

# วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย

## THAI HEALTH PROMOTION JOURNAL

### นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

- ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบฝึกทนนทนและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ
- ประสิทธิภาพรูปแบบการป้องกันและลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียน โดยการใช้มีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี
- พัฒนารูปแบบการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการใช้มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแวง
- การพัฒนาดัชนีวัดความพร้อมตอบสนองยุทธศาสตร์ด้านการต่างประเทศของแผนงานหลัก สสส.
- การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน จังหวัดมหาสารคาม
- การพัฒนากลไกคณะทำงานข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนจังหวัด "SARAKHAM Model"
- การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาโดยใช้รูปแบบโมเดลเลิฟกับทฤษฎีความสามารถตนเอง เพื่อสร้างเสริมความฉลาดรู้สุขภาวะทางเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร
- การศึกษาความเข้าใจฉลากโภชนาการแบบวีดีโอของเด็กไทยและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
- องค์ประกอบและปัจจัยในการพัฒนาตลาดเขียว

### บทความพิเศษ (Special Article)

- ตัวชี้วัดชุมชนเข้มแข็ง: เครื่องมือในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนเพื่อการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ

### ปกิตถะ (Miscellany)

- การดูแลสุขภาพ: รากฐานสำคัญของชีวิตที่มีคุณภาพสำหรับคนทำงาน

สารบัญ	หน้าที่	Contents
<b>บทบรรณาธิการ</b>		<b>Editorial</b>
รับมือกับการกลับมาของโรคโควิด 19 วิวัฒน์ โรจนพิทยากร	111	Response to Re-Emergence of COVID-19 <i>Wiwat Rojanapithayakorn</i>
<b>นิพนธ์ต้นฉบับ</b>		<b>Original Article</b>
ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบฝึกทนทาน และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อความสามารถ ในการทรงตัวของผู้สูงอายุ ชุตินา นิตูธร และคณะ	113	The Effect of Endurance Training and Muscle Strengthening Exercise Program on Balance Ability in Elders <i>Chutima Nituthon, et al.</i>
ประสิทธิผลรูปแบบการป้องกันและลดพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียน โดยการมีส่วนร่วม- ร่วมของชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี นวลตา เศลวัตตะกุล และคณะ	123	Effectiveness of the Model for Prevention and Reduction Smoking Behavior among Youth in Schools by Community Participations, Mueang District, Chanthaburi Province <i>Nualta Selawattanakul, et al.</i>
พัฒนารูปแบบการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแขวง นิรันดร หิรัญคำ	133	Developing a Model for Colon Cancer Prevention through the Participation of Network Partners in the Nong Waeng Subdistrict Health Promotion Hospital Area <i>Nirandon Hirankham</i>
การพัฒนาดัชนีวัดความพร้อมตอบสนองยุทธศาสตร์ ด้านการต่างประเทศของแผนงานหลัก สสส. อรณา จันทร์ศิริ และคณะ	143	Development of an Index to Measure Readiness to Respond to the International Strategy of the ThaiHealth Master Plan <i>Orana Chandrasiri, et al.</i>
การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน จังหวัดมหาสารคาม วัชรินทร์ ทองสีเหลือง, รัชชานนท์ ธีัญญากร	156	Development of a Model to Promote Behavior to Prevent E-Cigarettes Among Youths Maha Sarakham Province <i>Watcharin Thongseeluang, Ratchanon Thanyakorn</i>
พัฒนากลไกคณะทำงานข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน จังหวัด "SARAKHAM Model" สุกฤษฎี ใจจำนงค์ และคณะ	166	Development of Mechanism for the Road Accident Data Management of Province "SARAKHAM Model" <i>Sukrit Jaijumnong, et al.</i>

สารบัญ	หน้าที่	Contents
การพัฒนาารูปแบบการจัดการเรียนรู้เพศศึกษา โดยใช้รูปแบบโมเดลเลิฟกับทฤษฎีความสามารถ ตนเองเพื่อสร้างเสริมความฉลาดรู้สุขภาวะทางเพศ ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 <i>ภาสกร ชาญจิราวดี และคณะ</i>	178	Development of Sex Education Learning Management Model Using LOVE Model and Self-Efficacy Theory to Enhance Sexual Health Literacy among Secondary School Students Grade 2 <i>Pasakorn Chanjirawadee, et al.</i>
ความรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอพรหมามิคม จังหวัดสกลนคร <i>ณีนุช วรโธง และคณะ</i>	192	Health Literacy Effecting Dengue Hemorrhagic Fever Preventive Behaviors among People in Phanna Nikhom District, Sakon Nakhon Province <i>Neeranute Wontaisong, et al.</i>
การศึกษาความเข้าใจฉลากโภชนาการแบบจีดีเอ ของเด็กไทยและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง <i>นงนุช จินดารัตนาภรณ์, สลักจิต ชื่นชม</i>	204	A Study on Thai Children's Understanding of Monochrome Guideline Daily Amount (GDA) Nutrition Label and Related Factors <i>Nongnuch Jindarattanaporn, Salakjit Chuenchom</i>
องค์ประกอบและปัจจัยในการพัฒนาตลาดเขียว <i>ภัทราภรณ์ จึงเลิศศิริ และคณะ</i>	215	Key Elements and Supporting Factors for Green Market Development <i>Pattraporn Chuenglertsiri, et al.</i>
<b>บทความพิเศษ</b>		<b>Special Article</b>
ตัวชี้วัดชุมชนเข้มแข็ง: เครื่องมือในการสร้างความเข้มแข็ง ของชุมชนเพื่อการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ <i>พินทุสร โพธิ์อุไร</i>	225	Indicators of Community Strength: a Tool for Empowering Communities in Advancing Health Promotion <i>Phintusorn Phourai</i>
<b>ปกิณกะ</b>		<b>Miscellany</b>
การดูแลสุขภาพ: รากฐานสำคัญของชีวิตที่มีคุณภาพ สำหรับคนทำงาน <i>สิริกอร์ นามลาบุตร และคณะ</i>	239	Health is Wealth: A Healthy Lifestyle is Essential for Working Individuals to Thrive <i>Sirikorn Namlabut, et al.</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 วาทีสาธกกิจ มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน  
รศ. นพ.สรนิต ศิลธรรม สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ  
ผศ. ดร.สุปรียดา อุดมยานนท์ นักวิชาการอิสระ  
นพ.พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

