

# วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย

## THAI HEALTH PROMOTION JOURNAL

### นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

- ปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดพิษณุโลก
- พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าอุแท อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- โปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและค่าความเข้มข้นของเลือดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ
- ผลของโปรแกรมกำกับตนเองต่อการออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร และเส้นรอบเอวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะอ้วนลงพุง ในพื้นที่ตำบลโนนหนามแท่ง อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ
- ผลของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพผู้สูงอายุ "ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม เสร้า กินข้าวอร่อย" ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 9 ด้าน ในพื้นที่นาร่อง อำเภอห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ
- การศึกษาปัญหาสุขภาพจิตและแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดีของเยาวชน อายุระหว่าง 15-24 ปี ในประเทศไทย
- บทบาทของผู้นำชุมชน ผู้นำทางจิตวิญญาณ ผู้นำทางศาสนาและวัฒนธรรมพื้นถิ่น ต่อการป้องกันและจัดการปัญหาสารเสพติดในระดับชุมชน จังหวัดหนองคาย
- ผลของการเจริญเมตตาภาวนาด้วยการยึดจากหัวใจที่มีต่อการนำไปปรับใช้เพื่อลดความทุกข์ในชีวิตประจำวัน

### บทความพิเศษ (Special Article)

- บุหรี่ไฟฟ้า: การแทรกแซงนโยบายและมาตรการที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย
- บทบาทของเทคโนโลยีดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์ในการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

### ปกิณฑะ (Miscellany)

- หนองคาย: ผู้สังคมนักสูงอายอย่างมีสุขภาพ ด้วยภูมิปัญญาไทย
- หนองคาย: ดูแลผู้สูงอายุในยุคภูมิอากาศเปลี่ยนแปลง
- เกษตรอินทรีย์ วิถีสุขภาพที่ยั่งยืน

สารบัญ	หน้าที่	Contents
<b>ทบทวนวิชาการ</b>		<b>Editorial</b>
อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ วิวัฒน์ โรจนพิทยากร	1	Barriers to Health Promotion Wiwat Rojanapithayakorn
<b>นิพนธ์ต้นฉบับ</b>		<b>Original Article</b>
ปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแล ในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดพิษณุโลก พิชญา จันดาหาร, ธนัช กนกเทศ	2	Factors Affecting Performance of Caregivers Serving Dependent Elderly in the Long Term Care System of Phitsanulok Province Pitchaya Chandahan, Thanach Kanokthet
พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือด- สมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาล- ส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าอุแท อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผกามาศ คงพยัคฆ์, มิ่งขวัญ ศิริโชติ	11	Self-Prevention Behavior of Stroke in Hypertension Patients, Tha Uthae Subdistrict Health Promoting Hospital, Kanchanadit District, Surat Thani Province Phakamat Kongphayak, Mingkwan Sirichote
โปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมส่งเสริมสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าความเข้มข้นของ เลือดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการ ขาดธาตุเหล็ก อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ ประนอม วงศ์สำราญ	20	Effects of the Joint Goal Setting Program on Self-Care Behavior and Blood Concentration Values in Pregnant Women with Iron Deficiency Anemia, Kaset Sombun District, Chaiyaphum Province Pranom Wongsamran
ผลของโปรแกรมกำกับตนเองต่อการออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร และเส้นรอบเอวของอาสาสมัคร- สาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะอ้วนลงพุง ในพื้นที่ ตำบลโนนหนามแท่ง อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ พัชรินทร์ ไมระอรอด และคณะ	29	The Effects of Self-Regulation Program on Exercise, Dietary Control and Waist Circumference of Volunteer Health Workers with Central Obesity in Non Nam Taeng Sub-District, Mueang District, Amnat Charoen Province Patcharin Mora-at, et al.
ผลของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพ ผู้สูงอายุ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 9 ด้าน ในพื้นที่นำร่อง อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ กาญจนพร ธนะปาน และคณะ	38	Results of the Health Risk Prevention Model for the Elderly: “Don’t Fall, Don’t Forget, Don’t Get Depressed, Eat Delicious Food” in Elderly 9 Risks Group in the Pilot Area, Hua Taphan District Amnat Charoen Province Kanjanaporn Thanapan, et al.

สารบัญ	หน้าที่ Page	Contents
การศึกษาปัญหาสาเหตุสุขภาพจิตและแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดีของเยาวชน อายุระหว่าง 15-24 ปี ในประเทศไทย <i>ชนากานต์ ขจรเสรี และคณะ</i>	52	A Study on the Problems, Causes, and Approaches to Mental Health Promotion among Youth Aged 15-24 Years in Thailand <i>Chanakarn Kachonseree, et al.</i>
บทบาทของผู้นำชุมชน ผู้นำทางจิตวิญญาณ ผู้นำทางศาสนาและวัฒนธรรมพื้นถิ่น ต่อการป้องกันและจัดการปัญหาสารเสพติดในระดับชุมชน จังหวัดหนองคาย <i>สิริกอร์ นามลาบุตร และคณะ</i>	61	The Roles of Community, Spiritual, Religious and Cultural Leaders Towards the Prevention and Management of Substance Abuse Problems at the Community Level, Nong Khai Province <i>Sirikorn Namlabut, et al.</i>
ผลของการเจริญเมตตาภาวนาด้วยการยิ้มจากหัวใจที่มีต่อการนำไปปรับใช้เพื่อลดความทุกข์ในชีวิตประจำวัน <i>พระโชติก อภิชาโต, สุวีรัตน์ งามเกียรติไพศาล</i>	71	The Effects of Cultivating Metta Bhavana with a Heartfelt Smile on Applying It to Reduce Suffering in Daily Life <i>Phra Chotik Abhijato, Sureerat Ngamkiatphaisan</i>
<b>บทความพิเศษ</b>		<b>Special Article</b>
บุหรี่ไฟฟ้า: การแทรกแซงนโยบายและมาตรการที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย <i>วศิน พิพัฒน์ฉัตร และคณะ</i>	80	Electronic Cigarettes and Heated Tobacco Products: Policy Recommendations to Counter Tobacco Industry Interference <i>Vasin Pipattanachat, et al.</i>
บทบาทของเทคโนโลยีดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์ในการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ <i>สรายุธ รัศมี</i>	91	The Role of Digital Technology and Artificial Intelligence in Data Analysis for Health Tourism <i>Sarayoot Ratsamee</i>
<b>ปกิณกะ</b>		<b>Miscellany</b>
หนองคาย: สู้สังคมผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาพด้วยภูมิปัญญาไทย <i>สิริกอร์ นามลาบุตร และคณะ</i>	103	Nong Khai: Embracing a Healthy Aging Society through Traditional Thai Wisdom <i>Sirikorn Namlabut, et al.</i>
หนองคาย: ดูแลผู้สูงอายุในยุคภูมิอากาศเปลี่ยนแปลง <i>สิริกอร์ นามลาบุตร และคณะ</i>	105	Nong Khai: Caring for the Elderly in a Changing Climate <i>Sirikorn Namlabut, et al.</i>
เกษตรอินทรีย์ วิถีสุขภาพที่ยั่งยืน <i>กนกวรรณ ไฉสูงเนิน, อาทิตย์ ดาวภิรมย์</i>	108	Organic Agriculture: Way to Sustainable Health <i>Kanokwan Chosungnoen, Arthit Daophirom</i>

# วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย

วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย จัดทำขึ้นโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อเป็นช่องทางในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการของบุคลากรและเครือข่ายที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพในหลากหลายมิติ 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 เป็นลักษณะ double blind review เพื่อประเมินคุณภาพและให้คำแนะนำต่อบรรณาธิการ ซึ่งจะรวบรวมข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะและประสานกับเจ้าของบทความ เพื่อแจ้งผลการพิจารณา หากเห็นสมควรก็จะดำเนินการปรับแก้ให้สมบูรณ์เพื่อนำไปพิมพ์เผยแพร่ต่อไป

ผู้สนใจสามารถศึกษารูปแบบบทความและแนวทางการส่งบทความได้ที่ เว็บไซต์ [www.thaihealth.or.th/THPJJournal](http://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](mailto:THPJ@thaihealth.or.th)

# คณะกรรมการ วารสารการสร้างเสริมสุขภาพ

## คณะกรรมการที่ปรึกษา

ศ. เกียรติคุณ นพ.ประทีป วาทีสาธกิจ มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน  
รศ. นพ.สรนิต ศิลธรรม สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ  
ผศ. ดร.สุปรียดา อุดมยานนท์ นักวิชาการอิสระ  
นพ.พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

## บรรณาธิการ

### บรรณาธิการ

นพ.วิวัฒน์ วิจารณ์ ผู้อำนวยการวิจัยและนวัตกรรมสาธารณสุข  
สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

## กองบรรณาธิการ

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

## ฝ่ายบริหารจัดการ

นายรังสรร มั่นคง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ  
นางสาวนลินี เรืองฤทธิศักดิ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

## อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคล ชุมชน และสังคม มีศักยภาพในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดี ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยไม่เพียงมุ่งเน้นที่การป้องกันโรค แต่ยังส่งเสริมให้คนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน ความหมายของคำนี้มีความชัดเจน เข้าใจง่าย แต่ในทางปฏิบัติทำได้ยาก มิฉะนั้น พลเมืองโลกก็คงมีสุขภาพที่ดีกันหมดแล้ว โดยในชีวิตจริง มักพบอุปสรรคหลายด้าน ทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และระบบสุขภาพ ผู้เกี่ยวข้องจึงควรมีความเข้าใจต่ออุปสรรคดังกล่าว เพื่อจะสามารถแก้ไขปัญหาลดอุปสรรคได้อย่างตรงจุด

ในทางวิชาการ สามารถแบ่งปัญหาอุปสรรคของงานสร้างเสริมสุขภาพได้เป็นหมวดหมู่ดังนี้

### 1. อุปสรรคระดับบุคคล

ปัญหาสำคัญคือ การขาดความรู้และความตระหนักของประชาชนเกี่ยวกับความจำเป็นและคุณประโยชน์ของงานสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ไม่เข้าใจความสำคัญของปัญหาสุขภาพ ไม่ทราบถึงภาวะทางร่างกายที่เป็นอยู่สามารถนำไปสู่ความเจ็บป่วยได้ (เช่น ไม่รู้ว่ามีภาวะน้ำหนักเกิน นำไปสู่โรคหัวใจและหลอดเลือด) หรือมีทัศนคติและพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ ซึ่งรวมถึงความเชื่อที่ผิดๆ (ร่างกายแข็งแรงดี ไม่จำเป็นต้องตรวจสุขภาพ ไม่เห็นประโยชน์ของการฉีดวัคซีนป้องกันโรค) มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนยาก เช่น สูบบุหรี่ รับประทานอาหารไร้สุขภาพ รวมทั้งขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงการมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการหรือสวัสดิการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (เช่น เข้าไม่ถึงบริการตรวจคัดกรองโรคต่างๆ) และขาดกำลังทรัพย์ในการจัดหาอุปกรณ์หรือบริการสร้างเสริมสุขภาพที่จำเป็น

### 2. อุปสรรคระดับสังคมและสิ่งแวดล้อม

อุปสรรคด้านสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพมีมากมาย เช่น พื้นที่ออกกำลังกายไม่เพียงพอหรือเข้าถึงยาก อาหารสุขภาพมีราคาแพง หรืออาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อโรค เช่น น้ำไม่สะอาด อากาศไม่บริสุทธิ์ มีสิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อนด้วยมลพิษ เป็นต้น ในด้านของวัฒนธรรมและค่านิยม มีส่วนสำคัญที่เป็นอุปสรรคต่อการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น งานประเพณีที่มีการดื่มแอลกอฮอล์ การมีวามสัมพันธ์ทางเพศที่ไม่ปลอดภัย เป็นต้น นอกจากนี้ ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพก็เป็นอุปสรรคสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพของคนชนบทหรือกลุ่มเปราะบางในสังคม

### 3. อุปสรรคระดับระบบสุขภาพ

ปัญหาสำคัญในระดับนโยบายคือ การขาดกฎหมายหรือมาตรการที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เพราะในปัจจุบัน กฎหมายควบคุมอาหารขาดความเคร่งครัด ปล่อยให้มีการจำหน่ายอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพ (อาหารหวานจัด เค็มจัด โดยไม่มีการควบคุมความเยื่อหุ้มของการควบคุมป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าและสารเสพติดต่างๆ) การเน้นระบบรักษาโรคมากกว่าการส่งเสริมป้องกันโรค และการที่บุคลากรสาธารณสุขไม่ให้ความสำคัญต่องานสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงความจำกัดของการสื่อสารสุขภาพ ซึ่งให้ข้อมูลไม่ชัดเจน และไม่สามารถสู้กับอิทธิพลของการโฆษณาอาหารหรือผลิตภัณฑ์ไร้สุขภาพ

เมื่อทราบถึงอุปสรรคทั้ง 3 ระดับแล้ว แนวทางการแก้ปัญหาที่จะชัดเจนขึ้น โดยมุ่งดำเนินการให้ตรงจุด เช่น หากเป็นระดับบุคคล ก็ต้องเน้นการสร้างความรู้ทางสุขภาพกันให้กว้างขวางเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะของประชาชนทุกกลุ่มวัยในทุกพื้นที่ให้มีศักยภาพในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพ นำไปสู่การมีสุขภาพดี ในขณะที่เดียวกัน ก็ปรับสิ่งแวดล้อมให้สนับสนุนหรือรองรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนอย่างทั่วถึง รวมทั้งกำหนดนโยบายที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนให้เทียบเท่าหรือไม่น้อยกว่านโยบายด้านการรักษาพยาบาล ให้สมกับทิศทางหนึ่งที่กำหนดไว้ในกฎบัตรอตตาวา ซึ่งระบุว่า ให้ปรับระบบบริการสุขภาพที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ หรือ “reorienting health services”

สรุป การสร้างเสริมสุขภาพต้องเผชิญอุปสรรคหลายระดับ แต่สามารถแก้ไขได้ด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วน ทั้งการปรับพฤติกรรมบุคคล การปรับสภาพแวดล้อม และการผลักดันนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ

# ปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแล ในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดพิษณุโลก

พิชญา จันดาหาร, ธนัช กนกเทศ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดพิษณุโลก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดพิษณุโลก ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรอย่างน้อย 70 ชั่วโมง จำนวน 320 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง (mean=59.05, SD=10.45) แรงสนับสนุนทางสังคม ทักษะคิดแรงจูงใจ สถานภาพสมรสและการได้รับการฟื้นฟูความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถทำนายผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้ร้อยละ 60.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2=0.602$ ,  $p<0.001$ ) โดยแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายการปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้มากที่สุด ( $\beta=0.697$ ,  $p<0.001$ ) รองลงมาคือ ทักษะคิด ( $\beta=0.281$ ,  $p<0.001$ ) แรงจูงใจ ( $\beta=0.329$ ,  $p<0.001$ ) สถานภาพสมรส ( $\beta=1.693$ ,  $p<0.001$ ) และการได้รับการฟื้นฟูความรู้ ( $\beta=-2.206$ ,  $p<0.001$ ) ตามลำดับ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ; ภาวะพึ่งพิง; ผู้ดูแล; การปฏิบัติงาน

วันรับ: 14 ธ.ค. 2567

วันแก้ไข: 28 ม.ค. 2568

วันตอบรับ: 30 ม.ค. 2568

## บทนำ

สถานการณ์ผู้สูงอายุทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากอัตราการเกิดที่ลดลงและผู้คนมีอายุยืนยาวมากขึ้น<sup>(1)</sup> องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าโลกจะก้าวสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ ในปี พ.ศ. 2593 โดยทวีปเอเชียเป็นทวีปที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก มีประชากรสูงอายुर้อยละ 13.4<sup>(2)</sup> ประเทศไทยเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2564 โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึง

12.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.8 ของประชากรทั้งหมด และจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.0 ในปี พ.ศ. 2574 ขณะที่สหประชาชาติคาดการณ์ว่า สัดส่วนผู้สูงอายุของไทยสูงกว่าหลายประเทศในอาเซียน และไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเร็วกว่าหลายประเทศส่วนใหญ่ในอาเซียน ประมาณ 20 ปี และคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super aged society) ในปี พ.ศ. 2578 เมื่อมีประชากรสูงอายุมากถึงร้อยละ 30.0 ของประชากรทั้งหมด<sup>(3)</sup>

จากการสำรวจในประเทศไทย พบว่าร้อยละ 69.3 ประชากรในกลุ่มอายุ 60-69 ปี เป็นโรคเรื้อรังและพบเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น และเพิ่มเป็นร้อยละ 83.3 ในกลุ่มที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป<sup>(4)</sup> การศึกษาชี้ให้เห็นว่าการที่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นไม่ได้หมายความว่าภาวะสุขภาพจะดีขึ้นในด้านสุขภาพกายประชากรสูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นและกลับต้องอยู่ในภาวะทุพพลภาพช่วยตนเองไม่ได้ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน<sup>(5)</sup> โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ จึงต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น และต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องระยะยาว ส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือจากคูชีวิต บุตรหลานและญาติ นอกจากนี้ยังมีผู้ดูแลที่จ้างมาด้วย แต่เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมไทยในปัจจุบัน จากครอบครัวใหญ่กลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุลดลงจากขนาดครอบครัวที่เล็กลง การเคลื่อนย้ายแรงงานเข้าสู่เมืองและการเข้าสู่ระบบเศรษฐกิจนอกบ้านของสตรีทำให้ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งอาจไม่ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพเนื่องจากไม่มีญาติ หรือญาติไม่มีเวลาเพียงพอ และมีข้อจำกัดในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะต้องพึ่งพิง ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูง ต้องดูแลตนเองหรือไม่มีคนดูแล ส่งผลให้ผู้สูงอายุไทยไม่มีบุตรคอยดูแลและอยู่ตามลำพังมากขึ้น<sup>(6)</sup> จึงต้องมีผู้ดูแลจากบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนในครอบครัว ข้อมูลจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2563 ระบุว่า จากทั้งหมด 21.9 ล้านครัวเรือน มีถึง 1.3 ล้านครัวเรือนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่เพียงลำพังคนเดียว ขณะที่อีก 1.4 ล้านครัวเรือน มีเฉพาะผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วยกันโดยไม่มีคนวัยอื่นอาศัยอยู่ในบ้าน นั้นหมายความว่า มากกว่าร้อยละ 12 ที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่อย่างลำพัง ส่วนอีกร้อยละ 42.6 หรือราว 9.3 ล้านครัวเรือน เป็นครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่<sup>(3)</sup> ปัจจุบัน ประเทศไทยมีการจัดสวัสดิการของรัฐสำหรับผู้สูงอายุใน 4 รูปแบบ ได้แก่ การประกันสังคม การช่วยเหลือสาธารณะ การบริการสังคม และการช่วยเหลือเกื้อกูลของภาคประชาชน<sup>(7)</sup> ในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว สวัสดิการของรัฐสำหรับผู้สูงอายุจึงกลายเป็นสิ่งจำเป็นเพิ่มมากขึ้น จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการพัฒนาให้เหมาะสม

ประเทศไทยมีการขับเคลื่อนนโยบายผู้สูงอายุผ่าน พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2553 แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ยุทธศาสตร์กรมกิจการผู้สูงอายุ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องภายใต้การสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ โดยมุ่งเน้นดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและติดเตียง) และกรมอนามัย ได้สนับสนุนนโยบายโดยการพัฒนาศมรรถนะบุคลากรในการปฏิบัติงานและการจัดทำหลักสูตรการอบรมผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (care manager) และหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) 70 ชั่วโมง เป็นผู้ปฏิบัติงานในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากผลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2565 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ร้อยละ 22.60<sup>(3)</sup>

จังหวัดพิษณุโลก ประชากรผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (activity of daily living; ADL) ร้อยละ 75.25 เมื่อจำแนกตามกลุ่มพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 กลุ่มช่วยเหลือตนเองและคนอื่นได้ (ติดสังคม) ร้อยละ 98.33 กลุ่มที่ 2 กลุ่มช่วยเหลือตนเองได้แต่ช่วยเหลือคนอื่นไม่ได้ (ติดบ้าน) ร้อยละ 1.16 และกลุ่มที่ 3 กลุ่มช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (ติดเตียงร้อยละ 0.51)<sup>(8)</sup> จากข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุจังหวัดพิษณุโลก พ.ศ. 2561-2565 ของศูนย์อนามัยที่ 2 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการจัดทำ care plan ร้อยละ 94.94 จากผลการดำเนินตาม care plan เมื่อจำแนกตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) มีแนวโน้มของผู้สูงอายุกลุ่มที่ติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้นไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของยศ วัชรคุปต์<sup>(9)</sup> ที่พบว่าการให้บริการการดูแลระยะยาวทั้งในรูปแบบปกติและภายใต้โครงการ LTC ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานด้วยตนเองได้มากขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบ

การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงรูปแบบการทำงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดพิษณุโลก ให้มีคุณภาพและสอดคล้องกับบริบทของจังหวัดพิษณุโลกต่อไป

## วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดพิษณุโลก โดยมีวิธีการศึกษาดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปี พ.ศ. 2566 จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 1,195 คน

กลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ Daniel<sup>(10)</sup>

$$n = \frac{NZ^2\alpha/2NP(1-p)}{Z^2\alpha/2P(1-P)+(N-1)d^2}$$

เมื่อ n = จำนวนตัวอย่างที่ต้องการ

N = ขนาดประชากร

$Z\alpha/2 = 1.96$  เมื่อ เท่ากับ 0.05

P = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด  $p=0.5$ )

d = ความคลาดเคลื่อน = 0.05

≈ 291

จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 291 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยบวกเพิ่มอีกร้อยละ 10.0 ดังนั้น จะเก็บแบบสัมภาษณ์ จำนวน 320 คน

**การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling)**

**ขั้นตอนที่ 1** การสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากอำเภอที่มีผู้สูงอายุอายุมากกว่า 65 ปี มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 14<sup>(11)</sup>

**ขั้นตอนที่ 2** จากขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 320 คน นำมากำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละอำเภอ โดยการใช้การเทียบสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอกับจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งหมด

**ขั้นตอนที่ 3** นำกลุ่มประชากรทั้งหมดมาจับสลากแบบไม่คืนที่จากรายชื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุตามทะเบียนรายชื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุของแต่ละอำเภอ จำนวน 4 อำเภอ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามแบบให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบคำถามด้วยตนเอง แบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาปฏิบัติงาน จำนวนผู้สูงอายุในการดูแลการฝึกอบรมฟื้นฟูความรู้ จำนวน 9 ข้อ

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารทางวิชาการ ทบทวนวรรณกรรม และศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาใช้ในการประเมินความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุด้านทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 15 ข้อ

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 15 ข้อ

**ส่วนที่ 4** แบบสอบถามปัจจัยจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 15 ข้อ

**ส่วนที่ 5** แบบสอบถามปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 12 ข้อ

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยการนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ที่ 0.95

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ (ผู้ดูแลผู้สูงอายุอำเภอบางระกำ) จำนวน 30 คน และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามรวมทั้งฉบับ โดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient โดยมีค่าความเที่ยงอยู่ที่ 0.79-0.96

**การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ P2-0466/2566 ลงวันที่ 8 มีนาคม พ.ศ. 2567 และในกระบวนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และการนำผลโครงการวิจัยไปใช้ประโยชน์ให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับทราบก่อนการดำเนินการเก็บข้อมูล และได้รับการยินยอมจากผู้เข้าร่วมโครงการโดยลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย (consent form) เป็นที่เรียบร้อย

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายลักษณะเชิงพรรณนาของตัวแปรที่ศึกษา
2. วิเคราะห์ข้อมูลสถิติ multiple linear regression เพื่อหาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา

**ผลการศึกษา**

1. ผลการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยผล-

การปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 59.05 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.45 คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 31 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 86 คะแนน เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการรับฟังผู้สูงอายุเมื่อผู้สูงอายุต้องการ และรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ มีสวัสดิการด้านรายได้ต่อเดือน ดังตารางที่ 1

2. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ( $p < 0.001$ ) ทักษะจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ( $p < 0.001$ ) แรงจูงใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ( $p < 0.001$ ) สถานภาพสมรสของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ( $p < 0.001$ ) และการได้รับการฟื้นฟูความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ( $p < 0.001$ ) โดยสามารถทำนายผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้ร้อยละ 60.20 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ผลการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผลการปฏิบัติงานต่ำ (ช่วงคะแนน 1-40)	6	1.9
ผลการปฏิบัติงานปานกลาง (ช่วงคะแนน 41-60)	191	59.7
ผลการปฏิบัติงานสูง (ช่วงคะแนน 60-80)	123	38.4
mean=59.05, SD=10.45, max=86, min=31		

ตารางที่ 2 แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทักษะจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แรงจูงใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สถานภาพสมรสของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการได้รับการฟื้นฟูความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (stepwise)

ตัวแปร	R <sup>2</sup> change	β	Beta	t	p-value
แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	0.305	0.697	0.334	4.746	<0.001*
ทักษะจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	0.026	0.281	0.155	3.113	<0.001*
แรงจูงใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	0.014	0.329	0.183	2.613	<0.001*
สถานภาพสมรสของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	0.010	1.693	0.091	2.016	<0.001*
การได้รับการฟื้นฟูความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	0.008	-2.206	-0.093	-2.001	<0.001*

Constant (a)=0.181, R square=0.602, Adjusted R square=0.352, F=0.031, p<0.001

\* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## วิจารณ์

การปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดพิษณุโลก ผลของการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.70 (mean=59.05, SD=10.45) ซึ่งสอดคล้องกับผลการการศึกษาของจิรวรรณ นามพันธ์ และคณะ<sup>(12)</sup> ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า การปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับผลการการศึกษาของเอนก กลิ่นรส<sup>(13)</sup> ศึกษาความสัมพันธ์ของการปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในตำบลโคกชะงาย อำเภอเมืองจังหวัดพัทลุง พบว่า ระดับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ตำบลโคกชะงาย ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ไม่สอดคล้องกับผลการการศึกษาของชนาตุส คำโสม และคณะ<sup>(14)</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดร้อยเอ็ด ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับที่ดี (ร้อยละ 98.33) และยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของทวี วงศ์ไชยชาญ<sup>(15)</sup> ศึกษาแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ระดับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องด้วยนโยบายการปฏิบัติงานในแต่ละพื้นที่มีบริบทที่แตกต่างกัน เช่น นโยบายของผู้บริหาร การปกครองบังคับบัญชาและค่าตอบแทน จึงทำให้ระดับของการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความแตกต่างกัน

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพิษณุโลก ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แรงจูงใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สถานภาพสมรสของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและการได้รับการฟื้นฟูความรู้ของผู้ดูแล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งสามารถอธิบายในรายละเอียดได้ดังนี้

แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีผลกับการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) แสดงให้เห็นว่า การที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากทางสังคม ไม่ว่าจะมาจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่คอยช่วยเหลือให้คำปรึกษา ให้กำลังใจและให้การสนับสนุนงบประมาณ ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพิษณุโลก ได้มากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Schermerhorn และคณะ<sup>(16)</sup> กล่าวว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติงานได้ผลดีนั้นขึ้นอยู่กับ การสนับสนุนจากองค์กรในด้านต่างๆ ได้แก่ ความช่วยเหลือจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของชนาตุส คำโสม และคณะ<sup>(14)</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า การติดตามงานจากผู้จัดการหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของยุพา พูชื่น<sup>(17)</sup> ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ กรณีศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลบ้านเอื้อม อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง พบว่า การได้รับสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Chuluunbaatar และคณะ<sup>(18)</sup> ศึกษาเรื่อง การเปลี่ยนแปลงภาวะการดูแลของผู้ดูแลนอกระบบของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในประเทศมองโกเลีย พบว่า การสนับสนุนจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของภาวะการดูแลและบทบาทของผู้ดูแล

ทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีผลกับการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) แสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการดำเนินงาน จะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการแสดงออกพฤติกรรมที่ดี และการ

ปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็น คนอาศัยอยู่ในชุมชน เห็นปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่ไม่ สุขสบายทางร่างกายหรือจิตใจ จึงรู้สึกเห็นใจอยากช่วยเหลือ จึงทำให้การปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแลได้ดี ซึ่งเป็นไปตามแนวคิด การปฏิบัติงานของ Schermerhorn และคณะ<sup>(16)</sup> กล่าวว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติงานได้ผลดีนั้นขึ้นอยู่กับอิทธิพลของ ลักษณะทางจิตวิทยา ได้แก่ การรับรู้ทัศนคติความต้องการ บุคลิกภาพ โดยสอดคล้องกับการศึกษาของยูพา พูซัน<sup>(17)</sup> ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุ ที่ทุพพลภาพ กรณีศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลบ้านเอื้อม อำเภอมือง จังหวัดลำปาง พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์ กับการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของจิรวรรณ นามพันธ์ และ คณะ<sup>(12)</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของ ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับ การปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ

แรงจูงใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีผลกับ การปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัด พิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) สอดคล้อง กับงานวิจัยของ Bakker<sup>(19)</sup> ซึ่งพบว่าหากบุคลากรมีความ ต้องการในงานสูงแต่ขาดทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับงาน จะนำไปสู่การขาดขวัญกำลังใจและทำให้ระดับแรงจูงใจ รับใช้สาธารณะต่ำลง สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ Ritz และคณะ<sup>(20)</sup> ที่ว่าหน่วยงานราชการควรใช้วิธีการบริหาร จัดการเพื่อมุ่งให้เกิดแรงจูงใจรับใช้สาธารณะในระดับที่สูงขึ้น และควรใช้ระบบรางวัลตอบแทนแทนการจ่ายตามผลงาน สอดคล้องกับการศึกษาของทวิช วงศ์ไชยชาญ และชนะพล ศรีฤชา<sup>(5)</sup> ศึกษาเรื่องแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาพบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง กับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ- พึ่งพิง อาจเนื่องจากการปฏิบัติงานในแต่ละพื้นที่มีบริบท ที่แตกต่างกัน เช่น นโยบายของผู้บริหารการปกครองบังคับ บัญชาและค่าตอบแทนและสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิชาพรพรรณ ตระกูลสันติรัตน์และศุภชัย ไตรไทยธีระ<sup>(21)</sup>

ศึกษาเรื่องการสร้างแรงจูงใจรับใช้สาธารณะในการดูแล ผู้สูงอายุ และผู้พิการ ภายใต้ความร่วมมือข้ามภาคส่วน ในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ และ ยโสธร พบว่า ความร่วมมือข้ามภาคส่วนอยู่ในระดับมาก รูปแบบทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ การกำหนด กรอบความร่วมมือมีเฉพาะหน่วยงานราชการ การแลกเปลี่ยนทรัพยากรในหน่วยงานราชการ และสถาบันการศึกษา ระดับอุดมศึกษา ส่วนใหญ่เป็นการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ระหว่างหน่วยงานราชการและภาคส่วนอื่น ส่วนใหญ่เป็นการ สนับสนุนงบประมาณ และบุคลากร และส่วนใหญ่ไม่มีการ สังเคราะห์โดยถอดบทเรียนร่วมกัน

สถานภาพสมรสของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีผลกับการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดพิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีผล การปฏิบัติงานดีกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีแรง- สนับสนุนจากคู่สมรสที่ให้ความช่วยเหลือและคอยให้กำลังใจ สอดคล้องกับการศึกษาของจิรนนท์ ปุริมาตย์ และคณะ<sup>(22)</sup> ที่พบว่าความแตกต่างทางสถานภาพสมรสทำให้ลักษณะงาน ความสนใจด้านงานแตกต่างกันไปและสอดคล้องกับงานวิจัย ของกัญญา ออยู่สารานู และคณะ<sup>(23)</sup> ที่พบว่า สถานภาพ สมรสมีผลในการจำแนกผลการปฏิบัติงานสาธารณสุขของ หัวหน้าอนามัย ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของภัทภูมิ ชัยเจริญ และพรพรหม สุธาท<sup>(24)</sup> พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มี สถานภาพโสดมีความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุแตกต่าง กับผู้ที่มีสถานภาพสมรส และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษา ที่พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โดยรวมมีส่วนร่วม ไม่แตกต่างกัน

การได้รับการฟื้นฟูความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง มีผลกับการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) แสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการ ฟื้นฟูความรู้จะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุดีขึ้น แม้ผู้ดูแล ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง แล้วก็ตาม แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไป ความรู้ ทักษะ ในเรื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มลดลง จึงควรมีการฟื้นฟูความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ทุก 2 ปี สอดคล้องกับผลการศึกษาศึกษาของสุพัตรา สหายรักษ์ และภัทราวดี เทพสง<sup>(25)</sup> ที่ศึกษาเรื่องการฟื้นฟูและพัฒนา ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการ รายการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า อาสาสมัคร- สาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมฟื้นฟู ทั้งภาค ทฤษฎี และภาคปฏิบัติ มีสมรรถนะเพิ่มขึ้นทุกด้านมากที่สุดในด้านความรู้การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบ องค์รวม (ร้อยละ 92.58) ส่วนความพึงพอใจของผู้สูงอายุ/ ญาติต่อการได้รับการดูแล มีความพึงพอใจมากที่สุดในการ การปฏิบัติดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (ร้อยละ 92.56) ที่ให้ผู้ให้บริการมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพสำหรับ ผู้สูงอายุที่ชัดเจนและมีความต่อเนื่อง

ดังนั้น ผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแล แรงสนับสนุน ทางสังคม ทศนคติแรงจูงใจ สถานภาพสมรสและการได้รับ

การฟื้นฟูความรู้ของผู้ดูแล สามารถทำนายผลการปฏิบัติงาน ของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดพิษณุโลก สาธารณสุขอำเภอเมืองพิษณุโลก สาธารณสุขอำเภอบางกระทุ่ม สาธารณสุขอำเภอวัดโบสถ์ สาธารณสุขอำเภอ พรหมพิราม ผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุ ที่ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและทำการวิจัย รวมทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ เป็นอย่างดีในการตอบแบบสอบถาม

## เอกสารอ้างอิง

1. Lum CM. Active ageing and healthy ageing gaps and actions in health improvement from Hong Kong and beyond: all for health. Singapore: Springer Nature Singapore; 2023.
2. World Health Organization. Progress report on the United Nations decade of healthy ageing, 2021-2023. Geneva: World Health Organization; 2023.
3. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2567.
4. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย 2567: ความเครียด ภัยเงียบของสังคมไทย. นครปฐม: สถาบันวิจัย-ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2567.
5. ธีรนาถ คำสีแก้ว, ธนัช กนกเทศ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลห้วยหม้าย อำเภอสอง จังหวัดแพร่. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินเทอร์เนต 2567;4(4):107-18.
6. ธีรภัทรา เอกผายสวัสดิ์, ธิติรักษ์ ลือชา, นงลักษณ์ อาณี, จิตรนันท์ ศรีเจริญ. การพัฒนาแบบวัดเชิง สถานการณ์เพื่อวัดสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุไทย. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2565;10(2):281-300.
7. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานประจำปี 2566 เรื่อง transitioning Thailand: coping with the future. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2566.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก. รายงานประจำปีงบประมาณ 2565. พิษณุโลก: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก; 2565.
9. ยศ วัชรคุปต์, วรณภา คุณากรวงศ์, พลิสฐ์ พัจณา, สาวินี สุริย์นรัตกร. ประสิทธิภาพของบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษา จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2561;12(4):608-24.
10. Daniel WW, Cross CL. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences [Internet]. [cited 2023 Jun 1]. Available from: <https://archive.org/details/BIOSTATISTICS>
11. United Nations. World population prospects 2022. New York: United Nations; 2022.
12. จีรารัตน์ นามพันธ์, นฤมล เอื้อมณีกุล, สุรินทร์ กลัมพากร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2563;28(3):41-52.

13. เอนก กลิ่นรส. ความสัมพันธ์ของการปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในตำบลโคกขะงาย อำเภอเมืองจังหวัดพัทลุง. กระบี่: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่ง; 2560.
14. ชนายุส คำโสม, สุนีย์ ละกะปิ่น, เพลินพิศ บุญยมาลิก. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย 2562;12(2):193-207.
15. ทวิช วงศ์ไชยชาญ, ชนะพล ศรีฤชา. แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2562;12(3):577-85.
16. Schermerhorn JR, James G, Hunt RJ, Richard NO. Managing organizational behavior. 4<sup>th</sup> ed. New York: Wiley; 1991.
17. ยูพา พูชื่น. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ กรณีศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลบ้านเอื้อม อำเภอเมืองจังหวัดลำปาง [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2560. 115 หน้า.
18. Chuluunbaatar E, Pu C, Chou YJ. Changes in caregiver burden among informal caregivers of stroke patients in Mongolia. Topics in Stroke Rehabilitation 2017;24(4):314-21.
19. Bakker AB. A job demands–resources approach to public service motivation. Public Administration Review 2015;75(5):723-32.
20. Adrian R, Brewer AG, Neumann O. Public service motivation: a systematic literature review and outlook. Public Administration Review 2016;76(3):414-26.
21. วิภาพรรณ ตระกูลสันติรัตน์, ศุภชัย ไตรไทยธีระ. การสร้างแรงจูงใจรับใช้สาธารณะในการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการภายใต้ความร่วมมือข้ามภาคส่วนในพื้นที่ จังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ และยโสธร. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2563;11(2):160-82.
22. จิรพันธ์ ปุริมาตย์, สุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, ศุภชัย ปิติกุลตั้ง, กรวรรณ ยอดไม้. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดจันทบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562;28(4):610-9.
23. กัญนิกา อยู่สำราญ, ศรีสกุล ชนะพันธ์, พานิช แก่นกาญจน์. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2565;16(1):1-16.
24. ภัทภูมิ ชี้เจริญ, พรพรม สุธาทร. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อความต้องการดูแลผู้สูงอายุ กรณีศึกษาจังหวัดชุมพร. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์ 2564;5(2):162-77.
25. สุปัตรา สหายรักษ์, ภัทราวดี เทพสง. การฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2563;5(3):65-8.

## Factors Affecting Performance of Caregivers Serving Dependent Elderly in the Long Term Care System of Phitsanulok Province

Pitchaya Chandahan, Thanach Kanokthet

*Faculty of Public Health, Naresuan University, Phitsanulok Province, Thailand*

---

### Abstract

Objective of this descriptive research study was to investigate factors affecting performance of caregivers for the dependent elderly in the long term care system of Phitsanulok province, Thailand. The samples comprising 320 caregivers was selected randomly and based on a Multistage Sampling approach. Data were collected through an interviewed questionnaire from October - December 2023. Data analyzed displayed in frequency, percentage, mean, standard deviation and stepwise multiple regression. The major findings indicated that the functional performance of caregiver was at a moderate level (mean=59.05, SD=10.45). Social support, attitudes, motivation, marital status access to refresher training could jointly predict 60.02% of the variation in the functional performance of caregivers with a statistical significance level  $R^2=0.602$ ,  $p<0.001$ . Social support was the highest predictive variable influencing the functional performance of caregivers ( $\beta=0.697$ ,  $p<0.001$ ), A followed by attitudes ( $\beta=0.281$ ,  $p<0.001$ ), motivation ( $\beta=0.329$ ,  $p<0.001$ ), marital status ( $\beta=1.693$ ,  $p<0.001$ ) and access to refresher training ( $\beta=-2.206$ ,  $p<0.001$ ).

**Keywords:** elderly; dependency; care giver; operation

# พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลท่าอุแท อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ผกามาศ คงพยัคฆ์, มิ่งขวัญ ศิริโชติ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาคั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าอุแท อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 130 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีสถิติเชิงพรรณนา และหาค่าความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (mean=3.73, SD=0.48) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำ ( $r=0.260$ ) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำ ( $r=0.238$ ) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ดังนั้น การจัดทำสื่อหรือกิจกรรมที่เน้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความเชื่อและทัศนคติของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง แนวทางป้องกันโรค เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่ เพื่อลดภาวะเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองในอนาคต

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง; โรคความดันโลหิตสูง; แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

วันรับ: 14 ธ.ค. 2567

วันแก้ไข: 18 ม.ค. 2568

วันตอบรับ: 23 ม.ค. 2568

## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการที่สำคัญทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั่วโลกพบว่า 1 ใน 4 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 25 ปีขึ้นไป พบว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 90 ของโรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้<sup>(1)</sup>

สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากรายงานสถิติสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากถึง 349,126 ราย เสียชีวิต 36,214 ราย เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการตายมากกว่าโรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือดเป็น 1.5-2 เท่าตัว<sup>(2)</sup> กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อันได้แก่ โรคหลอดเลือด โรคหัวใจ โรคเมเร็ง โรคเบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง

เป็นกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก และของประเทศไทย ในปัจจุบันเป็นสาเหตุการมรณตายและการเจ็บป่วย โดยในปี พ.ศ. 2556 ประเทศไทย มีการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถึง 349,090 ราย หรือร้อยละ 75.2 ของการเสียชีวิตของประชากรไทยทั้งหมด<sup>(3)</sup>

ความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ในอนาคตคาดว่าจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึง 1.56 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 (ค.ศ. 2025) สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการดำเนินชีวิต โรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่เป็นสาเหตุทำให้คนทั่วโลกเสียชีวิต กลุ่มพัฒนาระบบ<sup>(4)</sup> โรคเกี่ยวกับหลอดเลือดสมองมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการพฤติกรรมและสามารถป้องกันได้ด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งปัจจุบันพฤติกรรมกำเนินชีวิตมีรูปแบบที่เปลี่ยนแปลงไปมาก เช่น การมีกิจกรรมทางกายน้อย การบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือและไขมันสูง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ ส่งผลถึงภาวะโรคที่เพิ่มขึ้น<sup>(1)</sup> ทั้งนี้ พฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นการแสดงออก หรือเป็นพฤติกรรมภายนอกของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ทั้งที่เป็นการกระทำในสิ่งที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ หรือไม่กระทำในสิ่งที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ<sup>(5)</sup>

สถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ. 2559-2563 อัตราป่วยเท่ากับ 45.31, 45.88, 41.09, 45.62, 46.53ตามลำดับ รวมทั้งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะ โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในปี พ.ศ. 2559-2563 พบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 11.73, 10.30, 9.75, 10.27, 8.76 ตามลำดับ<sup>(3)</sup>

พื้นที่อำเภอกาญจนดิษฐ์ พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองปี พ.ศ. 2563-2566 เท่ากับ 7.02, 6.31, 5.21 ตามลำดับ โรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 25.07, 23.35, 22.82 ตามลำดับ<sup>(6)</sup> ตำบลท่าอุแท เป็นตำบลหนึ่งที่มีแนวโน้มของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเกิดจากปัจจัยต่างๆ โดยส่วนใหญ่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันได้ รวมทั้งพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิด

ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นโรคที่มีความรุนแรงเกิดความพิการ และเสียชีวิตจากการดำเนินงานในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าอุแท อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้ป่วยที่รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าอุแทของโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 196 คน ผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 101 คน และพบว่า จากการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าอุแทในปี พ.ศ. 2563-2567 อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 0.17, 0.20, 0.16, 0.13, 0.25 ตามลำดับ<sup>(7)</sup>

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมกำเนินการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ในการออกแบบการศึกษา เพื่อใช้ในการวางแผน การดูแลสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง นำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้ คำแนะนำ แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ให้มีพฤติกรรมการป้องกันและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นปัญหาสำคัญ ที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย ทำให้เสียชีวิตแบบทันทีทันใด เกิดความพิการ เป็นภาระของครอบครัว ชุมชน สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ต่อไป

## วิธีการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคมพ.ศ. 2566 - มกราคม พ.ศ. 2567

### กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงทุกกลุ่มอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ามารับบริการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าอุแท อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย ใน 5 หมู่บ้าน (หมู่ที่ 1 บ้านดอนหลวง หมู่ที่ 2 บ้านวัดประดู่ หมู่ที่ 3 บ้านมะขาม หมู่ที่ 4 บ้านท่าแร่ และหมู่ที่ 7 บ้าน-

เขาต่อ) ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ- ตำบลท่าอุแท อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

การคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูปของ Krejcie และ Morgan<sup>(6)</sup> ระดับความเชื่อมั่น (confidence level) ร้อยละ 95 และค่าความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 5 ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ 130 คน

### วิธีการรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าอุแท อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่เป็นพื้นที่เป้าหมาย เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่

2. ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม พร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิ์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงระยะเวลาระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567

3. นำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแจกแบบสอบถามให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่เข้ามาใช้บริการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าอุแท อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัย ซึ่งอยู่ในพื้นที่ขณะเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดเวลา

4. รวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน และความสมบูรณ์ของคำตอบ ในแบบสอบถามทุกฉบับก่อนนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ได้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) และแบบสอบถามแบบเติมคำตอบ (open end) จำนวน 7 ข้อ

**ส่วนที่ 2** ปัจจัยด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) แบ่งเป็น 5 ด้าน โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) โดยแต่ละคำถามมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จำนวน 18 ข้อ

การแปลผลคะแนนการรับรู้ด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยแปลผลคะแนนโดยรวมใช้ค่าเฉลี่ย ที่มีค่าตั้งแต่ 1.00-5.00 โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนตามเกณฑ์ของ Best<sup>(9)</sup> แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน
การรับรู้อยู่ในระดับสูง	3.68-5.00
การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง	2.34-3.67
การรับรู้อยู่ในระดับระดับต่ำ	1.00-2.33

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) โดยแต่ละคำถามมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 10 ข้อ

การแปลผลคะแนนการรับรู้ด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยแปลผลคะแนนโดยรวมใช้ค่าเฉลี่ย ที่มีค่าตั้งแต่ 1.00-5.00 โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนตามเกณฑ์ของ Best<sup>(9)</sup> แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน
แรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก	3.68-5.00
แรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง	2.34-3.67
แรงสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย	1.00-2.33

**ส่วนที่ 4** แบบเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเอง จากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า โดยแต่ละคำถามมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 20 ข้อ

การแปลผลคะแนนการรับรู้ด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยแปลผลคะแนนโดยรวมใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00-5.00 โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนตามเกณฑ์ของ Best<sup>(9)</sup> แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ระดับคะแนน
ระดับมาก	3.68-5.00
ระดับปานกลาง	2.34-3.67
ระดับน้อย	1.00-2.33

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ**

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงด้านเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ จากนั้นผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์โดยการคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา IOC ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.5-1.00 หมายความว่าเครื่องมือมีความเหมาะสม สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ไปทดลองใช้เบื้องต้นกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะการทำงาน และมีบริบทสิ่งแวดล้อมที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีหาค่า Cronbach's alpha coefficient โดยค่าความเชื่อมั่น ที่ยอมรับได้ ต้องไม่น้อยกว่า 0.75 และได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับเท่ากับ 0.87

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าอุแท อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยใช้สถิติ Pearson's product moment correlation coefficient

**การรับรองทางจริยธรรม**

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี หมายเลขโครงการวิจัย STPHO2024-33 อนุมัติวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2567

**ผลการศึกษา**

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 130 คน พบว่าประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 87 คน (ร้อยละ 66.90) และเพศชาย จำนวน 43 คน (ร้อยละ 33.20) ส่วนใหญ่มีอายุ อยู่ในช่วง 56-65 ปี จำนวน 44 คน (ร้อยละ 33.8) รองลงมาเป็นช่วงอายุ 46-55 ปี จำนวน 42 คน (ร้อยละ 32.30) มีระดับการศึกษา ในระดับประถมศึกษา จำนวน 91 คน (ร้อยละ 70.00) มีสถานภาพสมรส จำนวน 95 คน (ร้อยละ 73.10) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 6,001-12,000 บาท จำนวน 74 คน (ร้อยละ 56.90) ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 76 คน (ร้อยละ 58.50) และมีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ต่ำกว่า 4 ปี จำนวน 52 คน (ร้อยละ 40.00)

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง) กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำ ( $r=0.260$ ) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังตารางที่ 1

การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ภาพรวมด้านการรับรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำ ( $r=0.238, p<0.05$ ) ปัจจัยปัจจัยด้านแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ใน

ระดับปานกลาง ( $r=0.486, p<0.05$ ) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองทางบวก อยู่ในระดับปานกลาง ( $r=0.401, p<0.05$ ) และด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง ทางบวก อยู่ในระดับปานกลาง ( $r=0.313, p<0.05$ ) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการ

ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังตารางที่ 2

การศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n=130)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
อายุ	-0.097	0.271	ไม่มีความสัมพันธ์
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง	0.260*	0.003	ต่ำ

\* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านแบบแผนความเชื่อสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n=130)

ปัจจัยด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	-0.097	0.271	ไม่มีความสัมพันธ์
ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	0.260*	0.003	ต่ำ
ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง			
ด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง			
ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง			
ภาพรวมด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ			

\* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n=130)

ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม	พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
การสนับสนุนทางสังคม	0.064	0.473	ไม่มีความสัมพันธ์

## วิจารณ์

จากผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าอุแท อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสมรัตน์ ขำมาก<sup>(10)</sup> ได้ทำการศึกษารื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางหล้า อำเภอสทิงพระ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

ส่วนระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวก อยู่ในระดับต่ำ ( $r=0.260$ ,  $p<0.05$ ) สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีช่วงอายุต่างกัน ส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของวันวิสา รอดกล่อม<sup>(11)</sup> ได้ทำการศึกษารื่องการสนับสนุนทางสังคมและความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับบริการของโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ลักษณะปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระยะเวลาป่วย ส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของสมรัตน์ ขำมาก<sup>(10)</sup> ได้ทำการศึกษารื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางหล้า อำเภอสทิงพระ พบว่า ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ จะอยู่ในช่วงวัยที่มีอายุใกล้เคียงกัน

ด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าอุแท อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ทั้งนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวก

อยู่ในระดับปานกลาง ( $r=0.486$ ,  $p<0.05$ ) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับดี ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ส่วนด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวก อยู่ในระดับปานกลาง ( $r=0.401$ ,  $p<0.05$ ) สอดคล้องกับสมมติฐาน สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว ซึ่งอาจจะส่งผลให้เป็นอัมพฤกษ์อัมพาตได้ทำให้มีระดับการรับรู้ความรุนแรงในระดับสูงทำให้เกิดเกิดความพิการ เสียชีวิตตามมา ซึ่งสอดคล้องกับกาญจนาพร ยอดภีระ<sup>(12)</sup> ได้ทำศึกษารื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุม ระดับความดันโลหิตได้ พบว่าปัจจัยความเชื่อส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางบวก อยู่ในระดับต่ำมาก ( $r=0.22$ ,  $p<0.05$ ) สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่มีอันตรายต่อการเกิดอาการแทรกซ้อนต่างๆ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองทางบวก อยู่ในระดับปานกลาง ( $r=0.313$ ,  $p<0.05$ ) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับสมมติฐาน สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะในเรื่องสามารถหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และรับประทานยาสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฐิษสรุทธิพิทยศิริระดิษฐ์กุล และคณะ<sup>(13)</sup> ได้ทำการศึกษารื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษา พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.05$ ) ตัวแปรที่ไม่มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังตนเองจากโรค-  
หลอดเลือดสมอง ได้แก่ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการ  
รักษาและด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคของการกำบังโรค-  
หลอดเลือดสมอง

นอกจากนี้ด้านการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความ  
สัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังตนเองจากพฤติกรรม  
กำบังตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรค-  
ความดันโลหิตสูง ไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน อาจเนื่องจาก  
กลุ่มตัวอย่างการได้รับข้อมูลข่าวสารบุคลากรสาธารณสุข  
อยู่ในระดับมาก แต่ยังไม่อาจตอบสนองความต้องการ  
ของกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งที่บุคลากรสาธารณสุขให้การแนะนำ  
และกระตุ้นเตือนในเรื่องการดูแลสุขภาพ อย่างไรก็ตาม  
ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนพร  
ยอดภีระ<sup>(12)</sup> ได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์  
กับพฤติกรรมกำบังตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง  
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุม  
ระดับความดันโลหิตได้ พบว่าปัจจัยกระตุ้นจากแรง-  
สนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรค-  
หลอดเลือดสมองพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม  
กำบังตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย-  
โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดัน-  
โลหิตได้

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม  
กำบังตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย-  
โรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรค-  
ความดันโลหิตสูง และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ  
จากผลการวิจัยนี้ สามารถนำไปใช้ได้อย่างไร เช่น  
ออกแบบสื่อสุขภาพตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ  
ซึ่งการจัดทำสื่อหรือกิจกรรมที่เน้นปรับเปลี่ยนความเชื่อ  
และทัศนคติของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเสี่ยงและแนวทาง  
ป้องกันโรคจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกำบัง  
ตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดัน-  
โลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัย หรือตัวแปรอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์  
กับพฤติกรรมกำบังตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง  
เช่น บุคลิกภาพ สังคม กลุ่มเพื่อน ค่านิยม ของผู้ป่วย  
พร้อมวางแผนการดูแลสุขภาพเฉพาะรายให้เหมาะสมกับ  
วิถีชีวิตของผู้ป่วย หรือจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยโรคความดัน-  
โลหิตสูงที่สามารถปฏิบัติตนได้ดีเป็นตัวแทนในการให้  
ความรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ช่วยป้องกัน  
โรคหลอดเลือดสมอง ควบคู่กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข  
และครอบครัว เนื่องจากพบว่าระยะเวลาที่ป่วย ส่งผลต่อ  
การเป็นโรคและการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว  
มีผลต่อพฤติกรรมกำบังตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง

2. ควรมีการวิจัยและพัฒนาแนวทางการป้องกัน  
โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุม  
ระดับความดันโลหิตไม่ได้ เช่น การจัดกิจกรรมคัดกรอง  
เพื่อใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง  
ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกราย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ  
ทราบข้อมูลสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความ  
ตระหนักเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการปรับเปลี่ยน  
พฤติกรรมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ดร.สุรเดช สำราญจิตต์  
อดีตคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ อาจารย์และที่ปรึกษา  
ที่ให้คำแนะนำ ติดตาม ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง และ  
ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ  
ดร.วรรณพิชญ์ จุลกัลป์ และนางสาวสุจิตรา ยะกะกุล  
ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษา และ  
ขอขอบคุณประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาล  
ส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าอุแท จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในการ  
เก็บข้อมูลและให้ข้อมูลสำคัญ เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย  
ในครั้งนี้ จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ สำนักสื่อสารความเสี่ยง กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค รมณรงค์วันหลอดเลือดสมองโลก ปี 2566 เผยปีนี้ประเทศไทยพบผู้ป่วย กว่า 3 แสนราย ย้ำโรคนี้สามารถป้องกันได้ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 24 ต.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=37914&deptcode=>
2. กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2559. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2559.
3. กลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี. แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข 2566-2570. สุราษฎร์ธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี; 2566.
4. กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2559. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2560.
5. จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. พฤติกรรมสุขภาพ แนวคิด ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 3. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2561.
6. โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์. ยุทธศาสตร์โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์. สุราษฎร์ธานี: กลุ่มงานยุทธศาสตร์โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์; 2566.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี. กลุ่มรายงานมาตรฐาน service plan สาขาสาขาโรคหัวใจ และหลอดเลือด [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 ก.พ. 2567]. แหล่งข้อมูล: [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat\\_id=39fd-60c25235db479930db85a0e97dd3&id=f30ac091da143dbbc8ce1dd1ff05b9da](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=39fd-60c25235db479930db85a0e97dd3&id=f30ac091da143dbbc8ce1dd1ff05b9da)
8. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970;30:607-10.
9. Best JW. Research in education. 3<sup>rd</sup> ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1977.
10. สมรัตน์ ขำมาก. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางหล้า อำเภอสังขละบุรี จังหวัดสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2559;3(3):153-69.
11. วันวิสา รอดกล่อม, นิสาพร วัฒนศัพท์, ปัทมา สุพรรณกุล, อรุษา สุวรรณประเทศ. การสนับสนุนทางสังคมและความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับบริการโรงพยาบาลพรหมพิราม จ.พิษณุโลก. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2555;6(2):76-87.
12. กาญจนภาพร ยอดกิริระ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน 2562:1(2);19-22.

