุ่งพัฒนาสู่มาตรฐานวารสารวิชาการระดับสากล

รูปแบบของวารสาร

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

คณะกรรมการ วารสารการสร้างเสริมสุขภาพ

คณะกรรมการที่ปรึกษา

ศ. (เกียรติคุณ) นพ.ประทีป วาทีสาธกกิจ มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (มสบ.)
รศ. นพ.สรนิต ศิลธรรม สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ
ผศ. ดร.สุปรีดา อุดุลยานนท์ นักวิชาการอิสระ
นพ.พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

บรรณาธิการ

บรรณาธิการ

นพ.วิวัฒน์ วิจารณ์วิทยากร สำนักงานบริหารการวิจัยและนวัตกรรมสาธารณสุข
สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

กองบรรณาธิการ

ดร.ณัฐพันธุ์ ศุภกา สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
นายประยงค์ โพธิ์ศรีประเสริฐ สาขาวิชาสถาปัตยกรรมศาสตร์ สถาบันอาศรมศิลป์
ดร. นพ.ไพโรจน์ เสาน่วม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
ดร. นพ.ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข
ผศ. ดร.ลักขณา เต็มศิริกุลชัย ศูนย์พัฒนาศักยภาพกำลังคนด้านการควบคุมยาสูบ (พศย.)
ศ. ดร. พญ.สาวิตรี อัมมวงค์กรชัย ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ฝ่ายบริหารจัดการ

นายรังสรร มั่นคง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
นางสาวณลินี เรืองฤทธิศักดิ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

มาร่วมกันลดความรุนแรงในสังคม

ประเทศไทยทุกวันนี้ มีข่าวคราวความรุนแรงในสังคมเพิ่มสูงขึ้นมาก รายงานข่าวรายวันจากแหล่งสื่อต่างๆ มักจะมีเรื่องของความรุนแรงมาให้รับรู้รับทราบอยู่ตลอด แสดงถึงภัยร้ายที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ประชาชน โดยเกิดขึ้นในแทบทุกพื้นที่ แต่จะมีชุกชุมในเขตเมือง

การเสวนา “ร่วมสร้างสังคมไทยปลอดภัยจากความรุนแรง ด้วยวิจัยและนวัตกรรม” ซึ่งสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ จัดขึ้นเมื่อ 2 ปีก่อน รองศาสตราจารย์ ดร.สุนนทิพย์ จิตสว่าง จากคณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงในสังคมไทยว่า จากรายงานดัชนีความสงบสุขโลก ปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยถูกจัดอยู่ในอันดับ 117 จาก 163 ประเทศ ส่วนความรุนแรงในครอบครัวจากสถิติเมื่อปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยติดอันดับ 1 ใน 10 ของโลก นอกจากนี้ประเทศไทยยังมีปัญหาเกี่ยวกับเด็กที่ถูกใช้ความรุนแรงที่ติดอันดับโลกอีกด้วย สาเหตุการใช้ความรุนแรงส่วนหนึ่งมาจากปัญหาสุราและยาเสพติด

ที่ผ่านมา ความรุนแรงส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการทะเลาะเบาะแว้ง ความไม่เข้าใจกัน ความเกลียดชังระหว่างบุคคล และปัจจัยที่ทำให้เกิดความรุนแรงก็มักเป็นจากปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้ก่อเหตุ หรือจากอิทธิพลของสุราและยาเสพติด ไม่เหมือนกับที่เป็นข่าวในต่างประเทศที่มีบุคคลถืออาวุธปืนกราดยิงผู้คนในโรงเรียนหรือในชุมชน ซึ่งเป็นการสังหารหมู่ที่มีผู้เสียชีวิตครั้งละมากๆ ซึ่งผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่ไม่ได้มีปัญหากับนักฆ่า เหตุการณ์เช่นนี้เริ่มมีปรากฏบ้างแล้วในประเทศไทย อย่างที่เกิดการกราดยิงที่นครราชสีมาเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ซึ่งมีผู้เสียชีวิต 31 คน และที่หนองบัวลำพู เมื่อตุลาคม พ.ศ. 2565 ซึ่งมีผู้เสียชีวิต 37 คน

ปัญหาความรุนแรงในสังคมก่อให้เกิดผลกระทบต่อชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน ต่อความเป็นอยู่และการดำเนินชีวิตของผู้คน และยังเกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง จึงเป็นเรื่องที่จำเป็นต้องได้รับการป้องกันและแก้ไข

ในงานวิจัยเรื่อง “โครงการทำท้ายไทย: สังคมไทยไร้ความรุนแรง” ของรองศาสตราจารย์ ดร.สุนนทิพย์ จิตสว่าง ซึ่งได้รับรางวัลผลงานวิจัยดีเด่นจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ให้ข้อเสนอแนะในการขับเคลื่อนการลดความรุนแรงด้วย 5 มิติ หรือ 5 P ประกอบด้วย (1) นโยบาย (policy) (2) การป้องกัน (prevention) (3) การคุ้มครอง (protection) (4) การดำเนินคดี (prosecution) และ (5) ความเป็นหุ้นส่วน (partnership) โดยอธิบายว่า สามารถตอบโจทย์ในการลดความรุนแรงในสังคมได้

เกี่ยวกับเรื่องความรุนแรงนี้ ทางองค์การอนามัยโลกก็ให้ความสำคัญ โดยมองว่า เป็นต้นเหตุของปัญหา 5 ด้าน คือ การบาดเจ็บ การเกิดโรคไม่ติดต่อ การเกิดโรคติดต่อ ปัญหาสุขภาพสตรีและเด็ก และปัญหาสุขภาพจิต โดยในปี พ.ศ. 2559 ทางองค์การอนามัยโลกร่วมกับองค์กรระดับโลกอีก 9 องค์กรเสนอแนะให้ใช้ยุทธศาสตร์ 7 ประการเพื่อแก้ปัญหาความรุนแรงในเด็ก ใช้เป็นตัวย่อว่า INSPIRE ซึ่งประกอบด้วย

Implementation and enforcement of laws (การบังคับใช้กฎหมาย)

Norms and values (การสร้างบรรทัดฐานและค่านิยม)

Safe environments (การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย)

Parent and caregiver support (การสนับสนุนผู้ปกครองและผู้ให้ความช่วยเหลือ)

Income and economic strengthening (การสร้างรายได้และสร้างความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจ)

Response and support services (การจัดบริการตอบโต้และสนับสนุน)

Education and life skills (การให้ความรู้และสร้างทักษะชีวิต)

ส่วนรายละเอียดนั้น ศึกษาได้จากเอกสารเรื่อง INSPIRE ซึ่งหาได้จากอินเทอร์เน็ต

แนวทางป้องกันความรุนแรงที่พิสูจน์ว่าได้ผลในระดับนานาชาติคือ Cardiff Model ซึ่งริเริ่มและพัฒนาโดยศาสตราจารย์ ดร.โจนาธาน พี เชฟเพิร์ด (Dr. Jonathan P. Shepherd) ผู้อำนวยการสถาบันนวัตกรรมทางอาชญากรรม ความมั่นคง และการสืบสวน มหาวิทยาลัยคาร์ดิฟฟ์ในเมืองหลวงของประเทศเวลส์ในสหราชอาณาจักร โครงการนี้ ดำเนินการโดยทำการเชื่อมโยงข้อมูลเหตุรุนแรงระหว่างโรงพยาบาลและตำรวจ เพื่อวิเคราะห์สถานที่ซึ่งเกิดเหตุบ่อย วัน เวลาที่เกิดเหตุ ขนาดและความรุนแรงที่เกิดขึ้น และนำข้อมูลไปสร้างเป็นโมเดลในการวางแผนป้องกันเหตุความรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องไปแผนกฉุกเฉิน และช่วยลดค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการบาดเจ็บได้เป็นจำนวนมาก จนได้รับความยอมรับจากองค์การอนามัยโลกและศูนย์ควบคุมโรคของสหรัฐอเมริกา (หรือ CDC) ผลงานชิ้นนี้ทำให้ศาสตราจารย์เชฟเพิร์ด ได้รับการตัดสินให้รับรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดลสาขาการสาธารณสุขในปีนี้เป็นเรื่องที่น่ายินดีที่กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับมูลนิธิรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดลจะได้จัดให้มีการบรรยายพิเศษโดยศาสตราจารย์ ดร.เชฟเพิร์ด ในช่วงที่ท่านเดินทางมารับรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล โดยการบรรยายจะจัดขึ้นในวันอังคารที่ 28 มกราคม พ.ศ. 2568 เวลา 09.00 – 14.30 น. ณ ห้องประชุม นายแพทย์เกียรติภูมิ วงศ์รจิต ชั้น 9 อาคารผู้ป่วยใน 9 โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี และจะมีการถ่ายทอดการบรรยายทางออนไลน์ร่วมด้วย โดยในงานนี้ ศาสตราจารย์ ดร.เชฟเพิร์ด จะได้บรรยายเรื่อง “คาร์ดิฟฟ์ โมเดลเพื่อป้องกันเหตุความรุนแรง” และในการประชุมนี้ทางมูลนิธิเครือข่ายฝึกอบรมระดับภูมิภาคสนามอาเซียนจะได้จัดเสวนาร่วมกับศาสตราจารย์เชฟเพิร์ดในหัวข้อเรื่อง “เบื้องหลังความสำเร็จและบทเรียนสู่การปรับใช้โมเดลในบริบทของประเทศไทย” เพื่อเป็นการสร้างแรงบันดาลใจแก่นักกระบวนทัศน์และนักวิชาการสาขาต่างๆ ในการพัฒนาผลงานทางสาธารณสุขที่มีคุณค่าและสามารถขยายผลให้เป็นรูปแบบในระดับชาติและระดับนานาชาติ งานนี้ นับว่าเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ที่จะได้เรียนรู้เกี่ยวกับงานป้องกันความรุนแรงที่พิสูจน์มาแล้วว่าได้ผล จึงขอเชิญชวนให้เข้าร่วมการประชุมโดยทั่วกัน

นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร
บรรณาธิการ



การบรรยายและเสวนา สร้างแรงบันดาลใจกับ ผู้ได้รับรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล สาขาสาธารณสุข 2567

วันที่ 28 ม.ค. 2568
เวลา 09.00-14.30 น.

ณ ห้องประชุม นายแพทย์เกียรติภูมิ วงศ์รจิต
ชั้น 9 อาคารผู้ป่วยใน 9 ชั้น sw.ศรีธัญญา

การบรรยายเรื่อง “Cardiff Model for Violence Prevention” โดย

Prof. Dr. Jonathan P. Shepherd

- ผู้ได้รับพระราชทานรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ปี 2567
- ผู้อำนวยการสถาบันนวัตกรรมทางอาชญากรรม ความมั่นคง และการสืบสวน มหาวิทยาลัยคาร์ดิฟฟ์ สหราชอาณาจักร



เสวนาสร้างแรงบันดาลใจเรื่อง “เบื้องหลัง ความสำเร็จและบทเรียนสู่การปรับใช้ใน บริบทของประเทศไทย” โดย

- Prof. Dr. Jonathan P. Shepherd
- นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร ผู้ได้รับพระราชทานรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ปี 2552
- นพ.ค่านวณ อึ้งชูศักดิ์
มูลนิธิเครือข่ายฝึกอบรมระดับภูมิภาคสนามอาเซียน

อภิปรายและแลกเปลี่ยนข้อเสนองานโดยภาคีที่เกี่ยวข้อง โดย

- พญ.อุษฎิ จังศิริกุลวิทย์ กรมสุขภาพจิต
- พญ.ศิริรัตน์ สุวรรณฤกษ์ กรมควบคุมโรค
- นพ.พงศศักดิ์ นิตินทรกุล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- นส.ณัฐยา บุญภักดี สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพุทธรักษา อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

ณัฐชนก สามเด็ย, สุรเดช สำราญจิตต์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross sectional survey) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพุทธรักษา จังหวัดสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่าง 204 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม มีค่าความเชื่อมั่น ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม เท่ากับ 0.77, 0.80 และ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลระดับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หาค่าสถิติ ประกอบด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยปัจจัยนำในระดับสูง (Mean=4.38) ค่าเฉลี่ยปัจจัยเอื้อในระดับสูง (Mean=4.32) ค่าเฉลี่ยปัจจัยเสริมในระดับสูง (Mean=4.04) และมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับสูง (Mean=4.36) เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยนำ ($r=0.348$) ปัจจัยเอื้อ ($r=0.542$) และปัจจัยเสริม ($r=0.539$) มีความสัมพันธ์กับทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังนั้น ด้านปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก จึงควรมีการให้ความรู้ความเข้าใจ การรับรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ในประชาชนทุกกลุ่ม สร้างความตระหนักรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้มากขึ้น ด้านปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเพียงพอของทรัพยากรในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ประชาชนยังขาดการเข้าร่วมในการวางแผนแก้ปัญหาเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในชุมชน ควรมีการสนับสนุนให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนและสนับสนุนทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่เพียงพอ ด้านปัจจัยเสริม การได้รับข้อมูลข่าวสารในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกจากสื่อต่างๆ และจากคนรอบข้าง เป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อความตื่นตัวและสนใจในการปฏิบัติตัวป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก; โรคไข้เลือดออก; การรับรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีที่มีอยู่หลาย เป็นแมลงนำโรค โรคนี้เป็นปัญหาสาธารณสุขในหลายประเทศ ทั่วโลก และยังคงคุกคามต่อสุขภาพของประชากรโลกมากกว่า ร้อยละ 40 (2,500 ล้านคน)⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยเริ่มมี รายงานพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกครั้งแรกในปี พ.ศ. 2492 และพบการระบาดครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 หลังจากนั้น ประเทศไทย มีแนวโน้มของการพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก เพิ่มขึ้น

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยสะสม 153,734 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 232.47 ต่อแสนประชากร ตายสะสม 168 ราย อัตราป่วย ตายร้อยละ 0.11 ซึ่งจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในปี พ.ศ. 2566 มากกว่า พ.ศ. 2565 ในช่วงเวลาเดียวกันถึง 3.4 เท่า⁽²⁾ จังหวัดสมุทรปราการ พบผู้ป่วยจำนวน 1,691 ราย อัตราป่วย 124.63 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต จำนวน 2 ราย อัตราตายร้อยละ 0.12⁽³⁾ พบผู้ป่วยมากที่สุดในพื้นที่อำเภอ เมืองสมุทรปราการ พบผู้ป่วยสูงสุดที่ตำบลท้ายบ้านใหม่ และในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพุทธรักษา ตำบลท้ายบ้านใหม่ พบผู้ป่วย จำนวน 35 ราย อัตราป่วย 251.78 ต่อแสนประชากร กลุ่มอายุที่ป่วยคือ 20-29 ปี รองลงมาคือกลุ่มอายุ 10-19 ปีและพบผู้ป่วยในวัยผู้ใหญ่ จนถึงวัยสูงอายุ จะเห็นได้ว่าช่วงอายุที่ป่วยด้วยโรค- ไข้เลือดออกจะอยู่ในช่วงวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ จนไปถึงวัยสูงอายุ และเนื่องจากมีรายงานการเสียชีวิตในวัยดังกล่าวมากขึ้น อีกทั้งผู้ใหญ่บางรายมีโรคประจำตัวทำให้การรักษายุ่งยาก กว่าในวัยเด็ก และหากการรักษาไม่ถูกต้องอาจเป็นอันตราย ถึงแก่ชีวิตได้⁽⁴⁾ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประชาชน ในช่วงกลุ่มอายุ 20-69 ปี และประยุกต์ใช้ PRECEDE- PROCEED Model ซึ่งเป็นทฤษฎีที่พัฒนาโดย Green ในปี ค.ศ. 1968-1974⁽⁵⁾ นำมาใช้ในการวินิจฉัยและ ประเมินผลโครงการสุขภาพและโครงการส่งเสริม- สุขภาพ ซึ่งแนวคิดนี้ได้ให้ความสำคัญต่อบัจจัยที่มีผลต่อ พฤติกรรมสุขภาพ 3 บัจจัย คือ บัจจัยนำ บัจจัยเอื้อและ บัจจัยเสริม และจากการทบทวนโดยใช้กรอบแนวคิด มาวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหบัจจัยว่า พฤติกรรม สุขภาพของบุคคลมีสาเหตุมาจากบัจจัยหลายบัจจัย

และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นต้องวิเคราะห์สาเหตุ ของพฤติกรรมก่อน โดยกระบวนการใช้บัจจัยหลักหรือ บัจจัยนำ บัจจัยเอื้อ และบัจจัยเสริมในการวินิจฉัยและ ประเมินผลการดำเนินงานเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ของบุคคล⁽⁶⁾ โดยบัจจัยนำ ด้านการรับรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก บัจจัยเอื้อ ด้านความเพียงพอของทรัพยากรในการควบคุม และป้องกันโรคไข้เลือดออก และบัจจัยเสริม ด้านการได้รับ ข้อมูลข่าวสารในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก เพื่อทราบ บัจจัยที่จะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในพื้นที่และนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา พฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ในการควบคุมป้องกันโรค- ไข้เลือดออกและให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาค- ตัดขวาง (cross sectional survey Research) เพื่อศึกษา ความสัมพันธ์ของบัจจัยนำ บัจจัยเอื้อ และบัจจัยเสริมกับ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ ประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล- พุทธรักษา จังหวัดสมุทรปราการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนชายและหญิงที่มีอายุ 20-69 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พุทธรักษา อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ พักอาศัย ในหมู่ที่ 1 หมู่ที่ 2 และหมู่ที่ 8 ตำบลท้ายบ้านใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนชายและหญิงที่มีอายุ 20-69 ปี ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากจาก 3 หมู่บ้านโดยทุกหมู่บ้านมีโอกาสเลือกเท่าๆ กัน ได้หมู่ที่ 8 ตำบลท้ายบ้านใหม่และในหมู่ที่ 8 มีจำนวน 7 ชุมชน จึงทำการ สุ่มตัวอย่างโดยการจับสลากเลือก 1 ชุมชน ได้ชุมชนคิวง ซึ่งมีประชากรอายุ 20-69 ปี จำนวน 432 คน คำนวณ กลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณของเครจซี่และมอร์แกน⁽⁷⁾ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 204 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษารายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม และดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน - ตุลาคม พ.ศ. 2567 ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุม 3 ปัจจัย ตามแนวคิดทฤษฎี PRECEDE-PROCEED Model คือปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 6 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ และประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคใช้เลือดออกของบุคคลในครอบครัว ลักษณะคำตอบแบบสำรวจรายการ (checklist) จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้เรื่องโรคใช้เลือดออก จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก จำนวน 20 ข้อ

ลักษณะข้อคำถามในส่วนที่ 2 - ส่วนที่ 5 เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับทั้งหมด สร้างตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (likert scale) ในการแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์ของ Best⁽³⁾ จะแบ่งออกเป็น 3 ระดับ แบ่งช่วงคะแนนแบบอันตรภาค (interval scale) ผู้วิจัยจึงกำหนดเกณฑ์การแปลผลโดยถือตามเกณฑ์คะแนนแบบอันตรภาค พิจารณาแบบรายข้อ ดังนี้

สูตรการคำนวณ

$$\text{ค่าความต่างคะแนน} = \frac{\text{คะแนนรวมสูงสุด} - \text{คะแนนรวมต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} = \frac{(5-1)}{3} = 1.33$$

ค่าระดับคะแนนเฉลี่ย	หมายถึง	ระดับ
3.67 - 5.00	หมายถึง	สูง
2.34 - 3.66	หมายถึง	ปานกลาง
1.00 - 2.33	หมายถึง	ต่ำ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามปลายเปิดเชิงลึก จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบที่มีการกำหนดคำถามไว้ล่วงหน้า ด้วยคำถามปลายเปิด กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ โดยปราศจากการชี้นำคำตอบเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงมากที่สุดและตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามหาค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยมีค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหาทั้งหมดเท่ากับ 0.67-1.00 แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มประชาชนอายุ 20-69 ปี ที่มีคุณสมบัติครบตามกลุ่มตัวอย่าง ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท้ายบ้านใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นตามประเด็นแบบสอบถามดังนี้ ปัจจัยนำเท่ากับ 0.77 ปัจจัยเอื้อเท่ากับ 0.80 ปัจจัยเสริมเท่ากับ 0.95 และพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกเท่ากับ 0.89 คำนวณค่าความเชื่อมั่นทั้งหมดเท่ากับ 0.94

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของประชาชน ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และใช้เกณฑ์ของ Davies⁽⁸⁾ ใช้การแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังนี้

- ค่า r มีค่า 0.01 ถึง 0.09

มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

- ค่า r มีค่า 0.10 ถึง 0.29
มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
- ค่า r มีค่า 0.30 ถึง 0.49
มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
- ค่า r มีค่า 0.50 ถึง 0.69
มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
- ค่า r มีค่า 0.70 ถึง 1.00
มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก

การวิเคราะห์แบบสอบถามปลายเปิดเชิงลึก โดยการแยกประเด็นของข้อมูลที่ต้องการ เพื่อสร้างขอบเขตที่ชัดเจนและถูกต้องใช้วิธีการวิเคราะห์ค่าหลัก โดยจำแนกค่าที่มีความสัมพันธ์กันมาไว้ในชุดข้อมูลเดียวกัน นำมาวิเคราะห์เป็นประเด็นหลักและแบ่งเป็นประเด็นย่อยต่อไป จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาเป็นข้อสรุปแบบอุปนัย (analytic induction) โดยสรุปผลข้อมูลแบบการบรรยายเชิงพรรณนา

การรับรองทางจริยธรรม

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เลขที่ SCPHYLIRB 2567/331

ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การป่วยโรคไข้เลือดออกของสมาชิกในครัวเรือนของประชาชน ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพุทธรักษา อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 70.10 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60 - 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.90 มีอายุสูงสุด 69 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี อายุเฉลี่ย 49.28 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็น ร้อยละ 26.00 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 46.10 ส่วนใหญ่มีรายได้ 15,001 - 30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 44.60 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 93.60

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระดับปัจจัยนำระดับปัจจัยเอื้อ ระดับปัจจัยเสริม และระดับพฤติกรรมการ

ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพุทธรักษา อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ โดยหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2.1 ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกโดยภาพรวมมีการรับรู้การรับรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง (Mean=4.38, SD=0.49) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การปิดฝาภาชนะบรรจุน้ำให้สนิททำให้ยุ่งยากไม่สามารถวางไข่ได้และสามารถป้องกันการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ (Mean=4.70, SD=0.57) และผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจะมีอาการไข้สูง อาเจียน ชี้นและมีจุดเลือดออกใต้ผิวหนังและช็อกได้ (Mean=4.70, SD=0.63) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ สมาชิกในบ้านมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคไข้เลือดออกหากพบแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายมาก (Mean=3.76, SD=1.19)

2.2 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยภาพรวมมีความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง (Mean=4.32, SD=0.61) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ชุมชนมี อสม./ผู้นำชุมชน บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการแนะนำเรื่องโรคไข้เลือดออก (Mean=4.52, SD=0.79) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ หมู่บ้านมีการวางแผนแก้ปัญหาเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก (Mean=4.50, SD=1.19)

2.3 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=4.04, SD=0.89) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านประชาสัมพันธการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน (Mean=4.20, SD=1.07) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ ได้รับข้อมูลข่าวสารในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจากเพื่อนบ้าน (Mean=3.93, SD=1.11) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการประชาสัมพันธ์กับประชาชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน (Mean=3.93, SD=1.11)

2.4 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน อยู่ในระดับสูง (Mean=4.36, SD=0.59) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ พาบุตร-หลานหรือคนในครอบครัว ไปพบแพทย์ เมื่อสงสัยว่าเป็นโรคไข้เลือดออก

(Mean=4.65, SD=0.83) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ เข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ควบคุมโรคไข้เลือดออก ในชุมชน (Mean=3.98, SD=1.27)

3. การทดสอบสมมติฐานเพื่อหาความสัมพันธ์นำเสนอ โดยใช้สถิติทดสอบค่า Pearson's product moment correlation coefficient ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ดังตารางที่ 1

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน พบว่า ปัจจัยนำ การรับรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง ($r=0.348$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ปัจจัยเอื้อ ด้านความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูง ($r=0.542$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ปัจจัยเสริม การได้รับข้อมูลข่าวสารในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูง ($r=0.539$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถามเชิงลึกของประชาชนเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำ

ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพุทธรักษา อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ดังนี้

4.1 ปัญหาอุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในบ้านและชุมชน คือ ส่วนใหญ่ประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจและการเห็นความสำคัญของโรคไข้เลือดออก รองลงมา คือ การร่วมมือของคนในชุมชนยังมีน้อย และน้อยที่สุด คือ เป็นชุมชนแออัด

4.2 เมื่อตัวเองหรือคนในครอบครัวป่วยเป็นไข้เลือดออกแล้วจะป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่เลือกใช้วิธี ฉีดสเปรย์ป้องกันยุงในบ้าน รองลงมา คือ ใส่ทรายอะเบทกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ และน้อยที่สุด คือ จุดยากันยุง

4.3 วิธีที่เหมาะสมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในบ้าน ส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีค้ำภาชนะที่ไม่ใช้ไม่ให้น้ำขังเพื่อไม่ให้มียุงเกิดขึ้นรองลงมาคือใส่ทรายอะเบทลงไปภาชนะที่มีน้ำขังน้อยที่สุดคือติดมุ้งลวด

4.4 วิธีที่จะทำให้คนในครอบครัวและในชุมชนปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออก ส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีดูแลเก็บบ้านให้สะอาดให้โล่ง รองลงมาคือ ดูแลไม่ให้มีน้ำขังกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ และน้อยที่สุดคือ ทายากันยุง

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมกำควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพุทธรักษา อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

ปัจจัย	พฤติกรรมกำควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยนำ การรับรู้เรื่องไข้เลือดออก	0.348*	<0.001	ปานกลาง
ปัจจัยเอื้อ ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	0.542*	<0.001	สูง
ปัจจัยเสริม การได้รับข้อมูลข่าวสารในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	0.539*	<0.001	สูง

* ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.01$

4.5 การได้รับข้อมูลข่าวสารในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ส่วนใหญ่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รองลงมาคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และน้อยที่สุดคือ ทางวิทยุ

วิจารณ์

1. ปัจจัยนำ ด้านการรับรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล-พุทธรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง ($r=0.348$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อาจมีผลจากตำบลท้ายบ้านใหม่ เป็นชุมชนเมือง อีกทั้งยังเป็นแหล่งเศรษฐกิจ มีโรงงานอุตสาหกรรม ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายของประชาชน โดยอาชีพหลัก คือ อาชีพรับจ้าง ทำให้คนกลุ่มเหล่านี้เข้าถึงการรับรู้ถึงโรคไข้เลือดออกได้น้อย ซึ่งส่งผลถึงพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จึงควรให้การส่งเสริมเรื่องการรับรู้โรคไข้เลือดออกให้แก่ประชาชน สอดคล้องกับสมมติฐานและสอดคล้องกับทฤษฎีกระบวนการวิเคราะห์ด้วย PRECEDE Framework โดยมีปัจจัยนำเป็นปัจจัยที่เป็นพื้นฐานของการเกิดพฤติกรรมบุคคล และก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล⁽⁹⁾ สอดคล้องกับผลการศึกษาของธัญลักษณ์ ชื่นฤทัย และมิ่งขวัญ ศิริโชค⁽¹⁰⁾ พบว่า ปัจจัยนำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระดับปานกลาง ($r=0.565$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

2. ปัจจัยเอื้อ ด้านความเพียงพอของทรัพยากรในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพุทธรักษา อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูง ($r=0.542$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับสมมติฐานกล่าวคือ พื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพุทธรักษาเป็นพื้นที่ที่มีความพร้อมทางเศรษฐกิจและสังคม มีความเพียงพอของทรัพยากรในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก มีแหล่งสนับสนุนทรัพยากรในการควบคุมป้องกันโรค-

ไข้เลือดออก รวมถึงชุมชนมีการวางแผนแก้ปัญหาเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกการสนับสนุนทรัพยากรในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จำเป็นอย่างทั่วถึง สอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE Framework โดยปัจจัยเอื้อ (enabling factors) เป็นปัจจัยที่อาศัยอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลให้เกิด พฤติกรรม โดยตรงประกอบด้วย การหาได้ง่าย (available) และความสามารถในการเข้าถึงได้ (accessibility)⁽⁹⁾ สอดคล้องกับรัชฎาภรณ์ มีคุณ และคณะ⁽¹¹⁾ ที่พบว่า ปัจจัยเอื้อด้านความพอเพียงของทรัพยากร ($r=0.556$) การมีทักษะในการใช้ทรัพยากร ($r=0.788$) และปัจจัยเสริมด้านการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม. ($r=0.680$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

3. ปัจจัยเสริม ปัจจัยเสริมด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพุทธรักษา อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูง ($r=0.539$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE Framework คือ ปัจจัยเสริม (reinforcing factors) เป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีอิทธิพลต่อบุคคลในเรื่องนั้น โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้⁽⁵⁾ สอดคล้องกับนรวิรุ รัตนฤ และมิ่งขวัญ ศิริโชค⁽⁴⁾ ที่พบว่า ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับรัชฎาภรณ์ มีคุณ และคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่า ปัจจัยเสริมด้านการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม. มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับปฐวี ปวกพรหมมา และคณะ⁽¹²⁾ ที่พบว่า ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ และสอดคล้องกับสรุปผล สิริปยานนท์⁽¹³⁾ พบว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุน และการได้รับแรงจูงใจ มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ปัจจัยนำ ด้านการรับรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ควรสนับสนุนปัจจัยที่มีผลกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ร่วมกับการให้ความรู้โรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) เพื่อสร้างความตระหนักรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้มากขึ้น

2. ปัจจัยเอื้อ ด้านความเพียงพอของทรัพยากรในการควบคุมและป้องกันโรค การได้รับการสนับสนุนทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรคที่เพียงพอ จะส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างถูกต้องเหมาะสม

3. ปัจจัยเสริม การได้รับข้อมูลข่าวสารในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ครอบครัวและชุมชนควรมีความเอาใจใส่ในการให้ข้อเสนอแนะและความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก รวมทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องท้องถิ่น ชุมชนควรดำเนินการสนับสนุนอย่างจริงจัง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน เช่น เจตคติ และแรงจูงใจจากบุคคล

2. ควรทำการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชนและท้องถิ่น ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับพื้นที่และสามารถนำไปวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ประจำหลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ที่กรุณาให้คำแนะนำติดตาม ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องและชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้มีความถูกต้องและความสมบูรณ์ของเนื้อหาทางวิชาการยิ่งขึ้น ขอขอบคุณอาจารย์และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ รวมทั้งให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการวิจัยจนทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยยุงลายสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พ.ศ. 2564. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิกแอนดดิไซน์; 2564.
2. กรมควบคุมโรค. ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 2 ส.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1518020240108030514.pdf>
3. งานควบคุมโรคติดต่อ. ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506. สมุทรปราการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ; 2566.
4. นรวีร์ รัตนภู, มิ่งขวัญ ศิริโชติ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลเขาขาว อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง [การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2565.
5. Green LW, Kreuter MW, Deeds S, Partridge K. Health education planning: an educational and ecological approach. New York: McGraw-Hill; 2005.
6. สุรเดช สำราญจิตต์. พฤติกรรมสุขภาพทางสาธารณสุข. เอกสารประกอบการสอนวิชา PHA 6303, กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2566.
7. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970;30:607-10.
8. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1977.
9. Davies JA. Elementary survey analysis. New Jersey: Prentice Hall; 1971.
10. ธีรณัฐลักษณ์ ชื่นฤทัย, มิ่งขวัญ ศิริโชติ. พฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลกลัดหลวง อำเภอกำแพง จังหวัดเพชรบุรี. การประชุมวิชาการระดับชาติ ประจำปี 2566 “สาธารณสุขยุคใหม่ เพื่อผู้สูงวัยใส่ใจเทคโนโลยีดิจิทัล”; 14 มี.ค. 2567; คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง. กรุงเทพมหานคร: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2566.
11. รัชฎาภรณ์ มีคุณ, กรรณิกา สาสิทธิ์, ชลกร ทรงศรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนบ้านหนองอีบัว ตำบลหนองชุม อำเภอภูผา จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา 2562;2(2):26-34.
12. ปจวดี ปวงพรหมมา, อลิสา นิตธรรม, ณัฐกฤตา ศิริโสภณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตตำบลบางกระเจ้า อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารพยาบาลทหารบก 2565;23(2):68-77.
13. สุรพล ลีริปิยานนท์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอวิบูลย์รักษ์ จังหวัดพิจิตร. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2563;4(8):85-103.

Factors Related with Dengue Hemorrhagic Protection Behavior among People in Phuttharaksa Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang Samut Prakan District, Samut Prakan Province

Natchanok Samtair, Suradej Samranjit

Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University, Bangkok, Thailand

Abstract

This study is a cross-sectional survey. The objective was to study the factors related to the behavior of dengue fever prevention and control of people in the area of Phuttharaksa Subdistrict Health Promotion Hospital, Samut Prakan Province. The sample group was 204 people. The research instrument was a questionnaire with the reliability of the predisposing factors, enabling factors, and reinforcing factors of 0.77, 0.80, and 0.95. The data on the predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors, and dengue fever prevention and control behavior were analyzed. The statistics included percentage, mean, and standard deviation. The association between the predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors, and dengue fever prevention and control behavior was found using Pearson's product moment correlation coefficient. It was found that: the sample group had a high mean of predisposing factors (Mean=4.38), a high mean of enabling factors (Mean=4.32), a high mean of reinforcing factors (Mean=4.04), and a high mean of dengue fever prevention and control behavior (Mean=4.36). When testing the association, it was found that predisposing factors ($r=0.348$), enabling factors ($r=0.542$), and reinforcing factors ($r=0.539$) were positively related to dengue fever prevention and control behavior with statistical significance at the 0.01 level. Therefore, perception of dengue fever, knowledge, understanding, and awareness of dengue fever should be provided to all groups of people, and awareness of dengue fever prevention and control should be raised. In terms of enabling factors, the adequacy of resources for dengue fever control and prevention and promoting the role of the people to participate in planning to solve dengue fever problems in the community. People should be supported to participate in community activities and support sufficient resources for dengue fever prevention and control. In terms of reinforcing factors, it is essential to receive information on dengue fever control and prevention from various media and from people around them. It is a factor that helps promote people to have behaviors to prevent and control dengue fever, in order to be aware and interested in practicing ways to prevent dengue fever among the people.

Keywords: dengue fever prevention and control behavior; dengue fever; dengue fever perception

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพ การใช้สาร- เสพติดของผู้เข้ารับการฟื้นฟู ในค่ายฟื้นฟูสภาพทางสังคม ผู้เสพ ผู้ใช้สารเสพติด อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

ชุลีกร ชายเกต, จันทร์จาริ เกตุมาโร

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการเสพ การใช้สารเสพติดของผู้เข้ารับการฟื้นฟูในค่ายฟื้นฟูสภาพทางสังคมผู้เสพ ผู้ใช้สารเสพติด อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการเสพ การใช้สารเสพติดของผู้เข้ารับการฟื้นฟูในค่ายฟื้นฟูสภาพทางสังคมผู้เสพ ผู้ใช้สารเสพติด อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้เข้ารับการฟื้นฟูในค่ายฟื้นฟูสภาพทางสังคมผู้เสพ ผู้ใช้สารเสพติดอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ จำนวน 135 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณจากจากสูตรของ Yamane และเทียบตาราง ใช้แบบสอบถามที่ได้จากการศึกษา ทฤษฎีและแนวคิดแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE - PROCEED Model) ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการเสพ การใช้สารเสพติด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ หาความถี่ ค่าสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบสมมติฐานโดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมการพฤติกรรมการเสพ การใช้สารเสพติดของผู้เข้ารับการฟื้นฟูในค่ายฟื้นฟูสภาพทางสังคมผู้เสพ ผู้ใช้ สารเสพติด อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า $r=0.412$ ($p<0.05$) มีปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการ เสพ การใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ได้แก่ ปัจจัยนำเกี่ยวกับค่านิยมและเจตคติ ($r=0.315$) ปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับด้านกายภาพและสังคมวัฒนธรรมและทักษะส่วนบุคคล ($r=0.463$) และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย เสริมด้านครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่ผู้ดูแล และสื่อการสอน ($r=0.459$)

คำสำคัญ: พฤติกรรมการเสพ; การใช้สารเสพติด; ปัจจัยนำ; ปัจจัยเอื้อ; ปัจจัยเสริม

วันรับ: 7 ต.ค. 2567

วันแก้ไข: 12 พ.ย. 2567

วันตอบรับ: 16 พ.ย. 2567

บทนำ

การแพร่ระบาดของยาเสพติดทั่วโลกส่งผลให้ประชากร ในปี พ.ศ. 2562 ทั่วโลกมีตัวเลขผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากการใช้ ยาเสพติดและต้องได้รับการบำบัดฟื้นฟูรวมทั้งสิ้น 35 ล้านคน

และในจำนวนนี้มีเพียง 1 ใน 7 เท่านั้นที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟู จากรายงานนี้พบว่า จำนวนผู้ใช้ยาเสพติดจากสารโอปิออยด์ (กลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่น) อยู่ที่ 53 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากการ ประเมินการ เมื่อปี พ.ศ. 2559 ถึงร้อยละ 56 มีผู้เสียชีวิต จากการใช้ยาเสพติด ในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 585,000 คน และสารเสพติดอีกชนิดหนึ่งที่มีการแพร่ระบาดของ

แอมเฟตามีนหรือยาบ้าที่ใหญ่ที่สุดในโลก ในปี พ.ศ. 2561 มีการจับกุมและตรวจยึดได้สูงถึง 120 ตัน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2560 ที่ตรวจยึดได้ 82 ตัน และประเทศที่มีการจับกุมและตรวจยึดเมทแอมเฟตามีนในประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ 66 ของเมทแอมเฟตามีนทั้งหมดซึ่งสูงที่สุดในเอเชีย⁽¹⁾

จากสถานการณ์การระบาดของยาเสพติดที่สำคัญของอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ เกิดผู้เสพยาใหม่ทั้งในกลุ่มประชาชนทั่วไป รวมถึงกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ 10-14 ปี และจากสถิติของโรงพยาบาลเขาพนมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 116 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วย-จิตเวชจากการใช้ยาเสพติดจำนวน 74 ราย และผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 42 ราย ดังนี้ ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 32 ราย เป็นจิตเวชจากยาเสพติดจำนวน 20 ราย ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 35 ราย เป็นจิตเวชจากยาเสพติด 24 ราย และปี พ.ศ. 2566 เป็น 49 ราย เป็นจิตเวชจากยาเสพติดจำนวน 30 ราย ตามลำดับ โดยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และพบมากในกลุ่มวัยทำงาน รองลงมาคือกลุ่มวัยรุ่น/เยาวชน ชนิดสารเสพติดที่มีการใช้มากที่สุดคือยาบ้า รองลงมาคือน้ำกระท่อมผสมยาแก้ไอ และกัญชา⁽²⁾

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางเหรียง ได้มีแนวทางการดำเนินงานยาเสพติดเน้นการค้นหาเป้าหมาย ผู้เสพยาผู้ใช้ผู้ติดยาเสพติดหมู่บ้านเป้าหมาย นำเข้าสู่กระบวนการบำบัดโดยชุมชนหมู่บ้าน เน้นให้โอกาสเพื่อการลด ละ และเลิก ยาเสพติดให้ได้ในที่สุดตามแนวคิดและนโยบาย “ผู้เสพยา คือ ผู้ป่วย” ตามประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 ลงวันที่ 21 กรกฎาคม พ.ศ. 2557 ผู้วิจัย จึงทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การเสพยา การใช้สารเสพติดของผู้เข้ารับการฟื้นฟูในค่ายฟื้นฟูสภาพทางสังคมเพื่อเป็นข้อมูลและแนวทางในการวางแผน การดำเนินงานต่อไป

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย (research design) เป็นการวิจัยแบบการสำรวจ (survey design)

ประชากรในการวิจัย คือ ผู้เข้ารับการฟื้นฟูในค่ายฟื้นฟูสภาพทางสังคมผู้เสพยา ผู้ใช้สารเสพติด อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ จำนวนทั้งหมด 4 รุ่น ดังนี้

รุ่นที่ 1 จำนวน 55 คน

รุ่นที่ 2 จำนวน 50 คน

รุ่นที่ 3 จำนวน 50 คน

รุ่นที่ 4 จำนวน 50 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม ได้แก่ ผู้เข้ารับการฟื้นฟูในค่ายฟื้นฟูสภาพทางสังคมผู้เสพยา ผู้ใช้สารเสพติด อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

- มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
- มีความยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
- มีสติสัมปชัญญะดี สามารถฟัง พูดและอ่านภาษาไทยได้

เกณฑ์ในการคัดเลือกรอกจากกลุ่ม ได้แก่

- ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนขณะเก็บข้อมูล
- ผู้ป่วยมีภาวะบกพร่องในการสื่อสาร เช่น หูตึงมาก บกพร่องทางสมอง
- ปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เข้ารับการฟื้นฟูในค่ายฟื้นฟูสภาพทางสังคมผู้เสพยา ผู้ใช้สารเสพติด อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ จำนวน 135 คน ซึ่งคำนวณโดยใช้สูตรของ Yamane⁽³⁾

เกณฑ์การถอนอาสาสมัครวิจัย

1. อาสมัครตัดสินใจออกจากโครงการ
2. การยุติการศึกษาโดยการตัดสินใจโดยแพทย์ผู้วิจัย เมื่ออาสาสมัครมีลักษณะไม่เข้ากับเกณฑ์การคัดเลือก คัดออกที่กำหนด อันจะทำให้เกิดความเสียหายต่ออาสาสมัคร หรือความไม่เที่ยงตรงของผลการศึกษา
3. อาการไม่พึงประสงค์ที่แพทย์ผู้วิจัยพิจารณาแล้วว่า จะเป็นอันตราย

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ทำการสุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (systematic sampling) จากทะเบียนรายชื่อผู้เข้ารับการฟื้นฟูในค่ายฟื้นฟูสภาพทางสังคมผู้เสพยา ผู้ใช้สารเสพติด อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ได้ดังนี้

รุ่นที่ 1 จำนวน 38 คน

รุ่นที่ 2 จำนวน 28 คน

รุ่นที่ 3 จำนวน 40 คน

รุ่นที่ 4 จำนวน 29 คน

ผู้วิจัยศึกษาขอบเขตของเนื้อหา ตลอดจนแนวคิด ทฤษฎีต่างๆ รวมทั้งเอกสาร วรรณกรรม และงานวิจัยที่

เกี่ยวข้องและได้อ้างอิงแบบสอบถามของนรากร สารีแท้ และเสรี ชัดเข้ม⁽⁴⁾ ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการเลิกสารเสพติดของผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี นำมาปรับปรุงให้สอดคล้องกับหัวข้อและวัตถุประสงค์

ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้เข้ารับการรักษาในค่ายฟื้นฟูสภาพทางสังคมผู้เสพยาเสพติด อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพ ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด ประเภทสารเสพติดที่ใช้ และวิธีที่เคยใช้สารเสพติด

ปัจจัยนำ ได้แก่ ค่านิยม และเจตคติของผู้เข้ารับการรักษาในค่ายฟื้นฟูสภาพทางสังคมผู้เสพยาเสพติด อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับชุมชนที่อยู่อาศัย กายภาพ สังคมวัฒนธรรม และทักษะส่วนบุคคลของผู้เข้ารับการรักษาในค่ายฟื้นฟูสภาพทางสังคมผู้เสพยาเสพติด อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

ปัจจัยเสริม ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่ผู้ดูแล และสื่อการสอนของผู้เข้ารับการรักษาในค่ายฟื้นฟูสภาพทางสังคมผู้เสพยาเสพติด อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการเสพยาเสพติดของผู้เข้ารับการรักษาในค่ายฟื้นฟูสภาพทางสังคมผู้เสพยาเสพติด อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

สร้างแบบสอบถามโดยมีข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ จำแนกได้รายชื่อ ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลจำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยนำปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม จำนวน 35 ข้อ

มีข้อคำถามเชิงลบจำนวน 18 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 6, 8, 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 25, 28, 29, 30, 31, 33, 34

มีข้อคำถามเชิงลบจำนวน 17 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 5, 7, 9, 10, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 26, 27, 32, 35

ตอนที่ 3 แบบสอบถามด้านแบบสอบถามด้านพฤติกรรม จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทุกข้อ

การเสพยา การใช้สารเสพติดของผู้เข้ารับการรักษาในค่ายฟื้นฟูสภาพทางสังคมผู้เสพยา ผู้ใช้สารเสพติด อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้เข้าใจ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ โดยให้ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน พ.ศ. 2567

3. ระเบียบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างกลับ โดยผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนและความสมบูรณ์เรียบร้อยของแบบสอบถามทุกฉบับ และนำแบบสอบถามทั้งหมดไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือการวิจัยจะพิจารณาถึงความสอดคล้อง ความถูกต้องสมบูรณ์ของภาษาที่ใช้ความต่อเนื่องของคำถาม และตรวจสอบความครบถ้วนขอเนื้อหาและโครงสร้าง ให้ตรงกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาโดยการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ให้คะแนน 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามสอดคล้องกับตัวแปรและวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา

ให้คะแนน 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามสอดคล้องกับตัวแปรและวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา

ให้คะแนน -1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามไม่สอดคล้องกับตัวแปรและวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา

จากนั้นนำผลคะแนนที่ได้จากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน มารวบรวมคะแนนที่ได้ทั้งหมด เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (index of item objective congruence; IOC) โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องต้องอยู่ระหว่าง 0.67-1.00⁽⁵⁾ ซึ่งผลการตรวจสอบได้ค่าความสอดคล้องของเนื้อหา ค่า IOC เท่ากับ 1 ทุกข้อคำถาม

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง

ที่ทดลอง (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา คือ กลุ่มผู้ใช้, ผู้เสพยาเสพติด ในค่ายฟื้นฟูสภาพทางสังคมเขตพื้นที่อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ จำนวน 30 คน โดยเก็บข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ซึ่งผลการทดสอบค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.859 วิเคราะห์เป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามส่วนค่านิยมและเจตคติ (ปัจจัยนำ) เท่ากับ 0.816
2. ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามส่วนครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่ผู้ดูแล สื่อการสอน (ปัจจัยเอื้อ) เท่ากับ 0.871
3. ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามส่วนครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่ผู้ดูแล สื่อการสอน (ปัจจัยเสริม) เท่ากับ 0.821
4. ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามส่วนพฤติกรรมกาเสพติด การใช้สารเสพติดของผู้เข้ารับการฟื้นฟูในค่ายฟื้นฟูสภาพทางสังคมผู้เสพยาเสพติด อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ เท่ากับ 0.811

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลโดย ใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยวิธีการหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
2. สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมกาเสพติด การใช้สารเสพติดของผู้เข้ารับการฟื้นฟูในค่ายฟื้นฟูสภาพทางสังคมผู้เสพยาเสพติด อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ใช้สถิติ Pearson's product moment correlation coefficient ทดสอบสมมติฐานความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมกาเสพติด การใช้สารเสพติดของผู้เข้ารับการฟื้นฟูในค่ายฟื้นฟูสภาพทางสังคมผู้เสพยาเสพติด อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ได้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมกาเสพติด การใช้สารเสพติดของผู้เข้ารับการฟื้นฟูในค่ายฟื้นฟูสภาพทางสังคมผู้เสพยาเสพติด อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ สามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานของการศึกษาได้ดังนี้

สมมติฐานปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาเสพติด การใช้สารเสพติดของผู้เข้ารับการฟื้นฟูในค่ายฟื้นฟูสภาพทางสังคมผู้เสพยาเสพติด อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ จากการศึกษาพบว่า โดยภาพรวม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกาพฤติกรรมกาเสพติด การใช้สารเสพติดของผู้เข้ารับการฟื้นฟูในค่ายฟื้นฟูสภาพทางสังคมผู้เสพยาเสพติด อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.412, p<0.05$)

1. ปัจจัยนำ เกี่ยวกับค่านิยมและเจตคติ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกาเสพติด การใช้สารเสพติดของผู้เข้ารับการฟื้นฟูในค่ายฟื้นฟูสภาพทางสังคมผู้เสพยาเสพติด อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

2. ปัจจัยเอื้อ จากผลการศึกษาพบว่า ด้านกายภาพ และสังคมวัฒนธรรมและด้านทักษะส่วนบุคคล พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกาเสพติด การใช้สารเสพติดของผู้เข้ารับการฟื้นฟูในค่ายฟื้นฟูสภาพทางสังคมผู้เสพยาเสพติด อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

สภาพทางสังคมผู้เสพยาเสพติด อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($r=0.315$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

3. ปัจจัยเสริม เกี่ยวกับครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่ผู้ดูแล สื่อการสอน พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกาเสพติด การใช้สารเสพติดของผู้เข้ารับการฟื้นฟูในค่ายฟื้นฟูสภาพทางสังคมผู้เสพยาเสพติด อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

สามารถดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชน ศักยภาพ และทรัพยากรของชุมชน เป็นการดำเนินการที่ควบคู่ไปกับบริบทการเติบโตและการเปลี่ยนแปลงของสังคมด้วยความต่อเนื่องและยั่งยืน

จากงานวิจัยข้างต้นทำให้เห็นความสำคัญด้านปัจจัยเสริม เนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลผู้ใช้, ผู้เสพยาเสพติดภายใต้แนวคิด “ผู้เสพยา คือ ผู้ป่วย” ทำให้กลุ่มผู้ใช้, ผู้เสพยาได้รับการยอมรับจากสังคมมากขึ้น ได้รับโอกาสเข้ารับการรักษาเพิ่มมากขึ้น จึงอาจสรุปได้ว่าอิทธิพลจากสังคมสำคัญมาก เนื่องจากเมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยจำแนกตามรายชื่อมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 8. การใช้สารเสพติดทำให้เข้ากับเพื่อนได้ดี (Mean=4.30, SD=0.73) รองลงมา ได้แก่ ข้อ 6. ครอบครัวมักปล่อยให้อยู่คนเดียว (Mean=4.28, SD=0.82) การได้รับการยอมรับจากสังคมส่งผลต่อการตัดสินใจใช้, เสพสารเสพติด และเมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยจำแนกตามรายชื่อของพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้เข้ารับการรักษาฟื้นฟูในค่ายฟื้นฟูสภาพทางสังคมผู้เสพยา ผู้ใช้สารเสพติด อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่มากที่สุด ได้แก่ ข้อ 20 ให้สัญญากับครอบครัวว่าจะไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด (Mean=4.30, SD=0.72) จึงอาจสรุปได้ว่าอิทธิพลจากด้านครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่ผู้ดูแล สื่อการสอนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้เข้ารับการรักษาฟื้นฟูในค่ายฟื้นฟูสภาพทางสังคมผู้เสพยา ผู้ใช้สารเสพติด อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง (r=0.459)

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้เข้ารับการรักษาฟื้นฟูในค่ายฟื้นฟูสภาพทางสังคมผู้เสพยา ผู้ใช้สารเสพติด อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่า $r=0.412$ ($p<0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของเฉลิมพล ต้นสกุล⁽⁶⁾ ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข เมื่อพิจารณาเป็นรายปัจจัยพบว่า ภาพรวมค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม อยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลาง (Mean=2.84 SD=0.61) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ปัจจัยนำมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean=4.22,

SD = 0.55) ด้านค่านิยมและเจตคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้เข้ารับการรักษาฟื้นฟูในค่ายฟื้นฟูสภาพทางสังคมผู้เสพยา ผู้ใช้สารเสพติด อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรินทร์ ชำศิริพงษ์⁽⁷⁾ ทำการศึกษาการกระทำผิดซ้ำในเด็กและเยาวชนเกี่ยวกับคดียาเสพติด มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงสาเหตุของการกระทำผิดซ้ำในเด็กและเยาวชนเกี่ยวกับคดียาเสพติด และเพื่อศึกษาหาแนวทางป้องกันและแก้ไขของการกระทำผิดซ้ำในเด็กและเยาวชนเกี่ยวกับคดียาเสพติด อธิบายใน 4 ทฤษฎี ได้แก่ (1) ปัจจัยด้านในระดับบุคคลคือการควบคุมตนเอง (self-control) (2) ปัจจัยทางด้านสังคมคือการควบคุมทางสังคม (social control) (3) ความผูกพันทางสังคม (social bond) และ (4) การคบหาสมาคมที่แตกต่าง (differential association) พบว่า เด็กและเยาวชนที่มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง ตระหนักและเห็นคุณค่าในตนเองมีความรักและภาคภูมิใจในตนเอง เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มีเป้าหมายและมีการวางแผน ในชีวิตเป็นสิ่งที่ทำให้เด็กและเยาวชนมีจิตใจที่เข้มแข็ง มีภูมิคุ้มกันที่ดีในการเป็นเกราะป้องกันที่ทำให้เด็กและเยาวชนสามารถเอาชนะจิตใจของตนเองได้โดยไม่หวนกลับไป เกี่ยวข้องกับยาเสพติดอันจะนำไปสู่การกระทำผิดซ้ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของนิรุชช โชติวารกุล⁽⁸⁾ ศึกษาการประเมินความรู้ด้านยาเสพติด ทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติด และทัศนคติต่อการบำบัดรักษา ยาเสพติดในโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ทัศนคติด้านเห็นผลดีจากการใช้ยาเสพติด ทัศนคติด้านความต้องการยาเสพติด และมีทิศทางผกผันกัน โดยมีทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้ยาเสพติดลดลง แต่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการบำบัดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพสูงขึ้น ซึ่งเป็นผลดีต่อผู้ป่วย การติดตามผู้ป่วยครบ 1 ปี มีอัตราไม่เสพซ้ำร้อยละ 93.0 เทียบกับปี พ.ศ. 2562 ที่ร้อยละ 80.5 โดยกลุ่มผู้ป่วยที่คะแนนความรู้หลังจบการบำบัดระดับสูง มีอัตราไม่เสพซ้ำร้อยละ 96.8 กลุ่มคะแนนปานกลาง มีอัตราไม่เสพซ้ำร้อยละ 66.7 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าค่านิยมและเจตคตินั้นมีความสำคัญและส่งผลต่อการตัดสินใจใช้ยาของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

รายงานฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างยิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.สุรเดช สารานุกิจิตต์ ที่ให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย และขอ

ขอบคุณสาธารณสุขอำเภอเขาพนม อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดกระบี่ รวมถึงกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ผ่านการฟื้นฟูสภาพในค่ายฟื้นฟูสภาพทางสังคมผู้เสพ ผู้ใช้สารเสพติด อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ที่ให้ความกรุณาในการตอบแบบสอบถามในการเก็บแบบสอบถามครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 – 2566. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; 2566.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่. สถานการณ์ยาเสพติด อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่. กระบี่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่; 2566.
3. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. 2nd ed. New York: Harper and Row; 1967.
4. นรากร สารีแหล่ง, เสรี ชัดเข้ม. ความจำในผู้ป่วยสุราที่มีภาวะติดสุราเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561;36(2):15-21.
5. กัลยา วานิชย์บัญชา. สถิติสำหรับงานวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพมหานคร: สามลดา; 2561.
6. เฉลิมพล ต้นสกุล. พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
7. พัชรินทร์ ชำศิริพงษ์. การกระทำผิดซ้ำของเด็กและเยาวชนในคดียาเสพติด. วารสารวิจัยราชภัฏกรุงเก่า สาขามนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ 2563;5(3):23-30.
8. นิรุช โชติวารกุล. การประเมินความรู้ด้านยาเสพติด ทักษะคิดต่อการใช้ยาเสพติด และทักษะคิดต่อการบำบัดรักษายาเสพติด ในโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโรงพยาบาลสวรรคตประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 2565;19(3):1-2.

Factors Related to Substance Abuse, Substance Abuse Behavior of People Receiving Rehabilitation in Social Rehabilitation Camps for Addicts, Substance Users, Khao Phanom District, Krabi Province

Chuleekorn Chaikate, Chanjaree Getmaro

Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University, Bangkok, Thailand

Abstract

The purpose of this study was to study personal factors, leading factors, facilitating factors, and auxiliary factors with drug addiction, use behavior of people undergoing rehabilitation in the social rehabilitation camp for drug addict, user, Khao Phanom District. Krabi Province and to study the relationship between leading factors, facilitating factors, and auxiliary factors with the addictive, substance-using behavior of people undergoing rehabilitation in the social rehabilitation camp for addict, users, Khao Phanom District, Krabi Province. The sample group was people undergoing rehabilitation in a social rehabilitation camp for addicts, substance users in Khao Phanom District. Krabi Province, 135 people. The sample size was determined by calculating from the formula of Yamane, and comparison table used a questionnaire obtained from a study of the theory and concepts of the health promotion planning model (PRECEDE - PROCEED Model) consisting of personal factors, leading factors, facilitating factors and additional factors, and substance abuse, substance use behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics and frequency analysis. Statistics on percentages, means, and standard deviations. Testing hypotheses was conducted by analyzing correlations using Pearson's correlation coefficients. The results of the research found that leading factors, facilitating factors, and additional factors had a significantly positive relationship with the behavior and substance use behavior of those receiving rehabilitation in the social rehabilitation camp for addict, user of substances in the district, Khao Phanom, Krabi Province ($r=0.412$, $p<0.05$). There are factors related to addictive behavior, drug use that are statistically significant at the 0.05 level, including leading factors regarding the value popularity and attitude ($r=0.315$), supporting factors related to physical and social culture and personal skills ($r=0.463$), and relationships between additional factors such as family, friends, care staff, and teaching materials. ($r=0.459$)

Keywords: substance abuse; drug use behavior; leading factors; contributing factors; additional factors

การศึกษาการใช้งานสายรัดข้อมืออัจฉริยะในการวัดผลทางสุขภาพ เพื่อพัฒนาต้นแบบแพลตฟอร์มดิจิทัล “แอปพลิเคชันसानสุข”

ชูจิต ตริรัตน์พันธ์¹, วชิรศักดิ์ วาณิชชา¹, บัณฑิต วรรณภา¹, สายชล ใจเย็น¹, พรชัย มงคลนาม¹,
ชนัญชิตา หงษ์รัตนภรณ์¹, ชนาภานต์ ศรีชัยวัฒน์¹, โศภิตา ธัญประทีป¹, นลินี เรืองฤทธิศักดิ์²

¹ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี กรุงเทพมหานคร

² สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้งานสายรัดข้อมืออัจฉริยะในการวัดผลทางสุขภาพ และพัฒนาต้นแบบแพลตฟอร์มดิจิทัล “แอปพลิเคชันसानสุข” โดยทดสอบการใช้งานร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง 20 คน จาก 6 ภูมิภาค เป็นเวลา 7 วัน ผ่านการทดลองใช้สายรัดข้อมืออัจฉริยะและต้นแบบสายรัดข้อมือร่วมกับแอปพลิเคชันसानสุข พร้อมทั้งสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยสำคัญในการยอมรับการใช้งานประกอบด้วย (1) ความต้องการเชิงการใช้งานของสายรัดข้อมืออัจฉริยะ ได้แก่ ความทนทานต่อน้ำและการกันรอยขีดข่วน แบตเตอรี่ที่ใช้งานได้นาน การมองเห็นและใช้งานง่าย และการทำความสะอาดสะดวก ราคาที่เหมาะสมของสายรัดข้อมือควรอยู่ระหว่าง 1,000-2,000 บาท และ (2) ความต้องการเชิงอารมณ์และคุณค่าต่อสายรัดข้อมืออัจฉริยะและแอปพลิเคชันसानสุข ได้แก่ การเป็นผู้ช่วยดูแลสุขภาพส่วนตัว การสร้างความภาคภูมิใจเมื่อบรรลุเป้าหมาย และการเป็นสื่อกลางแสดงความห่วงใยในครอบครัว สำหรับแอปพลิเคชันसानสุข กลุ่มตัวอย่างพบว่า พีเจอาร์เดซบอร์ดภาพรวมสุขภาพ เฮอร์ตีซ้อยส์ และคอมมูนิตี้กิจกรรมสุขภาพ ช่วยสร้างความตระหนักรู้และแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ แต่ควรปรับปรุงระบบการบันทึกข้อมูลอาหาร ความเสถียรของการเชื่อมต่อ และการแสดงผลข้อมูลย้อนหลัง การศึกษานี้ยังพบว่า บริบทการใช้ชีวิต วัฒนธรรมท้องถิ่น ความเชื่อทางศาสนา และสภาพแวดล้อมในชุมชนมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใช้งาน ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาต่อคือ การพัฒนาระบบนิเวศสนับสนุนการทำงาน การจัดการข้อมูลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และการวางแผนสร้างคามยั่งยืนผ่านความร่วมมือของภาคีเครือข่าย

คำสำคัญ: แอปพลิเคชันสุขภาพ; สายรัดข้อมืออัจฉริยะ; พฤติกรรมสุขภาพ; สุขภาพองค์รวม; เทคโนโลยีสุขภาพ

วันรับ: 21 ต.ค. 2567

วันแก้ไข: 22 พ.ย. 2567

วันตอบรับ: 24 พ.ย. 2567

บทนำ

เมื่อโลกก้าวเข้าสู่ยุคดิจิทัล ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีที่ก้าวไกลช่วยให้เราสามารถใช้ชีวิตต่างๆ ได้อย่างสะดวกสบายมากขึ้น ในเรื่องของสุขภาพก็เช่นเดียวกัน ในปัจจุบันมีการใช้เทคโนโลยีเข้ามาเป็นตัวช่วย เพื่อให้ทุกคนเข้าถึงการดูแล

สุขภาพได้ง่ายมากขึ้น⁽¹⁾ การเก็บข้อมูลสุขภาพเชิงพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน (behavioral data) ผ่านแอปพลิเคชันสุขภาพมีประโยชน์อย่างมากในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ใช้งาน เพราะแอปพลิเคชันเหล่านี้ช่วยให้ผู้ใช้สามารถติดตามความก้าวหน้าด้านสุขภาพของตนเองได้อย่างใกล้ชิด โดยการแสดงข้อมูลที่เป็นรูปธรรมช่วยสร้างแรงจูงใจในการ

รักษาพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง เพราะผู้ใช้งานจะเห็นข้อมูลพฤติกรรมของตนเอง สามารถตระหนักถึงผลกระทบและแนวโน้มที่ส่งผลต่อสุขภาพในทางบวกและทางลบ ทำให้สามารถวิเคราะห์และปรับแนวทางการใช้ชีวิตในอนาคตให้มีสุขภาพดีได้ การพัฒนาระบบที่สามารถแนะนำรูปแบบการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม รวมทั้งเป็นประโยชน์ในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง และดูแลสุขภาพตนเองร่วมกับแพทย์เพื่อปรึกษาวิธีลดความเสี่ยงจากโรคต่างๆ ได้ทันเวลา

ปัจจุบันเทคโนโลยีสวมใส่ (wearable technology) ได้พัฒนาอย่างก้าวกระโดดในการดูแลสุขภาพ โดยมีอุปกรณ์หลากหลายประเภท ตั้งแต่สายรัดข้อมือที่ติดตามการเคลื่อนไหว (wristband) นาฬิกาอัจฉริยะ (smart watch) ไปจนถึงอุปกรณ์เฉพาะทางอย่างแว่นตาอัจฉริยะ (smart glasses) และแผ่นแปะอัจฉริยะ (smart patch) สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน อุปกรณ์เหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพที่ดี ด้วยการติดตามกิจกรรมทางกาย การแจ้งเตือนเมื่อนั่งนานเกินไป และการเก็บข้อมูลสุขภาพสำคัญ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ คุณภาพการนอน และระดับความเครียด ซึ่งช่วยให้ผู้ใช้เข้าใจสุขภาพของตนเองได้ดียิ่งขึ้น และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงของโรคต่างๆ รวมทั้งความสามารถในการเชื่อมต่อกับอุปกรณ์อื่นๆ ผ่านบลูทูธหรือ Wi-Fi เข้าไปในแอปพลิเคชันสุขภาพในสมาร์ทโฟน ทำให้การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพทำได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น นำไปสู่การดูแลสุขภาพเชิงป้องกันที่แม่นยำและเป็นระบบ⁽²⁾

แอปพลิเคชันसानซูก (SAANSOOK application) เป็นต้นแบบแพลตฟอร์มดิจิทัล (digital platform) สำหรับการติดตาม วัดประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพ และแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพองค์รวมในรูปแบบแอปพลิเคชันมือถือที่พัฒนาโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างสรรค์เสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี และภาคีเครือข่าย ด้วยฟังก์ชันแสดงสถานะร่างกายและความสมดุลของสุขภาพในแต่ละด้านที่สะท้อนผ่านชุดข้อมูลภาพรวมพฤติกรรมประจำวัน ทั้งการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอน และการผ่อนคลาย⁽³⁾ โดยใช้เทคโนโลยีในการจัดเก็บข้อมูลและประเมินผลทางสุขภาพองค์รวมเบื้องต้นโดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมข้อมูลจากอุปกรณ์สวมใส่ (wearable

devices) ในด้านการดูแลสุขภาพและการติดตามสุขภาพส่วนบุคคล โดยเฉพาะสายรัดข้อมืออัจฉริยะ (wristband) และนาฬิกาอัจฉริยะ (smart watch) ช่วยให้ผู้ใช้เข้าใจภาวะสุขภาพของตัวเองมากขึ้น และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ (non-communicable diseases; NCDs) เช่น โรคหัวใจ โรคอ้วน เบาหวาน เป็นต้น⁽⁴⁾

การศึกษาการใช้งานสายรัดข้อมืออัจฉริยะในการวัดผลทางสุขภาพ เพื่อพัฒนาต้นแบบแพลตฟอร์มดิจิทัล “แอปพลิเคชันसानซูก” มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาการออกแบบสายรัดข้อมืออัจฉริยะที่ใช้ร่วมกับแอปพลิเคชันसानซูกที่ผู้ใช้งานจะยอมรับและสวมใส่ในชีวิตประจำวันในด้านความต้องการเชิงการใช้งาน (functional requirements) และความต้องการเชิงอารมณ์และคุณค่า (emotional requirements) โดยมีกรอบแนวคิดในการศึกษา ประกอบด้วย

1. กลุ่มเป้าหมาย: ประกอบด้วยตัวแปรสำคัญ 6 ด้าน ได้แก่ อาชีพ ช่วงวัย ภูมิภาคที่ใช้ชีวิตในปัจจุบัน โรคประจำตัว พฤติกรรมการใช้ชีวิต และประสบการณ์การใช้อุปกรณ์สวมใส่อัจฉริยะประเภทต่างๆ ซึ่งเป็นตัวแปรเป็นปัจจัยนำเข้าที่สำคัญในการออกแบบระบบต้นแบบแพลตฟอร์มดิจิทัล และมีส่วนสำคัญในการพัฒนาคือส่วนการกรอกข้อมูลและการเข้าถึงในแต่ละส่วนได้เร็วขึ้น

2. การออกแบบและพัฒนาต้นแบบแพลตฟอร์มดิจิทัล: แบ่งเป็น 2 ส่วนหลัก คือ แอปพลิเคชันसानซูก และแนวทางการออกแบบอุปกรณ์สวมใส่อัจฉริยะ อันเป็นส่วนที่เชื่อมโยงระหว่างผู้ใช้งานกับระบบติดตามสุขภาพ

3. คุณค่าด้านการติดตามสุขภาพ: มุ่งเน้นการพัฒนาและตรวจสอบเชิงวิทยาศาสตร์ ซึ่งจะเป็นผลลัพธ์สุดท้ายที่ส่งมอบคุณค่าให้กับผู้ใช้งาน

ข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายจะนำไปออกแบบแอปพลิเคชันसानซูกและอุปกรณ์สวมใส่อัจฉริยะ ซึ่งจะต่อยอดไปเป็นฐานข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์แนวโน้มสุขภาพ โดยเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ตามแนวคิดที่คำนึงถึงผู้ใช้งานเป็นหลัก (user-centered design) เพื่อพัฒนาคือส่วนการกรอกข้อมูลและการเข้าถึงในแต่ละส่วนของระบบต้นแบบ การแสดงผลข้อมูลและให้คำแนะนำที่ตอบโจทย์ความต้องการเฉพาะบุคคล และการสร้างแรงกระตุ้นรายบุคคลและในชุมชนที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

วิธีการศึกษา

1. คัดกรองกลุ่มเป้าหมายด้วยแบบสอบถาม ด้วยการกระจายแบบสอบถามออนไลน์ผ่านเครือข่ายของ สสส. ไปยังชุมชนต่างๆ ทั่วประเทศไทย โดยอิงจากประเภทของ อาชีพ ช่วงวัย ภูมิภาคที่ใช้ชีวิตในปัจจุบัน โรคประจำตัว พฤติกรรมการใช้ชีวิต และประสบการณ์การใช้อุปกรณ์สวมใส่อัจฉริยะประเภทต่างๆ ซึ่งได้กำหนดเงื่อนไขการ ยินยอมเข้าร่วม ดังนี้

- ยินยอมเข้าร่วมทดสอบวิจัยนี้ ด้วยการทดลอง ใส่นาฬิกาอัจฉริยะวัดผลทางสุขภาพ 7 วัน ในการใช้ชีวิต ประจำวัน และสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึก

- ยินยอมให้ข้อมูลระหว่างการทดลองใส่ นาฬิกาอัจฉริยะวัดผลทางสุขภาพ 7 วันผ่านการทำไดอารี่สุขภาพ และการสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึก

- ยินยอมรับนาฬิกาอัจฉริยะวัดผลทางสุขภาพ ไปดูแลภายในระยะเวลาทดสอบ และส่งคืนนาฬิกาอย่าง ครบถ้วนและไม่เสียหาย

- สามารถติดต่อคอลล์ผ่านช่องทางอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ไลน์ (Line) ชุม (Zoom) Google meet เป็นต้น

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วม

1. การกระจายความหลากหลายของผู้เข้าร่วมวิจัย จากภูมิภาคของจังหวัดที่ใช้ชีวิตในปัจจุบัน ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลาง

2. อาชีพ/กิจกรรมในชีวิตประจำวัน แบ่งออกเป็น

- ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว เช่น ค้าขายในตลาด ค้าขาย ออนไลน์ ศูนย์ขนส่ง

- ทำงานประจำในร่ม เช่น พนักงานโรงงาน พนักงาน ร้านสะดวกซื้อ

- ทำงานกลางแจ้ง หรือมีการเคลื่อนไหวที่มาก เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ช่างเทคนิค วิศวกร เกษตรกร วินมอเตอร์ไซด์ คนขับรถสาธารณะ พนักงานบริการ ได้แก่ พนักงาน ร้านอาหาร พนักงานปั้มน้ำมัน

3. การคัดเลือกพื้นฐานรายบุคคล ได้แก่ ช่วงวัย เพศ ประสบการณ์การใช้ smart watch

ข้อมูลพื้นฐานที่ใช้ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมออก

- ผู้ที่มีโรคประจำตัว ที่ข้อมูลบางส่วนจะไม่แสดงบน แอปพลิเคชันสุขภาพ

- ผู้ที่ไม่สนใจในการดูแลสุขภาพ

จากการคัดกรองด้วยวิธีดังกล่าว มีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คนจาก 6 ภูมิภาค ซึ่งผู้ศึกษาและผู้พัฒนา แอปพลิเคชันสุขภาพได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากอาชีพ เพื่อกระจายความหลากหลายในมุมมอง ด้านสุขภาพ ได้แก่ ผู้ที่ทำงานส่งเสริมสุขภาพโดยตรง 12 คน และอาชีพอื่นๆ เช่น ค้าขายและเกษตรกรอีก 8 คน รวมทั้งปัจจัยหนึ่งคือประสบการณ์การสวมใส่สายรัดข้อมืออัจฉริยะ มีผู้ที่เคยสวมใส่สายรัดข้อมืออัจฉริยะจำนวน 9 คน ประกอบด้วย

1. ภาคกลางและภาคตะวันออก จำนวน 5 คน

2. ภาคเหนือ ภาคกลางตอนบน และภาคตะวันตก จำนวน 5 คน

3. ภาคใต้ จำนวน 5 คน

4. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 5 คน

2. ทดสอบการใช้งานแอปพลิเคชันสุขภาพร่วมกับ สายรัดข้อมืออัจฉริยะและต้นแบบสายรัดข้อมืออัจฉริยะ โดยให้บันทึกข้อมูลลงใบบันทึกการสวมใส่ทุกวัน ระยะเวลา 7 วัน แบ่งออกเป็น 2 ช่วง ดังนี้

ช่วงที่ 1: ทดลองใส่สายรัดข้อมืออัจฉริยะยี่ห้อ Garmin Vivosmart 4 ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันสุขภาพ เป็นเวลา 4 วัน

ช่วงที่ 2: ทดลองใช้ต้นแบบสายรัดข้อมือซิลิโคน ผ้ายัด และตีนตุ๊กแกอีก 3 วัน โดยมี LINE OA เป็นช่องทาง สนับสนุนตลอดช่วงการทดสอบ

3. การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เมื่อจบช่วงการทดสอบ ได้จัดให้มีการสัมภาษณ์ทางออนไลน์ เกี่ยวกับประสบการณ์การใช้งานและมุมมองสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง เป็นเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง/คน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

ช่วงอายุ	ภูมิภาค			
	ภาคกลางและภาคตะวันออก	ภาคเหนือ ภาคกลางตอนบน และภาคตะวันตก	ภาคใต้	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
20 - 30 ปี	คุณ ม. (23 ปี) ค้าขาย จ.ชลบุรี (มีประสบการณ์ ใส่สายรัดข้อมืออัจฉริยะ)			คุณ ออ. (26 ปี) เกษตรกร และผู้ประสานงาน โครงการชุมชนน่ายุ จ.สุรินทร์ (กลุ่มอาชีพส่งเสริมสุขภาพ)
31 - 45 ปี	คุณ ม. (23 ปี) ค้าขาย จ.ชลบุรี (มีประสบการณ์ ใส่สายรัดข้อมืออัจฉริยะ)	คุณ ต. (43 ปี) ค้าขาย จ.ลำปาง	คุณ นพ. (44 ปี) ข้าราชการ จ.สงขลา (กลุ่มอาชีพส่งเสริมสุขภาพ)	คุณ ล. (38 ปี) เจ้าหน้าที่ ด้านสาธารณสุข จ.ศรีสะเกษ
	คุณ หน. (42 ปี) อสม. และรับจ้างทั่วไป จ.ประจวบคีรีขันธ์ (กลุ่มอาชีพส่งเสริมสุขภาพ)	คุณ บ. (37 ปี) ข้าราชการ จ.นครสวรรค์	คุณ ช. (32 ปี) อาจารย์มหาวิทยาลัย จ.ปัตตานี (กลุ่มอาชีพส่งเสริมสุขภาพ)	
46 - 60 ปี	คุณ หม. (53 ปี) เกษตรกร จ.กาญจนบุรี	คุณ ช. (53 ปี) เจ้าหน้าที่ ด้านสาธารณสุข จ. น่าน (มีประสบการณ์ใส่สาย รัดข้อมืออัจฉริยะ และ กลุ่มอาชีพส่งเสริมสุขภาพ)	คุณ น. (54 ปี) หน่วยงานประชาสัมพันธ์ ด้านสุขภาพ จ.สงขลา (มีประสบการณ์ ใส่สายรัดข้อมืออัจฉริยะ)	คุณ ต. (52 ปี) เกษตรกร จ.นครราชสีมา (มีประสบการณ์ ใส่สายรัดข้อมืออัจฉริยะ)
	คุณ อ. (47 ปี) เจ้าหน้าที่ ด้านสาธารณสุข จ.ฉะเชิงเทรา (มีประสบการณ์ใส่สาย รัดข้อมืออัจฉริยะ และ กลุ่มอาชีพส่งเสริมสุขภาพ)	คุณ อ. (47 ปี) เจ้าหน้าที่ ด้านสาธารณสุข จ.ตาก (มีประสบการณ์ใส่สาย รัดข้อมืออัจฉริยะ และ กลุ่มอาชีพส่งเสริมสุขภาพ)	คุณ อ. (55 ปี) ข้าราชการ จ.พัทลุง (มีประสบการณ์ ใส่สายรัดข้อมืออัจฉริยะ)	คุณ ป. (56 ปี) ข้าราชการบำนาญ จ.สุรินทร์ (กลุ่มอาชีพส่งเสริมสุขภาพ)
		คุณ นน. (46 ปี) ข้าราชการ จ.อุตรดิตถ์		คุณ วจ. (46 ปี) ข้าราชการ จ.ขอนแก่น (มีประสบการณ์ ใส่สายรัดข้อมืออัจฉริยะ)
60 ปีขึ้นไป			คุณ ญ. (62 ปี) อาสาสมัครสาธารณสุข จ.ปัตตานี	

ผลการศึกษา

หลังทดสอบใช้งานสายรัดข้อมืออัจฉริยะร่วมกับแอปพลิเคชันสานสุขเป็นเวลา 7 วัน ได้ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ข้อมูลที่ผลกระทบบของบริบทการใช้ชีวิตต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง:

1.1 วิถีชีวิตและลักษณะอาชีพ: กลุ่มตัวอย่างที่ทำงานนอกสถานที่เป็นประจำมีโอกาสดำเนินกิจกรรมทางกายมากกว่าพนักงานออฟฟิศ แต่ปัจจัยอื่นๆ เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับ และความเครียดจากการเดินทางและการทำงานเป็นเรื่องที่ควบคุมได้ยาก ซึ่งแต่ละบุคคลมีเรื่องที่ต้องดูแลได้ดีแล้วและจุดที่ต้องพัฒนาแตกต่างกันไป อาทิ ต้องรับประทานอาหารตามสั่ง และขนมเบรคประชุมทำให้ควบคุมโภชนาการได้ยาก หรือ วันที่ลงพื้นที่จะมีโอกาสได้ขยับร่างกายมากกว่าวันที่นั่งทำงานในสำนักงาน โดยการลงพื้นที่ทำงานจะมีความถี่แตกต่างกันไป เช่น เกือบทุกวัน สัปดาห์ละครั้ง เดือนละ 3 - 4 ครั้ง เป็นต้น นอกจากนี้ ลักษณะอาชีพเกษตรกรรมมีโอกาสทำกิจกรรมกลางแจ้งหรือการเคลื่อนไหวมากทำให้มีเหงื่อออกระหว่างวันหรือชุมชนเกษตรกรรมไม่มีกิจกรรมออกกำลังกายร่วมกันเพราะทำงานหนักถึงเย็น

1.2 วัฒนธรรมด้านอาหารท้องถิ่นและความเชื่อทางศาสนา: อาหารท้องถิ่นที่รับประทานเป็นประจำมักส่งผลต่อสุขภาพในระยะยาว จากการสัมภาษณ์พบว่า ในเชิงพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในภาคใต้ และนับถือศาสนาอิสลามมีอาการของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เนื่องจากรับประทานอาหารที่มีความไขมันและความมันสูง รวมทั้งช่วงที่ถือศีลอด (รอมฎอน) จะมีการรับประทานอาหารที่มีความหวานมากเป็นต้น อีกหนึ่งปัจจัยสำคัญของปัญหาสุขภาพคือความเครียด ซึ่งสามารถจัดการได้ด้วยวิธีการฝึกจิตใจตามคำสอนของศาสนาที่นับถือ

1.3 บริบททางครอบครัวและชุมชน: กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่าบริบททางครอบครัวและชุมชนส่งผลกระทบต่อสุขภาพซึ่งกันและกัน สภาพแวดล้อมและสังคมปลูกฝังความคิดและแนวปฏิบัติจนเกิดเป็นความเคยชิน อาทิ ชุมชนมีกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น เล่นดนตรี กิจกรรมเข้าจังหวะ ชุมชนมีกิจกรรมกีฬาตามสวน-

สาธารณะที่ไปเข้าร่วมได้ เช่น ฟุตบอล วอลเลย์บอล แอโรบิค เป็นต้น

1.4 นโยบายและค่านิยมในที่ทำงาน: จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่านโยบายและค่านิยมในที่ทำงาน นอกจากจะช่วยกระตุ้นความสัมพันธ์แล้วยังสามารถกระตุ้นให้พนักงานหันมาดูแลสุขภาพและเรียนรู้ซึ่งกันและกันได้ เช่น มีอุปกรณ์ออกกำลังกายในที่ทำงาน นโยบายใส่ชุดกีฬาไปทำงานทุกวันพุธ ตอนเย็นจะออกกำลังกายกันแถวสำนักงาน อย่างไรก็ตาม ยังคงมีการสร้างบรรทัดฐาน (Norm) ในการเข้าสังคมทำให้สุขภาพไม่ดี เช่น ดื่มเหล้าหลังเลิกงาน ในเชิงของชุมชนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพนั้นขึ้นอยู่กับอาชีพ อาทิ อาชีพรับจ้าง หาเช้ากินค่ำ ทำให้มีความเครียดในการใช้ชีวิต ความเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์เศรษฐกิจที่ส่งผลต่อการทำงานไม่ได้กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ

2. จุดเปลี่ยนสำคัญที่ทำให้หันมาดูแลสุขภาพจากความเห็นของกลุ่มตัวอย่าง:

จุดเปลี่ยนสำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างหันมาดูแลสุขภาพมีหลายปัจจัย โดยปัจจัยสำคัญที่สุดคือความต้องการใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวได้ยาวนานขึ้น กลุ่มตัวอย่างหลายคนสังเกตว่าร่างกายตนเองไม่แข็งแรงเหมือนแต่ก่อนเมื่ออายุมากขึ้น จึงอยากเริ่มดูแลสุขภาพเพื่ออยู่กับครอบครัวไปนานๆ ไม่อยากเป็นภาระลูกหลาน บางคนได้รับแรงกระตุ้นจากการสูญเสียคนในครอบครัวจากปัญหาสุขภาพ ทำให้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพมากขึ้น อีกปัจจัยหนึ่งคือความต้องการใช้ชีวิตอย่างมีความสุขและสมดุล โดยเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีประสบการณ์เจ็บป่วยมาก่อน การได้เห็นผลกระทบจากการละเลยสุขภาพทำให้เกิดความตระหนักและต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การปรับเปลี่ยนการกินอาหารหลังพบสารเคมีในร่างกายหรือการวางแผนการออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อไม่ให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย นอกจากนี้ยังพบว่า การออกกำลังกายช่วยจัดการความเครียดได้ดี ทำให้รู้สึกมีความสุขมากขึ้น

ปัจจัยด้านความมั่นใจและการยอมรับทางสังคมก็มีส่วนสำคัญ การมีสุขภาพดีไม่เพียงช่วยเสริมภาพลักษณ์

และความมั่นใจเท่านั้น แต่ยังทำให้สามารถเป็นแบบอย่าง และแรงบันดาลใจที่ดีให้กับผู้อื่นได้ด้วย บางคนได้รับแรง กระตุ้นจากคำทักท้วงของเพื่อน ขณะที่บางคนต้องการเป็น ตัวอย่างที่ดีให้กับลูกหลานในการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้หลายคนเปลี่ยนแปลงตัวเองได้สำเร็จ และปฏิบัติต่อไปได้อย่างยั่งยืนคือแรงจูงใจภายใน ที่อยากจะเป็นตัวเองในแบบที่ดีที่สุด การมีอุปกรณ์และ แอปพลิเคชันช่วยติดตามสุขภาพยิ่งเสริมให้เห็นความ ก้าวหน้าและผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ซึ่งช่วยสร้างแรงบันดาลใจ ในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

3. ความต้องการเชิงการใช้งาน (functional requirements):

3.1 ด้านความทนทานและการใช้งานพื้นฐานของ สายรัดข้อมืออัจฉริยะ: กลุ่มตัวอย่างให้ข้อคิดเห็นสำคัญ ดังนี้

1. ด้านความทนทานต่อน้ำและการกันรอยขีดข่วน:
 - กังวลเรื่องการโดนน้ำระหว่างทำกิจกรรมประจำ- วัน เช่น ทำอาหาร ล้างจาน ซักผ้า อาบน้ำ รวมทั้งกลัวไฟฟ้าช็อตเมื่อโดนน้ำ
 - มีความกังวลว่าน้ำจะทำให้เกิดคราบหรือสนิม
 - กังวลเรื่องหน้าจอหรือกระจกเป็นรอยจากการ กระแทก โดยเฉพาะเมื่อสายนาฬิกาหนาทำให้ ชนกับอุปกรณ์อื่นได้ง่าย
2. ด้านแบตเตอรี่:
 - แบตเตอรี่ควรใช้งานได้ประมาณ 3 วัน ซึ่งกลุ่ม ตัวอย่างเห็นว่าเหมาะสม ไม่ต้องชาร์จบ่อยเกินไป
 - ระยะเวลาชาร์จควรเร็ว ประมาณครึ่งชั่วโมงต่อ การชาร์จเต็ม
3. ด้านการมองเห็นและการใช้งาน:
 - ขนาดของหน้าจอและตัวอักษรต้องอ่านง่าย
 - ไม่ควรต้องปิดหน้าจอหลายครั้งเพื่อดูข้อมูล
 - ปุ่มกดไม่ควรเล็กเกินไป เพราะทำให้กดยาก
4. ด้านการทำความสะอาด:
 - ต้องสามารถทำความสะอาดได้ง่าย
 - ควรแห้งเร็วหลังล้าง
 - ควรใส่ขณะล้างมือได้

3.2 ด้านความสบายในการสวมใส่สายรัดข้อมือ อัจฉริยะ: กลุ่มตัวอย่างให้ข้อคิดเห็นที่ส่งผลต่อประสบการณ์ การใช้งาน ดังนี้

- การระคายเคืองผิวหนัง โดยเฉพาะเมื่อเหงื่อออก วัสดุบางชนิดอาจทำให้เกิดการระคายเคืองหรือ ความรู้สึกไม่สบายผิว ซึ่งเป็นปัญหาที่กลุ่มตัวอย่าง หลายคนประสบ
- ความไม่สบายระหว่างการนอน โดยเฉพาะสายรัด ที่มีหน้าปัดขนาดใหญ่ มักจะทับมือในขณะที่นอน ทำให้รู้สึกรำคาญและรบกวนการนอนหลับ
- ความรู้สึกรำคาญจากการมีสิ่งแปลกปลอมติดตัว โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ใช้งานที่ไม่คุ้นเคยกับการ สวมใส่เครื่องประดับเป็นประจำ จะรู้สึกเหมือน มีสิ่งของมาวางอยู่ที่ข้อมือตลอดเวลา
- กลุ่มตัวอย่างบางกลุ่มมีความกังวลเรื่องการ ทำความสะอาด โดยเฉพาะผู้ที่ต้องล้างมือบ่อย เช่น พยาบาล หรือผู้ที่ต้องละหมาด ซึ่งสายรัด ข้อมือประเภทผ้าจะไม่เหมาะสมเนื่องจากเปียกน้ำ แล้วแห้งยาก

3.3 ด้านการออกแบบสายรัดข้อมืออัจฉริยะสามารถ:

- กลุ่มตัวอย่างให้ข้อคิดเห็นแบ่งออกเป็น 2 แนวทาง ดังนี้
1. แนวทางที่ 1: แบบทางการ (smart & professional)
 - มีดีไซน์เรียบง่าย ดูเป็นทางการ เหมาะสำหรับการ สวมใส่ในที่ทำงาน หรือผู้ใช้งานที่ต้องการความ เป็นมืออาชีพ
 - ใช้โทนสีเรียบ เช่น ดำ เทา น้ำเงิน
 - วัสดุต้องดูมีคุณภาพ ให้ความรู้สึกหรูหรา
 2. แนวทางที่ 2: แบบลำลอง (casual & sporty)
 - ดีไซน์สดใส ทันสมัย เน้นความคล่องตัว มีสี สดใส หลากหลาย ให้เลือกตามความชอบ
 - เหมาะสำหรับการออกกำลังกายและกิจกรรม นอกสถานที่ และผู้ใช้งานที่ชอบความกระฉับ- กระฉ่อง
 - วัสดุเน้นความทนทาน ระบายอากาศดี

3.4 ด้านการแสดงผลและฟีเจอร์การทำงานของ แอปพลิเคชันสุขภาพ:

1. ด้านการบันทึกข้อมูลอาหาร ควรปรับปรุงระบบ การค้นหาและเพิ่มเมนูให้ง่ายขึ้น โดยเพิ่มการ จัดหมวดหมู่อาหาร และระบบการเลือกส่วน ประกอบเพิ่มเติมจากเมนูพื้นฐาน เช่น ข้าวผัด ข้าวต้ม แล้วให้เลือกเนื้อสัตว์ ผัก ไข่ดาว

เพิ่มเติมได้ นอกจากนี้ควรเพิ่มตัวเลือกการปรับสูตรให้ดีต่อสุขภาพ เช่น ลดมัน ลดเค็ม และปรับหน่วยการบันทึกให้สอดคล้องกับการกินจริง โดยเฉพาะผลไม้และอาหารที่ไม่ได้เสิร์ฟในจาน

2. ด้านการเชื่อมต่อและการทำงาน ควรปรับปรุงความเสถียรของการเชื่อมต่อระหว่างอุปกรณ์และแอปพลิเคชัน เพิ่มการแจ้งเตือนเมื่อการเชื่อมต่อหลุด และตรวจสอบความแม่นยำของข้อมูลที่ส่งระหว่างอุปกรณ์ เช่น จำนวนก้าวที่นับได้ไม่ตรงกันระหว่างนาฬิกาและแอปพลิเคชัน
3. ด้านการแสดงผลข้อมูล ควรเพิ่มการแสดงผลข้อมูลย้อนหลังให้เข้าถึงง่ายขึ้น โดยเฉพาะข้อมูลการนอนและการออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ใช้งานสามารถติดตามพัฒนาการของตนเองได้ชัดเจน รวมถึงควรเพิ่มคำอธิบายหลักการหรือที่มาของการวัดค่าต่างๆ เช่น การตรวจจับความเครียด เพื่อสร้างความเข้าใจและความเชื่อมั่นในระบบ
4. ด้านฟีเจอร์เพิ่มเติม ผู้ใช้งานต้องการฟีเจอร์ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวัน เช่น การแจ้งเตือนข้อความและสายเรียกเข้าบนสายรัดข้อมือ ปุ่มกดฉุกเฉินเชื่อมต่อกับหน่วยแพทย์-ชุมชนหรือโรงพยาบาล และฟีเจอร์ที่ช่วยสร้างแรงจูงใจเพิ่มเติม เช่น การสะสมแต้มเพื่อร่วมทำบุญหรือแลกสิทธิประโยชน์ การมี badge สร้างแรงจูงใจรายวัน และระบบการแข่งขันกับเพื่อนหรือครอบครัว
5. ด้านชุมชนและการแบ่งปัน ควรพัฒนาฟีเจอร์ที่ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน เช่น การแชร์ข้อมูลสุขภาพและความสำเร็จไปยัง social media การแบ่งปันเทคนิคและความรู้ระหว่างสมาชิก และการสร้างแรงบันดาลใจผ่านการแชร์ความสำเร็จของผู้อื่น