## บรรณาธิการ

### บรรณาธิการ

นพ.วิวัฒน์ วัฒนพิทยากร มูลนิธิเครือข่ายฝึกรวมระบบระดับชาติวิทยาภาคสนามอาเซียน

## 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  
นางสาวณลินี เรืองฤทธิศักดิ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

## รับมือกับการกลับมาของโรคโควิด 19

เส้นแบ่งระหว่างงานส่งเสริมสุขภาพกับงานป้องกันโรค บางครั้งขาดความชัดเจน สืบเนื่องจากงานของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มีบ่อยครั้งที่ไม่ได้แบ่งงานป้องกันและควบคุมโรค ตัวอย่างชัดเจนคือการสนับสนุนงานของกรมควบคุมโรคในงานเหล่า บุหรี่ ยาเสพติด เอ็ดส์ และโรคไม่ติดต่อ ซึ่งมุ่งที่จะป้องกันโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ

ในกระทรวงสาธารณสุข มีการแบ่งงานชัดเจนระหว่างงานส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมโรค โดยมีการแบ่งหน่วยงานรับผิดชอบของทั้ง 2 งานเป็นหน่วยงานระดับกรม คือ กรมอนามัย รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพ และกรมควบคุมโรค รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรค แต่ก็มีบ่อยครั้งที่เกิดความสับสนว่า ปัญหาสุขภาพบางประเด็นควรเป็นงานของกรมใด โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานที่มุ่งไปที่สุขภาพตามกลุ่มวัย (ของกรมอนามัย) ที่ต้องเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (กรมควบคุมโรค) อีกตัวอย่างหนึ่งคือ การควบคุมโรคช่วงการแพร่ระบาดของโควิด 19 ซึ่งกลายเป็นงานของทุกกรมในกระทรวงสาธารณสุข

การทำงานส่งเสริมสุขภาพและควบคุมโรคมีเส้นแบ่งไม่ชัดเจน ทำให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรียกงานทั้งสองด้านรวมกันไปแล้ว คืองานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หรืองาน P&P (promotion and prevention) เพราะจะได้ไม่ต้องมาแยกแยะว่างานไหนเป็นอันไหน

ในส่วนของ สสส. ความที่ต้องมุ่งเน้นในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพ จึงมีลักษณะงานที่มุ่งไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ไม่ได้มุ่งไปที่โรคโดยตรง (คล้ายกับงานของกรมอนามัยในกระทรวงสาธารณสุข) แต่ก็พบว่า ผลประโยชน์ส่วนใหญ่ของงานก็คือการป้องกันโรคนั้นเอง เช่น การส่งเสริมให้คนเลิกบุหรี่ ก็เป็นการป้องกันประชาชนจากโรคปอดเรื้อรัง และโรคมะเร็งปอด เป็นต้น

เมื่อมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า กระทับกับงานของ สสส. เป็นอย่างมาก และเห็นบทบาทว่า จำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคโควิด 19 แต่ก็จำกัดบทบาทอยู่ที่การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคมมากกว่า การมีส่วนร่วมในการควบคุมและดูแลรักษาผู้ป่วย

ด้วยความที่ต้องมีส่วนร่วมในงานควบคุมป้องกันโรค ทำให้หน่วยงานสร้างเสริมสุขภาพอย่าง สสส. ต้องมาเพิ่มเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ที่สร้างความพร้อมในการรับมือกับปัญหาสุขภาพ (หรือโรคภัยไข้เจ็บ) ที่อุบัติใหม่ เป็นเป้าหมายที่เพิ่มจาก 7 เป้าหมายเดิม (คนใน สสส. เรียกว่า เป้าหมาย 7+1) การสร้างความพร้อมดังกล่าวก็คงมุ่งเน้นไปที่การสร้างความรู้ทางสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้ปลอดภัยจากโรค ตัวอย่างเช่น การรับมือกับโรคโควิด 19 งานของ สสส. ก็คงต้องเน้นหนักในการพัฒนาพฤติกรรมที่จะลดความเสี่ยงต่อการติดโรค

ขณะนี้ ประเทศไทยกำลังมีการระบาดของโรคโควิด 19 อีกแล้ว ทั้งนี้ ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2568 เป็นต้นมา มีรายงานผู้ป่วยโรคโควิด 19 รวม 307,889 คน (ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขเมื่อวันที่ 4 มิถุนายน พ.ศ. 2568) ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิต 71 คน คิดเป็นอัตราป่วย-ตายเท่ากับร้อยละ 0.02 ซึ่งต่ำมาก เมื่อเทียบกับร้อยละ 0.69 ในปี พ.ศ. 2564 จำนวนผู้ป่วยเพียง 5 เดือนก็เกือบเท่ายอดรวมทั้งปีของปี พ.ศ. 2567 ซึ่งมีรายงาน 412,528 คน และเสียชีวิต 132 คน การเกิดโรคโควิด 19 ในรอบนี้ ถือว่าเป็นการกลับมาระบาดซ้ำ โดยเฉพาะในเดือนพฤษภาคม มีรายงานโรคสูงเกิน 8 หมื่นใน 1 สัปดาห์ และสูงเกิน 10 เท่าของรายงานในช่วงต้นปี มีการแพร่กระจายในวงกว้าง แต่มีความรุนแรงน้อย กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือกลุ่มเด็กเล็กและกลุ่มวัยทำงาน แต่ก็ยังเป็นกลุ่มที่แพร่กระจายเชื้อไปยังกลุ่มเสี่ยงสูงในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