## Self-Prevention Behavior of Stroke in Hypertension Patients, Tha Uthae Subdistrict Health Promoting Hospital, Kanchanadit District, Surat Thani Province

Phakamat Kongphayak, Mingkwan Sirichote

*Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University, Bangkok, Thailand*

---

### Abstract

This descriptive research aimed to study the behaviors and factors related to stroke prevention behaviors of hypertensive patients at Tha Uthae Subdistrict Health Promotion Hospital, Kanchanadit District, Surat Thani Province. Data were collected from 130 samples. The instrument used was a questionnaire with a reliability of 0.87. The data were analyzed using descriptive statistics and the correlation coefficient was used to find the correlation. It was found that stroke prevention behaviors of hypertensive patients were at a high level (mean=3.73, SD=0.48). Factors significantly associated with stroke prevention behaviors of hypertensive patients were: duration of hypertension, with a low positive relationship, and health belief patterns ( $p<0.05$ ). The factor that were not related was social support. Therefore, the production of media or activities that focus on changing patients' behaviors, beliefs and attitudes about risk factors and disease prevention guidelines could create awareness and lead to changes in health behaviors in terms of eating appropriate food and exercising regularly, and refraining from alcohol drinking or smoking to reduce the risk of stroke in the future.

**Keywords:** stroke-protection behavior; high blood pressure; health belief mode

# โปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมส่งเสริมสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าความเข้มข้นของเลือด ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ

ประนอม วงศ์สำราญ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสระโพมทอง จังหวัดชัยภูมิ

## บทคัดย่อ

ภาวะโลหิตจางเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในหญิงตั้งครรภ์ สาเหตุของภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ที่พบบ่อยในประเทศไทย คือ การขาดธาตุเหล็ก ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาขณะตั้งครรภ์ การเก็บสะสมธาตุเหล็กไว้ไม่เพียงพอ ส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารก การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง วัดก่อนและหลังการทดลอง ศึกษาโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและเพิ่มความเข้มข้นของเลือดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสระโพมทอง อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ สุ่มแบบเจาะจง แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อลดภาวะโลหิตจาง วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองและค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองและค่าฮีมาโตคริตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีอิสระ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเอง และค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางหลังได้รับโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมส่งเสริมสุขภาพ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean=75.62, SD=7.02; mean=64.73, SD=6.11; t=8.35, p<0.00 ตามลำดับ) และมีค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean=36.17, SD=1.84; mean=33.74, SD=1.67; t=7.85, p<0.001 ตามลำดับ) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเอง และค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางสูงกว่ากลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองและค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริต ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมส่งเสริมสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวม (mean=76.57, SD=7.15) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (mean=64.24, SD=7.82) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=4.78, p<0.001) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองรายด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมทุกด้าน คือ ด้านการเลือกรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก ด้านการรับประทานอาหารเช้าช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็ก ด้านการรับประทานอาหารเช้าที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก ด้านการป้องกันภาวะโลหิตจาง และด้านการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก

คำสำคัญ: ภาวะโลหิตจาง; พฤติกรรมดูแลตนเอง; หญิงตั้งครรภ์; ส่งเสริมสุขภาพ

## บทนำ

จากการสำรวจภาวะโลหิตจางในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ พ.ศ. 2562-2566 ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย พบว่าในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มความชุกของภาวะโลหิตจางสูงขึ้น ในปี พ.ศ. 2567 หญิงตั้งครรภ์มีความชุกของภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 18.4 5 ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center; HDC) ในปี พ.ศ. 2563 พบภาวะโลหิตจางร้อยละ 19.2<sup>(1)</sup> ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 18 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีการตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย ให้ยาบำรุงเสริมธาตุเหล็กและให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร การดูแล และการส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์แต่ยังคงพบอัตราภาวะโลหิตจางสูงอยู่ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากหญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้และขาดความตระหนักเกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานอาหารให้ถูกสัดส่วน รวมทั้งการรับประทานยาบำรุงเสริมธาตุเหล็ก<sup>(2)</sup> จากการศึกษาสถานการณ์ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ พื้นที่รับผิดชอบของตำบลสระโพธิ์ทอง อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ ในปี พ.ศ. 2565-2567 พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 8.4, 11.03 และ 12.05 ตามลำดับ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางในพื้นที่ตำบลสระโพธิ์ทองเพิ่มขึ้นทุกปี มีแนวโน้มยังคงสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้หญิงตั้งครรภ์ขาดความตระหนัก ไม่เห็นความสำคัญของการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง<sup>(3)</sup> และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังขาดระบบการติดตามจากโรงพยาบาลแม่ข่ายเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้านโภชนาการและการรับประทานยาบำรุงเสริมธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ เป็นปัญหาที่สำคัญในพื้นที่ตำบลสระโพธิ์ทองที่จะต้องรีบแก้ไข โดยให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางได้เข้าร่วมโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและค่าความเข้มข้นของเลือดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องภาคี-เครือข่ายทุกภาคส่วนร่วมประชุมวางแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพสนับสนุนยาเสริมธาตุเหล็กให้กับหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่เพื่อเฝ้าระวังและลดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เห็นความสำคัญของพฤติกรรม

การดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางและสนใจที่จะศึกษาถึงโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและค่าความเข้มข้นของเลือดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ

## วิธีการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) วัดก่อนและวัดหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและค่าความเข้มข้นของเลือดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจาง ทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนและให้การดูแลตามปกติจนครบจำนวน 25 ราย จึงทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง และดำเนินการทดลองเป็นรายบุคคลจนครบจำนวน 25 ราย เพื่อควบคุมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมโปรแกรม และมีอิสระจากกันระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและค่าฮีมาโตคริตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 วันพึงผลเลือดครั้งแรก ครั้งที่ 2 โดยการติดตามทางโทรศัพท์หลังจากได้รับโปรแกรมแล้ว 1 สัปดาห์เพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง และครั้งที่ 3 ห่างจากครั้งแรก 4 สัปดาห์ตามการนัดฝากครรภ์ใช้เวลาครั้งละ 40-60 นาที ประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองจากแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์และตรวจดูค่าฮีมาโตคริต หากค่าฮีมาโตคริตมากกว่าร้อยละ 33 เปลี่ยนยาเป็น ferrous fumarate ขนาด 67 มิลลิกรัมวันละ 1 เม็ดก่อนนอน หากพบค่าฮีมาโตคริตยังน้อยกว่า ร้อยละ 33 ให้กำลังใจพยายามใหม่ไม่ท้อแท้พยายามทำให้สำเร็จตามเป้าหมาย จึงจะปลดปล่อยจากภาวะแทรกซ้อน ร่วมกันประเมินปัญหาอุปสรรคจากการดูแลตนเองตามตามเป้าหมายใน 4 สัปดาห์ที่ผ่านมาจากแบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเอง แบบ-

บันทึกการรับประทานอาหารและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กร่วม คั้นหาวิธีการแก้ไขปัญหานั้นต่อไป และนัดประเมินซ้ำ อีก 1 เดือน ทั้งนี้เพื่อการประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมาย ที่กำหนดไว้และปรับแผนการดูแลตนเองร่วมกัน หรือส่ง พบแพทย์เพื่อหาสาเหตุของภาวะโลหิตจางและให้การดูแล รักษาเฉพาะต่อไป และมาฝากครรภ์ตามนัดอย่างต่อเนื่อง สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของคิง<sup>(4)</sup> ร่วมกับการทบทวน วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง มี 4 ขั้นตอน คือ (1) การสร้างสัมพันธภาพ และแลกเปลี่ยนการรับรู้ข้อมูลร่วมกัน (2) การกำหนดเป้าหมาย ร่วมกัน (3) การมีปฏิสัมพันธ์โดยการให้ความรู้ตามคู่มือ และ (4) การประเมินพฤติกรรมการบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ เป็นระยะเวลานัดพบ 3 ครั้งห่างกัน 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุม ไม่ได้รับโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมต่อพฤติกรรมดูแล ตนเองและค่าฮีมาโตคริตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง จากการขาดธาตุเหล็ก จากนั้นมีการประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองในการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มี ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในพื้นที่ของตำบล สระโพทอง อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ มีจำนวน 12 หมู่บ้าน ซึ่งกลุ่มเป้าหมายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ- โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก จำนวนทั้งสิ้น 50 คน (ข้อมูล วันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2567)

### การคัดเลือกตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 25 คน รวมจำนวน กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 50 คน โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่าง คุณสมบัติดังนี้

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มาฟังผลเลือด มีค่าฮีมาโตคริต น้อยกว่าร้อยละ 33
2. หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 28 สัปดาห์
3. ผลการคัดกรองพาหะโรคเลือดจางธาลัสซีเมีย ปกติไม่เป็นโรคเลือดอื่น ๆ
4. ไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้แก่ เบาหวาน ความดัน- โลหิตสูง โรคหัวใจ โรคทางศัลยกรรม เช่น รีดสีดวง- ทวาร โรคกระเพาะอาหาร โรคทางสูติกรรม เช่น แท้งคุกคาม

5. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

6. สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียด ต่อไปนี้

โปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมต่อพฤติกรรมดูแล ตนเองและค่าฮีมาโตคริตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง จากการขาดธาตุเหล็ก สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎี ของคิง<sup>(4)</sup> ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มี 4 ขั้นตอน คือ (1) การสร้างสัมพันธภาพและแลกเปลี่ยน การรับรู้ข้อมูลร่วมกัน (2) การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน (3) การมีปฏิสัมพันธ์โดยการให้ความรู้ตามคู่มือ และ (4) การประเมินพฤติกรรมการบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ดังนี้

1. คู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะโลหิตจางในหญิง- ตั้งครรภ์เนื้อหาประกอบด้วยสาเหตุ ผลกระทบ การดูแล ตนเองด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยาเม็ด เสริมธาตุเหล็กและการป้องกันภาวะโลหิตจางเพิ่ม ตาราง แหล่งอาหารที่มีธาตุเหล็กภาพชุดอาหารทดแทนแบบบันทึก การรับประทานยาและเครื่องดื่ม แบบบันทึกการแก้ไขปัญหา ร่วมกัน ซึ่งสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง เป็นเอกสารประกอบการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มี ภาวะโลหิตจางสามารถทบทวนความรู้ด้วยตนเองที่บ้าน

2. แบบบันทึกการติดตามดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการติดต่อกับ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ- โลหิตจางให้มีรูปแบบในการติดตามการดูแลตนเองให้เป็น แนวทางเดียวกัน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ใช้ทั้ง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ศาสนา ระดับ การศึกษาอาชีพ รายได้ของครอบครัว ลักษณะครอบครัว ข้อมูลทางสูติกรรม และประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ได้แก่ อายุครรภ์ ประวัติแท้งบุตร จำนวนครั้งของการ ตั้งครรภ์ ประวัติริดสีดวงทวาร การถ่ายอุจจาระ ค่าฮีมา- โตคริต ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ และ เต็มคำลงในช่องว่างจำนวน 24 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจาง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยคำถาม 24 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ (1) การเลือกรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก มี 8 ข้อ (2) การรับประทานอาหารที่ช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็ก มี 3 ข้อ (3) การงดอาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก มี 3 ข้อ (4) การรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก มี 5 ข้อ และ (5) การป้องกันภาวะโลหิตจาง มี 5 ข้อเป็นข้อคำถามในทางด้านบวก จำนวน 15 ข้อ และข้อความในทางลบ จำนวน 9 ข้อ คือ 7, 8, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 22 มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า(rating scale) 5 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ (7 วัน/สัปดาห์) ปฏิบัติบ่อย (4-5 วัน/สัปดาห์) ปฏิบัติบางครั้ง (2-3 วัน/สัปดาห์) ปฏิบัติน้อยครั้ง (1 วัน/สัปดาห์) และไม่ปฏิบัติเลยโดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อในทางเชิงบวกและเชิงลบ

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ปฏิบัติประจำ	4	0
ปฏิบัติบ่อย	3	1
ปฏิบัติบางครั้ง	2	2
ปฏิบัติน้อยครั้ง	1	3
ไม่ปฏิบัติเลย	0	4

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

ดำเนินงานวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย
  - 1) โปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมต่อพฤติกรรมกรดูแลตนเอง และค่าฮีมาโตคริตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
  - 2) คู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะโลหิตจางและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมกรดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจางให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสูตินารีเวช 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการฝากครรภ์ 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสมของการใช้ภาษา

หลังจากผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว นำเครื่องมือมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยนำแบบสอบถามพฤติกรรมกรดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจางไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาจำนวน 30 ราย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาทำการคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยการคำนวณหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.74

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนการตรวจสอบความถูกต้องขอข้อมูลแล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป และประวัติการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ อายุ รายได้ครอบครัว และทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-square test และสถิติ independent t-test
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรดูแลตนเองและค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมโดยใช้สถิติ paired t-test

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ เลขที่ 48/2567 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิในพื้นที่ เพื่อแจ้งถึงวัตถุประสงค์ ผู้วิจัยจึงดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัย และชี้แจงเรื่องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างขอความร่วมมือเป็นลายลักษณ์อักษรในการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับ จะไม่ระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง จะทำลายข้อมูลภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้วโดยเปิดเผยข้อมูลทางวิชาการในภาพรวมเท่านั้นหาก โปรแกรมนี้มีประสิทธิภาพหลังสิ้นสุดงานวิจัย ผู้วิจัยจะนำโปรแกรมไปใช้กับกลุ่มควบคุมเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกัน

## ผลการศึกษา

### การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง

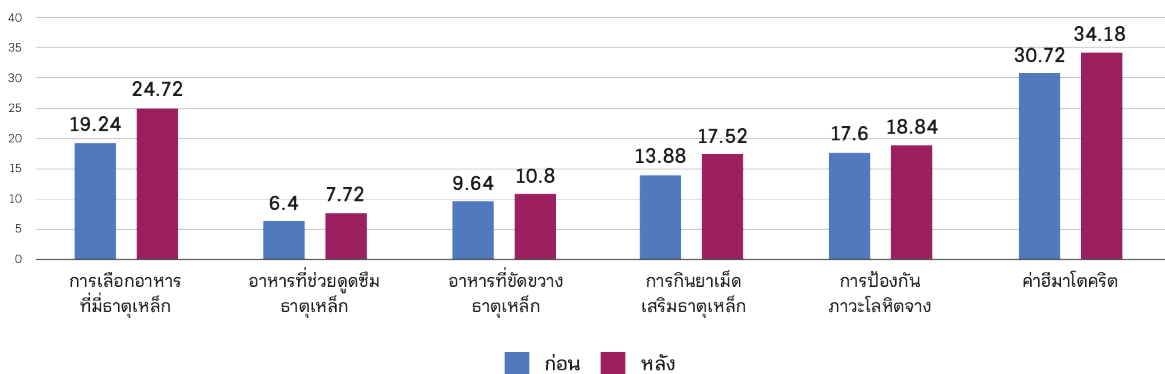
หญิงตั้งครรภ์จำนวน 50 คน กลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 25 คน ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 92 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถม/มัธยมศึกษา ร้อยละ 68 รองลงมาที่มีการศึกษาอยู่ในระดับประกาศนียบัตร/ปริญญา ร้อยละ 32 ส่วนใหญ่มีการประกอบอาชีพ ร้อยละ 64 โดยมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 11,280.08 บาท/เดือน (SD=6,099.85 บาท) มีลักษณะครอบครัวขยาย ร้อยละ 60 การตั้งครรภ์นี้เป็นครั้งแรก ร้อยละ 64 มาฝากครรภ์ครั้งแรกอยู่ในช่วงอายุครรภ์ 13-28 สัปดาห์ ร้อยละ 80 และมีค่าฮีมาโตคริตครั้งที่ 1 ในช่วงร้อยละ 25.80-32.90 (mean=30.72, SD=1.67) ครั้งที่ 2 มีค่าฮีมาโตคริตอยู่ในช่วงร้อยละ 30.00 - 37.00 (mean=34.18, SD=1.86) ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการตั้งครรภ์ของกลุ่มควบคุม พบว่า อยู่ในช่วงอายุ 16-40 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 23.84 ปี (SD=8.81 ปี) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 84 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถม/มัธยมศึกษา ร้อยละ 76 รองลงมาที่มีการศึกษาอยู่ในระดับ ประกาศนียบัตร/ปริญญา ร้อยละ 24 ส่วนใหญ่มีการประกอบอาชีพ ร้อยละ 60 โดยมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 15,976.00 บาท/เดือน (SD=11,870.91 บาท) มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 56 การตั้งครรภ์นี้เป็นครรภ์

ครั้งที่ 2 ขึ้นไป ร้อยละ 56 และมาฝากครรภ์ครั้งแรกอยู่ในช่วงอายุครรภ์ 13-28 สัปดาห์ ร้อยละ 72 และมีค่าฮีมาโตคริตครั้งที่ 1 คือเจาะเลือดสัปดาห์แรกที่เข้าร่วมโปรแกรมพร้อมกับฟังผลเลือดอยู่ในช่วง ร้อยละ 26.40-32.90 (mean=30.94, SD=1.74) และค่าฮีมาโตคริตครั้งที่ 2 อยู่ในช่วงร้อยละ 28.50-42.00 (mean=34.27, SD=3.08)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเอง และค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริตก่อนและหลังรับโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วม

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเอง และค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริต ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมโดยใช้สถิติ paired t-test พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองโดยรวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean=75.62, SD=7.02; mean=64.73, SD=6.11; t=8.35, p<0.00 ตามลำดับ) และมีค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean=36.17, SD=1.84; mean=33.74, SD=1.67; t=7.85, p<0.001 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองรายด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมทุกด้าน คือ ด้านการเลือกรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก ด้านการรับประทานอาหารเช้าช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็ก ด้านการรับประทานอาหารเช้าขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก ด้านการป้องกันภาวะโลหิตจาง และด้านการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 พฤติกรรม การดูแลตนเอง และค่าฮีมาโตคริตก่อนและหลังรับโปรแกรม



### ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าเฉลี่ยฮิมาโตคริตระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าเฉลี่ยฮิมาโตคริต ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมส่งเสริมสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม (mean=76.57, SD=7.15) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (mean=64.24, SD=7.82) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=4.78$ ,  $p<0.001$ ) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมส่งเสริมสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติในด้านการเลือกรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก ด้านการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก แต่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองบางด้านไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 คือด้านการรับประทานอาหารเช้าช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็ก ด้านการรับประทานอาหารเช้าที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก ด้านการป้องกันภาวะโลหิตจาง และค่าเฉลี่ยฮิมาโตคริต

จากการดำเนินการศึกษาในครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรม มีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองรายด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมทุกด้าน คือด้านการเลือกรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก ด้านการรับประทานอาหารเช้าช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็ก ด้านการรับประทานอาหารเช้าที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก ด้านการป้องกันภาวะโลหิตจาง และด้านการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในด้านการเลือกรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก ด้านการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก แต่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองบางด้านไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สรุปจากการดำเนินการศึกษา กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรม มีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมทุกด้าน กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเลือกรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก การรับประทานอาหารเช้าช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็ก การรับประทานอาหารเช้าที่ขัดขวางการดูดซึม

ธาตุเหล็ก การรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และการป้องกันภาวะโลหิตจางสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ส่งผลให้ค่าฮิมาโตคริตเพิ่มสูงขึ้นด้วย ทั้งนี้ เพราะการตั้งเป้าหมายร่วมกันนั้น ต้องมีการปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายร่วมกันทุกขั้นตอน การสร้างสัมพันธภาพและแลกเปลี่ยนข้อมูล เป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหากระตุ้นให้คิดวิเคราะห์และเกิดการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์

## วิจารณ์

จากผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าเฉลี่ยฮิมาโตคริตของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและมีค่าเฉลี่ยฮิมาโตคริตสูงขึ้น (mean=36.17, SD=1.84) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ ) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเลือกรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก การรับประทานอาหารเช้าช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็ก การรับประทานอาหารเช้าที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก การรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และการป้องกันภาวะโลหิตจางสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่าโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมตามทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายของ King<sup>(4)</sup> สามารถทำให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรม การดูแลตนเองดีขึ้นเพราะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ ) ส่งผลให้ค่าฮิมาโตคริตเพิ่มสูงขึ้นด้วย ทั้งนี้ เพราะการตั้งเป้าหมายร่วมกันนั้น ต้องมีการปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายร่วมกันทุกขั้นตอน การสร้างสัมพันธภาพและแลกเปลี่ยนข้อมูล เป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหากระตุ้นให้คิดวิเคราะห์และเกิดการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง สอดคล้องกับผลงานวิจัยของระพีพรรณ นาคนุปา และคณะ<sup>(5)</sup> ที่พบว่าหากบุคคลรับรู้ภาวะสุขภาพของตนจะทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรม การดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ

วิบูลย์ คลายนา<sup>(6)</sup> ศึกษาเรื่องความรู้ความเชื่อและพฤติกรรม การใช้ยาของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดยะลา พบว่า การให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักต่อปัญหาของตนเอง เป็นปัจจัยความสำเร็จในการแก้ไขปัญหา นอกจากนี้การมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายการประเมินพฤติกรรมการบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้เป็นการกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์มีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องส่งผลให้พฤติกรรมดูแลตนเองและค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริตสูงขึ้น

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองและค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริตระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมดูแลตนเองเป็นรายด้าน พบว่า การเลือกรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง การเลือกรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งอธิบายได้ว่า โปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้และปรับพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น แม้ว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษาที่ไม่แตกต่างกันแต่ตามแนวคิดของ Orem<sup>(7)</sup> มีความเชื่อว่าบุคคลเป็นผู้ที่มีความสามารถในการเรียนรู้สามารถตัดสินใจ และพัฒนาความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆ ในการปฏิบัติตัวเพื่อไปสู่เป้าหมายและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นได้ สอดคล้องกับผลงานวิจัยของศุภาวรรณ ธีวบูรณ์<sup>(8)</sup> ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมการรักษาภาวะโลหิตจางและมีอิทธิพลต่อ

พฤติกรรมดูแลสุขภาพ ความรู้ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม<sup>(6)</sup> เมื่อเชื่อมโยงทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายของ King<sup>(4)</sup> ที่เน้นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลการตัดสินใจต้องอาศัยข้อมูลที่ได้จากผู้รับบริการและครอบครัวเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในการตัดสินใจเพื่อร่วมกันกำหนดเป้าหมายที่เหมาะสมให้แก่ผู้รับบริการแต่ละคน ทำให้เข้าใจถึงปัญหาและสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการรับรู้ที่ถูกต้องตรงกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาลและผู้รับบริการ เกิดปฏิสัมพันธ์กันที่มีเป้าหมายและบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายนิมิตร จรัสสุริยสกุล สาธารณสุขอำเภอเกษตรสมบูรณ์ ที่สนับสนุนการศึกษาวินิจฉัยเรื่องโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและค่าความเข้มข้นของเลือดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ ประจำปี 2567 ขอขอบคุณองค์การบริหารส่วนตำบลสระโพนทอง ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้นำชุมชนทั้ง 12 หมู่บ้าน กำนันตำบลสระโพนทอง และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สนับสนุนให้มีการจัดการประชุมวางแผนการดำเนินงานป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ และประชุมสรุปผลการดำเนินงานทำให้มีแนวทางการดำเนินงานอย่างชัดเจน ขอขอบคุณผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอเกษตรสมบูรณ์ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสระโพนทองทุกคน ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการดำเนินงานตามกระบวนการวิจัย ทำให้การวิจัยสำเร็จได้ด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. Health Data Center. ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 20 ม.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index\\_pk.php](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php)
2. ยามี่ละ มุขอ. ความเชื่อด้านสุขภาพและบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่มีผลต่อการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางในจังหวัดนราธิวาส. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2563;33(3):64-72.
3. อีราภรณ์ บุญยประภาพันธ์, ศิริวรรณ แสงอินทร์, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับฮีมาโตคริตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2561;26(4):40-50.
4. King IM. Evidence-based nursing practice: theories. Journal of Nursing Theory 2000;9(2):4-9.
5. รพีพรรณ นาคบุปผา, ยุคลธร แจ่มฤทธิ์, ชนุตพร สมใจ, ปาริฉัตร อารยะจารุ. รูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ของนักศึกษาพยาบาลไทย: การทบทวนขอบเขต. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2565;5(3):128-46.
6. วิบูลย์ คลายนา. ความรู้ความเชื่อและพฤติกรรมการใช้ยาของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดยะลา. วารสารวิชาการเขต 12 2563;16(3):59-64.
7. Orem DE. Nursing: concepts of practices. 6<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby Year Book: 2001.
8. ศุภาวรรณ รื้อบำรุง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร. ตากสินเวชสาร 2548;23(1):97-111.

## Effects of the Joint Goal Setting Program on Self-Care Behavior and Blood Concentration Values in Pregnant Women with Iron Deficiency Anemia, Kaset Sombun District, Chaiyaphum Province

Pranom Wongsamran

*Saphonthong Subdistrict Health Promoting Hospital, Chaiyaphum Province, Thailand*

---

### Abstract

Anemia is a common condition in pregnant women. The common cause of anemia in pregnant women in Thailand is iron deficiency, which is a result of physiological changes during pregnancy. Insufficient iron storage affects both the mother and the baby. This research is a quasi-experimental research design, measured before and after the experiment (two group pretest-posttest design) to study the effectiveness of a joint goal setting program to promote health on self-care behavior and hematocrit values in pregnant women with iron deficiency anemia. The samples were pregnant women with iron deficiency anemia in the area under the responsibility of Saphonthong Subdistrict Health Promotion Hospital, Kaset Sombun District, Chaiyaphum Province. Purposive sampling was used, divided into an experimental group of 25 people and a control group of 25 people. Data were collected using a general information questionnaire and a self-care behavior questionnaire to reduce anemia. Data were analyzed to compare the mean scores of self-care behavior and mean hematocrit before and after receiving the joint goal-setting program to promote health in the experimental group using paired t-test. The mean scores of self-care behavior and hematocrit values were compared between the experimental and control groups using independent t-test. The results of the study found that the mean scores of self-care behavior and mean hematocrit of pregnant women with anemia after receiving the joint goal-setting program to promote health were significantly higher than before receiving the program (mean=75.62, SD=7.02; mean=64.73, SD=6.11;  $t=8.35$ ,  $p<0.00$ , respectively). The mean hematocrit was also significantly higher than before receiving the program (mean=36.17, SD=1.84; mean=33.74, SD=1.67;  $t=7.85$ ,  $p<0.001$ , respectively). The mean scores of self-care behavior and the mean hematocrit of pregnant women with anemia were higher than the control group. The mean scores of self-care behaviors and mean hematocrit between the group receiving the joint health promotion goal setting program and the group receiving usual care showed that the mean score of overall self-care behavior (mean=76.57, SD=7.15) was significantly higher than the group receiving usual care (mean=64.24, SD=7.82) ( $t=4.78$ ,  $p<0.001$ ). When considering each aspect, it was found that the mean scores of self-care behaviors in each aspect were higher than before receiving the program in every aspect, namely, choosing to eat foods that contain iron, eating foods that help with iron absorption, eating foods that hinder iron absorption, preventing anemia, and taking iron supplement tablets.

**Keywords:** anemia; self-care behavior; pregnant women; health promotion

# ผลของโปรแกรมกำกับตนเองต่อการออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร และเส้นรอบเอวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะอ้วนลงพุง ในพื้นที่ตำบลโนนหนามแท่ง อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ

พัชรินทร์ โมระอรณ<sup>1</sup>, ณัฐนรี ภาพิรมย์<sup>1</sup>, ลลิตา ขำบ้านกวย<sup>1</sup>, ณัฐกมล ผดาเวช<sup>1</sup>, ประวูฒิ พุทธิขันธ์<sup>2</sup>

<sup>1</sup> มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ

<sup>2</sup> สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

## บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร เส้นรอบเอว และน้ำหนักตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีภาวะอ้วนลงพุง ในตำบลโนนหนามแท่ง อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 คน เข้าร่วมโปรแกรมเป็นเวลา 12 สัปดาห์ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองของ Bandura แบ่งเป็น 3 ชั้น คือ (1) ชั้นการสังเกตตนเอง จากการทำแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกาย เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่น (validity) เท่ากับ 0.75 และมีค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา (reliability) เท่ากับ 0.98 (2) ชั้นการตัดสินใจตนเอง โดยเข้าร่วมโปรแกรมการกำกับตนเองและตั้งเป้าหมายการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายด้วยตนเอง และทำกับตนเองตลอด 12 สัปดาห์ มีการบันทึกพฤติกรรมการออกกำลังกายและควบคุมอาหาร ในแบบบันทึกลดพุง ลดโรค ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และ (3) ชั้นการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง โดยผู้เข้าร่วมวิจัยสรุปผลการเข้าร่วมโปรแกรมตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมเป็นเพศชาย ร้อยละ 5.56 และเป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.44 มีอายุเฉลี่ย 54.14±1.51 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 50.00 เส้นรอบเอวของกลุ่มตัวอย่างลดลงโดยเฉลี่ยจาก 93.82±1.27 เซนติเมตร เป็น 92.17±1.33 เซนติเมตร ( $p<0.05$ ) และน้ำหนักตัวลดลงโดยเฉลี่ยจาก 66.64±1.59 กิโลกรัม เป็น 65.83±1.58 กิโลกรัม ( $p<0.05$ ) อีกทั้งพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่นานขึ้นและบ่อยขึ้น ( $p<0.005$ ) และพฤติกรรมการควบคุมอาหารดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.05$ ) ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมกำกับตนเองมีประสิทธิภาพในการเพิ่มการออกกำลังกาย ควบคุมอาหาร ลดเส้นรอบเอวและน้ำหนักตัว ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุง โปรแกรมดังกล่าวสามารถพัฒนาให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่มีภาวะอ้วนลงพุง โดยเฉพาะกลุ่ม อสม. ซึ่งเป็นผู้นำด้านสุขภาพและสามารถเผยแพร่ต่อไปยังประชาชนทั่วไปได้อีกด้วย

**คำสำคัญ:** โปรแกรมกำกับตนเอง; การออกกำลังกาย; การควบคุมอาหาร; ภาวะอ้วนลงพุง; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

## บทนำ

ภาวะอ้วนและภาวะอ้วนลงพุงเป็นภาวะที่มีปริมาณไขมันสะสมที่บริเวณกลางลำตัวหรือบริเวณช่องท้อง<sup>(1)</sup> โดยเกณฑ์ในการกำหนดภาวะอ้วนลงพุงจะใช้เวลายาวรอบเอวเป็นตัวกำหนด เนื่องจากหลายการศึกษายืนยันว่าเส้นรอบเอวมีความสัมพันธ์กับปริมาณไขมันสะสมในหน้าท้อง โดยค่ามาตรฐานรอบเอวของคนไทย คือ ผู้ชายมีค่าน้อยกว่า 90 เซนติเมตร และผู้หญิงมีค่าน้อยกว่า 80 เซนติเมตร หากมีรอบเอวมากกว่าหรือเท่ากับที่ระบุข้างต้นถือได้ว่าเป็นผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง<sup>(2)</sup>

จากรายงานความชุกของภาวะอ้วนลงพุงในประเทศไทย พบว่าในปี พ.ศ. 2561 - 2567 ความชุกของภาวะอ้วนลงพุงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ ร้อยละ 32.95, 33.69, 33.99, 34.66, 34.85, 35.61 และ 36.61 ตามลำดับ และสถิติภาวะอ้วนลงพุง ในจังหวัดอำนาจเจริญ พบว่าในปี พ.ศ. 2561 - 2567 ความชุกของภาวะอ้วนลงพุงคือ ร้อยละ 29.46, 27.26, 31.19, 35.27, 36.30, 40.87 และ 40.88 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน<sup>(3)</sup> โดยปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะอ้วนลงพุงมีหลายปัจจัยคือ พันธุกรรม เพศ อายุ เศรษฐกิจ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ แต่ปัจจัยสำคัญที่ถือว่าเป็นปัจจัยหลักของการเกิดภาวะอ้วนลงพุงคือ ปัจจัยการบริโภคอาหารและปัจจัยการออกกำลังกาย เนื่องจากภาวะอ้วนลงพุงเป็นผลจากการใช้ชีวิตอย่างไม่เหมาะสม การบริโภคอาหารที่มีพลังงานสูงและใช้ชีวิตแบบนั่งๆ นอนๆ ไม่ค่อยออกกำลังกาย ทำให้ร่างกายได้รับพลังงานจากสารอาหารมาก และใช้พลังงานในชีวิตประจำวันน้อย พลังงานส่วนเกินก็จะถูกสะสมอยู่ในรูปของเนื้อเยื่อไขมันในช่องท้อง รวมทั้งส่วนอื่นๆ ของร่างกาย ส่งผลให้เกิดความผิดปกติในร่างกายอื่นๆ ตามมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการที่มีไขมันในช่องท้องสามารถหลั่งสารที่มีผลเสียต่อการทำงานของร่างกาย เช่น ทำให้เนื้อเยื่อของร่างกายตอบสนองต่อการทำงานของอินซูลิน ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ช่วยลดน้ำตาลในเลือดได้น้อยลง ระดับน้ำตาลในเลือดจึงสูงขึ้น สารบางชนิดทำให้มีระดับความดันโลหิตสูงขึ้น และยังก่อให้เกิดความผิดปกติอื่นๆ อีกมากมาย ที่ส่งผลให้หลอดเลือดแดงมีโอกาสเกิดการอุดตันจากคราบไขมันที่ไปสะสมอยู่ในหลอดเลือดได้ง่ายขึ้น<sup>(4)</sup> ดังนั้นการป้องกันไม่ให้

เป็นภาวะอ้วนลงพุง คือ ต้องบริโภคอาหารอย่างเหมาะสมและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข ผู้มีบทบาทหน้าที่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ-อนามัย (change agents) การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ<sup>(5)</sup> จากจำนวน อสม. ในจังหวัดอำนาจเจริญที่มีจำนวนทั้งสิ้น 2,800 คน พบคนที่มีภาวะอ้วนลงพุงเพศชาย 93 คน คิดเป็นร้อยละ 26.5 และเพศหญิง 1,609 คน คิดเป็นร้อยละ 65.7 รวมทั้งสิ้น 1,702 คน คิดเป็นร้อยละ 60.8 ซึ่งจะเห็นได้ว่าในกลุ่มของ อสม. ที่เป็นผู้นำทางด้านการส่งเสริมสุขภาพก็ยังพบปัญหาอ้วนลงพุงเช่นเดียวกัน

ผู้วิจัยเห็นความจำเป็นที่จะต้องศึกษาภาวะอ้วนลงพุงที่เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำพื้นที่ตำบลโนนหมามแท่ง อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเอง (self-regulation) ของ Bandura<sup>(6)</sup> ประกอบด้วยสมุดบันทึกลดพุง ลดโรคที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นมา ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยควบคุมอาหารกับการออกกำลังกายในอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีภาวะอ้วนลงพุงอันจะนำไปสู่การลดน้ำหนักและเส้นรอบเอว

## วิธีการศึกษา

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลัง

### ประชากร

คือ กลุ่ม อสม. ที่มีภาวะอ้วนลงพุง ในพื้นที่ตำบลโนนหมามแท่ง อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ โดยเกณฑ์คัดเลือก เป็นผู้ที่มีเส้นรอบเอวมากกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตร ในเพศชาย และเป็นผู้ที่มีเส้นรอบเอวมากกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตรในเพศหญิง เกณฑ์คัดเลือก คือ จะต้องมีความยินยอมเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ เป็นผู้ที่รับประทาน-

ยาต้านเกล็ดเลือด และยาต้านการแข็งตัวของเลือด เป็นผู้ที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคหัวใจ โรคไต (ระยะฟอก) โรคหอบหืด

**กลุ่มตัวอย่าง**

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่ไม่อิสระต่อกัน โดยกำหนด  $Z_{\alpha} =$  ค่าสถิติทดสอบ Z ที่ระดับ 0.05 (95%) เท่ากับ 1.96  $Z_{\beta} =$  อำนาจการทดสอบ เท่ากับ 1.28  $\mu^2d = 0.09$  (ค่าเฉลี่ยของผลต่าง) จากงานวิจัย<sup>(10)</sup>  $\sigma^2d = 0.30$  (ผลต่างค่าความแปรปรวนของงานวิจัยที่ผ่านมา) ผลการคำนวณขนาดตัวอย่างเท่ากับ 36 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการกำกับตนเองต่อการออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร และเส้นรอบเอว ร่วมกับสมุดบันทึกลดพุง ลดโรค ที่จัดทำขึ้นโดยผู้วิจัย รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

**สัปดาห์ที่ 1** ให้ความรู้ภาวะอ้วนลงพุง แนะนำสมุดบันทึกและประเมินสุขภาพตนเอง

กิจกรรมที่ 1 ทำแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

กิจกรรมที่ 2 บรรยายเกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง ความรู้ด้านโภชนาการ การควบคุมอาหาร และสาธิตการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับภาวะอ้วนลงพุง โดยผู้เชี่ยวชาญ ในรูปแบบกลุ่ม 2 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 3 แนะนำสมุดบันทึกลดพุง ลดโรค

กิจกรรมที่ 4 ประเมินสุขภาพตนเอง ในรูปแบบกลุ่ม 1 ชั่วโมง โดยแบ่งออกเป็น 3 ฐาน ได้แก่ ฐานประเมินสุขภาพของตนเองโดยการวัดเส้นรอบเอว ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และจดลงในสมุดบันทึกลดพุง ลดโรค ฐานสังเกตพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของตนเองและฐานกำหนดเป้าหมายและวางแผนการกำกับตนเองในการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายที่ทำให้เส้นรอบเอวลดลง

**สัปดาห์ที่ 2-3, 5-7, 9-11** ปฏิบัติตามแผนการกำกับตนเอง ปฏิบัติตามแผนกำกับตนเองที่บ้าน พร้อมทั้งบันทึกในสมุดบันทึกลดพุง ลดโรค

**สัปดาห์ที่ 4,8** แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการกำกับตนเอง กิจกรรมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการกำกับตนเองเกี่ยว-

กับการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย ในสัปดาห์ที่ได้กำกับตนเอง เพื่อเป็นการสร้างแรงกระตุ้นพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารและออกกำลังกายของผู้เข้าร่วม

**สัปดาห์ที่ 12** สรุปผลกิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 ทำแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย หลังการเข้าร่วมโปรแกรม และวัดเส้นรอบเอว วัดส่วนสูง ชั่งน้ำหนัก

กิจกรรมที่ 2 การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการกำกับตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และออกกำลังกาย ตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมโปรแกรมการกำกับตนเอง

กิจกรรมที่ 3 สรุปผลลัพธ์ที่ได้กับโปรแกรมการกำกับตนเอง

**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล**

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย โดยแบบสอบถามที่ได้มีลักษณะเป็นแบบปลายปิด (close-ended questionnaires)

2. แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งผู้วิจัยได้มีการประยุกต์ใช้แบบประเมินตนเอง ในคู่มือแนวทางการจัดการปัญหาอ้วนลงพุง และภาวะแทรกซ้อน<sup>(7)</sup> มีลักษณะเป็นการประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ

3. แบบประเมินดัชนีกิจกรรมการออกกำลังกาย โดยกรมอนามัย<sup>(8)</sup> ที่ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ

4. สมุดบันทึกลดพุง ลดโรค โดยเป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง แบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และแบบบันทึกพฤติกรรมการออกกำลังกาย รวมระยะเวลาในการบันทึกข้อมูลทั้งสิ้น 12 สัปดาห์

5. เส้นรอบเอว เก็บข้อมูลโดยใช้สายวัดเส้นรอบเอว และน้ำหนักตัว เก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องชั่งน้ำหนัก ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูล

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสอบถาม 2 ชุด (ข้อมูลส่วนบุคคลและสมุด) ซึ่งผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงโดยอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ก่อนนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างคล้ายคลึง จำนวน 30 คน ผลการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS โดยวิธีครอนบาค ได้ค่า

ความเชื่อมั่น 0.75 และความเที่ยง 0.98 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ทั้งนี้ แบบสอบถามได้รับการปรับปรุงด้านภาษา ก่อนนำไปใช้งานจริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ส่วนที่ 1 สื่อให้ความรู้ ได้แก่ สไลด์ PowerPoint ความรู้เรื่อง ภาวะอ้วนลงพุง และสมุดบันทึกลดพุง ลดโรค การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร

ส่วนที่ 2 การสาธิต ได้แก่ การวัดเส้นรอบเอว

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

การเก็บข้อมูลในงานวิจัยนี้ดำเนินการด้วยความร่วมมือจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำน้อย ตำบลโนนหนามแท่ง อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ โดยเริ่มจากการประสานงานกับผู้อำนวยการและผู้นำชุมชน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นลงพื้นที่เก็บข้อมูลตามที่กำหนด พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมอย่างสมัครใจ สุดท้ายนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และสรุปผลเพื่อใช้ในการวิจัย

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจความสมบูรณ์ของข้อมูลจากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS สถิติที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา

ใช้เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปประกอบด้วยเพศอายุ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

2. สถิติเชิงอนุมาน

ใช้เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการควบคุมอาหาร เส้นรอบเอว และน้ำหนักของอาสาสมัครที่มีภาวะอ้วนลงพุง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมด้วย paired-samples t-test หากแจกแจงปกติ และ Chi-squared test หากแจกแจงไม่ปกติ

**จริยธรรมการวิจัย**

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดอำนาจเจริญ หมายเลขวิจัย 27/2567 เมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม พ.ศ. 2567

**ผลการศึกษา**

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีภาวะอ้วนลงพุงในพื้นที่ตำบลโนนหนามแท่ง อำเภอเมือง-อำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 5.56 และเป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.44 มีอายุเฉลี่ย 54.14±1.51 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 50.00 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 75.00 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 77.8 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2,633.33±252.98 บาท และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 69.3 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูล (n=36)

ข้อมูล	จำนวนร้อยละ
เพศ	
ชาย	2 (5.56)
หญิง	34 (94.44)
อายุ (mean±SD) (ปี)	54.1±1.51
31 - 40	2 (5.55)
41 -50	10 (27.78)
51 - 60	18 (50.00)
61 - 70	6 (16.67)
ส่วนสูง (mean±SD) (เซนติเมตร)	155.22±1.10

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูล (n=36) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวนร้อยละ
สถานภาพ	
โสด	6 (16.67)
สมรส	27 (75.00)
หย่า/แยกกันอยู่/หม้าย	3 (8.33)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	28 (77.78)
มัธยมศึกษาตอนต้น	5 (13.89)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3 (8.33)
รายได้เฉลี่ย (mean±SD) (บาท)	2,633.33±252.98
โรคประจำตัว	
ไม่เป็นโรค	25 (69.44)
ความดันโลหิตสูง	5 (13.89)
ไขมันในเลือดสูง	1 (2.78)
เบาหวาน	2 (5.56)
ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	2 (5.56)
เบาหวานความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	1 (2.78)

2. เปรียบเทียบเส้นรอบเอวและน้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

สำหรับเส้นรอบเอว มีค่าสูงสุด (max) และค่าต่ำสุด (min) ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ที่ 112-83 เซนติเมตร ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 93.72 เซนติเมตร หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่า สูงสุดและค่าต่ำสุดลดลงเป็น 110-81 เซนติเมตร ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 92.17 เซนติเมตร ค่า p-value ที่ได้จาก การทดสอบ paired sample t-test เท่ากับ 0.001

ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับน้ำหนักตัว ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุดก่อนการ เข้าร่วมโปรแกรม อยู่ที่ 90-48 กิโลกรัม ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 66.64 กิโลกรัม หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด ลดลงเป็น 89-47 กิโลกรัม ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 65.83 กิโลกรัม ค่า p-value ที่ได้จากการทดสอบ paired sample t-test <0.001 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงนี้มีนัยสำคัญ ทางสถิติเช่นกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เส้นรอบเอวและน้ำหนัก อสม. ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n=36)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
เส้นรอบเอว	93.72	1.272	92.17	1.325	0.001
น้ำหนัก	66.64	1.594	65.83	1.582	<0.001

**3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม**

ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉลี่ยอยู่ที่ 35.47 คะแนน จากคะแนนเต็ม 56 คะแนน อยู่ในระดับดี ร้อยละ 5.6 ระดับปานกลางร้อยละ 52.8 ระดับควรปรับปรุงร้อยละ 41.7 ภายหลังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ที่ 43.06 คะแนน จากคะแนนเต็ม 56 คะแนน อยู่ในระดับดี ร้อยละ 52.8 ระดับปานกลาง ร้อยละ 36.1 ระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 11.1 ค่า p-value ที่ได้จากการทดสอบ paired sample t-test เท่ากับ 0.035 แสดงให้เห็นว่ามีการเปลี่ยนแปลงนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

**4. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการออกกำลังกายก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม**

พฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square พบว่า เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ซึ่งบ่งชี้ว่าโปรแกรมมีผลอย่างชัดเจนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การออกกำลังกายในระดับน้อยมาก ร้อยละ 86.11 และระดับน้อย ร้อยละ 13.89 แต่ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีพฤติกรรมในระดับน้อยมากลดลงอยู่ที่ร้อยละ 8.33 และในระดับน้อย ลดลงอยู่ที่ร้อยละ 27.78 ในขณะที่จำนวน ผู้ที่ออกกำลังกายในระดับปานกลาง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0 เป็นร้อยละ 47.22 และระดับมาก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0 เป็นร้อยละ 13.89 และระดับมากที่สุด เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0 เป็นร้อยละ 2.78 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=36)

คะแนนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร	ก่อน		หลัง		p-value
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	
ระดับดี	2	5.56	18	50	
ระดับปานกลาง	2	5.56	0	0	
ระดับควรปรับปรุง	32	88.88	18	50	
รวม	36	100	36	100	
คะแนนเฉลี่ย	35.47±6.91		43.06±7.13		0.035*

\* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมการออกกำลังกายแต่ละระดับของผู้เข้าร่วมโครงการ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

เกณฑ์คะแนนพฤติกรรม การออกกำลังกาย	ก่อน		หลัง		X <sup>2</sup>	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ออกกำลังกายมากที่สุด	0	0	1	2.78		
ออกกำลังกายมาก	0	0	5	13.89		
ออกกำลังกายปานกลาง	0	0	17	47.22		
ออกกำลังกายน้อย	5	13.89	10	27.78		
ออกกำลังกายน้อยมาก	31	86.11	3	8.33		
รวม	36	100	36	100	47.725	<0.001

## วิจารณ์

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการกำกับตนเองกลุ่ม-ตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของเส้นรอบเอว และน้ำหนักตัวลดลง จากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของปราณี จันธิมา และสมเกียรติ ศรีธราธิคุณ<sup>(9)</sup> ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่ม-เสี่ยงโรคอ้วนลงพุงต่อขนาดของรอบเอว โดยการให้ความรู้ และสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง โรคอ้วนลงพุงตามแนวคิดการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การดูแลเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลอารมณ์ การงดสูราและสารเสพติด ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักลดลง ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ที่ลดลง และมีระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง การจัดการตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของธนภรณ์ วิโรจน์ และคณะ<sup>(10)</sup> ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อน้ำหนักของประชาชนวัยทำงานที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานน้ำหนักตัว และดัชนีมวลกายลดลงเมื่อเทียบกับก่อนการให้โปรแกรม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายดีขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนการให้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกายและพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่มีการเปลี่ยนแปลง อย่งไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบหลังการให้โปรแกรม พบว่า น้ำหนักตัว และดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่ม-ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายดีกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) นอกจากนี้ การนำโปรแกรมการกำกับตนเองมาใช้ในกลุ่มอาสาสมัคร-สาธารณสุขที่เป็นกลุ่มผู้นำด้านสุขภาพก็ได้ผลดี โดยจาก ผลการศึกษาในครั้งนี้กลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมจะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ( $p < 0.05$ ) อีกทั้งพฤติกรรมการออกกำลังกายหลังการได้รับโปรแกรมมีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ-

ทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ซึ่งบ่งชี้ว่าโปรแกรมมีผลอย่างชัดเจน ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย ดังการ-ศึกษาของดิเรก อาสานอก และจารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ<sup>(11)</sup> ที่ศึกษาการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ที่มีภาวะอ้วนลงพุงตำบลทุ่งกระเต็น อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎี การรับรู้ความสามารถของตนเอง ภายหลังโปรแกรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มทดลองได้ค่าเฉลี่ย คะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุงและการปฏิบัติตัว ในการลดน้ำหนักสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่ม-เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) มีค่าเฉลี่ย ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวลดลงกว่าก่อนการทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการกำกับตนเองมีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยสามารถส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการ บริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และยังสามารลดน้ำหนัก และเส้นรอบเอวในกลุ่ม อสม. ที่มีภาวะอ้วนลงพุง ดังนั้น โปรแกรมการกำกับตนเองไม่เพียงแต่ให้ผลลัพธ์ที่ดีพอๆ กับ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ เท่านั้น แต่ยังมี ข้อได้เปรียบที่สำคัญในหลายด้าน ได้แก่ ความสามารถในการ สร้างแรงจูงใจจากภายใน ความยั่งยืนของพฤติกรรมที่ ปรับเปลี่ยนใช้ต้นทุนต่ำ และมีความยืดหยุ่นในการนำไปใช้ กับกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย ด้วยคุณสมบัติเหล่านี้ โปรแกรมการกำกับตนเองจึงเป็นแนวทางที่มีศักยภาพสูง ในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่ม อสม. ซึ่งเป็น ผู้นำด้านสุขภาพระดับชุมชน หากสามารถขยายผลและ พัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทที่แตกต่างกันในแต่ละ พื้นที่ อาจช่วยลดอัตราการเกิดภาวะอ้วนลงพุงและโรคเรื้อรัง ที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว ทั้งในระดับ บุคคลและระดับประชากร

### ข้อเสนอแนะในการวิจัย

#### ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. อาจมีการเพิ่มทฤษฎีให้มากขึ้นมากกว่าทฤษฎีการกำกับตนเอง และสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้โปรแกรมมีความหลากหลายและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร

2. สามารถนำไปโปรแกรมไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างอื่นที่ หลากหลายมากขึ้น หรือกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่อาสาสมัคร- สาธารณสุขแต่มีภาวะอ้วนลงพุงได้

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลระยะยาวของโปรแกรม และสำรวจปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม เช่น ทักษะชีวิตของตัวบุคคล หรือสิ่งแวดล้อม

2. เพิ่มเทคนิคการเรียนรู้อื่นๆ ที่หลากหลายได้ เช่น กิจกรรมรายบุคคล กิจกรรมที่เน้นการสอนการให้ความรู้เป็นต้น

3. เสริมด้วยกิจกรรมการสร้างเจตคติที่ดีต่อการดูแล

สุขภาพในกิจกรรมแรกๆ และควรวัดการเปลี่ยนแปลงของ เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพพร้อมด้วย

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณาจารย์และผู้เข้าร่วมโครงการทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี ประโยชน์ที่ได้รับ จากการทำวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่คณาจารย์และผู้ที่มี ส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการวิจัยทุกท่านที่ทำให้การวิจัยนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

1. วรณคล เชื้อมงคล, จิตดาภา นากวิกรัย, ธันยชนก สรตริยอาคม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วนและภาวะอ้วนลงพุงของคน ในชุมชนตำบลองครักษ์ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก. วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2566;15(30):1-14.
2. ฉัตรดาว เสพย์ธรรม, สุมาตรา สังข์เกื้อ. ผลของการอ้วนลงพุงต่อความโค้งของกระดูกสันหลังส่วนเอวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ หน้าท้อง และกล้ามเนื้อหลังในวัยรุ่นหญิง. วารสารกายภาพบำบัด 2563;42(1):43-55.
3. กระทรวงสาธารณสุข. ความชุกของภาวะอ้วน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 พ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=kpi/kpi.php&cat\\_id=46522b5bd1e06d24a5bd81917257a93c&id=a75e-43f7e044704ec9a993266d3f6704](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=kpi/kpi.php&cat_id=46522b5bd1e06d24a5bd81917257a93c&id=a75e-43f7e044704ec9a993266d3f6704)
4. พลอยณญารินทร์ ราวินิจ, อติศักดิ์ สัตย์ธรรม. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุงในประชากรตำบลชะแมบ อำเภอวังน้อย จังหวัด พระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย 2559;5(2):33-47.
5. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. สื่อเพื่อการสื่อสารและรณรงค์ ด้านสุขภาพสำหรับอาสาสมัคร- สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 1 พ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: [https://healthmedia.hss.moph.go.th/e-book/247#flipbook-df\\_256/3/](https://healthmedia.hss.moph.go.th/e-book/247#flipbook-df_256/3/)
6. Bandura A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Michigan: Prentice-Hall; 1986.
7. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการจัดการปัญหาอ้วนลงพุงและภาวะแทรกซ้อน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 พ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4932?locale-attribute=th>
8. กรมอนามัย. แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เวชศาสตร์วิถีชีวิต [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 พ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://mwi.anamai.moph.go.th/hrd/download/?did=212989&id=103705&reload=>
9. ปราณี จันธิมา, สมเกียรติ ศรีธราธิคุณ. ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง โรคอ้วนลงพุง. พยาบาลสาร 2560;44(2):162-70.
10. ธนภรณ์ วิโรจน์, พนิดา เตบเส็น, ดุษณีย์ สุวรรณคง, ตั้ม บุญรอด, ชำนาญ ชินสีห์. ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อน้ำหนักตัวของวัยทำงานที่มีภาวะน้ำหนักเกิน และอ้วน อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2566;33(2):276-85.
11. ดิเรก อาสานอก, จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ- หมู่บ้านที่มีภาวะอ้วนลงพุง ตำบลทุ่งกระเต็น อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิชาการ สคร. 9 2561;24(2):90-9.