4. ความต้องการเชิงอารมณ์และคุณค่า (emotional requirements):

4.1 ด้านคุณค่าทางจิตใจของสายรัดข้อมืออัจฉริยะ:

1. กลุ่มเป้าหมายรู้สึกเหมือนมีผู้ช่วยดูแลสุขภาพประจำตัวที่คอยติดตามและให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด ทำให้รู้สึกอุ่นใจและมีแรงจูงใจในการดูแล

สุขภาพอย่างต่อเนื่อง หลายคนมองว่าการสวมใส่อุปกรณ์เป็นเหมือนการใส่ใจดูแลตัวเอง

2. สายรัดข้อมือช่วยให้ผู้ใช้งานรู้จักและเข้าใจสุขภาพของตนเองมากขึ้น สามารถเห็นความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมต่างๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การนอน ความเครียด ทำให้จัดการสุขภาพได้ดีขึ้น
3. การสวมใส่สายรัดข้อมือสร้างความภาคภูมิใจเมื่อสามารถบรรลุเป้าหมายสุขภาพ แม้จะเป็นเป้าหมายเล็กๆ ในแต่ละวัน ก็ทำให้เกิดกำลังใจที่จะพัฒนาตนเองต่อไป นอกจากนี้ยังช่วยเสริมภาพลักษณ์ให้ดูเป็นคนใส่ใจสุขภาพ
4. สายรัดข้อมือเป็นสื่อกลางในการแสดงความห่วงใยระหว่างคนในครอบครัว ทั้งการซื้อให้ใส่คู่กัน หรือการแข่งขันกันดูแลสุขภาพ ช่วยสร้างแรงจูงใจและความสัมพันธ์ที่ดี รวมถึงการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มคนรักสุขภาพที่มีเป้าหมายคล้ายกัน

4.2 ด้านราคาและคุณค่าของสายรัดข้อมืออัจฉริยะ:

ราคาที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับของผู้ใช้งานควรอยู่ในช่วง 1,000-2,000 บาท เนื่องจากเป็นราคาที่สมดุลระหว่างความคุ้มค่าและการเข้าถึงได้ของกลุ่มเป้าหมาย โดยกลุ่มเป้าหมายมองว่าเป็นราคาที่สมเหตุสมผลเมื่อเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ ในด้าน

- ฟังก์ชันการใช้งานพื้นฐานที่จำเป็น เช่น การนับก้าว วัดอัตราการเต้นของหัวใจ และติดตามการนอน
- คุณภาพและความทนทานของอุปกรณ์ที่ต้องใช้งานประจำวัน
- ความคุ้มค่าในระยะยาวเมื่อเทียบกับประโยชน์ด้านสุขภาพที่ได้รับ

4.3 คุณค่าของแอปพลิเคชันสานสุขต่อผู้ใช้งาน:

แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้

1. ระดับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ: กลุ่มเป้าหมายมีความเห็นว่าแอปพลิเคชันสานสุขสามารถสะท้อนข้อมูลเชิงสุขภาพ (self-reflection) ของตนเอง ทำให้รู้สึกตระหนักรู้สถานะสุขภาพ เห็นความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพ เข้าใจจุดที่ต้องพัฒนาหรือปรับปรุง

แอปพลิเคชันสามารถทำให้เกิดการสร้างวินัย (self-disciplinary) ในการกำหนดเป้าหมายสุขภาพที่ชัดเจนจากฟังก์ชันการทำงานที่ติดตามความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง ซึ่งนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสร้างนิสัยสุขภาพ (healthy habit) ในการดูแลสุขภาพของครอบครัว และสามารถพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต

2. ระดับกลไกสำคัญในการสร้างการเปลี่ยนแปลง: กลุ่มเป้าหมายมีความเห็นว่าแอปพลิเคชันสามารถใช้งานง่ายในการใช้งาน (simplicity) โดยมีอินเตอร์เฟซที่เข้าใจง่าย เชื่อมต่อกับอุปกรณ์อื่นๆ ได้สะดวก ลดความซับซ้อนในการบันทึกข้อมูล แสดงผลลัพธ์ที่จับต้องได้ (tangible feedback) ด้วยการแสดงความก้าวหน้าในรูปแบบที่เข้าใจง่ายจากแดชบอร์ด มีการวิเคราะห์แนวโน้มสุขภาพ และเปรียบเทียบผลลัพธ์กับเป้าหมาย ซึ่งสามารถสร้างแรงจูงใจ (trigger) ด้วยการแจ้งเตือนกิจกรรม นำเสนอข้อมูลที่กระตุ้นการเปลี่ยนแปลง

4.4 คุณค่าของแอปพลิเคชันสุขภาพต่อผู้ใช้งานแต่ละประเภท:

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ปัจจัยทางสภาพแวดล้อม ปัจจัยด้านการสร้างแรงจูงใจ และปัจจัยด้านเวลา เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ และพบว่าการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นกับกลุ่มคนที่ไม่เคยมีประสบการณ์สวมใส่สายรัดข้อมืออัจฉริยะ เพราะข้อมูลจากอุปกรณ์และแอปพลิเคชันสุขภาพสะท้อนสุขภาพในมุมที่ไม่เคยเห็นมาก่อน จนเกิดเป็นความตระหนักรู้ว่าตนเองควรพัฒนาหรือมุ่งเน้นจุดไหน จนนำไปสู่การค้นหาแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองและทำจนเป็นนิสัย แอปพลิเคชันสุขภาพเข้ามาส่งเสริมและสามารถส่งต่อแรงบันดาลใจให้คนอื่นได้ (motivation and inspiration) จากพีเจอร์ต่างๆ ที่มีอยู่ในแอปพลิเคชัน ดังนี้

1. แดชบอร์ดภาพรวมสุขภาพ (dashboard) เป็นสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผ่านแดชบอร์ดที่สะท้อนสุขภาพของครอบครัวในรูปแบบของสีฟ้า ที่แสดงให้เห็นว่าเป็นด้านที่ดี และสีส้ม ที่แสดงถึงด้านที่ควรระวัง พร้อมกับรับ

ข้อเสนอแนะรายบุคคล การดูแดชบอร์ดเป็นรายสัปดาห์และรายเดือนทำให้เห็นความเปลี่ยนแปลงระยะยาว

2. เฮอร์ตี้อยส์ แนะนำเพื่อคุณ (healthy choice) ที่ให้ความรู้และโอเดียในการดูแลสุขภาพที่เข้าใจง่ายและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง รู้จักตัวเองมากขึ้นในทุกๆ วัน โดยการบันทึกไดอารีสุขภาพ และสะสมเหรียญรางวัลที่สามารถดูแลสุขภาพได้ดีเยี่ยม

3. คอมมูนิตี้ กิจกรรมสุขภาพ (community) เพื่อเพิ่มความสุขในการดูแลสุขภาพ และตั้งเป้าหมายร่วมกันผ่านการท้าทาย (challenge) กลุ่มแข่งขันกับเพื่อนๆ ด้วยการทำความแรงกิ้ง (ranking) และสะสมเหรียญที่ระลึกจากชาเลนจ์ ดังภาพที่ 1

5. ข้อเสนอแนะในการออกแบบและพัฒนา

จากผลการทดสอบการใช้งานสายรัดข้อมืออัจฉริยะร่วมกับแอปพลิเคชันสุขภาพ ผู้ศึกษาสรุปข้อเสนอแนะในการออกแบบและพัฒนาสายรัดข้อมืออัจฉริยะ และแอปพลิเคชันสุขภาพที่ผู้ใช้งานจะยอมรับสวมใส่ และใช้ชีวิตประจำวันได้ ดังนี้

5.1 การออกแบบและพัฒนาสายรัดข้อมืออัจฉริยะ:

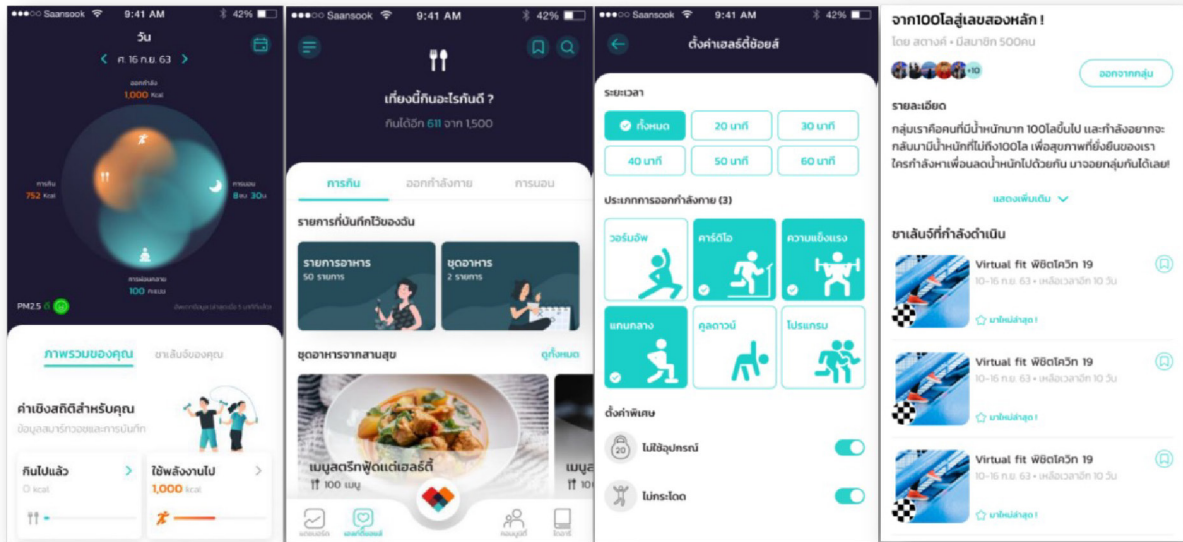
1. ด้านการใช้งาน:

- ควรมีความทนทานต่อน้ำและแรงกระแทก สามารถใช้ในกิจกรรมประจำวันได้
- ต้องทำความสะอาดง่าย แห้งเร็ว เหมาะกับการล้างมือบ่อยๆ
- วัสดุต้องไม่ระคายเคืองผิว สวมใส่สบาย แม้ขณะออกกำลังกายหรือนอน
- แบตเตอรี่ควรใช้งานได้อย่างน้อย 3 วัน และชาร์จเร็วภายในครึ่งชั่วโมง
- หน้าจอต้องมีขนาดที่อ่านง่าย และสามารถเข้าถึงข้อมูลได้รวดเร็วไม่ซับซ้อน

2. ด้านการออกแบบ:

- ควรมี 2 แนวทาง คือแบบทางการและแบบลำลอง เพื่อตอบโจทย์การใช้งานที่หลากหลาย
- สามารถเปลี่ยนสายได้เพื่อให้เข้ากับโอกาสต่างๆ
- ดีไซน์ต้องกลมกลืนกับการแต่งกายในชีวิตประจำวัน
- ขนาดและรูปทรงต้องเหมาะสมกับสรีระผู้ใช้

ภาพที่ 1 พีเจอร์ทที่ตอบโจทยความต้องการของผูใ้ใช้งาน แดชบอร์ด ภาพรวมสุขภาพ เฮอร์ตีซ้อยส์ แนะนำเพื่อคุณ และ คอมมูนิตี กิจกรรมสุขภาพ



3. ด้านราคา: ควรอยู่ในช่วง 1,000-2,000 บาท ซึ่งเป็นราคาที่ผู้ใช้งานรู้สึกคุ้มค่าและเข้าถึงได้

4. ด้านฟังก์ชันการใช้งาน:

- ควรมีการแจ้งเตือนจากโทรศัพท์มือถือเพื่อความสะดวก
- ควรมีปุ่มฉุกเฉินสำหรับเหตุฉุกเฉินทางสุขภาพ
- ระบบต้องสามารถเชื่อมต่อกับแอปพลิเคชันได้เสถียร
- ข้อมูลสุขภาพที่วัดได้ต้องแม่นยำและน่าเชื่อถือ

5.2 การออกแบบและพัฒนาแอปพลิเคชันสุขภาพ:

1. ด้านการพัฒนาระบบและพีเจอร์ท ควรปรับปรุงความเสถียรของการเชื่อมต่อระหว่างอุปกรณ์และแอปพลิเคชัน เพิ่มการแจ้งเตือนเมื่อการเชื่อมต่อขาดหาย และพัฒนาความแม่นยำในการรับส่งข้อมูล นอกจากนี้ควรปรับปรุงระบบการค้นหาและบันทึกข้อมูลอาหารให้ง่ายขึ้น โดยเพิ่มการจัดหมวดหมู่อาหาร ปรับหน่วยการบันทึกให้สอดคล้องกับพฤติกรรมผู้บริโภคจริง และเพิ่มความยืดหยุ่นในการระบุส่วนประกอบ
2. ด้านฐานข้อมูลและเนื้อหา ควรเพิ่มความหลากหลายของฐานข้อมูลอาหาร โดยเฉพาะ

อาหารท้องถิ่นและอาหารพื้นบ้าน เพิ่มวิดีโอและโปรแกรมออกกำลังกายที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ และพัฒนาคำแนะนำด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของผู้ใช้งาน

3. ด้านการสร้างแรงจูงใจ ควรพัฒนาระบบรางวัลและการแข่งขันให้น่าสนใจมากขึ้น เพิ่มกิจกรรมท้าทายที่หลากหลาย และสร้างกลไกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิก นอกจากนี้ควรเพิ่มการเชื่อมโยงกับสิทธิประโยชน์หรือรางวัลที่จับต้องได้ เพื่อสร้างแรงจูงใจในระยะยาว
4. ด้านการขยายผล ควรพัฒนาทีมสนับสนุนเฉพาะด้าน เช่น ทีมพัฒนาเนื้อหา ทีมดูแลระบบและทีมวิเคราะห์ข้อมูล ควรสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรในพื้นที่ และพัฒนาโมเดลการทำงานที่สามารถขยายผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
5. ด้านการติดตามประเมินผล ควรพัฒนาระบบการติดตามผลระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พัฒนาตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แท้จริง และสร้างกลไกการนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนานโยบายสุขภาพ

วิจารณ์

การศึกษาการใช้งานสายรัดข้อมืออัจฉริยะในการพัฒนาทางสุขภาพ เพื่อพัฒนาต้นแบบแพลตฟอร์มดิจิทัล “แอปพลิเคชันสานสุข” จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่ทดลองการใช้งาน 20 คน เป็นเวลา 7 วัน พบว่า ผู้ใช้งานมีการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมในทางที่ดีแม้ในระยะเวลายาว โดยเฉพาะด้านการเพิ่มความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ การติดตามข้อมูลอย่างต่อเนื่องช่วยให้ผู้ใช้งานเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและสุขภาพของตนเองได้ชัดเจนขึ้น ซึ่งนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะยาว การมีอุปกรณ์และแอปพลิเคชันที่ทำหน้าที่เสมือนผู้ช่วยติดตามสุขภาพส่วนตัว ช่วยกระตุ้นให้ผู้ใช้สนใจการดูแลตนเองมากขึ้น ความสำเร็จเล็กๆ ในแต่ละวันสร้างแรงบันดาลใจให้ทำต่อเนื่อง ขณะที่การมีชุมชนและการแข่งขันช่วยสร้างแรงจูงใจในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของ Patel⁽⁵⁾ ที่พบว่า การใช้อุปกรณ์สวมใส่ช่วยเพิ่มความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม วัฒนธรรมและวิถีชีวิตในแต่ละท้องถิ่นมีผลอย่างมากต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพ วัฒนธรรมของสังคมหรือชุมชนรวมถึงวัฒนธรรมองค์กร ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับสุขภาพของบุคคล กลุ่ม และชุมชน⁽⁶⁾ จึงจำเป็นต้องปรับเนื้อหาและกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ จุดแข็งของแอปพลิเคชันสานสุขคือการบูรณาการมุมมองสุขภาพองค์รวม การสร้างชุมชนสุขภาพและการปรับแต่งคำแนะนำเฉพาะบุคคล สอดคล้องกับแนวทางด้านกิจกรรมทางกายขององค์การอนามัยโลก⁽⁷⁾ อย่างไรก็ตาม ยังมีประเด็นที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติม ได้แก่ การขยายความครอบคลุมของฐานข้อมูล การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลายมากขึ้น และการสร้างความยั่งยืนของการใช้งาน นอกจากนี้ ยังมีโอกาสในการขยายความร่วมมือกับหน่วยงานท้องถิ่น การพัฒนาโปรแกรมเฉพาะกลุ่มและการสร้างฐานข้อมูลสุขภาพระดับประเทศ

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. ด้านการออกแบบการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษามีขนาดเล็ก (20 คน) ซึ่งมีสัดส่วนของบุคลากรด้านสุขภาพร้อยละ 60 (12 คน จาก

20คน)และไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบในส่วนของ การทดสอบ 7 วัน อาจไม่เพียงพอต่อการประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพ

2. ด้านเทคนิค

พบปัญหาการเชื่อมต่อระหว่างอุปกรณ์และแอปพลิเคชัน และความแม่นยำของการวัดค่าต่างๆ

ข้อเสนอแนะเชิงการทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพสำหรับแอปพลิเคชันสานสุข

1. ควรเน้นการพัฒนาระบบนิเวศสนับสนุนการทำงาน (support ecosystem) โดยการจัดตั้งทีมผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น ทีมพัฒนาเนื้อหา ทีมสนับสนุนการใช้งาน และทีมวิเคราะห์ข้อมูล และควรสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากระบบสนับสนุนในพื้นที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของโครงการสุขภาพดิจิทัล⁽⁸⁾

2. ควรพัฒนาระบบการจัดการข้อมูลสุขภาพ (health data management) ที่มีประสิทธิภาพ เพราะการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกจะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนได้ดีขึ้น นำไปสู่การออกแบบนโยบายและมาตรการส่งเสริมสุขภาพที่ตรงเป้าหมาย⁽⁹⁾

3. ควรวางแผนด้านการสร้างความยั่งยืน (sustainability) อาทิ พัฒนาโมเดลธุรกิจที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ในระยะยาวควบคู่ไปกับการสร้างกลไกการประสานงานระหว่างหน่วยงานและจัดสรรทรัพยากรสนับสนุนการทำงานระยะยาวจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาสังคม เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ได้สนับสนุนการศึกษาทั้งด้านงบประมาณ การแนะนำภาคีเครือข่าย ผู้ทรงคุณวุฒิ และการประชาสัมพันธ์ ขอขอบพระคุณท่านอธิการบดี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี รศ.ดร.สุวิทย์ แซ่เตีย เป็นอย่างสูงสำหรับแนวทางการพัฒนาโครงการ

และสนับสนุนการต่อยอดกิจกรรมการใช้งานแพลตฟอร์ม เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ขอบคุณภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาแอปพลิเคชันและสนับสนุน การวิจัย ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทั้ง 20 ท่านจาก 6 ภูมิภาค ที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการทดลองใช้แอปพลิเคชัน

सानสุขและสายรัดข้อมืออัจฉริยะ รวมถึงการให้ข้อมูล อันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแอปพลิเคชันสานสุขต่อไป และขอขอบคุณทีมนักวิจัยและผู้พัฒนาแอปพลิเคชัน สานสุขทุกท่านที่ทุ่มเทแรงกายแรงใจในการดำเนินงาน ศึกษานี้จนสำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. PPTVHD36. 11 แอปพลิเคชันสุขภาพ ตรวจสอบสิทธิ-วางแผนกินดี ออกกำลังกาย-เช็คเรื่องยา [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 15 ต.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <http://pptv36.news/1cct>
2. เอเวอ์ กรีนฟิช. Wearable tech นวัตกรรมใหม่และการติดตามสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 15 ต.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://blog.ourgreenfish.com/master-blog/wearable-tech>
3. คุณากร สุภาวงศ์. 'SAANSOOK: สานสุข' แอปพลิเคชันช่วยดูแลสุขภาพแบบองค์รวม [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 15 ต.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.creativecitizen.com/saansook/>
4. Ourgreenfish. Wearable tech นวัตกรรมใหม่และการติดตามสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 15 ต.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://blog.ourgreenfish.com/master-blog/wearable-tech>
5. Patel MS, Asch DA, Volpp KG. Wearable devices as facilitators, not drivers, of health behavior change. JAMA 2015;313(5):459-60.
6. พัชรินทร์ สิริสุนทร. วัฒนธรรมกับสุขภาพ. พิษณุโลก: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2559.
7. World Health Organization. Guidelines on physical activity and sedentary behavior. Geneva: World Health Organization; 2022.
8. EFPIA. Digital health [Internet]. [cited 2024 Oct 15]. Available from: <https://www.efpia.eu/about-medicines/development-of-medicines/digital-health/#>
9. Demirci HF, Yordan ED. Data management in the digital health environment scale development study. BMC Health Serv Res 2023;23(1):1249.

A Study of Smart Wristband Usage for Health Monitoring to Develop “SAANSOOK Application” Digital Platform Prototype

Chujit Treerattanaphan¹, Vajirasak Vanijja¹, Bunthit Watanapa¹, Saichon Jaiyen¹, Pornchai Mongkolnam¹, Chananchida Hongrattanaporn¹, Chanakan Srichaiwat¹, Sopistha Thunprateep¹, Nalinee Ruangrittisak²

¹ King Mongkut's University of Technology Thonburi, Bangkok, Thailand

² Thai Health Promotion Foundation

Abstract

This study aimed to examine the use of smart wristbands for health monitoring and develop a digital platform prototype, “SAANSOOK Application”. The research involved testing with 20 participants from 6 regions of Thailand over 7 days, utilizing both smart wristbands and wristband prototypes in conjunction with the SAANSOOK application, along with in-depth interviews. The findings revealed key factors for user acceptance: (1) functional requirements of smart wristbands, including water resistance and scratch protection, long battery life, easy visibility and operation, and convenient cleaning, with an appropriate price range of 1,000-2,000 baht, and (2) emotional requirements and value towards smart wristbands and SAANSOOK application, such as serving as a personal health assistant, creating pride in achieving goals, and facilitating family care through shared health activities. For the SAANSOOK application, participants found that features such as the health dashboard, healthy choices recommendations, and community health activities helped raise health awareness and motivation. Whereas improvements were needed in food logging systems, connection stability, and historical data display. The study also found that lifestyle contexts, local cultures, religious beliefs, and community environments significantly influence users' health behaviors. Recommendations for future development include establishing a supportive ecosystem, implementing efficient health data management, and planning for sustainability through network partnerships.

Keywords: health application; smart wristband; health behavior; holistic health; health technology

การประเมินความต้องการจำเป็นในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของคนในชุมชน

กัมพล อินทรทะกุล¹, สุวิมล ว่องวานิช²

¹ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลลพบุรี โรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
กรุงเทพมหานคร

² คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีย่อมเป็นความต้องการของคนในชุมชน ที่ควรได้รับการตอบสนองให้ตรงกับความ
ความต้องการที่แท้จริง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความต้องการจำเป็นในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
ของคนในชุมชน และเพื่อจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของคน
ในชุมชน โดยใช้การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น ตัวอย่างวิจัย คือ คนที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตดุสิต จังหวัดกรุงเทพมหานคร
จำนวน 220 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความต้องการจำเป็นในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ
คนในชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และประเมินความต้องการจำเป็นด้วย ค่า PNI_{modified} ผลการวิเคราะห์
ความต้องการจำเป็นในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของคนในชุมชน พบว่า ความต้องการจำเป็นของคนในชุมชน
ที่ควรให้ความสำคัญและนำมาพัฒนาตามลำดับ คือ ด้านสังคม (PNI_{modified} =0.37) ด้านความรู้สึกรู้สึก (PNI_{modified}
=0.35) ด้านร่างกาย (PNI_{modified} =0.32) และด้านจิตใจ (PNI_{modified} =0.31) ตามลำดับ ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูล
พื้นฐานสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ และผู้ที่เกี่ยวข้องในการตอบสนองความต้องการจำเป็นในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิต
ด้านสุขภาพของคนในชุมชน เพื่อให้คนในชุมชนมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงและสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ต่อไป

คำสำคัญ: การประเมินความต้องการจำเป็น; คนในชุมชน; เสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

วันรับ: 15 ต.ค. 2567

วันแก้ไข: 19 พ.ย. 2567

วันตอบรับ: 21 พ.ย. 2567

บทนำ

แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ. 2561-2580 มี
เป้าหมายให้ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน และ
เป็นประเทศพัฒนาแล้ว” ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนา
ประเทศ คือ การมีประชากรทุกช่วงวัยมีคุณภาพชีวิต
มีสุขภาพที่ดี คนในชุมชนได้รับการส่งเสริมให้เกิดความ
แข็งแรงและสามารถจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองได้⁽¹⁾
กรุงเทพมหานครเป็นหนึ่งในชุมชนขนาดใหญ่ที่มีผู้คน

อาศัยอยู่อย่างหนาแน่นจึงเรียกได้ว่าเป็นชุมชนเมือง
ซึ่งคนในชุมชนเมืองนั้นอยู่ท่ามกลางความเสี่ยงทางด้าน
สุขภาพ⁽²⁾ เนื่องจากผลกระทบจากกระแสโลกาภิวัตน์ และ
การปรับเปลี่ยนลักษณะให้เป็นรูปแบบชาวตะวันตก ส่งผลให้
กรุงเทพมหานครมีแนวโน้มการเจริญเติบโตเพิ่มขึ้น
อย่างต่อเนื่องเกิดการย้ายถิ่นทั้งจากภายในและต่างประเทศ
เกิดการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม เช่น ความเร่งรีบ
ความแออัด ความยากจน สิ่งเสพติด อาชญากรรม ความ
ไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน นำไปสู่ผลกระทบเชิงลบ

อันเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของคนในชุมชนเมือง⁽³⁾

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (health-related quality of life) หมายถึง พฤติกรรม สภาวะจิตใจ ความรู้สึกและการใช้ชีวิตร่วมกันของคนในชุมชนที่ดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อเสริมสร้างให้เกิดการมีสุขภาพกายที่แข็งแรง และมีสุขภาพจิตใจที่สมบูรณ์ไม่ชักนำให้เกิดความเจ็บป่วย ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ⁽⁴⁻⁶⁾ ได้แก่ (1) ด้านร่างกาย (2) ด้านจิตใจ (3) ด้านความรู้สึก และ (4) ด้านสังคม ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีความละเอียดในประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของคนในชุมชนซึ่งแตกต่างจากคุณภาพชีวิตทั่วไปที่มุ่งเน้นการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนเองต่อการเป็นอยู่ที่ดี การมีเป้าหมาย ความคาดหวัง และความสนใจของแต่ละบุคคลเท่านั้น การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ย่อมเป็นความต้องการของคนในชุมชน เพราะการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีจะช่วยดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ หากคนในชุมชนไม่ได้รับการเสริมสร้างให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีจะทำให้คนในชุมชนเกิดการรับรู้ทางสุขภาพที่ผิดไป เกิดการปล่อยปละละเลยและไม่ตระหนัก ถึงประโยชน์ของสุขภาพ ไม่มีการตรวจสุขภาพประจำปี มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ดิฉันนิสัยชอบรับประทานอาหารจานด่วนหรืออาหารตะวันตกล้วนแต่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการเกิดโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด ประกอบกับการขาดการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายได้ไม่สม่ำเสมอ ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ไม่ว่าจะเป็นโรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดสมองและโรคไตเรื้อรัง ฉะนั้นคนในชุมชนจึงควรได้รับการเสริมสร้างให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ไม่ดีถือได้ว่าเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข และควรมีการประเมินความต้องการจำเป็นก่อน จะช่วยให้ทราบและสามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงกับความต้องการที่แท้จริง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะประเมินความต้องการจำเป็นในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของคนในชุมชน เขตดุสิตของกรุงเทพมหานคร ประกอบกับการศึกษาที่ผ่านมายังค่อนข้างน้อยพบการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสุข

กรุงเทพมหานคร⁽⁷⁾ ความต้องการจำเป็นพื้นฐานทางด้านสุขภาพของประชาชน⁽⁸⁾ ซึ่งยังไม่ครอบคลุมประเด็นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเพื่อจะได้ประเมินปัญหาและความต้องการที่จะนำไปสู่กระบวนการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ตรงตามความต้องการของประชาชนในชุมชนอย่างแท้จริง

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อประเมินความต้องการจำเป็น (needs assessment research) เป็นการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างสภาพปัจจุบัน (what is) กับสภาพที่คาดหวัง (what should be) อย่างมีระบบจากนั้นนำความแตกต่างมากำหนดความต้องการจำเป็น (needs identification)

กลุ่มตัวอย่างวิจัย

คนที่อาศัยอยู่ในชุมชนแห่งหนึ่งในเขตดุสิต จังหวัด กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยสุ่มชุมชนในเขตดุสิตและตัวอย่างวิจัยมาจากการการสุ่มอย่างง่าย (purposive sampling) จำนวน 220 คน คำนวณจากสูตร Yamane⁽⁹⁾

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว สถานะทางสังคมของชุมชน ลักษณะครอบครัว

ตอนที่ 2 แบบประเมินความต้องการจำเป็นในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของคนในชุมชน เป็นเครื่องมือที่พัฒนาเครื่องมือมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องนำมาพัฒนาข้อคำถาม เป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) ใช้รูปแบบการตอบเป็นแบบการตอบสนองคู่ (dual response format) มีจำนวน 16 ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ

1. ด้านร่างกาย หมายถึง พฤติกรรมที่เสริมสร้างการมีสุขภาพกายที่ดีของคนในชุมชน ด้วยการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกาย หลับพักผ่อนเพียงพอและไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ

2. ด้านจิตใจ หมายถึง สภาวะทางจิตใจที่เข้มแข็ง ในการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพ ซึ่งช่วยให้เกิดการยอมรับ ความเจ็บป่วย ลดความกังวล และสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างสมดุล

3. ด้านความรู้สึกรู้สึก หมายถึง การแสดงออกทางความรู้สึกพอใจ ภูมิใจในตนเองและมีคุณค่าเมื่อสามารถดูแล หรือช่วยเหลือผู้อื่นที่เผชิญกับความเจ็บป่วยที่รบกวนการใช้ชีวิตได้

4. ด้านสังคม หมายถึง การดำเนินชีวิตประจำวัน ร่วมกับคนในครอบครัว เพื่อนบ้าน และชุมชนซึ่งเป็นกลุ่มคนในสังคมด้วยการมีสัมพันธภาพอันดีต่อกัน มีความเข้าใจ เข้าถึงปัญหาและให้ความช่วยเหลือเอื้อเฟื้อเมื่อกเกิดความเจ็บป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) นำแบบสอบถามความต้องการจำเป็นในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของคนในชุมชนที่พัฒนาขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 9 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในด้านความตรงเชิงเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา และความถูกต้อง ชัดเจนของภาษา โดยใช้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม (S-CVI/UA) เท่ากับ 0.75

2. การตรวจสอบค่าความเที่ยง (reliability) นำแบบสอบถามไปทดสอบกับตัวอย่างวิจัยที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับตัวอย่างวิจัยจำนวน 30 คน โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลด้วยรูปแบบออนไลน์ผ่าน Google form ซึ่งผู้วิจัยเข้าพบประธานชุมชน แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการศึกษาครั้งนี้ เมื่อประธานชุมชนเข้าใจ จึงขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลแบบออนไลน์ด้วย Google form ประธานชุมชนได้แชร์ลิงค์และ QR code เข้าไปในกลุ่มไลน์ชุมชนเพื่อให้คนในชุมชนตอบแบบสอบถามออนไลน์ มีการกระตุ้นเตือนเพื่อตอบแบบสอบถามเป็นระยะ ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 2 เดือน ได้แบบสอบถามกลับมาครบถ้วนสำหรับนำไปวิเคราะห์ได้จำนวน 220 ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมดมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Jamovi มีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. การระบุความต้องการจำเป็น (needs identification) ผู้วิจัยใช้ค่าดัชนี modified priority needs index (PNI_{modified}) คำนวณได้จากสูตร (I-D)/D เมื่อ I คือ ค่าเฉลี่ยสภาพที่คาดหวัง และ D คือ ค่าเฉลี่ยของสภาพปัจจุบัน กำหนดให้ระดับที่คาดหวังของแต่ละข้อรายการมีค่าเท่ากับ 5 ซึ่งเป็นค่าคาดหวังในอุดมคติ โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงค่าที่ระบุระดับความต้องการจำเป็นด้วยค่า PNI_{modified} เป็นรายชื่อ โดยข้อที่มีค่า PNI_{modified} มาก แสดงว่า มีความต้องการจำเป็นในระดับมากกว่าข้อที่มีค่า PNI_{modified} น้อย ความต้องการจำเป็นที่มีค่า PNI_{modified} มาก ผู้วิจัยได้กำหนดจุดตัดของค่าดัชนี PNI_{modified} ที่ระดับ 0.20 ซึ่งถือว่าเป็นความต้องการจำเป็นที่ควรให้ความสำคัญ นำมาปรับปรุง แก้ไข หรือพัฒนา ก่อน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67 มีช่วงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 30.6 รองลงมาคือช่วงอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 26.4 และช่วงอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 22.7 ตามลำดับ ประกอบอาชีพ รับจ้าง ร้อยละ 29.1 ค้าขาย ร้อยละ 25.5 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 15.5 ระดับการศึกษา ร้อยละ 30.9 ปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 27.3 จบชั้นประถมศึกษา และร้อยละ 18.2 จบชั้นมัธยมต้น โรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.8 โรคไขมัน ร้อยละ 35.9 โรคเบาหวาน ร้อยละ 35.5 สถานะทางสังคมในชุมชน ร้อยละ 66.5 เป็นประชาชนในชุมชน ร้อยละ 30.5 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) จำนวนสมาชิกในครอบครัว มากกว่า 4 คนขึ้นไป ร้อยละ 55 จำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-3 คน ร้อยละ 33.9 และอยู่คนเดียวร้อยละ 11 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (n=220)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			โรคประจำตัว		
ชาย	67	30.5	โรคเบาหวาน	78	35.5
หญิง	153	69.5	โรคความดันโลหิตสูง	92	41.8
อายุ (ปี)			โรคไขมัน	79	35.9
20-29	11	5.0	โรคหัวใจ	23	10.5
30-39	34	15.5	โรคทางสมอง	11	5.0
40-49	58	26.4	โรคถุงลมโป่งพอง	9	4.1
50-59	50	22.7	โรคมะเร็ง	9	4.1
มากกว่า 60 ขึ้นไป	67	30.6	ไม่มีโรคประจำตัว	44	20.0
อาชีพ			อื่นๆ	3	1.4
ข้าราชการ	12	5.5	สถานะทางสังคมของชุมชน		
รับจ้าง	64	29.1	อสส.	67	30.5
พนักงานบริษัท	27	12.3	แกนนำชุมชน	10	4.5
พนักงานมหาวิทยาลัย	7	3.2	แกนนำกลุ่มต่างๆ ในชุมชน	6	2.7
ค้าขาย	56	25.5	ประชาชนในชุมชน	146	66.5
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	34	15.5	อื่นๆ	14	6.4
อื่นๆ	20	9.1	จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)		
ระดับการศึกษา			2-3	74	33.9
ประถมศึกษา	60	27.3	มากกว่า 4	120	55.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	40	18.2	อยู่คนเดียว	24	11.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	27	12.3			
อนุปริญญา/ปวส.	25	11.4			
ปริญญาตรีขึ้นไป	68	30.9			

2. การประเมินความต้องการจำเป็นในการเสริมสร้าง-คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของคนในชุมชน

ผลการประเมินความต้องการจำเป็นในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของคนในชุมชน พบว่าสภาพปัจจุบันค่าเฉลี่ยรายข้อด้านร่างกายมีค่าระหว่าง 2.74-4.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ในช่วง 1.00-1.21

สภาพที่คาดหวังค่าเฉลี่ยรายข้อด้านร่างกายอยู่ระหว่าง 4.07-4.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ในช่วง 0.86-1.02 เมื่อพิจารณาถึงความต้องการจำเป็นรายข้อด้านร่างกายข้อที่มีความต้องการจำเป็นสูงสุดคือ ออกกำลังกายเป็นประจำ (PNI_{modified} =0.49) การตรวจสุขภาพประจำปี (PNI_{modified} =0.48) การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์

(PNI_{modified} =0.36) และการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ (PNI_{modified} =0.05) ตามลำดับ สภาพปัจจุบันค่าเฉลี่ยรายข้อด้านจิตใจมีค่าระหว่าง 2.81-3.41 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ในช่วง 0.98-1.15 สภาพที่คาดหวังค่าเฉลี่ยรายข้อด้านร่างกายอยู่ระหว่าง 4.11-4.24 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ในช่วง 0.85-.97 เมื่อพิจารณาถึงความต้องการจำเป็นรายข้อด้านจิตใจ ข้อที่มีความต้องการจำเป็นสูงสุดคือการยอมรับความเจ็บป่วย (PNI_{modified} =0.47) การมีจิตใจที่เข้มแข็ง (PNI_{modified} =0.30) ไม่กังวล (PNI_{modified} =0.25) และสามารถจัดการกับความเครียด (PNI_{modified} =0.24) ตามลำดับ สภาพปัจจุบันค่าเฉลี่ยรายข้อด้านความรู้สึกมีค่าระหว่าง 3.12-3.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ในช่วง 0.99-1.11 สภาพที่คาดหวังค่าเฉลี่ยรายข้อด้านความรู้สึกอยู่ระหว่าง 4.21-4.33

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ในช่วง 0.86-0.98 เมื่อพิจารณาถึงความต้องการจำเป็นรายข้อด้านความรู้สึก ข้อที่มีความต้องการจำเป็นสูงสุดคือ ความภูมิใจในความสามารถของตนเอง (PNI_{modified} =0.38) ความภูมิใจในการจัดการกับอาการป่วย (PNI_{modified} =0.36) การพึงพอใจในชีวิต (PNI_{modified} =0.33) และความรู้สึกมีคุณค่า (PNI_{modified} =0.32) ตามลำดับ และสภาพปัจจุบันค่าเฉลี่ย

รายข้อด้านสังคมมีค่าระหว่าง 3.05-3.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ในช่วง 1.04-1.11 สภาพที่คาดหวังค่าเฉลี่ยรายข้อด้านสังคมอยู่ระหว่าง 4.23-4.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ในช่วง 0.81-0.98 เมื่อพิจารณาถึงความต้องการจำเป็นรายข้อด้านสังคม ข้อที่มีความต้องการจำเป็นสูงสุดคือ การอยู่ในชุมชนที่ส่งเสริมให้มีสุขภาพดี (PNI_{modified} =0.40) มีเพื่อนบ้านคอยช่วยเหลือ (PNI_{modified} =0.38) คนในครอบครัวคอยช่วยเหลือ (PNI_{modified} =0.34) และคนในครอบครัวเข้าใจความเจ็บป่วย (PNI_{modified} =0.33) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

3. การจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของคนในชุมชน

ผลการวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของคนในชุมชนพบว่าความต้องการจำเป็นของคนในชุมชนมี ที่ควรให้ความสำคัญและนำมาพัฒนา ก่อนตามลำดับ คือ ด้านสังคม (PNI_{modified} =0.37) รองลงมาคือ ด้านความรู้สึก (PNI_{modified} =0.35) ด้านร่างกาย (PNI_{modified} =0.32) และด้านจิตใจ (PNI_{modified} =0.31) ทั้ง 4 ด้านมีค่ามากกว่า 0.20 ถือว่ามีความสำคัญและควรได้รับการพัฒนา ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็นรายข้อตามองค์ประกอบของความต้องการจำเป็นในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพตามสภาพปัจจุบัน และสภาพที่คาดหวัง และค่า modified priority needs index (PNI_{modified}) (n=220)

รายการประเมิน	สภาพปัจจุบัน		สภาพที่คาดหวัง		ความต้องการจำเป็น	
	Mean	SD	Mean	SD	PNI _{modified}	ลำดับที่
ด้านที่ 1 ด้านร่างกาย						
- ออกกำลังกายเป็นประจำ มากกว่า 30 นาที/ครั้ง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง	2.74	1.11	4.07	1.02	0.49	1
- ตรวจสอบสุขภาพประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	2.83	1.21	4.20	0.95	0.48	2
- รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่	3.10	1.00	4.23	0.86	0.36	3
- นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง	4.00	1.17	4.21	0.91	0.05	4

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็นรายข้อตามองค์ประกอบของความต้องการจำเป็นในการเสริมสร้าง-
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพตามสภาพปัจจุบัน และสภาพที่คาดหวัง และค่า modified priority needs index
(PNI_{modified}) (n=220) (ต่อ)

รายการประเมิน	สภาพปัจจุบัน		สภาพที่คาดหวัง		ความต้องการจำเป็น	
	Mean	SD	Mean	SD	PNI _{modified}	ลำดับที่
ด้านที่ 2 ด้านจิตใจ						
- ยอมรับสภาพความเจ็บป่วยได้	2.74	1.11	4.07	1.02	0.49	1
- มีจิตใจเข้มแข็งเพื่อเผชิญกับความเจ็บป่วย ที่จะเกิดขึ้นได้	2.83	1.21	4.20	0.95	0.48	2
- ไม่กังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	3.10	1.00	4.23	0.86	0.36	3
- สามารถจัดการกับความเครียด ที่เกิดจากปัญหาทางสุขภาพได้	4.00	1.17	4.21	0.91	0.05	4
ด้านที่ 3 ด้านความรู้สึก						
- ภูมิใจเมื่อสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้	3.13	1.10	4.33	0.86	0.38	1
- ภูมิใจเมื่อสามารถจัดการกับอาการเจ็บป่วยได้	3.12	1.11	4.27	0.91	0.36	2
- รู้สึกพึงพอใจในชีวิต แม้ว่าจะมีปัญหา ทางสุขภาพ	3.17	1.04	4.21	0.98	0.33	3
- มีคุณค่าเมื่อสามารถดูแลสุขภาพ ของผู้อื่นได้	3.23	0.99	4.28	0.90	0.32	4
ด้านที่ 4 ด้านสังคม						
- อยู่ในชุมชนที่ส่งเสริมให้มีสุขภาพดี	3.06	1.10	4.29	0.90	0.40	1
- อยู่ในชุมชนที่มีเพื่อนบ้านคอยให้ความช่วยเหลือ เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต	3.05	1.04	4.23	0.98	0.38	2
- สมาชิกในครอบครัวคอยช่วยเหลือและดูแล เมื่อเกิดความเจ็บป่วย	3.25	1.10	4.36	0.81	0.34	3
- คนในครอบครัวเข้าใจความเจ็บป่วย	3.21	1.11	4.30	0.92	0.33	4

ตารางที่ 3 การจัดลำดับความสำคัญความต้องการจำเป็นในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของคนในชุมชน

	สภาพปัจจุบัน	สภาพที่คาดหวัง	PNI _{modified}	ลำดับที่
ด้านที่ 4 ด้านสังคม	3.14	4.29	0.37	1
ด้านที่ 3 ด้านความรู้สึกลึก	3.16	4.27	0.35	2
ด้านที่ 2 ด้านร่างกาย	3.16	4.18	0.32	3
ด้านที่ 1 ด้านจิตใจ	3.19	4.18	0.31	4

วิจารณ์

1. ความต้องการจำเป็นในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของคนในชุมชน

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความต้องการจำเป็นในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของคนในชุมชนอยู่ในระดับที่สูง สะท้อนให้เห็นว่า คนในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานครควรได้รับการเสริมสร้างให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในทุกๆ มิติของการดูแลเพื่อที่จะได้รับการเติมเต็มความต้องการจำเป็นที่คนในชุมชนนั้นขาดไป เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความรู้สึกลึก ด้านสังคมสามารถวิจารณ์ได้ดังนี้

ความต้องการจำเป็นด้านร่างกายเมื่อพิจารณาจากค่าดัชนี PNI_{modified} รายข้อด้านร่างกายพบว่า คนในชุมชนมีความต้องการมีสุขภาพที่แข็งแรงด้วยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพราะการมีสุขภาพกายที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี⁽¹⁰⁾ แต่ด้วยรูปแบบการใช้ชีวิตของคนในชุมชนเขตเมืองที่ทำงานเพื่อหารายได้มาใช้จ่ายให้เพียงพอกับค่าครองชีพที่สูง ทำให้ต้องทำงานต่อเนื่องจนไม่มีเวลาดูแลสุขภาพของตนเอง ไม่มีเวลาในการออกกำลังกายเพราะหลังเลิกงานก็เหนื่อยไม่สามารถแบ่งเวลามาออกกำลังกายได้ ทำให้เป็นความต้องการจำเป็นสูงสุดในด้านร่างกาย ความต้องการจำเป็นด้านจิตใจเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า การยอมรับความเจ็บป่วยเป็นข้อที่มีความต้องการจำเป็นสูงสุดในด้านจิตใจเนื่องจาก การเจ็บป่วยย่อมทำให้เกิดภาวะที่ต้องดูแลสุขภาพตัวเอง