มาตรการป้องกันในระยะหลัง ไม่เข้มข้นมากเท่าปีแรกๆ ตอนนี้ เน้น DMH คือ

**D (Distancing)** หลีกเลี่ยงการไปในพื้นที่แออัดหรือที่ที่มีคนรวมตัวกันจำนวนมาก

**M (Mask)** สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อมีอาการของระบบทางเดินหายใจ เช่น ไอ จาม มีน้ำมูก แม้ไม่มีอาการ ก็ควรสวมหน้ากากอนามัยเมื่อเดินทางนอกที่อยู่อาศัย เช่น ในรถประจำทางหรือรถไฟฟ้า หรือตามห้างสรรพสินค้า และสวมทุกครั้งไปโรงพยาบาล

**H (Hand watching)** ล้างมือด้วยสบู่ หรือใช้เจลแอลกอฮอล์เมื่ออยู่นอกบ้าน หรือสัมผัสสิ่งของสาธารณะ

เป็นที่น่าสังเกตว่า ไม่มีการแนะนำให้ใช้วัคซีนป้องกันโรค ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้ยกเลิกการจัดหาวัคซีนโควิด 19 มาฉีดให้แก่ประชาชน และมุ่งป้องกันด้วยมาตรการเชิงพฤติกรรม ดังนั้น หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านทางการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ จำเป็นต้องเข้ามารับผิดชอบต่อภารกิจการระบอบการระบาดของโควิด 19 ในประเทศไทย ให้เข้มแข็งขึ้น

นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร  
บรรณาธิการ

# ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบฝึกทันทานและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ

ชุตินา นิตฺธ, กุลณัฐ อธิฐรัตน์, ดมิศรา เกรียงสีห์มีน

งานกายภาพบำบัด ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพสวนพยอม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

## บทคัดย่อ

การทรงตัวไม่ดีทำให้เกิดปัญหาการพลัดตกหกล้ม ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญมากสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมของร่างกาย ส่งผลให้เกิดปัญหาการทรงตัวในผู้สูงอายุ จึงทำให้ผู้สูงอายุหกล้มได้ง่าย ปัจจุบันผู้สูงอายุในไทยเกิดการพลัดตกหกล้มร้อยละ 20-30 ต่อปี ดังนั้นการป้องกันการพลัดตกหกล้มจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นที่บุคลากรสุขภาพต้องให้ความสนใจและร่วมมือ การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบฝึกทันทานและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ วิธีการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มถูกสุ่มแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่าๆ กัน โดยกลุ่มทดลองจำนวน 24 คน ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายแบบฝึกทันทานและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ จำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ขณะที่กลุ่มควบคุมจำนวน 24 คน ได้รับการรักษาตามมาตรฐานทางกายภาพบำบัด เมื่อครบ 6 สัปดาห์แล้วผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการประเมินการทรงตัวด้วย timed up and go test (TUGT), five times sit to stand test (FTSST), single leg stand test (SLST) และภาวะการล้มด้วยแบบประเมิน FES-I ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเชิงปริมาณและใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test และ Mann-Whitney U test ผลการศึกษา พบว่า ภายในกลุ่มทดลองมีผลการประเมินการทรงตัวด้วย TUGT, FTSST, SLST เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$  ทุกตัวแปร) ภายในกลุ่มควบคุมมีผลการประเมินการทรงตัวด้วย FTSST เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ส่วน TUGT และ SLST ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบผลก่อน-หลัง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ในส่วนของค่า FTSST ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) แต่ในส่วนของ TUGT และ SLST มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของ TUGT และ SLST ที่ดีกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม เมื่อประเมินความล้มการหกล้มของผู้สูงอายุด้วยแบบทดสอบ FES-I ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนความล้มการหกล้มที่ลดลงหลังได้รับโปรแกรมเหมือนกัน และไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ( $p > 0.05$ ) โปรแกรมการออกกำลังกายแบบฝึกทันทานและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ สามารถเพิ่มความสามารถในการทรงตัว ลดความเสี่ยงของการหกล้มและภาวะการล้มได้ เป็นทางเลือกหนึ่งของการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ; การทรงตัว; โปรแกรมการออกกำลังกาย

## บทนำ

การทรงตัวไม่ดีทำให้เกิดปัญหาการพลัดตกหกล้ม ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญมากสำหรับผู้สูงอายุ เมื่อก้าวเข้าสู่ วัยสูงอายุจะเกิดกระบวนการเสื่อมของร่างกาย ความแข็งแรง และสมรรถภาพทางกายลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งอวัยวะ ที่เกี่ยวข้องกับการทรงตัวในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุหกล้ม ได้ง่าย ซึ่งในแต่ละปีจะพบอุบัติเหตุผู้สูงอายุหกล้มประมาณ 3 ล้านราย และบาดเจ็บต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 60,000 รายต่อปี<sup>(1)</sup>

จากการรายงานอุบัติการณ์การเกิดการพลัดตกหกล้ม ในผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้นพบว่า มีอุบัติการณ์ของการ พลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ปัญหาในเรื่องประชากร ของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และประชากร กลุ่มผู้สูงอายุมีการกระจายตัวอยู่ในทุกชุมชน เป็นสิ่งที่ จำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาแนวทางในการป้องกันการ พลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยพบว่า จังหวัดร้อยเอ็ด มีแนวโน้มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เมื่อเปรียบเทียบกับตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2556-2560 มีอัตราผู้สูงอายุร้อยละ 13.58, 14.09, 14.61, 15.17, 15.84 ตามลำดับ<sup>(2)</sup> ซึ่งในปัจจุบัน ผู้สูงอายุในจังหวัดร้อยเอ็ดปี พ.ศ. 2565 พบว่า มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 18.66 และมีภาวะเสี่ยงล้มถึงร้อยละ 13.99<sup>(3)</sup> การป้องกันการพลัดตกหกล้มจึงเป็นสิ่งสำคัญและ จำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรสุขภาพที่ต้องให้ความสนใจและ ร่วมมือกันในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง การค้นหา สาเหตุ หรือปัจจัยเสี่ยง ตลอดแนวทางการแก้ปัญหาทั้งใน ชุมชนและในสถานบริการของรัฐ ทั้งนี้เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง หรือผลกระทบต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นตามมา รวมทั้งลดอัตรา การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอีกด้วย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษารวบรวมเรื่องผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบฝึกทันทาน และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อความสามารถในการ ทรงตัวของผู้สูงอายุ เพื่อหาแนวทางป้องกันการหกล้ม ในผู้สูงอายุ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการออกกำลังกายแบบฝึกทันทานและความ แข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อความสามารถในการทรงตัวของ ผู้สูงอายุ เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทรงตัวก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายแบบฝึก

ทันทานและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุ และเพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทรงตัวระหว่าง ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายกับกลุ่ม ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลรักษาทางกายภาพบำบัดตามปกติ

## วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองที่มีรูปแบบ การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) เป็นแบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ประชากร 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้สูงอายุในชุมชน เขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด จำนวน 60 คน กลุ่มละ 30 คน โดยการ random selection เข้ากลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการนัดหมาย เข้าร่วมทำกิจกรรมที่งานกายภาพบำบัด ศูนย์ส่งเสริม- สุขภาพสวนพยอม โดยผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลทั่วไป ทดสอบ pre-test และนัดหมายอาสาสมัครทำโปรแกรม ของแต่ละกลุ่มจำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ทั้งหมด 6 สัปดาห์ จากนั้นทำการทดสอบ post-test เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และแปลผล

**เกณฑ์การคัดเลือก** มีดังนี้

- ผู้สูงอายุ อายุ 60-75 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ที่สามารถเดินได้เองโดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน
- ทดสอบการทรงตัว timed up and go test (TUGT), five times sit to stand test (FTSST), single leg stance test (SLST) พบว่ามีความเสี่ยงต่อการ พลัดตกหกล้ม

**เกณฑ์การคัดออก** มีดังนี้

- ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้จนครบ 6 สัปดาห์
- มีภาวะเจ็บป่วยกะทันหันทำให้ไม่สามารถเข้าร่วม การศึกษาวิจัยได้ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นไข้ หายใจ ลำบาก แขนงหน้าอก มีภาวะของน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ เกินไป เป็นต้น

ระหว่างดำเนินโครงการให้โปรแกรม มีอาสาสมัคร ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้จนครบ 6 สัปดาห์ทั้งหมด 12 คน คือกลุ่มทดลอง 6 คน และกลุ่มควบคุม 6 คน ทำให้ เหลืออาสาสมัครทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการจนครบระยะเวลา มี 48 คน โดยกลุ่มทดลองมี 24 คน และกลุ่มควบคุมมี 24 คน

**เครื่องมือในการวิจัย**

เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

**เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง**

กลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานกายภาพบำบัด พร้อมสอนท่าออกกำลังกายเพื่อการรักษาตามโรคหรืออาการที่เป็น ร่วมกับได้รับโปรแกรมออกกำลังกายตามโปรแกรมทั้งหมด 12 ท่า บันทึกการนัดหมายทำกิจกรรม เพื่อติดตามความต่อเนื่อง ซึ่งผู้วิจัยได้ให้อาสาสมัครทำการออกกำลังกายตามโปรแกรม ผึกแบบรายบุคคลโดยนักกายภาพบำบัด โดยสัปดาห์ที่ 1-3 ให้อาสาสมัครฝึกการออกกำลังกายโปรแกรมการทรงตัวระดับง่าย (ท่าที่ 1-5) สัปดาห์ที่ 4-6 เพิ่มท่าฝึกการออกกำลังกายโปรแกรมการทรงตัวระดับยาก (ท่า 6-12) โดยอาสาสมัครต้องทำการออกกำลังกาย 2 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดังภาพที่ 1

กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานกายภาพบำบัด พร้อมสอนท่าออกกำลังกายเพื่อการรักษาตามโรคหรืออาการที่เป็นแบบรายบุคคลโดยนักกายภาพบำบัด 2 วันต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลาต่อเนื่อง 6 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบการทรงตัว ทำการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง

- แบบประเมิน TUGT ที่ใช้เวลาในการทดสอบมากกว่า 10 วินาทีขึ้นไป แบบประเมิน FTSST ที่ใช้เวลาทดสอบมากกว่า 12 วินาที แบบประเมิน SLST ที่ใช้เวลาทดสอบน้อยกว่า 10 วินาที แปลผลว่าเสี่ยงหกล้ม

- แบบประเมินภาวะกลัวการล้มในผู้สูงอายุ (fear of fall; FOF) โดยใช้แบบประเมิน the falls efficacy scale-international (FES-I) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยลัดดา เทียมวงศ์<sup>(4)</sup> เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้ คะแนน 16-21 คะแนน แสดงว่า ไม่กลัวการหกล้ม คะแนน 22-27 คะแนน แสดงว่า กลัวการหกล้มเล็กน้อย ถึงปานกลาง คะแนน 28-64 คะแนน แสดงว่า กลัวการหกล้มมาก

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปสำหรับข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนาในการอธิบายลักษณะของข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ส่วนข้อมูลคะแนนการทรงตัว และความกลัวการหกล้มพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ในการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบ-

ภาพที่ 1 โปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายแบบฝึกทันทานและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ

**สัปดาห์ที่ 1-3**  
**“ออกกำลังกายท่าที่ 1-5”**  
\*ในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 เริ่มสามารถเพิ่มจำนวนเซตได้ โดยเพิ่มเซต สัปดาห์ละเซต จากเซตทั้งถึง 3 เซต ตามลักษณะความทนทาน ความแข็งแรงของแต่ละบุคคล