# The Effects of Self-Regulation Program on Exercise, Dietary Control and Waist Circumference of Volunteer Health Workers with Central Obesity in Non Nam Taeng Sub-District, Mueang District, Amnat Charoen Province

Patcharin Mora-at<sup>1</sup>, Natnaree Papirom<sup>1</sup>, Lalita Khambanguay<sup>1</sup>, Nathakamon Padawech<sup>1</sup>, Pravut Putthakhin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mahidol University, Amnat Charoen Campus, Amnatchareon Province, Thailand

<sup>2</sup>Amnat Charoen Provincial Public Health Office, Amnatchareon Province, Thailand

## Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a self-regulation program on exercise behavior, dietary control, waist circumference, and body weight among village health volunteers (VHVs) with metabolic syndrome in Non Nam Thaeng Subdistrict, Mueang District, Amnat Charoen Province. A total of 36 participants were included in the self-regulation program for 12 weeks which was developed based on Bandura's self-regulation theory. The program consisted of 3 phases: (1) self-observation phase – participants completed an assessment of their dietary and exercise behaviors. Data were collected using an questionnaire with a validity coefficient of 0.75 and a content reliability coefficient of 0.98; (2) self-judgment phase – participants , set their own dietary and exercise goals, and implemented self-regulation strategies throughout the 12-week intervention. Dietary and exercise behaviors were recorded in the “Reduce Waist. Reduce Disease” logbook, which was developed by the researchers; and (3) self-reaction phase – participants evaluated their progression based on their goals. Data were analyzed using descriptive statistics and data comparison using inferential statistics to compare pre- and post-intervention outcomes, and the statistical significance level was set at 0.05. The results indicated that 5.56% of the participants were male, while 94.44% were female, with an average age of 54.14±1.51 years. The majority of participants (50.00%) were between the ages of 51 and 60. After completing the program, the average waist circumference decreased from 93.82±1.27 cm to 92.17±1.33 cm ( $p<0.05$ ), while the average body weight decreased from 66.64±1.59 kg to 65.83±1.58 kg ( $p<0.05$ ). Additionally, participants engaged in physical activity more frequently and for longer durations ( $p<0.05$ ). Dietary control behaviors also improved significantly ( $p<0.05$ ). These findings suggested that the self-regulation program was effective in enhancing exercise and dietary control behaviors resulted to reducing waist circumference and body weight, thereby potentially lowering the risk of complications associated with metabolic syndrome. This program could be further adapted for individuals with metabolic syndrome, particularly village health volunteers, who are community health leader and responsible to provide the knowledge to the general population.

**Keywords:** self-regulation program; exercise; dietary control; abdominal obesity; village health volunteer

# ผลของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพผู้สูงอายุ “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 9 ด้าน ในพื้นที่นำร่อง อำเภอห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ

กาญจนาพร ธนะปาน<sup>1</sup>, พาติยะห์ บาโต<sup>1</sup>, ภัทรลภา สุคำภา<sup>1</sup>, สุภาภรณ์ สุตินทร<sup>2</sup>, ณัฐกมล ผดเวา<sup>1</sup>

<sup>1</sup> มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ

<sup>2</sup> โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำพระ จังหวัดอำนาจเจริญ

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและประเมินผลภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุเป็นการศึกษาเชิงทดลองโดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้รูปแบบการป้องกันความเสี่ยง “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ซึ่งมุ่งเน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ 9 ด้าน และอยู่ในกลุ่มติดสังคม คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 38 คน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากมีผู้สนใจเข้าร่วมมากกว่าที่กำหนด จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 41 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างวันที่ 9 สิงหาคม - 6 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 โดยใช้แบบคัดกรอง แบบบันทึกภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ paired t-test และ Wilcoxon signed rank test เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ ผลการศึกษาพบว่า ภาวะสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การเดินและการทรงตัวในเกณฑ์เสี่ยงลดลงจากร้อยละ 34.15 เป็นร้อยละ 2.44 ภาวะสายตาในเกณฑ์มีปัญหาลดลงจากร้อยละ 60.98 เป็นร้อยละ 4.88 สมรรถภาพสมองในระดับไม่ปกติของผู้สูงอายุที่มีการศึกษาประถมศึกษาลดลงจากร้อยละ 33.33 เหลือร้อยละ 2.78 สุขภาวะช่องปากในเกณฑ์ไม่เหมาะสมลดลงจนอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมทั้งหมด ภาวะการกลืนลำบากลดลงจากร้อยละ 19.51 จนไม่พบภาวะการกลืนลำบาก ภาวะซึมเศร้าในเกณฑ์มีความเสี่ยงลดลงจากร้อยละ 24.40 ไม่พบภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 46.34 หลังการเข้าร่วมผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นทั้งหมด และพฤติกรรมการบริโภคอาหารในเกณฑ์เสี่ยงลดลงจากร้อยละ 85.37 เหลือร้อยละ 7.32 ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพผู้สูงอายุ มีประสิทธิผลในการส่งเสริมภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ ใช้ในการพัฒนานโยบายและประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชนและประเทศเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ; ความเสี่ยง 9 ด้าน; รูปแบบการป้องกันความเสี่ยง; ภาวะสุขภาพ; พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

วันรับ: 17 ม.ค. 2568

วันแก้ไข: 23 ก.พ. 2568

วันตอบรับ: 26 ก.พ. 2568

## บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรที่สำคัญ เนื่องจากมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลของสำนักสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2566 พบว่าประชากรไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนถึง 13.64 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19.5 ของประชากรทั้งหมด<sup>(1)</sup> นอกจากนี้ คาดการณ์ว่าประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super aged society) ที่มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 32.1 ภายในปี พ.ศ. 2570<sup>(2)</sup> การเปลี่ยนแปลงนี้สร้างความท้าทายต่อระบบการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่ต้องการการดูแลและการสนับสนุนที่เหมาะสมเพื่อให้อยู่ได้อย่างมีคุณภาพในสังคม มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพที่ดีและความเป็นอยู่ที่ดีให้กับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพหลายประการ เช่น การหกล้ม โรคสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า และภาวะการขาดสารอาหาร ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างรุนแรง Sustainable Development Goal 3 (SDG 3) จึงตั้งเป้าหมายสำคัญในการลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคที่ป้องกันได้ รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพจิตให้แก่ผู้สูงอายุและประชาชนทุกกลุ่มวัย การให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุจึงเป็นหนึ่งในเป้าหมายที่ต้องการให้บรรลุ โดยมุ่งลดภาวะการเจ็บป่วยและส่งเสริมสุขภาพในทุกๆ มิติ ซึ่งตามข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกระบุว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและมีการดูแลที่ดีจะมีชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพสูงซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของ SDG 3 ในการยกระดับสุขภาพของผู้สูงอายุให้สามารถมีชีวิตที่ดีขึ้นได้ทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการพัฒนาและส่งเสริมโปรแกรมต่างๆ เช่น การออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้ม การฝึกสมองเพื่อชะลอภาวะสมองเสื่อม และการส่งเสริมสุขภาพจิตจึงเป็นการดำเนินการที่สอดคล้องกับ SDG 3 เพื่อสร้างสังคมที่มีสุขภาพดีและยั่งยืนสำหรับทุกคน โดยเฉพาะผู้สูงอายุในชุมชน<sup>(3)</sup>

ในจังหวัดอำนาจเจริญโดยเฉพาะอำเภอห้วยตะพาน มีข้อมูลสำรวจที่ชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุในพื้นที่นี้อยู่ในกลุ่ม “ติดสังคม” คิดเป็นร้อยละ 87.41 ของผู้สูงอายุทั้งหมด อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุเหล่านี้ยังต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพ

หลายประการ เช่น ภาวะหกล้ม ภาวะซึมเศร้า และภาวะสมองเสื่อม และการมีพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม อันส่งผลให้มีโรคอื่นตามมาในอนาคต การหกล้มเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และส่งผลให้เกิดอัตราการบาดเจ็บที่สูง<sup>(2)</sup> ในขณะเดียวกันภาวะซึมเศร้าก็ได้เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการซึมเศร้าและความเสื่อมของสมองสูงขึ้น<sup>(4)</sup> หากไม่มีการส่งเสริมผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ผู้สูงอายุเหล่านี้จะกลายเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียงได้ในอนาคต

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ ส่งผลให้ปัญหาด้านสุขภาพและโภชนาการของผู้สูงอายุได้รับความสนใจมากขึ้น เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ระบบต่างๆ ในร่างกายจะเริ่มเสื่อมถอย ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เผชิญกับภาวะถดถอย 9 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านความคิดและความจำ (2) ด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย (3) ด้านภาวะโภชนาการและการขาดสารอาหาร (4) ด้านการมองเห็น (5) ด้านการได้ยิน (6) ด้านภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (7) ด้านการกลืนบัสสาวะ (8) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ (9) ด้านสุขภาพช่องปาก<sup>(5)</sup>

ปัญหาหนึ่งที่พบมากในผู้สูงอายุคือการพลัดตกหกล้มซึ่งอาจนำไปสู่อาการบาดเจ็บรุนแรง เช่น กระดูกสะโพกหักหรืออุบัติเหตุทางสมอง จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุหกล้มทุกปี หรือคิดเป็นกว่า 3 ล้านราย โดยร้อยละ 20 ของผู้ที่หกล้มได้รับความเสี่ยงดังกล่าวทำให้อัตราการพิการและการเสียชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญนอกจากปัญหาด้านร่างกาย สุขภาพจิตของผู้สูงอายุยังเป็นประเด็นที่สำคัญวัยสูงอายุเป็นช่วงแห่งการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายจิตใจ และสังคม ซึ่งอาจส่งผลให้อารมณ์แปรปรวนและเกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยพบว่าประมาณร้อยละ 7 ของผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า<sup>(7)</sup> นอกจากนี้ ภาวะสมองเสื่อมยังเป็นอีกหนึ่งปัญหาสุขภาพที่พบมากขึ้นตามอายุ โดยมีความชุกอยู่ที่ร้อยละ 6.8 ในผู้สูงอายุชาย และร้อยละ 9.2 ในผู้สูงอายุหญิง<sup>(6)</sup> ปัญหาด้านโภชนาการก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ จากข้อมูลการประเมินภาวะโภชนาการของกรมอนามัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะอ้วนลงพุงถึงร้อยละ 66.0 ซึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรม

การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม<sup>(8)</sup> สถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพและโภชนาการของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

จากสภาพสังคมและครอบครัวที่เปลี่ยนไป พบว่า มีผู้สูงอายุอยู่คนเดียวเพิ่มมากขึ้นถึง ร้อยละ 12 และอยู่ลำพังกับคู่สมรสมากถึงร้อยละ 21.1 ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุขาดผู้ดูแลหลัก ทำให้เห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้มีระบบการดูแลตัวเองในผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ บูรณาการเป็นองค์รวม เป้าหมายที่สำคัญคือ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถลดอัตราการเจ็บป่วยให้น้อยลงในผู้สูงอายุ<sup>(4)</sup>

กรมอนามัยได้พัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้แนวคิด 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ประกอบไปด้วยการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้ม การทำกิจกรรมฝึกสมองเพื่อชะลอการเสื่อม การพบปะผู้คนเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต และการเลือกอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ<sup>(9)</sup> หากมีการนำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ในอำเภอห้วยตะพาน เนื่องจากมีประชากรผู้สูงอายุจำนวนมาก จึงคาดการณ์ว่าการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะช่วยแก้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอห้วยตะพาน อีกทั้งจะสามารถมีข้อมูลเพื่อนำไปสู่การพัฒนานโยบายด้านสุขภาพที่เหมาะสมในประเทศไทยเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพผู้สูงอายุ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 9 ด้าน ในพื้นที่นาร่อง อำเภอห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ และเพื่อศึกษาผลของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพผู้สูงอายุ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 9 ด้าน ในพื้นที่นาร่อง อำเภอห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบ 4 Smart ต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่นาร่อง อำเภอห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ เทียบกับแนวทางการดูแลสุขภาพเดิมในชุมชน ผลการศึกษาคาดว่าจะ เป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนานโยบายและขยายผลสู่การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับประเทศอย่างเป็นระบบ

## วิธีการศึกษา

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยใช้ออกแบบการทดลองแบบกลุ่มเดียว ทดสอบก่อนและหลัง

### ประชากร

ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ในอำเภอห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ ปี พ.ศ. 2567 รวม 1,404 คน โดยผ่านการประเมินความเสี่ยง 9 ด้าน และคัดกรอง ADL พบว่าอยู่ในกลุ่มติดสังคม

### กลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณหากกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนหลัง (one group pretest – posttest design) โดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่อิสระต่อกัน

หาค่าความแปรปรวนจากสูตร

$$\sigma^2 = \frac{SD_1^2 + SD_2^2}{2}$$

ใช้ค่าตัวแปรงานวิจัยของสุวิมล แสงเรือง และหน่วยงาน PCU โรงพยาบาลโกสุมพิสัย<sup>(10)</sup> ได้ค่าความแปรปรวน = 5.18 สูตรที่ใช้คำนวณหากกลุ่มตัวอย่าง

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2} \sigma^2}{d^2(N-1) + Z^2_{\alpha/2} \sigma^2}$$

เมื่อกำหนดให้

n = ขนาดตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร

$Z^2_{\alpha/2}$  = ความเชื่อมั่นที่กำหนด  $\alpha=0.05$  ( $Z_{0.05/2}=1.96$ )

$\sigma^2$  = ความแปรปรวน

d = precision

ใช้ค่าตัวแปรจากงานวิจัยของสุวิมล แสงเรือง และหน่วยงาน PCU โรงพยาบาลโกสุมพิสัย<sup>(10)</sup> ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 38 คน เนื่องจากมีผู้สนใจเข้าร่วมมากกว่าที่กำหนด จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 41 คน

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก (inclusion criteria) กลุ่มตัวอย่างดังนี้

**เกณฑ์ในการคัดเลือก (inclusion criteria)**

1. เป็นผู้สูงอายุชายและหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการประเมินและพบว่ามีความเสี่ยง 9 ด้าน และเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมจากการประเมิน (Barthel activities of daily living; ADL)
2. อาศัย อยู่อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดอำนาจเจริญ
3. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
4. เข้าใจภาษาไทย สามารถสื่อสารได้

**เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria)**

1. มีโรคประจำตัวที่รุนแรง ที่อาจจะไม่สามารถเข้าร่วม เช่น ผู้พิการ หรือ โรคติดต่อร้ายแรง เป็นต้น
2. ผู้ที่มีโรคทางจิตเวช หรือผู้พิการทางจิตใจและพฤติกรรมที่รุนแรงและอยู่ระหว่างการเข้ายาทางจิตเวช

**เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมการศึกษา (discontinuation criteria)**

1. ผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่ 1 ครั้ง และผู้วิจัยไม่สามารถพูดโน้มน้าวให้กลับเข้าร่วมกิจกรรมได้
2. ผู้สูงอายุที่ขอลอนตัวออกจากการวิจัยภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมมาได้ระยะหนึ่ง
3. ผู้วิจัยและครอบครัวของผู้สูงอายุเห็นสมควรว่าควรยุติการเข้าร่วม

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา**

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ย และการพักอาศัย
2. แบบสอบถามภาวะสุขภาพ
  - 2.1 ภาวะสุขภาพทางกาย
    - 1) การคัดกรองภาวะหกล้ม (TUG test): ใช้เวลาเดิน ≤10 วินาที ปกติ 11-20 วินาที เสี่ยงปานกลาง >20 วินาที เสี่ยงสูง
    - 2) คัดกรองสายตา: ทดสอบการมองเห็นจำนวน 5 ข้อโดยมีคำถาม ใช่กับไม่ใช่ และหากตอบใช่เพียง 1 ข้อ ส่งต่อให้กับทางแพทย์
    - 3) คัดกรองภาวะสมองเสื่อม (MMSE): แบ่งตามระดับการศึกษา โดยมีทั้งหมด 3 ระดับ โดยผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษามีจุดตัดคือ ต้องได้มากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน ผู้สูงอายุได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา มีจุดตัดคือ ต้องได้มากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน ผู้สูงอายุได้รับการศึกษาระดับสูงกว่า

ประถมศึกษา มีจุดตัดคือ ต้องได้มากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน

- 4) ประเมินช่องปาก: ใช้คะแนนรวมการทำความสะดวกอาดฟันและพฤติกรรมเสี่ยง หากคะแนนต่ำกว่าจุด 5 คะแนนเท่ากับผิดปกติ
- 5) ภาวะกลืนลำบาก: มีอาการมากกว่า 4-6 ข้อ ส่งต่อให้กับทันตสาธารณสุข

**2.2 ภาวะสุขภาพทางจิต**

- 1) คัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q, 9Q): 2Q มีข้อใดข้อหนึ่งถือว่ามีความโน้มชึมเศร้า ต้องทำ 9Q ต่อ คะแนน 19 ขึ้นไป ถือว่าซึมเศร้ายุติ

**3. พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์**

- 3.1 การออกกำลังกาย: วัดเป็นนาทีต่อสัปดาห์ (≥150 นาที มีพฤติกรรมออกกำลังกายที่ดี)
- 3.2 บันทึกการออกกำลังกาย: เยี่ยมบ้านกระตุ้นให้ปฏิบัติ
- 3.3 การบริโภคอาหาร: ให้คะแนนจากคำถามเชิงบวก/ลบ หากคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 32 ต้องมีการปรับพฤติกรรมบริโภค

**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล**

นำไปสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน ผลที่ได้ไปวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงแบบสอบถามให้มีคุณภาพด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยหาค่า Cronbach alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 ซึ่งได้ตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้ จากนั้นจึงปรับปรุงด้านภาษาในข้อคำถามเพิ่มเติมอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

**การดำเนินการทดลอง**

**ขั้นตอนที่ 1** ลงเก็บข้อมูลก่อนการอบรม/จัดกิจกรรม (สัปดาห์ที่ 1 ก่อนการจัดกิจกรรม)

1. บันทึกการประเมินคัดกรองภาวะหกล้ม
2. การคัดกรองสุขภาพทางตา
3. การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า
4. แบบคัดกรองผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์
5. การประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ
6. แบบประเมินพฤติกรรมบริโภคอาหาร
7. แบบประเมินพฤติกรรมออกกำลังกาย

**ขั้นตอนที่ 2** จัดหลักสูตร “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม เสร้า กินข้าวอร่อย” ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 9 ด้าน (220 นาที) (สัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรม)

**กิจกรรมที่ 1 ไม่ล้ม (45 นาที)**

1) การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุ

2) แนะนำในการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผลการทดสอบที่ได้รับ “ยืดเหยียดพลังใจ ส่งเสริมผู้สูงอายุทำออกกำลังกายที่เหมาะสม”

**กิจกรรมที่ 2 ไม่ล้ม (45 นาที)**

1) การให้ความรู้ในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้สูงอายุ

2) กิจกรรมฝึกสมอง เกม จับคู่ภาพเหมือน

**กิจกรรมที่ 3 ไม่ล้ม เสร้า (45 นาที)**

1) การให้ความรู้เรื่องของภาวะล้มในผู้สูงอายุ

2) กิจกรรมที่ทำให้อารมณ์และจิตใจให้เป็นสุข ระบาย- สีสตามตัวเลข

**กิจกรรมที่ 4 กินข้าวอร่อย (45 นาที)**

1) การให้ความรู้เรื่องโภชนาการสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ

2) กิจกรรมกลอนอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีร่วมกับการออกกำลังกายที่ยืดเหยียด

3) สุขภาพฟันดีมีสุข

**ขั้นตอนที่ 3** เยี่ยมบ้านหลังการจัดกิจกรรม 3 สัปดาห์ โดยลงเยี่ยมบ้านจำนวน 3 สัปดาห์ต่อครั้ง เป็นจำนวน 4 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 5 - 14 มีการลงพื้นที่ติดตาม)

1. แบบบันทึกพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการออกกำลังกายและการควบคุมอาหาร

2. สอบถามปัญหา ความกังวล และให้คำแนะนำ

**ขั้นตอนที่ 4** สัปดาห์ที่ 15 เก็บข้อมูลหลังจัดกิจกรรม

1. การประเมินผู้สูงอายุที่ทำกิจกรรม

2. บันทึกการประเมินคัดกรองภาวะหกล้ม

3. การคัดกรองสุขภาพทางตา

4. การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า

5. แบบคัดกรองผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์

6. การประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

7. แบบประเมินพฤติกรรมบริโภคอาหาร

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. จัดทำหนังสือขออนุญาตการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

2. รับสมัครอาสาสมัครเก็บข้อมูลซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำพระ อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญในกลุ่ม อสม.

3. ชี้แจงทำความเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดก่อนการเก็บข้อมูลและการคัดกรองแก่ อสม.

4. ดำเนินการเก็บข้อมูลตามแผนที่กำหนดก่อนและหลังการวิจัย

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พรรณนาข้อมูลประชากร เช่น เพศ อายุ การศึกษา พฤติกรรมสุขภาพ

2. สถิติเชิงอนุมาน

2.1 เปรียบเทียบผลก่อน-หลังด้วย paired sample t-test หากข้อมูลมีการแจกแจงปกติ

2.2 หากไม่ปกติ ใช้ Wilcoxon signed rank test

2.3 ผลการวิเคราะห์แสดงผ่านกราฟและตาราง เพื่อให้เห็นแนวโน้มที่ชัดเจน

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**

ก่อนดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่าง-งานวิจัยพร้อมเครื่องมือวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการวิจัยของสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ ได้รับอนุมัติแล้ว เลขที่ 4894 ลงวันที่ 4 ตุลาคม พ.ศ. 2567 และเมื่อได้รับการพิจารณาตรวจสอบแล้วจึงดำเนินการวิจัยโดยผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความเคารพความเป็นบุคคลกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยประโยชน์และความเสี่ยงใดบ้างที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ข้อมูลต่างๆ ที่ได้ในการวิจัยจะมีเฉพาะผู้วิจัยทราบและข้อมูลที่ได้ในการวิจัยทุกอย่างจะใช้ประโยชน์ทางวิชาการและเสนอในภาพรวมเท่านั้นในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธจะไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างเมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจแล้วให้ลงนามยินยอมในการเข้าร่วม

## ผลการศึกษา

ช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 78.05 สมรสแล้ว ร้อยละ 70.73 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 85.37 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 2,000 บาท ร้อยละ 87.80 และพักอาศัยกับครอบครัวหรือญาติ ร้อยละ 73.17 ดังตารางที่ 1

### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 41 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.37 อายุเฉลี่ย 67.17 ปี อยู่ใน

ตารางที่ 1 เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การพักอาศัยของกลุ่มตัวอย่าง (n=41)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	6	14.63
หญิง	35	85.37
อายุ (ปี)		
60 - 69	32	78.05
70 - 79	8	19.51
80 -99	1	2.44
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	67.17 (4.88)	
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	60 - 81	
สถานภาพ		
สมรส	29	70.73
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	9	21.95
โสด	3	7.32
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	35	85.37
สูงกว่าประถมศึกษา	6	14.63
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
<2,000	36	87.80
2,001 - 4,000	3	7.32
>4,000	3	7.32
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	1,329.27 (1,341.31)	
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	600 - 6,000	
การพักอาศัย		
อยู่คนเดียว (1 คน)	6	14.63
ครอบครัว/คู่สมรส (2 คน)	5	12.20
ครอบครัว/ญาติพี่น้อง (3 คนขึ้นไป)	30	73.17

**2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนและประเมินภาวะ-สุขภาพผู้สูงอายุภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมรูปแบบ มีดังนี้**

1. **การเดินและการทรงตัว (TUG test):** ค่าเฉลี่ยลดลงจาก 11.22 วินาที เหลือ 9.44 วินาที ซึ่งแสดงถึงการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและความสมดุล ลดความเสี่ยงต่อการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )
2. **สุขภาพสายตา:** คะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 3.61 เป็น 4.95 แสดงให้เห็นถึงการปรับปรุงด้าน การมองเห็นที่ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยอยู่ในเกณฑ์ปกติ หลังการเข้าร่วมรูปแบบ ( $p < 0.05$ )
3. **สมรรถภาพสมอง (MMSE):** ในกลุ่มระดับประถมศึกษาคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 7.58 เป็น 26.42 และในกลุ่มระดับสูงกว่าประถมศึกษา คะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 15.60 เป็น 27.60 สะท้อน

ถึงการฟื้นฟูความจำและความคิดวิเคราะห์อย่างมีประสิทธิภาพ ( $p < 0.05$ )

4. **สุขภาพช่องปาก:** คะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 4.17 เป็น 6.39 โดยผู้สูงอายุทุกคนมีสุขภาพช่องปากอยู่ในเกณฑ์เหมาะสม ซึ่งแสดงถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลช่องปากที่ดีขึ้นหลังเข้าร่วมรูปแบบ ( $p < 0.05$ )

5. **ภาวะกลืนลำบาก:** คะแนนลดลงจาก 0.95 เป็น 0 แสดงถึงการแก้ไขปัญหาการกลืนลำบากในผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพหลังจากได้รับการดูแลและคำแนะนำ ( $p < 0.05$ )

6. **ภาวะซึมเศร้า:** คะแนนเพิ่มจาก 1.73 เป็น 2.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติหลังการเข้าร่วมรูปแบบ สะท้อนถึงการปรับปรุงด้านสุขภาพจิตและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างชัดเจน ( $p < 0.05$ ) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2 ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองเข้าร่วมรูปแบบ (n=41)**

ปัจจัย	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p-value
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ		
Time up and go test; TUG (วินาที)	11.22	3.12	เสี่ยงปานกลาง	9.44	0.84	ปกติ	3.91	0.000*
สุขภาพทางตา (คะแนน)	3.61	1.60	เสี่ยง	4.95	0.22	ปกติ	5.40	0.000*
Mini-mental state examination: MMSE 2002 (คะแนน)								
ระดับประถมศึกษา	7.58	18.97	ไม่ปกติ	26.42	3.17	ปกติ	5.62	0.000*
ระดับสูงกว่าประถมศึกษา	15.60	0.55	ไม่ปกติ	27.60	2.88	ปกติ	9.20	0.001*
การทำความสะอาดช่องปาก (คะแนน)	4.17	1.02	ไม่เหมาะสม	6.39	0.59	เหมาะสม	11.9	0.000*
ภาวะการกลืนลำบาก (คะแนน)	0.95	1.97	มีภาวะ	0	0	ปกติ	3.09	0.004
ภาวะซึมเศร้า (2Q)(คะแนน)	1.73	0.50	มีภาวะซึมเศร้า	2	0	ปกติ	3.43	0.001

\* paired sample t-test,  $p < 0.05$

**3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมรูปแบบ มีดังนี้**

**1. พฤติกรรมการออกกำลังกาย:** ค่าเฉลี่ยของการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจาก 1.51 (ก่อนเข้าร่วมโครงการ) เป็น 2.00 (หลังเข้าร่วมโครงการ) โดยมีการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) แสดงถึงการเพิ่มความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

**2. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร:** ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นจาก 26.33 เป็น 35.27 โดยมีการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ซึ่งสะท้อนถึงการปรับปรุงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น เช่น การเลือกอาหารที่มีประโยชน์

และการหลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ดังตารางที่ 3

**4. ผลการบันทึกพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมรูปแบบดังนี้**

กราฟแสดงแนวโน้มการออกกำลังกายของผู้เข้าร่วมรูปแบบทุกคนตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยในแกนนอนแสดงจำนวนจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 41 คน และในแกนตั้ง แสดงจำนวนนาทีกการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละสัปดาห์ แต่ละสีแสดงจำนวนสัปดาห์ ซึ่งจะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่มีแนวโน้มส่วนใหญ่มีการเพิ่มขึ้นของระยะเวลาในการออกกำลังกายเมื่อเวลาผ่านไป โดยเฉพาะในช่วงปลายโครงการ (สัปดาห์ที่ 10-12) แสดงให้เห็นถึงการปรับตัวและความต่อเนื่องในการออกกำลังกายของผู้เข้าร่วมรูปแบบ ดังภาพที่ 1

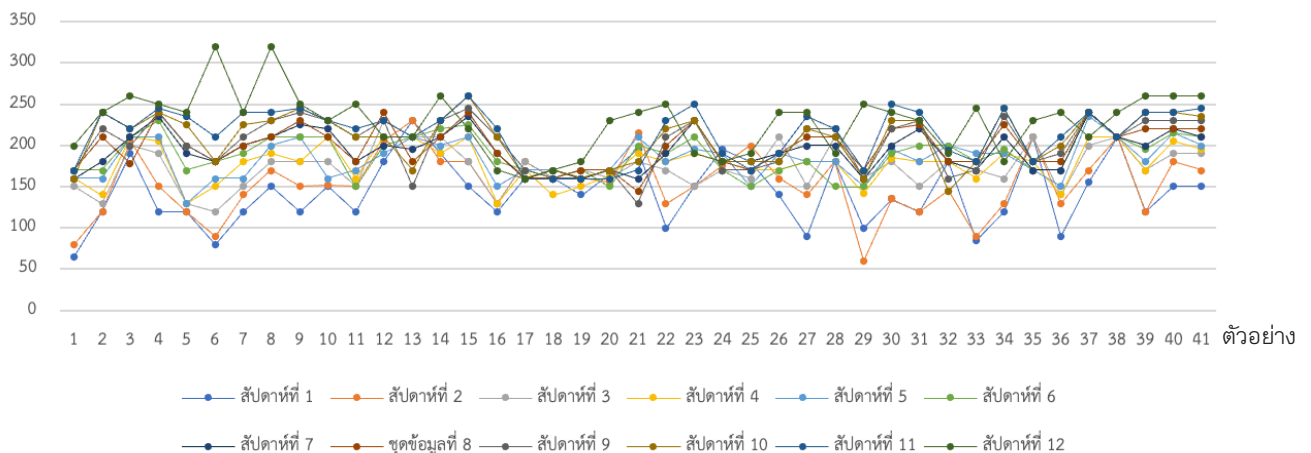
**ตารางที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองเข้าร่วมรูปแบบ (n=41)**

ปัจจัย	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p-value
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ		
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	1.51	0.55	เสี่ยง	2	0	ปกติ	-	0.000**
พฤติกรรมการบริโภค	26.33	5.69	เสี่ยง	35.27	3.24	ปกติ	8.49	0.000*

\*\* Wilcoxon signed rank test,  $p < 0.05$

**ภาพที่ 1 พฤติกรรมออกกำลังกายรายบุคคล**

จำนวนนาทีก



**5. พฤติกรรมการควบคุมอาหาร (แบบบันทึกคะแนนรายข้อ)**

ผลการบันทึกพฤติกรรมการควบคุมอาหารรายข้อของผู้สูงอายุทั้ง 11 ข้อ พบว่า ผู้สูงอายุทุกคน (41 คน คิดเป็นร้อยละ 100) อยู่ในระดับดีมากทุกข้อ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนในแต่ละข้อดังนี้ ข้อที่ 1 = 82.90 ข้อที่ 2 = 82.36 ข้อที่ 3 = 80.97 ข้อที่ 4 = 81.60 ข้อที่ 5 = 81.95 ข้อที่ 6 = 82.31

ข้อที่ 7 = 83.53 ข้อที่ 8 = 80.26 ข้อที่ 9 = 82.09 ข้อที่ 10 = 80.65 และข้อที่ 11 = 81.46 โดยมีคะแนนต่ำสุดระหว่าง 68-77 คะแนน และคะแนนสูงสุด 84 คะแนนทุกข้อ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 1.30-4.17 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่ดีมากและสม่ำเสมอในทุกข้อ ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4 ผลการบันทึกพฤติกรรมการควบคุมอาหารรายข้อของผู้สูงอายุ เฉลี่ย 12 สัปดาห์ (n=41)**

พฤติกรรมการบริโภค	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. ดื่มน้ำครบ 8 แก้ว/วัน</b>		
ระดับดีมาก (คะแนน 64 - 84)	41	100.00
ระดับดี (คะแนน 43 - 63)	0	0.00
ระดับปานกลาง (คะแนน 22 - 42)	0	0.00
ระดับน้อย (คะแนน 0 - 21)	0	0.00
ค่าเฉลี่ยคะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	82.90 (1.92)	
คะแนนต่ำสุด - คะแนนสูงสุด	75 - 84	
<b>2. กินผักสด ผักลวก น้ำพริก</b>		
ระดับดีมาก (คะแนน 64 - 84)	41	100.00
ระดับดี (คะแนน 43 - 63)	0	0.00
ระดับปานกลาง (คะแนน 22 - 42)	0	0.00
ระดับน้อย (คะแนน 0 - 21)	0	0.00
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	82.36 (2.59)	
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	73 - 84	
<b>3. กินผลไม้สด โดยไม่จิ้มน้ำตาล พริกเกลือ</b>		
ระดับดีมาก (คะแนน 64 - 84)	41	100.00
ระดับดี (คะแนน 43 - 63)	0	0.00
ระดับปานกลาง (คะแนน 22 - 42)	0	0.00
ระดับน้อย (คะแนน 0 - 21)	0	0.00
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	80.97 (3.00)	
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	74 - 84	
<b>4. กินเมนูที่เป็นเนื้อปลาเป็นส่วนประกอบและปรุงด้วยวิธีไขมันต่ำ เช่น ปลาเผา ปลาต้ม ปลาหนึ่ง</b>		
ระดับดีมาก (คะแนน 64 - 84)	41	100.00
ระดับดี (คะแนน 43 - 63)	0	0.00

ตารางที่ 4 ผลการบันทึกพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารรายข้อของผู้สูงอายุ เฉลี่ย 12 สัปดาห์ (n=41) (ต่อ)

พฤติกรรมการบริโภค	จำนวน	ร้อยละ
ระดับปานกลาง (คะแนน 22 - 42)	0	0.00
ระดับน้อย (คะแนน 0 - 21)	0	0.00
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	81.60 (2.97)	
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	74 - 84	
5. กินอาหารหลักครบ 5 หมู่ ครบ 3 มื้อ โดยไม่กินจุบจิบระหว่างวัน		
ระดับดีมาก (คะแนน 64 - 84)	41	100.00
ระดับดี (คะแนน 43 - 63)	0	0.00
ระดับปานกลาง (คะแนน 22 - 42)	0	0.00
ระดับน้อย (คะแนน 0 - 21)	0	0.00
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	81.95 (2.74)	
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	74 - 84	
6. กินอาหารมื้อหลักโดยมี ปริมาณผักมากกว่าข้าว เมื่อดูด้วยสายตา		
ระดับดีมาก (คะแนน 64 - 84)	41	100.00
ระดับดี (คะแนน 43 - 63)	0	0.00
ระดับปานกลาง (คะแนน 22 - 42)	0	0.00
ระดับน้อย (คะแนน 0 - 21)	0	0.00
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	82.31 (3.16)	
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	70 - 84	
7. เลือกกินข้าว “ไม่ขัดสี” มากกว่า “ข้าวขาว” กินไม่เกิน 8 ทัพพีต่อวัน		
ระดับดีมาก (คะแนน 64 - 84)	41	100.00
ระดับดี (คะแนน 43 - 63)	0	0.00
ระดับปานกลาง (คะแนน 22 - 42)	0	0.00
ระดับน้อย (คะแนน 0 - 21)	0	0.00
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	83.53 (1.30)	
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	77 - 84	
8. งดกินของทอดได้สำเร็จ		
ระดับดีมาก (คะแนน 64 - 84)	41	100.00
ระดับดี (คะแนน 43 - 63)	0	0.00
ระดับปานกลาง (คะแนน 22 - 42)	0	0.00
ระดับน้อย (คะแนน 0 - 21)	0	0.00
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	80.26 (4.17)	

ตารางที่ 4 ผลการบันทึกพฤติกรรมการควบคุมอาหารรายข้อของผู้สูงอายุ เฉลี่ย 12 สัปดาห์ (n=41) (ต่อ)

พฤติกรรมการบริโภค	จำนวน	ร้อยละ
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	68 - 84	
9. งดการปรุงก๋วยเตี๋ยว		
ระดับดีมาก (คะแนน 64 - 84)	41	100.00
ระดับดี (คะแนน 43 - 63)	0	0.00
ระดับปานกลาง (คะแนน 22 - 42)	0	0.00
ระดับน้อย (คะแนน 0 - 21)	0	0.00
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	82.09 (2.90)	
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	71 - 84	
10. เลี่ยงการกินผลไม้รสหวานจัด		
ระดับดีมาก (คะแนน 64 - 84)	41	100.00
ระดับดี (คะแนน 43 - 63)	0	0.00
ระดับปานกลาง (คะแนน 22 - 42)	0	0.00
ระดับน้อย (คะแนน 0 - 21)	0	0.00
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	80.65 (3.39)	
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	72 - 84	
11. งดดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง		
ระดับดีมาก (คะแนน 64 - 84)	41	100.00
ระดับดี (คะแนน 43 - 63)	0	0.00
ระดับปานกลาง (คะแนน 22 - 42)	0	0.00
ระดับน้อย (คะแนน 0 - 21)	0	0.00
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	81.46 (2.58)	
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	75 - 84	

## วิจารณ์

ผลการศึกษาสะท้อนถึงประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งในเชิงภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ดังนี้

**ด้านภาวะสุขภาพ**พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมมีสมรรถภาพทางกายที่ดีขึ้น เห็นได้จากการลดเวลาใน TUG test ซึ่งเป็นตัวชี้วัดความสามารถในการเคลื่อนไหว งานวิจัยของ Delbaere และคณะ<sup>(11)</sup> ยังสนับสนุนว่าการออกกำลังกาย

ที่เน้นการปรับสมดุลสามารถลดความเสี่ยงต่อการหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ สุขภาพสายตา สมอง ช่องปาก และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีแนวโน้มดีขึ้น เมื่อได้รับการตรวจสุขภาพและคำแนะนำที่เหมาะสม การฝึกสมอง เช่น กิจกรรมจับคู่ภาพ มีส่วนช่วยฟื้นฟูความจำ และลดภาวะสมองเสื่อม เช่นเดียวกับงานวิจัยของศิริมา เขมะเพชร และรจนาถ หอมดี<sup>(12)</sup> ที่ชี้ว่าการฝึกสมองร่วมกับการออกกำลังกายช่วยชะลอภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่เดียวกัน การสอนดูแลช่องปากและใช้ไหมขัดฟันช่วยลด



## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. สรุปผลที่สำคัญ การทำงานของผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 1 ก.พ. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dop.go.th/th/know/4/2409>
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิต (ADL) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 2 พ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: [https://www.dop.go.th/th/statistics\\_page?cat=3&id=2526](https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=3&id=2526)
3. SDG Move. Towards a dementia-inclusive society คู่มือใหม่ของ WHO ที่จะช่วยให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 16 ส.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.sdgmovement.com/2021/08/16/who-toolkit-towards-a-dementia-inclusive-society/>
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลพลัดตกหกล้ม [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 26 ต.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=23567>
5. กรมสุขภาพจิต. สถานการณ์สุขภาพจิตในผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 1 ก.พ. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=3256>
6. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. รายงานประจำปี 2565 เฝ้าระวังทางโภชนาการ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 1 ก.พ. 2567]. แหล่งข้อมูล: [https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-upload/6x22caac0452648c8dd1f534819ba2f16c/202303/m\\_magazine/37955/4261/file\\_download/13affb4dde0d884d8536cb0096eacca9.pdf?utm\\_source=chatgpt.com](https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-upload/6x22caac0452648c8dd1f534819ba2f16c/202303/m_magazine/37955/4261/file_download/13affb4dde0d884d8536cb0096eacca9.pdf?utm_source=chatgpt.com)
7. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 1 ก.พ. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.hsri.or.th/research>
8. กรมอนามัย. รายงานสถานการณ์ภาวะโภชนาการของประชากรไทย พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 1 ก.พ. 2567]. แหล่งข้อมูล: [https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-upload/6x22caac0452648c8dd1f534819ba2f16c/filecenter/file/doc/analyze\\_1.19.pdf](https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-upload/6x22caac0452648c8dd1f534819ba2f16c/filecenter/file/doc/analyze_1.19.pdf)
9. กานดาวลี มาลีวงษ์, วณิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, ยงยศ หัตถพรสวรรค์, ศรีสุดา สว่างสาลี, วณิดา มงคลสินธุ์, ภูซังค์ เสนาหุข และคณะ. ความรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”: กรณีศึกษาเขตดอนเมือง. วารสารเกื้อการุณย์ 2561;25(2):119-36.
10. สุวิมล แสงเรือ, หน่วยงาน PCU โรงพยาบาลโกสุมพิสัย. ผลของการใช้หลักสูตรไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ร่วมกับแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (wellness plan) แบบมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 9 ด้าน. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2566;8(4):233-43.
11. Delbaere K, Valenzuela T, Lord SR, Clemson L, Zijlstra GAR. Fear-related avoidance of activities, falls and physical frailty. A prospective community-based cohort study. Age Ageing 2004;33(4):368-73.
12. ศิริมา เขมะเพชร, รจนาถ หอมดี. การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม. วารสารพยาบาลตำรวจ 2563;12(2):457-63.
13. พรทิพย์ ศุภร์เวทย์ศิริ. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ นูริรัมย์ 2564;36(1):149-58.
14. ณิชพร ปักษาพันธ์, สุนันท์ทิพย์ บัวแดง. การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ 2567;3(2):24-38.
15. ชลธิชา จันทศิริ. การส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่เปราะบาง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2559;24(2):1-13.
16. ดวงพร กตัญญูตานนท์, พรรณอร ทิมทอง, วรียา สุขยานุติษฐ, ศิริณภา คำมี, เนตรนภา ลำลอง, บุรฮาพิชา วาแม, และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจเพื่อป้องกันกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในตำบลบางเสาธง อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสาร มจร. วิชาการ 2566;24(2):161-71.

# Results of the Health Risk Prevention Model for The Elderly: “Don’t Fall, Don’t Forget, Don’t Get Depressed, and Eat Delicious Food” in Elderly Group with 9 Risk Factors in the Pilot Area, Hua Taphan District, Amnat Charoen Province

Kanjanaporn Thanapan<sup>1</sup>, Fatihah Bado<sup>1</sup>, Pattalapa Sucampa<sup>1</sup>, Supaporn Sutibut<sup>2</sup>,  
Nathakamon Padawech<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Mahidol University, Amnat Charoen Campus, Amnatchareon Province, Thailand

<sup>2</sup>Ban Khampra Subdistrict Health Promotion Hospital, Amnatchareon Province, Thailand

## Abstract

This study aimed to assess health status and behaviors in older adults. It was conducted as a quasi-experimental research using one group pretest-posttest design. The “No Falls, No Memory Loss, No Depression, and Enjoy Eating” risk prevention model was implemented to encourage self-care. The samples included 41 socially active older adults at risk in nine health areas. Data collection occurred from 9 August to 6 November 2024, using screening tools, health status records, and a questionnaire on health behaviors. Paired t-tests and the Wilcoxon signed-rank test were used to compare pre- and post-participation data on health status and behaviors. The findings revealed a statistically significant improvement in the health status of older adults ( $p < 0.05$ ). Specifically, the proportion of individuals at risk for impaired gait and balance decreased from 34.15 to 2.44. The prevalence of vision problems declined from 60.98 to 4.88, while cognitive impairment among primary school-educated participants decreased from 33.33 to 2.78. Oral health improved, with all participants achieving an appropriate level. The incidence of swallowing difficulties dropped from 19.51% to 0.00%, and the risk of depression declined from 24.40% to 0.00%. Additionally, there was a statistically significant improvement in desirable health behaviors ( $p < 0.05$ ). Exercise participation increased from 46.34% to 100.00%, and the proportion of individuals engaging in risky dietary behaviors fell from 85.37% to 7.32%. These findings indicate that the risk prevention model for older adults effectively promotes health status and desirable health behaviors. The model holds potential for informing policy development and guiding elderly care strategies at both the community and national levels. Its implementation could enhance the quality of life for older adults, enabling them to maintain independence and well-being sustainably.