เพิ่มขึ้น ต้องลงงานเพื่อมาพบแพทย์ มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อมาพบแพทย์ ซึ่งสร้างความเดือดร้อนและความไม่สบายใจให้กับคนในครอบครัวจึงไม่สามารถที่จะเกิดการยอมรับความเจ็บป่วยได้ง่าย ต้องใช้เวลาและต้องอาศัยคนรอบข้างหรือคนในครอบครัวคอยสนับสนุนให้กำลังใจจึงจะสามารถยอมรับกับความเจ็บป่วย⁽¹¹⁾ และใช้ชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยได้อย่างมีความสุข ความต้องการจำเป็นด้านความรู้สึกลึก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อความภูมิใจเมื่อสามารถดูแลตนเองได้เป็นความต้องการสูงสุด แต่คนในชุมชนส่วนใหญ่มักพร่องความสามารถในการดูแลตนเองเนื่องจากขาดความรู้ที่เพียงพอเพื่อใช้ดูแลตนเองจึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและโรครุมการลุกลามมากขึ้นส่งผลให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่ ต้องอาศัยคนในครอบครัวช่วยดูแล มักสร้างความเกรงใจและไม่สบายใจทำให้ความภาคภูมิใจเมื่อสามารถดูแลตนเองได้ลดลงจึงเป็นความต้องการของคนในชุมชนทั้งนี้เมื่อคนในชุมชนได้รับการส่งเสริมให้สามารถดูแลตนเองได้จะก่อให้เกิดความรู้สึกดีต่อตนเองซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีตามมา⁽¹²⁾ ความต้องการจำเป็นด้านสังคมเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า การอยู่ในสิ่งแวดล้อม สังคมที่ดีหรือชุมชนที่เข้มแข็งพร้อมที่จะส่งเสริมให้คนในชุมชนมีสุขภาพที่ดีนั้นจะช่วยส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี⁽¹³⁾ แต่คนในชุมชนบริบทของเมืองหลวงที่มีลักษณะเป็นชุมชนที่แออัด มีคนอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น บางครั้งการเข้าถึงบริการทางสุขภาพจึงทำได้ยาก และส่วนใหญ่ลักษณะของการจัดบริการสุขภาพมักจัดเป็น

การให้บริการ ณ ที่ตั้งหรือบริการเชิงรับจึงไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในชุมชนได้อย่างทั่วถึง จึงเป็นความต้องการจำเป็นของคนในชุมชน

2. การจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของคนในชุมชน

ผลการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของคนในชุมชนกรุงเทพมหานคร โดยพิจารณาจากค่าดัชนี PNI^{modified} พบว่า ความต้องการด้านสังคมมีความต้องการจำเป็นมากที่สุดรองลงมาคือ ด้านความรู้สึกร่างกาย และด้านจิตใจตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากการอาศัยอยู่ร่วมกันของคนในชุมชนบริบทของความเป็นเมืองหลวงที่มีความแออัด จึงส่งผลให้การเข้าถึงบริการสุขภาพยังไม่ทั่วถึงเท่าที่ควร จึงจะมีการพยายามกระจายข่าวสารในเรื่องของการให้บริการสุขภาพ แต่ก็ยังมีกลุ่มคนในชุมชนที่อาจจะเป็นผู้สูงอายุ หรือกลุ่มคนที่ทำงานประจำเมื่อมีการจัดบริการสุขภาพชุมชนก็มักจะไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ และด้วยการอยู่อาศัยของคนในชุมชนบริบทชุมชนเมืองที่มีผู้คนอาศัยอยู่จำนวนมากและหลากหลาย ย่อมเกิดช่องว่างระหว่างบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์กัน ในหลายครั้งช่องว่างบุคคลก็มักทำให้เกิดความไม่เข้าใจกัน มีการทะเลาะกัน เพราะความคิดเห็นที่แตกต่าง ทำให้ความสัมพันธ์ภาพของคนในชุมชนไม่ดี บางครั้งเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินที่อาจจะส่งผลต่อชีวิต ก็มักจะเพิกเฉยที่จะให้ความช่วยเหลือ ความต้องการจำเป็นด้านสังคมจึงเป็นความต้องการของคนในชุมชนเป็นอันดับแรกที่มีความสำคัญเพราะการได้รับการสนับสนุนด้านสังคมเป็นปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี⁽¹²⁾ ในด้านความรู้สึกร่างกาย

จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่จากการศึกษานี้เป็นลักษณะครอบครัวขยาย คนในครอบครัวมีการสนับสนุนกันด้านความรู้สึกร่างกายทำให้เกิดความรู้สึกที่ดี มีความภูมิใจและพึงพอใจกับการใช้ชีวิตของตนเองแต่ด้วยภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตบางครั้งอาจจะทำให้เกิดการบั่นทอนความรู้สึกที่ดีลงได้ เช่น จากเมื่อก่อนสามารถดูแลตนเองได้แต่เมื่อเจ็บป่วยตนก็ไม่สามารถดูแลตัวเองได้เต็มที่จึงทำให้ความมีคุณค่าในตนเองลดลง ในด้านร่างกายด้วยรูปแบบวิถีชีวิตส่วนใหญ่ของคนเมืองมักใช้ชีวิตแบบเร่งรีบ ไม่มีเวลาในการดูแลตนเองเท่าที่ควรเพราะต้องใช้เวลาในการหารายได้เพื่อมาจุนเจือครอบครัวเพราะการไม่มีเวลาในการดูแลตนเองหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมก็เป็นอีกปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคตามมา⁽⁹⁾ และด้านจิตใจเป็นอีกด้านที่สำคัญเพราะหากเกิดความเจ็บป่วยแล้วก็ต้องมีการปรับตัวและยอมรับกับความเจ็บป่วยซึ่งมักพบว่าการยอมรับความเจ็บป่วยให้ได้ว่าการเจ็บป่วยนั้นเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตสามารถใช้ชีวิตอยู่กับโรคได้ด้วยจิตใจที่เป็นสุข ก็ย่อมใช้เวลาเพื่อให้เกิดการยอมรับ จึงเป็นความต้องการจำเป็นของคนในชุมชนที่ต้องการได้รับการช่วยเหลือ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคุณอาจารย์ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ถ่ายทอดความรู้ด้านการวิจัยประเมินความต้องการจำเป็นและการสร้างเครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างวิจัยที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม ขอขอบคุณประธานชุมชน และพยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้านที่ช่วยประสานความร่วมมือจนทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ. 2561-2580. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2559.
2. ชลวิทย์ เจียรจิตต์. กรุงเทพฯ เมืองสุขภาพดี: พื้นที่สุขภาวะมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒกับการสร้างวิถีชีวิตทางสุขภาพของคนเมือง. วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2566;23(1):279-96.
3. Amadu PM. Compliance with physician communication and health related quality of life of hypertensive patients and diabetic patients in Tamale teaching hospital. Cape Coast: University of Cape Coast; 2020.
4. Cesnales NI, Thyer BA. Health-related quality of life measures. In: Michalos AC, editor. Encyclopedia of quality of life and well-being research. Dordrecht: Springer Science+Business Media; 2014. p. 2809-14.
5. Lin XJ, Lin IM, Fan SY. Methodological issues in measuring health-related quality of life. Tzu Chi Med J 2013;25(1):8-12.
6. Sosnowski R, Kulpa M, Zietalewicz U, Wolski JK, Nowakowski R, Bakula R, et al. Basic issues concerning health-related quality of life. Cent European J Urol 2017;70(32):206-11.
7. ศศิมา ยอดทหาร, วลัยรัตน์ พบศิริ. คุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร. งานประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 12 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม “ศาสตร์พระราช และ การวิจัยเพื่อสร้างดุลยภาพชีวิตในยุค Disruptive Technology”; 9-10 ก.ค. 2563; มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; นครปฐม. นครปฐม: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 2563.
8. จุไรรัตน์ ชลกรโชติทรัพย์, ธนพร แยมสุตา, มลฤดี เพ็ชรลมูล, บุญชรัสมิ์ ธันยธิตินากุล, กัญยรัตน์ เกียรติเมธา, ชุติมา จิรัฐิเกรียงไกร. การประเมินความต้องการจำเป็นพื้นฐานทางด้านสุขภาพของประชาชน: กรณีศึกษาชุมชนศาลเจ้าพ่อสมบุญและชุมชนริมคลองซอยพหลโยธิน 54. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2566;16(2):130-42.
9. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. 2nd ed. New York: Harper and Row; 1967.
10. Geigl C, Loss J, Leitzmann M, Janssen C. Social factors of health-related quality of life in older adults: a multivariable analysis. Qual Life Res 2023;32(11):3257-68.
11. Sarla E, Lambrinou E, Galanis P, Kalokairinou A, Sourtzi P. Factors that influence the relationship between social support and health-related quality of life of older people living in the community. Gerontol Geriatr Med 2020;6(2):233-39.
12. Alcañiz M, Solé-Auró A. Feeling good in old age: factors explaining health-related quality of life. Health Qual Life Outcomes 2018;16(1):48-57.
13. Sahin DS, Özer Ö, Yanardağ MZ. Perceived social support, quality of life and satisfaction with life in elderly people. Educ Gerontol 2014;5(1):69-77.

Needs Assessment to Enhance the Health-Related Quality of Life for People in the Community

Kampon Introntakun¹, Suwimon Wongwanich²

¹ Department of Nursing, Faculty of Medicine Vajira hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok, Thailand

² Faculty of Education, Chulalongkorn University

Abstract

The desire of people in the community is to have a good health-related quality of life, which should be addressed according to actual needs. This study aimed to conduct needs assessment to enhance the health-related quality of life of people in the community and prioritizing essential needs to enhance the health-related quality of life of people in the community. Use needs assessment research. The sample consists of 220 people living in the Dusit District community, Bangkok Province. Data collected using an evaluation form needs assessment to enhance the health-related quality of life of people in the community. Data analyzed using descriptive statistics and evaluating needs by PNI_{modified}. It was found that the essential needs of the community's people, which should be prioritized and developed first, were social aspect (PNI_{modified}=0.37), emotional aspect (PNI_{modified}=0.35), physical aspect (PNI_{modified}=0.32), and mental aspect (PNI_{modified}=0.31), respectively. The results of this study provide basic information for health personnel and individuals responsible for enhancing the health-related quality of life within the community and for people in the community to have good physical and mental health.

Keywords: needs assessment; people in the community; enhance the health-related quality of life

การศึกษาการใช้สมุดเบาใจสำหรับการวางแผนสุขภาพล่วงหน้าในชุมชน

ดิเรก ชัยชนะ¹, สุนทร ชัยชนะ², ขวัญภา สภาพันธ์²

¹มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชนกรรมา จังหวัดขอนแก่น

²สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ตำบลพะตง จังหวัดสงขลา

บทคัดย่อ

“สมุดเบาใจ” เป็นหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าและการวางแผนการดูแลสุขภาพช่วงสุดท้ายของชีวิต โดยทั่วไป การเขียนสมุดเบาใจดำเนินการร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม การเขียนสมุดเบาใจของบุคคลที่ไม่ใช่ผู้ป่วยในชุมชนถือเป็นเส้นทางใหม่ วัตถุประสงค์ของบทความนี้คือเสนอผลการศึกษา การใช้สมุดเบาใจสำหรับส่งเสริมการวางแผนสุขภาพล่วงหน้าในชุมชนโดยใช้การวิจัยผสมวิธี และแนวคิดการประเมินของ Kirkpatrick และ Kirkpatrick ช่วงแรกการวิจัยเชิงปริมาณใช้แบบสำรวจเก็บข้อมูลจากผู้เขียนสมุดเบาใจ 100 คน และกระบวนการชุมชน (ผู้นำเขียนสมุดเบาใจ) 7 คน แล้วตามด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้การสนทนากลุ่มกับผู้เขียนสมุดเบาใจ 11 คน และการสัมภาษณ์กระบวนการชุมชน 3 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 คน จากสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ตำบลพะตง (หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ) และศูนย์แพทย์ชุมชนเทศบาลตำบลพะตง (หน่วยบริการสุขภาพทุติยภูมิ) รวมถึงการสัมภาษณ์พยาบาลและแพทย์ประจำประคองของโรงพยาบาลหาดใหญ่ รวม 3 คน ผลการวิจัยพบว่า การใช้สมุดเบาใจสำหรับการวางแผนสุขภาพล่วงหน้าในชุมชนเกี่ยวข้องกับความร่วมมือระหว่างผู้เขียนสมุดเบาใจ กระบวนการชุมชน (ผู้นำเขียนสมุดเบาใจ) และบุคลากรด้านสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านสมรรถนะของกระบวนการชุมชน กระบวนการนำเขียนสมุดเบาใจ การติดตามผลและการประเมิน การพัฒนาระบบฐานข้อมูล และการประสานงานและเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ รวมถึงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคคล ครอบครัว ชุมชน หน่วยบริการดูแลสุขภาพ และทุกภาคส่วนในชุมชน ถือเป็นสิ่งสำคัญ

คำสำคัญ: สมุดเบาใจ; การดูแลสุขภาพล่วงหน้า; หนังสือแสดงเจตนา; ชุมชนกรรมา

วันรับ: 25 ก.ย. 2567

วันแก้ไข: 27 ต.ค. 2567

วันตอบรับ: 1 พ.ย. 2567

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายชีวาภิบาล⁽¹⁾ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนด้านสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยนโยบายมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้ป่วยระยะท้าย และผู้สูงอายุ ให้ได้รับการดูแลอย่างองค์รวม ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ กาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ อย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และชุมชน โดยไม่ถูกทอดทิ้งไว้เพียงลำพัง การวางแผนสุขภาพล่วงหน้า (advance care planning; ACP) เป็นหนึ่งเครื่องมือการพัฒนาคุณภาพการส่งเสริมสุขภาพประชาชนตามนโยบาย เนื่องจากเป็นกระบวนการวางแผนดูแลสุขภาพ

ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการสื่อสารและตัดสินใจ เมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการดูแล สอดคล้องกับความต้องการของตนเองมากที่สุดตามที่ แสดงเจตนาารมณไว้ และช่วยลดความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วย กับครอบครัวและทีมเจ้าหน้าที่สุขภาพ

กลุ่ม Peaceful Death ภายใต้การสนับสนุนของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พัฒนา “สมุดเบาใจ”⁽²⁾ ซึ่งเป็นเอกสารการวางแผนสุขภาพ ล่วงหน้าเพื่อแสดงเจตนาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่วง- สุดท้าย สมุดเบาใจได้ออกแบบไว้ 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัว ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย การดูแลแบบประคับประคอง การกู้ชีพเพื่อ ช่วยชีวิต และผู้สื่อสารเจตนาแทน ส่วนที่ 3 หนังสือแสดง- เจตนาเลือกวิธีการรักษาในช่วงท้ายของชีวิต ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และส่วนที่ 4 การสื่อสาร ในช่วงท้ายของชีวิต การจัดการร่างกาย และงานศพ กล่าวได้ว่า สมุดเบาใจเป็นเครื่องมือใช้สำรวจมุมมอง ต่อชีวิตและความตาย และการวางแผนสุขภาพล่วงหน้า ที่ผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ป่วยระยะยาว ผู้สูงอายุ และประชาชน ทุกคน สามารถนำมาใช้ได้ เพื่อแสดงเจตนาารมณการดูแล สุขภาพระยะท้ายของตนเองต่อครอบครัว และเจ้าหน้าที่ สุขภาพได้รับทราบ

โดยทั่วไปเส้นทางการเขียน ACP⁽³⁾ มีอยู่ 3 แบบ ได้แก่ การเขียน ACP ด้วยตัวเอง การเขียน ACP ผ่านกระบวนการ ร่วมกับทีมผู้ดูแลและครอบครัว และการเขียน ACP ในโรงพยาบาลที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และ เจ้าหน้าที่สุขภาพ โดยกระบวนการนำเขียน ACP ตามเกณฑ์ มาตรฐานการประกอบด้วย 3 ชั้น ได้แก่ ชั้นที่ 1 ชักชวน และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยคิดทบทวน ชั้นที่ 2 ให้ผู้ป่วยเลือก ผู้ตัดสินใจแทน ซึ่งเป็นบุคคลที่เข้าใจความต้องการของผู้ป่วย เกี่ยวกับการดูแลรักษา ชั้นที่ 3 เจ้าหน้าที่สุขภาพบันทึก ความต้องการของผู้ป่วยลงในเอกสารของโรงพยาบาล เพื่อสื่อสารกับแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยให้รับทราบเจตนา ของผู้ป่วย

สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ตำบลพะตง (สอ. พะตง) อำเภอลาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เป็นหนึ่งใน 10 พื้นที่ ปฏิบัติการชุมชนกรุณา⁽⁴⁾ หรือเรียกว่า “ชุมชนกรุณาพะตง” ของกลุ่ม Peaceful Death ที่นำสมุดเบาใจมาใช้สำหรับ

ส่งเสริมการวางแผนสุขภาพล่วงหน้าให้ผู้ป่วยและผู้สูงอายุ ในชุมชนเช่นเดียวกับพื้นที่อื่น เช่น ชุมชนกรุณาเชียงราย ชุมชนกรุณาเชียงใหม่ ชุมชนกรุณาลำปาง และชุมชนกรุณา นครศรีธรรมราช เป็นต้น การส่งเสริม ACP ของชุมชนกรุณา พะตงเริ่มด้วยการจัดอบรมผู้ดูแล (อสม. และ caregiver; Cg) เป็นกระบวนการชุมชนจำนวน 10 คน เพื่อทำหน้าที่เป็น วิทยากรนำเขียนสมุดเบาใจสำหรับการวางแผนสุขภาพ ล่วงหน้าในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ป่วยระยะยาว ผู้สูงอายุ และสมาชิกชุมชน โดยกระบวนการนำเขียนสมุดเบาใจ เริ่มต้นด้วยกิจกรรมเกมไพ่ไขชีวิตเพื่อนำผู้เขียนทบทวน ชีวิตและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง แล้วตามด้วยการเขียนสมุดเบาใจ จากดำเนินกิจกรรม นำเขียนสมุดเบาใจอย่างต่อเนื่องนับจากปี พ.ศ. 2564-2566 สอน.พะตง ได้ส่งเสริมสมาชิกชุมชนและผู้ป่วยเขียน สมุดเบาใจรวม 228 คน อย่างไรก็ตาม การใช้สมุดเบาใจ เพื่อส่งเสริมการวางแผนสุขภาพล่วงหน้า โดยกลุ่มผู้ดูแล ในชุมชนแตกต่างจากเส้นทางการเขียน ACP ด้วยตนเอง หรือการนำเขียนโดยพยาบาลประคับประคองในโรงพยาบาล จึงเกิดคำถามเกี่ยวกับการใช้สมุดเบาใจสำหรับการ เขียน ACP ในชุมชนให้มีประสิทธิภาพได้อย่างไร และ ประเด็นนี้ยังไม่มีการศึกษาในพื้นที่ปฏิบัติการชุมชน- กรุณาอื่น ดังนั้นการวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา การใช้สมุดเบาใจสำหรับการวางแผนสุขภาพล่วงหน้า ในชุมชน โดยใช้แนวคิดการประเมินของ Kirkpatrick และ Kirkpatrick⁽⁵⁾ เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการดำเนิน โครงการ 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านปฏิกิริยาตอบสนอง (reaction) เกี่ยวข้องกับการสำรวจความประทับใจ แรงจูงใจ ความพึงพอใจของผู้นำเขียนและผู้เขียนสมุดเบาใจ (2) ด้านการเรียนรู้ (learning) เกี่ยวกับการสำรวจการ เรียนรู้ ความรู้ ทักษะ และเจตคติที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ ใช้สมุดเบาใจของผู้นำเขียนและผู้เขียนสมุดเบาใจ (3) ด้าน พฤติกรรม (behavior) เกี่ยวข้องกับการสำรวจพฤติกรรม ที่เปลี่ยนไป พฤติกรรมการทำงาน และความภาคภูมิใจในการ ทำหน้าที่ (4) ด้านผลลัพธ์ (results) เกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้น กับครอบครัวผู้เขียนสมุดเบาใจ ชุมชน และ สอน.พะตง ข้อค้นพบจากการศึกษานี้เพิ่มประสิทธิภาพการส่งเสริม การวางแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้าในชุมชนต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้การวิจัยผสมวิธี^(6,7) ซึ่งเริ่มด้วยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ตามด้วยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ภายใต้แนวคิดการประเมินของ Kirkpatric และ Kirkpatrick กลุ่มประชากรเป็นกลุ่มผู้เขียนสมุดเบาใจของตำบลพะตง จำนวน 228 คน และกลุ่มผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมกระบวนการชุมชนนำเขียนสมุดเบาใจ จำนวน 10 คน รวม 238 คน การคำนวณกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณใช้แนวคิด Yamane⁽⁸⁾ โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนร้อยละ 10 เนื่องจากผู้ที่เคยเขียนสมุดเบาใจบางส่วนไม่สามารถติดตามหรือได้เสียชีวิตแล้ว จากการคำนวณพบว่า ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 71 คนทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณประกอบด้วย ผู้เขียนสมุดเบาใจ 100 คน และผู้นำเขียนสมุดเบาใจ 7 คน รวม 107 คน สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพโดยทั่วไปจำนวนตัวอย่างที่นำมาสู่การอิมตัวของข้อมูลอยู่ใน ช่วง 5-35 คน⁽⁹⁾ สำหรับการวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจงที่เต็มใจให้ข้อมูล โดยใช้การสนทนากลุ่มกับผู้เขียนสมุดเบาใจที่เขียนสมุดเบาใจเสร็จแล้ว 11 คน และใช้การสัมภาษณ์ในกลุ่มผู้นำเขียนสมุดเบาใจในชุมชน 3 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ สอน.พะตง 2 คน หรือหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (primary care unit; PCU) พยาบาลด้านการดูแลแบบประคับประคองของหน่วยบริการสุขภาพทุติยภูมิ (community medical unit; CMU) หรือศูนย์-แพทย์ชุมชนตำบลพะตง 1 คน และบุคลากรด้านสุขภาพของโรงพยาบาลหาดใหญ่ 3 คน ซึ่งได้แก่พยาบาลประคับประคอง พยาบาลและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของโรงพยาบาลหาดใหญ่

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสำรวจที่พัฒนาภายใต้แนวคิดของ Kirkpatric และ Kirkpatrick โดยทีมวิจัย 2 ฉบับ ได้แก่ ฉบับผู้นำเขียนสมุดเบาใจมีคำถาม 8 ข้อ และฉบับผู้เขียนสมุดเบาใจมีคำถาม 8 ข้อ แบบสำรวจทั้งสองฉบับได้ตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (item objective congruency; IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวางแผนสุขภาพล่วงหน้าและการใช้สมุดเบาใจของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชนกรุณา แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง และนักวิชาการด้านสาธารณสุขชุมชน โดยทั่วไปเกณฑ์การยอมรับคือ IOC มีค่ามากกว่า 0.5 สำหรับผลการตรวจสอบ IOC ทั้งสองฉบับอยู่ในช่วง 0.67-1.00 สรุปได้ว่า แบบประเมินสามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลได้ สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพใช้ชุดคำถามจากแนวคิดของ Kirkpatric และ Kirkpatrick เพื่อสำรวจด้านพฤติกรรม และด้านผลลัพธ์ ของผู้เขียนสมุดเบาใจ ผู้นำเขียนสมุดเบาใจ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สอน.พะตง พยาบาลและแพทย์หน่วยประคับประคองและเวชศาสตร์ครอบครัวโรงพยาบาลหาดใหญ่ ชุดคำถาม ดังตารางที่ 1

การวิเคราะห์ผลการวิจัยแบบผสมผสาน โดยทั่วไปมีการวิเคราะห์ผล 3 ช่วง ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ และการวิเคราะห์ผลการวิจัยผสมวิธี⁽¹⁰⁾ สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้ข้อมูลทางสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายและเปรียบเทียบผลของกลุ่มตัวอย่างด้านปฏิบัติการ ด้านการเรียนรู้ด้านพฤติกรรม และด้านผลลัพธ์ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อค้นหาปัจจัยที่ส่งผลด้านพฤติกรรม และด้านผลลัพธ์ของการใช้

ตารางที่ 1 ชุดคำถามสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพตามกลุ่มตัวอย่าง

วิธีเก็บข้อมูล	กลุ่มตัวอย่าง	ชุดคำถาม
สนทนากลุ่ม	ผู้เขียนสมุดเบาใจ	<ol style="list-style-type: none"> ท่านได้เรียนรู้อะไรบ้างจากการเขียนสมุดเบาใจ มีข้อดี ข้อเสีย หรือเจอปัญหาอะไรบ้าง ท่านนำสมุดเบาใจพูดคุยกับคนในครอบครัว เจ้าหน้าที่อนามัย หรือแพทย์ประจำตัวหรือไม่ และหากมีผลเป็นอย่างไร ท่านมีข้อเสนอแนะอะไรบ้างต่อการส่งเสริมใช้สมุดเบาใจในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 1 ชุดคำถามสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพตามกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

วิธีเก็บข้อมูล	กลุ่มตัวอย่าง	ชุดคำถาม
สัมภาษณ์	ผู้เขียนสมุดเบาใจ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ท่านเจอปัญหาการเป็นผู้แนะนำการเขียนสมุดเบาใจอะไรบ้าง 2. ท่านติดตามผู้เขียนสมุดเบาใจหรือไม่ หากมีผลเป็นอย่างไร และเจอปัญหาอะไรบ้าง 3. ท่านมีข้อเสนอแนะอะไรบ้างต่อการส่งเสริมการใช้สมุดเบาใจในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ
	เจ้าหน้าที่สุขภาพ และ ผอ.สอช. พะตุง	<ol style="list-style-type: none"> 1. สถานีอนามัยมีการติดตามผู้เขียนสมุดเบาใจหรือไม่ หากมีดำเนินการอย่างไร 2. สถานีอนามัยมีการบันทึกข้อมูลผู้เขียนสมุดเบาใจหรือไม่ หากมีดำเนินการอย่างไร หากไม่มี สถานีอนามัยควรมีระบบดำเนินการอะไร เพื่อให้การใช้สมุดเบาใจในชุมชนมีประสิทธิภาพ 3. มีการประสานงานการใช้สมุดเบาใจ ระหว่างหน่วยบริการสุขภาพหรือไม่ (สถานีอนามัย กับศูนย์แพทย์ และโรงพยาบาลขนาดใหญ่) หากมีดำเนินการอย่างไร หรือควรดำเนินการอย่างไร
	บุคลากรด้านสุขภาพ (ศูนย์แพทย์พะตุง และ รพ.หาดใหญ่)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ศูนย์แพทย์/โรงพยาบาล ใช้สมุดเบาใจหรือแบบฟอร์มอะไร สำหรับการวางแผนสุขภาพ 2. ศูนย์แพทย์/โรงพยาบาลควรมีระบบดำเนินการอะไรบ้าง เพื่อให้การทำ ACP มีประสิทธิภาพ 3. ศูนย์แพทย์/โรงพยาบาลเชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในชุมชนอย่างไร

สมุดเบาใจ สำหรับการวิเคราะห์ผลการวิจัยผลสมวิธี โดยนำข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพมาบูรณาการและสังเคราะห์ภายใต้แนวคิดของ Kirkpatric และ Kirkpatrick สรุปปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการใช้สมุดเบาใจ เพื่อใช้เป็นแนวทางการพัฒนาการใช้สมุดเบาใจในชุมชนต่อไป

ผลการศึกษา

ผลการวิจัยนำเสนอ 3 ส่วน ได้แก่ ผลการวิจัยเชิงปริมาณ ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ และผลการวิจัยการผสมผสานวิธีที่บูรณาการข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพร่วมภายใต้แนวคิดการประเมินของ Kirkpatric และ Kirkpatrick เสนอข้อค้นพบตามลำดับดังนี้

1. ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

ผู้นำเขียนสมุดเบาใจมีผู้ตอบแบบสำรวจ 7 คน เพศหญิงทั้งหมด อายุเฉลี่ย 52.28 ปี อายุต่ำสุด 45 ปี และสูงสุด 70 ปี ผลการสำรวจการนำกลุ่มเขียนสมุดเบาใจ ดังตารางที่ 2 พบว่า ผู้นำเขียนสมุดเบาใจมีความมั่นใจและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้สมุดเบาใจในระดับสูง อย่างไรก็ตาม ผู้นำเขียนสมุดเบาใจมีการปฏิบัติการด้านพฤติกรรม เช่น การติดตามเขียนสมุดเบาใจ และด้านผลลัพธ์ เกี่ยวกับการแนะนำสมุดเบาใจให้สมาชิกชุมชนในระดับปานกลาง

อีกด้านหนึ่ง ผลการสำรวจในกลุ่มผู้เขียนสมุดเบาใจ มีผู้ตอบแบบสำรวจ 100 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89 (89 คน) และเพศชาย ร้อยละ 11 (11คน) ผู้เขียนมีอายุเฉลี่ย 55.53 ปี อายุต่ำสุด 29 ปี และสูงสุด 75 ปี กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพทำสวน ร้อยละ 47 รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 19 ค้าขาย ร้อยละ 15 รับราชการ ร้อยละ 5 และอื่นๆ ร้อยละ 14

ตารางที่ 2 ผลการประเมินประสิทธิผลการใช้สมุดเบาใจในกลุ่ม “ผู้นำเขียนสมุดเบาใจ (n=7)” ของชุมชนพะตง

ประเด็นข้อคำถาม		ระดับความคิดเห็น		สรุป
		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
1. ด้านปฏิบัติการตอบสนองต่อการนำเขียนสมุดเบาใจ				
1.1	ฉันรู้สึกมั่นใจในการเป็นผู้นำชวนพูดคุยเรื่องการเตรียมตัวตาย	4.14	1.21	สูง
1.2	กระบวนการที่เริ่มด้วยเกมไพ่ไซชีวิต ช่วยให้เขียนสมุดเบาใจได้ง่ายขึ้น	4.57	0.79	สูง
2. ด้านการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากการนำเขียนสมุดเบาใจ				
2.1	ฉันเข้าใจการวางแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้าเพิ่มขึ้นจากการเป็นผู้นำเขียนสมุดเบาใจ	4.43	0.53	สูง
2.2	ฉันเข้าใจเป้าหมายของการเขียนสมุดเบาใจเพิ่มมากขึ้น	4.29	0.95	สูง
3. ด้านพฤติกรรมที่เกิดขึ้นหลังการนำเขียนสมุดเบาใจ				
3.1	ฉันภาคภูมิใจกับหน้าที่นำเขียนสมุดเบาใจให้กับสมาชิกชุมชน	4.29	0.76	สูง
3.2	ฉันติดตามการเขียนสมุดเบาใจของสมาชิก	3.57	0.79	ปานกลาง
4. ด้านผลลัพธ์ต่อองค์กรหรือชุมชนหลักจากการนำเขียนสมุดเบาใจ				
4.1	ฉันประสานงานกับกลุ่มต่างๆ ในชุมชน เพื่อแนะนำสมุดเบาใจกับสมาชิก	3.57	0.98	ปานกลาง
4.2	ฉันแนะนำสมุดเบาใจกับครอบครัวผู้ป่วยและชวนคุยการวางแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้า	3.71	1.11	ปานกลาง

นอกจากนี้ การใช้บริการสถานพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ใช้บริการ สอน.พะตง ร้อยละ 39 ศูนย์แพทย์พะตง ร้อยละ 25 โรงพยาบาลหาดใหญ่ ร้อยละ 21 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (มอ.) ร้อยละ 5 โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 6 คลินิก ร้อยละ 2 และศูนย์แพทย์ทางเลือก ร้อยละ 2 ทั้งนี้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณแสดงดังตารางที่ 3 จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้เขียนสมุดเบาใจมีความพึงพอใจต่อการเขียนสมุดเบาใจ และกระบวนการนำเขียนสมุดเบาใจในระดับสูง รวมถึงผู้เขียนได้เรียนรู้เกี่ยวกับการบอกความต้องการในการวางแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้า และสามารถระบุเจตนาารมณ์ของตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในช่วงสุดท้ายของชีวิตได้ อย่างไรก็ตาม หลังจากการเขียน

สมุดเบาใจแล้วผู้เขียนส่วนใหญ่ นำสมุดเบาใจมาคุยกับสมาชิกครอบครัว หรือกับแพทย์ประจำตัวยังมีข้อจำกัด

2. ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพวิเคราะห์จากการสนทนากลุ่มผู้เขียนสมุดเบาใจ และการสัมภาษณ์ผู้นำเขียนสมุดเบาใจ เจ้าหน้าที่ สอน.พะตง หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) 2 คน พยาบาลศูนย์แพทย์ชุมชนตำบลพะตง (CMU) หรือหน่วยบริการสุขภาพทุติยภูมิ รวมถึงพยาบาลและแพทย์โรงพยาบาลหาดใหญ่ (หน่วยบริการตติยภูมิ) สรุปผลได้ดังนี้ กลุ่มผู้เขียนสมุดเบาใจ กล่าวถึงการเขียนสมุดเบาใจว่าเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ตนเองได้มีโอกาสพูดคุยเกี่ยวกับการเตรียมตัวตายในหลายประเด็น เช่น การดูแลสุขภาพ

ตารางที่ 3 ผลการประเมินการใช้สมุดเบาใจของ “กลุ่มผู้เขียนสมุดเบาใจ (n=100)” ของชุมชนพะตง

ประเด็นข้อคำถาม		ระดับความคิดเห็น		สรุป
		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
1. ด้านปฏิกิริยาตอบสนองต่อการนำเขียนสมุดเบาใจ				
1.1	ฉันรู้สึกมั่นใจในการเป็นผู้นำชวนพูดคุยเรื่องการเตรียมตัวตาย	4.29	0.95	สูง
1.2	กิจกรรมเริ่มต้นด้วยเกมไฟโซชีวิต และตามด้วยการเขียนสมุดเบาใจ ช่วยฉันได้ทบทวนความต้องการ และเขียนสมุดเบาใจได้ง่ายขึ้น	4.14	1.21	สูง
2. ด้านการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากการนำเขียนสมุดเบาใจ				
2.1	กิจกรรมเกมไฟโซชีวิตและสมุดเบาใจช่วยให้ฉันได้ทบทวนชีวิต	3.86	0.90	ปานกลาง
2.2	ฉันได้เรียนรู้การวางแผนการดูแลสุขภาพช่วงสุดท้าย	4.29	0.95	สูง
3. ด้านพฤติกรรมที่เกิดขึ้นหลังการนำเขียนสมุดเบาใจ				
3.1	ฉันได้ระบุแผนการดูแลสุขภาพในช่วงระยะท้ายของชีวิต	4.29	0.95	สูง
3.2	ฉันนำสมุดเบาใจมาทบทวนสม่ำเสมอ	3.86	0.69	ปานกลาง
4. ด้านผลลัพธ์ต่อองค์กรหรือชุมชนหลักจากการนำเขียนสมุดเบาใจ				
4.1	ฉันนำสมุดเบาใจมาพูดคุยกับคนใกล้ชิด และครอบครัว	3.57	0.98	ปานกลาง
4.2	ฉันนำสมุดเบาใจไปแจ้งกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ หรือแพทย์ เมื่อฉันไปรักษาตัว	3.71	1.11	ปานกลาง

ช่วงสุดท้าย การจัดการเรื่องร่างกาย ทรัพย์สิน และงานศพ ซึ่งโดยทั่วไปประเด็นเหล่านี้ไม่ได้นำมาพูดคุยในวงสนทนาในชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตาม ผู้เขียนสมุดเบาใจบางท่านเผชิญปัญหาการนำสมุดเบาใจไปสื่อสารกับสมาชิกครอบครัว เนื่องจากสมาชิกครอบครัวไม่พร้อมรับฟังและมองว่าเรื่องความตายเป็นสิ่งที่ไม่ควรพูดถึง ณ ขณะนี้ ดังนั้นจึงตัดสินใจเก็บสมุดเบาใจไว้กับตนเองโดยไม่นำไปพูดคุยกับครอบครัวหรือคนใกล้ชิด นอกจากนี้ ผู้เขียนสมุดเบาใจบางท่านนำสมุดเบาใจมาคุยกับเพื่อนๆ ซึ่งเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โดยคาดหวังว่าเมื่อตนเองเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจะช่วยสื่อสารความต้องการของตนเองให้กับสมาชิกครอบครัวทราบ กลุ่มผู้เขียนสมุดเบาใจมีข้อเสนอแนะการส่งเสริมการใช้

สมุดเบาใจในชุมชนให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นถ้าหากว่าเจ้าหน้าที่อนามัยร่วมแนะนำสมุดเบาใจกับสมาชิกครอบครัว มีการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ และส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสมุดเบาใจให้กับสมาชิกชุมชนทุกคนเห็นความสำคัญ

กลุ่มผู้นำเขียนสมุดเบาใจ พบว่าข้อจำกัดที่เป็นสาเหตุให้การเขียนสมุดเบาใจขาดประสิทธิภาพ คือผู้นำเขียนสมุดเบาใจไม่ได้มีการติดตามกลุ่มผู้เขียนสมุดเบาใจว่านำสมุดเบาใจไปพูดคุยกับครอบครัวหรือคนใกล้ชิดหรือไม่ อย่างไรก็ตาม ผู้นำเขียนสมุดเบาใจซึ่งเป็น Cg และเป็นสมาชิกชมรมรักษ์สุขภาพในชุมชนใช้วิธีชวนสมาชิกกลุ่มที่เขียนสมุดเบาใจแล้วมาทบทวนและพูดคุยถึงประเด็นปัญหาการเขียนหรือปัญหาการนำสมุดเบาใจไปสื่อสาร

กับครอบครัว กลุ่มพูดคุยเช่นนี้ช่วยสนับสนุนให้การใช้สมุดเบาใจมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ กลุ่มผู้นำเขียนสมุดเบาใจได้ให้ข้อเสนอแนะในทิศทางเดียวกับกลุ่มผู้เขียนสมุดเบาใจว่า ประสิทธิภาพการใช้สมุดเบาใจสำหรับการวางแผนสุขภาพควรส่งเสริมในประเด็น (ก) ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่องสมุดเบาใจให้กับสมาชิกชุมชนและผู้นำชุมชนเห็นความสำคัญเหมือนกัน และดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ (ข) การนำเขียนสมุดเบาใจควรทำงานเป็นทีม และ (ค) ทุกภาคส่วนระดมความคิดกำหนดบทบาทให้ชัดเจนว่า Cg, CM เจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคลากรสุขภาพของศูนย์แพทย์ เจ้าหน้าที่ อปท. หรือกำนัน สามารถมีบทบาทส่งเสริมการใช้สมุดเบาใจอย่างไรให้มีประสิทธิภาพ

กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ สอน.พะตง (หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ) มีความเห็นว่าสมุดเบาใจมีประโยชน์มากต่อการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว อย่างไรก็ตาม หลังจากส่งเสริมการเขียนสมุดเบาใจให้สมาชิกแล้วไม่มีการติดตามอย่างเป็นระบบ มีการติดตามเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายเท่านั้น นอกจากนี้ สอน.พะตงยังไม่มีฐานข้อมูลบันทึกข้อมูลสมุดเบาใจ ปัจจุบันการบันทึกข้อมูลสมุดเบาใจมีบันทึกในกล่องข้อความเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้ายเท่านั้น ด้วยเหตุนี้เมื่อไม่มีระบบบันทึกข้อมูลการประสานงานข้อมูลระหว่าง สอน.พะตง กับศูนย์แพทย์ชุมชนตำบลพะตงจึงมีข้อจำกัด ซึ่งเห็นได้จากบางครั้งเกิดปัญหาการทำงานซ้ำซ้อนเพราะไม่มีการประสานข้อมูลกันระหว่างหน่วยงาน สำหรับข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ สอน.พะตง เสนอไว้ดังนี้ (ก) เน้นประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รู้เรื่อง ACP (ข) ส่งเสริมการทำสมุดเบาใจให้ผู้ป่วยทุกคนและสมาชิกชุมชนทุกคน (ค) จัดมุมบริการคำแนะนำการเขียนสมุดเบาใจ และ (ง) การจัดทำฐานข้อมูลบันทึกข้อมูลสมุดเบาใจเพื่อใช้ติดตามและประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ

กลุ่มศูนย์แพทย์ชุมชนตำบลพะตง (หน่วยบริการสุขภาพทุติยภูมิ) ศูนย์แพทย์ รู้จักสมุดเบาใจ และมีความเห็นว่าสมุดเบาใจมีเนื้อหาที่ครอบคลุมสำหรับการชวนคุยกับผู้ป่วยและครอบครัว อย่างไรก็ตาม ศูนย์แพทย์ ไม่ได้ใช้สมุดเบาใจในการลงเยี่ยมผู้ป่วย เพราะศูนย์แพทย์ มีแบบฟอร์มเฉพาะสำหรับติดตามผู้ป่วยระยะท้ายที่โรงพยาบาล-

หาดใหญ่ส่งตัวกลับบ้าน แบบฟอร์มนี้มีบันทึกข้อมูล living will ประวัติการรักษาและการให้ยาระงับปวดกับผู้ป่วย ปัจจุบันการสื่อสารข้อมูลสมุดเบาใจระหว่าง สอน.พะตงกับศูนย์แพทย์ มีข้อจำกัด บางครั้งจึงมีการทำงานซ้ำซ้อน ดังนั้นเจ้าหน้าที่ศูนย์แพทย์ มีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับ (ก) การเชื่อมโยงเป้าหมายการทำงานด้าน ACP ร่วมกัน (ข) เชื่อมโยงข้อมูลผู้ทำสมุดเบาใจระหว่างศูนย์แพทย์ กับ สอน.พะตงและ (ค) พัฒนาคู่มือการเพิ่มสำหรับทำหน้าที่ส่งเสริม ACP ในชุมชน

กลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพโรงพยาบาลหาดใหญ่ พบว่าโรงพยาบาลใช้สมุดเบาใจให้กับผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการที่คลินิกการดูแลแบบประคับประคอง ขณะเดียวกันฝ่ายเวชศาสตร์ครอบครัวที่ทำงานเชิงรุกร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) ส่งเสริมการใช้สมุดเบาใจในชุมชน อย่างไรก็ตาม แบบฟอร์มที่ใช้ตัดสินใจทางการแพทย์ของโรงพยาบาลใช้แบบบันทึกของโรงพยาบาล ดังนั้นผู้ป่วยที่เคยทำสมุดเบาใจมาแล้ว บุคลากรด้านสุขภาพจะตรวจสอบข้อมูลสำคัญเพื่อบันทึกลงแบบฟอร์มของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการทำงานที่ซ้ำซ้อน การส่งเสริม ACP ภายในโรงพยาบาลปัจจุบันมีข้อจำกัด ได้แก่ บุคลากรด้านสุขภาพและแพทย์บางแผนกเท่านั้นที่รู้จัก ACP หรือสมุดเบาใจ และนโยบายการส่งผู้ป่วยกลับบ้านของโรงพยาบาลยังไม่มีแผนการปฏิบัติที่ชัดเจนว่าจะดำเนินการร่วมกับ รพ.สต. นอกจากนี้ กลุ่มบุคลากรของหน่วยบริการสุขภาพตติยภูมิมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ได้แก่ (ก) โรงพยาบาลควรมีบทบาทเป็นพี่เลี้ยงให้ รพ.สต. เพื่อสนับสนุนความรู้ทักษะใหม่ๆ ในการส่งเสริม ACP (ข) ประชาสัมพันธ์เรื่อง ACP ทุกแผนกในโรงพยาบาล (ค) การส่งเสริมให้ประชาชนรู้ว่าตนเองมีทางเลือกในการรักษา และ (ง) ACP เป็นสิทธิที่ควรใส่ไว้ในข้อมูลบัตรประชาชน เพื่อช่วยให้หน่วยบริการสุขภาพทุกพื้นที่เข้าถึงข้อมูล

3. ผลการวิจัยผสมวิธี

ผลการวิจัยผสมวิธีมาจากการบูรณาการข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อสังเคราะห์องค์ประกอบส่งเสริมการใช้สมุดเบาใจอย่างมีประสิทธิภาพภายใต้กรอบคิดของ Kirkpatrick และ Kirkpatrick ทั้ง 4 ด้าน ซึ่งเกี่ยวข้องกับความร่วมมือระหว่างผู้เขียนสมุดเบาใจ ผู้นำเขียนสมุดเบาใจ เจ้าหน้าที่สุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 องค์ประกอบการส่งเสริมการใช้สมุดเบาใจในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

องค์ประกอบของการส่งเสริมประสิทธิภาพ การใช้สมุดเบาใจในชุมชน	ผู้เขียน	ผู้นำเขียน สมุดเบาใจ	หน่วยบริการสุขภาพ	
			ปฐมภูมิ	ทุติยภูมิ/ ตติยภูมิ
ด้านปฏิบัติการ (ความประทับใจ/ความพึงพอใจ)				
- การพูดคุยเรื่องการเตรียมตัวตายได้อย่างอิสระ	X			
- ความมั่นใจในการเป็นผู้นำชวนคุยเรื่องการเตรียมตัวตาย		X		
- กระบวนการที่เริ่มด้วยเกมไพ่ใช้ชีวิตและตามด้วยการเขียนสมุดเบาใจ	X	X		
ด้านการเรียนรู้ (ความรู้/ความเข้าใจ/ทักษะ/ทัศนคติ)				
- การทบทวนชีวิตผ่านกิจกรรมนำเขียนสมุดเบาใจ	X	X		
- การเรียนรู้การวางแผนดูแลสุขภาพช่วงสุดท้าย	X			
- การเข้าใจเป้าหมายของการเขียนสมุดเบาใจ	X	X		
- การเห็นความสำคัญของการวางแผนสุขภาพล่วงหน้า ว่าเป็นสิทธิบุคคล	X	X	X	X
ด้านพฤติกรรม (พฤติกรรมตนเอง/พฤติกรรมในการทำงาน/ความภาคภูมิใจ)				
- ฉันได้ระบุแผนการดูแลสุขภาพในช่วงระยะท้ายของชีวิต	X			
- มีกลุ่มพูดคุยและทบทวนสมุดเบาใจร่วมกันในชุมชน	X	X		
- ความภาคภูมิใจในการทำหน้าที่ส่งเสริมการวางแผนสุขภาพ ล่วงหน้าในชุมชน		X		
- มีการติดตามการเขียนสมุดเบาใจของสมาชิกชุมชน		X	X	X
- การพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลสมุดเบาใจ			X	X
ด้านผลลัพธ์ (ผลกระทบต่อครอบครัว/ชุมชน/หน่วยบริการสุขภาพ)				
- การส่งเสริมให้ผู้เขียนสมุดเบาใจนำไปสื่อสารกับคนใกล้ชิด และครอบครัว	X	X	X	
- มีมุมบริการคำแนะนำการเขียนสมุดเบาใจในหน่วยบริการ สุขภาพปฐมภูมิ		X	X	
- การประสานงานและเชื่อมโยงข้อมูลสมุดเบาใจระหว่าง หน่วยบริการสุขภาพ			X	X
- ส่งเสริมการพัฒนาบุคคลกรด้านการส่งเสริมการวางแผน สุขภาพล่วงหน้าในชุมชน		X	X	X