**1** ยืนตรง วางเท้าห่างเท่าช่วงกว้างของไหล่ บิดลำตัวขยับไปข้างขวาและข้างซ้าย ทำซ้ำ 10 ครั้ง

**2** ยืนตรง มือจับโต๊ะหรือเก้าอี้ จากนั้นงอปลายขาขวา ยกค้างไว้ 5 วินาที จึงผ่อนขาลงที่เดิม ทำซ้ำขาแต่ละข้างข้างละ 10 ครั้ง

**3** นั่งบนเก้าอี้ เท้าลงข้างวางราบกับพื้น มือประสานที่หน้าอก จากนั้นค่อยๆโน้มลำตัวไปด้านหน้า โดยที่หลังตรง เขยียดสะโพก เขยียดเข่าขึ้นขึ้น แล้วนั่งลงใหม่ทำซ้ำ 10 ครั้ง

**4** ยืนตรง มือจับเก้าอี้ เขยียดขาไปทางด้านหลัง ยกค้างไว้ 5 วินาที จากนั้นกลับสู่ท่ายืนตรง ทำซ้ำขาแต่ละข้างข้างละ 10 ครั้ง

**5** ยืนตัวตรง มือจับเก้าอี้ยกขาขึ้นสูงถึงกึ่งกลางของต้นขาข้างนั้น โดยยกขาหลังกลับขึ้นซ้ายและขวา ทำซ้ำทั้งหมด 20 ครั้ง คือ ขวา-ซ้าย-ขวา 1

**สัปดาห์ที่ 4-6**  
**“ออกกำลังกายท่าที่ 1-5 และออกเพิ่มท่าที่ 6-12”**

**6** มือจับเก้าอี้ เขยียดปลายเท้าขึ้น ค้างไว้ 5 วินาที ทำซ้ำ 10 ครั้ง

**7** มือจับเก้าอี้ กระดกปลายเท้าขึ้น ค้างไว้ 5 วินาที ทำซ้ำ 10 ครั้ง

**8** ยืนตัวตรง มือจับเก้าอี้ จากนั้นกางขาออกทางด้านข้าง ค้างไว้ 5 วินาที แล้วกลับสู่ท่ายืนตรง ทำซ้ำขาแต่ละข้างข้างละ 10 ครั้ง

**9** นั่งเก้าอี้ ยกขาขึ้นที่โต๊ะข้างเดิมจากขาขวาก่อน ยกค้างไว้ 10 ครั้ง เมื่อครบแล้ววางขาลงดังเดิม ทำซ้ำข้างละ 10 ครั้ง จากนั้นทำสลับข้าง

**10** ยืนตัวตรงมองไปข้างหน้า มือเท้าเอว เดินไปทางด้านข้างทางขวาก้าว-ชิด 10 ก้าว จากนั้นเดินไปทางด้านซ้าย 10 ก้าว ทำซ้ำ 10 รอบ

**11** ยืนตรง จากนั้นเดินไปด้านหลังแล้วเดินกลับ 10 ก้าว ทำซ้ำ 10 รอบ

**12** ให้เดินปกติ เดินวนเป็นเลขแปดคี่รูป (ระยะทาง 3 เมตร) ทำซ้ำ 10 รอบ

เทียบภายในกลุ่มจึงใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มใช้สถิติ Mann-Whitney U test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$

## ผลการศึกษา

### 1. ข้อมูลทั่วไป

ในกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 33.3 เพศหญิง ร้อยละ 66.7 มีอายุอยู่ระหว่าง 70-74 ปี มากที่สุด ร้อยละ 37.5 มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 41.7 ส่วนใหญ่มีโรคทางกายภาพบ่าบั้นท้ายมากที่สุด เป็น C-spondylosis ร้อยละ 37.5 มีผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสามี ร้อยละ 33.3

ในกลุ่มควบคุม เป็นเพศชาย ร้อยละ 37.5 เพศหญิง ร้อยละ 62.5 อายุอยู่ระหว่าง 60-64 ปี มากที่สุด ร้อยละ 41.7 มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 50.0 มีโรคทางกายภาพบ่าบั้นท้ายส่วนใหญ่เป็น L-spondylosis

ร้อยละ 45.8 มีผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสามี ร้อยละ 37.5 ดังตารางที่ 1

### 2. การทรงตัวของผู้สูงอายุ

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนการทรงตัวก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายภายในกลุ่มทดลอง พบว่า มีผลการประเมินการทรงตัวด้วย TUGT, FTSST, SLST เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$  ทุกตัวแปร) ดังตารางที่ 2 ส่วนภายในกลุ่มควบคุม พบว่า ค่า FTSST เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ส่วน TUGT และ SLST ไม่พบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ( $p > 0.05$ ) ดังตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า FTSST ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) แต่ในส่วนของ TUGT และ SLST มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของ TUGT และ SLST ที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=24)		กลุ่มควบคุม (n=24)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	8	33.3	9	37.5
หญิง	16	66.7	15	62.5
ช่วงอายุ (ปี)				
60-64	1	4.2	10	41.7
65-69	8	33.3	6	25.0
70-74	9	37.5	7	29.2
75-79	3	12.5	1	4.2
80 ขึ้นไป	3	12.5	0	0.0
โรคประจำตัว				
ไขมันในโลหิตสูง	3	12.5	1	4.2
ความดันโลหิตสูง	9	37.5	4	16.7
โรคหลอดเลือดและหัวใจ	0	0.0	2	8.3
มากกว่า 1 โรค	10	41.7	12	50.0
อื่นๆ	0	0.0	1	4.2
ไม่มี	2	8.3	4	16.7

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=24)		กลุ่มควบคุม (n=24)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคทางกายภาพบำบัด				
OA knee	1	4.2	6	25.0
L-spondylosis	8	33.3	11	45.8
C-spondylosis	9	37.5	3	12.5
Stroke	3	12.5	1	4.2
มากกว่า 1 โรค	3	12.5	0	0
อื่นๆ	1	4.2	3	12.5
ผู้ดูแล				
สามี	8	33.3	9	37.5
ภรรยา	6	25.0	8	33.3
บุตร	8	33.3	4	16.7
ไม่มี	2	8.3	2	8.3
อื่นๆ	0	0	1	4.2