**Keywords:** elderly; 9-risk group; health risk prevention model; health status; desirable health behaviors

# การศึกษาปัญหาสุขภาพจิตและแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดีของเยาวชนอายุระหว่าง 15–24 ปีในประเทศไทย

ชนากานต์ ขจรเสรี, กัณฑพร ขจรเสรี, เขมิกา โตเทพวิมาน  
บริษัท มายด์เวนเจอร์ จำกัด กรุงเทพมหานคร

## บทคัดย่อ

การศึกษาปัญหาสุขภาพจิตและแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดีของเยาวชนอายุระหว่าง 15–24 ปี มีวัตถุประสงค์เพื่อเข้าใจถึงปัญหาและสาเหตุความเครียดของเยาวชน รวมถึงการสร้างความรู้และเสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตที่เหมาะสมสำหรับเยาวชนและบุคคลทั่วไป การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสอบถามออนไลน์เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 511 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์หาค่าความแปรปรวนทางเดียว (one-way ANOVA) กำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05 ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยภายในที่ส่งผลต่อความทุกข์ทางใจของเยาวชนใน 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) ความสามารถในการจัดการอารมณ์ (2) การเห็นคุณค่าในตัวเอง และ (3) ความเข้าใจเรื่องเพศสภาพ สำหรับปัจจัยภายนอกที่เป็นสาเหตุความเครียดของเยาวชนไทยใน 6 อันดับแรก ได้แก่ (1) การเรียนและการงาน (2) การวางแผนอนาคต (3) การจัดการเวลา (4) รายได้และค่าใช้จ่าย (5) ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และ (6) ปัญหาสังคมและการเมือง จากการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า สุขภาพจิตด้านลบสัมพันธ์กับความทุกข์ทางใจและความเครียดในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) การวิเคราะห์หาค่าความแปรปรวนทางเดียว พบว่า การส่งเสริมสุขภาพจิตส่วนบุคคลและการส่งเสริมสุขภาพจิตในสังคมที่น้อยส่งผลให้เกิดความทุกข์ทางใจและความเครียดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มเยาวชน รวมถึงสัมภาษณ์ครูและผู้ปกครอง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน ผลจากการวิเคราะห์การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ สามารถอธิบายมุมมองและปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในบุคคลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการเกิดความทุกข์ทางใจและความเครียดของเยาวชนได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: สุขภาพจิต; เยาวชน; ความเครียด; ปัญหาสุขภาพจิต; การสร้างเสริมสุขภาพจิต

วันรับ: 25 ธ.ค. 2567

วันแก้ไข: 1 ก.พ. 2568

วันตอบรับ: 4 ก.พ. 2568

## บทนำ

เยาวชนหรือบุคคลที่มีอายุระหว่าง 15–24 ปี<sup>(1)</sup> เป็นช่วงเวลาแห่งการเปลี่ยนผ่านเกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ สังคม และตัวตน มีปัจจัยต่างๆ ทั้งปัจจัยภายใน

ตัวบุคคล ปัจจัยภายนอก และบริบททางสังคม ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับเยาวชนโดยบุคคลเติบโตมาจากรอบครัวที่พร้อมสนับสนุน การมีเพื่อนที่ดี หรือเป็นบุคคลที่ได้รับการยอมรับในกลุ่ม มักมีร่างกายที่แข็งแรงและมีความสุข<sup>(2)</sup> และในทางกลับกันการเปลี่ยนแปลงทั้งด้าน

ร่างกาย จิตใจ สังคม รวมไปถึงบริบททางสังคมอาจเป็นผลให้เยาวชนต้องประสบกับปัญหาสุขภาพจิตได้เช่นกัน

ปัญหาสุขภาพจิตสามารถพบได้อย่างแพร่หลายในกลุ่มเยาวชนทั่วโลก นักศึกษาร้อยละ 76 ในประเทศสหรัฐอเมริกาประสบกับปัญหาความเครียดในระดับปกติไปจนถึงระดับสูง และความเครียดจากการศึกษาเป็นปัญหาหลักที่นักศึกษา 9 ใน 10 คนเผชิญ<sup>(3)</sup> เช่นเดียวกับในประเทศไทยที่มีรายงานปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเยาวชนจำนวนมาก อีกทั้งยังมีโอกาสเพิ่มมากขึ้น จากรายงานปี พ.ศ. 2556 ของกรมสุขภาพจิต พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของคนไทยกลับมาสูงสุดในรอบ 22 ปี โดยวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี มีสถิติการพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด และยังเป็นช่วงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้ามากกว่าค่าเฉลี่ยเกิน 2 เท่า รองลงมา เป็นช่วงอายุ 20-29 ปี ซึ่งเป็นสถิติความเสี่ยงซึมเศร้าของเยาวชนที่ใกล้เคียงกับสถิติช่วงการแพร่ระบาดของโควิด 19<sup>(4)</sup> จากรายงานข้างต้นแสดงให้เห็นว่าผลกระทบที่เกิดจากปัญหาสุขภาพจิตนั้นไม่ใช่แค่เพียงความเจ็บป่วยทางจิตใจหรือความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้นชั่วขณะหนึ่ง แต่อาจส่งผลไปถึงชีวิตของบุคคล

อย่างไรก็ตามการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเยาวชนในประเทศไทยปัจจุบันยังไม่เป็นที่แพร่หลาย และยังคงมีเยาวชนหรือคนในสังคมที่ขาดการตระหนักรู้ในเรื่องปัญหาและแนวทางการรับมือกับปัญหาสุขภาพจิตทั้งเกิดขึ้นกับตนเองหรือคนรอบข้าง อีกทั้งการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตอาจเป็นเรื่องที่ยากสำหรับหลายคน การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บข้อมูลปัจจุบัน หัวข้อสุขภาพจิตเยาวชนในเชิงลึก ผ่านการเก็บข้อมูลแบบสอบถามออนไลน์ การสนทนากลุ่ม แนวทางการป้องกันดูแลปัญหาสุขภาพจิตเยาวชนให้กับบุคคลทั่วไป สร้างความเข้าใจและการตระหนักรู้ถึงปัญหา และแนวทางการรับมือที่เหมาะสม รวมไปถึงนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตเยาวชนในอนาคตต่อไป

## วิธีการศึกษา

### รูปแบบแผนการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบผสมเพื่อเก็บข้อมูลสุขภาพจิต หัวข้อปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพจิตเยาวชน

อายุระหว่าง 15-24 ปี ในประเทศไทย โดยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามออนไลน์ และการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เยาวชน ปกครอง ครูและอาจารย์ของกลุ่มเยาวชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย

### กลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยแบบผสมนี้มีการเก็บข้อมูลสุขภาพจิตเยาวชนจากผู้เข้าร่วมการวิจัย ทั้งหมด 3 ส่วน ได้แก่ (1) การทำแบบสอบถามออนไลน์ (เยาวชนอายุ 15-24 ปี) ผ่าน Google form จำนวน 511 คน (2) การสนทนากลุ่ม ผ่านโปรแกรม Zoom meeting แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอายุ 15-18 ปี และ 19-24 ปี รวมทั้งหมด 17 คน และ (3) การสัมภาษณ์ผู้ปกครอง ครูและอาจารย์ของกลุ่มเยาวชน ผ่านโปรแกรม Zoom meeting จำนวน 3 คน

### วิธีการรวบรวมข้อมูล

#### 1. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์

คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากเยาวชน อายุระหว่าง 15-24 ปี จำนวน 511 คน อายุเฉลี่ย 17.7 ปี (SD=1.930) โดยแบ่งเป็น เพศชาย 110 คน และเพศหญิง 410 คน จากการทำแบบสอบถามออนไลน์ด้วยการสุ่มตามสะดวก แบบสอบถามประกอบด้วย รายละเอียดงานวิจัยแบบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย แบบสอบถามข้อมูลประชากรศาสตร์ ได้แก่ อายุ เพศ และอัตลักษณ์ทางเพศ คณะผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลใส่โปรแกรม Microsoft Excel จัดกระทำข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องและนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

#### 2. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์

คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มกับเยาวชน จำนวน 17 คน และจากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ปกครอง ครู และอาจารย์ จำนวน 3 คน คณะผู้วิจัยรับสมัครผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ผ่าน Google form จากนั้นคัดเลือกผู้เข้าร่วมจากเกณฑ์คัดเลือก เกณฑ์คัดออก และคำตอบจากใบสมัคร คณะผู้วิจัยติดต่อยืนยันผู้สมัครที่ได้รับการคัดเลือกโดยการส่งอีเมลเอกสารขอคำยินยอมจากผู้เข้าร่วมการวิจัยแบบอิเล็กทรอนิกส์ และลิงก์ Zoom meeting สำหรับการเข้าร่วมการวิจัย คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ผ่านโปรแกรม

Zoom meeting โดยใช้เวลา 1-1.30 ชั่วโมงต่อรอบ ทั้งนี้ การเก็บรวบรวมข้อมูลไม่มีการเปิดเผยตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัย คณะผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง สรุปผลและวิเคราะห์ข้อมูลในลำดับถัดไป

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามออนไลน์ โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

#### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามออนไลน์

การศึกษาครั้งนี้ได้ใช้แบบสอบถามออนไลน์เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามออนไลน์ประกอบด้วย 6 ส่วน รวม 38 ข้อ ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลเชิงประชากรศาสตร์ จำนวน 4 ข้อ (2) แบบประเมินสภาวะทางจิตใจ จำนวน 5 ข้อ (3) แบบประเมินความทุกข์ทางใจและความเครียด จำนวน 5 ข้อ (4) แบบสอบถามสาเหตุความทุกข์ทางใจจำนวน 9 ข้อ (5) แบบประเมินการดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ และ (6) แบบสอบถามการส่งเสริมสภาวะจิตในสังคม จำนวน 6 ข้อ

#### ส่วนที่ 2 การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์

คณะผู้วิจัยได้พัฒนาข้อคำถามการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมการค้นหาสาเหตุและประเภทของปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงการหาแนวทางการป้องกันหรือรับมือกับความทุกข์ทางใจในกลุ่มเยาวชน ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดที่มีการกำหนดคำถามในการสนทนาและการสัมภาษณ์ไว้ล่วงหน้าแล้ว ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถเสนอความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงมากที่สุด ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยไม่มีการชี้้นำคำตอบให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยรายละเอียดคำถามสรุปได้ดังนี้

##### 1. คำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย

9 คำถาม ได้แก่ (1) คำว่าความทุกข์ทางใจหรือปัญหาสุขภาพจิตในมุมมองของคุณคืออะไร (2) คุณคิดว่าในปัจจุบันคนส่วนใหญ่รับรู้ถึงปัญหาความเครียดหรือปัญหาสุขภาพจิตเยาวชนมากแค่ไหน (3) อะไรคือความทุกข์ทางใจหรือปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นในกลุ่มเยาวชนในปัจจุบัน (เช่น การเรียน ความรัก) (4) คุณคิดว่าความทุกข์ทางใจหรือปัญหาสุขภาพจิตส่งผลกระทบต่ออะไรกับคุณ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (5) คุณมีวิธีการจัดการหรือรับมือกับความทุกข์ทางใจที่เกิดขึ้นอย่างไร (6) มีใครหรือหน่วยงานไหนที่สามารถช่วยเหลือคุณในการจัดการหรือ

รับมือกับความทุกข์ทางใจที่เกิดขึ้นบ้าง (7) คุณคิดว่าปัจจัยอะไรที่ทำให้เยาวชนเกิดความทุกข์ทางใจ (8) หากสังคมต้องการป้องกันให้เยาวชนเกิดความเครียดหรือปัญหาสุขภาพจิตน้อยลง ควรทำอะไร และใครควรเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และ (9) ในฐานะเยาวชน คุณมีส่วนช่วยสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพจิตเยาวชนคนอื่นๆ ในสังคมได้อย่างไรบ้าง

##### 2. คำถามสำหรับการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย

9 คำถาม ได้แก่ (1) แนะนำตัว และคุณมีความสนใจในเรื่องปัญหาสุขภาพจิตหรือความทุกข์ทางใจของเยาวชนมาก-น้อยแค่ไหน ในประเด็นใดบ้าง (2) คำว่าความทุกข์ทางใจหรือปัญหาสุขภาพจิตในมุมมองของคุณคืออะไร (3) อะไรคือความทุกข์ทางใจหรือปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นในกลุ่มเยาวชนในปัจจุบัน เช่น การเรียน ความรัก/ความเครียดที่พบบ่อยในวัยรุ่นเกิดจากอะไร (4) ประสบการณ์บุตร-หลาน หรือนักเรียนในการดูแลของคุณ เผชิญกับความทุกข์ทางใจ (5) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อคุณและเยาวชนอย่างไร (6) คุณรับมือ/จัดการกับเหตุการณ์ที่เยาวชนในการดูแลเกิดความทุกข์ทางใจอย่างไร (7) คุณคิดว่าปัจจัยอะไรที่ทำให้เยาวชนเกิดความทุกข์ทางใจ ทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก (8) หากสังคมต้องการป้องกันให้เยาวชนเกิดความเครียดหรือปัญหาสุขภาพจิตน้อยลง ควรทำอะไร และใครควรเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และ (9) ในฐานะผู้ปกครอง ครู หรืออาจารย์ คุณมีส่วนช่วยสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพจิตเยาวชนในสังคมได้อย่างไรบ้าง

### ความเที่ยงตรงของเครื่องมือ

คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามตรวจหาความเที่ยงตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประเมินค่าความเที่ยงของคำถามการวิจัย (index of item objective congruence; IOC) มีค่าดัชนีเที่ยงตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับระหว่าง 0.67-1.00 ซึ่งแสดงถึงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษามีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มีรายละเอียดการวิเคราะห์ดังนี้

1.1) สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการอธิบายปัจจัยส่วนบุคคล โดยนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**1.2) สถิติเชิงอนุมาน** ใช้การหาความสัมพันธ์ระหว่าง สุขภาวะทางจิตใจและความทุกข์ทางใจและความเครียด โดยการทดสอบด้วยสถิติ Pearson's correlation coefficient รวมถึงการวิเคราะห์หาความแปรปรวนทางเดียวของการส่งเสริมสุขภาพจิตส่วนบุคคลและความทุกข์ทางใจและความเครียด การวิเคราะห์ความแปรปรวนของการส่งเสริมสุขภาพจิตสังคมและความทุกข์ทางใจและความเครียด โดยการทดสอบด้วยสถิติ One-way ANOVA กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

**2. การวิเคราะห์การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์** รวบรวมข้อมูล แยกประเด็นของข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์ จัดหมวดหมู่ของชุดข้อมูล โดยการวิเคราะห์หาคำหลัก และคัดเลือกคำที่มีความสัมพันธ์กัน เพื่อรวบรวมไว้ในชุดข้อมูลเดียวกัน จากนั้นนำชุดข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหา และสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย นำข้อมูลที่ได้มาสรุปผลและวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบการบรรยายเชิงพรรณนา

## ผลการศึกษา

### ส่วนที่ 1 บทวิเคราะห์ประเด็นปัญหาและสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตเยาวชน

ประเด็นของความทุกข์ทางใจเกิดจากทั้งปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยภายนอกบุคคล (คุณภาพความสัมพันธ์ระหว่างเยาวชนและสิ่งแวดล้อม) และปัจจัยต่างๆ มักมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

**1. ประเด็นความทุกข์ทางใจที่เกิดจากปัจจัยภายใน** จากการวิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถามออนไลน์ ค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มปัจจัยภายใน พบว่า ปัจจัยความสามารถในการจัดการอารมณ์ (emotional management) สูงที่สุด ในกลุ่มปัจจัยภายในที่ส่งผลต่อความทุกข์ทางใจ (mean=2.456, SD=1.228) รองลงมาเป็นปัจจัยการเห็นคุณค่าในตัวเอง (self-esteem) (mean=2.195, SD=1.259) และปัจจัยเพศสภาพ (mean=1.287, SD=0.671) ในการวิจัยครั้งนี้ความทุกข์ทางใจที่เกิดจากปัจจัยเพศสภาพ คือ ความไม่พอใจในเพศสภาพ ความรู้สึกหรือรู้สึกไม่กลมกลืนกับคนในสังคม นอกจากนี้เยาวชนในกลุ่มสนทนาเยาวชนยังมีการรายงานถึงประเด็นสุขภาพ

ร่างกายหรือความทุกข์พลภาพ พัฒนาการของร่างกายและจิตใจ และความโดดเดี่ยว ที่ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทางใจ

**2. ประเด็นความทุกข์ทางใจที่เกิดจากปัจจัยภายนอก** จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากเยาวชนที่ตอบแบบสอบถามออนไลน์ พบว่า ปัจจัยภายนอกที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ปัจจัยการเรียน การงาน (mean=3.496, SD=1.137) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากบทสนทนากลุ่มเยาวชนที่สอบถามเพิ่มเติมว่าความทุกข์ทางใจที่เกิดจากครอบครัวมักอยู่ในรูปแบบของความรู้สึกกดดันหรือกลัวผู้ปกครองผิดหวังกับผลการเรียนหรือพฤติกรรมของตน และสำหรับประเด็นปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมอื่นๆ อย่างเช่น รายได้และค่าใช้จ่าย (mean=2.827, SD=1.218) หรือปัญหาสังคมและการเมือง (mean=2.040, SD=1.072) มีการรายงานถึงในแบบสอบถามออนไลน์แต่ไม่ได้ถูกจัดอยู่ในลำดับต้นๆ สำหรับการสนทนากลุ่มกับเยาวชน

จากผลการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง (เยาวชน) จากการตอบแบบสอบถามออนไลน์จำนวน 511 คน เป็นกลุ่มนักเรียน นักศึกษา จำนวน 473 คน และกลุ่มที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 38 คน โดยในกลุ่มนักเรียน นักศึกษา มีค่าเฉลี่ยปัจจัยการเรียนหรือการทำงานสูงที่สุด (mean=3,531, SD=1.128) รองลงมาคือ ปัจจัยการวางแผนอนาคต (mean=3.510, SD=1.217) และกลุ่มที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีค่าเฉลี่ยปัจจัยการวางแผนอนาคตสูงที่สุด (mean=3.216, SD=1.134) รองลงมาเป็นปัจจัยการเรียนหรือการทำงาน (mean=3.054, SD=1.177) ซึ่งสะท้อนได้ว่ากลุ่มเยาวชนที่กำลังศึกษาและจบการศึกษามีความกังวลในเรื่องที่ไม่แตกต่างกัน

### ส่วนที่ 2 ผลกระทบทางตรงและทางอ้อมที่เกิดจากความทุกข์ทางใจ

**1. ประเด็นผลกระทบต่อตัวเยาวชนโดยตรง** จากข้อมูลแบบประเมินสุขภาวะทางจิตใจและแบบประเมินความทุกข์ทางใจและความเครียด คณะผู้วิจัยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ระหว่างสุขภาวะทางจิตใจ (mean=3.220, SD=0.838) และความทุกข์ทางใจและความเครียด (mean=2.700, SD=0.912) ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์พบว่า สุขภาวะทางจิตมีสหสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทางใจและความเครียดในระดับปานกลางอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ( $r=-0.350, p<0.001$ )

**2. ประเด็นผลกระทบต่อครอบครัว หรือผลกระทบทางอ้อม** สำหรับคนใกล้ชิด (ครูและผู้ปกครอง) มีการรายงานถึงความรู้สึกไม่พอใจในสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตของเยาวชนในปัจจุบัน เนื่องจากรู้สึกกังวลและเป็นห่วงเยาวชนรวมทั้งวิธีการรับมือกับปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นนอกเหนือความสามารถหรือขอบเขตการดูแลของคนใกล้ชิด ก่อให้เกิดความรู้สึกทางลบและทำให้เกิดเป็นปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่ดีระหว่างเยาวชนกับครอบครัวได้ในเวลาถัดมา

อย่างไรก็ตาม ปัญหาสุขภาพจิตของเยาวชนสามารถสร้างผลกระทบในเชิงบวกให้กับกลุ่มเยาวชนและคนใกล้ชิดได้ ยกตัวอย่างเช่น เขารู้สึกภาคภูมิใจในตัวเองเมื่อเขาสามารถผ่านเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความทุกข์ทางใจ รวมถึงเป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจให้กับเยาวชน และสำหรับผู้ปกครองความทุกข์ทางใจของเยาวชนจะส่งผลเชิงบวกในแง่ความสามัคคีของครอบครัว และแรงบันดาลใจในการช่วยเหลือผู้อื่น

### ส่วนที่ 3 แนวทางการรับมือและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของเยาวชน

#### 1. การรับมือกับปัญหาสุขภาพจิตของเยาวชน

จากบทสัมภาษณ์มุมมองคนใกล้ชิดในเรื่องแนวทางการแก้ไขปัญหา สามารถแบ่งแนวทางการช่วยเหลือเบื้องต้นได้ 2 แนวทาง ได้แก่ (1) รับฟังปัญหาของเยาวชน โดยไม่ตัดสิน และ (2) การปฏิบัติตามแนวทางของผู้เชี่ยวชาญ (ในกรณีผู้ปกครอง) หรือการปฏิบัติตามขั้นตอนของหน่วยงาน (ในกรณีครู) ซึ่งในภาคปฏิบัติเหล่านี้คนใกล้ชิดต่างก็พบกับความยากลำบากหรืออุปสรรค อย่างเช่น อุปสรรคทางการเงิน หรือขอบเขตการทำงาน เป็นต้น ในกรณีความทุกข์ทางใจที่เกิดขึ้นกับตนเอง เยาวชนให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจความรู้สึกที่เกิดขึ้น และทำกิจกรรมที่ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย เช่น การฟังเพลง ร้องเพลง ออกกำลังกาย หรือวาดรูป เป็นต้น และในกรณีครอบครัวเกิดความทุกข์ทางใจ เยาวชนมุ่งประเด็นในด้านการรับฟัง และการให้การสนับสนุนทางจิตใจแก่ครอบครัว โดยเฉพาะเพื่อนเป็นหลัก

ข้อมูลในการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มมีแก่นสาระที่ตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพจิตที่ดี และมองว่าปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาในระดับชาติที่นอกจากควรมี

หน่วยงานรับผิดชอบแล้ว คนในสังคมก็ควรมีความรู้ความเข้าใจ ในปัญหาและแนวทางการรับมือเบื้องต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถาบันครอบครัวและสถาบันการศึกษา ซึ่งเยาวชนต้องการเห็นว่า สังคมของเขาพร้อมที่จะรับฟังความคิดเห็นและมุมมองของพวกเขา มีการตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น และพร้อมให้การช่วยเหลือ ยกตัวอย่างเช่น โรงเรียนมีการให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพจิตในห้องเรียน การพัฒนาคุณภาพของคาบแนะแนว การมีบุคลากรที่เชี่ยวชาญ (ครูการศึกษาพิเศษ นักจิตวิทยาประจำโรงเรียน) หรือการมีโครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตจากหน่วยงานภายนอกโรงเรียน รวมถึงไปถึงหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องมีนโยบายการจัดการที่สามารถให้เยาวชนเข้าถึงการให้บริการทางสุขภาพจิตได้ง่ายและรวดเร็ว หรือบรรจุหลักสูตรแกนกลางที่จะช่วยให้เด็กในทุกพื้นที่ได้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพทางใจ นอกจากนี้ การทำงานของสื่อควรมีจรรยาบรรณและรัฐควรมีแนวทางในการควบคุมสื่อที่ไม่เหมาะสมกับเยาวชน เพื่อเป็นการป้องกันและรับมือกับปัญหาได้อย่างแท้จริง

#### 2. การส่งเสริมสุขภาพจิตส่วนบุคคล และการส่งเสริมสุขภาพจิตใจสังคม

คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลผ่านแบบสอบถามออนไลน์และวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว เพื่อทดสอบและพัฒนาแนวทางการรับมือและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตเยาวชนต่อไป ผ่านการบูรณาการตัวแปรทั้งสอง

**การวิเคราะห์ครั้งที่ 1** เป็นการวิเคราะห์หาความแปรปรวนทางเดียวของการส่งเสริมสุขภาพจิตส่วนบุคคลและความทุกข์ทางใจและความเครียด ผลการวิเคราะห์ one-way ANOVA ด้วย Welch's พบว่า ระดับการส่งเสริมสุขภาพจิตส่วนบุคคลส่งผลต่อความทุกข์ทางใจและความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $F(2, 10.9) = 5.50, p = 0.022, \text{partial } \eta^2 = 0.018$  และจากวิเคราะห์รายคู่แบบ Tukey พบว่า กลุ่มที่คะแนนการส่งเสริมสุขภาพจิตส่วนบุคคลน้อยมีความทุกข์ทางใจและความเครียดสูงกว่ากลุ่มคะแนนปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.029$ ) เพียงคู่เดียว

**การวิเคราะห์ครั้งที่ 2** คณะผู้วิจัยวิเคราะห์ความแปรปรวนของการส่งเสริมสุขภาพจิตใจสังคมและความทุกข์ทางใจและความเครียด ผลการวิเคราะห์ one-way

ANOVA ด้วย Fisher's พบว่า คะแนนการส่งเสริมสุขภาวะจิตใจสังคมส่งผลต่อความทุกข์ทางใจและความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $F(2, 508)=4.05, p=0.018, \text{partial } \eta^2=0.565$  และผลการวิเคราะห์รายคู่แบบ Tukey พบว่า กลุ่มที่มีคะแนนการส่งเสริมสุขภาวะจิตใจสังคมน้อยมีความทุกข์ทางใจและความเครียดสูงกว่ากลุ่มคะแนนปานกลางและสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.05$ ) ดังตารางที่ 1

**ส่วนที่ 4 วิธีการจัดการรับมือกับความทุกข์ทางใจที่เกิดขึ้นของเยาวชน**

จากบทสนทนากลุ่มของเยาวชน เยาวชนทั้งสองกลุ่มสามารถระบุวิธีการรับมือเมื่อความทุกข์ทางใจเกิดขึ้นกับตนเองและคนรอบข้างได้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรับมือกับความทุกข์ทางใจของเยาวชนส่วนใหญ่ ได้แก่ ประสบการณ์ส่วนตัวและข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต ซึ่งไม่ได้มาจากการฝึกอบรมหรือการให้คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญโดยตรง อาจนำไปสู่ความเข้าใจที่ผิดพลาดหรือการรับมือกับปัญหาที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นการส่งเสริมความรู้เรื่องการป้องกันและรับมือกับปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเยาวชนผ่านแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือหรือผู้เชี่ยวชาญเป็นสิ่งสมควรได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มคนใกล้ชิดและสังคม เพื่อให้เยาวชนได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม

**วิจารณ์**

**ส่วนที่ 1 การศึกษาถึงปัญหาและสาเหตุของสุขภาพจิตเยาวชน อายุระหว่าง 15-24 ปี**

ผลการวิเคราะห์การวิจัยนี้สะท้อนถึงประเด็นปัญหาสุขภาพจิต ที่มาจากเหตุปัจจัยภายนอกและภายใน โดยปัจจัย

ที่ส่งผลต่อความทุกข์ทางใจของเยาวชน 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านการเรียนและการทำงาน การวางแผนอนาคต และการจัดการเวลา สอดคล้องกับงานวิจัยของสเตียร์ และคณะ<sup>(5)</sup> โดยมีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงกดดันจากการศึกษาและปัญหาสุขภาพจิต พบว่า แรงกดดันจากการศึกษา เช่น ผลการเรียน การแข่งขันหรือความคาดหวังจากผู้ปกครอง ฯลฯ สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเยาวชน ซึ่งพฤติกรรมที่เกิดจากความทุกข์ทางใจและความเครียด จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง<sup>(6,7)</sup> กล่าวถึง ปัญหาสุขภาพจิตใจของวัยรุ่น แบ่งออกเป็น ปัญหาพฤติกรรมแบบเก็บกด (internalizing problems) อย่างเช่น กลุ่มภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะโซมาติก (somatic symptom) เป็นต้น อีกทั้ง ปัญหาพฤติกรรมแบบแสดงออก (externalizing problems) อย่างเช่น พฤติกรรมก้าวร้าวเกร และพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น การตระหนักรู้เรื่องปัญหาสุขภาพจิตในปัจจุบันของเยาวชนบางกลุ่มมีการตระหนักรู้เรื่องปัญหาสุขภาพจิตที่ตรงถึงแนวทางการรับมือเชิงบวกเป็นอย่างดี ในขณะที่เยาวชนบางกลุ่มยังเข้าไม่ถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพจิต ทำให้มีแนวทางการรับมือที่ส่งผลกระทบต่อเชิงลบกับร่างกายและจิตใจของตน ยกตัวอย่างเช่น หนีออกจากบ้าน การใช้สารเสพติด การใช้บุหรี่ไฟฟ้าเมื่อเผชิญกับเรื่องเครียด เป็นต้น

**ส่วนที่ 2 การเสนอแนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพจิตของเยาวชน อายุระหว่าง 15-24 ปี**

ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถาม เยาวชนมีข้อเสนอแนะว่าการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของเยาวชน ต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน รวมถึงต้องการให้มีกิจกรรมหรือแอปพลิเคชันที่ส่งเสริมการให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิตมากขึ้น เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ในระยะยาว

ตารางที่ 1 การส่งเสริมสุขภาวะจิตใจสังคมและความทุกข์ทางใจและความเครียด

ความทุกข์ทางใจและความเครียด	ความทุกข์ทางใจและความเครียด		
	น้อย	ปานกลาง	สูง
ระดับต่ำ		0.016*	0.024*
ระดับกลาง			0.577
ระดับสูง			-

\* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p<0.05$

การบูรณาการองค์ประกอบของตัวแปรทั้งปัจจัยภายใน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพจิตส่วนบุคคล และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพจิตใจในสังคม ผ่านการให้ความรู้ การฝึกหรือกิจกรรมรูปแบบต่างๆ เช่น การให้ความรู้ในเรื่อง การส่งเสริมทักษะทางด้านสุขภาพทางใจ การให้ความรู้ และวิธีการในการจัดการอารมณ์และความเครียด การฝึก-อบรมเกี่ยวกับการดูแลและพัฒนาสุขภาพทางใจ การจัด-กิจกรรมเพื่อส่งเสริมการพูดคุยกับคนใกล้ชิดหรือคนที่ไว้ใจ (พ่อ แม่ ครู และเพื่อน) การสร้างสรรค์สื่อให้ความรู้ ทางสื่อสังคม (social media) รวมถึงการใช้ช่องทาง บนโลกออนไลน์ที่สามารถพูดคุยปรึกษา และขอความช่วยเหลือได้จากผู้เชี่ยวชาญได้ เป็นต้น ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการจัดกิจกรรม เพื่อส่งเสริมให้เยาวชนสามารถจัดการกับสภาพจิตใจของตนเอง และครอบครัวได้ นอกจากนี้ การส่งเสริมสุขภาพทางใจ อย่างสม่ำเสมอ อาจเป็นแนวทางในการป้องกันและรับมือ ให้ความทุกข์ทางใจและความเครียดของเยาวชน ในระยะยาวได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของซิงห์ และคณะ และดอยสติน และคณะ<sup>(8,9)</sup> อธิบายถึงประสิทธิภาพของ แนวทางป้องกันและแนวทางส่งเสริมสุขภาพจิตทั้งในระดับ สังคมโรงเรียนจนถึงระดับนโยบาย พบว่าแนวทางการรับมือ และส่งเสริมสุขภาพจิตมีประสิทธิภาพและมีหลากหลายแนวทาง เป็นที่รู้จัก แต่ทรัพยากรที่ไม่เพียงพอต่อการจัดการในการ ปฏิบัติจริงทำให้แก้ไขปัญหสุขภาพจิตของคนในสังคม ได้น้อยกว่าที่ควรจะเป็น

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มเยาวชนและคนใกล้ชิด ในการศึกษาวิจัยยังสะท้อนถึงความสำคัญของสถาบัน ทางสังคมอย่างโรงเรียนในการป้องกันและจัดการปัญหา สุขภาพจิตของเยาวชน ในแง่มุมของหลักสูตรแกนกลาง ของภาครัฐ กฎระเบียบภายในโรงเรียน ความรู้ความเข้าใจ ของบุคลากรทางการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ของนักเรียน แนวทางการรับมือกับปัญหาสุขภาพจิตของ นักเรียน รวมถึงข้อจำกัดที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน ตามนโยบาย

### ส่วนที่ 3 เพื่อสร้างการตระหนักรู้ถึงปัญหาสุขภาพจิต ของเยาวชน อายุระหว่าง 15-24 ปี ให้แก่คนทั่วไป

ข้อมูลจากกลุ่มสนทนาของเยาวชน กล่าวถึงระดับ การรับรู้และตระหนักรู้ถึงปัญหาสุขภาพจิตของเยาวชน

ที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุ โดยกลุ่มเยาวชนมีมุมมอง ว่าวัยผู้ใหญ่ตอนกลางและตอนปลายจะมีการตระหนักรู้ถึง ปัญหาที่น้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ หรือพฤติกรรมของคนในสังคม ออนไลน์ที่สร้างความทุกข์ทางใจหรือความเครียดให้กับ เยาวชนได้ ยกตัวอย่างเช่น การแสดงความคิดเห็นทางลบ บนบัญชีผู้ใช้งานส่วนตัวของเยาวชน หรือการกลั่นแกล้ง บนโลกออนไลน์ (cyberbullying) สอดคล้องกับงานวิจัย ของโพลิลโล และคณะ ในปี ค.ศ. 2024 ศึกษามุมมองในเรื่อง การกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ของเยาวชน พบว่า การ กลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ส่งผลต่อสุขภาพจิตในกลุ่ม- เยาวชนโดยเป็นการสร้างแผลเป็นในจิตใจ (stigma) และกลุ่มตัวอย่างนำเสนอแนวทางการรับมือแบบดิจิทัล (digital solutions) ที่อาศัยความร่วมมือของแพลตฟอร์ม และหน่วยงานต่างๆ รวมถึงต้องการให้เยาวชนเป็น ผู้ออกแบบแนวทางการแก้ไขปัญหการกลั่นแกล้งบนโลก- ออนไลน์<sup>(10)</sup> ทางคณะผู้วิจัยมองเห็นความสำคัญของการ สื่อสารบนโลกออนไลน์และทำการวางแผนนำเสนอผล การวิจัยบนเพจเฟซบุ๊ก Mindventure เป็นลำดับต่อไป เพื่อเผยแพร่ข้อมูลและสร้างการตระหนักรู้ถึงปัญหา สุขภาพจิตของเยาวชนให้แก่บุคคลทั่วไป รวมถึงนำข้อมูล เพื่อพัฒนากิจกรรมการจัดอบรมทักษะในการส่งเสริม- สุขภาพทางจิตเชิงบวกให้แก่เยาวชนต่อไปในอนาคต

### ข้อเสนอแนะในการวิจัย

การสัมภาษณ์ผู้ปกครองอาจพิจารณาจากการ สัมภาษณ์เดี่ยวเป็นการสัมภาษณ์คู่ (พ่อ-แม่) เพื่อพูดคุย ถึงแง่มุมในการเลี้ยงดูในมุมมองของทั้งสองฝั่ง รวมถึงเพิ่ม การสัมภาษณ์ในครอบครัวขยายที่ผู้เลี้ยงดูหลักเป็นปู่-ย่า หรือตา-ยาย เป็นหลัก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมากที่สุด

## กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณที่ปรึกษาในการทำวิจัย ที่ให้ คำปรึกษา คำแนะนำ และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ทำให้งานวิจัยมีความถูกต้องและความสมบูรณ์ของเนื้อหา ทางวิชาการมากยิ่งขึ้น ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ที่ให้การตรวจสอบ รวมทั้งให้คำแนะนำในการแก้ไขเครื่องมือ ที่ใช้ในการวิจัยให้มีความชัดเจนและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล

สำคัญ และเป็นประโยชน์ต่องานวิจัย และสุดท้ายขอขอบคุณ ในปีปัจจุบัน และได้สนับสนุนทุนการศึกษาในการทำวิจัยครั้งนี้ สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม- ทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี สุขภาพ (สสส.) ให้ความสนใจส่งเสริมสุขภาพจิตของเยาวชน

## เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. International youth year: participation, development, peace [Internet]. 1981 [cited 2024 Dec 22]. Available from: <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n81/165/83/pdf/n8116583.pdf>
2. Helliwell JF, Putnam RD. The social context of well-being. In: Huppert FA, Baylis N, Keverne B, editors. The science of well-being. Oxford: Oxford University Press; 2005. p. 1434-59.
3. Bryant J, Welding L. College student mental health statistics [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 22]. Available from: <https://www.bestcolleges.com/research/college-student-mental-health-statistics/#fn-1>
4. สรัช สินธุประมา. สุขภาพจิตคนไทย แย่แค่ไหนจากข้อมูล: policy watch [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 18 ธ.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://policywatch.thaipbs.or.th/article/life-6>
5. Steare T, Gutiérrez Muñoz C, Sullivan A, Lewis G. The association between academic pressure and adolescent mental health problems: a systematic review. *Journal of Affective Disorders* 2023;339:302-17.
6. Bor W, Dean AJ, Najman J, Hayatbakhsh R. Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21<sup>st</sup> century? A systematic review. *Aust N Z J Psychiatry* 2014;48(7):606-16.
7. Walton KE, Pavlos SR. Personality theory and psychopathology. In: Wright JD, editor. *International encyclopedia of the social & behavioral sciences*. 2<sup>nd</sup> ed. Oxford: Elsevier; 2015. p. 914-9.
8. Singh V, Kumar A, Gupta S. Mental health prevention and promotion—a narrative review. *Front Psychiatry* 2022;13:898009.
9. Dorstyn DS, Saniotis A, Sobhanian F. A systematic review of telecounseling and its effectiveness in managing depression amongst minority ethnic communities. *J Telemed Telecare* 2013;19(6):338-46.
10. Polillo A, Cleverley K, Wiljer D, Mishna F, Voineskos AN. Digital disconnection: a qualitative study of youth and young adult perspectives on cyberbullying and the adoption of auto-detection or software tools. *J Adolesc Health* 2024;74(4):837-46.

# A Study on the Problems, Causes, and Approaches to Mental Health Promotion among Youth Aged 15-24 Years in Thailand

Chanakarn Kachonseree, Kantaporn Kachonseree, Khemika Totepvimarn  
*Mindventure Co., Ltd., Bangkok, Thailand*

---

## Abstract

This study aimed to understand the problems and causes of psychological distress among youth, as well as raise awareness and propose appropriate mental health solutions for young people. The research utilized an online questionnaire to collect quantitative data from 511 participants. Data analysis included frequency distribution, mean, standard deviation, Pearson's correlation coefficient, and One-way ANOVA with a significance level of 0.05. The analysis revealed that the top three internal factors affecting youth psychological distress were: (1) emotional management skill, (2) self-esteem, and (3) gender identity understanding. The top six external factors causing distress were: (1) education and work, (2) future planning, (3) time management, (4) income and expenses, (5) family relationships, and (6) social and political issues. Pearson correlation coefficient analysis showed that negative mental well-being was moderately correlated with psychological distress at a statistically significant level ( $p < 0.05$ ). One-way ANOVA analysis indicated that low levels of self-care and community care resulted in significantly higher levels of psychological distress ( $p < 0.05$ ). Additionally, researchers conducted qualitative data collection through youth focus groups and interviews with teachers and parents, involving 20 participants. The analysis of focus group discussions and interviews provided a more comprehensive understanding of both external and internal factors related to psychological distress among youth.

**Keywords:** mental well-being; youth; psychological distress; mental health problem; mental health promotion

# บทบาทของผู้นำชุมชน ผู้นำทางจิตวิญญาณ ผู้นำทางศาสนาและวัฒนธรรมพื้นถิ่น ต่อการป้องกันและ จัดการปัญหาสารเสพติดในระดับชุมชน จังหวัดหนองคาย

สิริกร นามลาบุตร<sup>1</sup>, นุชสิทธิ์ จิตแก้ว<sup>1</sup>, พีรวิชญ์ นามลาบุตร<sup>1</sup>, จันทมร สีหาบุญลี<sup>2</sup>

<sup>1</sup>สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ กรุงเทพมหานคร

<sup>2</sup>สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร กรุงเทพมหานคร

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้เพื่อศึกษาบทบาทของผู้นำชุมชน ผู้นำทางจิตวิญญาณ ผู้นำทางศาสนาและวัฒนธรรมพื้นถิ่น ต่อการป้องกันและจัดการปัญหาสารเสพติดในระดับชุมชน จังหวัดหนองคาย กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 155 คน/รูป ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งมีกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน 55 คน ผู้นำทางจิตวิญญาณ จำนวน 10 รูป (ผู้นำศาสนาพุทธ จำนวน 8 รูป ศาสนาคริสต์ จำนวน 1 รูป และศาสนาอิสลาม จำนวน 1 รูป) ผู้นำทางศาสนาและวัฒนธรรมพื้นถิ่น จำนวน 50 คน (ปราชญ์ชาวบ้าน ภูมิปัญญาท้องถิ่น) ชาวลาวที่มาทำงานในจังหวัดหนองคาย จำนวน 5 คน ทำการสนทนากลุ่ม จำนวน 5 คน การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า บทบาทของผู้นำชุมชนมีการร่วมประชุมกับคณะกรรมการที่แต่งตั้ง เพื่อรับผิดชอบแต่ละหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย รับผิดชอบและกิจกรรมต่างๆ สถิติการใช้สารเสพติดลดลง บทบาทของผู้นำทางจิตวิญญาณ ใช้หลักธรรมะเพื่อให้ใช้ชีวิตอย่างมีสติ มีการเสริมสร้างทักษะดำรงชีวิต ให้มีความสำคัญกับการส่งเสริมสนับสนุนชุมชน ออกเยี่ยมชุมชน มีส่วนร่วมในการบำเพ็ญประโยชน์ สร้างความตระหนักกับปัญหาของยาเสพติด อยู่ในรูปแบบการอบรมและสอดแทรกจริยธรรม บทบาทของผู้นำทางศาสนาและวัฒนธรรมพื้นถิ่น ส่วนใหญ่เป็นเจ้าของที่หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบ ส่วนที่ใกล้ชิด เครือญาติและเพื่อนให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ มีการประสานงานกับผู้นำชุมชน เน้นการทำกิจกรรมในชุมชนเป็นกิจกรรมทางศาสนา มีการติดตามและประเมินผลพฤติกรรมบุตรหลาน ชุมชนลาวที่มาทำงานในจังหวัดหนองคาย ทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการป้องกันปราบปรามยาเสพติด นายบ้าน (ผู้ใหญ่บ้าน) วางแผนการดำเนินกิจกรรม โดยประชุมหาวิธีป้องกันปัญหาสารเสพติด ใช้สื่อมวลชน วิชชุ โฆษณา (ประชาสัมพันธ์) ในการดำเนินงานมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการป้องกันและจัดการปัญหาสารเสพติด ข้อเสนอแนะ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และหน่วยงานบังคับใช้กฎหมาย ควรร่วมมือแบบบูรณาการกับผู้นำชุมชน ผู้นำทางจิตวิญญาณ ผู้นำทางศาสนาและวัฒนธรรมพื้นถิ่น ในการดำเนินโครงการให้ความรู้สารเสพติด ควรมุ่งเน้นไปที่ผลเสียของการใช้สารเสพติด กลยุทธ์การป้องกัน และทรัพยากรที่มีอยู่สำหรับการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติดอีกทั้ง เพื่อจัดการกับอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการแบ่งปันข้อมูล การปฏิบัติกรร่วมกัน และการริเริ่มโดยชุมชนเพื่อลดอุปสงค์และอุปทานสารเสพติด

คำสำคัญ: ผู้นำชุมชน; ผู้นำทางจิตวิญญาณ; ผู้นำทางศาสนาวัฒนธรรมพื้นถิ่น; ปัญหาสารเสพติด; จังหวัดหนองคาย

วันรับ: 7 ธ.ค. 2567

วันแก้ไข: 12 ม.ค. 2568

วันตอบรับ: 15 ม.ค. 2568

## บทนำ

ปัญหาการแพร่ระบาดของสารเสพติดในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ถือเป็นภัยคุกคามต่อความมั่นคงของสังคมและคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างร้ายแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ชายแดนซึ่งมีอาณาเขตติดต่อกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวตามแนวแม่น้ำโขงยาวประมาณ 210.6 กิโลเมตร ส่งผลให้จังหวัดหนองคายกลายเป็นเส้นทางสำคัญในการลักลอบขนยาเสพติดชนิดต่างๆ เข้ามาในประเทศไทย โดยเฉพาะยาบ้าและกัญชา ซึ่งมีการขยายตัวอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลของสำนักงานจังหวัดหนองคาย<sup>(1)</sup> พบว่าพื้นที่เป้าหมายของการลักลอบขนยาเสพติดส่วนใหญ่อยู่ใน 6 อำเภอชายแดน ครอบคลุม 26 ตำบล และ 124 หมู่บ้าน โดยเฉพาะอำเภอเมืองหนองคายและอำเภอศรีเชียงใหม่ ซึ่งเป็นพื้นที่เสี่ยงสูง นอกจากนี้ การจับกุมยาเสพติดในพื้นที่ดังกล่าวมีปริมาณเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะยาบ้าและยาไอซ์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาและความพยายามในการปรับเปลี่ยนวิธีการของผู้กระทำความผิด การแพร่ระบาดของยาเสพติดส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม-เสี่ยงของเด็กและเยาวชนในพื้นที่อย่างมาก โดยเฉพาะกลุ่มที่ขาดทักษะชีวิตและอยู่ในภาวะเสี่ยง สอดคล้องกับผลการศึกษาของจิตยาพร กันตารณวัฒน์<sup>(2)</sup> ที่พบว่า ปัญหา ยาเสพติดในระดับพื้นที่ยังคงมีความรุนแรงและขยายตัวอย่างต่อเนื่อง แม้จะมีการดำเนินมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่องแล้วก็ตาม นอกจากนี้ สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดในจังหวัดพื้นที่เขตตรวจราชการที่ 10 (อุดรธานี หนองบัวลำภู หนองคาย เลย และบึงกาฬ) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้ใช้แรงงานในภาคเกษตรกรรม เช่น กลุ่มสวนยางพารา กลุ่มรับจ้างตัดอ้อย แนวโน้มขยายตัวมากขึ้นในกลุ่มเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 16-19 ปี และแพร่ระบาดมากในกลุ่มที่พักอาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมือง ยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดมากในพื้นที่ คือ ยาบ้าและกัญชา ซึ่งมีการลักลอบนำเข้ามาจากประเทศเพื่อนบ้านจากกลุ่มนักค้ารายย่อยและรายกลางอย่างต่อเนื่อง<sup>(3)</sup>

จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องศึกษาและวิเคราะห์บทบาทของผู้นำชุมชน ผู้นำทางจิตวิญญาณ และผู้นำทางศาสนาในการป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติดในระดับชุมชนจังหวัดหนองคาย โดยเชื่อว่า

กลุ่มบุคคลเหล่านี้มีศักยภาพในการสร้างความตระหนักรู้ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทของผู้นำชุมชน ผู้นำทางจิตวิญญาณ และผู้นำทางศาสนาในการป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติดในระดับชุมชนจังหวัดหนองคาย โดยจะดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย อาทิ นายกองคการ-บริหารส่วนตำบล สมาชิกสภาท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชุมชน ผู้นำศาสนา และปราชญ์ชาวบ้าน

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ซึ่งใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น ด้วยการเลือกเจาะจง กลุ่มเป้าหมายหลักในพื้นที่ 2 อำเภอ โดยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยการใช้แบบสัมภาษณ์ทดสอบตามความเหมาะสม จำนวน 30 คน เพื่อนำมาสร้างแบบสัมภาษณ์ ที่มีโครงสร้างเมื่อทดสอบเสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงนำมาใช้ในการสัมภาษณ์จริง ซึ่งมีกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 4 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน 55 คน เป็นบุคคลที่ได้รับการยอมรับจากคนในชุมชน ได้แก่ นายกองคการ-บริหารส่วนตำบล สมาชิก-สภาท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชุมชน ประธาน อสม คณะกรรมการหมู่บ้าน (2) ผู้นำทางจิตวิญญาณ จำนวน 10 รูป/คน ได้แก่ ผู้นำศาสนาพุทธ จำนวน 8 รูป ศาสนาคริสต์ จำนวน 1 คน และศาสนาอิสลาม จำนวน 1 คน (3) ผู้นำทางศาสนาและวัฒนธรรมพื้นถิ่น จำนวน 50 คน ได้แก่ ปราชญ์ชาวบ้าน ภูมิปัญญาท้องถิ่น และ (4) ชาวลาวที่มาทำงานในจังหวัดหนองคาย จำนวน 5 คน การสนทนากลุ่ม ทำการสนทนากลุ่ม กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ สมาชิก-สภาท้องถิ่น ประธาน อสม. คณะกรรมการหมู่บ้าน ประธาน-ชุมชน ปราชญ์ชาวบ้าน จำนวน 5 คน ในวันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ณ ศาลากลางจังหวัดหนองคาย ชั้น 3 สาขา สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระศรีนครินทร์ทราบรมราชชนนี ประจำจังหวัดหนองคาย การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ในพื้นที่สุ่มเสี่ยง ได้แก่ อำเภอเมืองหนองคาย และอำเภอโพนพิสัย ทำการเก็บข้อมูลกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก รวมทั้งสิ้น 155 คน/รูป คณะผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงกับกลุ่มผู้ให้

ข้อมูลหลักเพื่อเป็นการลดอคติในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ (1) มีประสบการณ์ในการช่วยดูแลรักษาหรือมีบทบาทในการควบคุมเรื่องยาเสพติดในระดับชุมชนเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 5 ปี (2) ในการเป็นผู้นำและสร้างแรงบันดาลใจให้ผู้อื่น (3) สื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และทำงานร่วมกันในชุมชน (4) การมีส่วนร่วมของผู้นำในชุมชน รวมถึงงานอาสาสมัคร และการช่วยเหลือสังคม มีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา แยกแยะข้อมูล แจกแจงเนื้อหา ให้เห็นภาพที่ชัดเจน โดยการสร้างข้อสรุปในแต่ละประเด็น และเชื่อมโยงข้อมูลที่ได้จากการตีความ ทำความเข้าใจและ ค้นหาความหมายที่แท้จริงของข้อมูล เพื่อสร้างข้อค้นพบ และสรุปผล<sup>(4)</sup> ที่สามารถตอบวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา โดยใช้แนวคิดบทบาทของพรทิพย์ อัยยิมานันท์<sup>(5)</sup> ซึ่งมี 4 บทบาทได้แก่ (1) บทบาทการกำหนดแนวทางหลัก (pathfinding) (2) บทบาทการสร้างระบบการทำงานที่มี ประสิทธิภาพ (aligning) (3) บทบาทการมอบอำนาจ (empowerment) และ (4) การสร้างตัวแบบ (modeling) และนำงานวิจัยบทบาทของผู้นำชุมชนในการมีส่วนร่วมแก้ไข ปัญหา ยาเสพติดของกลุ่มเยาวชนในสามจังหวัดชายแดน-ภาคใต้ของมะปารี กะมุณี และคณะ<sup>(6)</sup> มาเป็นกรอบแนวคิด บทบาทของผู้นำชุมชน ผู้นำทางศาสนาและวัฒนธรรมพื้นถิ่น ด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุ ด้านการวางแผนดำเนินงาน ด้านการดำเนินงาน ด้านการติดตามประเมินผล นอกจากนี้ ได้นำงานวิจัยแนวทางการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการ ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของพระสงฆ์และประชาชน ในเขตเทศบาลเมืองหนองคาย อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย ของธัญกนกฤษต์ จิระโคณินิชโยธร และ คณะ<sup>(7)</sup> มาเป็นกรอบแนวคิด ผู้นำทางจิตวิญญาณ ใน 3 บทบาท คือ (1) บทบาทด้านจิตวิญญาณ (2) บทบาท ด้านสงเคราะห์ชุมชน และ (3) บทบาทด้านพัฒนาชุมชน นำมาประยุกต์ใช้เป็นกรอบในการวิเคราะห์ข้อมูล และ นำเสนอ โดยการอธิบายแบบพรรณนา เป็นเรื่องราวที่มีความสอดคล้องและเกี่ยวเนื่องกันเพื่อให้ได้ผลการศึกษาดังกล่าวไว้วางใจ โดยใช้วิธีการที่หลากหลายในการตรวจสอบ ความน่าเชื่อถือ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ การสังเกตแบบไม่มี ส่วนร่วม สทนากลุ่ม สามารถวิเคราะห์ ตรวจสอบได้ดี ไม่ก่อให้เกิดความผิดพลาด นอกจากนี้สามารถย้อนกลับไป