ตารางที่ 4 องค์ประกอบการส่งเสริมการใช้สมุดเบาใจในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ (ต่อ)

องค์ประกอบของการส่งเสริมประสิทธิภาพการใช้สมุดเบาใจในชุมชน	ผู้เขียน	ผู้นำเขียนสมุดเบาใจ	หน่วยบริการสุขภาพ	
			ปฐมภูมิ	ทุติยภูมิ/ตติยภูมิ
- การสนับสนุนความรู้ และทักษะใหม่ๆ การนำเขียนสมุดเบาใจให้ชุมชน		X	X	X
- การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนร่วมประชาสัมพันธ์สมุดเบาใจในชุมชน	X	X	X	X
- การขับเคลื่อนนโยบายใส่ข้อมูล ACP ลงในบัตรประชาชน			X	X

วิจารณ์

โดยทั่วไปเส้นทางการวางแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้าเริ่มต้นที่โรงพยาบาลที่เจ้าหน้าที่พยาบาลดูแลระดับ- ประครองจะดำเนินการทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายกับครอบครัวก่อนส่งตัวกลับ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลประคับประคองจนวาระสุดท้ายของชีวิต งานวิจัยตามเส้นทางนี้จะศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้าอย่างมีประสิทธิภาพซึ่งเน้นไปที่การจัดการส่งตัวผู้ป่วย การดูแลอุปกรณ์ช่วยเหลือ การดูแลแบบองค์รวม การติดตามและประเมินผล และการพัฒนาทีมผู้ดูแล และศูนย์ประสานงานการดูแล⁽¹¹⁻¹³⁾ สำหรับงานวิจัยนี้การใช้สมุดเบาใจเพื่อการวางแผนสุขภาพล่วงหน้าไม่ได้มีเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย แต่ยังมีกลุ่มผู้สูงอายุ และสมาชิกชุมชนที่สุขภาพแข็งแรง ดังนั้นเส้นทางการวางแผนสุขภาพล่วงหน้าที่เริ่มต้นจากชุมชน และมีปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพการใช้สมุดเบาใจสำหรับการวางแผนสุขภาพล่วงหน้าในชุมชนต่างกันไปนั้นคือเกี่ยวข้องกับ (1) สมรรถนะผู้นำเขียนสมุดเบาใจ (2) กระบวนการนำเขียนสมุดเบาใจ (3) การติดตามผลอย่างต่อเนื่องของผู้นำเขียนสมุดเบาใจและเจ้าหน้าที่สุขภาพ-ปฐมภูมิ (4) การพัฒนาฐานข้อมูลและเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ และ (5) การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนร่วมประชาสัมพันธ์และส่งเสริมการใช้สมุดเบาใจในชุมชน อย่างไรก็ตาม ในที่นี้ผู้เขียนขออภิปรายสองประเด็นแรก และตามด้วยการอภิปรายถึงปัญหาการใช้สมุดเบาใจในชุมชนดังนี้

1. สมรรถนะผู้นำเขียนสมุดเบาใจหรือกระบวนการชุมชน

มาตรฐานการวางแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565⁽¹⁴⁾ ได้ระบุผู้เขียนแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้าไว้ในฐานะปัจเจกบุคคล ซึ่งรวมทั้งผู้ป่วยและบุคคลทั่วไปก็สามารถวางแผนสุขภาพล่วงหน้าได้ โดยทั่วไปเส้นทางการเขียน แผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้าส่วนใหญ่ดำเนินการในโรงพยาบาลโดยบุคลากรด้านสุขภาพจะพูดคุยกับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวก่อนส่งตัวกลับบ้านเพื่อดูแลแบบประคับประคองในชุมชน หรือหากไม่มีแผน ACP จากโรงพยาบาล เมื่อพยาบาลของศูนย์แพทย์ชุมชนเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ก็จะชวนผู้ป่วยหรือครอบครัวเขียน ACP อย่างไรก็ตาม การเขียนสมุดเบาใจในชุมชนแตกต่างออกไปเนื่องจากผู้เขียนสมุดเบาใจส่วนใหญ่ไม่ใช่ผู้ป่วยระยะท้ายหรืออาจไม่ใช่ผู้ป่วย แต่เป็นผู้สูงอายุ หรือบุคคลทั่วไปที่สุขภาพดี ดังนั้นผู้นำเขียนสมุดเบาใจในชุมชนจึงไม่จำเป็นต้องเป็นบุคลากรด้านสุขภาพ แต่เป็นกระบวนการชุมชนที่ได้พัฒนากลุ่มผู้ดูแล ได้แก่ อสม. (Cg) และจิตอาสา ด้านทักษะการฟัง ความรู้การวางแผนสุขภาพล่วงหน้า ความตระหนักถึงความสำคัญของ ACP การพัฒนาทัศนคติว่าด้วยความตายพูดได้ กล่าวได้ว่า สมรรถนะของผู้นำเขียนสมุดเบาใจหรือกระบวนการชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญการส่งเสริมประสิทธิภาพการวางแผนสุขภาพในชุมชนนอกจากนี้จากการวิจัยนี้พบว่า สมรรถนะของกระบวนการชุมชนนอกเหนือจากการพัฒนาทักษะความรู้เรื่อง ACP และทัศนคติเชิงบวกต่อการพูดคุยเรื่องการเตรียมตัวตายแล้วควรเพิ่มด้านความรู้ด้านการติดตามผลและการประเมิน

การประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน และเสริมพลังความมั่นใจในการนำกระบวนการเขียนสมุดเบาใจให้มีประสิทธิภาพ

2. กระบวนการนำเขียนสมุดเบาใจ

โดยทั่วไปการนำเขียนแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้ามี 3 แบบ ได้แก่ การนำเขียนแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้ากับบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาล การเขียนแผนดูแลนอกสถานพยาบาลกับทีมผู้ดูแลและครอบครัว และการเขียนแผนดูแลด้วยตนเอง จากการศึกษาการวางแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้าของอิหร่านที่ อิสรียีน⁽¹⁵⁾ ได้ศึกษาเส้นทางการเขียนสมุดเบาใจ ในกลุ่มผู้ใช้สมุดเบาใจด้วยตนเอง ผู้ดูแลทำสมุดเบาใจให้กับคนในครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพชวนผู้ป่วยเขียนสมุดเบาใจ โดยมีข้อค้นพบว่า บุคลากรด้านสุขภาพที่ใช้สมุดเบาใจกับผู้ป่วยมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกเป็นบุคลากรในโรงพยาบาล ได้แก่ พยาบาล แพทย์ และเจ้าหน้าที่คลินิกเบาใจ และกลุ่มที่สองคืออาสาสมัครในชุมชนและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทั้งนี้การใช้สมุดเบาใจของกลุ่มที่สองให้ความสำคัญกับกระบวนการ ที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ใคร่ครวญให้เห็นถึงคุณค่าของชีวิต ทำความเข้าใจเรื่องความตาย รวมถึงการเข้าใจหลักการของการวางแผนสุขภาพล่วงหน้า สำหรับงานวิจัยนี้ การนำเขียนสมุดเบาใจของผู้ดูแลที่ได้ผ่านการอบรมการนำสมุดเบาใจให้ความสำคัญกับกระบวนการเช่นเดียวกัน โดยกระบวนการเริ่มต้นการเขียนเพื่อช่วยให้กลุ่มผ่อนคลาย และใช้กิจกรรม “เกมไฟ-ไฮชีวิต” เพื่อนำผู้ใช้สมุดเบาใจร่วมใคร่ครวญตนเอง และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่มผ่านประเด็น เช่น การยื้อชีวิต การเตรียมงานศพ การวางแผนดูแลระยะท้าย การสำรวจความต้องการในช่วงสุดท้ายของชีวิต เป็นต้น กิจกรรมนี้เป็นเหมือนการเตรียมความพร้อมและพัฒนาทัศนคติของผู้เขียนสมุดเบาใจ ซึ่งช่วยให้การเขียนสมุดเบาใจเป็นไปอย่างราบรื่น อย่างไรก็ตาม ข้อแตกต่างจากงานศึกษาของอิหร่านที่ อิสรียีน คือ กระบวนการนำเขียนสมุดเบาใจเป็น “กระบวนการกลุ่ม” ไม่ใช่การนำเขียนสมุดเบาใจแบบหนึ่งต่อหนึ่ง และจากข้อสังเกตพบว่า กระบวนการกลุ่มช่วยให้ผู้ใช้สมุดเบาใจเห็นความหลากหลายของคำตอบ รับฟังมุมมองที่แตกต่างกันในแต่ละประเด็น และพลังกลุ่มช่วยเสริมพลังให้ผู้ใช้สมุดเบาใจพูดในหัวข้อที่ละเอียดอ่อนอย่างการเตรียมตัวตายได้ง่ายมากขึ้น กล่าวได้ว่า

การส่งเสริมการใช้สมุดเบาใจผ่านกิจกรรมกลุ่มเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง และมีประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนการวางแผนสุขภาพล่วงหน้าในชุมชน

3. ปัญหาการใช้สมุดเบาใจในชุมชน

ข้อจำกัดการใช้สมุดเบาใจสำหรับการวางแผนสุขภาพล่วงหน้าในชุมชนมี 3 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ (1) คนใกล้ชิดหรือสมาชิกครอบครัวไม่พร้อมรับฟังความต้องการของผู้เขียนสมุดเบาใจ (2) ผู้เขียนสมุดเบาใจไม่นำสมุดเบาใจไปสื่อสารกับครอบครัว และ (3) ไม่มีการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ สำหรับสองประเด็นแรกความจริงแล้วมีความเชื่อมโยงกับวัฒนธรรมชุมชนของสังคมไทยที่เชื่อว่าไม่ควรพูดเรื่องความตาย⁽¹⁶⁾ กล่าวคือ เมื่อผู้เขียนสมุดเบาใจซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงนำสมุดเบาใจไปคุยกับครอบครัว พบว่าคนใกล้ชิดหรือครอบครัวปฏิเสธการรับฟัง เพราะเห็นว่าไม่ควรพูดเรื่องความตาย ด้วยเหตุนี้ผู้เขียนสมุดเบาใจที่ไม่ใช่ผู้ป่วยจึงตัดสินใจเก็บสมุดไว้กับตัวเองและไม่สื่อสารกับครอบครัว ข้อเสนอแนะจากข้อค้นพบคือ การให้ความรู้กับชุมชนเกี่ยวกับ APC และการใช้สมุดเบาใจ เนื่องจากผู้เขียนสมุดเบาใจเพียงลำพังแล้ว ผู้เขียนสมุดเบาใจไม่สามารถสื่อสารความต้องการเรื่องการวางแผนสุขภาพล่วงหน้าของตนเองกับครอบครัวหรือคนใกล้ชิดได้ ดังนั้นการสื่อสารระดับชุมชนในช่วงนี้จึงควรเป็นการเผยแพร่ความรู้จากบุคลากรสุขภาพ เพื่อสร้างความเข้าใจในชุมชน เช่น จัดเผยแพร่ร่วมกับวันสำคัญต่างๆ ของชุมชน การเผยแพร่ที่หน่วยบริการสุขภาพ วัด โรงเรียนโดยเน้นประเด็นเชิงบวก เช่น “ครอบครัวเบาใจ” หรือ “ชุมชนเบาใจ” รวมถึงการพัฒนาทีมติดตาม ที่ประกอบด้วยผู้นำเขียนสมุดเบาใจ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชนที่เกี่ยวข้องลงพื้นที่สื่อสารให้สมาชิกครอบครัวและประชาชนในชุมชนเห็นความสำคัญการวางแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้า

สำหรับประเด็นที่สาม ปัจจุบันยังไม่มีระบบฐานข้อมูลเฉพาะสำหรับการบันทึกข้อมูลผู้ใช้สมุดเบาใจในชุมชน ด้วยเหตุนี้ส่งผลต่อการติดตามผล การประสานงานหรือเชื่อมโยงข้อมูลสำคัญระหว่างหน่วยบริการสุขภาพมีข้อจำกัด และมีการปฏิบัติงานที่ซ้ำซ้อนระหว่างหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะ

1. การให้ความรู้เรื่องการวางแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้าเพิ่มเติมในระบบบริการสุขภาพ เช่น ทุกแผนกในโรงพยาบาล รู้จัก ACP

2. การเชื่อมโยงการทำงานและทำความเข้าใจในภารกิจของแต่ละภาคส่วนร่วมกันในประเด็นสมุดเบาใจ และ ACP ของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ รวมถึงหน่วยราชการท้องถิ่น ภาคประชาสังคม และผู้รับผลประโยชน์

3. การพัฒนาบุคลากรเพิ่มเติมเพื่อสื่อสารเกี่ยวกับการวางแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้า

4. การพัฒนาระบบฐานข้อมูล ACP ที่สามารถเรียกข้อมูลสำคัญได้ทันทีในระบบออนไลน์

งานวิจัยของปองพล วรปาณี และคณะ เสนอว่า หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในอนาคตของประเทศไทย จะพัฒนาความเป็นเลิศ 7 องค์ประกอบหลัก⁽¹⁷⁾ รวมถึงสารสนเทศด้านสุขภาพเป็นเลิศ ซึ่งข้อเสนอของการวิจัยนี้ เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบฐานข้อมูลดิจิทัลด้วยเช่นกัน กล่าวคือเป็น “ฐานข้อมูลการวางแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้า” ที่สามารถใช้เชื่อมโยงและประสานงานระหว่างหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการบันทึกข้อมูลการวางแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้า ซึ่งเป็นสิทธิของบุคคลไว้ในข้อมูลบัตรประชาชน เพื่อสามารถตรวจเช็คและเข้าถึงได้จากทุกหน่วยบริการระบบสุขภาพของประเทศไทย

สรุป

“สมุดเบาใจ” เป็นหนึ่งในเครื่องมือที่ช่วยทบทวนวางแผนชีวิต และสื่อสารเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่วงสุดท้ายของชีวิต และมีผลตามกฎหมายตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 รวมถึงสอดคล้องกับมาตรฐานการวางแผนสุขภาพล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย การส่งเสริมการใช้สมุดเบาใจให้ประชาชนจึงมีความสำคัญ การใช้สมุดเบาใจสำหรับการส่งเสริมการวางแผนสุขภาพล่วงหน้าในชุมชนมีข้อแตกต่างจากการใช้ในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้เขียนสมุดเบาใจในชุมชนมีทั้งผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ หรือประชาชนทั่วไป ดังนั้น ประสิทธิภาพของการใช้สมุดเบาใจในชุมชนจึงเกี่ยวข้องกับ (1) สมรรถนะผู้นำเขียนสมุดเบาใจ (2) กระบวนการนำเขียนสมุดเบาใจ (3) การติดตาม

ผลอย่างต่อเนื่องของผู้นำเขียนสมุดเบาใจและเจ้าหน้าที่สุขภาพปฐมภูมิ (4) การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ และ (5) การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชนร่วมประชาสัมพันธ์ และร่วมสร้างความเชื่อหรือคุณค่าใหม่ในชุมชนว่า การพูดคุยเรื่องการเตรียมตัวตายเป็นเรื่องปกติและเป็นสิ่งสำคัญ นอกจากนี้ในระบบสุขภาพควรส่งเสริมความรู้และทักษะด้านการวางแผนสุขภาพล่วงหน้าให้กับบุคลากรด้านสุขภาพทุกระดับเพื่อเป็นกำลังหนุนเสริม และเชื่อมโยงกับการทำงานของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่ขับเคลื่อนการใช้สมุดเบาใจในชุมชน

ข้อค้นพบของการวิจัยนี้เป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยหนุนเสริมการขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมการวางแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้าของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่ระบุไว้ในเวทีเสวนา “พัฒนาระบบการดูแลล่วงหน้าและการดูแลระยะท้ายแบบองค์รวมอย่างไรให้สุขภาพปลายทาง⁽¹⁸⁾” ได้ระบุถึงความสำคัญของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าหรือ advance care plan (ACP) ว่าจะเป็นการเลือกสำคัญของคนไทยทุกคนในการเลือกแนวทางการรักษาตัวเองอย่างที่ต้องการ และกระทรวงสาธารณสุขได้นำการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเข้าสู่ชุมชนต่างๆ ทั่วประเทศ โดยกำหนดให้เป็นแผนสำหรับทุกหน่วยบริการสาธารณสุขทั้งหมดต้องดำเนินงานเพื่อให้เกิดการพัฒนาการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองตามเป้าหมายที่ 3 แนวทางการพัฒนาที่ยั่งยืน⁽¹⁹⁾ ของการสร้างหลักประกันว่าทุกคนมีสุขภาพดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนทุกช่วงวัย อย่างไรก็ตาม เนื่องด้วยงานวิจัยนี้มุ่งศึกษาในกลุ่มผู้เขียนสมุดเบาใจ ผู้นำใช้สมุดเบาใจ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ศูนย์แพทย์ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มญาติหรือครอบครัวของผู้เขียนสมุดเบาใจ ดังนั้น ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปคือการศึกษามุมมองและทำที่คนในครอบครัวต่อสมุดเบาใจเพื่อช่วยเติมเต็มการวิจัยให้สมบูรณ์มากขึ้น และนำข้อค้นพบมาใช้กำหนดแนวทางการสื่อสารและสร้างความตระหนักถึงการวางแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้าให้สมาชิกชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินการตามนโยบายสถานชีวาภิบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 13 เม.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: https://phdb.moph.go.th/main/upload/web_news_files/c8214x94sx4ogookg8.pdf
2. Peaceful Death. สมุดเบาใจ เพื่อการวางแผนสุขภาพล่วงหน้า. กรุงเทพมหานคร. สามลดา; 2566.
3. คณะทำงานจัดทำแนวทางการวางแผนสุขภาพล่วงหน้า. มาตรฐานการวางแผนสุขภาพล่วงหน้าในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 1 ส.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/ACP_Pages.pdf
4. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชนกรรณา. พื้นที่ปฏิบัติการชุมชนกรรณาของประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 25 ส.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://coco.foundationthailand.org/coco-areas/>
5. Kirkpatrick DL, Kirkpatrick JD. Evaluating training programs. 3rd ed. San Francisco, CA: Berett-Koehler; 2005.
6. Creswell JW. Educational research planning, conduction, and evaluating quantitative and qualitative research. 4th ed. Boston, MA: Pearson; 2012.
7. Doyle L, Brady AM, Byrne G. An overview of mixed methods research. Journal of Research in Nursing, 2009;14:175-185.
8. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. London: John Weather Hill; 1973
9. สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 15. กรุงเทพมหานคร. สามลดา; 2555.
10. Greene JC, Caracelli VJ, Graham WF. Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs. Educational Evaluation and Policy Analysis 1989;11(3):255-74.
11. เพ็ญศรี จาบประไพ, บุญสืบ โสโสม, สุนันทา เตโช. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง: การดูแลแบบไร้รอยต่อเครือข่าย โรงพยาบาลพุทธบาท. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564;30(6):1101-11.
12. กชพร เชื้อนธนะ, จินตนา แสงจันทร์, รมีดา เขาวเขต, ภักพรล ดุรงค์, จุฑามาศ ชาวล้าน. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้านโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562;28(2):273-79.
13. วรัญญา จิตรบรรทัด, มิ่งขวัญ เกตุกำพล. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม 2565;9(10):155-70.
14. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. มาตรฐานการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 19 เม.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/ประกาศ-ACP.pdf
15. ถิรพันธ์ ถิรสิริสิน. การศึกษาประสบการณ์ใช้สมุดเบาใจของผู้ใช้งานด้วยตนเอง ผู้ดูแลผู้ป่วย และบุคลากรสุขภาพ. วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย 2565;1(2):34-45.
16. Kanjanopas T, Thanapluetiwigong S. advance care planning in older adults. Rama Med J [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 25];47(4):46-60. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ramajournal/article/view/269209>
17. ปองพล วรปาณี, อีรยา วรปาณี, ยุทธนา แยกคาย. การพัฒนารูปแบบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชั้นนำของประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2566;32(1):186-94.
18. ภาวิณี เอี่ยมจันทร์. พัฒนาระบบการดูแลล่วงหน้า และการดูแลระยะท้ายแบบองค์รวมอย่างไรให้สูญปลายทาง [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 6 ส.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://main.healthstation.in.th/news/show/354>
19. United Nations. The 17 sustainable development goals [Internet]. 2015 [cited 2023 Apr 16]. Available from: <https://sdgs.un.org/goals>

The Study of Using Baojai Book for Advance Care Planning in Communities

Direk Chaichan¹, Sukhon Chaichana², Khunnapha Spaphan²

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

²*Phatong Healthcare Service Center, Songkhla Province, Thailand*

Abstract

“Baojai book” is a form of a living will and a tool for advance care planning (ACP) in healthcare decision-making at the end of life. In general, writing ACP is a collaborative effort involving nurses, palliative care patients, and their families within the hospital. However, implementing ACP for non-patients in the community remains a relatively new approach. The objective of this article was to explore the use of Baojai book for promoting ACP in communities based on the mixed methodology and Kirkpatrick’s model of evaluation. Initially, quantitative data were collected through a questionnaire administered to one hundred Baojai book writers and seven community facilitators. Subsequently, qualitative data were gathered from a focus group discussion involving eleven Baojai book writers. Additionally, we conducted in-depth interviews of three community facilitators, three healthcare staff members from primary care units (PCUs) and community medical units (CMUs), as well as three palliative care staff members from Hat Yai Hospital. The findings revealed that the successful use of Baojai books for advance care planning in the community relied on the cooperation of Baojai book writers, community facilitators, and healthcare staff from PCUs, CMUs, and hospitals. In addition, it also depended on the performance of facilitators, their process of facilitating the Baojai book writing, monitoring and evaluation, database development, and the integration of databases among healthcare service units. Thus, it is crucial to promote partnership among the care network, which includes individuals, families, communities, and healthcare service units.

Keywords: Baojai book; advance care planning; living will; palliative care; compassionate communities

นวัตกรรมการใช้อัตลักษณ์ทุนทางศิลปวัฒนธรรม เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ กรณีศึกษาจังหวัดบุรีรัมย์

สรเพชร เพียรจัด

หน่วยจัดการร่วม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จังหวัดบุรีรัมย์

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษานวัตกรรมการใช้อัตลักษณ์ทุนทางศิลปวัฒนธรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ กรณีศึกษาจังหวัดบุรีรัมย์ กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถาม ในพื้นที่ 23 อำเภอ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ประชาชนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และประชาชน รวม 900 คน ผลการวิจัยพบว่า นวัตกรรมจากทุนศิลปวัฒนธรรม 5 ด้าน ได้แก่ การใช้ดนตรีพื้นบ้านในการออกกำลังกาย (ร้อยละ 35.6) การประยุกต์พิธีกรรมทางศาสนาเพื่อลด ละ เลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 28.4) การใช้ศิลปะการแสดงพื้นบ้านในการให้ความรู้ด้านสุขภาพ (ร้อยละ 18.2) การใช้อาหารพื้นบ้านเพื่อส่งเสริมโภชนาการ (ร้อยละ 12.5) การใช้ภูมิปัญญาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพ (ร้อยละ 5.3) ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผน (ร้อยละ 78.3) การดำเนินงาน (ร้อยละ 92.1) การติดตามประเมินผล (ร้อยละ 65.7) ความพึงพอใจต่อกระบวนการมีส่วนร่วมในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.25) ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ พบว่า การออกกำลังกายสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นร้อยละ 87.62 การลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานบุญประเพณีร้อยละ 30 การรับประทานอาหารพื้นบ้านเพิ่มขึ้นร้อยละ 45.8 เกิดความภาคภูมิใจในวัฒนธรรมท้องถิ่น (ร้อยละ 92.5) ความสัมพันธ์ในชุมชนแน่นแฟ้นขึ้น (ร้อยละ 88.3) ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญคือ ความเข้มแข็งของผู้นำชุมชน (ร้อยละ 89.7) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (ร้อยละ 85.2) การสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ (ร้อยละ 78.9) ความท้าทายหลักคือ การปรับเปลี่ยนทัศนคติของคนรุ่นใหม่ต่อศิลปวัฒนธรรมท้องถิ่น (ร้อยละ 62.3) การวิจัยนี้ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการส่งเสริมการใช้ศิลปวัฒนธรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และแนวทางการพัฒนาโครงการในอนาคต

คำสำคัญ: นวัตกรรม; ศิลปวัฒนธรรม; การสร้างเสริมสุขภาพ; การมีส่วนร่วมของชุมชน; จังหวัดบุรีรัมย์

วันรับ: 17 ต.ค. 2567

วันแก้ไข: 20 พ.ย. 2567

วันตอบรับ: 24 พ.ย. 2567

บทนำ

ศิลปวัฒนธรรมเป็นรากฐานสำคัญของสังคมไทย สะท้อนถึงวิถีชีวิต ความเชื่อ และภูมิปัญญาที่สั่งสมมายาวนาน ในขณะเดียวกัน การสร้างเสริมสุขภาพก็เป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

จังหวัดบุรีรัมย์ซึ่งมีประชากรกว่า 1.59 ล้านคน มีความหลากหลายทางศิลปวัฒนธรรมและมรดกทางภูมิปัญญาที่โดดเด่น⁽¹⁾ ในขณะเดียวกันก็เผชิญกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญ เช่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และปัญหาสุขภาพจิต⁽²⁾

จังหวัดบุรีรัมย์มีประวัติศาสตร์อันยาวนาน เป็นที่ตั้งของอารยธรรมขอมโบราณ มีโบราณสถานสำคัญ เช่น กลุ่มเทวสถานปราสาทพนมรุ้ง ปราสาทเมืองต่ำ และปราสาทปลายบัด ซึ่งได้รับการขึ้นบัญชีรายชื่อเบื้องต้น (tentative list) เพื่อเข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการมรดกโลกเป็นมรดกโลกจาก UNESCO⁽³⁾ นอกจากนี้ยังมีศิลปวัฒนธรรมที่หลากหลาย ทั้งด้านดนตรี การแสดง หัตถกรรม และอาหารพื้นบ้าน ซึ่งสะท้อนถึงอัตลักษณ์และภูมิปัญญาของท้องถิ่น

อย่างไรก็ตาม จากรายงานสถานการณ์สุขภาพจังหวัดบุรีรัมย์ ปี พ.ศ. 2565 พบว่า ประชาชนยังเผชิญกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานร้อยละ 8.2 และโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 24.5 ของประชากร การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าร้อยละ 31.7 ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา และปัญหาสุขภาพจิต พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 6.8 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ⁽⁴⁾

การบูรณาการศิลปวัฒนธรรมเข้ากับการสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นแนวทางที่น่าสนใจในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพและอนุรักษ์วัฒนธรรมท้องถิ่นไปพร้อมกัน สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก⁽⁵⁾ ที่เสนอว่าการใช้วัฒนธรรมเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมสุขภาพสามารถเพิ่มประสิทธิภาพและความยั่งยืนของโครงการสุขภาพได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงวัฒนธรรม⁽⁶⁾ ที่ส่งเสริมการใช้มิติทางวัฒนธรรมในการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ

ในระดับจังหวัดบุรีรัมย์ได้มีการริเริ่มโครงการนำร่องในการใช้ศิลปวัฒนธรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ เช่น โครงการ “รำไตรด ลดโรค” ที่ใช้การรำพื้นบ้านในการส่งเสริมการออกกำลังกาย และโครงการ “สวดมนต์ข้ามปี เปลี่ยนชีวิต” ที่ใช้พิธีกรรมทางศาสนาในการลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเทศกาลปีใหม่⁽⁷⁾ อย่างไรก็ตาม การศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับผลกระทบและกระบวนการดำเนินงานของโครงการเหล่านี้ยังมีจำกัด

ด้วยเหตุนี้ การวิจัยเรื่องนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการศึกษานวัตกรรมเชิงกระบวนการ และผลลัพธ์ของการใช้ศิลปวัฒนธรรมในการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งจะนำไปสู่

การพัฒนานโยบายและแนวทางการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองต่อบริบทและความต้องการของชุมชนในจังหวัดบุรีรัมย์ได้อย่างแท้จริง อีกทั้งยังเป็นต้นแบบในการบูรณาการศิลปวัฒนธรรมกับการสร้างเสริมสุขภาพให้กับพื้นที่อื่นๆ ในประเทศไทยต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research) โดยบูรณาการวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกซึ้ง สามารถตอบคำถามการวิจัยได้อย่างครบถ้วน

รูปแบบการวิจัย ใช้แบบแผนการวิจัยแบบ convergent parallel design โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพไปพร้อมกัน แล้วนำผลมาวิเคราะห์ร่วมกันในขั้นตอนสุดท้าย

กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่วิจัย ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ประชาชนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคลากรด้านวัฒนธรรม และประชาชนในพื้นที่ รวม 900 คน โดยดำเนินการใน 23 อำเภอของจังหวัดบุรีรัมย์ที่มีความหลากหลายทางภูมิสังคมและวัฒนธรรม

นวัตกรรมการขับเคลื่อนศิลปวัฒนธรรมเพื่อสุขภาพทั้ง 5 ด้าน แต่ละด้านมีจุดเด่นดังนี้

1. การใช้ดนตรีพื้นบ้านในการออกกำลังกาย เป็นการผสมผสานวัฒนธรรมท้องถิ่นเข้ากับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างกลมกลืน ช่วยเพิ่มแรงจูงใจและความสนุกสนานในการออกกำลังกาย ทำให้ผู้เข้าร่วมมีสุขภาพดีขึ้นทั้งร่างกายและจิตใจ อีกทั้งยังเป็นการอนุรักษ์และสืบสานดนตรีพื้นบ้านไปในตัว
2. การประยุกต์พิธีกรรมทางศาสนาเพื่อลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นการนำความเชื่อและศรัทธาทางศาสนามาเป็นเครื่องมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะการลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานบุญประเพณี
3. การใช้ศิลปะการแสดงพื้นบ้านในการให้ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นการประยุกต์ใช้ศิลปะการแสดงพื้นบ้านในการสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งช่วยให้เนื้อหาที่น่าสนใจ เข้าใจง่าย และเข้าถึงคนในชุมชนได้ดี อีกทั้งยังเป็นการสืบสานศิลปวัฒนธรรมท้องถิ่น

4. การใช้อาหารพื้นบ้านเพื่อส่งเสริมโภชนาการ เป็นการนำภูมิปัญญาด้านอาหารท้องถิ่นมาส่งเสริม การบริโภคที่ดีต่อสุขภาพ โดยอาหารพื้นบ้านมักทำจาก วัตถุดิบในท้องถิ่น ปรุงแต่งน้อย มีคุณค่าทางโภชนาการสูง ซึ่งช่วยให้ประชาชนได้รับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ มากขึ้น ขณะเดียวกันก็เป็นการรักษาวัฒนธรรมอาหาร ให้คงอยู่

5. การใช้ภูมิปัญญาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพ เป็นการนำความรู้ด้านสมุนไพรท้องถิ่นมาใช้ในการส่งเสริม สุขภาพและการรักษาโรค ซึ่งเป็นภูมิปัญญาที่สั่งสมกันมา ยาวนานมีความปลอดภัยใช้วัตถุดิบในท้องถิ่นและสอดคล้อง กับวิถีชีวิตของชุมชน นอกจากนี้จะช่วยดูแลสุขภาพแล้วยังเป็นการอนุรักษ์และสืบทอดองค์ความรู้ท้องถิ่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม สํารวจความคิดเห็น พฤติกรรม สุขภาพ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางวัฒนธรรม
2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ใช้ในการสัมภาษณ์ เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ
3. แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มใช้ในการ ดำเนินการสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน
4. แบบสังเกตการณ์ ใช้ในการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ในกิจกรรมทางวัฒนธรรมและสุขภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การสำรวจเชิงปริมาณ โดยการแจกแบบสอบถาม แก่กลุ่มตัวอย่างทั้ง 900 คน
2. การสัมภาษณ์เชิงลึก สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 40 คน
3. การสนทนากลุ่ม จัดกิจกรรมแบบรวมกลุ่มจำนวน 16 กลุ่ม กลุ่มละ 8-10 คน ในพื้นที่วิจัย 23 อำเภอ
4. การสังเกตแบบมีส่วนร่วม ใช้การสังเกตกิจกรรม ทางวัฒนธรรมและสุขภาพ อย่างน้อย 20 ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน เช่น ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และการวิเคราะห์แบบอุปนัย (inductive analysis)

3. การวิเคราะห์แบบผสมผสาน ใช้เทคนิค triangulation เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. ความตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้การตรวจสอบโดย ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน
 2. ความเชื่อมั่น ทำการทดสอบแบบสอบถามกับ กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 คน และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค
- #### แผนการดำเนินงานวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้
1. ระยะเตรียมการ (3 เดือน) ทบทวนวรรณกรรม พัฒนาเครื่องมือวิจัย และเตรียมความพร้อมในพื้นที่
 2. ระยะดำเนินการ (12 เดือน) เก็บข้อมูลภาคสนาม ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ
 3. ระยะวิเคราะห์และสรุปผล (3 เดือน) วิเคราะห์ ข้อมูล สรุปผล และจัดทำรายงานการวิจัย

ผลการศึกษา

1. นวัตกรรมและกระบวนการขับเคลื่อนศิลป-วัฒนธรรมเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพในจังหวัดบุรีรัมย์

การขับเคลื่อนศิลปวัฒนธรรมเพื่อการเสริมสร้าง-สุขภาพในจังหวัดบุรีรัมย์มีนวัตกรรมที่หลากหลายและ น่าสนใจ โดยใช้กระบวนการการคัดเลือกอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มจากการประเมินความเหมาะสมทางวัฒนธรรม ซึ่งมีการสำรวจศิลปวัฒนธรรมที่มีอยู่ในชุมชน พิจารณา ความสอดคล้องกับวิถีชีวิต ประเมินการยอมรับของชุมชน และตรวจสอบความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้ นอกจากนี้ ยังมีการประเมินศักยภาพด้านสุขภาพ โดยวิเคราะห์ประโยชน์ ต่อสุขภาพกายและจิต พิจารณาความปลอดภัยในการปฏิบัติ ประเมินความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และตรวจสอบ ความยั่งยืนของการดำเนินงาน

นวัตกรรมที่ได้รับความนิยมมากที่สุดคือการใช้ดนตรี พื้นบ้านในการออกกำลังกาย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 35.6 ของ กิจกรรมทั้งหมด โดยสามารถสร้างความสนุกสนานและ แรงจูงใจให้ผู้คนมาร่วมออกกำลังกายมากขึ้น วิธีการนี้ มีความเข้าถึงง่ายและเหมาะสมกับทุกเพศทุกวัย อีกทั้งยัง ช่วยส่งเสริมให้เกิดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เป็นการสืบสาน

ดนตรีและการละเล่นพื้นบ้านให้คงอยู่ และสามารถปรับประยุกต์ได้หลากหลายรูปแบบตามความเหมาะสมของแต่ละท้องถิ่น ตัวอย่างที่โดดเด่นคือโครงการ “เรื่อมอันเรประยุกต์” ในอำเภอเฉลิมพระเกียรติที่ประยุกต์ศิลปะการแสดงพื้นบ้านมาเป็นกิจกรรมออกกำลังกาย ผู้เข้าร่วมโครงการรายงานว่ารู้สึกสนุกสนานและมีสุขภาพดีขึ้น ทั้งร่างกายและจิตใจ

นวัตกรรมที่ได้รับความนิยมรองลงมาคือการประยุกต์พิธีกรรมทางศาสนาเพื่อลด ละ เลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 28.4 เป็นการให้ความเชื่อและศรัทธาเป็นแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ก่อให้เกิดแรงกดดันทางสังคมเชิงบวก ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในชุมชน เสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีในครอบครัว และช่วยลดปัญหาสังคมที่เกิดจากการดื่มสุรา กรณีศึกษาที่น่าสนใจคือโครงการ “บุญปลอดเหล้า” ในอำเภอนางรอง ที่ใช้พิธีกรรมทางพุทธศาสนาในการรณรงค์งดเหล้าในงานบุญ ผลการดำเนินงานพบว่าสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านแอลกอฮอล์ในงานบุญได้ถึงร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา

นอกจากนี้ ยังมีนวัตกรรมศิลปะการแสดงพื้นบ้านในการให้ความรู้ด้านสุขภาพ (ร้อยละ 18.2) ซึ่งช่วยให้การสื่อสารความรู้เป็นไปอย่างสนุกสนานและน่าสนใจ สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ทุกระดับ สร้างการจดจำผ่านอารมณ์ร่วม เป็นการอนุรักษ์ศิลปะการแสดงพื้นบ้าน และยังช่วยสร้างรายได้ให้แก่ศิลปินท้องถิ่น นวัตกรรมอาหารพื้นบ้านเพื่อส่งเสริมโภชนาการ (ร้อยละ 12.5) เป็นการส่งเสริมการบริโภคอาหารพื้นบ้านเป็นการใช้วัตถุดิบในท้องถิ่นที่หาได้ง่าย ซึ่งมีคุณค่าทางโภชนาการสูง เป็นการสืบสานภูมิปัญญาด้านอาหารของบรรพบุรุษ ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในครัวเรือน และยังเป็นส่งเสริมเศรษฐกิจชุมชนอีกทางหนึ่ง และ นวัตกรรมภูมิปัญญาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพ (ร้อยละ 5.3) โดยนำภูมิปัญญาด้านสมุนไพรมาใช้ในการดูแลสุขภาพเป็นการพึ่งพาทรัพยากรในท้องถิ่นมีความปลอดภัยและผลข้างเคียงต่ำ ช่วยสืบทอดองค์ความรู้ดั้งเดิมของชุมชน ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และสร้างความภาคภูมิใจในภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งแต่ละนวัตกรรมล้วนมีเอกลักษณ์และประสิทธิผลในการส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกันไป

2. กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการใช้ศิลปวัฒนธรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ

การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นหัวใจสำคัญของการขับเคลื่อนงานศิลปวัฒนธรรมเพื่อสุขภาพในจังหวัดบุรีรัมย์ ผลการวิจัยพบว่าชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขั้นตอนการดำเนินงาน ซึ่งมีสัดส่วนการมีส่วนร่วมสูงถึงร้อยละ 92.1 รองลงมาคือการมีส่วนร่วมในการวางแผน (ร้อยละ 78.3) และการติดตามประเมินผล (ร้อยละ 65.7) ตามลำดับ

ในส่วนของภาคีเครือข่าย พบว่ามีการมีส่วนร่วมที่หลากหลายและครอบคลุม โดยภาคประชาสังคมมีบทบาทมากที่สุดในการร่วมดำเนินกิจกรรมและเชื่อมโยงเครือข่าย คิดเป็นร้อยละ 93.7 ตามมาด้วยภาครัฐที่ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณและบุคลากร (ร้อยละ 85.6) สถาบันการศึกษาที่ให้คำปรึกษาทางวิชาการ (ร้อยละ 71.2) และภาคเอกชนที่สนับสนุนทรัพยากรและการประชาสัมพันธ์ (ร้อยละ 62.4)

ปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมคือความเข้มแข็งของผู้นำชุมชน โดยร้อยละ 89.7 ของผู้ให้ข้อมูลระบุว่า เป็นปัจจัยสำคัญที่สุด นอกจากนี้ การเห็นคุณค่าของศิลปวัฒนธรรมท้องถิ่น (ร้อยละ 85.2) และความตระหนักในปัญหาสุขภาพของชุมชน (ร้อยละ 82.6) ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วม

อย่างไรก็ตาม ยังมีอุปสรรคบางประการต่อการมีส่วนร่วม โดยเฉพาะข้อจำกัดด้านเวลาของประชาชน (ร้อยละ 68.3) และการขาดความรู้ความเข้าใจในการบูรณาการวัฒนธรรมกับสุขภาพ (ร้อยละ 57.9) ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องหาแนวทางแก้ไขต่อไป

3. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและปัจจัยความสำเร็จที่เกิดจากการขับเคลื่อนศิลปวัฒนธรรมเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพในจังหวัดบุรีรัมย์

การขับเคลื่อนศิลปวัฒนธรรมเพื่อสุขภาพในจังหวัดบุรีรัมย์ส่งผลดีต่อสุขภาพของประชาชนในหลายมิติ ในด้านสุขภาพกาย พบว่าการออกกำลังกายสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จากเดิมร้อยละ 45.3 เป็นร้อยละ 87.62 นอกจากนี้ การบริโภคผักและผลไม้ก็เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 38.7 เป็นร้อยละ 76.5 ในขณะที่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงจากร้อยละ 31.7 เหลือเพียงร้อยละ 22.2

ในด้านสุขภาพจิต ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าระดับความเครียดของประชาชนลดลงอย่างชัดเจน จากค่าเฉลี่ย 3.8 เหลือเพียง 2.3 (จากคะแนนเต็ม 5) นอกจากนี้ ยังพบว่าความภาคภูมิใจในวัฒนธรรมท้องถิ่นเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68.9 เป็นร้อยละ 92.5 ซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาวะทางจิตใจโดยรวม

ในมิติของสุขภาพทางสังคม การขับเคลื่อนศิลปวัฒนธรรมช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ในชุมชนให้แน่นแฟ้นขึ้น โดยร้อยละ 88.3 ของผู้ให้ข้อมูลรายงานว่ามีความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นกับคนในชุมชน อีกทั้งยังพบว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 52.6 เป็นร้อยละ 79.4

ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญในการขับเคลื่อนงานนี้ได้แก่ ความเข้มแข็งของผู้นำชุมชน (ร้อยละ 89.7) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (ร้อยละ 85.2) และการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ (ร้อยละ 78.9) นอกจากนี้ การบูรณาการองค์ความรู้ด้านสุขภาพกับวัฒนธรรมท้องถิ่น (ร้อยละ 76.3) และการสื่อสารประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 72.1) ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ

โดยสรุป ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการขับเคลื่อนศิลปวัฒนธรรมเพื่อสุขภาพในจังหวัดบุรีรัมย์ไม่เพียงแต่ช่วยอนุรักษ์และสืบสานวัฒนธรรมท้องถิ่น แต่ยังส่งผลดีต่อสุขภาพของประชาชนในหลากหลายมิติ ทั้งกาย ใจ และสังคม โดยมีการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานให้ประสบความสำเร็จ

วิจารณ์

นวัตกรรมการใช้อัตลักษณ์ทุนทางศิลปวัฒนธรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ กรณีศึกษาจังหวัดบุรีรัมย์ได้เผยให้เห็นถึงศักยภาพและความท้าทายในการบูรณาการมิติทางวัฒนธรรมเข้ากับการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีประเด็นที่น่าสนใจหลายประการดังนี้

1. นวัตกรรมขับเคลื่อนที่หลากหลาย โดยเฉพาะการใช้ดนตรีพื้นบ้านในการออกกำลังกายได้รับความนิยมสูงสุด (ร้อยละ 35.6) สะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จในการผสมผสานวัฒนธรรมท้องถิ่นเข้ากับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของสมชาย ใจดี และคณะ⁽⁶⁾ ที่พบว่าการใช้ดนตรีพื้นบ้านช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการ

ออกกำลังกาย อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังชี้ให้เห็นว่านวัตกรรมอื่นๆ เช่น การประยุกต์พิธีกรรมทางศาสนา เพื่อลดการดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 28.4) ก็มีประสิทธิผลสูง ซึ่งอาจเป็นแนวทางในการพัฒนาโครงการสุขภาพที่หลากหลายมากขึ้นในอนาคต

2. การมีส่วนร่วมของชุมชน จากการดำเนินโครงการระดับการมีส่วนร่วมที่สูงในขั้นตอนการดำเนินงาน (ร้อยละ 92.1) แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการสร้างการมีส่วนร่วม อย่างไรก็ตาม การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลที่ยังอยู่ในระดับต่ำกว่า (ร้อยละ 65.7) ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมให้ครอบคลุมทุกขั้นตอน สอดคล้องกับแนวคิดของ Arnstein⁽⁹⁾ ที่เสนอว่าการมีส่วนร่วมในระดับสูงจะนำไปสู่ความยั่งยืนของโครงการพัฒนาชุมชน

3. ความแตกต่างระหว่างพื้นที่ จากการศึกษาพบว่าพื้นที่ชนบทมีระดับการมีส่วนร่วมสูงกว่าพื้นที่เมือง (ร้อยละ 87.5 เทียบกับร้อยละ 68.5) เป็นประเด็นที่น่าสนใจ อาจสะท้อนถึงความเข้มแข็งของทุนทางสังคมในชนบทตามแนวคิดของ Putnam⁽¹⁰⁾ อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างนี้อาจเป็นความท้าทายในการพัฒนาโครงการในเขตเมือง ซึ่งอาจต้องมีการปรับรูปแบบการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบทเมืองมากขึ้น

4. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ผลจากการประเมินหลักเสร็จสิ้นโครงการทำให้เห็นแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของการออกกำลังกายสม่ำเสมอ (จากร้อยละ 45.3 เป็น 87.62) และการลดลงของการดื่มแอลกอฮอล์ (จากร้อยละ 31.7 เหลือ 22.2) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการใช้ศิลปวัฒนธรรมในการส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Johnson และคณะ⁽¹¹⁾ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังไม่ได้ติดตามผลในระยะยาว ซึ่งอาจเป็นประเด็นสำหรับการวิจัยในอนาคต

5. ปัจจัยความสำเร็จ การถอดบทเรียนคณะทำงานชุมชน พบว่า ความเข้มแข็งของผู้นำชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่สุด (ร้อยละ 89.7) สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพผู้นำในการขับเคลื่อนโครงการในขณะเดียวกัน การสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ (ร้อยละ 78.9) ก็มีความสำคัญไม่แพ้กัน ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการทำงานร่วมกันระหว่างชุมชนและภาครัฐเป็นกุญแจสำคัญของความสำเร็จ

6. ความท้าทาย พบว่า ยังมีข้อจำกัดด้านเวลาของประชาชน (ร้อยละ 68.3) และการขาดความรู้ในการบูรณาการวัฒนธรรมกับสุขภาพ (ร้อยละ 57.9) ซึ่งเป็นความท้าทายสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไข สอดคล้องกับการศึกษาของสมศักดิ์ ใจเย็น⁽¹²⁾ ที่พบอุปสรรคในการพัฒนาโครงการสุขภาพเชิงนวัตกรรม ซึ่งอาจต้องมีการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเฉพาะทางเพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะในด้านนี้

7. การบูรณาการกับนโยบายสาธารณะ แม้ว่าการศึกษานี้จะแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการใช้ศิลปวัฒนธรรมในการส่งเสริมสุขภาพ แต่ยังคงมีความท้าทายในการผลักดันให้แนวทางนี้เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายสาธารณะในระดับประเทศ ซึ่งอาจต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์และผลกระทบในระยะยาว

โดยสรุป การวิจัยนี้ได้เปิดมุมมองใหม่ในการบูรณาการศิลปวัฒนธรรมกับการส่งเสริมสุขภาพ แสดงให้เห็นถึงศักยภาพและความท้าทาย ซึ่งนำไปสู่ข้อเสนอแนะในการพัฒนาโยบายและแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนไทยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหน่วยจัดการร่วม สสส. จังหวัดบุรีรัมย์ ภายใต้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนัก 6 ขอขอบคุณพื้นที่วิจัย 23 อำเภอของจังหวัดบุรีรัมย์ ขอขอบคุณทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาเข้าร่วมจนทำให้การศึกษานครั้งนี้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติจังหวัดบุรีรัมย์. สถิติประชากรจังหวัดบุรีรัมย์. บุรีรัมย์: สำนักงานสถิติจังหวัดบุรีรัมย์; 2566.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. รายงานประจำปีด้านสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์; 2565.
3. กรมศิลปากร. รายละเอียดแหล่งโบราณสถาน: ปราสาทพนมรุ้ง, ปราสาทเมืองต่ำและปราสาทปลายบัด [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 7 ต.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://worldheritagesite.onep.go.th>
4. วิชัย มั่นคง. การประยุกต์ใช้พิธีกรรมทางศาสนาในการรณรงค์ลดการดื่มแอลกอฮอล์: กรณีศึกษาจังหวัดสุรินทร์. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ 2564;6(7):167-85.
5. World Health Organization. The power of culture in health promotion. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019.
6. Digital M-Culture. ศูนย์ข้อมูลด้านวัฒนธรรม [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 7 ต.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://digital.m-culture.go.th>
7. ศูนย์ข้อมูลข่าวสารจังหวัดบุรีรัมย์. การจัดงานปีใหม่แบบไทยแท้ปลอดภัย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 7 ต.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.facebook.com/photo.php?fbid=2098245426904944&id=757479107648256&set=a.799327503463416>
8. สมชาย ใจดี, วิชา สุขใจ, พรพิมล รักษาสุข. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยดนตรีพื้นบ้านต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2563;12(2):45-8.
9. Putnam RD. Bowling alone: the collapse and revival of American community. New York: Simon and Schuster; 2000.
10. Arnstein SR. A ladder of citizen participation. Journal of the American Institute of planners 1969;35(4):216-24.
11. Johnson A, Smith B, Williams C. Cultural interventions for health promotion: a systematic review. Health Promotion International 2020;35(4):478-89.
12. สมศักดิ์ ใจเย็น. ความท้าทายในการพัฒนาโครงการสุขภาพเชิงนวัตกรรม: การศึกษาเชิงคุณภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2565;16(3):345-60.