ตารางที่ 2 การทรงตัวก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายในกลุ่มทดลอง

การประเมินการทรงตัว	กลุ่มทดลอง (n=24)		
	Median	95%CI	p-value
TUGT			
ก่อน	12.18	10.40-13.60	
หลัง	10.35	9.10-11.44	<0.001*
FTSST			
ก่อน	13.75	11.79-15.56	
หลัง	10.84	9.46-12.18	<0.001*
SLST			
ก่อน	10.65	7.06-12.56	
หลัง	13.53	11.47-20.41	<0.001*

\*p<0.05

ตารางที่ 3 การทรงตัวก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายในกลุ่มควบคุม

การประเมินการทรงตัว	กลุ่มควบคุม (n=24)		
	Median	95%CI	p-value
TUGT			
ก่อน	10.61	9.56-12.06	0.440
หลัง	10.52	9.91-11.56	
FTSST			
ก่อน	13.39	11.43-14.96	0.001*
หลัง	11.64	10.57-13.20	
SLST			
ก่อน	10.30	7.46-14.30	0.753
หลัง	13.27	8.32-20.27	

\*p&lt;0.05

ตารางที่ 4 ผลต่างการเปลี่ยนแปลงคะแนนประเมินการทรงตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การประเมินการทรงตัว	Median difference	95%CI	p-value
TUGT			
กลุ่มทดลอง	10.61	0.99-1.89	0.003*
กลุ่มควบคุม	10.52	-0.97-0.92	
FTSST			
กลุ่มทดลอง	2.91	1.92-4.54	0.110
กลุ่มควบคุม	1.38	0.80-2.57	
SLST			
กลุ่มทดลอง	4.61	2.16-7.41	0.003*
กลุ่มควบคุม	-0.06	-1.78-3.07	

\*p&lt;0.05

### 3. ความกังวลหรือกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ

สำหรับการประเมินความกังวลหรือกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนก่อนและหลังทางสถิติภายในกลุ่มพบว่า ในกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p>0.05$ ) ส่วนในกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.05$ ) แต่อย่างไรก็ตามเมื่อทำการเปรียบเทียบค่าการเปลี่ยนแปลงคะแนนความกังวลหรือกลัวการหกล้มระหว่างกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p>0.05$ ) ดังตารางที่ 5 ซึ่งประเมินโดยใช้แบบทดสอบ FES-I ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และประเมินความแตกต่างของผลการเปลี่ยนแปลงคะแนนความกังวลหรือกลัวการหกล้มจากแบบทดสอบ FES-I ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 5 ความแตกต่างของผลการประเมินความกังวลหรือกลัวการหกล้ม

การประเมินความกังวลหรือกลัวการหกล้ม	กลุ่มทดลอง (n=24)			กลุ่มควบคุม (n=24)		
	Median	95%CI	p-value*	Median	95%CI	p-value*
FOF						
กลุ่มควบคุม	33.00	24.74-36.25		32.00	25.00-36.00	
กลุ่มทดลอง	25.50	23.00-32.25	0.088	24.00	21.00-28.00	0.009
<b>เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม</b>						
การประเมินความกังวลหรือกลัวการหกล้ม	Median difference		95%CI	p-value*		
FOF						
กลุ่มควบคุม	2.0		-0.50-11.50			
กลุ่มทดลอง	4.5		1.49-10.00	0.628		

\*p<0.05

## วิจารณ์

สำหรับในกลุ่มควบคุมที่พบว่า ค่า FTSST ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญแต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มทดลองเมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน อาจเนื่องมาจากท่าบริหารที่ให้เพื่อการฟื้นฟูอาการโรคที่ผู้สูงอายุเป็นในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จะมีท่าเกี่ยวกับการเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวและขา เช่น ในโรค L-spondylosis ทำออกกำลังกายเป็นการเสริมกำลังกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวมัดลึก 4 มัด ได้แก่ Transversus abdominis muscle, Pelvic floor muscle, Diaphragmatic muscle, Multifidus muscle ซึ่งเมื่อกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวมีความแข็งแรงมากขึ้นจะส่งผลให้การเคลื่อนไหวร่างกายดีขึ้นด้วยและมีผลทำให้การทรงตัวดีขึ้น โดยมีค่า FTSST ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญสอดคล้องกับการศึกษาของ Puntumetakul, et al.<sup>(5)</sup> ส่วนใน OA knee ท่าบริหารจะเกี่ยวข้องกักล้ามเนื้อรอบข้อเข่า กล้ามเนื้อสะโพกเป็นส่วนใหญ่ เช่น Quadricep, Hamstring, Hip adductor, Hip abductor muscles ส่งผลให้มีความแข็งแรงของขามากขึ้น และในคนไข้ Stroke ท่าบริหารมักเป็นการส่งเสริมการเคลื่อนไหวให้ถูกรูปแบบการเพิ่มความแข็งแรงและทนทานของขา การฝึกการทรงตัวซึ่งส่งผลต่อความแข็งแรงของขาทั้งสิ้น

แม้ว่าค่า TUGT ของกลุ่มทดลองจะดีขึ้นและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ แต่ความแตกต่างของค่าคะแนนนั้นต่ำกว่าค่าการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกที่น้อยที่สุด (minimal clinically important difference)<sup>(6)</sup> ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยนี้อาจเกิดจากช่วงอายุที่ค่อนข้างมากของกลุ่มทดลองที่ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 70-74 ปี ซึ่งยิ่งช่วงอายุมากขึ้นมวลกล้ามเนื้อมักจะน้อยลงทำให้การออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงและความทนทานเพื่อการทรงตัวอาจต้องใช้ระยะเวลาการฝึกที่มากขึ้น ถึงจะเห็นความเปลี่ยนแปลงที่ดีจนถึงจุดที่เห็นผลทางคลินิก