ตรวจสอบข้อมูลได้ ทำงานได้เป็นคณะ ทำงานหลายคน ประหยัดเวลา และเพิ่มความรวดเร็วในการตรวจสอบ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ เจาะลึกกลุ่มเป้าหมาย การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ในพื้นที่สุ่มเสี่ยง ได้แก่ อำเภอเมืองหนองคาย และอำเภอโพนพิสัย

### จริยธรรมในการดำเนินการวิจัย

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรม ในการดำเนินการวิจัยโดยเฉพาะวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงของผู้ให้สัมภาษณ์ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลและสังเกตการณ์จากผู้ให้สัมภาษณ์ โดยตรง แม้ว่าจะไม่มีคำถามการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการ ทำการทดลองกับร่างกายหรือทดสอบภาวะจิตใจของผู้ให้สัมภาษณ์ก็ตาม การวิจัยนี้ยังคำนึงถึงจริยธรรมในการ ดำเนินการวิจัย 7 ประการ ดังนี้ (1) คณะผู้วิจัยจะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ให้สัมภาษณ์ก่อน (2) ผู้ให้สัมภาษณ์มีสิทธิ ที่จะพิจารณาเงื่อนไขของการมีส่วนร่วม (3) ไม่อนุญาต ให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยนี้ (4) ข้อมูลดิบที่ใช้ในการวิจัยจะไม่ยินยอม ให้บุคคลภายนอกโครงการวิจัยนำไปใช้เพื่อการพาณิชย์ วัตถุประสงค์ที่ไม่ใช่ทางราชการ หรือทางวิชาการ (5) ข้อมูล ส่วนบุคคล ที่จะเป็นการระบุถึงตัวตน และสถานที่ทำงาน ของผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์จะถูกเก็บ เป็นความลับ โดยจะไม่ถูกเปิดเผย และไม่ระบุลงในเอกสาร งานวิจัย (6) ไม่มีการบันทึกเทปใช้วิธีการจดบันทึกแทน และ (7) เมื่อสิ้นสุดการทำวิจัยจะทำลายเอกสารข้อมูลทันที

**1. คณะผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงผู้ว่าราชการจังหวัด หนองคาย เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งทำหนังสือขออนุญาตเข้าพื้นที่เก็บข้อมูล เมื่อวันที่ 18 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 และได้รับการอนุญาตให้เข้าพื้นที่ เก็บข้อมูลเมื่อวันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ. 2566**

**2. การศึกษาและวิเคราะห์เอกสาร** เป็นการศึกษา เนื้อหาที่มีบทบาทผู้นำชุมชน ผู้นำทางจิตวิญญาณ ผู้นำ ทางศาสนาและวัฒนธรรมพื้นถิ่น ต่อการป้องกันและจัดการ ปัญหายาเสพติดในระดับชุมชน จังหวัดหนองคาย โดยการ ทบทวนวรรณกรรมในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ค้นคว้าเอกสาร

สืบค้นในเว็บไซต์ หนังสือ รายงาน การวิจัย วิทยานิพนธ์ ภาคนิพนธ์ วารสารในทางวิชาการ การประชุมทางวิชาการ ห้องสมุด ตำราสำนักงาน องค์การภาครัฐและเอกชน สื่อสิ่งพิมพ์ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต บทความ รายงานทางวิชาการ ข้อมูลจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (electronic media) ที่เกี่ยวข้องสามารถนำมาสนับสนุนงานวิจัย

**3. การสัมภาษณ์เชิงลึก** ที่คณะผู้วิจัยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างและไม่มีโครงสร้างโดยครอบคลุมประเด็นของบทบาทผู้นำชุมชน ผู้นำทางจิตวิญญาณ ผู้นำทางศาสนาและวัฒนธรรมพื้นถิ่นต่อการป้องกันและจัดการปัญหาสารเสพติดในระดับชุมชน จังหวัดหนองคาย

การสัมภาษณ์เชิงลึก ด้วยการใช้แบบสัมภาษณ์ทดสอบจำนวน 30 คน ซึ่งผลของการทดสอบแบบสัมภาษณ์เป็นไปด้วยดี ผู้รับการทดสอบเข้าใจในประเด็นคำถามและสามารถตอบได้ตรงประเด็น นอกจากแบบสัมภาษณ์ชาวลาที่มาทำงานในจังหวัดหนองคาย ชุดที่ 1 ได้ตัดข้อ 4 ออก สถานภาพในชุมชน เนื่องจากผู้รับการทดสอบเกิดความกังวลและไม่สบายใจที่จะตอบความคิดเห็นในประเด็นสถานภาพ

ในการสัมภาษณ์มีกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 4 กลุ่ม ได้แก่

3.1 กลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน 55 คน ซึ่งได้มาโดยการปรึกษาหารือเพื่อหาแนวทางเลือกแบบเจาะจงของคณะผู้วิจัย เป็นบุคคลที่ได้รับการยอมรับจากคนในชุมชน ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล สมาชิกสภาท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชุมชน ประธาน อสม. คณะกรรมการหมู่บ้าน

3.2 ผู้นำทางจิตวิญญาณ จำนวน 10 รูป ซึ่งได้มาโดยปรึกษาหารือเพื่อหาแนวทางเลือกแบบเจาะจงของคณะผู้วิจัย ได้แก่ ผู้นำศาสนาพุทธ จำนวน 8 รูป ศาสนาคริสต์ จำนวน 1 รูป และศาสนาอิสลาม จำนวน 1 รูป

3.3 ผู้นำทางศาสนาและวัฒนธรรมพื้นถิ่น จำนวน 50 คน ซึ่งได้มาโดยการปรึกษาหารือเพื่อหาแนวทางเลือกแบบเจาะจงของคณะผู้วิจัย ได้แก่ ประชาชนชาวบ้านภูมิปัญญาท้องถิ่น

3.4 ชาวลาที่มาทำงานในจังหวัดหนองคาย จำนวน 5 คน

**4. การสนทนากลุ่ม** ทำการสนทนากลุ่มกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ สมาชิกสภาท้องถิ่น ประธานอสม. คณะกรรมการหมู่บ้าน ประธานชุมชน ประชาชนชาวบ้าน จำนวน

5 คน ในวันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ณ ศาลากลางจังหวัดหนองคาย ชั้น 3 สาขาสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทร์ทรงบรมราชชนนี ประจำจังหวัดหนองคาย

**5. การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในพื้นที่เสี่ยง** ได้แก่ อำเภอเมืองหนองคายและอำเภอโพนพิสัย

ทำการเก็บข้อมูลกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก รวมทั้งสิ้น 155 คน/รูป คณะผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อเป็นการลดอคติในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ (1) มีประสบการณ์ในการช่วยดูแลรักษาหรือมีบทบาทในการควบคุมเรื่องยาเสพติดในระดับชุมชนเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 5 ปี (2) ในการเป็นผู้นำและสร้างแรงบันดาลใจให้ผู้อื่น (3) สื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และทำงานร่วมกันในชุมชน และ (4) การมีส่วนร่วมของผู้นำในชุมชน รวมถึงงานอาสาสมัครและการช่วยเหลือสังคม

#### **การวิเคราะห์ข้อมูล**

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) แยกแยะข้อมูล แจกแจงเนื้อหาให้เห็นภาพที่ชัดเจน โดยการสร้างข้อสรุปในแต่ละประเด็นและเชื่อมโยงข้อมูลที่ได้จากการตีความ ทำความเข้าใจและค้นหาความหมายที่แท้จริงของข้อมูล เพื่อสร้างข้อค้นพบที่สามารถตอบวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา และนำเสนอ โดยการอธิบายแบบพรรณนา เป็นเรื่องราวที่มีความสอดคล้องและเกี่ยวเนื่องกันเพื่อให้ได้ผลการศึกษาตรงตามวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้

#### **ประเด็นเรื่องความน่าไว้วางใจ**

โดยใช้วิธีการที่หลากหลายในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ สามารถวิเคราะห์ ตรวจสอบได้ดีไม่ก่อให้เกิดความผิดพลาด นอกจากนี้สามารถย้อนกลับไปตรวจสอบข้อมูลได้ ทำงานได้เป็นคณะ ทำงานหลายคน ประหยัดเวลาและเพิ่มความรวดเร็วในการตรวจสอบ

## **ผลการศึกษา**

**1. บทบาทของผู้นำชุมชน ต่อการป้องกันและจัดการปัญหาสารเสพติดในระดับชุมชน จังหวัดหนองคาย**

พบว่า ผู้นำชุมชนมีบทบาทสร้างความตระหนัก โดยการจัดประชุม และดำเนินกิจกรรมเพื่อให้ความรู้แก่สมาชิก

ในชุมชนเกี่ยวกับอันตรายของการใช้สารเสพติด เผยแพร่ข้อมูลต่อการป้องกันและจัดการปัญหาสารเสพติด โดยผ่านหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านและชุมชน ทำงานร่วมกับโรงเรียน หน่วยงานท้องถิ่น เพื่อระบุและจัดการปัจจัยเสี่ยงในชุมชน เช่น ความยากจน การว่างงาน และการเข้าถึงสารเสพติด สนับสนุนโครงการที่ให้บริการแก่กลุ่มเสี่ยง สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันสารเสพติด เช่น การสร้างพื้นที่ปลอดสารเสพติดและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำงานร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน เพื่อพัฒนากลยุทธ์การป้องกันสารเสพติดที่ครอบคลุม โดยการดำเนินโครงการและกิจกรรมที่มุ่งเป้าไปที่กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น เยาวชน ผู้ปกครอง และผู้ที่มีความเสี่ยงสูง ประเมินผลกระทบของกลยุทธ์การป้องกันและปรับปรุงตามความจำเป็น สร้างความร่วมมือและการสนับสนุนกับหน่วยงานท้องถิ่น และกลุ่มชุมชนอื่นๆ เพื่อประสานงานในการป้องกันสารเสพติด สนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนและการเป็นเจ้าของโครงการป้องกันสารเสพติด เชื่อมโยงผู้ใช้สารเสพติดและครอบครัวกับบริการสนับสนุนและการรักษา สนับสนุนการฟื้นฟูและการกลับคืนสู่สังคมของผู้ที่ติดสารเสพติด และลดอุปสรรคในการเข้าถึงการรักษา

**2. บทบาทของผู้นำทางจิตวิญญาณต่อการป้องกันและจัดการปัญหาสารเสพติดในระดับชุมชน จังหวัดหนองคาย**

พบว่า บทบาทของผู้นำทางจิตวิญญาณ มีการเทศนาและสอนเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดและผลกระทบต่อชุมชน บทบาทด้านสงเคราะห์ชุมชน พบว่า มีการสร้างสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรสำหรับกลุ่มเสี่ยงในการใช้สารเสพติด ลดการตีตราทางสังคม และส่งเสริมความเปิดกว้างและการมีส่วนร่วม ร่วมมือกับองค์กรอื่นๆ เพื่อพัฒนาและดำเนินการต่อการป้องกันและจัดการปัญหาสารเสพติด บทบาทด้านพัฒนาชุมชน พบว่า จัดพื้นที่สำหรับกิจกรรมต่อการป้องกันและโครงการสำหรับสมาชิกในชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากการใช้สารเสพติด

**3. บทบาทของผู้นำทางศาสนาและวัฒนธรรมพื้นถิ่นต่อการป้องกันและจัดการปัญหาสารเสพติดในระดับชุมชน จังหวัดหนองคาย**

พบว่า สามารถให้คำแนะนำและการสนับสนุนแก่ชุมชนเกี่ยวกับอันตรายของการใช้สารเสพติด ส่งเสริมค่านิยมเชิงบวก เช่น ความอดทน ความเคารพ และความรับผิดชอบ

ซึ่งสามารถช่วยลดความเสี่ยงของการใช้สารเสพติดในชุมชน สามารถสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนและลดความเสี่ยงของการใช้สารเสพติด สามารถให้คำปรึกษาและการบำบัดแก่ผู้ที่ติดสารเสพติด มีการสร้างสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรสำหรับกลุ่มเสี่ยงในการใช้สารเสพติด สามารถให้ความรู้และการตระหนักเกี่ยวกับอันตรายของสารเสพติดและส่งเสริมการตัดสินใจของสมาชิกในชุมชนให้มีสุขภาพดี สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจกับสมาชิกในชุมชน ซึ่งเป็นพื้นฐานสำหรับการป้องกันและจัดการปัญหาสารเสพติดในชุมชน สามารถสนับสนุนผู้ที่กำลังฟื้นตัวจากการใช้สารเสพติดโดยการให้คำปรึกษา การสนับสนุนทางอารมณ์ และการเชื่อมต่อทางสังคมโดยการสร้างกิจกรรมทางเลือก

**4. ชุมชนลาวที่มาทำงานในจังหวัดหนองคายต่อการป้องกันและจัดการปัญหาสารเสพติดในระดับชุมชน**

พบว่า สามารถให้ความรู้ โดยผ่านการณรงค์เกี่ยวกับอันตรายของสารเสพติดและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ สามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดได้ นอกจากนี้ มีความสามารถสร้างเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็ง ช่วยให้สมาชิกในชุมชน ที่ใช้สารเสพติดเข้ารับการรักษาและการฟื้นฟู สามารถบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด ช่วยลดการเข้าถึงสารเสพติดและป้องกันการค้าสารเสพติด อีกทั้งสามารถทำงานร่วมกันกับชุมชนลาว เพื่อพัฒนาและดำเนินกลยุทธ์การป้องกันและจัดการปัญหาสารเสพติดที่เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะของชุมชน

**5. บทบาทของผู้นำต่อการป้องกันและจัดการปัญหาสารเสพติดในระดับชุมชน จังหวัดหนองคาย**

ปัญหาการใช้สารเสพติดเป็นภัยคุกคามที่ส่งผลกระทบต่อสังคมไทยในหลายมิติ โดยเฉพาะในระดับชุมชนที่ต้องการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการแก้ไขปัญหา ในจังหวัดหนองคาย ผู้นำชุมชน ผู้นำทางจิตวิญญาณ ผู้นำทางศาสนา และวัฒนธรรมพื้นถิ่น มีบทบาทสำคัญในการป้องกันและจัดการปัญหานี้ แม้ว่าประสิทธิภาพในการดำเนินงานจะแตกต่างกันไปก็ตาม บทบาทเชิงบวกของผู้นำเหล่านี้ปรากฏในหลายรูปแบบ อาทิ การเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับสมาชิกในชุมชน การส่งเสริมวิถีชีวิตที่ห่างไกลจากสารเสพติด การให้คำแนะนำและสร้างความตระหนักเกี่ยวกับอันตรายของสารเสพติด การส่งเสริมกิจกรรมที่สร้างสรรค์เพื่อป้องกันการเข้าไปเกี่ยวข้องกับสารเสพติด และการสร้าง

เครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐ องค์กรเอกชน และสมาชิกในชุมชน เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาอย่างบูรณาการ อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดและประเด็นท้าทายที่ต้องเผชิญ เช่น ความเข้าใจในปัญหาที่ผู้นำบางคนอาจขาดความเข้าใจในความซับซ้อนของปัญหา ทำให้กลยุทธ์การป้องกันและแก้ไขไม่ครอบคลุมและไม่เพียงพอ อิทธิพลของความเชื่อทางวัฒนธรรมและศาสนาที่ในบางกรณีอาจเป็นอุปสรรคต่อการนำวิธีการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพมาใช้ และการขาดทรัพยากรและการสนับสนุนที่เพียงพอจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้การดำเนินงานไม่เต็มประสิทธิภาพ

ผลจากการสังเกต พบว่า ผู้นำทางจิตวิญญาณ ผู้นำทางศาสนาและวัฒนธรรมพื้นถิ่น มีบทบาทสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน โดยมีความสามารถในการสร้างความตระหนักเกี่ยวกับอันตรายของยาเสพติด ให้ความรู้แก่สมาชิกชุมชน ให้คำปรึกษา และรณรงค์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันยาเสพติดอย่าง

หลากหลาย ผู้นำเหล่านี้มีอิทธิพลต่อค่านิยมทางศีลธรรม และพฤติกรรมของชุมชน โดยเน้นย้ำถึงผลกระทบด้านลบของยาเสพติดจากจุดยืนทางศีลธรรมและจริยธรรม สามารถให้การสนับสนุนและคำปรึกษาแก่ผู้ประสบปัญหา เช่น การตัดเตือน ให้คำแนะนำ และรับฟัง นอกจากนี้ ผู้นำยังสามารถร่วมมือกับองค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนากลยุทธ์ที่ครอบคลุม รวบรวมทรัพยากร และแบ่งปันความช่วยเหลือเพื่อแก้ไขปัญหาแบบองค์รวม อย่างไรก็ตาม ยังมีการนำโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพมาใช้น้อย ผู้นำสามารถสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมเชิงบวก โดยจัดตั้งศูนย์ชุมชน กิจกรรมสันทนาการ และกิจกรรมทางวัฒนธรรมที่ส่งเสริมวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ และทางเลือกอื่นแทนยาเสพติด การจัดกิจกรรมตามวัฒนธรรมประเพณีต่างๆ ก็มีส่วนช่วยลดปัญหายาเสพติดได้ ดังตารางที่ 1

## วิจารณ์

ตารางที่ 1 บทบาทของผู้นำชุมชน ผู้นำทางจิตวิญญาณ ผู้นำทางศาสนาและวัฒนธรรมพื้นถิ่น ต่อการป้องกันและจัดการปัญหาสารเสพติดในระดับชุมชน จังหวัดหนองคาย

ลำดับ	ตัวแปร	พบ	ไม่พบ	หมายเหตุ
1	มีความสามารถในการสร้างความตระหนักเกี่ยวกับอันตรายของการใช้สารเสพติดและให้ความรู้แก่สมาชิกในชุมชนเกี่ยวกับผลที่ตามมา	✓		
2	มีความสามารถในการให้ความรู้แก่สมาชิกในชุมชนเกี่ยวกับผลที่ตามมา	✓		
3	รณรงค์สร้างความตระหนักเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการใช้สารเสพติด	✓		
4	มีกลยุทธ์การจัดการการป้องกันการใช้สารเสพติดในชุมชน	✓		
5	มีอิทธิพลต่อค่านิยมทางศีลธรรมและพฤติกรรมของชุมชน	✓		
6	มีการเน้นย้ำถึงผลกระทบด้านลบของการใช้สารเสพติดจากจุดยืนทางศีลธรรมและจริยธรรม	✓		
7	สามารถให้การสนับสนุนและให้คำปรึกษาแก่บุคคลที่ประสบปัญหาการใช้สารเสพติด	✓		
8	สามารถให้คำแนะนำ และรับฟังผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือและหาทางออกที่เหมาะสมได้	✓		
9	สามารถร่วมมือกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ บริการทางสังคม และหน่วยงานบังคับใช้กฎหมาย เป็นต้น	✓		

ตารางที่ 1 บทบาทของผู้นำชุมชน ผู้นำทางจิตวิญญาณ ผู้นำทางศาสนาและวัฒนธรรมพื้นถิ่น ต่อการป้องกันและจัดการปัญหาสารเสพติดในระดับชุมชน จังหวัดหนองคาย (ต่อ)

ลำดับ	ตัวแปร	พบ	ไม่พบ	หมายเหตุ
10	สามารถพัฒนากลยุทธ์ที่ครอบคลุมสำหรับการป้องกันและจัดการปัญหาการใช้สารเสพติด	✓		
11	สามารถรวบรวมทรัพยากร แบ่งปันความเชี่ยวชาญ และนำโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพมาใช้เพื่อแก้ไขปัญหาแบบองค์รวม	✓		
12	สามารถสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนซึ่งส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวกและป้องกันการบริโภคสารเสพติด	✓		
13	สามารถบรรลุผลได้โดยการจัดตั้งศูนย์ชุมชน กิจกรรมสันทนาการ และกิจกรรมทางวัฒนธรรมที่ส่งเสริมวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพและให้ทางเลือกแทนการใช้สารเสพติด	✓		
14	สามารถมีส่วนร่วมในการลดปัญหาการใช้สารเสพติดในชุมชน	✓		

**บทบาทของผู้นำชุมชน** ต่อการป้องกันและจัดการปัญหาสารเสพติดในระดับชุมชน จังหวัดหนองคาย มีบทบาทสำคัญในการต่อสู้กับปัญหาสารเสพติด โดยแสดงความมุ่งมั่นในการเป็นแบบอย่างที่ดี ให้คำแนะนำ และสร้างความตระหนักรู้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของมะพารี กะมุณี และคณะ<sup>(6)</sup> ที่กล่าวถึงการมีส่วนร่วมเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางวิธีการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน เคยเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน เคยมีส่วนร่วมในการติดตามพฤติกรรมและช่วยเหลือผู้ที่เคยเสพยาเสพติดไม่ให้หวนกลับไปใช้ยาเสพติด

**บทบาทด้านจิตวิญญาณ** ต่อการป้องกันและจัดการปัญหาสารเสพติดในระดับชุมชน จังหวัดหนองคาย มีการเทศนาและสอนเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดและผลกระทบต่อชุมชน สอดคล้องกับผลการศึกษาของธัญกนกฤษดิ์ จิระชานิธิชโยธร และคณะ<sup>(7)</sup> พบว่า บทบาทด้านจิตวิญญาณนำกิจกรรมทางพุทธศาสนา แก้ไขปัญหายาเสพติดของชุมชน เช่น สวดมนต์ ไหว้พระ เดินจงกรม นั่งสมาธิ พระสงฆ์เทศน์ธรรมะสอนคนในชุมชนให้เข้าใจในหลักธรรมแล้วนำไปประพฤติปฏิบัติ อบรมคุณธรรม/จริยธรรม อบรมศีลธรรมในโรงเรียน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของพระครูธรรมธรรัตนะ รตนเทโว<sup>(8)</sup> พบว่า บทบาทพระสงฆ์

มีการศึกษานักธรรมเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่ทำให้เกิดความคิดเห็นที่แตกต่างกัน บทบาทด้านสงเคราะห์ชุมชนพบว่า มีการสร้างสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรสำหรับกลุ่มเสี่ยงในการใช้สารเสพติด ลดการติดยาทางสังคม และส่งเสริมความเปิดกว้างและการมีส่วนร่วม ร่วมมือกับองค์กรอื่นๆ เพื่อพัฒนาและดำเนินการต่อการป้องกันและจัดการปัญหาสารเสพติด สอดคล้องกับผลการศึกษาของธัญกนกฤษดิ์ จิระชานิธิชโยธร และคณะ<sup>(7)</sup> พบว่า บทบาทด้านสงเคราะห์ชุมชนช่วยเหลือทุนแก่ชุมชนให้อิ่มกาย อิ่มใจ อิ่มบุญ สร้างเครือข่ายเข้มแข็ง สู่ความยั่งยืนเป็นพลัง “บวร” บ้าน วัด โรงเรียน ร่วมมือ ร่วมแรง ร่วมใจกัน สอดส่องดูแลชุมชน หากพบผู้เสพยาเสพติดเป็นผู้ป่วยส่งบำบัดรักษา บทบาทด้านพัฒนาชุมชน พบว่า จัดพื้นที่สำหรับกิจกรรมต่อการป้องกันและโครงการสำหรับสมาชิกในชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากการใช้สารเสพติด สอดคล้องกับผลการศึกษาของธัญกนกฤษดิ์ จิระชานิธิชโยธร และคณะ<sup>(7)</sup> พบว่ามีวัดเป็นศูนย์กลาง อบรมความรู้เรื่องยาเสพติด และความผิดตาม พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ ชี้แนะให้เห็นโทษยาเสพติดเป็นอันตรายต่อชีวิตและบั่นทอนสุขภาพ สร้างชุมชนต้นแบบ (ปลอดยาเสพติด) และโครงการโรงเรียนสีขาว

**บทบาทของผู้นำทางศาสนาและวัฒนธรรมพื้นถิ่น**

ต่อการป้องกันและจัดการปัญหาสารเสพติดในระดับชุมชน จังหวัดหนองคาย สามารถให้คำแนะนำและการสนับสนุน แก่ชุมชนเกี่ยวกับอันตรายของการใช้สารเสพติด ส่งเสริม ค่านิยมเชิงบวก เช่น ความอดทน ความเคารพ และความรับผิดชอบ ซึ่งสามารถช่วยลดความเสี่ยงของการใช้ สารเสพติดในชุมชน สามารถสร้างสภาพแวดล้อม ที่สนับสนุนและลดความเสี่ยงของการใช้สารเสพติด สามารถให้คำปรึกษาและการบำบัดแก่ผู้ติดสารเสพติด มีการสร้างสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรสำหรับกลุ่มเสี่ยง ในการใช้สารเสพติด สามารถให้ความรู้และการตระหนัก เกี่ยวกับอันตรายของสารเสพติดและส่งเสริมการตัดสินใจ ของสมาชิกในชุมชนให้มีสุขภาพดี สามารถสร้างความ- สัมพันธ์ที่ไว้วางใจกับสมาชิกในชุมชน ซึ่งเป็นพื้นฐานสำหรับ การป้องกันและจัดการปัญหาสารเสพติดในชุมชน สามารถ สนับสนุนผู้ที่กำลังฟื้นตัวจากการใช้เสพติด โดยการ ให้คำปรึกษา การสนับสนุนทางอารมณ์ และการเชื่อมต่อ ทางสังคมโดยการสร้างกิจกรรมทางเลือก สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของธัญกมลกริชต์ จิระโคณิธิชโยธ และคณะ<sup>(7)</sup> พบว่า การสร้างชุมชนเข้มแข็งเพื่อเอาชนะยาเสพติด อย่างยั่งยืนใน 4 ขั้นตอน คือ (1) ปลูกจิตสำนึก (2) การ คัดเลือกผู้นำ/คณะกรรมการชุมชน (3) ติดตามและ ประเมินผล และ (4) ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

**ชุมชนลาวที่ทำงานในจังหวัดหนองคาย** ต่อการ ป้องกันและจัดการปัญหาสารเสพติดในระดับชุมชน พบว่า สามารถให้ความรู้ โดยผ่านการรณรงค์เกี่ยวกับอันตราย ของสารเสพติดและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ สามารถ ช่วยลดความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดได้ นอกจากนี้ มีความสามารถสร้างเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม ที่เข้มแข็ง ช่วยให้สมาชิกในชุมชน ที่ใช้สารเสพติดเข้าถึง การรักษาและการฟื้นฟู สามารถบังคับใช้กฎหมายอย่าง เข้มงวด ช่วยลดการเข้าถึงสารเสพติดและป้องกันการค้า สารเสพติด อีกทั้งสามารถทำงานร่วมกับชุมชนลาว เพื่อพัฒนาและดำเนินกลยุทธ์การป้องกันและจัดการปัญหา สารเสพติดที่เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะของชุมชน สอดคล้องกับผลการศึกษาของมะพารี กะมุณี และคณะ<sup>(6)</sup> ได้ศึกษาบทบาทของผู้นำชุมชนในการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหยาเสพติดของกลุ่มเยาวชนในสามจังหวัดชายแดนภาคได้ พบว่า ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการสำรวจสภาพปัญหา

ยาเสพติดในชุมชน ร่วมเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทาง วิธีการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน เข้าร่วมกิจกรรม รณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน มีส่วนร่วมในการติดตามพฤติกรรมและช่วยเหลือผู้ที่เคย เสพ/ติดยาเสพติดไม่ให้หวนกลับไปใช้ยาเสพติด

ผู้นำชุมชน ผู้นำทางจิตวิญญาณ ผู้นำทางศาสนาและ วัฒนธรรมพื้นถิ่น มีบทบาทสำคัญในการต่อสู้กับปัญหา สารเสพติด โดยแสดงความมุ่งมั่นในการเป็นแบบอย่างที่ดี ให้คำแนะนำ และสร้างความตระหนักรู้ อย่างไรก็ตาม ประสิทธิภาพในการดำเนินงานมีความแตกต่างกันไป ผู้นำ บางส่วนขาดความเข้าใจในความซับซ้อนของปัญหา ทำให้ กลยุทธ์การป้องกันไม่ครอบคลุม นอกจากนี้ ความเชื่อ ทางวัฒนธรรมและศาสนาอาจเป็นอุปสรรคต่อการนำวิธีการ แก้ไขที่มีประสิทธิภาพมาใช้ การขาดแคลนทรัพยากรและ การสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นอีกหนึ่งข้อจำกัด ที่สำคัญ แต่ในทางกลับกัน ชุมชนยังแสดงบทบาทนำในการ สร้างความตระหนักรู้และให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของ สารเสพติด ความร่วมมือระหว่างผู้นำกับหน่วยงานท้องถิ่น และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพนำไปสู่การพัฒนากลยุทธ์การ ป้องกันและการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลให้การลด อัตราการติดยาเสพติดและสร้างชุมชนที่ปลอดภัยและมี สุขภาพดีขึ้น ผลลัพธ์ที่ได้เห็นเนื่องจากเป้าหมายที่วางไว้คือ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการปัญหา ด้วยตนเอง และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือที่ยั่งยืน ระหว่างผู้นำและหน่วยงานต่างๆ

#### **ข้อเสนอแนะ**

1. หน่วยงานท้องถิ่น สถาบันการศึกษา และองค์กร ที่เกี่ยวข้องควรร่วมมือกับผู้นำชุมชน ผู้นำทางจิตวิญญาณ ผู้นำทางศาสนาและวัฒนธรรมพื้นถิ่นในการดำเนินโครงการ ให้ความรู้สารเสพติดโดยมุ่งเน้นไปที่ผลเสียของการใช้ สารเสพติด วางแผนกลยุทธ์การป้องกัน และอาศัยทรัพยากร ภายในชุมชนในการรักษาและการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด
2. ผู้นำชุมชน ผู้นำทางจิตวิญญาณ ผู้นำทางศาสนา และวัฒนธรรมพื้นถิ่น ควรมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพ กับชุมชนเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วม ผ่านการจัดกิจกรรมของชุมชน และการให้ความรู้เกี่ยวกับ การดำเนินชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ และแบบอย่างที่ดี
3. ผู้นำชุมชน ผู้นำทางจิตวิญญาณ ผู้นำทางศาสนา

และวัฒนธรรมพื้นถิ่น โดยเฉพาะผู้นำทางจิตวิญญาณ สามารถมีบทบาทสำคัญในการให้คำปรึกษาและบริการ สนับสนุนแก่บุคคลและครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากการ ใช้สารเสพติด โดยอาศัยโปรแกรมการฝึกอบรมและมีแหล่ง- ข้อมูลเพื่อเพิ่มพูนทักษะในการจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับ การเสพติดและการให้คำแนะนำที่เหมาะสม

4. หน่วยงานบังคับใช้กฎหมายควรร่วมมือแบบ บูรณาการกับผู้นำชุมชน ผู้นำทางจิตวิญญาณ ผู้นำทาง ศาสนาและวัฒนธรรมพื้นถิ่น เพื่อจัดการกับอาชญากรรม ที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพ ความร่วมมือนี้ อาจรวมถึงการแบ่งปันข้อมูล การปฏิบัติการร่วมกัน และ การริเริ่มโดยชุมชนเพื่อลดอุปสงค์และอุปทานสารเสพติด

5. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่เป็นผู้กำหนดนโยบาย ควรสนับสนุนนโยบายและโครงการที่สนับสนุนในการ ป้องกันและฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด โดยอาศัยผู้นำชุมชน

ผู้นำทางจิตวิญญาณ ผู้นำทางศาสนาและวัฒนธรรมพื้นถิ่น ที่ชุมชนให้ความเคารพนับถือเพื่อการแก้ไขปัญหายาเสพติด อย่างมีประสิทธิภาพ

6 ผู้นำชุมชน ผู้นำทางจิตวิญญาณ ผู้นำทางศาสนา และวัฒนธรรมพื้นถิ่น ควรเป็นเครือข่ายหลักของชุมชน ในการขอความร่วมมือจากผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ศูนย์- บำบัด ตลอดจนจรรยาบรรณที่จำเป็นเพื่อฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์ ศึกษาปัญหาการเสพติด ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะ- แพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำนักงาน- กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) คณะผู้ศึกษา วิจัยขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานจังหวัดหนองคาย. แผนพัฒนาจังหวัดหนองคาย ปี พ.ศ. 2566-2570 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 16 พ.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: [http://www.nongkhai.go.th/web\\_nk/stratigy\\_plan.php](http://www.nongkhai.go.th/web_nk/stratigy_plan.php)
2. ฐิยาพร กันตารณวัฒน์. กระบวนทัศน์การปฏิบัติงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของภาคประชาชน. กรุงเทพมหานคร: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์; 2560.
3. สมลักษณ์ ส่งสัมพันธ์. รายงานผลการตรวจติดตาม การบูรณาการโครงการเพื่อขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสำคัญด้านปัญหา ยาเสพติด ตามแผนการตรวจราชการแบบบูรณาการของผู้ตรวจราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 รอบที่ 1 (project and progress reviews) ของผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี เขตตรวจราชการที่ 10 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 6 ม.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: [https://pmi.opm.go.th/inspect\\_main/uploadfiles/รายงานการป้องกันยาเสพติด%20รอบ%20ปี%2056%20\(%20%20ฉบับล่าสุด\).pdf](https://pmi.opm.go.th/inspect_main/uploadfiles/รายงานการป้องกันยาเสพติด%20รอบ%20ปี%2056%20(%20%20ฉบับล่าสุด).pdf)
4. Pothisita C. The science and art of qualitative research. 8<sup>th</sup> ed. Bangkok: Amarin Printing and Publishing; 2019.
5. พรทิพย์ อัยยิมาพันธ์. Leadership for organizational effectiveness. วารสารการบริหารคน 2547;3(24):65-8.
6. มะพาริ กะมุณี, มารุยูกิ ธานี, ตายูนิ อุสมาน. บทบาทของผู้นำชุมชนในการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหายาเสพติดของกลุ่มเยาวชน ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [สืบค้นเมื่อ 1 มิ.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: <http://202.29.32.238/medias/>
7. ธิญานกริชต์ จิโรชคณิธิชโยธ, สมเดช นามเกต, พระครูจิโรธธรรมธิช. แนวทางการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการป้องกันและ แก้ไขปัญหายาเสพติดของพระสงฆ์และประชาชนในเขตเทศบาลเมืองหนองคาย อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย. Journal of Modern Learning Development 2565;7(1):12-29.
8. พระครูธรรมธรรตนะ รัตนเทโว. บทบาทพระสงฆ์ในการป้องกันปัญหายาเสพติดในอำเภอเมืองจังหวัดราชบุรี. วารสารสหวิทยาการ นวัตกรรมปริทรรศน์ 2565;5(1):103-12.

## The Roles of Community, Spiritual, Religious and Cultural Leaders Towards the Prevention and Management of Addictive Substance Problems at Community Level, Nong Khai Province

Sirikorn Namlabut<sup>1</sup>, Nuchaleeporn Jitkaew<sup>1</sup>, Peerawit Namlabut<sup>1</sup>, Chanthamon Sihaboonlee<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Thailand Professional Qualification Institute, Bangkok, Thailand

<sup>2</sup> The Secretariat of The House of Representatives, Bangkok, Thailand

---

### Abstract

This study aimed to explore the roles of community, spiritual leaders and leaders in religion and local culture concerning the prevention and management of substance abuse problems at the community level in Nong Khai province. The primary information providers consisted of 155 individuals and in-depth interviews were employed. The informants were categorized into four main groups: 55 community leaders, 10 spiritual leaders (eight Buddhists, one Christian and one Islamic), 50 leaders in religion and local culture (folk philosophers knowledgeable about local wisdom) and five Laotian workers in Nong Khai province. Data collection methods involved non-participatory observation and qualitative approaches. The study discovered that community leaders actively engaged in meetings with appointed committees to take responsibility for their designated tasks. They also promoted campaigns and diverse activities, resulting in a decline in substance abuse statistics. The role of spiritual leaders involved utilizing Dhamma principles to encourage mindful living. They focused on enhancing life skills, emphasizing community support and outreach. They actively participated in benefiting the community, raising awareness about substance abuse issues through training and ethical teachings. The involvement of local religious and cultural leaders centered around advising close relatives, and friends. Most of them are local officials or agencies. They provided useful advice, collaborated with community leaders, emphasized religious activities, while monitoring their children's behavior. The Laotian community members working in Nong Khai province all had a part to play in preventing and combating substance abuse. The village head (village leader) orchestrated plans for activities by convening meetings to strategize preventive measures against substance abuse. They employed mass media, radios, and advertisements (public relations) to carry out these plans. Related organizations are involved in preventing and managing substance abuse issues. It was recommended that to address substance abuse effectively, there should be an integrated collaboration among related organizations, law enforcement agencies, community leaders, spiritual leaders, and local cultural figures. Educational initiatives should focus on the consequences of substance abuse, prevention strategies, and available resources for treatment and rehabilitation. Addressing substance abuse-related crimes requires sharing information, joint operations, and community-led initiatives to reduce the demand and supply of addictive substances.

**Keywords:** community leaders; spiritual leaders; religious leaders; local culture; addictive substance problems; Nong Khai province

# The Effects of Cultivating Metta Bhavana with a Heartfelt Smile on Applying It to Reduce Suffering in Daily Life

Phra Chotik Abhijato<sup>1</sup>, Sureerat Ngamkiatphaisan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Gilanadhamma Volunteer Group*

<sup>2</sup>*Independent Researcher*

## Abstract

This descriptive research aimed to study the effects of cultivating mettā bhāvanā in the form of a “heartfelt smile” (smile from the heart) which can be applied to nurturing the quality of the mind in daily life. The study’s population includes individuals experiencing stress, suffering, and/or those interested in loving-kindness meditation. A purposive sampling recruited 122 participants who joined the “Meditation with a Noble Heart: Smiling from the Heart” session at the Health Promotion Learning Center, Thai Health Promotion Foundation. Each session was one day long, with 4 rounds of this session in total. The meditation practices included “heartfelt smile”, walking meditation, lying down meditation, and spreading loving-kindness (metta bhavana). Of the 122 participants, 72 (59.0%) of them also had opportunities for Q&A and experience sharing. Data were collected through application forms and post-activity surveys, and analyzed using frequency, percentage, mode, and Chi-square tests to compare results across rounds. The study found that most participants were working adults aged 40-59 years, with 92.6% reporting stress or distress. The most common issue was exhaustion from work, with each person reporting an average of two sources of distress. Of the 72 respondents who completed the survey, most reported that meditation practice is highly beneficial. Key takeaways included practicing “heartfelt smile”, self-reflection, better understanding of themselves and others, increased mindfulness and concentration, and a sense of relaxation. Over 75.0% of participants rated these positive results at the highest level, with no significant differences between rounds ( $p>0.05$ ). The most appreciated activity, rated highest, was lying down meditation (38.9%). Loving-kindness meditation (metta bhavana) is a tool for reducing stress and addressing emotional suffering, a major issue in today’s society. Continued practice of “heartfelt smile” meditation can foster long-term emotional resilience and well-being.

**Keywords:** loving-kindness meditation (Mettā Bhāvanā); heartfelt smile; suffering (Dukkha)

Received: 2024 Dec 29

Revised: 2025 Feb 10

Accepted: 2025 Feb 14

## Introduction

The “2024 Thai Health Report” on the “Silent Epidemic of Stress” in Thai society outlines the increasing detrimental effects of stress, which impact not only mental health but also physical well-being. Symptoms such as loss of appetite, overeating, indigestion, and insomnia often lead to chronic stress. As a result, chronic and persisting stress can induce behaviors like alcohol consumption, smoking, substance abuse, and even suicide. Stress also has significant social and economic implications, a reason behind the World Health Organization declaring stress a “Health Epidemic of the 21<sup>st</sup> Century”<sup>(1)</sup>

The report also notes an increase in depression and suicide rates. Between 2020 and 2021, the number of individuals with depression in Thailand rose from 335,537 to 358,267, with suicide rates increasing to 7.4 per 100,000 people, particularly in the 15-34 age group. Stress levels, according to the Mental Health Department, rose from 1.7% in 2020 to 3.6% in 2021, while rates of depression increased from 2.1% to 10.1%.<sup>(2)</sup>

For the working population, stress factors include economic hardship, societal pressures, and family problems. In Bangkok, occupational stress factors like burnout, high-stress jobs (e.g., military, police, healthcare professionals), and workplace pressure are major concerns. The elderly face different factors, such as health issues, financial instability, and strained family relationships.<sup>(1,3)</sup>

Stress management can be divided into two approaches: external management, which focuses on problem-solving (problem-focused coping), and internal management, which addresses

stress relief (emotion-focused coping), especially when the source of stress cannot be resolved.<sup>(1)</sup>

In practical application, there are 4 primary approaches to emotional management: (1) Behavioral Techniques: this encompasses engaging in regular physical exercise, ensuring sufficient sleep, maintaining a nutritious diet, and effectively managing one’s time. (2) Cognitive Techniques: this includes cultivating positive thinking, embracing imperfection, systematically learning problem-solving strategies, and practicing mindfulness. (3) Relaxation Techniques: methods such as deep breathing, meditation, listening to soothing music, taking warm baths, and enjoying massages can be employed. And (4) Seeking Assistance: it is beneficial to converse with trusted individuals and to seek counsel from medical practitioners or mental health professionals.

Mindfulness and meditation are esteemed tools for managing internal stress. However, practitioners often seek guidance on how to effectively implement these practices, the necessary duration of training, and practical applications in daily life.

Loving-kindness meditation (Metta Bhavana), which is one of the forty meditative practices, a form of Samatha Bhāvanā (Tranquility Meditation), is endowed with 11 significant benefits, including:<sup>(4)</sup>

1. Attaining peaceful sleep
2. Awakenings with joy
3. Being free from nightmares
4. Being cherished by all beings
5. Gaining the affection of non-human entities
6. Receiving protection from celestial beings
7. Being safeguarded from fire, poison, or weaponry
8. Achieving mental stability with rapidity

9. Exhibiting a radiant countenance
10. Retaining mindfulness even at the moment of death
11. If enlightenment is not yet realized, one will attain the Brahma realm.

The effects of loving-kindness meditation (Metta Bhavana), as studied by Phra Samu Manus Aggapañño in the case of the community of Wat Kok Sawang, That Phanom District, Nakhon Phanom, revealed that practitioners clearly experience a sense of joy or bliss. Their bodies feel light and comfortable, and their minds become calm and focused, free from distractions. This mental state comprises thoughts, contemplation, joy, happiness, and unification of mind.<sup>(5)</sup>

Phra Ajahn Chotik Abhijato of the Gilanadhamma volunteer group has introduced a meditation practice based on the Four Foundations of Mindfulness (Satipatthana), which he has studied, practiced, and researched.<sup>(6)</sup> He has developed a loving-kindness meditation in the form of heartfelt smile (smile from the heart) that integrates both tranquility meditation (Samathi) and insight meditation (Vipassana) in a format that is easy to practice, nurturing the qualities of practitioners to maintain mental well-being in facing stress, mental turmoil, and suffering. This approach includes the ability to establish a wholesome mind in every situation, particularly through the practice of lying meditation under the program titled “Meditation with a Noble Heart: Smiling from the Heart.”

The dissemination and training of this loving-kindness meditation, heartfelt smile, initially began as an online learning format in 2022 due to the COVID-19 situation, and later transitioned to in-person training sessions at the Buddhadasa Indapanno Archives in Bangkok at the end of 2023.

In 2024, the training expanded to the Health Promotion Foundation Learning Center.

This study aimed to highlight the positive results of training in the practice of mettā bhāvanā through the “heartfelt smile” in cultivating mental well-being and applying it to life in contemporary society.

## Method

### Study Design: Descriptive Study.

**Sample:** Purposive sampling was used, selecting participants from those who followed the “Happy Growth” Facebook page and expressed interest in loving-kindness meditation. A total of 122 participants attended the 4 sessions, lasting one day each, of the meditation program “Meditation of the Noble Heart: heartfelt smile”.

**Interventions:** The loving-kindness meditation training called “Smile from the Heart”. The meditation was guided by Venerable Phra Chotik Abhijato, who developed the “heartfelt smile” method of mettā bhāvanā and had extensive experience in healing those who suffer and caring for terminally ill patients. The conducted activities were structured into 4 parts:

#### Part 1:

- Participants were invited to engage in dialogue to foster rapport and share views on stress and suffering management.

- The importance and positive usefulness of loving-kindness meditation were discussed.

- The program emphasized the development of five qualities: mindfulness, awareness, loving-kindness, compassion, and courage, through the practice of “smiling from the heart”.

#### Part 2:

- The five qualities were cultivated through

walking meditation, with participants practicing relaxed and mindful walking while smiling.

- When a bell rang, participants were instructed to stop and smile, acknowledging both external stimuli and internal thoughts with a wider smile to strengthen mindfulness, loving-kindness, and compassion.

### Part 3:

The third stage, following walking meditation, involved slowly transitioning from walking to lying down in a relaxed posture. The participants were guided step by step by the Venerable Master, starting with gentle, relaxed breathing.<sup>(7)</sup>

**Step 1:** Direct awareness to different parts of body, while gently smiling from the heart while acknowledging each area:

- Ankle, knee, waist, shoulder, neck, ear – right side
- Center of the head
- Ear, neck, shoulder, waist, knee, ankle – left side

**Step 2:** Take time to “thank” five parts of the body. Spend five minutes offering gratitude from the heart.

**Step 3:** Reflect on thoughts and feelings, both wholesome and unwholesome, that had arisen in the past. Offered special gratitude for these experiences.

**Step 4:** Reflect on roles and responsibilities toward family, organization, society, country, and the world, and the opportunities to extend kindness to loved ones and strangers alike. Offered special gratitude for these opportunities.

**Step 5:** Contemplate body and mental state. Examine whether there were any past events, actions, or people that, when recalled, bring suffering or disturbance (such as sadness, anger, or resentment). Stayed with those emotions, holding

them with the power of loving-kindness (metta bhavana), compassion, and courage from the heart. Smiled from the heart toward these troubling feelings while breathing calmly.<sup>(8)</sup>

Sat up and spread loving-kindness dedicating the merits and the energy of loving-kindness and compassion to oneself and others with the following phrases:<sup>(9)</sup>

- May I be strong, joyful, and happy (repeat 3 times)
- May my family be strong, joyful, and happy (repeat 3 times)
- May all beings be strong, joyful, and happy (repeat 3 times)

### Part 4:

- Participants engaged in a reflective group discussion, sharing their experiences from the meditation practice.

### Data Collection Tools:

- Two Google Forms were used to collect data. First, an application form was used to gather information about key information of participants such as name, age, and current pain points or challenges.

Finally, a post-activity survey conducted after the program, gathers feedback on the achievement of the training objectives and overall satisfaction with the activity (instructors, team, and venue). Ratings were measured on a scale from 1 (least) to 5 (most). Participants also identified the most impactful activity.

### Data Analysis:

- Descriptive statistics, including frequency, percentage, and mode, were used to analyze the data
- Chi-square analysis was used to compare the differences in the demographic data of the participants in the activity.

## Results

Of the 122 participants who registered for the four sessions, participants spanned all age groups, with the majority being working adults between the ages of 50-59 (36.89%), followed by those aged 40-49 (29.51%), as shown in Table 1.

Life Distress: 92.6% of participants (113 individuals) reported experiencing distress in life. The most common issue was burnout from work (38.5%), followed by a lack of life purpose (33.6%), as detailed in Table 2.

The average number of distress issues per participant was 2, with the maximum being 7. No significant differences were found between the distress profiles of participants in different sessions ( $p>0.05$ ), as shown in Table 3.

Post-Session Evaluation: of the 88 participants who attended the activities in the 4 sessions, 72 completed the post-session evaluation (81.8%). More than 75% of respondents reported the highest level of positive result (“most”) in all areas, with 90.3% reporting feeling relaxed and 84.7% stating they were likely to apply the skills learned in their daily lives. These results are shown in Table 4.

**Table 1 Age distribution of participants**

Age	Number	Percentage
20-29 years	7	5.74
30-39 years	15	12.30
40-49 years	36	29.51
50-59 years	45	36.89
60+ years	19	15.57
Total	122	100.0

**Table 2 Sex distribution of participants and types of distress participants experienced**

Age	Number	Percentage
Male	25	20.49
Female	97	79.51
Total	122	100.00
Type of Distress	Number	Percentage
Lack of life purpose	41	33.6
Difficulty concentrating at work	36	29.5
Grieving a loss	16	13.1
Burnout from work	47	38.5
Relationship difficulties	26	21.3
Insomnia	31	25.4
Teamwork challenges	15	12.3
Depression or risk of depression	19	15.6
Others	21	17.21

**Table 3** Number of distress issues per participant

Session	Number of distress issues per participant							
	None	1 issue	2 issue	3 issue	4 issue	5 issue	6 issue	7 issue
1	1	17	14	7	1	5	0	1
2	0	16	8	3	2	1	1	0
3	0	7	6	3	1	0	0	0
4	0	10	8	9	0	1	0	0
Total	1	50	36	22	4	7	1	1
min = 0, max = 7, mean = 2.1, mode = 1, median = 2 p>0.05 (Chi-square)								

**Table 4** Perceived positive results (in high level) of participation

Positive results	Perceived results (in high level)	
	Number	Percentage
1. Learning self-care and reflection through “Smiling from the Heart”	58	80.6
2. Gaining personal insight and understanding of self, others, and life	54	75.0
3. Improving mindfulness and concentration	58	80.6
4. Feeling relaxed and positive	65	90.3
5. Likely to apply the practice in daily life	61	84.7

Session Feedback: majority of participants (94.44%) reported the highest satisfaction (score of 5) with the activities’ facilitators, with no significant differences across sessions ( $p>0.05$ ). The most appreciated activity was the “lying meditation for cultivating emotional resilience,” favored by 38.9% of participants, as shown in Table 5. The average satisfaction score was 95.56%.

## Discussion

This study highlights the increasing severity of stress-related issues, particularly among working adults, who often struggle to find time for rest and mental self-care, including practices like meditation. In this context, the involvement of monks in providing guidance and training in fundamental qualities for coping with the

**Table 5 Most appreciated activities’elements**

Most appreciated Activity element	Number (Participants)	Percentage
Introduction on “Smiling from the Heart” and cultivating compassion	12	16.7
Walking meditation for developing mindfulness, compassion, and courage	11	15.3
Lying meditation for emotional care	28	38.9
Group discussion and experience sharing	9	12.5
All activities	11	15.3
No response	1	1.4

challenges of modern life - whether from societal pressures, family responsibilities, or work demands - proves to be highly valuable.

For the study on the effects of mettā bhāvanā in Thailand, there has only been research in the form of qualitative studies conducted on a sample group practicing residential meditation at a monastery. The participants practiced mindfulness meditation (satipaṭṭhāna), which was extended to mettābhāvaāā, and the results were reported through interviews with insight meditation (vipassanā) practitioners, showing positive outcomes.<sup>(5)</sup>

The findings reflect the mental health challenges faced by working adults, who are in search of practical methods to maintain their emotional well-being in daily life. The “Smiling from the Heart” meditation practice, which focuses on cultivating loving-kindness (metta bhavana), emerges as an accessible and effective tool for enhancing mental health. Participants in the study reported that the practice helped them gain a

deeper understanding of life, cultivate mindfulness and concentration, experience relaxation, and foster positive energy. These benefits, in turn, empowered them to apply the practice in their daily lives, which is central to integrating Buddhist principles into living in the modern world.

The core of stress management lies in caring for one’s emotional health by accepting life’s realities, whether they bring joy or suffering, without resistance. However, the cultivation of mindfulness, awareness, compassion, and courage requires continuous practice to sustain mental resilience<sup>(5)</sup> over time.

While this study demonstrates that “Smiling from the Heart” meditation can serve as an effective foundation to emotional self-care, future research could delve deeper into how individual factors, such as age or specific types of distress, influence learning and engagement in the different meditation sessions. This could further enhance the design of activities that better meet the needs of participants. Should there be opportunities for

future research, refining data collection methods will be an area of focus.