Innovation in Utilizing Cultural and Artistic Capital Identity for Health Promotion: a Case Study of Buriram Province

Sanpet Pianjud

ThaiHealth Promotion Foundation Co-Management Center of Buriram Province, Thailand

Abstract

This research aims to study the innovation of utilizing cultural and artistic identity capital for health promotion in Buriram Province, the community participation process, and the resulting health outcomes. The study employed a mixed-methods research methodology, collecting qualitative data through in-depth interviews, focus group discussions, participatory observation, and quantitative data through questionnaires across 23 districts. The sample group consisted of 900 participants, including community leaders, local scholars, public health officials, and citizens. The research findings revealed 5 areas of innovation from cultural and artistic capital: the use of folk music for exercise (35.6%), the application of religious ceremonies to reduce and quit alcohol consumption (28.4%), the use of folk performances for health education (18.2%), the use of local foods for nutritional promotion (12.5%), and the use of herbal wisdom for healthcare (5.3%). Community participation included planning (78.3%), implementation (92.1%), and monitoring and evaluation (65.7%), with high satisfaction in the participation process (mean 4.25). Health outcomes showed that regular exercise increased by 87.62%, alcohol consumption in traditional ceremonies decreased by 30%, consumption of local foods increased by 45.8%, pride in local culture increased (92.5%), and community relationships strengthened (88.3%). Key success factors included strong community leadership (89.7%), participation from all sectors (85.2%), and government support (78.9%). The main challenge was changing young generations' attitudes toward local arts and culture (62.3%). This research provides policy recommendations for promoting the use of arts and culture in health promotion and guidelines for future project development.

Keywords: innovation; arts and culture; health promotion; community participation; buriram province

Addressing Social Isolation and Loneliness in Older Adults in Thailand: Strategies for Effective Health Promotion

Phisitphong Piyapanyamongkhon

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

Abstract

Thailand officially became a complete aged society in 2023, with over 20% of its population aged 60 and older. This demographic shift brings significant public health concerns, particularly regarding social isolation, which has grown notably among the elderly, especially those living alone. Social isolation, closely linked to loneliness, has been associated with various health risks, including high blood pressure, heart disease, dementia, and mental health issues like anxiety and depression. Research indicates that these conditions elevate mortality rates, making social isolation a pressing issue on par with smoking and obesity. The objectives of this article are to explore the profound impacts of social isolation on older adults, delineate the contributing factors that lead to this issue, propose effective strategies and interventions for its mitigation, showcase case studies and best practices, and provide policy recommendations aimed at promoting social connectedness and enhancing the overall well-being of older populations. Contributing factors, such as living arrangements and social support, are explored, alongside strategies to reduce isolation through community programs, technological solutions, and healthcare interventions. Programs that promote social engagement, digital literacy training, and health screenings for at-risk individuals have shown promise in mitigating loneliness and its associated health risks. Policy recommendations highlight the need for a multi-sectoral approach to address this issue. Efforts should focus on reducing stigma, expanding access to community services, and integrating social support into healthcare. Collaboration among government, healthcare providers, and community organizations is crucial to fostering social connections and improving the overall well-being of older adults in Thailand.

Keywords: social isolation; loneliness; aging society; interventions

Received: 2024 Oct 16

Revised: 2024 Nov 26

Accepted: 2024 Nov 29

Introduction

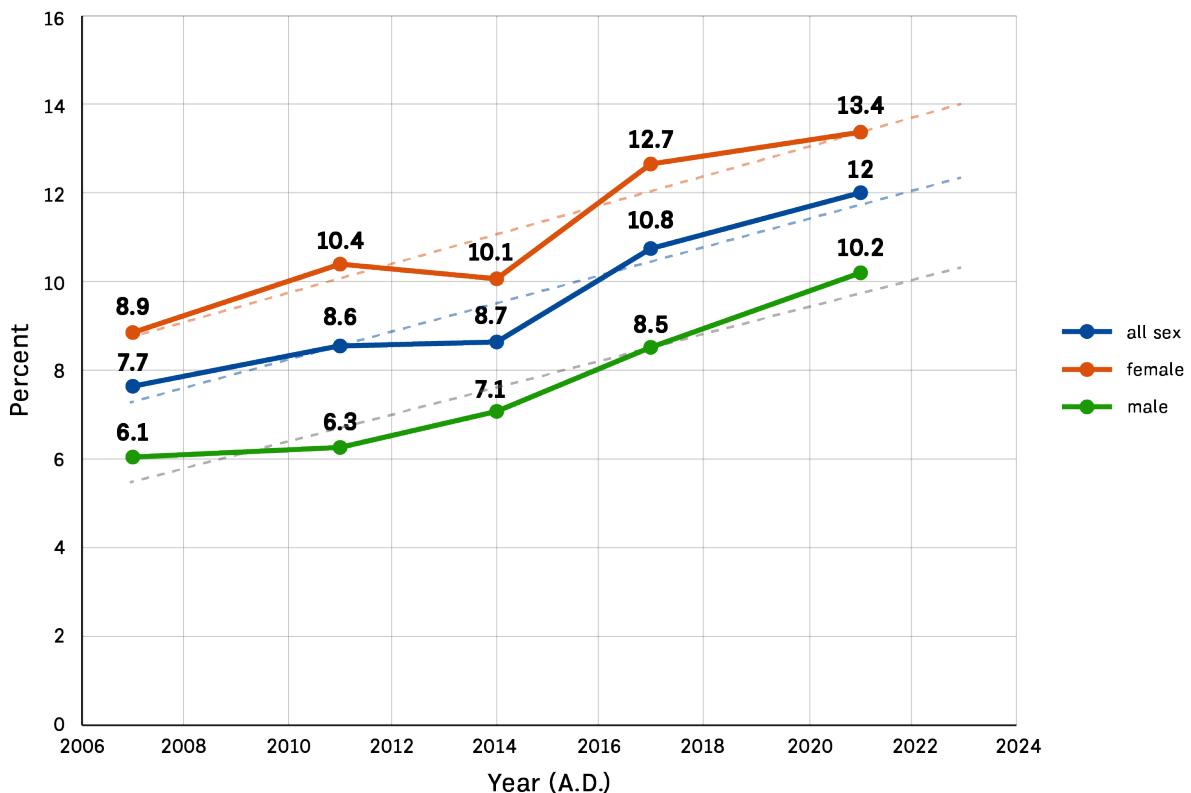
Thailand has been classified as a complete aged society in 2023 since the population aged 60 and older accounted for 20%, while it had been projected to be around 33% in 2024.^(1,2) As the population ages, understanding the potential risks associated with this demographic shift becomes crucial for the future of Thailand’s public health system. One of the health risks that should be addressed in order to prevent the negative impacts is the social isolation problem.

The 2021 survey conducted by the Ministry of Digital Economy and Society in Thailand revealed a significant increase in the number of older adults living alone, quadrupled over the past 30 years. (Figure 1)⁽³⁾ This leads to concern of social isolation

and loneliness among older adults. There is a positive correlation between social isolation and loneliness. Social isolation refers to a state where individuals experience minimal interaction with supportive and close-knit communities, whereas loneliness is the feeling associated with this lack of social connection.^(4,5) A study by Phuangcharoen and Thayansin, published in 2021, found that 96.2% of older adults living alone experienced moderate levels of loneliness, a rate nearly seven times higher than that of older adults living in three-generation family households.⁽⁶⁾

Social isolation has been extensively linked to detrimental impacts on physical health, including an increased risk of conditions such as high blood pressure, heart disease, obesity, and dementia. Concurrently, it significantly

Figure 1 Rising trend of percentage of adult who live alone⁽³⁾



affects mental health, contributing to heightened levels of anxiety and depression. These combined effects have been shown to correlate with premature mortality rates, putting social isolation on par with risk factors like smoking, obesity, and physical inactivity in terms of their impact on life expectancy.^(7,8)

While the importance of addressing social isolation is evident, there is currently a lack of synthesized literature that provides practitioners and policymakers with a comprehensive understanding of the impacts of loneliness and social isolation, as well as effective strategies for mitigating these issues. This gap highlights the need for further research to consolidate evidence-based interventions and facilitate their application in real-world settings.

The objectives of this article are to explore the profound impacts of social isolation on older adults, delineate the contributing factors that lead to this issue, propose effective strategies and interventions for its mitigation, showcase case studies and best practices, and provide policy recommendations aimed at promoting social connectedness and enhancing the overall well-being of older populations.

Impact of Social Isolation on Health

Physical health effects

Social isolation and loneliness significantly increase the risk of various health issues in older adults. Research indicates that loneliness is associated with elevated blood pressure and contributes to obesity, heart disease, and dementia. Approximately 30% of older adults experience these conditions due to social disconnection,

which also correlates with higher mortality rates from cardiovascular diseases.⁽⁹⁻¹⁴⁾

High blood pressure and heart disease

Longitudinal studies have shown that loneliness predicts increases in systolic blood pressure over time, with higher initial levels of loneliness associated with greater increases in blood pressure over a 4-year period. This effect was found to be independent of age, gender, race/ethnicity, cardiovascular risk factors, medications, health conditions, and other psychosocial variables.⁽¹⁵⁾

The mechanisms by which social isolation and loneliness influence blood pressure are not fully understood, but research suggests that these experiences may activate the hypothalamic-pituitary-adrenal axis and the sympathetic nervous system, leading to enhanced inflammation and oxidative stress. Over time, this chronic stress response may contribute to the development of atherosclerosis and increased total peripheral resistance, ultimately resulting in arterial stiffening and elevated systolic blood pressure. Meta-analyses have found loneliness to be associated with exaggerated blood pressure and inflammatory reactivity to acute stress.^(16,7) Social isolation and loneliness have also been linked to higher resting heart rate, unfavorable cholesterol parameters, and dysregulation of neuroendocrine and inflammatory processes.⁽⁷⁾

Moreover, loneliness and social isolation are associated with inflammation and endothelial dysfunction, both of which are critical in the development of atherosclerosis. Inflammatory markers, such as C-reactive protein (CRP), are often elevated in socially isolated individuals, contributing to vascular damage and the progression of heart disease.⁽¹⁸⁾

Dementia

A study involving 5,022 older adults (aged 65 and above) found that socially isolated individuals had a 27% higher risk of developing dementia over a nine-year period compared to those who were not socially isolated.⁽¹⁸⁾ Another study indicated that loneliness is associated with a 40% increased risk of developing dementia in individuals aged 50 and older, after controlling for various risk factors. A meta-analysis also suggested that prolonged loneliness and social isolation could increase dementia risk by 49-60% compared to those without these experiences.⁽¹⁹⁾ Even though the mechanism of development of dementia regarding social isolation is not yet to be solidified, there are some interesting theories to explain its mechanism. First theory is described by alteration in brain structure where loneliness is linked to higher levels of brain amyloid and accumulation of tau protein, which are pathological changes associated with Alzheimer's disease.⁽⁷⁾ Second theory explains through an increase in activity of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis and hypercortisolism by chronic stress, contributing to neuroinflammation and neurodegeneration^(19,20) The other theory is described by reduction of activation and maintenance of brain network that could be enhanced by social interaction and engagement, hence lead to cognitive decline.⁽⁷⁾

Mental health effects

Social isolation is a significant factor contributing to mental health issues, with research showing that around one-third of individuals in industrialized nations report feeling socially isolated. This state is associated with elevated rates of depression and anxiety; for instance, those experiencing severe loneliness are at

a substantially higher risk — up to 42.3 times greater for worsening depression and 22.2 times for increased anxiety symptoms among frequently lonely individuals.^(21,22)

On the other hand, mental health conditions such as depression and anxiety can also lead to social withdrawal and isolation. Depression often manifests as a lack of motivation, diminished energy, and difficulty maintaining social connections, which can reinforce a cycle of loneliness and worsening mental health.⁽²³⁾

The neurobiological mechanisms underlying depression and anxiety related to social isolation are complex. Activation of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis due to social isolation triggers chronic stress responses, which can disrupt neuroendocrine functions. This dysregulation leads to heightened anxiety and depressive symptoms as individuals become hyper-vigilant to perceived threats, resulting in increased hostility and social withdrawal.

Furthermore, social isolation has been linked to inflammatory processes that may worsen mental health conditions. Research indicates that elevated levels of inflammatory markers, such as C-reactive protein, correlate with feelings of loneliness and depression. This inflammation can adversely affect brain function, impairing emotional regulation and potentially leading to cognitive decline and an increased risk of mental health disorders.^(22,24)

Strategies for Reducing Social Isolation

Social isolation has significant implications for both individual and public health. Chronic

isolation is associated with an increased risk of physical and mental health issues as stated above. Additionally, socially isolated individuals are less likely to seek medical care, which exacerbates health conditions. Addressing social isolation not only improves quality of life but also reduces healthcare burdens and strengthens community resilience. Therefore, a concerted effort is necessary to create a healthier, more connected society.

However, managing social isolation requires a collaborative approach, as it cannot be effectively addressed by a single organization alone. A range of strategies needs to be implemented simultaneously by the community, private sector, healthcare providers, and other relevant stakeholders. This section will outline several strategies that could be employed to mitigate this issue.

Community-based interventions

1. Social clubs and group activities

Various studies have highlighted the effectiveness of group-based activities in lowering levels of loneliness and social isolation.⁽²⁵⁾ By using this method as a basis of building community engagement through social clubs such as sports clubs or other activities for retired elders could reinforce the sense of connection and belonging among the older adults.

2. Volunteer programs

Voluntary activity in older adults has been proven to improve general health and well-being, help reduce stress and gain a sense of purpose along with a sense of connectedness and community, and network.⁽²⁶⁾ Therefore, volunteer programs that engage older adults to provide a sense of purpose and improve social networks should be established in the community.

3. Intergenerational programs

Initiatives that connect older adults with younger generations can foster relationships and reduce loneliness. Such programs have been effective in enhancing mutual understanding and emotional support between age groups, thus alleviating social isolation.⁽²⁷⁾

Technological solutions

1. Digital literacy training

Training older adults in digital skills is critical for enabling their participation in online communities and services. Studies show that improved digital literacy leads to increased social interaction and access to resources, which can mitigate feelings of loneliness.⁽²⁷⁾

2. Online social networks and platforms

Online social platforms have the potential to bridge the gap between individuals, particularly older adults whose children have relocated for work opportunities. These platforms can facilitate the maintenance of strong relationships between elders who remain in their hometowns and their children working in urban centers.⁽²⁸⁾ Therefore, supporting the use of social networks could potentially be a part of the solution.

Health care initiatives

1. Screening and identifying at-risk individuals

Screening is fundamental in identifying older adults who are at risk of social isolation. This process involves assessing various factors such as living conditions, social networks, and psychological well-being. Tools like the Lubben Social Network Scale can be utilized to evaluate the extent of an individual's social connections. Early identification allows healthcare providers to tailor interventions that address specific needs, thus improving overall well-being and reducing feelings of loneliness.^(29,30)

2. Integrating social health into medical care

Integrating social health into medical care involves recognizing that health outcomes are influenced by social factors. This approach can be operationalized through social prescription programs, which connect patients with community resources that address their social needs. For instance, healthcare providers can refer patients to local groups or activities that foster social engagement. Evidence suggests that such integration not only enhances the quality of life for older adults but also contributes to better health outcomes by addressing the root causes of social isolation.^(29,31)

3. Collaboration with social workers and psychologists

Collaboration with social workers and psychologists is essential for a holistic approach to combating social isolation. These professionals can provide valuable insights into the psychosocial aspects of aging, helping to develop targeted interventions that promote social interaction and emotional support. For example, mental health services can address underlying issues such as depression or anxiety that may contribute to isolation. Furthermore, interdisciplinary teams can create comprehensive care plans that incorporate both medical and social strategies, ensuring that older adults receive well-rounded support.^(31,32)

Barriers to Addressing Social Isolation and Loneliness

Barriers to addressing social isolation and loneliness among older adults in Thailand that could interfere the effectiveness of those core strategies that would be use as main engines of recommended policies are multifaceted and

deeply ingrained in societal, structural, and economic factors. These barriers hinder efforts to combat the negative health and psychological impacts associated with isolation. A combination of cultural stigma, limited accessibility, and inadequate resources plays a significant role in perpetuating loneliness among the elderly population. Addressing these challenges requires a comprehensive approach that considers the unique cultural context, improves accessibility to essential services, and increases funding and resources for targeted intervention programs.

Cultural stigma

Cultural perceptions regarding aging can contribute to the stigma surrounding social isolation and loneliness. Older adults may feel reluctant to disclose their feelings of loneliness due to fear of being perceived as burdensome or weak. This stigma can prevent them from seeking help or participating in community programs designed to foster social connections. The collectivist nature of Thai society emphasizes family and community ties, which can further complicate the acknowledgment of loneliness as a legitimate concern rather than a personal failure.⁽³³⁾

Accessibility issues

Accessibility presents a critical barrier for many older adults in Thailand. Geographic disparities, especially in rural areas, can limit access to social services and community engagement opportunities. Transportation challenges often hinder older adults from participating in social activities or accessing healthcare services that could alleviate feelings of isolation. Additionally, technological barriers can prevent older adults from utilizing digital platforms for social interaction, further exacerbating their sense of isolation.^(34,35)

Policy Recommendations

While the negative impacts of isolation on mental and physical health are well-documented, overcoming these challenges involves coordinated efforts across multiple sectors, including healthcare, community organizations, and government agencies. Effective policy interventions must not only target the root causes of isolation but also provide practical solutions that enhance accessibility, reduce stigma, and foster meaningful social connections. The following policy recommendations outline strategies to create a more inclusive, supportive environment for Thailand's aging population, ensuring that older adults can maintain social ties and improve their quality of life.

1. Raise awareness and reduce cultural stigma

Public education campaigns: Launch national and local campaigns aimed at raising awareness about social isolation and loneliness, particularly in aging populations. These campaigns should normalize conversations around loneliness and reduce the stigma associated with seeking help.

Encourage family involvement: Promote intergenerational communication within families to reduce isolation, with government incentives for families engaging in activities with elderly members.

2. Increase accessibility to services and programs

Expand community centers: Develop more accessible community centers in rural and underserved areas, offering transportation services for older adults to attend group activities and healthcare services.

Mobile social services: Implement mobile outreach programs that deliver social services directly to rural and isolated elderly populations.

This can include home visits, mobile health clinics, and social engagement programs.

Subsidized transportation: Introduce government-funded transportation vouchers or subsidies specifically for older adults to facilitate their attendance at social activities, healthcare appointments, and community services.

3. Promote digital inclusion

Digital literacy training programs: Establish free or subsidized digital literacy training for older adults to help them engage with online platforms for social interaction, access telemedicine, and maintain family connections.

Provide affordable technology: Collaborate with tech companies to supply affordable or free devices, such as smartphones or tablets, to elderly individuals, especially in rural areas.

Develop senior-friendly platforms: Support the development of user-friendly online social platforms tailored to the needs of older adults, promoting ease of use and social interaction.

4. Strengthen health care integration and support networks

Social prescriptions in healthcare: Implement a nationwide program that allows healthcare providers to prescribe social activities or refer older adults to community services that combat isolation. This should be integrated into routine health check-ups, especially for those at risk.

Expand mental health services: Increase access to mental health services by integrating social workers and psychologists into primary care settings. These professionals can help older adults address loneliness-related mental health issues like depression and anxiety.

Screening for social isolation: Make screening for social isolation a standard practice during

healthcare visits, especially for older adults, to identify at-risk individuals and offer tailored interventions.

5. Encourage volunteering and intergenerational programs

Volunteer incentive programs: Encourage volunteerism among older adults by offering tax benefits, recognition awards, or small stipends. This can enhance their sense of purpose while fostering community bonds.

Support intergenerational programs: Promote intergenerational programs that connect older adults with younger generations in schools, community centers, and workplaces. Government grants can be provided to schools and organizations that participate in such programs.

6. Invest in rural infrastructure and services

Infrastructure development for rural areas: Invest in improving rural infrastructure, including transportation, healthcare facilities, and digital connectivity. This can reduce geographic barriers that limit older adults' access to essential services.

Decentralized healthcare: Strengthen local healthcare systems by providing more resources and training for rural healthcare workers to identify and address social isolation and loneliness in older populations.

7. Increase funding and resources for targeted interventions

Government grants and funding: allocate more government funding to programs and non-profit organizations dedicated to tackling social isolation among older adults. Priority should be given to initiatives focusing on rural and low-income populations.

Public-private partnerships: foster collaborations among government agencies, private companies, and non-profits to develop and

fund innovative solutions for social isolation, such as tech-driven projects, community centers, and mental health services.

Conclusion and Perspective

The growing prevalence of social isolation and loneliness among older adults in Thailand poses significant risks to their physical and mental health. Key findings indicate that social isolation correlates with heightened rates of chronic conditions such as high blood pressure, heart disease, and dementia, while also contributing to increased anxiety and depression. The cultural stigma surrounding these issues further complicates the ability of older adults to seek help, highlighting the urgent need for effective interventions.

Addressing social isolation requires a multi-faceted approach that encompasses community engagement, technological solutions, and healthcare integration. Strategies such as enhancing accessibility to services, promoting digital literacy, and encouraging intergenerational interactions are vital for fostering social connections among older adults. Additionally, collaboration among healthcare providers, policymakers, and community organizations is essential to create a supportive environment that prioritizes the well-being of the aging population.

To effectively combat social isolation and its adverse effects, a call to action is necessary for health professionals, policymakers, and communities alike. Health professionals should incorporate screenings for social isolation into routine care and develop targeted interventions, while policymakers must allocate resources and support initiatives that enhance accessibility and

reduce stigma. Communities should foster inclusive environments that encourage engagement among older adults, ensuring that they can maintain meaningful social connections and improve their quality of life.

Reference

1. Lorthanavanich D, Nirathron N, Teerakapibal S, Rompho N, Tanvisuth A, Komazawa O, editors. Population ageing in Thailand [Internet]. 2021 [cited 2024 May 26]. Available from: <https://www.eria.org/publications/population-ageing-in-thailand/>
2. Paitoonpong S. Promotion of active aging and quality of life in old age and preparation for a complete aged society in Thailand. *TDRI Quarterly Review* 2023;38(3):3-13.
3. National Statistical Office. Report survey of the older persons in Thailand [Internet]. 2022 [cited 2024 Jun 25]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey_detail/iM
4. Taylor HO. Social isolation's influence on loneliness among older adults. *Clin Soc Work J* 2020;48:140-51.
5. Centre for Reviews and Dissemination, University of York. Interventions for loneliness and social isolation [Internet]. 2014 [cited 2024 Jun 25]. Available from: [https://www.york.ac.uk/media/crd/Loneliness and social isolation.pdf](https://www.york.ac.uk/media/crd/Loneliness%20and%20social%20isolation.pdf)
6. Phuangcharoen C, Thayansin S. The loneliness of older adults associated with various types of Thai families. *J PSS* [Internet]. 2021 [cited 2024 Jun 25];30:207-21. Available from: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jpss/article/view/257116>
7. Donovan NJ, Blazer D. Social isolation and loneliness in older adults: review and commentary of a national academies report. *Am J Geriatr Psychiatry* 2020;28(12):1233-44.
8. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med* 2010;7(7):e1000316.
9. Cacioppo JT, Cacioppo S. Social relationships and health: the toxic effects of perceived social isolation. *Soc Personal Psychol Compass* 2014;8(2):58-72.
10. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med* 2010;7(7):e1000316.
11. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty B. Loneliness, social isolation and risk of cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *Heart* 2016;102(13):1009-16.
12. Valenzuela M, Sachdev P. Cognitive and mood disorders in the elderly: the role of social isolation. *Aging Ment Health* 2009;13(2):239-49.
13. Yang K, Victor CR. The prevalence of loneliness among adults: a case study of the United Kingdom. *J Psychol* 2011;145(1):85-104.
14. Perissinotto CM, Holt-Lunstad J, Periyakoil VS, Covinsky K. A population-based study of loneliness and health. *JAMA Intern Med* 2012;172(4):277-83.
15. Hawkley LC, Thisted RA, Masi CM, Cacioppo JT. Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychol Aging* 2010;25(1):132-41.
16. Golaszewski NM, LaCroix AZ, Godino JG, Allison MA, Manson JE, King JJ, et al. Evaluation of social isolation, loneliness, and cardiovascular disease among older women in the US. *JAMA Netw Open* 2022;5(2):e2146461.

17. Heffner KL, Waring ME, Roberts MB, Eaton CB, Gramling R. Social isolation, c-reactive protein, and coronary heart disease mortality among community-dwelling adults. *Soc Sci Med* 2011;72(9):1482-88.
18. Huang AR, Roth DL, Cidav T, Chung SE, Amjad H, Thorpe Jr RJ, et al. Social isolation and 9-year dementia risk in community-dwelling Medicare beneficiaries in the United States. *J Am Geriatr Soc* 2023;71(3):765-73.
19. Guarnera J, Yuen E, Macpherson H. The impact of loneliness and social isolation on cognitive aging: a narrative review. *J Alzheimers Dis Rep* 2023;7(1):699-714.
20. Ren Y, Savadlou A, Park S, Siska P, Epp JR, Sargin D. The impact of loneliness and social isolation on the development of cognitive decline and Alzheimer's disease. *Front Neuroendocrinol* 2023;69:101061.
21. Rauschenberg C, Schick A, Goetzl C, Roehr S, Riedel-Heller SG, Koppe G, et al. Social isolation, mental health, and use of digital interventions in youth during the COVID-19 pandemic: a nationally representative survey. *Eur Psychiatry* 2021;64(1):e20.
22. Brandt L, Liu S, Heim C, Heinz A. The effects of social isolation stress and discrimination on mental health. *Transl Psychiatry* 2022;12(1):398.
23. Desjardins L, Barrera M, Schulte F, Chung J, Cataudella D, Janzenet L, et al. Predicting social withdrawal, anxiety and depression symptoms in pediatric brain tumor survivors. *J Psychosoc Oncol* 2019;37(1):22-36.
24. Muntsant A, Giménez-Llort L. Crosstalk of Alzheimer's disease-phenotype, HPA axis, splenic oxidative stress and frailty in late-stages of dementia, with special concerns on the effects of social isolation: a translational neuroscience approach. *Front Aging Neurosci* 2022;14:969381.
25. Shekelle PG, Mlake-Lye IM, Begashaw MM, Booth MS, Myers B, Lowery N, et al. Interventions to reduce loneliness in community-living older adults: a systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2024;39:1015-28.
26. Nichol B, Wilson R, Rodrigues A, Haighton C. Exploring the effects of volunteering on the social, mental, and physical health and well-being of volunteers: an umbrella review. *Voluntas* 2024;35:97-128.
27. Aroonsrimorakot S, Laiphrakpam M, Metadilogkul O, Sharma ARS. Interventions to reduce the negative impact of ageing, social isolation, and loneliness on the health and well-being of elderlies in Thailand and India. *J Public Hlth Dev* 2022;20(2):183-95.
28. Newman L, Stoner C, Spector A. Social networking sites and the experience of older adult users: a systematic review. *Ageing and Society* 2021;41(2):377-402.
29. Paquet C, Whitehead J, Shah R, Adams AM, Dooley D, Spreng RN, et al. Social prescription interventions addressing social isolation and loneliness in older adults: meta-review integrating on-the-ground resources. *J Med Internet Res* 2023;25:e40213.
30. Shamlou R, Nikpeyma N, Pashaeipour S, Sahebi L, Mehrgou Z. Relationship of loneliness and social isolation with self-care ability among older adults. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2021;59(1):15-20.
31. Cheng SM, Catallo C. Multiple case study on integrated health and social care initiatives for older adults in Canada. *Int J Integr Care* 2022;22(S1):78.
32. Grey E, Baber F, Corbett E, Ellis D, Gillison F, Barnett J. The use of technology to address loneliness and social isolation among older adults: the role of social care providers. *BMC Public Health* 2024;24(1):108.
33. Aroonsrimorakot S, Laiphrakpam M, Metadilogkul O, Konjengbam S. Ageing, social isolation, loneliness, health, social care and longevity: insights from case studies in Thailand and India. *Ageing Int* 2019;44:371-84.
34. Henning-Smith C, Tuttle M, Tanem J, Jantzi K, Kelly E, Florence LC. Social isolation and safety issues among rural older adults living alone: perspectives of meals on wheels programs. *J Aging Soc Policy* 2024;36(2):282-301.
35. Jeong CH, Baek J, Ryu B, Park J, Kim B, Park S. Social isolation and loneliness among older adults in subsidized senior housing: does immigration status matter?. *Innov Aging* 2022;6(Suppl 1):433.

การแก้ไขปัญหาการแยกตัวทางสังคมและความเหงาในผู้สูงอายุในประเทศไทย: กลยุทธ์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

ฟิลิปปงศ์ ปิยะปัญญามงคล

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

ประเทศไทยได้ก้าวสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2566 โดยมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งหมด การเปลี่ยนแปลงทางประชากรศาสตร์นี้ได้นำมาซึ่งความกังวลด้านสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในเรื่องของการแยกตัวทางสังคมที่เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มที่อาศัยอยู่ตามลำพัง การแยกตัวทางสังคมซึ่งมีความเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับความเหงา มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงด้านสุขภาพหลายประการ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ภาวะสมองเสื่อม รวมถึงปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า งานวิจัยได้ชี้ให้เห็นว่าสถานะเหล่านี้มีส่วนทำให้เพิ่มอัตราการเสียชีวิต ทำให้ปัญหาการแยกตัวทางสังคมกลายเป็นประเด็นสำคัญที่เทียบเคียงได้กับการสูบบุหรี่และโรคอ้วน โดยบทความนี้มีวัตถุประสงค์คือการศึกษาและวิเคราะห์ผลกระทบเชิงลึกของการแยกตัวทางสังคมต่อผู้สูงอายุ ระบุปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดปัญหาดังกล่าว เสนอแนวทางและมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหานี้ นำเสนอตัวอย่างกรณีศึกษาและแนวปฏิบัติที่ดี รวมถึงให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่มุ่งเน้นการส่งเสริมความเชื่อมโยงทางสังคมและยกระดับคุณภาพชีวิตของประชากรผู้สูงอายุในภาพรวม โดยวิเคราะห์ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น สภาพการอยู่อาศัยและการสนับสนุนทางสังคม พร้อมทั้งนำเสนอแนวทางในการลดการแยกตัวทางสังคมผ่านโครงการชุมชน การใช้เทคโนโลยี และมาตรการทางการแพทย์ โครงการที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม การฝึกทักษะด้านดิจิทัล และการตรวจสุขภาพสำหรับผู้ที่ยังเสี่ยงต่อการแยกตัวได้แสดงผลที่น่าพอใจในการลดความเหงาและความเสี่ยงต่อสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ข้อเสนอแนะด้านนโยบายได้เน้นถึงความจำเป็นในการใช้แนวทางแบบหลายภาคส่วนในการแก้ไขปัญหานี้ โดยควรมุ่งเน้นที่การลดการตีตรา ขยายการเข้าถึงบริการชุมชน และบูรณาการการสนับสนุนทางสังคมเข้ากับระบบการดูแลสุขภาพ ความร่วมมือระหว่างรัฐบาล ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ และองค์กรชุมชนเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความเชื่อมโยงทางสังคมและยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุในประเทศไทย

คำสำคัญ: การแยกตัวทางสังคม; ความเหงา; สังคมผู้สูงอายุ; มาตรการรับมือ

การบริการสาธารณสุขและการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล

ขวัญหทัย นาคนิยม

สาขาวิชาประศาสนศาสตร์ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช จังหวัดนนทบุรี

บทคัดย่อ

ในปัจจุบัน สังคมทั่วโลกเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรศาสตร์ที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ทำให้คนมีอายุยืนยาวขึ้น ผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มประชากรที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในการขับเคลื่อนและพัฒนาสังคมและประเทศ หลายประเทศที่นำเอาเทคโนโลยีดิจิทัล และนวัตกรรม มาใช้ในการให้บริการสาธารณสุขในด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลายเป็นเรื่องท้าทายที่สำคัญต่อสังคม รวมถึงการบริหารและบริการสาธารณสุขของภาครัฐและทุกภาคส่วนในสังคม เนื่องจากผู้สูงอายุมักประสบปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนและต้องการการดูแลที่เหมาะสม บริการสาธารณสุข การเข้าถึงบริการสาธารณสุข และการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่ซับซ้อนและมีหลายด้าน เช่น ด้านสุขภาพ ด้านการเงิน ด้านการคมนาคม ด้านกิจกรรมสันทนาการ และด้านการส่งเสริมและสร้างเสริมสุขภาพ บริการสาธารณสุข จึงมีบทบาทสำคัญ และเป็นสิ่งรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในสังคม ต้องให้ความสำคัญอย่างยิ่ง ในการสร้างเงื่อนไขและความร่วมมือที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและมีความสุข โดยมีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เทคโนโลยีดิจิทัล เป็นหนึ่งในปัจจัยดังกล่าว ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ การดูแลตนเอง และการบริการทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การนำเอาเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการให้บริการสาธารณสุขและการสร้างเสริมสุขภาพ และใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นทางออกที่มีประสิทธิภาพสำหรับการรับมือกับสังคมสูงวัย เทคโนโลยีเหล่านี้ไม่เพียงช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ยังช่วยลดภาระของผู้ดูแลและระบบสาธารณสุขในระยะยาว รวมไปถึงช่วยขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการและการสื่อสารในการส่งเสริมการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและทุกคนในสังคม ด้วยการร่วมคิดร่วมทำเพื่อประสิทธิภาพและความสำเร็จของการให้บริการสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุทุกคนในประเทศ ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลที่ทันสมัยและปลอดภัยต่อไปในอนาคต

คำสำคัญ: การบริการสาธารณสุข; การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ; เทคโนโลยีดิจิทัล

วันรับ: 15 ต.ค. 2567

วันแก้ไข: 17 พ.ย. 2567

วันตอบรับ: 20 พ.ย. 2567

บทนำ

ในปัจจุบัน สังคมทั่วโลกเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรศาสตร์ที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และการปรับปรุงคุณภาพชีวิตที่ทำให้คนมีอายุยืนยาวขึ้น ผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มประชากรที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในการขับเคลื่อนและพัฒนาสังคมและประเทศ และมีประเทศต่างๆ หลายประเทศที่ได้นำเอาเทคโนโลยีดิจิทัล และนวัตกรรม มาใช้ในการให้บริการสาธารณสุขในด้านการสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น ประเทศสวีเดน ประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศญี่ปุ่น เป็นต้น ทั้งนี้ ประเทศไทยก็กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบในปี พ.ศ. 2567⁽¹⁾ จึงทำให้การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลายเป็นเรื่องท้าทายที่สำคัญต่อสังคม รวมถึงการบริหารและบริการสาธารณสุขของภาครัฐและทุกภาคส่วนในสังคม เนื่องจากผู้สูงอายุมักประสบปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนและต้องการการดูแลที่เหมาะสม บริการสุขภาพแบบดั้งเดิมมักมีข้อจำกัดในการเข้าถึง เช่น การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ การเดินทางที่ยากลำบาก และความไม่สะดวกในการรับบริการ⁽²⁾ ทำให้ผู้สูงอายุหลายคนไม่สามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างทั่วถึง การนำเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาใช้ในการดูแลสุขภาพ จึงกลายเป็นทางเลือกที่สำคัญในการให้บริการ และการดูแล รวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งสามารถช่วยเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงบริการ รวมถึงการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เทคโนโลยีดิจิทัลไม่เพียงแต่สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการรักษาทางการแพทย์ได้ง่ายขึ้น แต่ยังสามารถช่วยให้ความช่วยเหลือติดตามสุขภาพของตนเองได้ดียิ่งขึ้น ผ่านแอปพลิเคชันและอุปกรณ์ต่างๆ ที่สามารถวัดและวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ การสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง จึงเป็นสิ่งสำคัญและเป็นพื้นฐานสำคัญในการสร้างการตระหนักรู้ที่สรรหาวิธีการในการส่งเสริมหรือสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเองรวมถึงการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของภาครัฐและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

บทความนี้ให้ความสนใจในเรื่อง ความสำคัญของการบริการสาธารณสุขของภาครัฐในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และ

วิธีการที่เทคโนโลยีดิจิทัลสามารถเข้ามาช่วยสร้างเสริมสุขภาพที่ดีให้กับผู้สูงอายุโดยใช้วิธีเชิงคุณภาพ ซึ่งใช้วิธีการศึกษา คือ เอกสาร ตำรา เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ และบทความวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์ใช้วิธีการวิเคราะห์หาแก่นสาระ (thematic analysis) และการวิเคราะห์ข้อมูลในเอกสาร (document analysis) เพื่อนำเสนอข้อมูลและวิเคราะห์ความท้าทายที่ยังคงมีอยู่และเพื่อแนวทางในการพัฒนาบริการสุขภาพให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในอนาคต ซึ่งเป็นสิ่งที่น่าสนใจและประเด็นที่ทำนายสำหรับประเทศไทยในปัจจุบัน

บริการสาธารณสุขและการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้สูงอายุ

การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล เป็นแนวทางที่มีศักยภาพและมีประสิทธิภาพ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่จำเป็นเป็นอย่างมากในปัจจุบัน เนื่องด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ การดูแลตนเอง และการบริการทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเทคโนโลยีดิจิทัล ช่วยให้ภาครัฐและส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ สามารถใช้เป็นช่องทางในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุทั้งในผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลเจ็บป่วยชราภาพ มีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดัน โรคไต และโรคอื่นๆ ที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษ อีกทั้งการให้บริการสาธารณสุขผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลให้แก่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ให้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขและต่างๆ รวมถึงเข้าถึงข้อมูลในการดูแลสุขภาพของตนเองหรือเพื่อนผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเป็นอีกหนึ่งกำลังสำคัญในการดูแลชุมชนและสังคมอย่างมีคุณภาพ ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล จึงเป็นสิ่งที่สำคัญในปัจจุบันบริการสาธารณสุขที่สามารถนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาปรับใช้เพื่อให้บริการผู้สูงอายุ มีหลากหลายแนวทาง เช่น การแพทย์ทางไกล (telemedicine) เพื่อสุขภาพกายและสุขภาพใจที่แข็งแรง การแพทย์ทางไกลเป็นการใช้เทคโนโลยีในการให้บริการทางการแพทย์ ที่เริ่มได้รับความนิยมและนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยแพร่หลายมากขึ้น

โดยที่ผู้สูงอายุสามารถปรึกษาแพทย์ผ่านวิดีโอคอล หรือ แชนดออนไลน์ การแพทย์ทางไกลช่วยลดความจำเป็นในการเดินทางและเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงบริการ ซึ่งเหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวหรืออาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล⁽⁶⁾ แต่ในปัจจุบันนอกจากสุขภาพทางกายภาพ โรคภัยไข้เจ็บทางกายต่างๆ แล้วสิ่งสำคัญที่ควรให้ความสนใจและนำเอาเทคโนโลยีดิจิทัลทางการแพทย์ทางไกลมาใช้ให้เกิดประโยชน์เพิ่มมากขึ้น เห็นจะเป็นความสนใจในเรื่องสุขภาพจิต เนื่องจากสภาวะสังคมปัจจุบันค่อนข้างมีความตึงเครียด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสภาวะความเหงา ความเศร้าจากการที่ลูกหลานต้องทำงานนอกบ้าน หรือทำงานต่างจังหวัด ต่างประเทศ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยว จึงอาจทำให้เกิดสภาวะเครียดและซึมเศร้าโดยไม่รู้ตัว การตรวจสุขภาพประจำปีในปัจจุบันจึงควรส่งเสริมให้มีการตรวจสภาวะทางจิตใจหรือสุขภาพจิตของผู้สูงอายุร่วมด้วย ทั้งนี้การนำเอาเทคโนโลยีดิจิทัลทางการแพทย์ทางไกลมาใช้ในการช่วยดูแลสอดส่อง หรือการมีนักจิตวิทยาจิตแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษา มาพูดคุยสอบถามผ่านแชตออนไลน์ วิดีโอคอล เพื่อให้คำปรึกษาหรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับกิจกรรมที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุคลายความเหงาและรู้สึกถึงคุณค่าของตนเองที่มีต่อครอบครัว ชุมชน และสังคมได้ การแพทย์ทางไกลจึงเป็นอีกหนึ่งแนวทางในการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการให้บริการสาธารณสุขทางการแพทย์ที่น่าสนใจ ทั้งในด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ หรือการสร้างแอปพลิเคชันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะที่จะสามารถติดตั้งได้ในสมาร์ทโฟน หรือแท็บเล็ต หรือสมาร์ตวอชหรือนาฬิกาอัจฉริยะ ซึ่งในปัจจุบันมีหลากหลายแอปพลิเคชันที่ได้ทำออกมาเพื่อตอบสนองความต้องการตามเทรนด์การรักษาสุขภาพของคนยุคนี้เพิ่มมากขึ้น หากภาครัฐหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุหรือโรงพยาบาลต่างๆ นำแอปพลิเคชันที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปใช้กับระบบของทางโรงพยาบาล และมีระบบที่สะดวกและปลอดภัยในเรื่องข้อมูลส่วนตัวของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลในการบันทึกสุขภาพของผู้ป่วย หรือผู้สูงอายุ ในยามเจ็บป่วยรวมถึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิที่ผู้สูงอายุ ครอบครัวยุคควรได้รับ เพื่อความสะดวกและความรวดเร็วในการเข้าถึงข้อมูล และการติดต่อกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพในการ

ให้บริการ ประโยชน์ของแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน หรือ แท็บเล็ต ที่ออกแบบมาเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การบันทึกข้อมูลสุขภาพ ผู้สูงอายุสามารถบันทึกอาการ การใช้ยา และกิจกรรมประจำวัน ช่วยให้แพทย์มีข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวินิจฉัยและการรักษา การตั้งเตือนเรื่องยา^(7,8) แอปพลิเคชันสามารถช่วยตั้งเตือนเวลาที่ต้องทานยา ช่วยให้ผู้สูงอายุไม่ลืมและทานยาตามที่กำหนด หากรวมอยู่ในแอปเดียวและเป็นแอปพลิเคชันที่มีความปลอดภัยสูงและใช้ร่วมกันในหลายๆ องค์กรที่เกี่ยวข้องได้จะทำให้ประสิทธิภาพในการให้บริการและการเข้าถึงบริการของภาครัฐและส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงตัวผู้สูงอายุเอง หรือผู้ดูแล และบุคคลในครอบครัวก็จะสะดวก และทำให้เกิดการใช้ประโยชน์จากการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาช่วยในการให้บริการสาธารณสุขของประเทศดีขึ้น นอกจากนี้ช่องทางแอปพลิเคชันและระบบการแพทย์ทางไกลแล้วนั้น แพลตฟอร์มการสร้างเสริมสนับสนุนสุขภาพ ก็เป็นสิ่งที่ควรได้รับการสนับสนุนให้มีการประชาสัมพันธ์ที่แพร่หลายและจัดทำอย่างเป็นระบบเพื่อให้สะดวกในการเข้าถึงข้อมูลหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้สูงอายุซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นผู้ให้บริการข้อมูลให้ง่ายขึ้น หรือการสร้างชุมชนออนไลน์สำหรับผู้สูงอายุสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีที่ปรึกษาและการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมวัยเดียวกัน หรือเป็นผู้สูงอายุด้วยกันเอง โดยแพลตฟอร์มออนไลน์นี้ ผู้สูงอายุสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้ และ มีความเป็นส่วนตัว มีความปลอดภัย ซึ่งสามารถทำให้ผู้สูงอายุ รู้สึกไม่โดดเดี่ยวและมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ ทั้งทางกายและทางจิตใจ ได้ดีอีกทางหนึ่ง และแนวทางหนึ่งที่ยืดหยุ่นได้ในการจะนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพื่อให้บริการสาธารณสุขใดๆ แก่ผู้สูงอายุ นั่นก็คือการส่งเสริมการออกกำลังกาย ในปัจจุบันก็มีแอปพลิเคชันเกี่ยวกับการออกกำลังกายมากมาย แต่การแอปพลิเคชันและโปรแกรมออนไลน์ที่เสนอแผนการออกกำลังกาย เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุสามารถช่วยส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจได้ การมีโปรแกรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความแข็งแรง เพิ่มความยืดหยุ่น ลดการเกิดโรคสมองเสื่อม และลดความเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรัง จากการออกกำลังกายผ่านแอปพลิเคชันได้อีกด้วย ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล

มีศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงวิธีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการใช้เทคโนโลยีสามารถช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ ส่งเสริมการดูแลตนเอง และสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม การลงทุนในการพัฒนาเทคโนโลยีและการสร้างระบบบริการที่เหมาะสมจะช่วยเสริมสร้างสุขภาพที่ดีและคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในสังคมปัจจุบัน

ความท้าทายและข้อควรพิจารณา ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลสุขภาพ และการให้บริการผู้สูงอายุ

ความท้าทายและข้อควรพิจารณาในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลสุขภาพและให้บริการแก่ผู้สูงอายุ แม้ว่า การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการนำมาสนับสนุนการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ จะมีประโยชน์มากมาย แต่ก็มีความท้าทายและข้อควรพิจารณาหลายประการที่ควรตระหนักรู้ เพื่อให้การสร้างเทคโนโลยีดิจิทัลและการใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัลที่มีอยู่แล้ว ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย ได้แก่ (1) การเข้าถึงเทคโนโลยี อุปกรณ์และการเชื่อมต่ออุปกรณ์ในการใช้งานมีความสำคัญ ซึ่งผู้สูงอายุอาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึง อุปกรณ์เทคโนโลยี อุปกรณ์ เช่น สมาร์ทโฟน แท็บเล็ต หรือ คอมพิวเตอร์ รวมถึงการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตที่ไม่เสถียร ซึ่งอาจทำให้ไม่สามารถใช้บริการดิจิทัลได้ (2) ค่าใช้จ่าย ในการซื้ออุปกรณ์และบริการอินเทอร์เน็ตอาจเป็นภาระทางการเงินสำหรับผู้สูงอายุบางคนและ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ในสังคมไทยเป็นผู้มีรายได้น้อย และเป็นกลุ่มเปราะบาง⁽⁹⁾ (3) การเรียนรู้และความเข้าใจ การเรียนรู้ด้านเทคโนโลยี เทคโนโลยีอาจเป็นเรื่องยากและซับซ้อนสำหรับผู้สูงอายุ หลายคนการเรียนรู้ให้เกิด ความรู้ด้านเทคโนโลยีของผู้สูงอายุหลายคนอาจมีความไม่มั่นใจหรือขาดทักษะในการใช้เทคโนโลยี ซึ่งอาจทำให้ ผู้สูงอายุ ปิดกั้น ละเลยการใช้ บริการสาธารณะขององค์กรต่างๆ ที่ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ในการให้บริการ ซึ่งเป็นข้อจำกัดและความท้าทายที่สำคัญ ในการจะเปลี่ยนแปลงให้เท่าทันกระแสเทคโนโลยีดิจิทัล หรือปัญญาประดิษฐ์ (AI) ที่กำลังได้รับความนิยมและ ยอมรับกันทั่วโลกในปัจจุบัน (4) การขาดการอบรมที่เหมาะสม และการสนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชนอาจส่งผลให้

ผู้สูงอายุไม่สามารถใช้เทคโนโลยีได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความมั่นใจในการที่จะเข้าถึงเทคโนโลยีและบริการ ต่างๆ (5) ความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยของข้อมูล ผู้สูงอายุและครอบครัวรวมถึงประชาชนทั่วไปอาจจะมีความกังวลใจในการเก็บข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ ผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล⁽¹⁰⁾ เพราะในปัจจุบันยังมีกระแสความ ไม่ปลอดภัยในข้อมูลส่วนตัวทางดิจิทัล ทุกภาคส่วน ที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะหน่วยงานของรัฐจึงจำเป็นที่จะต้อง มีการจัดการข้อมูลที่มีความปลอดภัย เนื่องจากข้อมูลส่วนบุคคลเหล่านี้มีความสำคัญและ เป็นเรื่องที่อ่อนไหว ความไว้วางใจหรือความเชื่อมั่นในการใช้เทคโนโลยีเทคโนโลยีดิจิทัล ของผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไปในปัจจุบัน (6) ความเสี่ยง จากการละเมิดข้อมูล เป็นความท้าทาย ข้อจำกัดที่สืบเนื่อง จากความกังวลด้านความปลอดภัยของข้อมูลผู้ใช้เทคโนโลยี ดิจิทัลนั้นอาจมีความเสี่ยงที่ข้อมูลสุขภาพจะถูกเข้าถึงโดย ไม่ได้รับอนุญาต ถูกขโมยข้อมูล ซึ่งอาจนำไปสู่การใช้ข้อมูล ในทางที่ผิด (7) คุณภาพของข้อมูลและการบริการความ ท้าทายนี้ เป็นข้อควรพิจารณาที่ภาครัฐและผู้ให้บริการ สาธารณะแก่ผู้สูงอายุควรให้ความตระหนักและใส่ใจเป็น สิ่งคุณภาพของข้อมูลและการบริการ ควรคำนึงถึงความ น่าเชื่อถือของข้อมูล ข้อมูลที่ผู้สูงอายุได้รับจากแหล่งต่างๆ อาจไม่ถูกต้องหรือเชื่อถือได้ ซึ่งอาจนำไปสู่การตัดสินใจ ที่ไม่ดีเกี่ยวกับสุขภาพ ดังนั้นผู้ให้บริการหรือภาครัฐ ควร ตรวจสอบข้อมูลและสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดแก่ผู้สูงอายุ ผู้รับบริการ การบริการที่มีคุณภาพ ในการใช้งานเทคโนโลยี มาใช้ร่วมกับการให้บริการทางการแพทย์จากผู้เชี่ยวชาญ อาจจะทดแทนการบริการแบบเผชิญหน้าได้ในบางกรณี เท่านั้น ดังนั้น เพื่อให้การบริการมีคุณภาพและตอบสนองต่อ ความต้องการในการรับบริการ จึงควรมีการประเมินคุณภาพ บริการอย่างสม่ำเสมอ (8) ความแตกต่างทางวัฒนธรรม ค่านิยม ศนคติ และความเชื่อ เกี่ยวกับสุขภาพและเทคโนโลยี ของผู้สูงอายุอาจแตกต่างกันไปตามภูมิภาคและวัฒนธรรม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อ การรับรู้และการใช้เทคโนโลยี รวมถึงเรื่อง ของภูมิศาสตร์ ในกรณีที่ผู้สูงอายุในพื้นที่ห่างไกลอาจ มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพดิจิทัล เนื่องจาก อาจขาดโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยี ที่ไม่เสถียร หรือไม่เพียงพอต่อการเข้าถึงการใช้บริการ (9) การ สนับสนุนจากผู้ดูแล การสนับสนุนจากผู้ดูแลเป็นความ

ท้าทายและครอบครัวควรพิจารณาที่เป็นข้อจำกัดสำคัญ ในการพัฒนาการใช้งานในระบบบริการสาธารณะผ่าน เทคโนโลยีดิจิทัลสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องด้วยบทบาทของ ผู้ดูแล ซึ่งมักเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดที่มี บทบาทสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในการใช้ชีวิต ประจำวัน รวมถึงมีอิทธิพลสำคัญต่อการส่งเสริมช่วยเหลือ ผู้สูงอายุในการใช้หรือการเข้าถึงเทคโนโลยีของผู้สูงอายุ เป็นอย่างมาก เพราะหากผู้ดูแลไม่สนับสนุนหรือไม่มีความสามารถในการสนับสนุน การเรียนรู้การใช้เทคโนโลยี ดิจิทัล ผู้สูงอายุอาจไม่สามารถใช้เทคโนโลยีได้อย่างมีประสิทธิภาพและอาจไม่ต้องการใช้ หรือเข้าถึงเทคโนโลยี ดิจิทัล จะเห็นได้ว่าความท้าทายและข้อควรพิจารณา ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและการจะนำเทคโนโลยีดิจิทัล มาใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หรือให้บริการสาธารณะ ต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในทุกมิติ จึงมีความท้าทาย ที่หลากหลาย ซึ่งต้องการความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ในการพัฒนาระบบบริการที่ครอบคลุมและเหมาะสม และ การมีความเข้าใจต่อการรับรู้ถึงข้อจำกัดและความท้าทาย เหล่านี้จะช่วยให้การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เกิดประโยชน์ สูงสุดต่อการให้บริการและสร้างสุขภาพที่ดีให้กับผู้สูงอายุ ในสังคม

บริการสาธารณะและการสร้าง สุขภาพผู้สูงอายุด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล ที่ต่างประเทศนำมาใช้

การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นแนวทางที่หลายประเทศได้นำมาใช้เพื่อรับมือกับความ ท้าทายด้านสาธารณสุขและบริการสาธารณะต่างๆ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งมีความต้องการการ ดูแลเป็นพิเศษ ในต่างประเทศมีหลายประเทศที่ประสบ- ความสำเร็จในการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการให้บริการ สาธารณะ ดังนี้

ประเทศญี่ปุ่น เป็นประเทศที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุ มากที่สุดในโลกประเทศหนึ่ง และเป็นประเทศที่มีการส่งเสริม การสร้างนวัตกรรมทางเทคโนโลยีดิจิทัล ญี่ปุ่นได้พัฒนา เทคโนโลยีหุ่นยนต์เพื่อช่วยดูแลผู้สูงอายุ หุ่นยนต์ที่ใช้ ในการดูแล เช่น หุ่นยนต์ Paro (หุ่นยนต์รูปแมวน้ำ) ได้รับ

การออกแบบเพื่อช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตให้กับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม หุ่นยนต์นี้สามารถ ตอบสนองต่อการสัมผัสและเสียงของผู้ใช้ ทำให้ผู้สูงอายุ รู้สึกว่ามีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งมีชีวิต นอกจากนี้ ญี่ปุ่นยังใช้ หุ่นยนต์ RIBA (robot for interactive body assistance) เพื่อช่วยในการยกเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ⁽¹¹⁾ ลดภาระการดูแลจากพยาบาลและผู้ดูแล จึงถือได้ว่าประเทศ ญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีการนำเอาเทคโนโลยีดิจิทัล และ นวัตกรรม มาใช้ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขและ บริการสาธารณะต่างๆ เพื่อผู้สูงอายุได้อย่างน่าสนใจ นำไปสู่ประสิทธิภาพในการให้บริการที่ดีของประเทศและ การพัฒนาของประเทศอีกด้วย

ประเทศสวีเดน มีระบบการดูแลผ่านแอปพลิเคชันและ การติดตามสุขภาพทางไกล สวีเดนมีระบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุที่ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการติดตามสุขภาพและ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตอย่างอิสระได้มากขึ้น แอปพลิเคชัน เช่น KRY และ MinDoktor ให้บริการปรึกษา แพทย์ทางไกล (telemedicine) ผ่านวิดีโอคอล ผู้สูงอายุ สามารถติดต่อแพทย์เพื่อรับคำปรึกษาและตรวจสุขภาพ เบื้องต้นโดยไม่ต้องออกจากบ้าน นอกจากนี้ยังมีการใช้ เทคโนโลยีการติดตามสุขภาพผ่านอุปกรณ์สวมใส่ (wearable devices) ที่สามารถติดตามการเคลื่อนไหว อัตราการเต้นของหัวใจ และข้อมูลสุขภาพอื่นๆ แบบ เรียลไทม์ ทำให้ผู้ดูแลหรือแพทย์สามารถตรวจสอบสุขภาพ ของผู้สูงอายุจากระยะไกลได้⁽¹²⁾ ซึ่งถือเป็นต้นแบบให้ หลายประเทศนำมาปรับใช้ในการให้บริการสาธารณะ เกี่ยวกับผู้สูงอายุทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยที่มีการใช้ เทคโนโลยีในรูปแบบเดียวกัน มาปรับใช้ในการให้บริการ ด้านสาธารณสุข เพื่อสุขภาพที่ดีของคนในประเทศ เช่นเดียวกัน

ประเทศสหรัฐอเมริกา ก็เป็นอีกหนึ่งประเทศที่มีการใช้ AI และ internet of things (IoT) ในการดูแลสุขภาพ ในสหรัฐอเมริกา มีการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI) และ เทคโนโลยี IoT เพื่อสร้างระบบบ้านอัจฉริยะที่สามารถดูแล ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ระบบนี้สามารถเชื่อมต่อ อุปกรณ์ต่างๆ ภายในบ้าน เช่น ระบบเซ็นเซอร์ตรวจจับการล้ม การเคลื่อนไหว หรือการเปิด-ปิดประตู ผู้สูงอายุสามารถใช้ คำสั่งเสียงเพื่อสื่อสารกับระบบควบคุมบ้าน เช่น Amazon

Alexa หรือ Google Home ที่ช่วยในการแจ้งเตือนให้รับประทานยาหรือติดต่อญาติในกรณีฉุกเฉิน⁽¹³⁾ นอกจากนี้ระบบ AI ยังสามารถประเมินพฤติกรรมและแจ้งเตือนความผิดปกติให้กับครอบครัวหรือแพทย์ได้ทันที ช่วยให้ระบบการช่วยเหลือชีวิตหรือการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุรวดเร็ว ทันเวลา และมีประสิทธิภาพในการประสานงาน

เกาหลีใต้ เป็นอีกหนึ่งประเทศที่ได้มีการลงทุนในเรื่องเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและมีชื่อเสียงในปัจจุบัน เนื่องจากประเทศเกาหลีใต้เผชิญปัญหาการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกับประเทศไทย เกาหลีใต้ มีการนำเอาเทคโนโลยีดิจิทัลที่น่าสนใจ เช่น ระบบเซ็นเซอร์อัจฉริยะที่มีการใช้เซ็นเซอร์ตรวจจับการเคลื่อนไหวในบ้านของผู้สูงอายุเพื่อตรวจสอบความปลอดภัยและป้องกันอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้นภายในบริเวณบ้าน และระบบปัญญาประดิษฐ์ (AI) ในการดูแลสุขภาพเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุและคาดการณ์ปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต⁽¹⁴⁾ โดยร่วมกับบริษัทเอกชนชั้นนำประเทศที่มีชื่อเสียงในการพัฒนาระบบขึ้นมาเพื่อให้บริการแก่ประชาชนผู้สูงอายุภายในประเทศเกาหลีใต้

ทั้งนี้ข้อมูลเบื้องต้นเป็นเพียงการยกตัวอย่าง เพื่อให้เห็นว่าในปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศชั้นนำได้มีการสนับสนุนส่งเสริมให้มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัล มาใช้ในการส่งเสริมและสร้างเสริมสุขภาพและให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุอย่างจริงจังเพื่อ เทคโนโลยีดิจิทัลช่วยขับเคลื่อนให้พัฒนาก้าวไกล รวมถึงมีส่วนช่วยในการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมให้ทันกระแสการเปลี่ยนแปลงของโลกอยู่ตลอดเวลาเพื่อให้ประเทศมีการพัฒนาที่ต่อเนื่องและไม่ล่าช้า และเป็นผู้นำด้านเทคโนโลยีนวัตกรรมดิจิทัลของโลก กล่าวว่าการพัฒนาด้านเทคโนโลยีดิจิทัลและนวัตกรรม เป็นการแข่งขันในการพัฒนาประเทศของแต่ละประเทศทั่วโลกด้วยเช่นกัน กรณีตัวอย่างจากต่างประเทศที่หยิบยก เพื่อเสนอแนะให้เห็นเป็นแนวทางในการนำเทคโนโลยีดิจิทัล มาใช้ในการส่งเสริมการสร้างเสริมสุขภาพในสังคมผู้สูงอายุ ทั้งนี้ การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ต้องคำนึงถึงบริบทของแต่ละประเทศ รวมถึงทรัพยากรด้านต่างๆ และความพร้อมตามสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศตามความเหมาะสม

วิจารณ์

การนำเอาเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการให้บริการสาธารณสุขและการสร้างเสริมสุขภาพ และใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นทางออกที่มีประสิทธิภาพสำหรับการรับมือกับสังคมผู้สูงอายุในหลายประเทศ เทคโนโลยีเหล่านี้ไม่เพียงช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ยังช่วยลดภาระของผู้ดูแลและระบบสาธารณสุขในระยะยาว รวมไปถึงช่วยขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการและการสื่อสารในการส่งเสริม สร้างเสริมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและคนในสังคม แต่ให้บริการสาธารณสุขหรือการส่งเสริมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในสังคม เพื่อให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพเกิดขึ้นจริงและเป็นระบบเดียวกันร่วมคิดร่วมทำ⁽¹⁵⁾ คือการร่วมมือกันในทุกส่วนในสังคม เพื่อการบรรลุเป้าหมายร่วมกันในการช่วยกันกำกับดูแลและพึ่งพาซึ่งกันและกัน และมีการออกกฎกติกาที่จะยอมรับในการทำงานหรือการประสานงาน และการขอความร่วมมือจากมีส่วนได้ส่วนเสียภายในสังคม ในการให้บริการสาธารณสุขร่วมกันของทุกภาคส่วน ใช้ความร่วมมือร่วมใจเกื้อกูลกัน ในการลดความขัดแย้งและความเห็นต่างที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการประสานงานการทำงาน ทำให้บริการหรือการสื่อสาร กระจายไปในทุกภาคส่วนไม่ว่าจะเป็นส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น ชุมชน หมู่บ้าน ครอบครัว กระจายจากส่วนกลางซึ่งเป็นส่วนหลัก ไปสู่หน่วยเล็กๆ รวมถึงทุกภาคส่วนในสังคมมีส่วนในการ ช่วยกันดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ร่วมกันโดยไม่แบ่งแยกหรือเป็นภาระความรับผิดชอบให้เป็นขององค์กรใดองค์กรหนึ่ง แต่เป็นการรับผิดชอบและดำเนินการร่วมกัน โดยมีองค์กรหลักเป็นเจ้าภาพในการดูแลระบบโดยรวม และควรมีการร่วมกันประเมินผลและปรับปรุง ในข้อตกลงความร่วมมือและการให้บริการให้เหมาะสมสำหรับสถานการณ์อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเพื่อประสิทธิภาพและความสำเร็จของการให้บริการสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุ ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลที่ทันสมัยและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุทุกคนในประเทศต่อไปในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. การวิจัยและรายงานเกี่ยวกับประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 25 มิ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: https://ipsr.mahidol.ac.th/post_research/situation-of-the-thai-older-persons-2021/
2. Thailand Business News. ความท้าทายด้านการดูแลสุขภาพจากประชากรสูงอายุของไทย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 2 ต.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thailand-business-news.com/health/52190-health-care-challenges-posed-thai-lands-ageing-population>
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสุขภาพคนไทย 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 25 มิ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://spd.moph.go.th/public-health-statistics/>
4. กรมกิจการผู้สูงอายุ. แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2562.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การวิจัยและรายงานเกี่ยวกับประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 25 มิ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230731135832_95369.pdf
6. กรมกิจการผู้สูงอายุ. การศึกษาความพร้อมในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยทางการแพทย์ 2563;29(2):112-20.
7. Smith A, Brown P. Health apps and wearable devices for aging populations: a comprehensive review. *Journal of Digital Health* 2021;8(3):220-32.
8. World Health Organization. Digital health for older adults: ensuring accessibility and equity. Geneva: World Health Organization; 2021.
9. กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถานการณ์ผู้สูงอายุในมิติความต่างในพื้นที่ ปี 2564. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2565.
10. Mitzner TL, Boron JB, Fausset CB, Adams AE. Older adults talk technology: technology usage and attitudes. *Computers in Human Behavior* 2019;26(3):1710-21.
11. Wada I. Robot for elderly care in Japan: an overview. *Journal of Geriatric Robotics* 2020;15(3):123-37.
12. Bergstrom L. Telemedicine and elderly care: case studies from Sweden. *Health Digital Innovations* 2021; 4(12):201-19.
13. Smith M. Smart homes for the elderly: AI and IoT applications in the US. *Aging and Technology Review* 2022;8(2):34-50.
14. Korean Journal of Digital Health. AI and IoT applications in elderly care: South Korea's technological advancement. Seoul: KJDH Publishing; 2021.
15. Ansell C, Gash A. Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory* 2008;18(4):551-61.

Public Services and Health Promotion for the Elderly Through Digital Technology

Kwanhatai Nakniyom

Public Administration, Faculty of Management Science, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi Province, Thailand

Abstract

Currently, societies worldwide are facing significant demographic changes, particularly the increasing number of elderly populations. This phenomenon results from advancements in medical technology and improvements in quality of life, allowing people to live longer. The elderly have become a crucial demographic for driving economic and social development. Many countries are adopting digital technologies and innovations to enhance public services, especially in promoting elderly health. The care of elderly health has become a major challenge for societies, including public administration and services. Elderly individuals often face complex health issues and require appropriate care. Public services, accessibility to these services, and healthcare access for the elderly are intricate issues involving multiple dimensions, such as health, financial stability, transportation, recreational activities, and health promotion. Therefore, public services play a vital role and must be prioritized by governments and all societal sectors to create suitable conditions and collaborations for effective elderly healthcare access. This enables elderly individuals to lead a quality life and find happiness. Several factors influence efficient access to these services, with digital technology being a notable enabler. It facilitates elderly individuals in accessing health information, self-care resources, and medical services more effectively. Integrating digital technology into public services and health promotion initiatives for the elderly presents a practical solution to aging societies. These technologies not only improve the quality of life for the elderly but also reduce the burden on caregivers and the public health system in the long term. Moreover, they help drive the development of service systems and communication to enhance health promotion and care for both the elderly and society as a whole. Collaborative efforts are necessary to achieve efficiency and success in providing public services to all elderly citizens. This involves leveraging modern and secure digital technologies to support elderly care in the future.

Keywords: public services; elderly health promotion; digital technology

กระบวนการชุมชน: สมรรถนะและบทบาท การขับเคลื่อนชุมชนกรรณา

ดิเรก ชัยชนะ

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชนกรรณา จังหวัดขอนแก่น

บทคัดย่อ

กระบวนการชุมชน (community facilitator) เป็นบุคคลผู้มีความสำคัญในการขับเคลื่อนโครงการพัฒนาชุมชน ชุมชน อย่างไรก็ตาม นิยามความหมายและสมรรถนะของกระบวนการชุมชนต่างจากกระบวนการอย่างใดยังคงเป็นคำถาม บทความนี้ได้ทบทวนเอกสารวิชาการ งานวิจัย และเอกสารเกี่ยวกับหลักสูตรการอบรมแนวคิดชุมชนกรรณา เพื่อค้นหาความหมายและสมรรถนะของกระบวนการชุมชนภายใต้แนวคิด KSA (knowledge, skills, attribute) model ความเข้าใจที่ชัดเจนนี้ให้แนวทางการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนากระบวนการชุมชน ผู้มีความรู้ด้านการสื่อสาร วางแผน ส่งเสริม และขับเคลื่อนแนวคิดชุมชนกรรณาเพื่อการอยู่และตายดีในสังคมไทย

คำสำคัญ: กระบวนการชุมชน; ชุมชนกรรณา; สมรรถนะกระบวนการ; โมเดล KSA

วันรับ: 7 ต.ค. 2567

วันแก้ไข: 13 พ.ย. 2567

วันตอบรับ: 15 พ.ย. 2567

บทนำ

ในปัจจุบัน “กระบวนการ” เป็นอาชีพใหม่ในสังคมไทย⁽¹⁾ ที่ทำหน้าที่เป็นผู้จัด อำนาจความสะดวก สนับสนุน สร้างพื้นที่ปลอดภัย สร้างสิ่งแวดล้อมในการเรียนรู้ให้ผู้เรียน และมีบทบาทที่มีความเข้มข้นหลายระดับในแต่ละกิจกรรม คำว่า “กระบวนการ” แปลมาจากคำศัพท์ภาษาอังกฤษว่า “facilitator” บ้างจึงเรียกว่า “ฟา” นอกจากนี้ มีการบัญญัติชื่อ⁽²⁾ อื่นๆ โดยนักวิจัยหรือนักวิชาการ เช่น วิทยากรกระบวนการ ผู้ส่งเสริมการเรียนรู้ ผู้อำนวยการกลุ่ม ผู้อำนวยการให้เกิดการเรียนรู้ ผู้อำนวยการพูดคุย เป็นต้น ทวีศักดิ์ นพเกสร⁽³⁾ ผู้บัญญัติศัพท์ “วิทยากรกระบวนการ” ไว้ในหนังสือวิทยากรกระบวนการ: พัฒนาสุขภาวะชุมชน ได้ให้ความหมายว่า เป็นคนกลางที่ช่วยจัดและดำเนินการพบปะ ประชุม อบรม ให้เกิดการคิดที่เป็นระบบ มีอิสระทางความคิด และสามารถสื่อสารทำความเข้าใจอย่าง

ตรงไปตรงมาด้วยการใช้เทคนิคและกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม นอกจากนี้ กระบวนการในบริบทการสื่อสารเพื่อการเยียวยา⁽⁴⁾ คือคนนำกระบวนการ อำนาจการพูดคุย สร้างปฏิสัมพันธ์และบรรยากาศแห่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้เข้าร่วม จากการศึกษาของ Singhal⁽⁵⁾ อธิบายคำ “facilitator” ว่าสามารถใช้สลับกันได้กับคำว่า “outsider” หรือคนนอก เพราะโดยทั่วไปแล้วกระบวนการจะเข้าสู่ชุมชนเพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง สำหรับ Berta และคณะ⁽⁶⁾ ได้อธิบายคำ “facilitation” ว่าเกี่ยวข้องกับบทบาท (role) และกระบวนการ (process) บทบาทของกระบวนการ ผู้ที่ช่วยให้บรรลุเป้าหมายเฉพาะภายในชุมชน กล่าวคือ กระบวนการเป็นบุคคลภายนอกที่มีบทบาทนำกระบวนการให้เกิดการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงภายในกลุ่ม องค์กรหรือชุมชน และบทบาทมีความเข้มข้นแตกต่างกันไปตามบริบท Peaceful Death (PD) เป็นองค์ประกอบภาคประชาสังคมที่ขับเคลื่อนแนวคิดชุมชนกรรณา (compassionate

communities) ซึ่งเป็นแนวคิดและการปฏิบัติการทางสังคมเกี่ยวกับการส่งเสริมศักยภาพของหน่วยต่างๆ ในชุมชนและสังคมให้มีศักยภาพพร้อมรับมือกับการสูญเสีย การตาย และการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว “กระบวนการชุมชน”^(7,8) เป็นคำเรียกสมาชิกเครือข่ายที่ผ่านโปรแกรมการอบรมแนวคิดชุมชนกรุณา เพื่อทำหน้าที่สื่อสารและปฏิบัติการขับเคลื่อนแนวคิดชุมชนกรุณาในชุมชนและหน่วยต่างๆ ในสังคม อย่างไรก็ตาม คำว่า “กระบวนการชุมชน” ขวนให้เกิดคำถามว่าหมายถึงใคร มีบทบาทและสมรรถนะแตกต่างจากกระบวนการทั่วไปอย่างไร บทความนี้ได้ทบทวนเอกสารวิชาการและงานวิจัย รวมถึงเอกสารที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตรการอบรมของชุมชนกรุณาของ Peaceful Death เพื่อสังเคราะห์ความหมายของกระบวนการชุมชน พร้อมทั้งนำแนวคิด KSA model⁽⁹⁾ มาใช้สังเคราะห์สมรรถนะด้านความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะที่พึงมีของกระบวนการชุมชน นอกจากนี้ได้นำผลสังเคราะห์นี้มาใช้วิเคราะห์กิจกรรมอบรมกระบวนการชุมชนของโครงการจากพื้นที่ปฏิบัติการชุมชนกรุณาที่ดำเนินการระหว่างปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 8 เรื่อง ความเข้าใจที่ดีขึ้นนี้จะให้แนวทางการพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมกระบวนการชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะของกระบวนการ

Facilitator มีชื่อเรียกว่า “ฟา” (ตามคำศัพท์เต็ม) กระบวนกร วิทยากรกระบวนการ ผู้ส่งเสริมการเรียนรู้ ผู้อำนวยการกลุ่ม และผู้อำนวยการเรียนรู้ เป็นต้น สำหรับบทความนี้ขอเรียกว่า “กระบวนการ” ทวีศักดิ์ นพเกสร ได้กล่าวถึงบทบาทของกระบวนการว่า เปรียบเหมือนผู้จัดการ ผู้ประสานงาน ผู้สังเกต ผู้กระตุ้น ผู้สร้างบรรยากาศ ผู้เอื้ออำนวยให้เกิดการสื่อสารแนวราบ ผู้ร่วมเรียนรู้ไปพร้อมกับสมาชิกในกลุ่ม และโค้ชการเรียนรู้ นอกจากนี้ กรมพัฒนาชุมชน⁽¹⁰⁾ ได้เพิ่มเติมบทบาทกระบวนการว่า เป็นนักสังเกต นักฟัง นักตั้งคำถาม นักคิด นักสรุปรวบยอด นักเล่าเรื่อง นักสร้างบรรยากาศ นักสื่อสาร และนักให้กำลังใจ ศูนย์-จิตตปัญญาศึกษามองว่ากระบวนการเป็นนักการจัดการกระบวนการเรียนรู้⁽¹¹⁾ เพื่อเป็นผู้ทำงานเปลี่ยนแปลงสังคม แต่ไม่มีนักวิชาการคนใดเรียกกระบวนการว่า “กระบวนการชุมชน”

เช่นเดียวกันงานวิจัยต่างประเทศของ Diaz-Puente และคณะ⁽¹²⁾ ที่ศึกษาบทบาทกระบวนการที่ทำงานด้านการพัฒนาชุมชนในประเทศสเปนกล่าวถึงบทบาทของกระบวนการว่า เป็นครู ผู้แนะนำ นักฝึกอบรม และผู้นำ อย่างไรก็ตามเมื่อศึกษาเอกสารจากองค์การภาคประชาสังคม เช่น PAHO⁽¹³⁾ (Pan American Health Organization) เรียกกระบวนการสื่อสารและปฏิบัติการขับเคลื่อนพันธกิจขององค์กรในชุมชนว่า “กระบวนการชุมชน” ซึ่งหมายถึงบุคคลที่มีความรู้และทักษะในการทำหน้าที่เป็น community health agent (CHA) เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติการเพื่อสุขภาพในครอบครัวและชุมชน เช่นเดียวกันองค์กร The Prevention Collaborative (PC)⁽¹⁴⁾ ซึ่งเป็นองค์กรทำงานด้านการป้องกันการใช้ความรุนแรงกับผู้หญิงในชุมชน เรียกผู้ที่ขับเคลื่อนโครงการขององค์กรในชุมชนว่ากระบวนการชุมชน ที่ทำหน้าที่นำภารกิจองค์กรให้บรรลุเป้าหมายผ่านการฝึกอบรม การให้คำปรึกษา และการนิเทศชุมชน นอกจากนี้ งานวิจัยของ Taat PP. และคณะ⁽¹⁵⁾ อธิบายว่ากระบวนการชุมชนเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญและขาดไม่ได้สำหรับโครงการพัฒนาบนฐานชุมชน และกระบวนการชุมชนเป็นทุนมนุษย์ที่ทำหน้าที่ได้หลายบทบาท และสามารถเปลี่ยนแปลงได้เสมอเพื่อให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์องค์กร กล่าวได้ว่าบทบาทและการทำหน้าที่ของกระบวนการและกระบวนการชุมชนมีความแตกต่างกัน โดยกระบวนการชุมชนใช้เรียกกระบวนการที่ปฏิบัติการภายใต้แนวคิด อุดมการณ์ และพันธกิจขององค์กร โดยเฉพาะองค์กรที่ทำงานเกี่ยวกับการพัฒนาชุมชน ทั้งนี้ สมรรถนะของกระบวนการด้านความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะที่พึงมี (attribute) ที่หมายรวมถึง ความสามารถ (abilities) และทัศนคติ (attitudes) สามารถสรุปผลการสังเคราะห์จากการทบทวนเอกสารได้ดังตารางที่ 1

สมรรถนะกระบวนการชุมชน

จากตาราง 1 ในภาพรวมสามารถจัดกลุ่มกระบวนการโดยใช้วิธีการจัดกลุ่มเนื้อหาการเรียนรู้ได้ 2 กลุ่มคือ “กระบวนการทั่วไป” และ “กระบวนการชุมชน” โดยพบว่า กระบวนการชุมชนแตกต่างจากกระบวนการทั่วไปในแง่ของเนื้อหาการเรียนรู้ที่จะกำหนดบทบาทหน้าที่โดยยึดโยงกับอุดมการณ์และพันธกิจขององค์กร อย่างไรก็ตาม สมรรถนะของกระบวนการ

ตารางที่ 1 การสังเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะของกระบวนการ

องค์ประกอบสมรรถนะ ของกระบวนการ		แหล่งที่มาของข้อมูล												
		กองอปรม, 2545	ศูนย์จิตตปัญญา, 2555	ทวีศักดิ์ นพเกสร, 2558	พงศ์ศิริ สุขประวิทย์, 2558	กรมพัฒนาชุมชน, 2565	ทฤษฎีปัญญา, 2567	PAHO, 2005	PC, 2018	Diaz-Puente, et al., 2020, 2014	Taat PP, et al., 2022, 2022	Peaceful Death ⁽¹⁶⁾ , 2562	Peaceful Death ⁽¹⁷⁾ , 2562	Peaceful Death ⁽¹⁸⁾ , 2566
ความรู้	การออกแบบกระบวนการเรียนรู้	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X
	ความรู้องค์รวม/ความรู้เชิงระบบ	X	X	X	X	X	X					X	X	X
	การใช้เครื่องมือสร้างกระบวนการเรียนรู้ (เครื่องมือวิจัย, เกม, ศิลปะ, เครื่องมือองค์กร)		X	X		X	X			X	X	X	X	X
	กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	X	X	X		X	X	X	X			X	X	X
	โครงสร้างสังคมวัฒนธรรม/อำนาจ ในชุมชน							X			X		X	X
	ความรู้ด้านนโยบาย กฎหมาย และสิทธิ											X	X	X
	ความรู้เฉพาะตามพันธกิจองค์กร	X			X				X	X	X	X	X	X
ทักษะ	การสื่อสาร (ฟัง/สะท้อน/ให้คำปรึกษา)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	ทักษะการฟัง (ฟัง/สังเกต/สะท้อน/ ตั้งคำถาม)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	ทักษะการดูแลใจตัวเอง (ผู้ดูแล/ กระบวนการ)											X	X	X
	ทักษะเฉพาะ เช่น การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย											X	X	X
	การคิดวิเคราะห์/สังเคราะห์/คิดเชิง ระบบ	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	การสร้างเครือข่าย/ความร่วมมือ												X	X
	การสร้างพื้นที่ปลอดภัย	X	X	X	X		X	X	X			X	X	X
	การตระหนักรู้อารมณ์ความรู้สึก	X	X	X	X				X		X	X	X	X
	การเสริมพลัง		X				X			X	X			X
	การวิเคราะห์ชุมชน/บริบทพื้นที่/ ทรัพยากร					X		X		X	X		X	X
	การประเมิน/ติดตามโครงการ/การแก้ ปัญหา							X	X	X	X			X

ตารางที่ 1 การสังเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะของกระบวนกร (ต่อ)

องค์ประกอบสมรรถนะ ของกระบวนกร		แหล่งที่มาของข้อมูล												
		กองอบรม, 2545	ศูนย์จิตตปัญญา, 2555	ทวีศักดิ์ นพเกสร, 2558	พงศศิริ สุขประวิทย์, 2558	กรมพัฒนาชุมชน, 2565	ทฤษฎีปัญญา, 2567	PAHO, 2005	PC, 2018	Diaz-Puente, et al., 2020, 2014	Taat PP, et al., 2022, 2022	Peaceful Death ⁽¹⁶⁾ , 2562	Peaceful Death ⁽¹⁷⁾ , 2562	Peaceful Death ⁽¹⁸⁾ , 2566
ทักษะ	การเขียน/จัดการโครงการ (คน/เงิน/เวลา)				X			X	X	X	X			X
คุณลักษณะที่พึงมี	เคารพศักดิ์ศรีมนุษย์	X	X	X			X	X	X	X		X	X	X
	เคารพความหลากหลาย/เคารพชุมชน (วัฒนธรรม/เพศ/ชาติพันธุ์/ชุมชน พื้นถิ่น)		X				X	X	X	X	X	X	X	X
	การไม่มีอคติ/เป็นกลาง/เปิดกว้าง	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X
	ทัศนคติว่าด้วยความตายพูดได้											X	X	X
	จิตอาสาเพื่อสังคม/ความกรุณา		X		X							X	X	X
	มีความรักเพื่อนมนุษย์		X						X			X	X	X
	ความรับผิดชอบ/มุ่งมั่น/ความเป็นผู้นำ	X	X		X	X	X			X	X			X
	ความยืดหยุ่น/การสร้างสรรค	X	X	X		X	X				X		X	X

ชุมชนและกระบวนกรทั่วไปไม่มีเนื้อหาการเรียนรู้พื้นฐานด้านความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะที่พึงมี เหมือนกัน ตัวอย่างเช่น ด้านความรู้ พบว่า ทั้งกระบวนกรทั่วไปและกระบวนกรชุมชนต่างจำเป็นต้องมีความรู้พื้นฐานด้านการออกแบบกระบวนกรเรียนรู้ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ความรู้องค์รวมหรือความรู้เชิงระบบ (หมายถึงความรู้ที่ไม่แยกส่วน ตัวอย่างเช่น การทำความเข้าใจปัญหาการดูแลผู้ป่วยไม่อาจแยกศึกษาเฉพาะปัญหาสุขภาพ แต่เกี่ยวข้อง กับปัญหาครอบครัว ปัญหาสังคม ปัญหานโยบายระบบ บริการสุขภาพ และบริบทอื่นๆ) เป็นต้น ด้านทักษะ พบว่า กระบวนกรทั่วไปและกระบวนกรชุมชนต้องมีทักษะดังต่อไปนี้ ได้แก่ การฟัง การสื่อสาร การสร้างพื้นที่ปลอดภัย การสังเกต ผู้คนในกลุ่มและบรรยากาศของกลุ่ม ทักษะการใช้เหตุผล

(การวิเคราะห์ สังเคราะห์ และการคิดเชิงระบบ) การตระหนักรู้ อารมณ์ความรู้สึกของสมาชิกกลุ่ม และการเสริมพลัง เป็นต้น และด้านคุณลักษณะ พบว่า กระบวนกรทั้งสองแบบ พึ่งมีทัศนคติและความสามารถ ได้แก่ การเคารพศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ การไม่มีอคติ ความเปิดกว้าง ความกรุณา จิตอาสา มีความรักเพื่อนมนุษย์ ความรับผิดชอบ ความเป็นผู้นำ ความยืดหยุ่น และความสามารถ เหล่านี้ยังต้น เป็นสมรรถนะพื้นฐานที่จำเป็นของกระบวนกรทั่วไปและกระบวนกรชุมชน

อย่างไรก็ตาม กระบวนกรชุมชน มีบทบาทหน้าที่ยึดโยง กับอุดมการณ์และพันธกิจเฉพาะขององค์กรต้นสังกัด ดังนั้น กระบวนกรชุมชนนอกจากมีสมรรถนะพื้นฐานข้างต้นแล้ว ยังจำเป็นต้องพัฒนาความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะที่พึงมี

เฉพาะบางด้านให้สอดคล้องกับแนวคิดขององค์กร ตัวอย่าง เช่น องค์กรที่ทำงานกับกลุ่มชาติพันธุ์จะให้ความสำคัญกับคุณลักษณะบางด้านอย่างเข้มข้น เช่น ความเคารพชุมชนและความหลากหลาย หรือองค์กรที่ทำงานเกี่ยวกับประเด็นการใช้ความรุนแรงกับผู้หญิงในชุมชน กระบวนการชุมชนจำเป็นต้องมีความรู้ด้านการวิเคราะห์การใช้อำนาจ ความยุติธรรม ทักษะการวิพากษ์และการเสริมพลัง เป็นต้น สำหรับกระบวนการชุมชนของกลุ่ม Peaceful Death ที่สื่อสารและขับเคลื่อนอุดมการณ์การอยู่และตายดีในสังคมไทย ด้านความรู้ที่จำเป็นต้องพัฒนาเพิ่ม ได้แก่ ความรู้แนวคิดชุมชนกรุณา การดูแลแบบประคับประคอง การวางแผนสุขภาพล่วงหน้า สิทธิด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือขององค์กรในการสร้างกระบวนการเรียนรู้ เช่น ไฟโซซิวิต ไฟฤดูฝน ไฟแคร่คลับ และสมุดเบาใจ เป็นต้น ในขณะที่ ด้านทักษะ จำต้องพัฒนาทักษะเพิ่มเติมจากกระบวนการทั่วไป เช่น ทักษะการเยี่ยมบ้าน ทักษะการดูแลใจ

ผู้ดูแล ซึ่งเป็นทักษะสำหรับผู้ดูแลผู้ดูแลเพื่อไม่ให้ตนเองหมดไฟ (burn out) จากการทำงาน รวมถึงทักษะการสร้างเครือข่าย ทักษะการวิเคราะห์ชุมชนและแหล่งทรัพยากรในชุมชน และทักษะการเขียนแผนงานและการจัดการโครงการ เป็นต้น สุดท้าย ด้านคุณลักษณะเฉพาะสำคัญของกระบวนการชุมชนสำหรับทำหน้าที่เป็นผู้สื่อสารและขับเคลื่อนชุมชนกรุณา ได้แก่ ความกรุณา และทัศนคติว่าด้วยความตายพูดได้ เป็นต้น

จากการทบทวนเอกสารกล่าวโดยสรุปได้ว่า กระบวนการชุมชนมีความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะเฉพาะบางด้านเพิ่มเติมที่ต่างจากกระบวนการทั่วไป เพื่อใช้ปฏิบัติงานในชุมชนและบรรลุตามแนวคิดและพันธกิจขององค์กร สำหรับกระบวนการชุมชนของชุมชนกรุณาจำเป็นต้องมีสมรรถนะที่ประกอบด้วยความรู้ (knowledge) ทักษะ (skills) และคุณลักษณะ (attribute) ที่พึงมี ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 สมรรถนะกระบวนการชุมชนในการส่งเสริมชุมชนกรุณา