การประเมินความกังวลหรือกลัวการพลัดตกหกล้ม (FOF) ในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการใช้แบบสอบถามในการถามความรู้สึกของผู้สูงอายุ ทำให้ผลที่ได้อาจจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลตามสภาพแวดล้อม สังคม ที่แต่ละคนอาศัยอยู่<sup>(7)</sup> ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายก็ตาม และมีความรู้สึกมั่นใจในการเดิน การทรงตัวมากขึ้น แต่ความกลัวการหกล้มอาจจะเปลี่ยนแปลงน้อยหรือไม่เปลี่ยนแปลงเลยในผู้สูงอายุบางคน ทั้งนี้จากสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นด้านสายตา มีต่อหิน ต้อกระจก ด้านระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ในบางท่านมีโรคกระดูกพรุนนั่นเอง ทำให้ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าต้องระมัดระวังตนเองมากและยังคงมีความกังวลกลัวการหกล้ม

นอกจากนี้ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้คือขาดการวัดอัตราการหกล้ม ซึ่งงานวิจัยในอนาคตควรจะวัดอัตราการหกล้มในผู้สูงอายุก่อนและหลังการฝึกให้โปรแกรมด้วย เพื่อที่จะสามารถประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น

จากงานวิจัยนี้ ในอนาคตควรมีการศึกษาหาปัจจัยอื่นที่ช่วยให้วิธีการฝึกการทรงตัวมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น โปรแกรม Otago<sup>(8)</sup> หรือ BWSTT (body weight supported treadmill training) program<sup>(9,10)</sup> ที่ปรับระดับความหนัก ความยากของการออกกำลังกายให้เข้ากับความสามารถของอาสาสมัครของแต่ละคนได้

## สรุป

โปรแกรมการออกกำลังกายแบบฝึกทันทานและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อความสามารถในการทรงตัว

ของผู้สูงอายุ สามารถเพิ่มความสามารถในการทรงตัว ลดความเสี่ยงของการหกล้มและภาวะการกล้วล้มได้ เป็นทางเลือกหนึ่งของการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารโรงพยาบาลร้อยเอ็ดทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ที่ทำให้เกิดการเรียนรู้อะไรบ้างเพื่อต่อยอดในการดูแลผู้สูงอายุ ป้องกันการหกล้มที่จะก่อเกิดปัญหาขึ้นมาในอนาคต ขอขอบคุณ ผศ. นพ. ภาวิศ วงศ์แพทย์ และ ดร. นิสากร วิบูลย์ อาจารย์-ที่ปรึกษาในการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณทีมงานกายภาพบำบัดสวนพยอมทุกท่านที่ร่วมมือ ร่วมใจ สามัคคี ให้กำลังใจกันและกัน และขอขอบคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

## เอกสารอ้างอิง

1. กองป้องกันการบาดเจ็บ สำนักสื่อสารความเสี่ยง กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค ห่วงผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มในช่วงฤดูฝน แนะนำสวมใส่รองเท้าที่พื้นมีดอกยาง และประเมินความเสี่ยงการหกล้มอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 23 ม.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/odpc7/news.php?news=26077&deptcode=odpc7>
2. คณะกรรมการสถิติระดับจังหวัดจังหวัดร้อยเอ็ด. โครงการจัดทำข้อมูลสถิติและสารสนเทศเพื่อการการบริหารระดับพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 23 ม.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: [https://roiet.nso.go.th/images/stitic/new3/วิเคราะห์\\_ผู้สูงอายุ61.pdf](https://roiet.nso.go.th/images/stitic/new3/วิเคราะห์_ผู้สูงอายุ61.pdf)
3. กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์งานอนามัยผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7 ประจำปีงบประมาณ 2563-2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 23 ม.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://hpci.anamai.moph.go.th/kpr/kpr2566/report66/1.4/วิเคราะห์สถานการณ์ตัวชี้วัด%201.4.pdf>
4. ลัดดา เทียมวงศ์. การทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือประเมินอาการกัวหกล้มในผู้สูงอายุไทย. สงขลานครินทร์เวชสาร 2552; 29(6):277-87.
5. Puntumetakul R, Saiklang P, Vodchaisarn W, Hunsawong T, Ruangsri J. Effects of core stabilization exercise versus general trunk-strengthening exercise on balance performance, pain intensity and trunk muscle activity patterns in clinical lumbar instability patients: a single blind randomized trial. Walailak J Sci Tech [Internet]. 2021 [cited 2023 Sep 3];18(7):1-13. Available from: <https://wjst.wu.ac.th/index.php/wjst/article/view/9054>
6. Vaz S, Hang J-A, Codde J, Bruce D, Spilsbury K, Hill A-M. Prescribing tailored home exercise program to older adults in the community using a tailored self-modeled video: a pre-post study. Front Public Health 2022;10:974512.
7. วลัยภรณ์ อารีรักษ์. ความมกัการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. ใน: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี. การประชุมนำเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษาระดับชาติ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ครั้งที่ 10 ประจำปีการศึกษา 2559. อุดรธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี. 2559. หน้า 2180-90.
8. Abdulrazaq S, Oldham J, Skelton DA, O'Neill T, Munford L, Gannon B, et al. A prospective cohort study measuring cost-benefit analysis of the Otago Exercise Programme in community dwelling adults with rheumatoid arthritis. BMC Health Serv Res 2018;18(1):613.
9. Simadamrong P, Wongphaet P. Effects of multidirection and variable-speed body weight supported on balance rehabilitation for fall prevention among community-dwelling elderly persons. ASEAN J Rehabil Med 2019;29(2): 45-50.
10. Wongphaet P, Watchareeudomkarn W. Effect of partial body weight support treadmill training on improvement of walking and balance in elderly community-dwellers. J Thai Rehabil Med 2016;26(1):19-23.