In the future, the outcomes of the mettā bhāvanā course will be monitored, focusing on the continued practice of the students, in order to develop a tool for maintaining mental well-being, enabling individuals to face the suffering that arises in daily life on their own.<sup>(10)</sup>

#### Study Limitations:

- The data collection for participant applications and post-activity evaluations was conducted separately, making it impossible to link individual data between the two phases.

## Acknowledgements

We would like to express our gratitude to the Thai Health Promotion Foundation for their support and for providing the facilities at the Health Learning Center. Special thanks to the Office for Media and Intellectual Wellness Promotion (Office 11) for their coordination efforts, and to the “Happy Growth Project” for their help in organizing the event, managing participant registrations, preparing the venue, and support provided to the participants throughout the program.

## References

1. Population and Social Research Institute, Mahidol University, Thailand Health Promotion Fund. Thai Health 2024: stress, the silent threat to Thai society. Bangkok: Amarin Corporation; 2024.
2. Maticchon Online. The Department of Mental Health is concerned about Thai people consuming news, leading to stress increasing 2.1 times. It suggests managing time for receiving information [Internet]. 2022 [cited 2024 Sep 20]. Available from: [https://www.maticchon.co.th/local/quality-life/news\\_3213162](https://www.maticchon.co.th/local/quality-life/news_3213162)
3. Population and Social Research Institute, Mahidol University. Summary report on strengthening the system and services for psychological and socio-emotional support for children and adolescents in East Asia and the Pacific: Thailand report. Bangkok: UNICEF; 2022.
4. Mahachulalongkornrajavidyalaya University. Tipitaka Volume 24, Page 425, Suttanta Pitaka Volume 16 [Mahachulalongkorn Edition], Anguttara Nikaya, Dasaka-Ekadasaka Nipata [Internet]. [cited 2024 Sep 20]. Available from: [https://84000.org/tipitaka/read/m\\_siri.php?B=24&siri=211](https://84000.org/tipitaka/read/m_siri.php?B=24&siri=211)
5. Phra Samuh Manat Aggapanayo (Wongsakha), Uthai Satiman. The practice of loving-kindness meditation by practitioners: a case study of Wat Khok Sawang Community, That Phanom District, Nakhon Phanom Province. MCU Journal of Pali Studies and Buddhaghosa Review 2023;9(1):71-2.
6. Phra Chotik Abhijato (Sukwongkot). The four foundations of mindfulness for the quality of life and facing death peacefully [Thesis for Master of Arts]. Phra Nakhon Si Ayutthaya: Mahachulalongkornrajavidyalaya University; 2015. 151 p.
7. Phra Chotik Abhijato. Guided voice for reclining meditation [Internet]. 2022 [cited 2024 Sep 20]. Available from: <https://youtu.be/UcHbIO59LwI>
8. Phra Chotik Abhijato. Guided voice for reclining meditation [Internet]. [cited 2024 Sep 20]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=qUhohiAx3zA>
9. Phra Chotik Abhijato. Guided voice for reclining meditation [Internet]. [cited 2024 Sep 20]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=qM7vDN-UB9o>
10. Phra Chotik Abhijato. Meditation of the noble heart [Internet]. [cited 2024 Sep 20]. Available from: <https://www.facebook.com/profile.php?id=61558021596452>

## ผลของการเจริญเมตตาภาวนาคด้วยการยิ้มจากหัวใจที่มีต่อการนำไปปรับใช้ เพื่อลดความทุกข์ในชีวิตประจำวัน

พระโชคติก อภิชาติ<sup>1</sup>, สุรรัตน์ นามเกียรติไพศาล<sup>2</sup>

<sup>1</sup>กลุ่มอาสาสมัครธรรม

<sup>2</sup>นักวิจัยอิสระ

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเจริญเมตตาภาวนา รูปแบบยิ้มจากหัวใจ ที่สามารถประยุกต์ใช้เพื่อการดูแลคุณภาพใจในชีวิตประจำวันได้ ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ที่มีความเครียดหรือทุกข์ และ/หรือผู้ที่สนใจการเจริญเมตตาภาวนาทัวไป โดยสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เป็นผู้สมัครเข้าร่วมกิจกรรมภาวนาด้วยหัวใจอันประเสริฐยิ้มจากหัวใจ ที่ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ สสส. 122 คน และตอบแบบสำรวจ จำนวน 72 คน โดยกิจกรรมจัด 4 รอบ รอบละ 1 วัน การฝึกเมตตาภาวนา ประกอบด้วย การฝึกยิ้มจากหัวใจ การเดินภาวนา การนอนภาวนา และการแผ่เมตตา นอกจากนี้ ได้มีช่วงเวลาสำหรับการซักถามและแบ่งปันประสบการณ์ เก็บข้อมูลจากการกรอกใบสมัคร และการตอบแบบสำรวจหลังจบกิจกรรม วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ฐานนิยม และวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างรอบกิจกรรมด้วย Chi-square ผลการศึกษา ตัวอย่างจำนวน 122 คน ส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน อายุช่วง 40-59 ปี มีความทุกข์ในการใช้ชีวิต ร้อยละ 92.6 ความทุกข์ส่วนใหญ่คือ หดพลังจากการทำงาน มีความทุกข์เฉลี่ย 2 เรื่องต่อคน ตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมและตอบแบบสำรวจจำนวน 72 คน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ของการฝึกเมตตาภาวนายิ้มจากหัวใจนี้ คือ ได้ฝึกการยิ้มจากหัวใจ มีประสบการณ์ทบทวนตนเอง เข้าใจตนเองและผู้อื่น ได้ฝึกสติและสมาธิ ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย และมีแนวโน้มนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งประโยชน์ทุกข้อมีคะแนนในระดับมากที่สุด เกินร้อยละ 75.0 และไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแต่ละรอบกิจกรรม ( $p > 0.05$ ) กิจกรรมย่อยที่ประทับใจที่สุดที่มีคะแนนระดับมากที่สุด คือ ช่วงการฝึกนอนภาวนา (ร้อยละ 38.9) เครื่องมือการดูแลคุณภาพใจเป็นวิธีการลดความเครียด และความทุกข์ที่เป็นปัญหาสำคัญในปัจจุบัน การเจริญเมตตาภาวนา ยิ้มจากหัวใจนี้ หากมีการฝึกฝนและบ่มเพาะต่อเนื่อง ก็จะสามารถดูแลคุณภาพใจได้อย่างมั่นคง

**คำสำคัญ:** เมตตาภาวนา; ยิ้มจากหัวใจ; ความทุกข์

# บุหรี่ไฟฟ้า: การแทรกแซงนโยบายและมาตรการที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย

วศิน พิพัฒน์ฉัตร, ภัศรา จงขจรพงษ์, สุวรรณมา เรืองกาญจนเศรษฐ์, วิชัช เกษมทรัพย์

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

## บทคัดย่อ

ประเทศไทยกำลังเผชิญหน้ากับวิกฤตบุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชน บุหรี่ไฟฟ้ามีนิโคตินซึ่งเป็นสารเสพติดที่มีฤทธิ์เสพติดสูงสุด และนิโคตินมีผลต่อสุขภาพร่างกายทุกระบบทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ แตกต่างกันในเด็กนิโคตินมีผลกระทบต่อการพัฒนาของสมองของเด็กตั้งแต่ในครรภ์จนถึงอายุ 25 ปี ซ้ำเติมด้วยการตลาดล่าเหยื่อเป็น toy pod มุ่งเป้าในระดับเด็กเล็กถึงระดับประถมศึกษาปีที่ 1 การแทรกแซงนโยบายของอุตสาหกรรมยาสูบทำให้เกิดวิกฤตการระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าในเด็กเล็กถึงเยาวชนอย่างที่ไม่เคยปรากฏในต่างประเทศ นโยบายเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยคือแนวทางที่ 1 ของคณะกรรมการการวิสามัญพิจารณาศึกษากฎหมายและมาตรการควบคุมกำกับบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย คือ การคงกฎหมาย ห้ามนำเข้า ห้ามจำหน่ายและให้บริการบุหรี่ไฟฟ้าแบบเด็ดขาด ร่วมกับการบังคับใช้กฎหมายภายในประเทศให้มีประสิทธิภาพ โดยพิจารณาสุขภาพของเด็กและเยาวชนอนาคตของชาติเป็นลำดับที่สำคัญที่สุด ซึ่งกฎหมายและกฎที่ใช้ปราบปรามบุหรี่ไฟฟ้าที่มีผลใช้บังคับอยู่ในปัจจุบัน มีความเหมาะสมอยู่แล้วสอดคล้องกับบริบทของประเทศไทยและของโลกที่มีการเพิ่มจำนวนประเทศที่ห้ามบุหรี่ไฟฟ้าอย่างรวดเร็ว อีกทั้งเป็นการตอบสนองต่อนโยบายของรัฐบาลในการปราบปรามยาเสพติด ซึ่งบุหรี่ไฟฟ้าเป็นประตูนำไปสู่การใช้สารเสพติดอื่นๆ ที่สำคัญจะสามารถป้องกันการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าเพื่อไม่ให้เข้าสู่การเสพติดนิโคติน โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน ซึ่งต้องได้รับการปกป้องตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 รวมทั้งจากการทบทวนประสบการณ์ของต่างประเทศพบว่า ประเทศที่มีการห้ามแบบเด็ดขาดจะมีอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนต่ำกว่าประเทศที่ไม่ห้าม ส่วนประเทศที่เคยห้ามขายและเคยควบคุมได้ เมื่อเปลี่ยนเป็นอนุญาตให้ขายได้ กลับมีการระบาดเพิ่ม 2-5 เท่า ในเวลา 3 ปี ยิ่งกว่านั้นประเทศที่อนุญาตให้ขายได้ถูกกฎหมาย แต่ห้ามขายในเยาวชนอายุ 18-21 ปี ล้วนแล้วแต่ไม่สามารถควบคุมการเข้าถึงของเยาวชนได้เกิดการระบาดของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนอย่างมาก ซึ่งข้อเสนอแนะนี้จะต้องหนุนเสริมด้วย (1) การเพิ่มกลไกของทุกหน่วยงานในการบังคับใช้กฎหมายให้เข้มงวดเต็มประสิทธิภาพ (2) ต้องเร่งสร้างความตระหนักเกี่ยวกับโทษพิษภัยอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้า ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง ด้วยนวัตกรรมการเรียนรู้สำหรับคนรุ่นใหม่ในยุคดิจิทัล และ (3) ที่สำคัญที่สุด คือ ต้องปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก มาตรา 5.3 เพื่อป้องกันการแทรกแซงนโยบายการควบคุมยาสูบจากภาคอุตสาหกรรมด้วย

คำสำคัญ: คณะกรรมการการวิสามัญ; รัฐสภาไทย; บุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชน; การแทรกแซงนโยบายด้านการควบคุมยาสูบ

วันรับ: 18 ธ.ค. 2567

วันแก้ไข: 28 ม.ค. 2568

วันตอบรับ: 2 ก.พ. 2568

## บทนำ

ประเทศไทยมีนโยบายห้ามนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้ามาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551<sup>(1)</sup> จากการที่ นพ.หทัย ชิตานนท์ ประธานสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติได้ทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อ รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขในสมัยนั้นคือ นายไชยา สะสมทรัพย์ โดยกระทรวงสาธารณสุขมีจุดยืนในเรื่องการห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า<sup>(2)</sup> และเสนอแนะต่อกระทรวงพาณิชย์ นำมาสู่ประกาศกระทรวงพาณิชย์ เรื่อง กำหนดให้บารากู และบารากูไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสินค้าที่ต้องห้ามในการนำเข้ามาในราชอาณาจักร พ.ศ. 2557 และคำสั่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคที่ 9/2558 เรื่องห้ามนำเข้า ห้ามขาย ห้ามบริการซึ่งได้มีการออกกฎฉบับใหม่คือ คำสั่งคณะกรรมการว่าด้วยความปลอดภัยของสินค้าและบริการ ที่ 24/2567 เรื่องห้ามผลิตเพื่อขาย ห้ามขายหรือให้บริการสินค้า บารากู บารากูไฟฟ้า หรือบุหรี่ไฟฟ้า หรือตัวยาบารากู น้ำยาสำหรับเติมบารากูไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งจากบทนิยามคำว่า บุหรี่ไฟฟ้าของทั้ง 2 ฉบับนี้ จะหมายรวมถึงผลิตภัณฑ์ทั้ง 2 ประเภท คือ บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ (electronic cigarette) และ ผลิตภัณฑ์ยาสูบแบบให้ความร้อน (heated tobacco product; HTP) นอกจากนี้ยังมีกฎหมายอีก 2 ฉบับที่เข้ามาควบคุมการครอบครองบุหรี่ไฟฟ้าตามพระราชบัญญัติ-ศุลกากร พ.ศ. 2560 และการควบคุมการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ คือ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560

ในช่วงปี พ.ศ. 2561 เริ่มมีการแทรกแซงนโยบายการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าของประเทศไทย โดยกลุ่มที่สนับสนุนการใช้บุหรี่ไฟฟ้าที่มีชื่อกลุ่มว่า “กลุ่มลาซาดาควันยาสูบ” หรือ “เครือข่ายผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้า (ECST)” ซึ่งมีความสัมพันธ์กับบริษัทบุหรี่ยักษ์ใหญ่<sup>(3)</sup> ได้เข้ามามีบทบาทในการเข้าถึงอดีต-รัฐมนตรีว่าการกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม<sup>(4)</sup> และรัฐสภาของประเทศไทย โดยเป็นที่ปรึกษาและคณะกรรมการในหลายชุด เช่น ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาเรื่องยาสูบและบุหรี่ไฟฟ้าในเชิงพาณิชย์ในคณะกรรมการการพาณิชย์และทรัพย์สินทางปัญญา<sup>(5)</sup> และปัจจุบันเข้ามาเป็นคณะกรรมการวิสามัญพิจารณาศึกษากฎหมายและมาตรการควบคุมกำกับบุหรี่ไฟฟ้า

ในประเทศไทย<sup>(6)</sup> ซึ่งคณะกรรมการการชดเชยนี้ ได้มีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการพิจารณามาตรการด้านกฎหมายเพื่อควบคุมกำกับการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทยขึ้นมาด้วย และได้มีการเสนอผลการศึกษาต่อกรรมการชดเชยใหญ่ใน 3 แนวทาง<sup>(7)</sup> คือ

**แนวทางที่ 1** กำหนดให้การใช้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นสิ่งผิดกฎหมายอย่างจริงจัง ซึ่งแบ่งเป็น 2 ทางเลือก คือ (1) แก้กฏหมายที่บังคับใช้อยู่ในปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นประกาศกระทรวงพาณิชย์ คำสั่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อให้มีความชัดเจนและครอบคลุมถึงการครอบครองและผลิต เพื่อให้มีผลบังคับใช้อย่างจริงจัง และ (2) จัดให้มีกฎหมายใหม่ในระดับพระราชบัญญัติ เพื่อกำหนดให้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นสิ่งผิดกฎหมายแบบเบ็ดเสร็จ โดยรวมหลักการมาตรการทุกมิติไว้ในกฎหมาย การห้าม ห้ามการผลิตห้ามนำเข้า การจำหน่าย ห้ามโฆษณาการสื่อสารต่างๆ รวมถึงการห้ามการสูบบุหรี่

**แนวทางที่ 2** กำหนดให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแบบให้ความร้อน (HTPs) หรือ heat not burn เป็นสิ่งที่ถูกควบคุมตามกฎหมาย โดยเสนอให้มีการแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องผลิตภัณฑ์ยาสูบแบบให้ความร้อนเป็นสิ่งที่ถูกควบคุมตามกฎหมาย แก้ประกาศกระทรวงพาณิชย์ แก้คำสั่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค รวมถึงต้องบัญญัติกฎหมายเพิ่มเติมเพื่อควบคุมยาสูบแบบให้ความร้อนให้เป็นยาสูบตามกฎหมายว่าด้วยภาษีสรรพสามิตที่ต้องมีมติของการควบคุม การเข้าถึง การโฆษณา การสื่อสาร ตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ เป็นต้น

**แนวทางที่ 3** ผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าและผลิตภัณฑ์ยาสูบแบบให้ความร้อนทั้งสองอย่างเป็นสิ่งที่ถูกควบคุมตามกฎหมาย ในบทความนี้จะได้มีการวิเคราะห์และอภิปรายผลดีผลเสียของ 3 แนวทางนี้ต่อประเทศไทย เพื่อเป็นข้อมูลเชิงวิชาการแก่ประชาชนและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อรัฐบาลที่จะตัดสินใจในเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าของประเทศไทยต่อไป

## ประเทศไทยกับปัญหาการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า

ประเทศไทยเป็นรัฐภาคีของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO Framework

Convention on Tobacco Control; FCTC) ซึ่งมีพันธกรณีต้องปฏิบัติการให้กฎหมายหรือนโยบาย ตลอดจนมาตรการต่างๆ ภายในประเทศให้สอดคล้องกับกรอบอนุสัญญา ซึ่งจะมีแนวทางปฏิบัติงานตามมาตรา 5.3 ว่าด้วยการปกป้องนโยบายควบคุมยาสูบจากอุตสาหกรรมยาสูบที่เป็นมาตรการสำคัญที่ภาคสุขภาพพยายามผลักดันให้เกิดการปฏิบัติจริงภายในประเทศ ซึ่งแม้บุหรี่ไฟฟ้าจะไม่ได้มีการให้ความหมายไว้ในกรอบอนุสัญญา ที่พัฒนาในช่วงปี พ.ศ. 2546-2552<sup>(8)</sup> สถานการณ์เรื่องบุหรี่ไฟฟ้า ขณะนั้นยังไม่มีแพร่ระบาดทั่วโลก แต่ในการประชุมของรัฐบาลของกรอบอนุสัญญา ครั้งที่ 7 (Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control; COP 7) ในปี พ.ศ. 2559 ที่ประเทศอินเดียได้มีการเสนอว่า “บุหรี่ไฟฟ้า” จัดเป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทหนึ่งด้วย โดยจะเรียกว่าผลิตภัณฑ์เหล่านี้ว่า electronic nicotine delivery systems (ENDS) และ electronic non-nicotine delivery system (ENNDS) และได้มีข้อเสนอว่า (1) รัฐบาลที่ไม่ได้ห้ามการนำเข้า การจำหน่าย และการจำหน่าย ENDS/ENNDS อาจพิจารณาทางเลือกโดยการห้ามการขายและการจำหน่าย ENDS/ENNDS ให้กับผู้เยาว์ ห้ามผู้เยาว์ครอบครอง ENDS/ENNDS ห้ามหรือจำกัดการโฆษณา ส่งเสริมการขาย โปรโมชัน และการสนับสนุน ENDS/ENNDS โดยใช้มาตรการเก็บภาษี ENDS/ENNDS ในระดับที่ทำให้ผู้เยาว์ไม่สามารถซื้ออุปกรณ์และน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้าได้ (2) ไม่ได้มีการรับรองว่า ENDS/ENNDS ใช้ในการเลิกบุหรี่ธรรมดาได้<sup>(9)</sup> รวมทั้งอาจนำมาซึ่งการเข้าถึงอุปกรณ์เหล่านี้โดยเด็กและเยาวชน ในการประชุม COP9 ที่เมืองเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ระหว่างวันที่ 8-13 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 มีการรายงานถึงมีปัญหาเรื่อง การแทรกแซงจากองค์กรบังหน้า ที่สนับสนุนบุหรี่ไฟฟ้ามี่ “องค์กรผู้บริโภคปลอม” (Fake Consumer Organizations) กำลังส่งเสริมบุหรี่ไฟฟ้า โดยอ้างว่า เป็นการปกป้องเสรีภาพส่วนบุคคล ได้แก่ องค์กรพันธมิตร Atlas Network จำนวน 17 แห่ง องค์กร World Vapers’ Alliance และองค์กร “รากหญ้า” อื่นๆ ที่อ้างว่าเป็นแนวหน้าของอิทธิพลจากกลุ่มผลประโยชน์ของบริษัทขนาดใหญ่ รวมถึงบริษัทบุหรี่รายใหญ่ที่มีส่วนร่วมในการต่อต้านกฎระเบียบเรื่องบุหรี่-

ไฟฟ้าหรือโฆษณาชวนเชื่อเพื่อ “การลดอันตรายจากยาสูบ” (tobacco harm reduction) และการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งพบว่าเกือบทั้งหมดได้รับเงินจากอุตสาหกรรมยาสูบ 12 แห่ง ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา<sup>(10)</sup> สอดคล้องกับคำขวัญวันงดสูบบุหรี่โลก ที่ระบุว่า “จับตาเฝ้าระวังยับยั้งอุตสาหกรรมยาสูบ (tobacco industry interference)” ในปี พ.ศ. 2555 และ “บุหรี่ไฟฟ้าหยุดโกหกได้แล้ว (stop the lies)” ในปี พ.ศ. 2567 ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้รวบรวมวิธีการแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบไว้ 6 ลักษณะ<sup>(11)</sup> บางวิธีของการแทรกแซงค่อนข้างชัดและโดดเด่นมากในประเทศไทย ซึ่งประเด็นปัญหาใหญ่เรื่องบุหรี่ไฟฟ้าของประเทศไทย คือ ปัญหาการแทรกแซงนโยบายการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มผู้สนับสนุนบุหรี่ไฟฟ้า ประกอบด้วย

1. การแทรกแซงนักการเมืองและกระบวนการเสนอกฎหมาย (maneuvering to hijack the political and legislative process) ซึ่งเป็นประเด็นที่ประเทศไทยกำลังถูกคุกคามในขณะนี้ ไม่ว่าจะเป็นการเข้าถึงอดีตรัฐมนตรีกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม พรรคการเมือง ตลอดจนการแทรกแซงผ่านกลไกรัฐสภาในรูปแบบของการดำเนินการของคณะกรรมการหรืออนุกรรมการ
2. การอวดอ้างถึงความสำคัญทางเศรษฐกิจที่ไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง (exaggerating the economic importance of the industry)
3. การสร้างภาพลักษณ์ที่น่าเคารพ นำเชื่อถือต่อสาธารณชน (manipulating public opinion to gain the appearance of respectability) อุตสาหกรรมยาสูบได้พัฒนากลยุทธ์ต่างๆ เพื่อจัดการกับความคิดเห็นของสาธารณชน ด้วยการลงทุนในโครงการเยาวชนหรือกิจกรรมทางสังคมที่ไม่เกี่ยวข้องกับธุรกิจ เช่น การบรรเทาภัยพิบัติ และกลุ่มอนุรักษ์ธรรมชาติ บริษัทยาสูบเปลี่ยนจุดสนใจจากผลิตภัณฑ์ที่เป็นอันตราย เพื่อให้ได้มาซึ่งได้ความเคารพจากสังคม
4. การสนับสนุนกลุ่มองค์กรบังหน้า (fabricating support through front groups) ในประเทศไทย องค์กรที่โดดเด่นในการพยายามทำให้บุหรี่ไฟฟ้าถูกกฎหมาย คือ กลุ่มลาชาดควินยาสูบ หรือเครือข่ายผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้า (ECST) ซึ่งมีความสัมพันธ์ที่ยึดโยงกับบริษัทบุหรี่ข้ามชาติที่ให้ทุนสนับสนุนก่อตั้งมูลนิธิเพื่อโลกปลอดควินยาสูบ (Foundation

for a Smoke-Free World; FSFW) เป็นเงินถึงปีละ 80 ล้านดอลลาร์ต่อเนื่อง 12 ปี เพื่อสนับสนุนการใช้บุหรี่ไฟฟ้า และสนับสนุนเครือข่ายต่างๆ ทั่วโลกให้ริเริ่มตั้งลัทธิกฎหมาย ห้ามขายบุหรี่ไฟฟ้า และทำให้การควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าอ่อนแอลง ซึ่งทำสำเร็จมาแล้วในหลายประเทศ เช่น ฟิลิปปินส์ ที่บริษัท บุหรี่รีวี่งเต็นจันมีการออกกฎหมายสนับสนุนบุหรี่ไฟฟ้า กำหนดอัตราภาษีบุหรี่ไฟฟ้าต่ำกว่าบุหรี่มวน ลดอายุผู้สูบบุหรี่จาก 21 เหลือ 18 ปี และยังเปลี่ยนหน่วยงานที่ควบคุมกำกับ บุหรี่ไฟฟ้าจากกระทรวงสาธารณสุขไปเป็นกระทรวงด้านการค้า ซึ่งพบว่าเครือข่ายบุหรี่ไฟฟ้าที่ริเริ่มในฟิลิปปินส์เป็นเครือข่ายเดียวกับ “กลุ่มลาชาตควันยาสูบ” ที่กำลังพยายาม แทรกแซงให้มีการนำเข้านบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย<sup>(12)</sup>

5. การโจมตีผลการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ (discrediting proven science) การสร้างเหตุแห่งความสงสัยเกี่ยวกับหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับอันตรายที่เกิดจากยาสูบ และควันบุหรี่มือสอง เป็นกลยุทธ์ที่ได้รับความนิยมจากอุตสาหกรรมยาสูบ เพื่อลดความเข้มงวดในการออกกฎหมายควบคุมยาสูบ อุตสาหกรรมได้จุดประกายความขัดแย้ง เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจและสร้างความสับสนให้กับประชาชนและรัฐบาล อย่างเช่น กรณีฝ่ายที่สนับสนุน บุหรี่ไฟฟ้ามีการเรียกร้องให้รัฐบาลพิจารณาข้อมูลทาง วิชาการเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าเพื่อปรับแผนการควบคุม การบริโภคยาสูบของไทย โดยอ้างอิงงานวิจัยจากวารสาร R Street Policy Study ที่ได้เปรียบเทียบกับนโยบาย ควบคุมยาสูบของไทยกับสหราชอาณาจักร และชี้ว่าสังคม ให้ปลดล็อกบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย ซึ่งสถาบัน R Street Policy Study นี้มีความสัมพันธ์กับธุรกิจยาสูบมายาวนาน เป็นสถาบันที่แยกตัวมาจากสถาบัน Heartland มีประวัติ การได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทบุหรี่<sup>(13)</sup> และบทความนี้เป็นเพียงความคิดเห็นส่วนตัว ไม่ได้เป็นวารสารทางวิชาการ ที่มีระบบการตรวจสอบ และทบทวนโดยผู้เชี่ยวชาญนอก (peer-review) แต่อย่างใด

6. การข่มขู่ว่าจะฟ้องร้องรัฐบาลหรือเจ้าหน้าที่ ในหน่วยงานของรัฐ (intimidating governments with litigation or the threat of litigation) โดยมีข้อเท็จจริงว่า กลุ่มผู้สนับสนุนบุหรี่ไฟฟ้ามักมีการร้องเรียนเรื่องนโยบาย การควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าของประเทศไทยผ่านกลไกของ สำนักงานผู้ตรวจการแผ่นดิน เริ่มต้นในปี พ.ศ. 2561

กลุ่มลาชาตควันยาสูบได้มีการยื่นหนังสือต่อผู้อำนวยการ สำนักงานกฎหมายและคดี สำนักงานผู้ตรวจการแผ่นดิน เพื่อขอให้ตรวจสอบการห้ามบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งมีการอ้างว่าเป็น การละเมิดสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ที่อันตรายน้อยกว่า และละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ในการนำข้อมูลวิทยาศาสตร์ ใหม่ ๆ มาช่วยเหลือประชาชน<sup>(14)</sup> ซึ่งในที่สุด ปี พ.ศ. 2566 ทางสำนักงานผู้ตรวจการแผ่นดินก็ได้จำหน่ายเรื่องร้องเรียน ประเด็นบุหรี่ไฟฟ้าออกจากสำนวน หลังได้รับเอกสารข้อมูล ทางวิชาการเชิงประจักษ์จากคณะกรรมการวิชาการที่เป็นกลาง

## วิเคราะห์

ข้อเสนอแนะแนวทางการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าของ กรมการแพทย์ (กมธ.) วิสามัญพิจารณาศึกษากฎหมาย และมาตรการควบคุมกำกับบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย ใน 3 แนวทาง กมธ. นี้มีกลุ่มผู้สนับสนุนบุหรี่ไฟฟ้าร่วมด้วย ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ขัดต่อแนวทางปฏิบัติงานว่าด้วยการ ควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลกในมาตรา 5.3 ดังกล่าว ข้างต้น ดังนั้น ในแต่ละแนวทางที่ กมธ. เสนอนี้จึงจำเป็นต้องวิเคราะห์ด้วยข้อมูลวิชาการเชิงประจักษ์เพื่อให้เห็นถึง แนวทางที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย เพื่อประโยชน์สูงสุด ในการปกป้องเด็กและเยาวชนตลอดจนประชาชนไทย ดังนี้

### แนวทางที่ 1 การกำหนดให้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นสิ่งผิดกฎหมาย (ห้ามบุหรี่ไฟฟ้าแบบเด็ดขาด)

ข้อดีของการใช้แนวทางนี้สำหรับประเทศไทย คือ

1. บุหรี่ไฟฟ้ามีนิโคตินซึ่งเป็นสารเสพติดที่มีฤทธิ์ เสพติดสูงสุด และนำไปสู่การเสพติดอื่นๆ นิโคตินมีผลต่อ สุขภาพร่างกายทุกระบบทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ แตกต่างกับ ที่ในเด็กนิโคตินมีผลกระทบต่อพัฒนาการของสมองของ เด็กตั้งแต่ในครรภ์จนถึงอายุ 25 ปี<sup>(15)</sup> ซ้ำเติมด้วยการตลาด ล่าเหยื่อเป็น toy pod มุ่งเป้าในระดับเด็กเล็กถึงระดับชั้น ป.1 ทำให้เกิดการระบาดในเด็กเล็กอย่างไม่เคยปรากฏ ในต่างประเทศ การห้ามแบบเด็ดขาดจึงเป็นการปกป้อง เด็กและเยาวชนให้เติบโตเป็นอนาคตของชาติอย่างเต็ม ศักยภาพ

2. กฎหมายปราบปรามบุหรี่ไฟฟ้าที่มีผลใช้บังคับ อยู่ในปัจจุบันทั้ง 3 ฉบับ เป็นกฎหมายที่เหมาะสมกับบริบท ของประเทศไทย และของโลกที่มีการเพิ่มจำนวนประเทศ

ที่ห้ามจำหน่ายอย่างรวดเร็ว (รวม 3 เขตปกครองพิเศษ: ไต้หวัน อองกง มาเก๊า) ในปี พ.ศ. 2567 ในขณะที่อีก 84 ประเทศไม่มีข้อบังคับใดๆ เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า<sup>(16)</sup>

3. ตอบสนองต่อนโยบายของรัฐบาลในการปราบปรามยาเสพติด<sup>(17)</sup> ซึ่งกำลังเป็นปัญหาวิกฤตของประเทศ ในขณะนี้ มีงานวิจัยชี้ว่าบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสารเสพติด และเป็นช่องทาง (gateway) นำไปสู่การใช้สารเสพติดอื่นๆ<sup>(18)</sup>

4. แนวทางการห้ามนำเข้าเป็นวิธีป้องกันการเข้าถึง บุหรี่ไฟฟ้าที่มีประสิทธิภาพที่สุดตามแนวคิด “ป้องกันไว้ก่อน” เพื่อไม่ให้เข้าสู่การเสพติดนิโคติน<sup>(19)</sup> โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน ซึ่งต้องได้รับการปกป้องตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546<sup>(20)</sup> และ อนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยสิทธิเด็กที่ประเทศไทยมีพันธกรณีด้วย<sup>(21)</sup>

5. จากการทบทวนประสบการณ์มาตรการการควบคุม บุหรี่ไฟฟ้าของต่างประเทศ พบว่า

1) ประเทศที่มีการห้ามเด็ดขาด (total ban) จะมีอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนต่ำกว่าประเทศที่ไม่ห้าม ดังจะเห็นได้จาก Scientific Reports ธันวาคม พ.ศ. 2565 ได้รายงานสถานการณ์ยาสูบของเยาวชนทั่วโลก (Global Youth Tobacco Surveys; GYTS) ในกลุ่มเยาวชนอายุ 13-15 ปี ที่กำลังศึกษาในโรงเรียน 75 ประเทศ ระหว่าง พ.ศ. 2557-2562<sup>(22)</sup> พบว่าเยาวชนในประเทศที่มีการ ห้ามนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้ามียุทธการสูบบุหรี่ไฟฟ้าน้อยกว่า ประเทศที่ไม่มีนโยบายนี้ถึง 0.6 เท่า<sup>(23)</sup>

2) ประเทศที่ห้ามนำเข้าและจำหน่ายอย่างเข้มงวดที่มีการบังคับใช้กฎหมายเคร่งครัดในการจับ ปรับอย่างจริงจัง ห้ามโฆษณาและขายในสื่อออนไลน์ร่วมกับการสร้างองค์ความรู้ถึงภัยอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้า เช่น บราซิล สิงคโปร์ และฮ่องกง ทำให้อัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชน นอกจากจะไม่เพิ่มขึ้นแล้วยังค่อยๆ ลดลงร้อยละ 1.7 ใน 3 ปี ในสิงคโปร์ และฮ่องกงลดลงจากร้อยละ 10.2 ในปี พ.ศ. 2562 เป็น 9.5 ในปี พ.ศ. 2564 ส่วนบราซิลมีอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนต่ำที่ร้อยละ 2 ในปี พ.ศ. 2562<sup>(24)</sup>

3) ในประเทศที่อนุญาตให้ขายบุหรี่ไฟฟ้าได้ และห้ามขายในเยาวชนอายุต่ำกว่า 21 ปี ล้วนแล้วแต่ไม่สามารถควบคุมได้ เกิดการระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนสูงถึง ร้อยละ 15-24 เช่น สหราชอาณาจักร สหรัฐอเมริกา และ แคนาดา<sup>(24)</sup>

4) ประเทศที่เคยห้ามขายบุหรี่ไฟฟ้าและเคยควบคุมได้ดี เมื่อเปลี่ยนนโยบายมาเป็นให้ขายบุหรี่ไฟฟ้าได้ กลับมีการเพิ่มขึ้นของอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนถึง 2-5 เท่าภายในระยะเวลา 3 ปี เช่น แคนาดา และนิวซีแลนด์<sup>(24)</sup>

5) ข้อเสนอแนะของ องค์กร The Union ซึ่งเป็น องค์กรภาคประชาสังคมระหว่างประเทศที่ดูแลเรื่อง สุขภาพปอดของประชาคมโลกในปี พ.ศ. 2563 ได้เสนอว่า ผู้กำหนดนโยบายของประเทศในกลุ่มที่มีรายได้ต่ำและ ปานกลางควรยอมรับ “หลักการป้องกันไว้ก่อน”<sup>(19)</sup> จึงเรียกร้องให้มีการดำเนินการป้องกัน คือ การห้ามขาย ผลิตภัณฑ์ ENDS และ HTP ในกลุ่มประเทศเหล่านี้

จากที่ได้ยกตัวอย่างประสบการณ์จากประเทศต่างๆ และปัญหาการระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชน ที่กำลังวิกฤตในประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศที่มีรายได้ ปานกลาง จึงเป็นเหตุผลที่สนับสนุนให้รัฐบาลไทยจะต้อง คงกฎหมายห้ามนำเข้าและจำหน่าย ห้ามบริการบุหรี่ไฟฟ้าแบบเบ็ดเสร็จ (total ban) ทั้งนี้แนวทางที่ 1 ต้องหนุนเสริมการพัฒนามาตรการอื่นๆ ดังต่อไปนี้

1. พัฒนากลไกการบังคับใช้กฎหมายให้มีประสิทธิภาพ ควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จากประเทศ ที่ห้าม และบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดจนควบคุมการ ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าได้ เช่น สิงคโปร์ ฮ่องกง และบราซิล

2. สร้างความตระหนักเกี่ยวกับโทษพิษภัยอันตราย ของบุหรี่ไฟฟ้า ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย โดยภาครัฐ ควรร่วมมือกับภาคเอกชนที่มีความเชี่ยวชาญเพื่อสร้าง นวัตกรรมการเรียนรู้สำหรับคนรุ่นใหม่ในยุคดิจิทัลเพื่อให้ เข้าถึงทุกกลุ่มเป้าหมายอย่างมีส่วนร่วม

3. พัฒนามาตรการรองรับการบำบัดรักษาผู้เสพติด- นิโคตินจากบุหรี่ไฟฟ้าให้ทันสมัย มีประสิทธิภาพ เข้าถึง ผู้บริการ ทุกรูปแบบ ทุกเวลา ในราคาที่สมเหตุสมผล

4. เพิ่มการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการประเมินต้นทุน ผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ทั้งทางตรงและทางอ้อมจาก การสูบบุหรี่ไฟฟ้า ในระยะสั้นควรใช้การทบทวนวรรณกรรม จากการศึกษาจากต่างประเทศเพื่อถอดบทเรียนให้กับ ประเทศไทยในการกำหนดนโยบายเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าต่อไป

## แนวทางที่ 2 คงกฎหมายห้ามนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้ายกเว้น tobacco heated product (HTP)

ข้อดี HTP เป็น ENDS ชนิดที่เป็น solid คือ นำไป-

ยาสูบมาหั่นฝอย โดยจะใช้ความร้อนจากอุปกรณ์มากกว่า 300 ถึง 600 องศาเซลเซียสเหมือนการเผาไหม้บุหรี่ทั่วไป มีการให้ความร้อนเพื่อให้เกิดไอ ไม่มีเถ้า ไม่มีควัน (น้ำมันดิน) ซึ่งทำให้เกิดมะเร็ง ไม่มีน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้า ใช้ใบยาสูบซึ่งให้ นิโคตินธรรมชาติ

**ข้อเสีย** ผลิตรภัณฑ์ดังกล่าวนี้ยังคงมีนิโคตินซึ่งเป็น สารเสพติด องค์การอนามัยโลกและองค์การอาหารและยา ของสหรัฐอเมริกา (FDA) ไม่ได้ยืนยันถึงความปลอดภัย เพียงแต่ระบุว่า เป็นผลิตภัณฑ์ที่ลดการสัมผัสสารเคมี- อันตราย (reducing exposure to harmful chemicals) เท่านั้น<sup>(25)</sup> และต้องมีฉลากเตือน “เป็นผลิตภัณฑ์ที่อันตราย ต่อสุขภาพและเสพติด” ผู้ผลิต IQOS ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ HTP ยี่ห้อหนึ่งก็ยอมรับว่าเป็นอันตรายต่อสุขภาพ และ ไม่ได้ลดความเสี่ยงเมื่อเปลี่ยนมาใช้ HTP นอกจากนี้ ปัจจุบันมี HTP ที่ทำเป็น hybrid เลือกชนิดที่เป็น stick หรือ e-juice ได้ในผลิตภัณฑ์เดียว จึงไม่สามารถแยกแยะ ว่าเป็น E-cig หรือ HTP มิงงานวิจัยบ่งชี้ว่า HTP ไม่ป้องกัน บุหรี่มือสามจะยังคงมีนิโคตินตกค้างในสิ่งแวดล้อม เป็นเวลานาน<sup>(26)</sup> ดังนั้น แนวทางที่ 2 จึงไม่แตกต่างจาก แนวทางที่ 3 ที่จะกล่าวถึงต่อไป

**แนวทางที่ 3 ยกเลิกกฎหมายห้ามนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้า และให้บุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในการควบคุมของกฎหมาย**

**ข้อดีที่กล่าวอ้าง** ได้แก่ (1) ทันสมัย เทียบเคียงได้กับ ประเทศที่พัฒนาแล้ว (2) ควบคุมอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ในเด็กและเยาวชนไทย และ (3) จัดเก็บรายได้จากการเก็บ- ภาษีได้เพิ่ม และ (4) เป็นการให้สิทธิเสรีภาพแก่ประชาชน ในการเลือกเสพ

**ข้อเท็จจริง**

1. ในขณะนี้ มีประเทศที่ห้ามนายเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ดังกล่าว ในแนวทางที่ 1 ในขณะที่ประเทศที่เคยกำหนดห้าม แล้วมี การควบคุมได้ดี เปลี่ยนมาเป็นอนุญาตให้ขายได้ เกิดการ ระบาดเพิ่ม 2-5 เท่าในระยะเวลา 3 ปี เช่น แคนาดา นิวซีแลนด์ หากเปิดให้ขายบุหรี่ไฟฟ้าได้ถูกกฎหมาย คาดเดาได้ว่า ประเทศไทยจะมีอัตราการระบาดเพิ่มจากปัจจุบันอีก 2-5 เท่า

2. ในสถานการณ์ปัจจุบันที่ห้ามนำเข้าและจำหน่าย ยังไม่สามารถควบคุมการระบาดในเด็กและเยาวชนได้ ถ้าเปิดขายได้จริงก็จะยิ่งควบคุมยากขึ้น ดังเช่นประสพการณ์ การเปิดขายกัญชาเสรีของประเทศไทย และกรณีบุหรี่มวน

ที่ถูกกฎหมายประเทศไทยก็ยังคงควบคุมได้ไม่ค่อยดี ยังคงมี บุหรี่เถื่อนหนีภาษีถึงร้อยละ 25 (1.3-2.5 หมื่นล้านบาท ต่อปี) รวมทั้งประสพการณ์ในประเทศที่อนุญาตให้ขายได้ ถูกกฎหมาย โดยห้ามนายในเยาวชน 18-21 ปี ก็ยังพบ การระบาดหนักในหมู่เยาวชน เช่น สหราชอาณาจักร สหรัฐอเมริกา และแคนาดา ดังได้กล่าวถึงในแนวทางที่ 1

3. หากเปิดให้ขายบุหรี่ไฟฟ้าได้ถูกกฎหมายและ ใช้มาตรการต่างๆ มาควบคุม ประเทศไทยจะต้องมีมาตรการ ควบคุมอื่นๆ ดังรายงานในต่างประเทศ ได้แก่ (1) ห้าม ส่วนประกอบการซุสซุกลิ้น (2) ควบคุมเหมือนกับสารพิษ และ (3) ควบคุมเหมือนสินค้าเฉพาะ ซึ่งมาตรการเหล่านี้ ก็ยังคงมีผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าอยู่ไม่สามารถป้องกันการเข้าถึง ของเด็กและเยาวชนได้ และล้วนแล้วแต่ต้องเพิ่มงบประมาณ บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะและเครื่องมือทางห้อง- ปฏิบัติการที่ซับซ้อน ราคาแพงต้องใช้งบประมาณสูงมาก ซึ่งยังเป็นปัญหาของประเทศไทยที่ขาดแคลนทรัพยากร ทุกภาคส่วนเมื่อเทียบกับสหราชอาณาจักร ดังตารางที่ 1 ซึ่งมีทรัพยากรด้านนี้พร้อมก็ยังคงควบคุมการระบาดของ บุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนไม่ได้ กรณีมาตรการที่ควบคุมเหมือน ผลิตภัณฑ์ยานั้น พบว่าในประเทศไทยยังไม่มียี่ห้อบุหรี่- ไฟฟ้ามาขอร้องอนุญาตเป็นผลิตภัณฑ์เลิกบุหรี่แต่อย่างใด

4. การยกเลิกการห้ามนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้าจะสามารถ จัดเก็บภาษีให้แก่รัฐโดยมีงานวิจัยที่ได้รับทุนจากธุรกิจบุหรี่ ประเมินว่าจะมีรายได้จากบุหรี่ไฟฟ้า 5.7-6.4 พันล้านบาท ต่อปี และจะเก็บภาษีได้ 567-913 ล้านบาทต่อปี อีกรงานวิจัย เสนอให้เก็บภาษีตามอังกฤษจะมีรายรับเพิ่มร้อยละ 5-20 ของมูลค่า ซึ่งทั้ง 2 งานวิจัยนี้มีข้อท้วงติงเรื่องความถูกต้อง ทางระเบียบวิธีวิจัย ส่วนที่ทางการยาสูบแห่งประเทศไทย ได้ประเมินมูลค่าทางตลาดของบุหรี่ไฟฟ้าเกือบ 1.5 หมื่นล้านบาทต่อปี มีข้อเท็จจริงว่าอาจจะจัดเก็บภาษี ไม่ได้สูงดังประเมิน อีกทั้งการจัดเก็บภาษีจากบุหรี่ไฟฟ้า ต้องคำนึงถึง (1) ความเป็นสินค้าทดแทน คนสูบบุหรี่มวน (หน้าเก่า) เปลี่ยนมาสูบบุหรี่ไฟฟ้า ไม่ได้ทำให้จำนวนผู้สูบ เพิ่มขึ้น หากจะเก็บภาษีได้เพิ่ม ต้องเพิ่มนักสูบหน้าใหม่ ซึ่งก็คือเด็กและเยาวชนไทยให้มากขึ้น ซึ่งธุรกิจบุหรี่ไฟฟ้า ได้ทำแล้วโดยพัฒนาผลิตภัณฑ์รุ่น 4 มุ่งเป้าวัยรุ่น ส่วนรุ่น 5 มุ่งเป้าเด็กเล็ก (2) ภาษีต้องสูงกว่าภาษีมวน ซึ่งเป็นไปได้ยาก เพราะถูกคัดค้านจากกลุ่มผู้สูบ โดยอ้างว่าปลอดภัยกว่า

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบสถานการณ์การควบคุมยาสูบระหว่างประเทศอังกฤษและประเทศไทย<sup>(27)</sup>

สถานการณ์	อังกฤษ	ไทย
1. ระดับการพัฒนาประเทศ (รายได้)	สูง	ปานกลาง
2. จำนวนประชากร (ล้านคน)	55.9	66.9
3. จำนวนผู้สูบบุหรี่ (ล้านคน)	4.9	9.9
4. อัตราการสูบบุหรี่ (%)	12.1	17.4
5. งบควบคุมยาสูบ (ล้านบาท/ปี)	11,305	300
6. ประสิทธิภาพภาษียาสูบ (เต็ม 5 คะแนน)	4.38	1.75
7. ประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ (เต็ม 10 คะแนน)	10	6
8. ให้สัตยาบันพิธีสารว่าด้วยการจัดการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบผิดกฎหมาย	2559	ยังไม่ได้ให้
9. เริ่มให้สิทธิประโยชน์รักษารักษาเลิกบุหรี่	2543	ยังไม่ได้ให้
10. ข้อบังคับเพื่อป้องกันธุรกิจยาสูบแทรกแซงนโยบายควบคุมยาสูบ	2561	ยังไม่มี
11. กฎหมายควบคุมส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบตามอนุสัญญา	2559	ยังไม่มี
12. เริ่มตั้งกลุ่มผู้แทนจากทุกพรรคการเมืองเพื่อควบคุมยาสูบ	2519	ไม่มี
13. เสนอแผนอังกฤษปลอดบุหรี่ต่อรัฐสภา	2565	ยังไม่มีแผน
14. การควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า	ถูกกฎหมาย	ห้ามขาย

ต้องเสียภาษีน้อยกว่า (3) ประสิทธิภาพในการจัดเก็บ ต้องแก้ไขปัญหามันบุหรี่ไฟฟ้าเถื่อน เหมือนกับปัญหามันหมวนที่ถูกกฎหมาย แต่ก็มีมันหมวนเถื่อน ซึ่งกรมสรรพสามิต รายงานว่ามีมูลค่าถึง 25,000 ล้านบาทต่อปี และเป็นหลักฐานยืนยันว่า แม้จะเปิดให้มันบุหรี่ไฟฟ้าถูกกฎหมาย ก็ไม่สามารถควบคุมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ (4) อาจกระทบกับชาวไร่ยาสูบ เพราะมันบุหรี่ไฟฟ้าใช้สารนิโคตินสังเคราะห์ ไม่ใช่ผลิตจากใบยาสูบภายในประเทศ

5. การเปิดให้มันบุหรี่ไฟฟ้าถูกกฎหมายยังทำให้เยาวชนสามารถเข้าถึงและเกิดการเสพติดนิโคตินต่อเนื่องทั้งสิ้น ทั้งนี้ยังขยายได้มากก็ยังมีเยาวชนต้องเจ็บป่วยจากมันหมวนและมันบุหรี่ไฟฟ้ามากขึ้น ไม่คุ้มค่ากับภาษีที่เก็บได้ ดังงานวิจัยจาก University of California San Francisco ที่พบว่า ค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาลโรคที่เกี่ยวข้องกับมันบุหรี่สูงเป็น 1,666 เท่าของภาษีที่จัดเก็บได้<sup>(28)</sup> งานวิจัยจากคณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพบว่า ข้อมูลของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2560 ที่เก็บภาษียาสูบได้ 68,603 ล้านบาทนั้น ประเมินเป็นต้นทุนทางการรักษาพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อม จากทั้งมันหมวนหนึ่งและ

มือสองสูงถึง 93,962 ล้านบาท (ร้อยละ 0.65 ของ GDP)<sup>(29)</sup> ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขได้ประเมินความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์ 3 ระดับตามวงจรอุบาทว์ของความยากจนจากยาสูบขององค์การอนามัยโลก ดังนี้ (1) ระดับที่ 1 เสียเงินซื้อมันหมวนบริโภค 93,268 ล้านบาท (2) ระดับที่ 2 เสียค่ารักษาพยาบาล เฉพาะของสำนักงานประกันสุขภาพถ้วนหน้า-แห่งชาติ รายงานค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับยาสูบที่ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล 21,389 ล้านบาท ทั้งนี้ไม่นับรวมกรณีการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และไม่รวมกองทุนอื่น ได้แก่ กองทุนเบิกจ่ายตรงสวัสดิการข้าราชการ และ ประกันสังคม ซึ่งกองทุนเหล่านี้ล้วนมาจากภาษีของคนทั้งประเทศ และ (3) ระดับที่ 3 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร ในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 80,000 ราย (ร้อยละ 18 ของการเสียชีวิตทั้งหมด) ทำให้สูญเสียศักยภาพของประเทศชาติ 352,000 ล้านบาท (ร้อยละ 2.1 ของ GDP)<sup>(30)</sup>

6. ในเรื่อง “สิทธิเสรีภาพของผู้บริโภค” ขอกกล่าวอ้างนี้อาจใช้ได้กับสินค้าทั่วไป ที่ไม่ใช่สินค้าทำลายสุขภาพอย่างเช่น มันหมวนหรือยาสูบ เนื่องจากยาสูบเป็น 1 ใน 4 สินค้าที่ทำลายสุขภาพ (commercial determinants of health) ที่สร้าง

ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ และ ขีดขวางการพัฒนาอย่างยั่งยืน (sustainable development) ตามข้อกำหนดขององค์การสหประชาชาติ<sup>(31)</sup> จึงไม่ใช่ สินค้าทั่วไปที่เป็นสิทธิเสรีภาพส่วนบุคคลในการเลือก ซึ่งสำคัญน้อยกว่าสิทธิการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานที่รัฐ ต้องดูแลทั้งคนที่สูบและต้องปกป้องคุ้มครองสิทธิ ผู้ไม่สูบจากบุหรี่มือสอง รวมทั้งปกป้องสิ่งแวดล้อมของคน ทั้งโลก โดยเฉพาะเด็กและเยาวชนอายุไม่ถึง 18 ปี ยังไม่บรรลุนิติภาวะและยังไม่มีความรู้ จะต้องได้รับการ ปกป้องคุ้มครองจากสารเสพติด ตามพระราชบัญญัติ คุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546<sup>(20)</sup> และอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก ขององค์การสหประชาชาติ ซึ่งประเทศไทยได้เข้าร่วมเป็นภาคี โดยการภาคยานุวัติเมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2535<sup>(21)</sup>