จากภาพที่ 1 องค์ประกอบของสมรรถนะกระบวนการชุมชนสำหรับทำหน้าที่เป็นผู้สื่อสารและปฏิบัติการขับเคลื่อนแนวคิดชุมชนกรรณาในชุมชนและสังคม เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะที่พึงมีดังนี้

1. ด้านความรู้ โดยทั่วไปกระบวนการชุมชนควรมีความรู้พื้นฐานคือ (1) กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ช่วยให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม และการเสริมพลังให้ผู้เรียนค้นพบศักยภาพตนเอง นอกจากนี้ กระบวนการชุมชนของชุมชนกรรณาควรมีการพัฒนาความรู้เพิ่มเติมด้าน (2) ความรู้แนวคิดชุมชนกรรณา⁽¹⁹⁾ ซึ่งเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพของหน่วยต่างๆ ในชุมชนให้เข้มแข็ง พร้อมรับมือกับการสูญเสีย การตาย และการดูแล เพื่อป้องกัน บรรเทา และเยียวยาความทุกข์จากการป่วยและการสูญเสีย ดังนั้นแนวคิดชุมชนกรรณาจึงไม่เพียงหมายถึงการพัฒนาศักยภาพบุคคลและหน่วยต่างๆ ในชุมชน แต่รวมถึงการสร้างการมีส่วนร่วม การสร้างความเป็นหุ้นส่วน และการสร้างระบบนิเวศที่อบอุ่นและส่งเสริมการอยู่ดีตายดีในชุมชน นอกจากนี้ ความรู้เฉพาะที่ชุมชนกรรณาส่งเสริม ได้แก่ การดูแลแบบประคับประคอง การวางแผนสุขภาพล่วงหน้า การดูแลคุณภาพชีวิตผู้ป่วย เป็นต้น (3) ความรู้การใช้เครื่องมือการเรียนรู้ของ Peaceful Death (PD) ชุมชนกรรณาได้พัฒนาเครื่องมือการเรียนรู้เพื่อสื่อสารแนวคิดและแนวทางการปฏิบัติการ เช่น ไฟโซ-ชีวิต ไฟฤดูฝน ไฟแครคคลับ การ์ดประตูดใจ สมุดเบาใจ เป็นต้น กระบวนการชุมชนควรมีความเข้าใจถึงเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และกระบวนการใช้เครื่องมือเหล่านี้ เพื่อนำไปสื่อสารและสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น ผู้ป่วย ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สุขภาพ หรือจิตอาสา ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (4) ความรู้เชิงระบบ หมายถึงรวมถึงความรู้องค์รวม และความรู้เกี่ยวกับโครงสร้างสังคมและวัฒนธรรม ความเข้าใจเชิงระบบเป็นองค์ประกอบสำคัญของการปฏิบัติการในชุมชน ตัวอย่างเช่น การทำความเข้าใจประเด็นสุขภาพที่ยืดโยงอยู่กับบริบทโครงสร้างสังคม วัฒนธรรมและเศรษฐกิจในชุมชน รวมถึงโครงสร้างอำนาจในท้องถิ่น ความรู้เชิงระบบช่วยให้กระบวนการชุมชนสามารถกำหนดตำแหน่งของตนเองในชุมชนได้อย่างเหมาะสม และเห็นภาพว่าบทบาทของตนเองจะเป็นกลไกที่ส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงได้อย่างไรบทสัมภาษณ์ของประธานมูลนิธิ-

การวิจัยและพัฒนาชุมชนกรรณา วรรณภา จารุสมบัติ⁽²⁰⁾ ได้เน้นย้ำให้เห็นความสำคัญของความรู้เชิงระบบของกระบวนการชุมชนกรรณาไว้ว่า “คนที่ทำงานอาสาต้องรู้ว่า กลุ่มเป้าหมายคือใคร มีบริบทอย่างไร เครือข่ายในชุมชน มีโครงสร้างการเมืองแบบไหน โครงสร้างอำนาจเป็นอย่างไร ใครคือบุคคลสำคัญในชุมชน และการเชื่อมโยงให้เห็นภาพรวมและโครงสร้างที่ทำงานอยู่ เพื่อจะรู้ว่า เราอยู่ตรงส่วนไหนในภาพใหญ่และหากต้องการทำให้งานส่งผลกระทบไปถึงภาพใหญ่จะต้องขับเคลื่อนอย่างไร” และ (5) ความรู้ด้านสิทธิและนโยบายสุขภาพ กระบวนการชุมชนควรเห็นภาพว่าการปฏิบัติงานของตนเองจะไปเชื่อมกับสิทธิ นโยบายท้องถิ่น และนโยบายรัฐได้อย่างไร รวมถึงมีความเข้าใจว่าการขับเคลื่อนอุดมการณ์แนวคิดชุมชนกรรณา ยึดโยงกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนได้อย่างไร

2. ด้านทักษะ โดยทั่วไป ทักษะการสื่อสารและทักษะการฟัง เป็นทักษะพื้นฐานของกระบวนการ อย่างไรก็ตาม สำหรับกระบวนการชุมชนของชุมชนกรรณาทักษะอื่นๆ ที่ควรมีเพิ่ม ได้แก่ (1) ทักษะการเยี่ยมบ้าน เป็นทักษะที่ผสมผสานการสื่อสาร การฟัง และการดูแลผู้ป่วยด้านกาย จิตใจ สังคม (ความสัมพันธ์/บริบทผู้ป่วย) และจิตวิญญาณ เข้าด้วยกัน และเป็นทักษะสำคัญสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพ (2) ทักษะการดูแลใจ เกี่ยวข้องกับการดูแลจิตใจตนเองและผู้ดูแล เพื่อไม่ให้เกิดภาวะหมดไฟ ทักษะการดูแลใจมีหลากหลายวิธี เช่น ไฟแครคคลับที่ใช้ดูแลใจผู้ดูแล กระบวนการศิลปะ การภาวนา หรือกิจกรรมสันตนาการต่างๆ ที่ส่งเสริมให้กลับมาตระหนักรู้ถึงจิตใจตนเองได้ (3) การวิเคราะห์ชุมชนและการสร้างเครือข่าย เป็นทักษะที่ช่วยให้กระบวนการชุมชนเข้าใจบริบทชุมชน เครือข่ายอำนาจ และแหล่งทรัพยากรในชุมชน รวมถึงมองเห็นแนวทางการนำทรัพยากรและภาคส่วนต่างๆ ในชุมชนมาร่วมเป็นเครือข่าย ส่งเสริมการขับเคลื่อนชุมชนกรรณา และ (4) การเขียนแผนและการจัดการโครงการ เกี่ยวข้องกับการพัฒนาทักษะเขียนโครงการ แผนการดำเนินงาน การจัดการโครงการตามกรอบเวลางบประมาณ และทรัพยากรที่มีได้อย่างเหมาะสมภายใต้เป้าหมาย วัตถุประสงค์ ที่สอดคล้องกับแนวคิดชุมชนกรรณา

3. ด้านคุณลักษณะ หมายถึงทัศนคติและความสามารถที่กระบวนการชุมชนพึงมี โดยคุณลักษณะเฉพาะสำคัญของ

กระบวนการชุมชนกรรณที่จำเป็นต้องมีคือ (1) ความกรุณา ซึ่งเป็นความปรารถนาที่จะให้ผู้อื่นมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงการสร้างองค์ประกอบหรือเครือข่ายที่ส่งเสริมให้ทุกคนในสังคมอยู่และตายดี (2) ทศนคติว่าด้วยความตายพุดได้ เป็นคุณลักษณะสำคัญของกระบวนการชุมชน เนื่องจากอุดมการณ์ของชุมชนกรรณทำงานประเด็น การเตรียมตัวตายการดูแลประคับประคอง การวางแผน สุขภาพล่วงหน้า การสร้างเครือข่ายการดูแลโอบอ้อม และ สนับสนุนสังคมแห่งการอยู่ดีตายดี (3) ความเคารพชุมชน และความหลากหลายทางวัฒนธรรม เป็นคุณลักษณะสำคัญของกระบวนการชุมชนที่สัมพันธ์กับหลากหลายพื้นที่และผู้คนที่มีความแตกต่างและหลากหลายของความเชื่อ ศาสนา ประเพณี เพศ และบริบทอื่นๆ (4) ความยืดหยุ่น เกี่ยวข้องกับความเปิดกว้าง ยอมรับความเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น และสามารถปรับเปลี่ยนได้อย่างเหมาะสมกับบริบท และ (5) การสร้างสรรค์ คุณลักษณะสำคัญที่กระบวนการชุมชนสามารถสัมพันธ์กับปัญหาอย่างสร้างสรรค์ รวมถึงสามารถปรับเปลี่ยนหรือสร้างนวัตกรรมสังคมในการสัมพันธ์กับปัญหาได้อย่างมีศิลปะ

การวิเคราะห์เนื้อหาการอบรม กระบวนการชุมชนของโครงการชุมชน กรรณาผ่านกรอบ KSA โมเดล

จากข้อค้นพบผู้เขียนนำกรอบสมรรถนะกระบวนการชุมชน 3 ด้านข้างต้นมาใช้วิเคราะห์โครงการอบรมกระบวนการชุมชนของพื้นที่ปฏิบัติการชุมชนกรรณที่ดำเนินการระหว่างปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 8 โครงการ จากพื้นที่ปฏิบัติการชุมชนกรรณ 8 แห่ง ที่ได้กำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการเพื่อพัฒนากระบวนการชุมชน ได้แก่ (1) โครงการอบรมกระบวนการชุมชนของพื้นที่ปฏิบัติการชุมชนกรรณลำปาง ปี พ.ศ. 2564 (2) โครงการอบรมกระบวนการชุมชนของพื้นที่ปฏิบัติการชุมชนกรรณพะตง ปี พ.ศ. 2564 (3) โครงการอบรมกระบวนการชุมชนของพื้นที่ปฏิบัติการชุมชนกรรณนครสวรรค์ ปี พ.ศ. 2565 (4) โครงการอบรมกระบวนการชุมชนของพื้นที่ปฏิบัติการชุมชนกรรณบางรัก ปี พ.ศ. 2565 (5) โครงการอบรมกระบวนการชุมชนของพื้นที่ปฏิบัติการชุมชนกรรณนครศรีธรรมราช ปี พ.ศ. 2565

(6) โครงการอบรมกระบวนการชุมชนของพื้นที่ปฏิบัติการชุมชนกรรณเชียงราย ปี พ.ศ. 2566 (7) โครงการอบรมกระบวนการชุมชนของพื้นที่ปฏิบัติการชุมชนกรรณชัยนาท ปี พ.ศ. 2566 และ (8) โครงการอบรมกระบวนการชุมชนของพื้นที่ปฏิบัติการชุมชนสมุทรสาคร ปี พ.ศ. 2566 ทั้งนี้วิธีการวิเคราะห์ผู้เขียนนำเนื้อหาการอบรมของแต่ละโครงการมาเทียบกับองค์ประกอบสมรรถนะกระบวนการชุมชนตาม KSA โมเดล ดังตารางที่ 2

จากตารางที่ 2 เมื่อมองเนื้อหาการอบรมกระบวนการชุมชนทั้งแปดพื้นที่ปฏิบัติการชุมชนกรรณ พบว่า เนื้อหาการเรียนรู้ด้านความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะ ที่แต่ละพื้นที่พยายามพัฒนาผู้ร่วมโครงการ (จิตอาสา อสม. หรือเจ้าหน้าที่-สุขภาพ) นั้นไม่แตกต่างกัน อาจมีบางพื้นที่ เช่น ชุมชนกรรณสมุทรสาคร ที่ให้ความสำคัญกับการสร้างสรรคโดยนำการผลิตสื่อ เช่น คลิปวิดีโอ มาใช้เป็นวิธีพัฒนาการเรียนรู้และความสรรคของผู้เข้าร่วม หรือชุมชนกรรณาพะตงที่นำศิลปะการจัดดอกไม้มาพัฒนาผู้ร่วมกิจกรรม และส่งเสริมให้ผู้เรียนจัดดอกไม้ให้ผู้ป่วยเมื่อลงเยี่ยมบ้าน เพื่อดูแลใจผู้ป่วยพร้อมไปกับการดูแลทางกายภาพ และเพื่อสร้างบรรยากาศแห่งการเยียวยาด้วยมิติความงามให้ผู้ป่วยได้สัมผัส อย่างไรก็ตาม จากตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่า เนื้อหาการเรียนรู้ด้านความรู้เชิงระบบ ทักษะการวิเคราะห์ชุมชน และทักษะการเขียนแผนและจัดการโครงการ เป็นเนื้อหาที่ทั้ง 8 โครงการอบรมกระบวนการชุมชนข้างต้นไม่ได้ให้ความสำคัญ กล่าวได้ว่า การอบรมกระบวนการชุมชนที่ผ่านมาเน้นความสำคัญไปที่การพัฒนาผู้ร่วมกิจกรรมเป็นกระบวนการชุมชนในฐานะ “ผู้สื่อสาร” สามารถสื่อสารแนวคิดชุมชนกรรณได้ นำเครื่องมือการเรียนรู้ของชุมชนกรรณไปใช้เพื่อส่งเสริมความเข้าใจการดูแลแบบประคับประคอง การเข้าใจสิทธิเกี่ยวกับการวางแผนสุขภาพล่วงหน้าให้กับสมาชิกในชุมชน แต่ไม่ได้ตั้งเป้าหมายเพื่อพัฒนากระบวนการชุมชนเป็น “ผู้ขับเคลื่อนโครงการ” ที่สามารถพัฒนาโครงการได้ ดำเนินโครงการชุมชนกรรณในชุมชนด้วยตนเอง ดังนั้นการอบรมกระบวนการชุมชนของโครงการชุมชนกรรณที่ผ่านมามีข้อจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นจากมุมมองของความยั่งยืน ที่ให้ความสำคัญการเสริมพลังให้สมาชิกชุมชนเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่ตนเอง การพัฒนาโปรแกรมอบรมกระบวนการชุมชนของโครงการ-

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์เนื้อหาการอบรมกระบวนการชุมชนของพื้นที่ปฏิบัติการชุมชนกรุณาผ่านกรอบ KSA โมเดล

องค์ประกอบสมรรถนะ กระบวนการชุมชน		เนื้อหาการอบรมกระบวนการชุมชนของพื้นที่ปฏิบัติการชุมชนกรุณา							
		ปี พ.ศ. 2564		ปี พ.ศ. 2565			ปี พ.ศ. 2566		
		ลำปาง	พะตง	นครสวรรค์	บางรัก (กรุงเทพฯ)	นครศรี ธรรมราช	เชียงราย	ชัยนาท	สมุทรสาคร
ความรู้ (Knowledge)	การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	X	X	X	X	X	X	X	X
	แนวคิดชุมชนกรุณา	X	X	X	X	X	X	X	X
	ความรู้เครื่องมือ PD	X	X	X	X	X	X	X	X
	ความรู้เชิงระบบ								
	ความรู้ด้านสิทธิและนโยบายสุขภาพ	X	X	X	X	X	X	X	X
ทักษะ (Skills)	การเยี่ยมบ้าน	X	X	X	X	X	X	X	X
	การดูแลใจผู้ดูแล	X	X	X	X	X	X	X	X
	การวิเคราะห์ชุมชนและสร้างเครือข่าย								
	การเขียนแผนและจัดการโครงการ								
คุณลักษณะ (Attribute)	ความกรุณา	X	X	X	X	X	X	X	X
	ทัศนคติว่าด้วยความตายพูดได้	X	X	X	X	X	X	X	X
	การเคารพความหลากหลาย	X	X	X	X	X	X	X	X
	ความยืดหยุ่น		X		X				X
	การสร้างสรรค์		X			X			X

ชุมชนกรุณาให้มีประสิทธิภาพในอนาคตจำเป็นต้องเพิ่มเนื้อหาการเรียนรู้ให้ครบทุกองค์ประกอบตาม KSA โมเดล เพื่อให้ผู้อบรมมีศักยภาพทั้งเป็นผู้สื่อสารและผู้ขับเคลื่อนโครงการชุมชนกรุณาในพื้นที่ตนเองได้

สรุป

บทความนี้พบว่า นิยามความหมายและการพัฒนาสมรรถนะของกระบวนการชุมชน (community facilitator) แตกต่างจากกระบวนการทั่วไป กล่าวคือ กระบวนการชุมชนจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะที่พึงมีเฉพาะบางด้านเพิ่มเติม เพื่อสื่อสารหรือปฏิบัติการสร้างความเปลี่ยนแปลงทางสังคมให้สอดคล้องกับอุดมการณ์และพันธกิจขององค์กร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กระบวนการชุมชนของโครงการชุมชนกรุณา เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้สื่อสารและขับเคลื่อนการแนวทางการปฏิบัติการทางสังคมเกี่ยวกับการส่งเสริมศักยภาพของหน่วยต่างๆ ในชุมชนและสังคม

ให้มีศักยภาพพร้อมรับมือกับการสูญเสีย การตาย และการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นจากข้อค้นพบการพัฒนาสมรรถนะกระบวนการชุมชนให้มีประสิทธิภาพ โปรแกรมการฝึกอบรมควรกำหนดเนื้อหาด้านความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะที่พึงมี ให้สอดคล้องกับพันธกิจขององค์กรที่ขับเคลื่อนโครงการ สำหรับโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะกระบวนการชุมชนของกลุ่ม Peaceful Death องค์ประกอบการเรียนรู้ต้องประกอบด้วย ความรู้แนวคิดชุมชนกรุณา ความรู้เครื่องมือชุมชนกรุณา ความรู้เชิงระบบ ความรู้ด้านสิทธิและนโยบายสุขภาพ ทักษะการเยี่ยมบ้าน ทักษะการดูแลใจ ทักษะการวิเคราะห์ชุมชน และทักษะการจัดการโครงการ รวมถึงทัศนคติว่าด้วยความตายพูดได้และความกรุณา เพื่อเป็นผู้สื่อสารและขับเคลื่อนการสร้างเครือข่ายความร่วมมือและการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ในชุมชนร่วมรับฟัง แบ่งปัน ช่วยเหลือ ดูแล และแปรเปลี่ยนสังคมที่สนับสนุนให้ผู้ป่วย ผู้สูงอายุ และประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่อยู่ดีตายดี

เอกสารอ้างอิง

1. ทรุปลุกปัญญา. อาชีพกระบวนกร [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 3 ก.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://trueplookpanya.com/explorer/occupation-step3/33>
2. พงศ์ศิริ สุขประวิทย์. ผู้ส่งเสริมการเรียนรู้: บทบาทในการเสริมสร้างผลการปฏิบัติงานในองค์กร [วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.
3. ทวีศักดิ์ นพเกสร. วิทยากรกระบวนกร: พัฒนาสุขภาวะชุมชน. เชียงใหม่: วนิตาการพิมพ์; 2558.
4. ศูนย์ประสานงานวิชาการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้. คู่มือหลักสูตรการออกแบบกระบวนกรเรียนรู้เพื่อการเยียวยา โครงการพัฒนาศักยภาพวิทยากรกระบวนกรนักเยียวยา [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 1 ก.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: https://cem.sc.mahidol.ac.th/File/Monograph/monograph_happiness.pdf
5. Singhal A. Facilitating community participation through communication. New York: UNICEF; 2011.
6. Berta W, Cranley S, Dearing JW, Dogherty EJ, Squires JE, Estabrooks CA. Why (we think) facilitation works: insights from organizational learning theory. *Implementation Science* 2015;10(1):1-13.
7. สุธีลักษณ์ ลาดปลาละ. การสนับสนุนพื้นที่ปฏิบัติการสำหรับกระบวนกรชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 29 มิ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://peacefuldeath.co/การสนับสนุนปฏิบัติการ/>
8. ชุมชนกรุณา. เวิร์คช็อปกระบวนกรชุมชนเพื่อการสื่อสารด้วยความกรุณาและสร้างสรรค์ (workshop for community facilitators: communication to others with compassion and creativity) [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 29 มิ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://peacefuldeath.co/carefriends/workshop-for-community-facilitators-communication-to-others-with-compassion-and-creativity/>
9. Roczewski G. Core concepts: KSA (knowledge, skills, abilities) [Internet]. 2020 [cited 2023 Jul 20]. Available from: <https://www.ibbaka.com/ibbaka-talent-blog/core-concepts-ksa-knowledge-skill-abilities>
10. กรมการพัฒนาชุมชน. หลักสูตรวิทยากรกระบวนกร [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 27 มิ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://train.cdd.go.th/wp-content/uploads/sites/104/2023/03/โครงการพัฒนาหลักสูตร-ผู้เอื้ออำนวยกระบวน-230565.pdf>
11. ศูนย์จิตตปัญญาศึกษา. ชุมชนกระบวนกร: การเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลง. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
12. Diaz-Puente JM, Gallego FJ, Vidueira P, Fernandez MJ. Facilitation in community development. Twenty-five years of experience in rural territories in Cuenca, Spain. *European Planning Studies* 2014;22(11):2231-47.
13. Pan American Health Organization. Guide for facilitators of community health agent (CHA) training. Washington DC: Pan American Health Organization; 2005.
14. The Prevention Collaborative. Training and mentoring community facilitators to lead critical reflection group for preventing violence against women [Internet]. 2018 [cited 2023 Jul 20]. Available from: https://prevention-collaborative.org/wp-content/uploads/2021/08/Prevention-Collaborative_2018_Training-and-Mentoring-Facilitators.pdf
15. Taat PP, Dedi P, Agung DB. Community facilitator: human resource or human capital. *International Journal of Scientific Research and Management* 2022;10(12):1320-28.
16. Peaceful Death. คู่มือหลักสูตรการบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับผู้ดูแลและนักบริบาล. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2562.
17. Peaceful Death. แนวคิดชุมชนกรุณา หลักสูตรและเอกสารประกอบการอบรม. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2562.
18. Peaceful Death. รายงานถอดบทเรียนเพื่อนบ้านประคับประคอง [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 27 มิ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://drive.google.com/drive/folders/1QszZ6ItO362LYtF7seM4trsfjN6-Q81>
19. Peaceful Death. ชุมชนกรุณาวิถีใหม่ของสังคมไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2562.
20. ศิริรุ่ง ศรีสิทธิพิศาลภพ. ถอดบทเรียนกระบวนกร [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 20 ก.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://peacefuldeath.co/ถอดบทเรียนกระบวนกร/>

Community Facilitator: Competencies and Role in Promoting Compassionate Community

Direk Chaichana

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

Abstract

Community facilitators are indispensable in the development programs that use a community-based approach. Nevertheless, the distinction between to distinguish the specific definitions and competencies of between community facilitators and facilitators in general remains unknown. This article reviews research, academic papers, and the training document regarding the concept of compassionate communities in order to explore the meaning and competencies of community facilitators based on the KSA (knowledge, skills, attribute) model. This clear comprehension provides proper guidelines for improving a training program for community facilitators who are tasked to introduce, plan, promote, and implement the concept of compassionate community into Thai society.

Keywords: community facilitator; compassionate community; facilitator competencies; KSA model

ฟื้นฟูสุขภาพจิต สร้างชุมชนเข้มแข็ง: แนวทางดูแลสุขภาพ เกษตรกรหลังอุทกภัย ในจังหวัดหนองคาย

สิริกร นามลาบุตร¹, นุชสิทธิ์ จิตแก้ว¹, พีรวิชัย นามลาบุตร¹, พิมพ์ใจ เมฆสุสุขใส¹, จันทร์ธิดา ปิ่นศิริ²

¹ สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ (องค์การมหาชน) กรุงเทพมหานคร

² สถาบันวิจัยและส่งเสริมศิลปวัฒนธรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี

วันรับ: 7 ต.ค. 2567

วันแก้ไข: 3 พ.ย. 2567

วันตอบรับ: 6 พ.ย. 2567

บทนำ

ภัยพิบัติทางธรรมชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อุทกภัย นอกจากจะสร้างความเสียหายต่อทรัพย์สินและโครงสร้างพื้นฐานแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ประสบภัยอย่างรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เกษตรกร ซึ่งอาชีพและชีวิตประจำวันผูกพันกับทรัพยากรธรรมชาติเป็นอย่างมาก เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่คาดคิด เช่น อุทกภัยขึ้นมา ทำให้เกษตรกรต้องสูญเสียทั้งที่ดิน พืชผล และปศุสัตว์ ซึ่งเป็นเสมือนทรัพย์สินชั้นสำคัญที่ใช้ในการดำรงชีวิต ส่งผลให้เกิดความรู้สึก เครียด กังวล ซึมเศร้า และอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ ตามมาได้

จังหวัดหนองคาย เป็นอีกหนึ่งพื้นที่ที่ประสบปัญหาอุทกภัยซ้ำซาก จากข่าว Thai PBS จังหวัดหนองคายเผชิญวิกฤตน้ำท่วมรุนแรงที่สุดในรอบหลายปี หลังระดับน้ำโขงสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและเกินระดับ ทำให้น้ำท่วมบ้านเรือนหลายร้อยหลังคาเรือน พื้นที่การเกษตรเสียหายหนัก⁽¹⁾

สถานการณ์ปัญหา

จากข้อมูลในตารางสรุปพื้นที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์อุทกภัยพื้นที่จังหวัดหนองคาย ณ วันที่ 13 กันยายน พ.ศ. 2567 เวลา 16.00 น. ซึ่งจัดทำโดยสำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดหนองคาย⁽²⁾ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปพื้นที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์อุทกภัยพื้นที่จังหวัดหนองคายข้อมูล

อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน	ครัวเรือน	รายละเอียดเพิ่มเติม
เมืองหนองคาย	7	18	980	พื้นที่วัดจำนวน 2 แห่ง อพยพโค 463 ตัว อพยพกระบือ 120 ตัว
ท่าบ่อ	3	16	อยู่ระหว่างสำรวจ	ท่วมพื้นที่การเกษตร (อยู่ระหว่างสำรวจ)
สังคม	4	9	222	พื้นที่การเกษตร 350 ไร่, วัด 4 แห่ง, สถานประกอบการ 2 แห่ง ถนน/สะพาน/ สิ่งสาธารณประโยชน์ และอื่นๆ (ถนน) 4 สาย
ศรีเชียงใหม่	3	16	1,361	ท่วมพื้นที่การเกษตร (อยู่ระหว่างสำรวจ)
รัตนวาปี	1	10	อยู่ระหว่างสำรวจ	ท่วมพื้นที่การเกษตร (อยู่ระหว่างสำรวจ)

อุทกภัยครั้งนี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกษตรกรที่ต้องเผชิญกับความยากลำบากในการฟื้นฟูชีวิตหลังเกิดภัยพิบัติ บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางในการฟื้นฟูสุขภาพจิตของเกษตรกรในจังหวัดหนองคาย หลังจากประสบภัยอุทกภัย รวมถึงการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน เพื่อให้สามารถรับมือกับสถานการณ์วิกฤตและฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว หลังเกิดภัยพิบัตินั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะหากปล่อยให้ปัญหาสุขภาพจิตเรื้อรัง อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว รวมถึงการฟื้นฟูชุมชนและเศรษฐกิจด้วย การให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตของเกษตรกร จึงเป็นการลงทุนระยะยาวที่คุ้มค่า เพราะจะช่วยให้เกษตรกรสามารถกลับมาประกอบอาชีพและดูแลครอบครัวได้อย่างมีความสุข ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของพิทักษ์พล บุญยมาลิก และคณะ⁽³⁾ ได้ศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของผู้ประสบอุทกภัยในจังหวัดอุดรธานี ปี พ.ศ. 2549 การติดตามดูแลระยะยาว 1 ปี พบว่า ผลการติดตามผู้ป่วยในจังหวัดอุดรธานีเป็นระยะเวลา 1 ปี แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการให้บริการด้านสุขภาพจิต โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสภาวะสุขภาพจิตดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด อาทิ อัตราการเกิดโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เหตุการณ์อุทกภัยที่เกิดขึ้นในจังหวัดหนองคายส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชนเป็นวงกว้าง โดยเฉพาะเกษตรกรที่ประสบความสูญเสียทรัพยากรทางการเกษตรอย่างหนัก ผลกระทบดังกล่าวไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของเกษตรกรอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่าผู้ประสบภัยจำนวนมากเผชิญกับปัญหาความเครียด ซึมเศร้า และวิตกกังวล สอดคล้องกับข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข⁽⁴⁾ ที่รายงานสถานการณ์การเตรียมความพร้อมรับมืออุทกภัยในพื้นที่ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า จังหวัดหนองคายและบึงกาฬเป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง และมีการรายงานผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจำนวนมาก เช่น ผู้ที่มีภาวะเครียด 521 ราย ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 73 ราย และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 13 ราย นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยจิตเวชเดิมอีก 67 รายที่ได้รับผลกระทบจาก

สถานการณ์ดังกล่าว โดยต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันไม่ให้อาการสุขภาพจิตแย่ลง ผลกระทบที่เกิดขึ้นสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ประสบภัย เพื่อฟื้นฟูสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของประชาชนให้กลับคืนสู่สภาวะปกติ

การฟื้นฟูสุขภาพจิตและสร้างเสริมความเข้มแข็งของเกษตรกร

ภัยพิบัติทางธรรมชาติอย่างอุทกภัย นอกจากจะสร้างความเสียหายต่อทรัพย์สินและพื้นที่เพาะปลูกแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ประสบภัยอย่างรุนแรง โดยเฉพาะเกษตรกรที่พึ่งพิงอาชีพการเกษตรเป็นหลัก การฟื้นฟูสุขภาพจิตของเกษตรกรจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับชุมชนหลังเกิดอุทกภัย มีดังนี้

1. การดูแลสุขภาพกาย

เพื่อป้องกันการระบาดของโรคภัยไข้เจ็บหลังจากเกิดอุทกภัย ภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน และชุมชนจำเป็นต้องร่วมมือกันอย่างบูรณาการในการดำเนินงาน ดังนี้

- รมรณรงค์ให้ประชาชนดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลอย่างเคร่งครัด เช่น สวมใส่เสื้อผ้ามิดชิด ใช้ยาไล่ยุง กำจัดขยะมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ
- กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง โดยการทำความสะอาดบ้านเรือน สิ่งของที่ใช้แล้ว และบริเวณโดยรอบอย่างสม่ำเสมอ ปิดภาชนะที่กักเก็บน้ำให้มิดชิด
- ฉีดพ่นหมอกควันกำจัดยุง ในพื้นที่เสี่ยงและจุดที่มีการระบาดของยุงอย่างเข้มข้น
- ให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรค โดยเฉพาะโรคไข้เลือดออก บาดทะยัก และโรคติดต่ออื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้
- จัดตั้งศูนย์บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ เพื่อให้บริการตรวจสุขภาพและรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ประชาชนในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ
- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยจัดตั้งคณะกรรมการระดับหมู่บ้านหรือชุมชน เพื่อร่วมกันวางแผนและดำเนินกิจกรรมป้องกันโรค

2. การดูแลสุขภาพจิต

การดูแลสุขภาพจิตของเกษตรกรเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการฟื้นฟูชุมชนหลังเกิดภัยพิบัติ การบูรณา

การความร่วมมือจากทุกภาคส่วนจะช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จ ดังนี้

- จัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาเคลื่อนที่ เพื่อเข้าถึงเกษตรกรในพื้นที่ประสบภัยอย่างทั่วถึง และให้บริการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบรายบุคคลและกลุ่มอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการสร้าง ความเข้าใจถึงความรู้สึก และอารมณ์ที่เกิดขึ้น รวมถึงการฝึกทักษะการรับมือกับความเครียด

- จัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อฟื้นฟูจิตใจ เช่น กลุ่มสนับสนุนทางอารมณ์ กลุ่มฝึกทักษะการผ่อนคลาย และกิจกรรมสร้างสรรค์ร่วมกัน เพื่อให้เกษตรกรได้มีโอกาสแบ่งปันประสบการณ์ สร้างความสัมพันธ์ที่ดี และเรียนรู้วิธีการดูแลตนเอง

- ส่งเสริมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น การจัดกิจกรรมออกกำลังกายกลุ่ม การทำสมาธิ การทำสวน หรือการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ เพื่อช่วยให้เกษตรกรผ่อนคลาย ความเครียด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

- บูรณาการการทำงานร่วมกับผู้นำชุมชนเพื่อให้ผู้นำชุมชนเข้าใจถึงความสำคัญของสุขภาพจิต และสามารถส่งเสริมให้สมาชิกในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การส่งเสริมการฟื้นฟูทางเศรษฐกิจ

- จัดตั้งกองทุนฟื้นฟูเพื่อเกษตรกร ร่วมกันจัดตั้งกองทุนโดยภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรพัฒนาเอกชน เพื่อให้สินเชื่อดอกเบี้ยต่ำแก่เกษตรกรที่ได้รับผลกระทบจากอุทกภัย โดยมีเงื่อนไขที่เอื้อต่อการชำระหนี้ และมีการให้คำปรึกษาทางการเงินแก่เกษตรกรอย่างใกล้ชิด

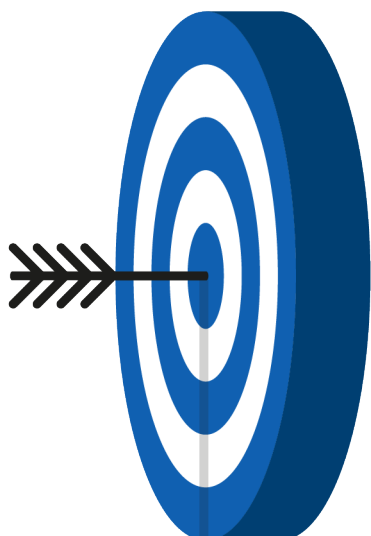
- ส่งเสริมการผลิตพืชที่หลากหลายและมีมูลค่าสูง สนับสนุนให้เกษตรกรปรับเปลี่ยนพืชที่ปลูกให้เหมาะสมกับสภาพดินฟ้าอากาศและความต้องการของตลาด โดยส่งเสริมการแปรรูปผลผลิตเพื่อเพิ่มมูลค่า

- จัดตั้งศูนย์บริการเกษตรกรครบวงจร ร่วมกันจัดตั้งศูนย์บริการเกษตรกรครบวงจร เพื่อให้เกษตรกรสามารถเข้าถึงปัจจัยการผลิตคุณภาพดีในราคาที่เหมาะสม เช่น เมล็ดพันธุ์ ปุ๋ย ยาป้องกันกำจัดศัตรูพืช

- สนับสนุนให้เกษตรกรสามารถจำหน่ายผลผลิตโดยตรงแก่ผู้บริโภค หรือโรงงานอุตสาหกรรมผ่านช่องทางต่างๆ เช่น ตลาดเกษตรกรออนไลน์ แอปพลิเคชัน หรือการจัดงานแสดงสินค้า

- พัฒนาผลิตภัณฑ์และบรรจุภัณฑ์ สนับสนุนให้เกษตรกรพัฒนาผลิตภัณฑ์ให้มีความหลากหลายและมีคุณภาพสูง พร้อมทั้งออกแบบบรรจุภัณฑ์ที่น่าสนใจ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันในตลาด ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 การฟื้นฟูสุขภาพจิต สร้างชุมชนเข้มแข็ง: แนวทางดูแลสุขภาพเกษตรกรหลังอุทกภัย ในจังหวัดหนองคาย



1. การดูแลสุขภาพกาย

2. การดูแลสุขภาพจิต

3. การส่งเสริมการฟื้นฟูทางเศรษฐกิจ

สรุป

การฟื้นฟูสุขภาพจิตและสร้างชุมชนเข้มแข็งหลังภัยพิบัติอุทกภัยในจังหวัดหนองคาย เป็นเป้าหมายสำคัญที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน โดยมีเป้าหมายเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในกลุ่มเกษตรกร เพิ่มขีดความสามารถในการปรับตัวของชุมชน และฟื้นฟูเศรษฐกิจในพื้นที่ การดำเนินงานดังกล่าวจะต้องอาศัยความร่วมมือ

จากทุกภาคส่วน โดยเน้นที่การปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการให้สอดคล้องกับความต้องการที่หลากหลายของแต่ละบุคคล สร้างความเข้มแข็งให้กับกลุ่มผู้ช่วยเหลือในชุมชน และประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น พร้อมทั้งเชื่อมโยงกับนโยบายของรัฐบาล เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. Thai PBS. “หนองคาย” น้ำโขงทะลุ 13 เมตร น้ำเอ่อล้นท่วมหลายพื้นที่ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 24 ก.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thaipbs.or.th/news/content/344170>
2. สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดหนองคาย. รายงานสถานการณ์อุทกภัยพื้นที่จังหวัดหนองคาย สรุปพื้นที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์อุทกภัยพื้นที่จังหวัดหนองคาย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 24 ก.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://nongkhai.mnre.go.th/th/news/detail/194154>
3. พัทธ์พัล บุญยมลิก, สุพัฒนา สุขสว่าง, ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ประสบอุทกภัย จังหวัดอุดรธานี ปี 2549: การติดตามดูแล ระยะยาว 1 ปี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [สืบค้นเมื่อ 21 ก.ย. 2567];57(2):165-74. แหล่งข้อมูล: <https://www.psychiatry.or.th> > 04-Pitakpol PDF
4. Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. สธ.เตรียม 6 มาตรการฟื้นฟูด้านการแพทย์หลังเกิดอุทกภัย “ภาคเหนือ-อีสาน” [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 21 ก.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.hfocus.org/content/2024/09/31667>

บัตรประชาชนใบเดียว...สู่วิถีที่มีสุขภาพดี: แนวทางการขับเคลื่อน 30 บาท

สิริกร นามลาบุตร¹, นุชสิทธิ์ จิตแก้ว¹, พีรวิชัย นามลาบุตร¹, อาทิตย์ ดาวภิรมย์²

¹ สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ (องค์การมหาชน) กรุงเทพมหานคร

² สำนักงานเกษตรและสหกรณ์จังหวัดหนองคาย

วันรับ: 17 ต.ค. 2567

วันแก้ไข: 16 พ.ย. 2567

วันตอบรับ: 20 พ.ย. 2567

บทนำ

นโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” เป็นนโยบายที่สำคัญยิ่งต่อการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขของประชาชนทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีฐานะยากจนหรืออยู่ในพื้นที่ห่างไกล นโยบายนี้ได้เปิดโอกาสให้ประชาชนทุกคนได้รับการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่สูงเกินไป⁽¹⁾

นโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ “30 บาทรักษาทุกที่” ถือเป็นนโยบายสำคัญที่ส่งผลต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนไทยอย่างมีนัยสำคัญ โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียม รวดเร็ว และสะดวกสบาย ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์ และส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น⁽²⁾ นอกจากนี้ ยังกระตุ้นให้หน่วยบริการสุขภาพพัฒนาคุณภาพบริการให้สูงขึ้น เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น ระบบบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ จะช่วยเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพของประชาชน ทำให้การดูแลสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น⁽³⁾

นโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็ก ซึ่งได้รับการดูแลสุขภาพอย่างครอบคลุม ตั้งแต่การได้รับวัคซีน การตรวจสุขภาพตามวัยจนถึงการรักษาโรคทั่วไป ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัยและมีสุขภาพที่แข็งแรง ผลการวิจัยของวิโรจน์ ณ ระนอง และคณะ⁽³⁾ พบว่า นโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ “30 บาท

รักษาทุกที่” ได้รับการตอบรับจากประชาชนเป็นอย่างดี เนื่องจากเป็นนโยบายที่เข้าถึงได้ง่ายและมุ่งเน้นการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ที่มีรายได้น้อย โครงการนี้มีส่วนสำคัญในการลดจำนวนคนจนลงอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนให้เห็นว่านโยบายหลักประกันสุขภาพเป็นเครื่องมือสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพของประชาชนไทย จากการศึกษาของสง่า ไชยนา⁽⁴⁾ พบว่า ประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีความพึงพอใจต่อการส่งต่อผู้ป่วยและศักยภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในระดับสูงถึงร้อยละ 52.01 สะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อมั่นของประชาชนในการเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐาน นอกจากนี้ ประชาชนยังมีความเชื่อมั่นว่าจะได้รับความคุ้มครองตามสิทธิประโยชน์หากต้องไปรับบริการในหน่วยบริการอื่นๆ ในระดับมากที่สุดถึงร้อยละ 42.96 ซึ่งบ่งชี้ถึงความเข้าใจและความพึงพอใจของประชาชนต่อนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่

แม้ว่านโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะประสบความสำเร็จในการขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพ แต่ก็ยังคงมีความจำเป็นต้องปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยของสุนันทา กาญจนพงศ์⁽⁵⁾ พบว่า ยุทธศาสตร์การพัฒนา 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ ควรนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในทุกระยะของโครงการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน phase 3 และ 4 กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรบูรณาการข้อเสนอแนะที่ประกอบด้วย

1 เป้าหมาย 8 ยุทธศาสตร์ 33 มาตรการ และ 23 ตัวชี้วัด เข้าสู่กระบวนการดำเนินงาน เพื่อให้การขับเคลื่อนโครงการบรรลุผลสำเร็จ

บัตรประชาชนใบเดียว...สู่วิตที่มีสุขภาพดี: แนวทางการขับเคลื่อน 30 บาท มี 6 แนวทางที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ควรดำเนินการ ดังนี้

1. ควรเพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์จะช่วยลดระยะเวลาในการรอคอยการตรวจรักษา ทำให้ประชาชนได้รับการดูแลอย่างทันทั่วทั้งที่ควรพัฒนาระบบการนัดหมายออนไลน์จะช่วยอำนวยความสะดวกให้ประชาชนสามารถนัดหมายตรวจได้เองที่บ้าน นอกจากนี้การให้บริการทางไกล จะช่วยให้ผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกลเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ง่ายขึ้น

2. ควรพิจารณาขยายขอบเขตบริการ เพื่อส่งเสริมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการตรวจสุขภาพประจำปี การให้คำปรึกษาสุขภาพ และการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมยิ่งขึ้น

3. ควรพิจารณาบูรณาการข้อมูลสุขภาพของประชาชนเข้ากับระบบฐานข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ระบบทะเบียนราษฎร และระบบประกันสังคม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพ และส่งเสริมการให้บริการสุขภาพที่ครอบคลุมและต่อเนื่องยิ่งขึ้น การบูรณาการข้อมูลดังกล่าวจะช่วยลดการซ้ำซ้อนของข้อมูล ลดระยะเวลาในการค้นหาข้อมูล และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ควรส่งเสริมความร่วมมือกับภาคเอกชนและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันพัฒนาระบบสุขภาพให้มีความทันสมัยและมีประสิทธิภาพ

4. ควรดำเนินการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนทั่วไปมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และวิธี

การใช้สิทธิอย่างถูกต้องครบถ้วน นอกจากนี้ ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและให้ความรู้ด้านสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

5. ควรพิจารณาปรับปรุงระบบการจัดสรรงบประมาณ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อให้การใช้จ่ายงบประมาณเกิดประโยชน์สูงสุด และสอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน นอกจากนี้ ควรแสวงหาแหล่งเงินทุนเพิ่มเติม เพื่อสนับสนุนการขยายขอบเขตบริการ และพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีความยั่งยืน

6. ควรส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยและพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพ โดยเปิดโอกาสให้นักวิจัยจากหลากหลายสาขาวิชาเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย เพื่อให้ได้ผลงานวิจัยที่มีความครอบคลุมและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง นอกจากนี้ สปสช. ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาฐานข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบัน เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน ดังภาพที่ 1

สรุป

“30 บาท” ไม่ใช่แค่การรักษา แต่คือการสร้างระบบสุขภาพที่แข็งแกร่ง โดยการเพิ่มบุคลากรทางการแพทย์ พัฒนาระบบนัดหมายออนไลน์ ขยายขอบเขตบริการ และบูรณาการข้อมูลสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น รวดเร็วขึ้น และครอบคลุมมากขึ้น พร้อมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง และสนับสนุนการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของคนไทยให้ดียิ่งขึ้น

ภาพที่ 1 บัตรประชาชนใบเดียว...สู่ชีวิตที่มีสุขภาพดี: แนวทางการขับเคลื่อน 30 บาท



เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. แนวทางการขับเคลื่อนนโยบาย “นโยบาย 30 บาทรักษาทุกคน ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 8 ต.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: https://www.nko.moph.go.th/main_new/upload_files/news/2024-03-22_30bath.pdf
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 141, ตอนพิเศษ 165 ง (ลงวันที่ 17 มิถุนายน 2567).
3. Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. เปิดรายละเอียด “บัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกคน” ข้ามเครือข่ายทุกสังกัด 4 จังหวัด ของขวัญปีใหม่ 67 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 8 ต.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.hfocus.org/content/2023/10/28743>.
4. วิโรจน์ ณ ระนอง, อัญชญา ณ ระนอง, ศศิวิฑูรย์ วงศ์มณฑา. ผลกระทบของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและโครงการ 30 บาท ที่มีต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน: รายงานวิจัยเล่มที่ 2 [อินเทอร์เน็ต]. 2548 [สืบค้นเมื่อ 8 ต.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/1197?locale-attribute=th>
5. สง่า ไชยนา. ประสิทธิผลการดำเนินงานโครงการ 30 บาท รักษาทุกคนที่ จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 8 ต.ค. 2567];7(2):117-26. แหล่งข้อมูล: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/582>
6. สุนันทา กาญจนพงศ์. ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกคนด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2567;10(1):199-243.



www.thaihealth.or.th/THPJournal