## สรุปและข้อเสนอแนะ

ปัญหาการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าของประเทศไทยในขณะนี้ คือ การถูกแทรกแซงนโยบายการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าผ่านกลไก ทางการเมือง ซึ่งเป็นประเด็นที่สะท้อนให้เห็นว่า ประเทศไทย ยังคงต้องมีการพัฒนาแนวทางให้สอดคล้องกับกรอบ อนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก มาตรา 5.3 ว่าด้วยการปกป้องนโยบายการควบคุมยาสูบ จากอุตสาหกรรมยาสูบ ที่สำคัญประเทศไทยกำลังประสบ กับปัญหาการระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าในเด็กเล็กและเยาวชน จึงสมควรคงกฎหมายห้ามนำเข้า ห้ามขาย ห้ามบริการ บุหรี่ไฟฟ้า และบังคับใช้กฎหมายให้มีประสิทธิภาพที่สุด ตามแนวทางที่ 1 จาก 3 แนวทางของคณะกรรมการ- วิสามัญฯ นั้น คือคงกฎหมายห้ามนำเข้าและห้ามจำหน่าย บุหรี่ไฟฟ้า เนื่องจากกฎหมายที่ใช้ปราบปรามบุหรี่ไฟฟ้าที่มี ผลใช้บังคับอยู่ในปัจจุบันทั้ง 3 ฉบับ เหมาะสมกับบริบทของ

ประเทศรายได้ปานกลาง เช่น ประเทศไทย และสอดคล้องกับ ของโลกที่มีการเพิ่มจำนวนประเทศที่ห้ามอย่างรวดเร็ว รวมทั้งเป็นการตอบสนองต่อนโยบายของรัฐบาลในการ ปราบปรามยาเสพติด เนื่องจากบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสารเสพติด และเป็นช่องทางนำไปสู่การใช้สารเสพติดอื่นๆ รวมทั้งจาก การทบทวนประสบการณ์ของต่างประเทศพบว่า ประเทศ ที่มีการห้ามจะมีอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนต่ำกว่า ประเทศที่ไม่ห้าม การห้ามแบบเด็ดขาดเป็นมาตรการที่มี ประสิทธิภาพสูงสุดในการป้องกันการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า เพื่อไม่ให้เข้าสู่การเสพติดนิโคติน โดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก- และเยาวชน ซึ่งต้องได้รับการปกป้อง ตามพระราชบัญญัติ คุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 ทั้งนี้ประเทศไทยต้องพัฒนา มาตรการอื่นมาหนุนเสริมแนวทางที่ 1 นี้ ดังต่อไปนี้

1. เพิ่มกลไกให้ทุกหน่วยงานมีการบังคับใช้กฎหมาย ให้เข้มงวดเต็มประสิทธิภาพ
2. เร่งสร้างความตระหนักเกี่ยวกับโทษพิษภัยอันตราย ของบุหรี่ไฟฟ้า ให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายด้วยนวัตกรรม การเรียนรู้รูปแบบดิจิทัล อย่างมีส่วนร่วมและต่อเนื่อง
3. พัฒนามาตรการรองรับการบำบัดรักษาผู้เสพติด- นิโคตินจากบุหรี่ไฟฟ้าให้ทันสมัย มีประสิทธิภาพ เข้าถึง ผู้บริการ ทุกรูปแบบ ทุกเวลา ในราคาที่สมเหตุสมผล
4. สนับสนุนการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการประเมินต้นทุน ผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ทั้งทางตรงและทางอ้อมจาก การสูบบุหรี่ไฟฟ้า ในระยะสั้นควรทบทวนวรรณกรรมการ- วิจัยของต่างประเทศที่เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพที่สุด
5. เข้าร่วมด้วยการภาคยานุวัติพิธีสารว่าด้วยการจัด การค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบผิดกฎหมายขององค์การอนามัยโลก และปรับปรุงกฎหมายภายในประเทศให้รองรับแนวทาง ปฏิบัติงานตามมาตรา 5.3 FCTC อย่างครบถ้วนโดยด่วน

## เอกสารอ้างอิง

1. ฉัตรสุมน พงศ์ภิญโญ, วศิน พิพัฒน์ฉัตร, Harmann S. ภัยร้าย ซ่อนเร้น บุหรี่ไฟฟ้า (hidden dangers of e-cigarette). กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ; 2562.
2. ททัย ชิตานนท์. การห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ (electronic cigarettes). กรุงเทพมหานคร: สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย; 2555.
3. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. ความเชื่อมโยงระหว่างกลุ่มลาขาดควินยาสูบประเทศไทยกับบริษัทบุหรี่ต่างชาติ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 พ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: [https://www.ashthailand.or.th/old/content\\_attachment/attach/b6aeabfab-05dcaba9b011c567afa720.pdf](https://www.ashthailand.or.th/old/content_attachment/attach/b6aeabfab-05dcaba9b011c567afa720.pdf)
4. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. “ชัยวุฒิ” ยืนยันหน้าตั้งคณะกรรมการบุหรี่ไฟฟ้าถูก กม. เชื่อไม่กระทบการเมือง [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 พ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.mdes.go.th/news/detail/5153--ชัยวุฒิ--ยืนยันหน้าตั้งคณะกรรมการบุหรี่ไฟฟ้าถูกกม--เชื่อไม่กระทบการเมือง>
5. รัฐสภาไทย. รายงานผลการพิจารณาการศึกษาเรื่องยาสูบและบุหรี่ไฟฟ้าในเชิงพาณิชย์ของคณะกรรมการพาณิชย์และทรัพย์สินทางปัญญา สภาผู้แทนราษฎร ปี พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 พ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://web.parliament.go.th/assets/portals/130/fileups/522/files/รายงานนหนนหนนหนนหนนหนนหนนหนนหนนหนน.pdf>
6. รัฐสภาไทย. รายงาน คณะกรรมการพาณิชย์การวิสามัญพิจารณาการศึกษากฎหมายและมาตรการควบคุมกำกับบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 พ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://web.parliament.go.th/view/211/รายงานคณะกรรมการ/TH-TH>
7. ผู้จัดการออนไลน์. กมธ.สภา ร่วมชง 3 แนวทางเปิดทางบุหรี่ไฟฟ้าไม่ผิดกฎหมาย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 พ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://mgronline.com/politics/detail/9670000050870>
8. WHO Framework Convention on Tobacco Control. History of the WHO framework convention on tobacco control [Internet]. [cited 2024 Oct 31]. Available from: <https://fctc.who.int/publications/i/item/9789241563925>
9. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control Seventh session Delhi, India, 7–12 November 2016 [Internet]. [cited 2024 Oct 31]. Available from: <https://fctc.who.int/convention>
10. Tobacco Control Research and Knowledge Management Center. Investigative report shows the involvement of the tobacco industry with vaping promotion at FCTC COP 9 [Internet]. [cited 2024 Oct 31]. Available from: <https://www.trc.or.th/en/investigative-report-shows-the-involvement-of-the-tobacco-industry-with-vaping-promotion-at-fctc-cop-9/>
11. วศิน พิพัฒน์ฉัตร. การเฝ้าระวังการแทรกแซงนโยบายควบคุมยาสูบผ่านกลไกการค้าระหว่างประเทศ. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ; 2564.
12. The Coverage. ตีแผ่กลยุทธ์การแทรกแซงนโยบายรัฐ กับความเบายบายของ ‘บริษัทบุหรี่’ ‘ธรรมศาสตร์-มหิดล WHO’ เอาจริง ตั้งศูนย์สกัดกั้น ‘บ. ยาสูบ’ รุกคืบ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 พ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thecoverage.info/news/content/5044>
13. ไทยโพสต์. ‘หมอประกิต’ จับมือแพทย์รามมาจ ‘ส.ส.ก้าวไกล’ อย่าใช้นานวิจัยบริษัทบุหรือนอกมาขึ้นนโยบายคุมยาสูบไทย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 พ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thaipost.net/main/detail/90568>
14. มติชนออนไลน์. ‘กลุ่มลาขาดควินยาสูบ’ ร้องผู้ตรวจการฯ สอบปมแบนบุหรี่ไฟฟ้า [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 พ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: [https://www.matichon.co.th/news-monitor/news\\_1132236#google\\_vignette](https://www.matichon.co.th/news-monitor/news_1132236#google_vignette)
15. VicHealth. How does nicotine affect brain development? [Internet]. [cited 2024 Oct 31]. Available from: <https://www.vichealth.vic.gov.au/our-health/be-healthy-blog/how-does-nicotine-affect-brain-development>
16. Chandrashekhara T Sreeramareddy, Kiran Acharya, Anusha Manoharan. Electronic cigarettes use and ‘dual use’ among the youth in 75 countries: estimates from Global Youth Tobacco Surveys (2014–2019) [Internet]. 2022 [cited 2024 Oct 31]. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41598-022-25594-4>

17. รัฐบาลไทย. รัฐบาลเอาจริง นายกฯ “แพทองธาร” ลงพื้นที่อีสานขีดเส้นตั้งเป้าต้องปลอดยาเสพติดให้ได้ถึง 90% ก่อนเทศกาลสงกรานต์ เน้นตรวจสารเสพติดเจ้าหน้าที่เพื่อสร้างความมั่นใจและเป็นต้นแบบให้ประชาชน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 พ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/89767>
18. กรมควบคุมโรค. 9 เหตุผลที่ประเทศไทยต้องคงมาตรการห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 พ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2//files/9%20เหตุผล.pdf>
19. The Union. Why LMICS must prohibit e-cigarette and HTP sales to truly tackle tobacco [Internet]. [cited 2024 Oct 31]. Available from: [https://theunion.org/sites/default/files/2020-08/The\\_Union\\_TobaccoControl\\_E-CigPaper\\_English\\_07.pdf](https://theunion.org/sites/default/files/2020-08/The_Union_TobaccoControl_E-CigPaper_English_07.pdf)
20. พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 120, ตอนที่ 95 ก (ลงวันที่ 2 ตุลาคม 2546).
21. กรมกิจการเด็กและเยาวชน. อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child – CRC) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 3 พ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dcy.go.th/multimedias/1660622899567/16684947275>
22. World Health Organization. Global youth tobacco survey [Internet]. [cited 2024 Oct 31]. Available from: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/global-youth-tobacco-survey>
23. Sreeramareddy CT, Acharya K, Manoharan A. Electronic cigarettes use and ‘dual use’ among the youth in 75 countries: estimates from global youth tobacco surveys (2014-2019). *Sci Rep* 2022;12(1):20967.
24. Hammond D, Reid JL, Burkhalter R, Hong D. Trends in smoking and vaping among young people [Internet]. [cited 2024 Oct 31]. Available from: <http://profglantz.com/2023/06/27/more-evidence-that-englands-and-canada-and-us-fda-enthusiastic-approach-to-e-cigarettes-is-a-disaster/>
25. World Health Organization. WHO statement on heated tobacco products and the US FDA decision regarding IQOS [Internet]. [Cited 2024 Oct 31]. Available from: <https://www.who.int/news/item/27-07-2020-who-statement-on-heated-tobacco-products-and-the-us-fda-decision-regarding-iqos>
26. Reis R, Kolci K. Comparative toxicity responses of thirdhand smoke derived from conventional cigarette and heated tobacco products in human bronchial epithelial cells. *Experimed* [Internet]. 2023 [cited 2024 Nov 4];13(2):127-32. Available from: <https://doi.org/10.26650/experimed.1319722>
27. ประภท วาทีสารกกิจ. เปรียบเทียบสถานการณ์การควบคุมยาสูบระหว่างประเทศอังกฤษและประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่; 2565.
28. Wang Y, Sung HY, Lightwood J, Yao T, Max WB. Healthcare utilisation and expenditures attributable to current e-cigarette use among US adults. *Tobacco Control* 2023;32:723-28.
29. Komonpaisarn T. Economic cost of tobacco smoking and secondhand smoke exposure at home in Thailand. *Tobacco Control* 2022;31:714-22.
30. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค เผยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพอันดับ 1 สาเหตุสำคัญจาก “บุหรี่” [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 3 พ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: [https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=21156&deptcode=brc&news\\_views=522](https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=21156&deptcode=brc&news_views=522)
31. World Health Organization. Accelerator discussion paper 4: determinants of health [Internet]. [cited 2024 Nov 3]. Available from: [https://www.who.int/docs/default-source/global-action-plan/accelerator-paper-4-determinants-of-health-170619-1.pdf?sfvrsn=b9c5b594\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/global-action-plan/accelerator-paper-4-determinants-of-health-170619-1.pdf?sfvrsn=b9c5b594_2)

## Electronic Cigarettes and Heated Tobacco Products: Policy Recommendations to Counter Tobacco Industry Interference

Vasin Pipattanachat, Passara Jongkhajornpong, Suwanna Ruangchanasetr, Viji Kasemsub  
*Tobacco Control Research and Knowledge Management Center, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University*

---

### Abstract

Thailand is confronting with the critical epidemic of electronic cigarette (E-cig) in children and youth. Seriously, E-cig contains nicotine which is a highly addictive substance and affects health of both youth and adult, differs only in youth it deprives brain development from fetus up to 25 years of age. Unfortunately, invention of toy pods as predatory marketing by E-cig-industry targeting younger children down to grade 1. In addition to the aggressive tobacco industry interference worsen this disaster happened like never before. Amongst three approaches presented by the Board of Parliament Commission, the most appropriate and efficient policy for Thailand is the first one that is maintaining the law of total ban of E-cig. In addition, enforcement of all relating laws and rules by every relating governmental sectors should be strengthened to protect children and youth from E-cig in accordance with Child Protection bill B.E. 2546 in Thailand. This protection is not only control e-cigarettes use among youth but also prevent other drug abuse as E-cig is the gateway to other addicted substances. Evidence from international experiences supported this recommendation are countries which imposed the total ban had lower rates of E-cig use among youth than thosenon-ban. Whilst some countries who had made reversals of policy from ban to non-ban, faced 2-5 times increase in rate of e-cigarettes use among youth within 3 years. Moreover, the non-ban countries with prohibited access for 18-21 years adolescences could not control the use of E-cig among youth. The additional measures to strengthen E-cig total ban control as follows: (1) strengthen all related law to maximize the enforcement; (2) creating the Intensive program to raise health literacy about hazards of E-cig, especially among youth in this digital era; and (3) emphasize WHO FCTC 5.3 to prevent E-cig industry interference.

**Keywords:** extraordinary commission; Thai parliament; electronic cigarette and tobacco heated product; tobacco industry interference

# บทบาทของเทคโนโลยีดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์ ในการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

สรายุธ รัชมี

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

## บทคัดย่อ

การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในยุคดิจิทัลมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์ (AI) ซึ่งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารและให้บริการ โดยเฉพาะในการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลที่แม่นยำและเป็นประโยชน์ต่อนักท่องเที่ยว เทคโนโลยีเหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการรวบรวม วิเคราะห์ และประเมินข้อมูลสุขภาพของผู้ใช้บริการ ด้วยเทคนิคการจำแนกข้อมูล การคาดการณ์แนวโน้มสุขภาพ และการให้คำแนะนำเฉพาะบุคคล นอกจากนี้ แพลตฟอร์มดิจิทัลและ AI ยังช่วยเสริมสร้างประสบการณ์การท่องเที่ยว ตลอดจนพัฒนาระบบสนับสนุนการตัดสินใจสำหรับผู้ประกอบการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม การใช้เทคโนโลยีดังกล่าวยังเผชิญข้อท้าทายด้านความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยของข้อมูลสุขภาพ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการกำกับดูแลอย่างเคร่งครัดในท้ายที่สุด การพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลในภาคการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพควรมีเป้าหมายเพื่อสร้างระบบที่ยั่งยืน โปร่งใส และเป็นธรรม เพื่อให้ทุกภาคส่วนได้รับประโยชน์ ทั้งนักท่องเที่ยว ผู้ประกอบการ และบุคลากรด้านสุขภาพ และเพื่อให้ประเทศไทยก้าวสู่การเป็นศูนย์กลางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่สามารถแข่งขันได้ในระดับโลกได้

**คำสำคัญ:** เทคโนโลยีดิจิทัล; ปัญญาประดิษฐ์; การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ; การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

วันรับ: 28 ธ.ค. 2567

วันแก้ไข: 3 ก.พ. 2568

วันตอบรับ: 8 ก.พ. 2568

## บทนำ

การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (health tourism) เป็นหนึ่งในแนวโน้มที่เติบโตอย่างรวดเร็วในอุตสาหกรรมการท่องเที่ยว โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเสริมสร้างสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจผ่านกิจกรรมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการพักผ่อน การดูแลสุขภาพ การฝึกโยคะ การทำสปา หรือแม้กระทั่งการเข้ารับการรักษาทางการแพทย์และการผ่าตัดความงาม<sup>(1)</sup> เป็นที่มีจุดมุ่งหมายเฉพาะเพื่อส่งเสริมและเสริมสร้างสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจของนักท่องเที่ยว โดยผ่านกิจกรรมหรือบริการที่สอดคล้องกับสุขภาพหรือการปรับพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย เพื่อช่วยให้ร่างกาย

และจิตใจสมดุลงอกมากขึ้น สามารถจำแนกประเภทของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ 4 รูปแบบ ได้แก่ (1) การท่องเที่ยวเพื่อการฟื้นฟูและการผ่อนคลาย (wellness tourism) มุ่งเน้นไปที่การปรับปรุงและรักษาสุขภาพที่ดีผ่านการผ่อนคลายและกิจกรรมที่ลดความเครียด เช่น การเข้าสปา การนวด การฝึกโยคะ การทำสมาธิ และการออกกำลังกายในสภาพแวดล้อมที่สงบ (2) การท่องเที่ยวเพื่อการรักษา (medical tourism) การเดินทางไปยังประเทศอื่นเพื่อรับการรักษาทันทีทางการแพทย์ที่มีคุณภาพสูงหรือมีต้นทุนที่ต่ำกว่าประเทศตนเอง รวมถึงการผ่าตัด การรักษาโรคเฉพาะทาง การรักษาด้วยเทคโนโลยีสูง และการศัลยกรรมความงาม (3) การท่องเที่ยวเพื่อการบำบัดทางจิตวิญญาณ (spiritual

tourism) เน้นการเดินทางเพื่อการหาความสงบทางจิต-วิญญาณและการเติบโตทางจิตใจ โดยมักจะรวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา การเดินทางไปยังสถานที่ศักดิ์สิทธิ์ การปฏิบัติธรรม และการเรียนรู้วัฒนธรรมและประเพณีต่างๆ และ (4) การท่องเที่ยวเพื่อการดูแลสุขภาพทางเลือก (alternative healthcare tourism) เป็นการเดินทางเพื่อรับการรักษาดังวิธีทางเลือกหรือการบำบัดที่ไม่ใช่การแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น การใช้สมุนไพร การบำบัดด้วยศาสตร์ของอายุรเวท การบำบัดด้วยเสียง การบำบัดด้วยแสงสี และการบำบัดด้วยการจัดสมดุลพลังงาน ดังนั้นการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพไม่เพียงแต่มอบประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพเท่านั้น แต่ยังเป็นการเดินทางที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการเยียวยาและการฟื้นฟูทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึงการเข้ารับการรักษาทางการแพทย์ การเข้ารับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิต การฟื้นฟูสมรรถภาพกาย การดูแลสุขภาพเพื่อการผ่อนคลาย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการใช้ชีวิตที่ดีขึ้น นับเป็นหนึ่งในเทรนด์การท่องเที่ยวที่ได้รับความนิยมมากขึ้นในยุคปัจจุบัน<sup>(2)</sup>

การท่องเที่ยวมีความสำคัญทางเศรษฐกิจกับประเทศต่างๆ ทั่วโลก จากการรายงานขององค์การการท่องเที่ยวโลก-แห่งสหประชาชาติ (United Nations World Tourism Organization; UNWTO) ด้านการเติบโตของจำนวนนักท่องเที่ยวทั่วโลกมีการเติบโตอย่างต่อเนื่อง โดยในปี ค.ศ. 2030 คาดการณ์ว่าจะมีจำนวนนักท่องเที่ยวมากกว่า 1,800 ล้านคน<sup>(3)</sup> และสภาการเดินทางและการท่องเที่ยวโลก (World Travel & Tourism Council; WTTC) ได้คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2033 การเดินทางการท่องเที่ยวจะเป็นอุตสาหกรรมที่มีมูลค่าสูงถึง 15.5 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ (ประมาณ 545 ล้านล้านบาท) ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 11.6 ของมูลค่าเศรษฐกิจโลก<sup>(4)</sup> โดยเฉพาะในอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพซึ่งเติบโตอย่างมากในทศวรรษที่ผ่านมา เนื่องจากภายหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 (COVID-19) และโรคภัยต่างๆ ในปัจจุบัน กลายเป็นตัวกระตุ้นกระแสรักสุขภาพให้กับผู้คนมากขึ้นทั่วโลก ทำให้มูลค่าของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในช่วง 4 ปีที่ผ่านมาเติบโตขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน โดย Global Wellness Institute<sup>(5)</sup> ได้รายงานมูลค่าของเศรษฐกิจเชิงสุขภาพโลก (global wellness economy) ในปี ค.ศ. 2020 ทั่วโลก

กว่า 4.4 ล้านล้านเหรียญสหรัฐ ซึ่งเพิ่มจากปี ค.ศ. 2021 ซึ่งมีมูลค่า 6.52 แสนล้านดอลลาร์สหรัฐ และคาดการณ์ว่าจะมีมูลค่าเพิ่มขึ้นเป็น 7 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ ในปี ค.ศ. 2025 โดยเฉพาะกลุ่มการดูแลสุขภาพและความงาม (personal care and beauty) เป็นกลุ่มที่มีมูลค่าสูงที่สุดตามมาด้วยกลุ่มอาหารเพื่อสุขภาพ การดูแลโภชนาการและการควบคุมน้ำหนัก (healthy eating, nutrition and weight loss) และกิจกรรมทางกายหรือการเคลื่อนไหวร่างกาย (physical activity) ตามลำดับ<sup>(6)</sup> เช่นเดียวกับประเทศไทยซึ่งเป็นแหล่งท่องเที่ยวชั้นนำของนักท่องเที่ยวหลากหลายกลุ่มมาอย่างยาวนาน การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจะเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่เข้ามาช่วยเพิ่มศักยภาพของอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวในประเทศ เพราะสามารถดึงดูดนักท่องเที่ยวที่มีกำลังซื้อสูง มีจำนวนวันพักที่ยาวนาน และมีการใช้จ่ายเฉลี่ยต่อการท่องเที่ยวแต่ละครั้งสูงกว่านักท่องเที่ยวแบบปกติ โดยข้อมูลจาก Global Wellness Institute รายงานว่านักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพมีค่าใช้จ่ายต่อหัวประมาณ 50,000 กว่าบาทต่อการเที่ยว 1 ครั้ง ซึ่งสูงกว่านักท่องเที่ยวแบบปกติถึงร้อยละ 53 และเมื่อการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 จบลง ในหลายประเทศจะหันมาผลักดันตลาดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพกันมากขึ้น<sup>(7)</sup>

แม้ว่าการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจะเป็นหนึ่งในแนวโน้มที่กำลังเติบโตอย่างรวดเร็วในวงการท่องเที่ยวโลก แต่อย่างไรก็ตามยังมีอุปสรรคสำคัญหลายประการ โดยเฉพาะปัจจัยด้านการตัดสินใจในการเลือกรับบริการทางสุขภาพ เนื่องจากนักท่องเที่ยวยังต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับรายละเอียดและบริการที่เหมาะสมกับความต้องการของตนเองในการเลือกใช้บริการเชิงสุขภาพ เนื่องจากมีตัวเลือกที่หลากหลายและเข้าถึงยาก อย่างไรก็ตาม ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการพัฒนาอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวมากขึ้น ทำให้ผู้ประกอบการในธุรกิจการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพหันมาใช้นวัตกรรมเหล่านี้ในการพัฒนาอุปกรณ์ให้มีความทันสมัยและเข้าถึงได้ง่ายขึ้น ทำให้การสื่อสารและการให้บริการในอุตสาหกรรมนี้มีความสะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น<sup>(8)</sup> เทคโนโลยีจึงกลายเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเติบโตได้อย่างยั่งยืน เช่น การเพิ่มประสิทธิภาพของบริการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันและการติดตามผล การเสริมสร้าง

ประสบการณ์ที่ดีให้กับนักท่องเที่ยว และการบริหารจัดการ ข้อมูลสุขภาพ โดยเฉพาะการเข้ามามีบทบาทของปัญญา ประดิษฐ์ (AI) หรือระบบสมองกลอัจฉริยะ ซึ่งจะเป็นกลไก ที่สำคัญอย่างมาก เนื่องจากช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการ ให้บริการ และปรับปรุงประสบการณ์ของนักท่องเที่ยว ผ่าน เทคโนโลยีย่อยที่สำคัญ เช่น machine learning และ data analytics ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการท่องเที่ยว สุขภาพ virtual reality (VR) และ augmented reality (AR) ในการสร้างประสบการณ์เสมือนจริง chatbots และ AI assistants เป็นผู้ช่วยดิจิทัลสำหรับนักท่องเที่ยว และ blockchain technology ใช้รักษาความปลอดภัยของ ข้อมูลสุขภาพและธุรกรรมดิจิทัลทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูล เกี่ยวกับการท่องเที่ยวสุขภาพได้ง่ายขึ้น ผ่านแพลตฟอร์ม ออนไลน์ เช่น เว็บไซต์ แอปพลิเคชันมือถือ หรือแม้แต่การใช้เซตบอทที่ขับเคลื่อนด้วย AI ในการให้คำแนะนำและ บริการที่ตรงกับความต้องการของแต่ละบุคคล<sup>(9)</sup> การใช้ เทคโนโลยีดิจิทัลไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการ บริการ ยังส่งผลต่อการสร้างประสบการณ์ที่เป็นส่วนตัวและ ตอบสนองต่อความต้องการของนักท่องเที่ยวได้ดียิ่งขึ้นด้วย

บทความนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาบทบาทของเทคโนโลยีดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์ในการวิเคราะห์ข้อมูล สำหรับการท่องเที่ยวสุขภาพ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลง ของพฤติกรรมผู้บริโภคเป็นหนึ่งในปัจจัยหลักที่ทำให้ เทคโนโลยีกลายเป็นองค์ประกอบสำคัญของอุตสาหกรรม การท่องเที่ยวสุขภาพ นักท่องเที่ยวในปัจจุบันให้ความสำคัญกับสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะหลังจากสถานการณ์ ระบาดของโควิด 19 ความต้องการบริการที่สะดวก รวดเร็ว และปรับให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลมีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เทคโนโลยีจึงกลายเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้ ผู้ประกอบการสามารถตอบสนองต่อความต้องการเหล่านี้ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้อุตสาหกรรมการท่องเที่ยว สุขภาพต้องเผชิญกับการแข่งขันที่สูงขึ้นทั่วโลก หลายประเทศได้ออกนโยบายเพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยว ด้านสุขภาพ เช่น ไทย ญี่ปุ่น สิงคโปร์ และสหรัฐอเมริกา-เอมิเรสต์ ซึ่งต่างนำเทคโนโลยีมาใช้ในการยกระดับบริการ ของตน ประเทศที่สามารถบูรณาการเทคโนโลยีเข้ากับบริการ สุขภาพและการท่องเที่ยวได้อย่างมีประสิทธิภาพจะสามารถ ดึงดูดนักท่องเที่ยวจากทั่วโลกและสร้างรายได้มหาศาล

รวมถึงการกระตุ้นให้นักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเลือกบริการ เพิ่มมากขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## ลักษณะของการเข้าถึงข้อมูล ในการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสมัยใหม่

การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในยุคปัจจุบันได้ผ่านการ พัฒนาและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากรูปแบบดั้งเดิม ที่มักเน้นการเดินทางเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพผ่านกิจกรรม เช่น การรักษาแบบธรรมชาติ (wellness treatments) หรือ การเข้ารับการแพทย์แผนปัจจุบัน มาเป็นการท่องเที่ยว สุขภาพดิจิทัลที่ผสมผสานเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ากับประสบการณ์ การท่องเที่ยว เพื่อให้บริการที่มีประสิทธิภาพและตอบโจทย์ ความต้องการของนักท่องเที่ยวที่มีลักษณะเฉพาะการ- เปลี่ยนแปลงนี้ไม่ได้เพียงแค่ส่งผลต่อการให้บริการ แต่ยัง ส่งผลให้เกิดการพัฒนาใหม่ๆ ในอุตสาหกรรมท่องเที่ยว สุขภาพ โดยการนำเทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทสำคัญในการ เพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการและการสื่อสารการ ท่องเที่ยวอย่างเหมาะสม<sup>(10)</sup> ซึ่งการเปลี่ยนแปลงแบบใหม่ เป็นแนวโน้มสำคัญ เนื่องจากในอดีตการท่องเที่ยวสุขภาพ มักเกี่ยวข้องกับการเดินทางไปยังสถานที่ที่มีบริการด้าน สุขภาพ เช่น สปา โรงพยาบาล หรือคลินิกที่มีชื่อเสียง ในการรักษาหรือฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งนักท่องเที่ยวจะต้องทำการ จองบริการหรือเข้ารับการรักษาผ่านช่องทางแบบดั้งเดิม เช่น การโทรศัพท์หรือการจองผ่านตัวแทนท่องเที่ยว โดยบริการ ส่วนใหญ่จะเป็นบริการที่ไม่ได้ปรับแต่งให้เหมาะสมกับ ความต้องการเฉพาะของนักท่องเที่ยวแต่ละคน อย่างไรก็ตาม การพัฒนาเทคโนโลยีในยุคปัจจุบันได้ทำให้การท่องเที่ยว สุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่มีความทันสมัย และสามารถตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลาย ของนักท่องเที่ยวได้ดียิ่งขึ้น ลักษณะของช่องทางสมัยใหม่ อย่างแอปพลิเคชันมือถือ แพลตฟอร์มออนไลน์ และการ ติดตามสุขภาพด้วยเทคโนโลยีต่างๆ ช่วยเสริมประสบการณ์ การท่องเที่ยวสุขภาพให้มีความสะดวกสบาย รวดเร็ว และสามารถปรับแต่งให้ตรงกับความต้องการของแต่ละบุคคล ได้มากขึ้น<sup>(11)</sup> ดังนี้

1. การใช้แอปพลิเคชันมือถือ แอปพลิเคชันมือถือในปัจจุบันสามารถช่วยให้นักท่องเที่ยวสุขภาพสามารถจอง

บริการต่างๆ หรือเลือกโปรแกรมการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพได้อย่างสะดวกสบาย ตัวอย่างเช่น แอปพลิเคชันที่ช่วยให้นักท่องเที่ยวสามารถค้นหาสปาหรือศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพที่มีบริการที่ตรงกับความต้องการของผู้บริโภค โดยสามารถเปรียบเทียบราคาและบริการได้ง่ายๆ การใช้แอปพลิเคชันมือถือช่วยเพิ่มความสะดวกในการวางแผนการท่องเที่ยวและการจัดการบริการสุขภาพที่ต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงกับแนวคิดของการเข้าถึงข้อมูลแบบเฉพาะบุคคล (personalized information) โดยใช้ big data และ AI วิเคราะห์พฤติกรรมและความต้องการของนักท่องเที่ยว

2. การใช้แพลตฟอร์มออนไลน์ การใช้แพลตฟอร์มออนไลน์ในการจองบริการการท่องเที่ยวสุขภาพ เช่น เว็บไซต์หรือแอปพลิเคชันที่ช่วยให้นักท่องเที่ยวสามารถเลือกและจองบริการสุขภาพล่วงหน้าได้อย่างสะดวก การมีแพลตฟอร์มที่เชื่อมโยงการบริการต่างๆ เช่น การจองที่พักและการเลือกโปรแกรมการรักษา ช่วยให้นักท่องเที่ยวสามารถรับข้อมูลที่ครอบคลุมและวางแผนการท่องเที่ยวได้ง่ายยิ่งขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดการเข้าถึงข้อมูลแบบเรียลไทม์ (real-time access) เพราะช่วยให้สามารถจองและเข้าถึงข้อมูลที่อัปเดตได้เสมอ

3. ระบบการติดตามสุขภาพ การใช้เทคโนโลยีติดตามสุขภาพ เช่น อุปกรณ์สวมใส่ (wearable devices) หรือแอปพลิเคชันที่ช่วยให้นักท่องเที่ยวสามารถตรวจสอบสภาพสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่องเป็นส่วนสำคัญในการยกระดับประสบการณ์การท่องเที่ยวสุขภาพ ตัวอย่างเช่น การติดตามข้อมูลการนอนหลับ การออกกำลังกายหรืออัตราการเต้นของหัวใจ ช่วยให้นักท่องเที่ยวสามารถปรับปรุงกิจกรรมการท่องเที่ยวหรือโปรแกรมสุขภาพได้ตามความเหมาะสม เชื่อมโยงกับแนวคิดของ Internet of Things (IoT) ซึ่งช่วยให้ข้อมูลสุขภาพของนักท่องเที่ยวสามารถถูกรวบรวม วิเคราะห์ และนำมาใช้ประโยชน์ในแผนการเดินทางสุขภาพ

โดยสรุป การเข้าถึงข้อมูลในการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสมัยใหม่ได้รับการพัฒนาอย่างมากด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล ซึ่งช่วยให้ผู้ใช้สามารถรับข้อมูลที่แม่นยำและตรงกับความ ต้องการมากขึ้น ผ่านสามช่องทางหลัก สิ่งเหล่านี้ช่วยให้การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยทำให้ข้อมูลสามารถเข้าถึงได้ง่ายขึ้น มีความเป็นส่วนตัว และตอบสนอง

ต่อความต้องการของนักท่องเที่ยวได้ดียิ่งขึ้น ทั้งยังส่งเสริมการเติบโตของอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในยุคเศรษฐกิจดิจิทัลอีกด้วย

## นวัตกรรมทางเทคโนโลยีดิจิทัล และปัญญาประดิษฐ์ในการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

ในปัจจุบันการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเป็นอุตสาหกรรมที่เติบโตอย่างรวดเร็ว โดยผสมผสานการเดินทางเข้ากับกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจ เช่น สปา โยคะ การบำบัดทางการแพทย์ และการดูแลสุขภาพองค์รวม<sup>(12)</sup> ซึ่งเทคโนโลยีดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์ (AI) มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาประสบการณ์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ โดยช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการ เพิ่มความสะดวกให้กับผู้บริโภคและยกระดับมาตรฐานการดูแลสุขภาพ โดยมีนวัตกรรมทางเทคโนโลยีดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์ที่มีบทบาทสำคัญต่อการสนับสนุนการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในอนาคต มีดังนี้

1. เทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Technology) เป็นการ ใช้ระบบดิจิทัล (digital system) และคอมพิวเตอร์ ในการประมวลผล จัดเก็บ แปลงข้อมูล และส่งผ่านข้อมูลในรูปแบบ เลขฐานสอง ที่ช่วยสร้าง จัดเก็บ และจัดการข้อมูลเพื่อนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยอาศัยอัลกอริทึม ซอฟต์แวร์และ ฮาร์ดแวร์ เพื่อทำให้เกิดความรวดเร็ว ความแม่นยำ และความสามารถในการเชื่อมโยงข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพได้รับประโยชน์จากการพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ ความสะดวกสบายของนักท่องเที่ยว และการบริหารจัดการด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น แนวทางสำคัญในการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาประยุกต์ใช้ในอุตสาหกรรมนี้ ได้แก่

1.1) แพลตฟอร์มออนไลน์สำหรับการจองและบริหารจัดการทริปสุขภาพ แพลตฟอร์มออนไลน์เป็นเครื่องมือสำคัญในการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เนื่องจากช่วยให้ผู้ใช้สามารถค้นหาข้อมูล จองบริการสุขภาพ และจัดการแผนการเดินทางได้อย่างสะดวกและมีประสิทธิภาพ โดยแพลตฟอร์มเหล่านี้มักรวมบริการด้านสุขภาพ การท่องเที่ยว และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ

เข้าไว้ในที่เดียวกัน เพื่อตอบสนองความต้องการของนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ต้องการการดูแลที่เหมาะสมและคุ้มค่า<sup>(13)</sup>

ตัวอย่างแพลตฟอร์มออนไลน์ที่ได้รับความนิยมในช่วงที่ผ่านมา ได้แก่ (1) Booking.com และ Agoda (แพลตฟอร์มจองที่พักพร้อมบริการสุขภาพ) ปัจจุบันแพลตฟอร์มเหล่านี้ได้เพิ่มตัวเลือกที่พักสำหรับนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เช่น รีสอร์ทเพื่อสุขภาพ โรงแรมที่มีบริการสปาและศูนย์พักฟื้นหลังการรักษา นักท่องเที่ยวสามารถเลือกที่พักตามประเภทของบริการสุขภาพที่ต้องการ เช่น สปา-ธรรมชาติ โยคะบำบัด หรือศูนย์ดีท็อกซ์ รวมถึงแพลตฟอร์มสามารถแสดงรีวิวจากผู้ใช้งานจริงเพื่อช่วยในการตัดสินใจ (2) Medical Departures และ MyMediTravel (แพลตฟอร์มสำหรับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์) แพลตฟอร์มเหล่านี้เน้นให้บริการจองการรักษาทางการแพทย์ เช่น การทำศัลยกรรมตกแต่ง ทันตกรรม และการรักษาด้วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู ผู้ใช้สามารถเปรียบเทียบราคา เลือกแพทย์ และจองโปรแกรมสุขภาพที่เหมาะสม รวมถึงมีบริการสนับสนุน เช่น การจัดหาที่พักและการเดินทางสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการรักษาตัวในต่างประเทศ และ (3) Heal in Turkey และ Bumrungrad International (แพลตฟอร์มโรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพเฉพาะทาง) โรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพขนาดใหญ่ในหลายประเทศได้พัฒนาแพลตฟอร์มของตนเองเพื่อรองรับนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ นักท่องเที่ยวสามารถนัดหมายแพทย์ เลือกแพ็คเกจสุขภาพ และชำระเงินล่วงหน้าผ่านระบบออนไลน์ รวมถึงมีบริการช่วยเหลือด้านวิชา การเดินทาง และล่ามแปลภาษา เป็นต้น กล่าวได้ว่าแพลตฟอร์มออนไลน์เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสามารถเข้าถึงและใช้งานได้ง่ายขึ้น ซึ่งช่วยเพิ่มความสะดวกในการวางแผนการเดินทางและยกระดับคุณภาพบริการในอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวได้<sup>(14)</sup>

**1.2) Big Data และ Data Analytics** ในการวางแผนบริการสุขภาพ คำว่า big data หมายถึง การจัดเก็บและประมวลผลข้อมูลขนาดใหญ่จากหลายแหล่ง เช่น ข้อมูลสุขภาพของนักท่องเที่ยว รีวิวออนไลน์ และข้อมูลจาก wearable devices ส่วนคำว่า data analytics คือ การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก เช่น การทำนายแนวโน้มการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ การบริหาร

จัดการทรัพยากร และการพัฒนาบริการที่ตรงกับความต้องการของลูกค้า<sup>(15)</sup> โดยบทบาทของ big data และ data analytics ในการวางแผนบริการสุขภาพมีหลายประการ ได้แก่ (1) การวิเคราะห์แนวโน้มพฤติกรรมของนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ โดยระบบ big data สามารถรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เช่น การค้นหาบริการสุขภาพออนไลน์ รีวิวจากผู้ใช้งาน และข้อมูลจากอุปกรณ์สวมใส่ เพื่อระบุแนวโน้มพฤติกรรมของนักท่องเที่ยว และสามารถใช้ Machine Learning (ซึ่งเป็นสาขาหนึ่งของ AI) เพื่อทำนายแนวโน้มของอุปสงค์ เช่น ฤดูกาลที่มีผู้ใช้บริการสุขภาพสูงสุด หรือประเภทของบริการสุขภาพที่ได้รับความนิยมในแต่ละช่วงเวลา (2) การปรับปรุงคุณภาพบริการสุขภาพ การใช้ big data สามารถช่วยโรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพปรับปรุงคุณภาพของการบริการผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลจากการประเมินผลความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ตัวอย่างเช่น โรงแรมและรีสอร์ทเพื่อสุขภาพสามารถใช้ข้อมูลจากแบบสอบถามออนไลน์และรีวิวของลูกค้าเพื่อปรับปรุงเมนูอาหารสุขภาพ โปรแกรมออกกำลังกาย และกิจกรรมฟื้นฟูร่างกาย และ (3) การบริหารจัดการทรัพยากรและต้นทุนบริการสุขภาพ ระบบวิเคราะห์ข้อมูลช่วยให้ศูนย์สุขภาพและโรงพยาบาลสามารถบริหารจัดการทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การจัดสรรแพทย์พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ให้เหมาะสมกับจำนวนผู้ใช้บริการ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลด้านต้นทุนและประสิทธิภาพในการลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น และเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของสถานบริการ

กรณีศึกษาการใช้ big data และ data analytics ได้แก่ (1) โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ในประเทศไทย ได้ใช้ big data analytics ในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยจากหลายประเทศเพื่อนำเสนอแพ็คเกจสุขภาพที่ตรงกับความต้องการของแต่ละตลาด โดยเฉพาะระบบ AI chatbots และ predictive analytics เพื่อวิเคราะห์อาการเบื้องต้นของผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการ ช่วยลดระยะเวลารอคอยและเพิ่มความแม่นยำในการให้คำแนะนำ<sup>(16)</sup> (2) Mayo Clinic ในสหรัฐอเมริกา ได้ใช้ระบบการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล ด้วย big data ร่วมกับ AI-driven health analytics เพื่อพัฒนา personalized health plans สำหรับผู้ป่วยที่เดินทางมาเพื่อเข้ารับบริการสุขภาพ ซึ่งระบบ

สามารถวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยจาก electronic health records (EHRs) และ wearable devices เพื่อออกแบบโปรแกรมการรักษาเฉพาะบุคคลได้<sup>(17)</sup> เป็นต้น กล่าวได้ว่า การใช้ big data และ data analytics ในการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพช่วยให้ผู้ให้บริการวางแผนและพัฒนาบริการที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการปรับปรุงคุณภาพบริการ การบริหารจัดการต้นทุน หรือการสร้างโปรแกรมสุขภาพเฉพาะบุคคล กรณีศึกษาต่างๆ แสดงให้เห็นว่า เทคโนโลยีนี้สามารถช่วยให้ธุรกิจสุขภาพเติบโตได้อย่างยั่งยืน และตอบสนองความต้องการของนักท่องเที่ยวได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>(18)</sup>

**1.3) Telemedicine & Internet of Things (IoT)** คำว่า telemedicine หรือเวชศาสตร์ทางไกลเป็นการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อให้บริการทางการแพทย์ระยะไกล เช่น การให้คำปรึกษา การวินิจฉัย และการรักษาผ่านระบบวิดีโอคอลหรือแอปพลิเคชันสุขภาพ ส่วน internet of things (IoT) หมายถึง เครือข่ายของอุปกรณ์อัจฉริยะที่เชื่อมต่อและแลกเปลี่ยนข้อมูลแบบเรียลไทม์ เช่น wearable devices ที่ตรวจวัดอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต หรือคุณภาพการนอนหลับ<sup>(19)</sup>

กรณีศึกษาและตัวอย่างการประยุกต์ใช้ telemedicine & internet of things (IoT) ได้แก่ (1) การใช้ telemedicine ในการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ พบว่าประเทศไทยมีโรงพยาบาลที่รองรับ medical tourism เช่น โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ ที่ใช้ telemedicine เพื่อให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยต่างชาติ ทำให้นักท่องเที่ยวสามารถปรึกษาแพทย์ผ่านระบบออนไลน์ ก่อนเดินทาง และติดตามผลการรักษาหลังจากกลับประเทศได้<sup>(16)</sup> (2) การใช้ IoT กับศูนย์สุขภาพและสปา รีสอร์ทสุขภาพอย่าง SHA Wellness Clinic ในประเทศสเปน ได้ใช้ wearable devices เพื่อติดตามค่าทางสุขภาพของลูกค้า เช่น ระดับความเครียด อัตราการเต้นของหัวใจ และคุณภาพการนอน ร่วมกับใช้ AI วิเคราะห์ข้อมูลจาก IoT เพื่อแนะนำโปรแกรมสุขภาพเฉพาะบุคคล และ (3) ระบบ smart hospitals ในญี่ปุ่น โรงพยาบาลในญี่ปุ่นใช้ IoT และ remote patient monitoring (RPM) เพื่อติดตามอาการของนักท่องเที่ยวที่เข้ารับบริการทางการแพทย์ เช่น เครื่องตรวจวัดความดันโลหิตอัจฉริยะที่ส่งข้อมูลตรงถึงแพทย์<sup>(20)</sup> เป็นต้น แสดงให้เห็นว่า telemedicine และ

IoT เป็นเทคโนโลยีสำคัญที่ช่วยพัฒนาการท่องเที่ยว โดยช่วยให้การให้บริการทางการแพทย์มีความสะดวกและปลอดภัย

**1.4) เทคโนโลยีเสมือนจริง (VR) และเทคโนโลยีเสริมจริง (AR)** คำว่า เทคโนโลยีเสมือนจริง (virtual reality) หมายถึง การสร้างสภาพแวดล้อมจำลองที่ผู้ใช้สามารถสัมผัสผ่านอุปกรณ์ VR เช่น แว่นตา VR เพื่อให้ประสบการณ์ที่สมจริง ส่วนเทคโนโลยีเสริมจริง (augmented reality) หมายถึง การเพิ่มองค์ประกอบดิจิทัลเข้าไปในโลกจริง เช่น การใช้สมาร์ทโฟนหรือแว่นตา AR<sup>(21)</sup> เพื่อแสดงข้อมูลเสริมเกี่ยวกับสถานที่ท่องเที่ยวหรือสุขภาพ

กรณีศึกษาและตัวอย่างการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเสมือนจริง (VR) และเทคโนโลยีเสริมจริง (AR) ได้แก่ (1) VR เพื่อสร้างประสบการณ์สปาเสมือนจริง อย่าง Resorts World Sentosa ในประเทศสิงคโปร์ได้ใช้ VR Spa Experience ให้ลูกค้าสวมแว่น VR เพื่อสัมผัสบรรยากาศเงียบสงบในขณะที่รับบริการนวด ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการผ่อนคลาย (2) AR เพื่อเสริมประสบการณ์โยคะและฟิตเนส อย่าง Mirror ในสหรัฐอเมริกา เป็นกระจกอัจฉริยะที่ใช้ AR ช่วยแนะนำท่าออกกำลังกายและโยคะเสมือนจริง โดยผู้ใช้สามารถเห็นตัวเองและรับคำแนะนำจากโค้ชเสมือน (3) VR สำหรับการบำบัดสุขภาพจิต อย่าง Psious VR ในสเปน เป็นแพลตฟอร์ม VR ที่ใช้รักษาความเครียด ความวิตกกังวล และ PTSD โดยการจำลองสภาพแวดล้อมเพื่อการบำบัด และ (4) AR ในรีสอร์ทสุขภาพและการท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพ อย่าง Lanserhof Tegernsee ในประเทศเยอรมนีใช้ AR Smart Glasses เพื่อนำเสนอข้อมูลสุขภาพแบบโต้ตอบ เช่น คำแนะนำด้านโภชนาการ ข้อมูลสภาพร่างกาย และการติดตามผลสุขภาพแบบเรียลไทม์ กล่าวได้ว่า VR และ AR กำลังเปลี่ยนโฉมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ โดยเพิ่มมิติใหม่ในการผ่อนคลาย บำบัด และเสริมประสบการณ์ให้กับนักท่องเที่ยวอย่างก้าวกระโดด<sup>(22)</sup>

**1.5) บล็อกเชน (Blockchain) และความปลอดภัยของข้อมูล (Data Security)** บล็อกเชนเป็นเทคโนโลยีที่ช่วยในการบันทึกธุรกรรมและข้อมูลในลักษณะที่กระจาย-ศูนย์ (decentralized) และเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ยาก (immutable) โดยข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บไว้ใน “บล็อก”

และถูกเชื่อมโยงกันเป็น “โซ่ (chain)” ซึ่งช่วยให้การจับเก็บข้อมูลมีความปลอดภัย โปร่งใส และตรวจสอบได้ง่าย<sup>(23)</sup> และในบริบทของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความปลอดภัยของข้อมูล หมายถึง การปกป้องข้อมูลด้านสุขภาพของนักท่องเที่ยว ไม่ให้รั่วไหลหรือถูกแฮ็ก เช่น ข้อมูลเวชระเบียน (medical records) ประวัติการรักษา และข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งเทคโนโลยีบล็อกเชนสามารถช่วยเพิ่มความปลอดภัยในการจัดการข้อมูลเหล่านี้ได้

กรณีศึกษาและตัวอย่างการประยุกต์ใช้บล็อกเชนและความปลอดภัยของข้อมูล ได้แก่ (1) กรณีการใช้บล็อกเชนในการจัดเก็บเวชระเบียนนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของ MyClinic ซึ่งเป็นแพลตฟอร์มที่ใช้ บล็อกเชนในการจัดเก็บเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ นักท่องเที่ยวสามารถเข้าถึงและแชร์ประวัติการรักษาได้อย่างปลอดภัยกับโรงพยาบาลและคลินิกที่อยู่ในเครือข่าย โดยไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับการสูญหายหรือการปลอมแปลงข้อมูล (2) การใช้บล็อกเชนในการประกันสุขภาพสำหรับนักท่องเที่ยวของ Fizzy AXA ซึ่งโครงการประกันการเดินทางที่ใช้บล็อกเชน Smart Contract ระบบสามารถจ่ายเงินประกันอัตโนมัติได้หากเที่ยวบินล่าช้าหรือเกิดเหตุฉุกเฉินด้านสุขภาพ โดยไม่ต้องมีเอกสารจำนวนมาก และ (3) บล็อกเชนเพื่อความปลอดภัยของข้อมูลการจองและการชำระเงิน อย่าง Travalva (แพลตฟอร์มจองโรงแรมด้วยคริปโตเคอร์เรนซี) เพื่อเพิ่มความปลอดภัยของธุรกรรม การจองโรงแรมและศูนย์สุขภาพ รวมถึงข้อมูลการชำระเงิน ถูกเข้ารหัส ทำให้ปลอดภัยจากการถูกขโมย กลุ่มลูกค้าเป้าหมายของบล็อกเชนและความปลอดภัยของข้อมูลสามารถแบ่งออกเป็นกลุ่มหลักๆ ได้แก่ นักท่องเที่ยว-เชิงสุขภาพ บริษัทประกันสุขภาพ โรงพยาบาลและคลินิก-สุขภาพ และผู้ให้บริการด้านการท่องเที่ยว กล่าวได้ว่า บล็อกเชนเป็นเทคโนโลยีสำคัญที่ช่วยปกป้องข้อมูลของนักท่องเที่ยว ลดการปลอมแปลงและการโจรกรรมข้อมูล และเพิ่มความโปร่งใสในธุรกรรมการจองและการชำระเงิน ช่วยให้การให้บริการด้านสุขภาพระหว่างประเทศเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยมากขึ้น<sup>(24)</sup>

## 2. เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (AI Technology)

เป็นเทคโนโลยีที่ช่วยให้ระบบคอมพิวเตอร์สามารถเรียนรู้ วิเคราะห์ และตัดสินใจได้เหมือนมนุษย์ ซึ่งในอุตสาหกรรม

การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ AI ถูกนำมาใช้เพื่อเพิ่มความสะดวกในการให้บริการ วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ และช่วยพัฒนาประสบการณ์ของนักท่องเที่ยวให้ดียิ่งขึ้น<sup>(25)</sup> ในปัจจุบันทั่วโลกต่างให้ความสำคัญและเร่งพัฒนา นโยบาย มาตรฐาน และหลักธรรมาภิบาลปัญญาประดิษฐ์ เพื่อเป็นกรอบหรือทิศทางในการประยุกต์ใช้งาน AI ได้อย่างสร้างสรรค์ และมีประสิทธิภาพ เป็นไปตามหลักจริยธรรมและธรรมาภิบาลที่ควรจะเป็นอย่างต่อเนื่อง<sup>(26)</sup> แนวทางสำคัญในการนำเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์มาประยุกต์ใช้ในอุตสาหกรรมนี้ ได้แก่

### 2.1) การประมวลผลด้วย Machine Learning & Data Analytics

คำว่า machine learning (ML) คือ เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (AI) ที่ช่วยให้ระบบสามารถเรียนรู้จากข้อมูล และนำข้อมูลนั้นมาใช้เพื่อทำนายหรือแนะนำแนวทางที่เหมาะสม โดยไม่ต้องมีการเขียนโปรแกรมกำหนดล่วงหน้า<sup>(27)</sup> ส่วน data analytics ช่วยให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ (big data) เพื่อค้นหาแนวโน้ม พฤติกรรม และปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของนักท่องเที่ยว โดยวิธีการประยุกต์ใช้ในการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพมีหลากหลายวิธี เช่น (1) การวิเคราะห์พฤติกรรมของนักท่องเที่ยวเพื่อแนะนำแพ็คเกจสุขภาพเฉพาะใช้ ML และ predictive analytics วิเคราะห์พฤติกรรมของนักท่องเที่ยว เช่น อายุ โรคประจำตัว และความสนใจ เพื่อแนะนำบริการสุขภาพที่เหมาะสม<sup>(28)</sup> (2) การพยากรณ์แนวโน้มการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ด้วย big data ร่วมกับ predictive analytics วิเคราะห์ข้อมูลจากโซเชียลมีเดีย เว็บไซต์ท่องเที่ยว และฐานข้อมูลสุขภาพเพื่อคาดการณ์ประเภทบริการที่ได้รับความนิยม<sup>(29)</sup> (3) การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพจากอุปกรณ์ IoT และ wearable devices ด้วย ML ร่วมกับ IoT และ real-time data analytics อย่างเครื่องวัดอัตราการเต้นของหัวใจ สมาร์ทวอตช์ และอุปกรณ์สุขภาพ รวบรวมข้อมูลสุขภาพของนักท่องเที่ยว วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพแบบเรียลไทม์เพื่อแนะนำกิจกรรมที่เหมาะสมหรือเตือนเมื่อมีความผิดปกติ (4) การใช้ AI ในระบบจองและบริหารจัดการทริปสุขภาพ ด้วย AI chatbots ร่วมกับ ML และ NLP สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับโปรแกรมสุขภาพ (เช่น รีวิวจากลูกค้า คำแนะนำด้านสุขภาพ ข้อกำหนดการเข้ารับบริการ) และประยุกต์ใช้ ML คาดการณ์อัตราการ

จองห้องพัก สถานพยาบาล และปรับราคาแบบไดนามิก (dynamic pricing) กล่าวได้ว่า ML และ data analytics มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการด้านสุขภาพ โดยช่วยให้ผู้ประกอบการสามารถเข้าใจความต้องการของนักท่องเที่ยวได้ดียิ่งขึ้น และพัฒนาบริการที่ตรงกับความต้องการของแต่ละบุคคล<sup>(30)</sup>

**2.2) Chatbots & Virtual Assistants** ได้เข้ามา มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาอุตสาหกรรมนี้ โดยช่วยเพิ่มความสะดวกสบายให้กับนักท่องเที่ยวและปรับปรุงคุณภาพการให้บริการของสถานประกอบการด้านสุขภาพ คำว่า chatbots คือ ระบบอัตโนมัติที่สามารถโต้ตอบกับผู้ใช้ผ่านข้อความหรือเสียง โดยอาศัยเทคโนโลยี NLP และ ML เพื่อให้สามารถเข้าใจและตอบสนองต่อคำถามของผู้ใช้ได้อย่างแม่นยำ ในขณะที่ virtual assistants เป็นระบบที่มีความซับซ้อนมากขึ้น สามารถช่วยผู้ใช้บริหารจัดการข้อมูลด้านสุขภาพ วางแผนการเดินทาง และให้คำแนะนำที่ปรับแต่งตามความต้องการของแต่ละบุคคล การประยุกต์ใช้ chatbots และ virtual assistants ในการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสามารถแบ่งออกเป็นหลายด้าน ได้แก่ การให้ข้อมูลและตอบคำถามเกี่ยวกับบริการสุขภาพ การจองและจัดการทริปสุขภาพ การให้คำแนะนำด้านสุขภาพระหว่างการเดินทาง การดูแลสุขภาพแบบเรียลไทม์ผ่าน AI และ IoT รวมถึงการประเมินความพึงพอใจและวิเคราะห์ข้อมูล อย่างไรก็ตาม แม้ว่า chatbots และ virtual assistants จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ แต่ประเด็นเรื่องความปลอดภัยของข้อมูลสุขภาพและการคุ้มครองความเป็นส่วนตัวยังคงเป็นข้อท้าทายที่ต้องได้รับการดูแลเพื่อให้เทคโนโลยีเหล่านี้ถูกนำมาใช้อย่างเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุด<sup>(31)</sup>

## ข้อท้าทายและข้อควรระวังในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในท่องเที่ยวสุขภาพ

การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในอุตสาหกรรมท่องเที่ยวสุขภาพช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ แต่ก็มีข้อท้าทายที่ควรระมัดระวัง โดยเฉพาะเรื่องความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยของข้อมูล ซึ่งเป็นความเสี่ยงจากการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของนักท่องเที่ยวหากไม่มีการรักษาความปลอดภัยที่เหมาะสม นอกจากนี้การพึ่งพาเทคโนโลยี

มากเกินไปอาจทำให้เกิดการขาดการสื่อสารที่เป็นมนุษย์ ส่งผลให้บริการไม่สามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าได้อย่างเต็มที่ อีกทั้งการปรับตัวของธุรกิจ เป็นประเด็นสำคัญโดยเฉพาะในธุรกิจขนาดเล็กที่อาจขาดทรัพยากรในการนำเทคโนโลยีใหม่ๆ มาใช้ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการและประสบการณ์ของลูกค้า การเข้าถึงเทคโนโลยีก็เป็นข้อควรระวังโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้ที่ไม่คุ้นเคยกับการใช้เทคโนโลยี การที่กลุ่มนี้ไม่สามารถใช้งานอุปกรณ์หรือแอปพลิเคชันได้อาจทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพยากขึ้นสุดท้าย การใช้ข้อมูลที่ไม่แม่นยำ อาจทำให้การแนะนำบริการหรือโปรแกรมสุขภาพไม่ตรงกับความต้องการของนักท่องเที่ยวส่งผลให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพได้ ดังนั้นผู้ประกอบการควรใช้เทคโนโลยีอย่างรอบคอบ โดยพิจารณาถึงความปลอดภัย ความเป็นส่วนตัวและความสะดวกในการใช้งานของลูกค้า เพื่อให้การใช้เทคโนโลยีในอุตสาหกรรมท่องเที่ยวสุขภาพเกิดประโยชน์สูงสุด<sup>(32)</sup> ผู้ให้บริการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ควรพิจารณาถึงประเด็นดังต่อไปนี้

**1. การจำแนกระดับข้อมูลสุขภาพในระบบ AI และเทคโนโลยีดิจิทัล** ข้อมูลทางสุขภาพมีหลายระดับ ตั้งแต่ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ชีวิตไปจนถึงข้อมูลการวินิจฉัยและรักษาโรค ดังนั้น การใช้ AI และเทคโนโลยีดิจิทัลควรมีการจำแนกระดับข้อมูลที่เหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงจากข้อมูลที่ผิดพลาด (misinformation) และข้อมูลบิดเบือน (disinformation) จำแนกได้ดังนี้ (1) ข้อมูลระดับพื้นฐาน เป็นข้อมูลด้านสุขภาพทั่วไป เช่น โภชนาการ การออกกำลังกาย และสุขอนามัย ซึ่งสามารถเผยแพร่ผ่านแพลตฟอร์มสุขภาพออนไลน์หรือแชทบอทที่ให้คำแนะนำด้านสุขภาพเบื้องต้น (2) ข้อมูลระดับการวิเคราะห์เบื้องต้น ใช้เซ็นเซอร์หรืออุปกรณ์ IoT เพื่อตรวจวัดค่าทางสุขภาพ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ หรือการเผาผลาญพลังงาน เพื่อให้ผู้ใช้สามารถประเมินสุขภาพของตนเองได้ (3) ข้อมูลระดับการสนับสนุนการตัดสินใจทางการแพทย์ ใช้ AI ช่วยแพทย์วิเคราะห์ข้อมูล เช่น ภาพถ่ายเอกซเรย์ หรือผลตรวจจากห้องปฏิบัติการ เพื่อช่วยให้แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคได้แม่นยำขึ้น และ (4) ข้อมูลระดับการวินิจฉัยและรักษา เป็นระดับที่ AI สามารถเสนอแนวทางการรักษาโดยอัตโนมัติ เช่น ระบบ AI ที่สามารถวินิจฉัยมะเร็ง

จากภาพถ่ายผิวหนัง อย่างไรก็ตาม ข้อมูลในระดับนี้ยังต้องได้รับการตรวจสอบจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้

**2. การลดความเสี่ยงจากข้อมูลสุขภาพที่ผิดพลาด** หนึ่งในปัญหาสำคัญของการใช้ AI และเทคโนโลยีดิจิทัลคือ ความเสี่ยงของข้อมูลที่ผิดพลาด ซึ่งอาจนำไปสู่การตัดสินใจทางสุขภาพที่ไม่รอบด้าน (misinformed choices) ดังนั้น จึงต้องมีมาตรการป้องกัน ได้แก่ (1) การตรวจสอบแหล่งข้อมูล ควรใช้แหล่งข้อมูลจากองค์กรที่น่าเชื่อถือ เช่น องค์การอนามัยโลก หรือศูนย์ควบคุมโรค สหรัฐอเมริกา (2) การพัฒนา Explainable AI (XAI) ซึ่งเป็น AI ที่สามารถอธิบายเหตุผลเบื้องหลังการตัดสินใจ เพื่อให้ผู้ใช้สามารถเข้าใจและประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้ และ (4) การควบคุมคุณภาพข้อมูลผ่านมาตรฐานสากล เช่น GDPR ที่กำหนดให้ผู้ใช้สามารถเข้าถึงและควบคุมข้อมูลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม

**3. AI จะเข้ามาแทนที่แพทย์ในอนาคตหรือไม่** เป็นประเด็นคำถามที่สำคัญและน่าสนใจในปัจจุบัน แม้ว่า AI จะสามารถช่วยเหลือแพทย์ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ซับซ้อนและสนับสนุนการตัดสินใจทางการแพทย์ แต่ในทางปฏิบัติ AI ยังมีข้อจำกัดในด้านความแม่นยำและจริยธรรม ดังนั้น แนวโน้มของ AI ในวงการแพทย์จึงน่าจะเป็นการทำงานร่วมกับแพทย์ มากกว่าที่จะแทนที่แพทย์โดยสมบูรณ์ ผู้เขียนได้จำแนกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (1) ระยะปัจจุบัน AI ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยแพทย์ เช่น การช่วยวิเคราะห์ภาพเอกซเรย์ หรือการวิเคราะห์ผลตรวจเลือด (2) ระยะกลาง AI อาจช่วยออกแบบแผนการรักษาเฉพาะบุคคล โดยใช้ข้อมูลจากพันธุกรรมและพฤติกรรมของผู้ป่วย และ (3) ระยะยาว แม้ว่า AI อาจมีศักยภาพในการทำงานแทนแพทย์ในบางด้าน แต่ปัจจัยด้านจริยธรรม ความไว้วางใจ และกฎหมายยังเป็นข้อจำกัดสำคัญ

โดยสรุป AI และเทคโนโลยีดิจิทัลได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพและสนับสนุนการตัดสินใจทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม ยังจำเป็นต้องมีการจำแนกระดับข้อมูล การควบคุมคุณภาพข้อมูล และการพัฒนา AI ให้สามารถอธิบายเหตุผลในการตัดสินใจได้อย่างชัดเจน แม้ว่า AI จะช่วยให้แพทย์สามารถให้บริการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ในอนาคตผู้เชี่ยวชาญคาดว่า AI น่าจะยังคงเป็นผู้ช่วยแพทย์มากกว่าที่จะเข้ามาแทนที่แพทย์โดยสมบูรณ์

## อนาคตของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเป็นอุตสาหกรรมที่เติบโตอย่างต่อเนื่อง อันเป็นผลมาจากความตระหนักด้านสุขภาพของประชากรโลกที่เพิ่มขึ้น ควบคู่ไปกับความก้าวหน้าของเทคโนโลยีดิจิทัลและระบบบริการทางการแพทย์ การที่เทคโนโลยีดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการยกระดับคุณภาพบริการ ลดต้นทุน และเพิ่มประสิทธิภาพของอุตสาหกรรมนี้ สามารถทำให้ประเทศไทยมีศักยภาพสูงในการเป็นศูนย์กลางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพระดับโลก (wellness hub) ได้ จากจุดแข็งด้านบริการทางการแพทย์ที่มีมาตรฐาน สถานที่ท่องเที่ยวที่เอื้อต่อการพักผ่อน และค่าใช้จ่ายที่แข่งขันได้ เทคโนโลยีดิจิทัลสามารถช่วยเสริมความแข็งแกร่งของอุตสาหกรรมได้ โดยเฉพาะการนำ AI และ big data มาใช้วิเคราะห์พฤติกรรมและความต้องการของนักท่องเที่ยว การประยุกต์ใช้ telemedicine และ IoT ในการติดตามสุขภาพระยะไกล ตลอดจน blockchain เพื่อคุ้มครองข้อมูลทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม การพัฒนาเทคโนโลยีดังกล่าวต้องคำนึงถึงจริยธรรมและความปลอดภัยของข้อมูล โดยเฉพาะประเด็นการใช้ AI ในการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ ซึ่งอาจนำไปสู่อคติของอัลกอริทึม (algorithmic bias) การตัดสินใจที่ผิดพลาด (misinformed choices) และการละเมิดความเป็นส่วนตัวของผู้ใช้ หากขาดมาตรการกำกับดูแลที่เหมาะสม เพื่อให้การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของประเทศไทยเติบโตอย่างยั่งยืน ควรมีแนวทางที่สมดุลระหว่างการคุ้มครองผู้บริโภค รวมถึงการพัฒนามาตรฐานด้านความปลอดภัยของข้อมูลและจริยธรรมในการใช้ AI ควบคู่ไปกับการส่งเสริมศักยภาพของบุคลากรไทยในอุตสาหกรรม การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ไม่เพียงแต่จะช่วยเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศในระดับโลก แต่ยังช่วยให้ประชาชนไทยได้รับประโยชน์อย่างทั่วถึง ประเทศไทยจึงควรมุ่งเน้นการพัฒนาอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพอย่างรอบด้าน ทั้งในมิติของเทคโนโลยี การคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค และการพัฒนากำลังคน เพื่อสร้างสมดุลระหว่างนวัตกรรมและจริยธรรม อันจะนำไปสู่การเป็นศูนย์กลางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพระดับโลกที่ยั่งยืนและแข่งขันได้ในระยะยาว

## เอกสารอ้างอิง

1. วาริพร ชูศร, วรลักษณ์ ลลิตศิริวิมล. การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ: ความสามารถในการแข่งขันของประเทศไทย. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2563;7(2):205-26.
2. Smart Finder. การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (health tourism) หรือ wellness tourism [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 23 ม.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://soraso.net/th/blog/health-tourism/>
3. กรุงเทพธุรกิจ. นักท่องเที่ยวจีนเที่ยวไทยไตรมาส 4 ปี 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 23 ม.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.bangkokbiznews.com/blog/detail/642820>
4. ประชาชาติธุรกิจ. การท่องเที่ยวทั่วโลกจะมีมูลค่า 15.5 ล้านล้านดอลลาร์เหรียญ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 23 ม.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://today.line.me/th/v2/article/3N9VvzP>
5. Global Wellness Institute. The global wellness economy: Thailand [Internet]. 2022 [cited 2025 Jan 23]. Available from <https://globalwellnessinstitute.org/geography-of-wellness/wellness-in-thailand/>
6. มานิดา ผิวจันทร์. การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ: แนวโน้มกิจกรรมสุขภาพในกลุ่มโรงแรมและรีสอร์ท. Journal of Social Sciences and Humanities Research in Asia 2567;30(1):105-22.
7. ภูริตา บุญล้อม. ส่องเทรนด์ wellness tourism การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เที่ยวอย่างไรให้ได้สุขภาพดี [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 23 ม.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://thestandard.co/wellness-tourism/>
8. Milton AT, Philosophers C. Artificial intelligence in tourism-a review of trends opportunities and challenges. International Journal for Multidimensional Research Perspectives 2023;1(2):1-11.
9. Sustacha I, Baños-Pino JF, Valle ED. The role of technology in enhancing the tourism experience in smart destinations: a meta-analysis. Journal of Destination Marketing & Management 2023;30(1):1-12.
10. Abdel Rady HAW. The role of artificial intelligence to enhance health tourism applications in Egyptian tourist destinations. Minia Journal of Tourism and Hospitality Research 2024;17(2):44-62.
11. Yin X. Health tourism experience in the digital era: intelligent technology and user satisfaction. Frontiers in Business Economics and Management 2024;12(3):175-77.
12. Global Wellness Institute. 2024 global wellness economy monitor. Florida: Global Wellness Institute; 2024.
13. Arzoumanidis I, Petti L, Raggi A. Online booking platforms: towards making more sustainable choices. Cleaner Production Letters 2022;3(1):1-6.
14. Mantovani A, Piga CA, Reggiani C, Shevtsova Y. Platform-enabled innovation adoption in the tourism sector: a case study on Booking.com. Tourism Management Perspectives 2024;54(1):1-5.
15. ประมิม โพรพัฒน์โพบูลย์. การพัฒนาประสิทธิภาพการตลาดดิจิทัลด้วยข้อมูลขนาดใหญ่. วารสารนวัตกรรมการบริหารและการจัดการ 2565;10(1):15-23.
16. ชญานิษฐ์ ดาศรี. รพ.บำรุงราษฎร์ มุ่ง medical technology สร้างความต่างอย่างสากล [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 25 ม.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://techsauce.co/corp-innov/medical-technology-bumrungrad>
17. CereCore. Big data, better care: inside mayo clinic's analytics strategy [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 25]. Available from: <https://resources.cerecore.net/big-data-better-care-inside-mayo-clinics-analytics-strategy>
18. Batko K, Slezak A. The use of big data analytics in healthcare. Journal of Big Data 2022;9:1-24.
19. Elmi AA, Abdullahi MO, Osman H. Internet of Things in telemedicine: a systematic review of current trends and future directions. Instrumentation Measure Métrologie 2024;23(6):463-72.
20. Elendu C, Elendu TC, Elendu ID. 5G-enabled smart hospitals: innovations in patient care and facility management. Medicine (Baltimore) 2024;103(20):1-10.
21. พันธบงกช ปาณมาลา, จักรพรรพ์ วิชาครวิทย์, วันทนีย์ สุนทรสิงห์ เสนีย์วงศ์ ณ อยุธยา, ชาญ คำภีร์แปง. METAVERSE: การเรียนรู้ด้วยเทคโนโลยีเสมือนจริง. วารสารสมาคมพัฒนาวิชาชีพการบริหารการศึกษาแห่งประเทศไทย 2568;6(4):485-97.

22. Tsimakis A, Sotiropoulou I, Telonis G, Halkiopoulou C, Boutsinas B. Virtual reality (VR) and augmented reality (AR) in tourism and hospitality. A systematic evaluation. *Recent Advancements in Tourism Business, Technology and Social Sciences* 2024;1(1):63-81.
23. กัมปนาท บุริมาตร, พิธีณี อักษา. การศึกษาอุปสรรคของการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีบล็อกเชนในอุตสาหกรรมก่อสร้างประเทศไทย. *วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)* 2566;23(2):53-66.
24. Haleem A, Javaid M, Singh RP, Suman R, Rab S. Blockchain technology applications in healthcare: an overview. *International Journal of Intelligent Networks* 2021;2(1):130-9.
25. ปิยะฤทธิ์ อธิธิชัยวงศ์, กัลยกร วีระกาญจนนา. ปัญญาประดิษฐ์ทางการแพทย์ 101 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์: ความรู้ที่จำเป็นและข้อพิจารณาด้านกฎระเบียบในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 25 ม.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: [https://www.etda.or.th/getattachment/Our-Service/AIGC/Research-and-Recommendation/01-MedicalAI101forHealthProfessionalsEssential\\_TH-Piyaritt.pdf.aspx?lang=th-TH](https://www.etda.or.th/getattachment/Our-Service/AIGC/Research-and-Recommendation/01-MedicalAI101forHealthProfessionalsEssential_TH-Piyaritt.pdf.aspx?lang=th-TH)
26. ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ. เปิดตัวศูนย์ “AI Governance Clinic by ETDA (AIGC) ..ลุยสร้างหลักรรมาภิบาลการใช้ AI ทางทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 26 ม.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.nectec.or.th/news/news-pr-news/aigc-opening.html>
27. กอบเกียรติ สระอุบล. เรียนรู้ data science และ AI: machine learning ด้วย python. กรุงเทพมหานคร: มีเดีย เนทเวิร์ค; 2563.
28. Badouch M, Boutaounte M. Personalized travel recommendation systems: a study of machine learning approaches in tourism. *Journal of Artificial Intelligence Machine Learning and Neural Network* 2023;3(3):35-45.
29. Wu DC, Zhong S, Wu J, Song H. Tourism and hospitality forecasting with big data: a systematic review of the literature. *Journal of Hospitality & Tourism Research* 2024;49(3):615-34.
30. Ramos CMQ, Ashqar RI. Machine learning in health and wellness tourism. *Lecture Notes in Computer Science* 2023;1(1):502-18.
31. Khan FM, Azam MK. Chatbots in hospitality and tourism: a bibliometric synthesis of evidence. *Journal of the Academy of Business and Emerging Markets* 2023;3(2):29-40.
32. Farhud DD, Zokaei S. Ethical issues of artificial intelligence in medicine and healthcare. *Iran J Public Health* 2021;50(11):1-5.

# The Role of Digital Technology and Artificial Intelligence in Data Analysis for Health Tourism

Sarayoot Ratsamee

*Faculty of Education, Khon Kaen University, Khon Kaen Province, Thailand*

---

## Abstract

Health tourism in the digital age has changed rapidly due to the application of digital technology and artificial intelligence (AI), which has increased the efficiency of communication and service delivery, especially in analyzing health data to obtain accurate and useful information for tourists. These technologies play an important role in collecting, analyzing, and evaluating health data of service users through data classification techniques, health trend prediction, and personalized advice. In addition, digital platforms and AI have helped enhance the tourism experience and developed decision-making support systems for entrepreneurs and related agencies. However, the use of such technologies still faces challenges in terms of privacy and security of health data, which are important issues that need to be strictly regulated. Ultimately, the development of digital technology in the health tourism sector should aim to create a sustainable, transparent, and fair system so that all sectors benefit, including tourists, entrepreneurs, and health personnel, and so that Thailand can become a globally competitive health tourism hub.

**Keywords:** digital technology; artificial intelligence; health data analysis; health tourism

## หนองคาย: สู้สังคมผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาพ ด้วยภูมิปัญญาไทย

สิริกร นามลาบุตร, นุชสิทธิ์ จิตแก้ว, พีรวิชญ์ นามลาบุตร  
สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ กรุงเทพมหานคร

วันรับ: 15 ธ.ค. 2567

วันแก้ไข: 13 ม.ค. 2568

วันตอบรับ: 16 ม.ค. 2568

### บทนำ

ตามข้อมูลจากกระทรวงมหาดไทย ณ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 จังหวัดหนองคายมีประชากรทั้งหมด 511,944 คน โดยมีประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 18.38 ของประชากรทั้งหมด หรือประมาณ 94,636 คน แยกเป็นผู้สูงอายุ เพศหญิง 51,372 คน คิดเป็นร้อยละ 19.75 และผู้สูงอายุ เพศชาย 43,264 คน คิดเป็นร้อยละ 16.99 ของประชากรทั้งหมดตามลำดับ<sup>(1)</sup>

จังหวัดหนองคายกำลังเผชิญกับสังคมผู้สูงอายุที่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การนำภูมิปัญญาไทยมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพจึงเป็นทางออกที่น่าสนใจอย่างยิ่ง ตัวอย่างเช่น การใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการรักษาโรคเรื้อรัง การนวดแผนไทยเพื่อผ่อนคลาย หรือการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลักวิถีไทย ไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้น แต่ยังเป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพอีกด้วย อีกทั้งภูมิปัญญาไทยเกี่ยวกับสุขภาพนั้นสั่งสมมาแต่โบราณ เป็นความรู้ที่สืบทอดกันมาในครอบครัวและชุมชน โดยเน้นการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติและดำรงชีวิตอย่างสมดุล ซึ่งแตกต่างจากวัฒนธรรมอื่นๆ ภูมิปัญญาไทยยังคงมีความสำคัญและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีให้กับผู้สูงอายุ จากการศึกษาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของภาวดี ทะไกรราช<sup>(2)</sup> ชี้ให้เห็นว่าภูมิปัญญาพื้นบ้านมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในสังคมไทยปัจจุบันที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ องค์ความรู้จากบรรพบุรุษที่สอดคล้องกับ

วิถีชีวิตและสภาพแวดล้อม สามารถนำมาปรับใช้เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถมีส่วนร่วมในสังคมได้อย่างมีความสุข นอกจากนี้สายฝน เอกวางกูร และคณะ<sup>(3)</sup> ได้ศึกษาการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ได้ชี้ให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของภูมิปัญญาพื้นบ้านในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทยปัจจุบัน ผลการศึกษาพบว่า ภูมิปัญญาเหล่านี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้หลากหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นในระดับปัจเจกบุคคล เช่น การนวดด้วยผ้าขาวม้า หรือในระดับกลุ่ม เช่น การรำวงเวียนครกบิศ ซึ่งล้วนแต่มีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและใจที่ดีขึ้น มีความสุข และสามารถมีส่วนร่วมในสังคมได้อย่างแข็งขันยิ่งขึ้น

### หนองคาย: สู้สังคมผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาพ ด้วยภูมิปัญญาไทย

ภูมิปัญญาไทยที่สั่งสมมานับร้อยปี น่าจะเป็นกุญแจสำคัญที่จะนำพาผู้สูงอายุชาวหนองคายให้มีสุขภาพแข็งแรงและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แนวทางที่ควรดำเนินการมีดังนี้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภูมิปัญญาไทยด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ ผ่านการจัดเวทีเสวนาและสาธิตการทำอาหาร เพื่อสุขภาพ โดยมีผู้สูงอายุในชุมชนเป็นวิทยากร
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรจัดทำคู่มือภูมิปัญญาไทยด้านสุขภาพที่รวบรวมจากประสบการณ์ตรงของผู้สูงอายุในชุมชน จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการอนุรักษ์และเผยแพร่ภูมิปัญญาดังกล่าวสู่คนรุ่นหลัง
3. ทุกภาคส่วนควรให้การสนับสนุนในการสร้างเครือข่ายผู้สูงอายุที่สนใจเรื่องสุขภาพและภูมิปัญญาไทย เพื่อเป็นศูนย์กลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนา

กิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุและชุมชน นอกจากนี้ เครือข่ายผู้สูงอายุสามารถเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริม การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในชุมชน โดยการร่วมกันจัดทำ เส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและนำเสนอผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ผลิตจากภูมิปัญญาไทย

4. หน่วยงานสาธารณสุขควรบูรณาการความร่วมมือ กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์กรปกครอง- ส่วนท้องถิ่นในการจัดทำแผนงานส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ ภูมิปัญญาไทยในระดับตำบล โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มพูน สุขภาพของประชาชนในชุมชน ในการจัดตั้งคลินิกสมุนไพร ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยได้รับการสนับสนุน จากหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัด จะเป็นการ เพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ใช้ภูมิปัญญาไทย ให้กับประชาชนในพื้นที่

5. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้เกิดการจัดตั้ง กลุ่มสวนครัวชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มี

โอกาสปลูกผักสวนครัวที่ตนเองสนใจ และนำผักที่ปลูกได้ มาประกอบอาหารร่วมกัน ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ได้ทั้งสุขภาพที่ดีและความสุขในการทำกิจกรรมร่วมกัน

6. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนให้โรงเรียน ในชุมชนจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้มาถ่ายทอดภูมิปัญญาไทย ด้านอาหารและการแพทย์แผนไทยให้กับนักเรียน เพื่อเป็น การอนุรักษ์ภูมิปัญญาไทยและส่งเสริมให้เยาวชนได้เรียนรู้ คุณค่าของภูมิปัญญาไทย

## สรุป

การนำภูมิปัญญาไทยมาประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริม- สุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนหนองคาย เป็นแนวทางที่น่าสนใจ และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยจะช่วยให้ผู้สูงอายุ มีสุขภาพที่ดีขึ้น ชุมชนมีความเข้มแข็ง และภูมิปัญญาไทย ยังคงอยู่สืบต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงมหาดไทย. สถิติจำนวนประชากรพื้นที่ จังหวัดหนองคาย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 7 พ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#!/mainpage>
2. ภาวดี ทะไกรราช. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น. วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์ 2559;5(3):219-32.
3. สายฝน เอกวางกูร, นัยนา หนูนิล, อรทัย นนทเกท, อุษา น่วมเพชร. การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารพยาบาล 2561;67(2):18-26.

# หนองคาย: ฤดูแล้งผู้สูงอายุในยุคภูมิอากาศเปลี่ยนแปลง

สิริกร นามลาบุตร<sup>1</sup>, นุชสิทธิ์ จิตแก้ว<sup>1</sup>, พีรวิชญ์ นามลาบุตร<sup>1</sup>, จันทรีธิดา ปิ่นศิริ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ กรุงเทพมหานคร

<sup>2</sup>สถาบันวิจัยและส่งเสริมศิลปวัฒนธรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

วันรับ: 16 ธ.ค. 2567

วันแก้ไข: 14 ม.ค. 2568

วันตอบรับ: 18 ม.ค. 2568

## บทนำ

ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภัยสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศมากกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ เนื่องด้วยสภาพร่างกายที่เสื่อมโทรม ภูมิคุ้มกันอ่อนแอ และโรคประจำตัว ภัยสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบหัวใจ และหลอดเลือด และโรคติดต่อต่างๆ ภัยสุขภาพเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต สุขภาพจิต และอาจนำไปสู่การเสียชีวิต<sup>(1)</sup>

ลักษณะภูมิอากาศของจังหวัดหนองคาย ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของมรสุมที่พัดประจำฤดูกาล 2 ชนิด คือ มรสุมตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งพัดพามวลอากาศเย็นและแห้งจากประเทศจีนเข้าปกคลุมประเทศไทยตั้งแต่ประมาณกลางเดือนตุลาคมถึงประมาณเดือนกุมภาพันธ์ ซึ่งอยู่ในช่วงฤดูหนาวของประเทศไทย ทำให้จังหวัดหนองคายมีอากาศหนาวเย็นและแห้งทั่วไป และมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ที่พัดพามวลอากาศชื้นจากทะเลและมหาสมุทรเข้าปกคลุมประเทศไทยในช่วงฤดูฝนประมาณกลางเดือนพฤษภาคมถึงประมาณกลางเดือนตุลาคม ทำให้มีฝนตกชุกทั่วไป<sup>(2)</sup>

ปี พ.ศ. 2566 จังหวัดหนองคายเผชิญกับสภาพอากาศร้อนจัดในช่วงฤดูร้อนอยู่ในระดับอันตรายมาก มีจำนวน 53 วัน ที่อุณหภูมิสูงอยู่ในระดับที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 67.9 ของช่วงเวลารายงาน อุณหภูมิสูงสุด 44.6 องศาเซลเซียส สูงกว่าปี พ.ศ. 2565 ถึง 2 องศาเซลเซียส เนื่องจากฤดูหนาวปี พ.ศ. 2566 ยาวนานต่อเนื่องส่งผลให้เข้าสู่ฤดูร้อนเร็วขึ้น สาเหตุมาจากหย่อมความ

กดอากาศต่ำปกคลุม เกิดการสะสมความร้อน ส่งผลให้สภาพอากาศแห้งแล้ง<sup>(3)</sup> ปัญหาอุณหภูมิที่ร้อนจัด ซึ่งส่งผลกระทบต่อประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ กรมอุตุนิยมวิทยา รายงานว่า เมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 อุณหภูมิในจังหวัดหนองคาย พุ่งสูงถึง 42.8 องศาเซลเซียส โดยเฉพาะในช่วงกลางวัน อากาศร้อนจัดส่งผลให้ผู้สูงอายุหลายท่านมีร่างกายที่อ่อนแอ ปรับตัวต่อสภาพอากาศร้อนจัดได้ช้า ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์และผลการดำเนินงานการเฝ้าระวังและสื่อสารเตือนภัยสุขภาพจากความร้อน รายงานประจำปี พ.ศ. 2566 ของกรมอนามัย ชี้ว่า อุณหภูมิที่สูงกว่าปกติในช่วงฤดูร้อน ส่งผลเสียต่อร่างกาย โดยเฉพาะหากร่างกายได้รับความร้อนมากเกินไป และไม่สามารถระบายความร้อนออกได้ทัน อาจส่งผลร้ายแรงต่อสุขภาพ เกิดเป็นโรคต่างๆ เช่น ผื่นผิวหนัง บวมที่ข้อเท้า ตะคริว เป็นลม เพลียแดด ลมร้อน (heat stroke) ภาวะที่ร่างกายได้รับความร้อนสูงจนระบบควบคุมอุณหภูมิทำงานผิดปกติ อาจส่งผลร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต<sup>(4)</sup>

จังหวัดหนองคาย มีประชากรทั้งหมด 514,183 คน เป็นชาย 254,683 คน หญิง 259,500 คน สถิติจำนวนประชากร ข้อมูลเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 96,547 คน ร้อยละ 18.97 แยกเป็นผู้สูงอายุชาย 44,161 คน ร้อยละ 46 ผู้สูงอายุหญิง 52,386 ร้อยละ 54<sup>(5)</sup> จากข้อมูลประชากร พบว่า จำนวนผู้สูงอายุในจังหวัดหนองคายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แนวทางที่ชัดเจนเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุนี้มีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อรับมือกับภัยสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่ทวีความรุนแรง สอดคล้องกับ

งานวิจัยของศิวรักษ์ กิจชนะไพบุลย์ และสิริประภา กลั่นกลิ่น<sup>(6)</sup> ที่ระบุว่า ความเสี่ยงที่เกิดภายใต้บริบทความผันผวนของการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศเป็นเรื่องที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลและส่วนรวม การรับมือและดำเนินการแก้ไข-ปัญหาจึงต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เน้นการจัดการความสัมพันธ์มากกว่าใช้ตนเองเป็นศูนย์กลาง การจัดการจึงควรเป็นลักษณะเครือข่ายที่เชื่อมโยง โดยมีความร่วมมือกัน และสอดคล้องกับงานวิจัยของพร้อมศักดิ์ จิตจำ<sup>(7)</sup> ที่ศึกษาการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศในพื้นที่ลุ่มน้ำคลองอู่ตะเภา พบว่า องค์กรปกครอง-ส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ได้ดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติในหลายด้าน ได้แก่ ด้านการเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจ ด้านการเสริมสร้างระบบบริหารจัดการ ด้านการลงทุน และด้านการพัฒนาศักยภาพ

#### หนองคาย: ดูแลผู้สูงอายุในยุคภูมิอากาศเปลี่ยนแปลง

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้เกิดการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติทุกประเภท โดยการจัดอบรมให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกับวิธีการป้องกันและบรรเทาภัยพิบัติ นอกจากนี้ควรเตรียมอุปกรณ์ปฐมพยาบาลเบื้องต้นให้พร้อมใช้งานในทุกครัวเรือนและชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ เด็กเล็ก และผู้ที่มีความต้องการพิเศษ รวมถึงการวางแผนเส้นทางการอพยพและจัดเตรียมสถานที่พักพิงสำหรับผู้สูงอายุในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน ควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และมีการทบทวนแผนอยู่เสมอ

2. เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ควรปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้มีความปลอดภัยและสะดวกสบายมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดตั้งอุปกรณ์อำนวยความสะดวก

ความสะดวกที่จำเป็น เช่น ราวจับในห้องน้ำ มุ้งลวดป้องกันยุง และระบบระบายอากาศที่เหมาะสม เช่น เครื่องปรับอากาศหรือพัดลม เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายและส่งเสริมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ

3. เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ สังคมควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ และเข้ารับการตรวจสุขภาพเป็นประจำ

4. เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ ควรส่งเสริมให้เกิดการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยการกระตุ้นให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุควบคู่ไปกับการบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐในทุกระดับ

5. เพื่อยกระดับการดูแลสุขภาพและเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการสาธารณะ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ในระบบการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้แอปพลิเคชันเพื่อติดตามสุขภาพและแจ้งเหตุฉุกเฉิน รวมถึงการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังภาพที่ 1

## สรุป

ผู้สูงอายุเปราะบางต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ เนื่องจากสุขภาพไม่แข็งแรง จึงจำเป็นต้องดูแลสุขภาพอย่างใกล้ชิดเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ

ภาพที่ 1 หนองคาย: ดูแลผู้สูงอายุในยุคภูมิอากาศเปลี่ยนแปลง



## เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. แนว 7 ทักษะปรับตัว เตรียมพร้อมรับการเปลี่ยนแปลง สภาพภูมิอากาศ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 11 พ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thaihealth.or.th/?p=310280>
2. กรมอุตุนิยมวิทยา. สภาพอากาศ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 9 พ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://tmd.go.th/weather/province/past7Days/nong-khai/16/352201>
3. กรมอนามัย. รายงานสถานการณ์และผลการดำเนินงานการเฝ้าระวังและสื่อสารเตือนภัยสุขภาพจากความร้อน รายงานประจำปี 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 11 พ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://hia.anamai.moph.go.th/th/handbook/>
4. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ มิถุนายน 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 11 พ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/2449>
5. กระทรวงมหาดไทย. สถิติจำนวนประชากรพื้นที่ จังหวัดหนองคาย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 10 พ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/displayData>
6. ศิวรักษ์ กิจชนะไพบูลย์, สิริประภา กลั่นกลิ่น. การประเมินความเสี่ยงภายใต้บริบทความผันผวนของการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [สืบค้นเมื่อ 11 พ.ย. 2567];42(1):18-29. แหล่งข้อมูล: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jph/article/view/8038>
7. พร้อมศักดิ์ จิตจำ. การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ: ศึกษาการเตรียมความพร้อมรับมืออุทกภัยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ลุ่มน้ำคลองอุตะเถา [วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2560. 231 หน้า.

## เกษตรอินทรีย์ วิถีสุขภาพที่ยั่งยืน

กนกวรรณ ไชยสูงเนิน<sup>1</sup>, อาทิตย์ ดาวภิรมย์<sup>2</sup>

<sup>1</sup>โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย

<sup>2</sup>สำนักงานเกษตรและสหกรณ์จังหวัดหนองคาย

วันรับ: 14 ก.พ. 2568

วันแก้ไข: 8 มี.ค. 2568

วันตอบรับ: 10 มี.ค. 2568

### บทนำ

ปัจจุบันการบริโภคอาหารมีความสะดวกรวดเร็ว แต่สิ่งที่ยังคงเป็นปัญหาและต้องปรับปรุงและพัฒนา คือ พฤติกรรมการบริโภคบางอย่างที่ยังไม่ถูกต้อง การขาดการเอาใจใส่ในความปลอดภัยของอาหารทั้งของผู้ประกอบอาหาร และผู้บริโภค เนื่องจากวิถีชีวิตที่รีบเร่งทำให้ต้องมีการพึ่งพาอาหารนอกบ้านมากขึ้น ทำให้มีโอกาสเจ็บป่วยจากการปนเปื้อนในอาหารเพิ่มสูงขึ้น ผู้บริโภคจึงเล็งเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพมากขึ้น จึงเลือกบริโภคอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายและปลอดภัย ทำให้อาหารเกษตรอินทรีย์ได้รับความนิยมมากขึ้น<sup>(1)</sup>

อาหารเป็นหนึ่งในปัจจัย 4 ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ แต่ปัจจุบันกลับพบว่ามนุษย์ประสบปัญหาโรคร้ายไข้เจ็บจากการบริโภคอาหาร ซึ่งสาเหตุหนึ่งเกิดจากการบริโภคอาหารที่มีสารเคมีทางการเกษตรตกค้างที่มาจากผลผลิตทางการเกษตร เมื่อผู้บริโภคบริโภคอาหารเหล่านี้จะก่อให้เกิดอาการแพ้เฉียบพลันและหากมีการสะสมจะก่อให้เกิดโรคร้ายต่างๆ ได้ เช่น โรคปอด และโรคมะเร็ง เป็นต้น<sup>(2)</sup>

สำหรับประเทศไทย หากพิจารณาข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งรายใหม่วันละ 381 คน หรือ 139,206 คนต่อปี ขณะที่สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562 ซึ่งจัดทำโดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เผยว่าคนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งวันละ 230 คน หรือ 84,073 คนต่อปี โดยโรคมะเร็งที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรกในคนไทย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และ

ทวารหนัก และมะเร็งปากมดลูก ซึ่งโรคมะเร็งเหล่านี้สาเหตุเกิดจากการบริโภคอาหารที่มีสารเคมีและสารปนเปื้อนตกค้างในผลผลิตทางการเกษตร<sup>(3)</sup>

ปัจจุบันสถานการณ์การปนเปื้อนของสารเคมีตกค้างในร่างกายยังน่าเป็นห่วง โดยเฉพาะการบริโภคผักผลไม้ของประชาชนที่ยังคงละเลยความเสี่ยงได้รับสารเคมีประเภทยาฆ่าแมลงปนเปื้อนในร่างกาย สิ่งที่จะกีดกันอย่างชัดเจนคือผลการตรวจยาฆ่าแมลงในเลือดที่ดำเนินการตรวจให้ประชาชนที่มาร่วมงานมหกรรมอาหารและสุขภาพวิถีไทย โดยเจาะเลือดประชาชนที่มาตรวจ 963 คน เกินกว่าครึ่งหรือร้อยละ 53.37 เสี่ยงจากสารเคมีตกค้าง ร้อยละ 13.81 มีสารตกค้างในระดับที่ไม่ปลอดภัย ร้อยละ 31.67 มีสารเคมีตกค้างระดับที่ปลอดภัย และมีเพียงร้อยละ 1.14<sup>(4)</sup> และในปี พ.ศ. 2562 มีการตรวจหาปริมาณสารเคมีทางการเกษตรตกค้างในเลือดเกษตรกรของจังหวัดนครปฐม จำนวน 1,687 ราย พบมีผลปกติ 255 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.11 ปลอดภัย 479 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.39 เสี่ยง 592 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.09 และไม่ปลอดภัย 361 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.39<sup>(5)</sup>

จากข้อมูลความเสี่ยงดังกล่าว ทำให้ผู้บริโภคส่วนใหญ่ตระหนักในด้านการดูแลสุขภาพ และตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมโดยการเลือกรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายและปลอดภัยมากขึ้น สุนทรวิชัยน้อยโสภณ<sup>(6)</sup> พบว่า มีปริมาณการส่งออก 6,303.76 ตัน และมีมูลค่าการส่งออก 302.90 ล้านบาท โดยสินค้าเกษตรอินทรีย์หลักที่สำคัญอย่างข้าวอินทรีย์มีปริมาณการส่งออก 4,996.77 ตัน มูลค่าการส่งออก 185.10 ล้านบาท กะทิ-

สำเร็จรูป 514.75 ตัน มูลค่าการส่งออก 30.76 ล้านบาท ทุเรียน 38 ตัน มูลค่าการส่งออก 13.24 ล้านบาท มะพร้าวอ่อน 740.70 ตัน มูลค่าการส่งออก 18.27 ล้านบาท และมังคุด 12 ตัน มูลค่าการส่งออก 2.06 ล้านบาท จะเห็นได้ว่า ทิศทางของสินค้าเกษตรอินทรีย์ มีแนวโน้มที่ขยายตัวเพิ่มขึ้น เพราะนอกจากกระแสความนิยมการดูแลสุขภาพของผู้บริโภค<sup>(7)</sup> และจากการศึกษาของคณิต สุขรัตน์<sup>(8)</sup> ได้ทำการศึกษาทัศนคติพฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้บริโภคสินค้าอินทรีย์ พบว่า ผู้บริโภคมีทัศนคติที่ดีต่อสินค้าอินทรีย์ และมีการซื้อสินค้าอินทรีย์ สำหรับการบริโภคในครัวเรือนเป็นจำนวน 2-4 ครั้ง/สัปดาห์ สินค้าอินทรีย์ที่ผู้บริโภคนิยมซื้อ ได้แก่ ผักสด ผลไม้สด และข้าว โดยผู้บริโภคทราบว่าสินค้าอินทรีย์นั้น ปลอดภัย ดีต่อสุขภาพ และไม่ทำลายสิ่งแวดล้อม จากข้อมูลดังกล่าว พบว่า การบริโภคอาหารเกษตรอินทรีย์มีแนวโน้มได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้น แต่ยังคงมีผู้บริโภคที่ยังไม่เคยซื้ออาหารเกษตรอินทรีย์เลย

**ปัจจัยที่ส่งผลต่อเกษตรอินทรีย์วิถีสุขภาพที่ยั่งยืน มีดังนี้**

1. ปัจจัยด้านประโยชน์ของอาหารเกษตรอินทรีย์ คือ ความปลอดภัยปราศจากสารปนเปื้อนตกค้างในผลผลิตทางการเกษตร เช่น ปลอดภัยจากยาปฏิชีวนะและฮอร์โมนเร่งการเจริญเติบโต เป็นต้น

2. ปัจจัยด้านคุณภาพและมาตรฐานเกษตรอินทรีย์สากล เช่น IFOAM, EU, USDA Organic, Organic Thailand, มกท. เป็นต้น

3. ปัจจัยด้านบรรจุภัณฑ์ พบว่า สามารถปกป้องผลิตภัณฑ์ได้ดี สะอาด ปลอดภัย และช่วยอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม

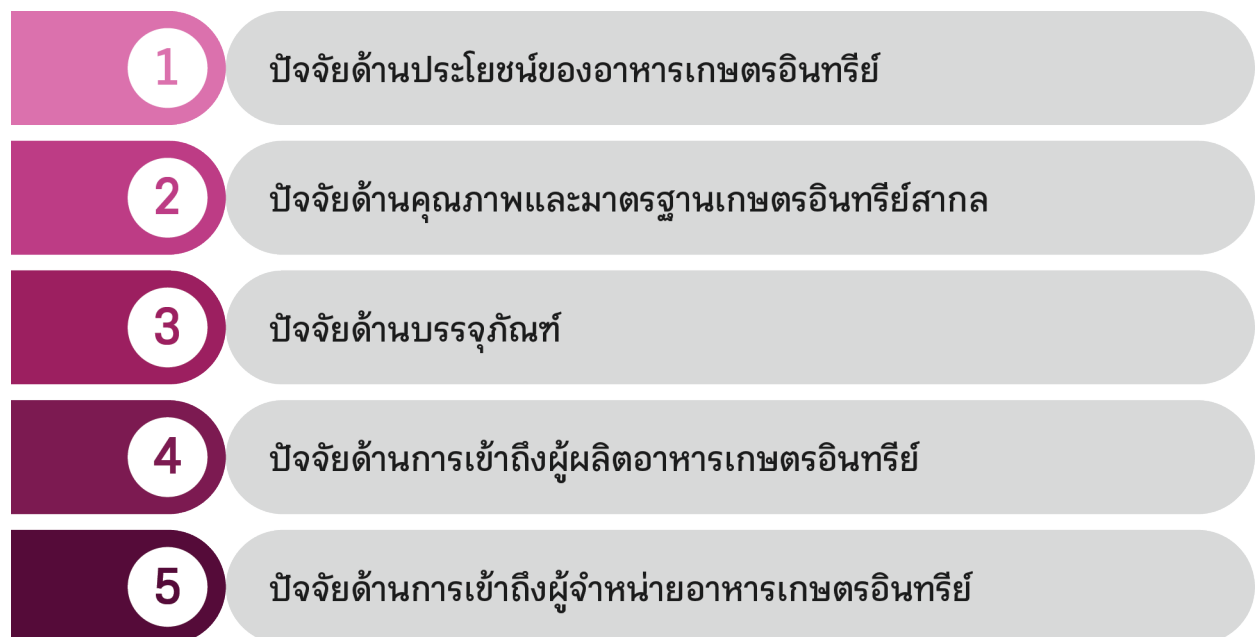
4. ปัจจัยด้านการเข้าถึงผู้ผลิตอาหารเกษตรอินทรีย์ ควรระบุรายละเอียดสถานที่ผลิตชัดเจน และมีข้อมูลเกี่ยวกับอาหารอินทรีย์ให้สืบค้นผ่านช่องทางต่างๆ

5. ปัจจัยด้านการเข้าถึงผู้จำหน่ายอาหารเกษตรอินทรีย์ในราคาที่เหมาะสม และมีปริมาณที่เพียงพอต่อความต้องการของผู้บริโภค ดังภาพที่ 1

**สรุป**

เกษตรอินทรีย์วิถีสุขภาพที่ยั่งยืนควรมีปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการบริโภคอาหารเกษตรอินทรีย์ สามารถสรุปเป็น 5 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านประโยชน์ของอาหารเกษตรอินทรีย์ ปัจจัยด้านคุณภาพและมาตรฐานเกษตรอินทรีย์สากล ปัจจัยด้านบรรจุภัณฑ์ ปัจจัยด้านการเข้าถึงผู้ผลิตอาหารเกษตรอินทรีย์ และปัจจัยด้านการเข้าถึงผู้จำหน่ายอาหารเกษตรอินทรีย์

ภาพที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อเกษตรอินทรีย์วิถีสุขภาพที่ยั่งยืน



## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ความปลอดภัยของอาหาร ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
2. ธัญญา วันสาสึบ, อัมพร แจ่มผล, ทวีศักดิ์ เตชะเกรียงไกร. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเกษตรอินทรีย์ของผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานคร. การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 16 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน; 3-4 ธ.ค. 2562; มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน, นครปฐม. นครปฐม: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน; 2562. หน้า 743-45.
3. ศูนย์วิจัยและสนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. ผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกจะเพิ่มเป็น 35 ล้านรายในปี 2593 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 5 ก.พ. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.sdgmove.com/2024/02/07/cancer-iarc-world/>
4. ThaiHealth Official. เครือข่าย เผยสารเคมีตกค้างในคนไทยเพิ่มขึ้น [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 5 ก.พ. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thaihealth.or.th/?p=271090>
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ที่ปรึกษา รว.สธ. เยี่ยมชม อบต.คลองนกกระทุง ชับเคื่อน อปท. คัดกรองสารเคมีตกค้างในเลือด ลดใช้สารเคมีภาคเกษตร [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 5 ก.พ. 2568]. แหล่งข้อมูล: [https://www.nhso.go.th/th/communicate-th/thnewsforperson/News\\_2808](https://www.nhso.go.th/th/communicate-th/thnewsforperson/News_2808)
6. สุนทรวิชัย น้อยโสภ. “เกษตรอินทรีย์” โอกาสการส่งออกของเกษตรกรไทยในตลาดโลก. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี 2558;9(18):83-91.
7. สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. สศก. เผยปัจจุบันไทยมีพื้นที่เกษตรอินทรีย์ 1.403 ล้านไร่ คิดเป็นมูลค่า 9 พันล้านบาท พร้อมลงพื้นที่ตลาดกลางเกษตรอินทรีย์ท้ายเกาะ ตลาดกลางเกษตรอินทรีย์แห่งแรกในไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 5 ก.พ. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.oae.go.th/view/1/รายละเอียดข่าว/ข่าว%20สศก./41672/TH-THx>
8. คณิต สุขรัตน์. การศึกษาทัศนคติ พฤติกรรม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้บริโภคสินค้าอินทรีย์ [วิทยานิพนธ์วิทยาศาตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2561.



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