## The Effect of Endurance Training and Muscle Strengthening Exercise Program on Balance Ability in Elders

Chutima Nituthon, Kunlanat Ittarat, Damitsara Kreangseemuen

*Physical Therapist Department, Suan Phayom Health Promotion Center, Roi Et Hospital,  
Roi Et Province, Thailand*

---

### Abstract

Poor balance can cause falling and it's the biggest problem for elders. The elders will change in the body such as vision problems, loss of muscle mass and strength, these can cause balance instability problem and make the elders easy to fall. At present Thai older persons had fallen 20-30 percent per year. Then Medical personnel should realize and promote to prevent fall in elders. The objective of this research was to find out the effect of endurance training and muscle strengthening exercise program on balance ability in elders. The samples were elders who have risk of fall who were divided into 2 equal groups, consists of control and experimental groups. The experimental group (n=24) received the muscle endurance and strengthening exercise to improve balance ability in elder program 2 times a week for 6 weeks, while the control group (n=24) received standard physical therapy treatment include therapeutic exercise 2 times a week for 6 weeks. All participants were assessed balance by timed up and go test (TUGT), five times sit to stand test (FTSST), single leg stand test (SLST) and Fear of falling test (FOF) immediately before and after the six-week intervention period. The data were analyzed quantitatively using Wilcoxon Signed Rank statistics and the Mann-Whitney U Test. The results of this study found the experimental group had significantly improved in TUGT, FTSST, SLST after finished the program ( $p < 0.05$  all variables), while the control group had significantly improved in FTSST ( $p < 0.05$ ). For Comparing between 2 groups found not significantly different in FTSST ( $p > 0.05$ ), however the TUGT and SLST scores between 2 groups found significantly different ( $p < 0.05$ ), the experimental group showed better improved performance in the TUGT and SLST than the control group. For fear of falling (FOF) examination, all elders were assessed using FES-I and found that the experimental and the control groups had the same decreased in fear of falling scores after received the program. For Comparing between 2 groups found significantly different in FOF scores ( $p > 0.05$ ). The muscles endurance training and strengthening exercise program were able to improve balance and stability and decrease risk of falling.

**Keywords:** The elder; balance; exercise program

# ประสิทธิผลรูปแบบการป้องกันและลดพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียน โดยการมีส่วนร่วม ของชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี

นวลตา เศวตชนะกุล<sup>1</sup>, ภัทรวรินทร์ ภัทรศิริสมบุรณ์<sup>2</sup>, ทศพร บุญญานุสนธิ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

<sup>2</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี จังหวัดจันทบุรี

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันและลดพฤติกรรมสูบบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายจาก 2 โรงเรียนในอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี คัดเลือกอย่างมีระบบ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลองได้รับรูปแบบการป้องกันและลดพฤติกรรมสูบบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ ประกอบด้วย (1) การให้ความรู้ (2) ฝึกทักษะการตัดสินใจ (3) การจัดการตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกัน (4) อบรมทักษะการวิเคราะห์สื่อโฆษณาบุหรี่ และ (5) ฝึกทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมสูบบุหรี่ และแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 และ 0.72 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติที่ ผลการศึกษาภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.7 (Mean=48.6, SD=0.43) ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ ก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ค่าคะแนนเฉลี่ยจำนวนบุหรี่ที่สูบก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาครั้งนี้ คือ สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียนอื่นๆ ได้ และควรศึกษาปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลของการเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชน เช่น บริบททางสังคม วัฒนธรรม รวมทั้งปัจจัยด้านครอบครัว และใช้เทคโนโลยีหรือสื่อดิจิทัลมาเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชนต่อไป

**คำสำคัญ:** การป้องกันและลดพฤติกรรม; การสูบบุหรี่; การมีส่วนร่วมของชุมชน; เยาวชนในโรงเรียน; รูปแบบ

วันรับ: 14 มี.ค. 2568

วันแก้ไข: 20 เม.ย. 2568

วันตอบรับ: 22 เม.ย. 2568

## บทนำ

การสูบบุหรี่ในเยาวชนเป็นปัญหาที่สำคัญของการสาธารณสุขไทย ถ้าวัยเยาวชนเริ่มสูบบุหรี่จะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดสารนิโคตินที่อยู่ในบุหรี่มากกว่าเมื่อเทียบกับการเริ่มสูบบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งส่งผลต่อการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ อาจทำได้ยากมากขึ้นกว่าวัยอื่นๆ<sup>(1)</sup> อย่างไรก็ตามประเทศไทยได้ดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบมายาวนานกว่า 30 ปี โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วนทั้งจากภาครัฐ องค์กร-เอกชน และชุมชน ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมา แม้มีความก้าวหน้ามาเป็นอย่างดี แต่อัตราการบริโภคยาสูบของประชากรยังอยู่ในอัตราสูง เนื่องจากหลากหลายปัจจัย อาทิ- เช่น การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบยังคงง่ายและราคาไม่แพง ทำให้คนสามารถเข้าถึงและเริ่มสูบบุหรี่ได้ง่าย เป็นต้น

จากการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ ประเด็นการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนไทยปี พ.ศ. 2566 ของกรม-สนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข สํารวจเด็กและเยาวชนอายุไม่เกิน 25 ปี จำนวน 61,688 คน พบว่าภาพรวมของเยาวชนทั่วประเทศร้อยละ 25 เป็นผู้สูบบุหรี่-ไฟฟ้า หรือคิดเป็น 1 ใน 4 ของจำนวนประชากรทั้งหมด สอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ Global Youth Tobacco Survey (GYTS) ปี พ.ศ. 2565 ของไทย ในกลุ่มนักเรียนที่มีอายุระหว่าง 13-15 ปี ที่เดิมอยู่ร้อยละ 17.6 ขณะที่ผลการสำรวจพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของโรงเรียนประถมศึกษาแห่งหนึ่งในภาคกลาง กลุ่มตัวอย่าง 152 คน ช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 โดยนักศึกษาแพทย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พบข้อมูลที่น่าสนใจเกี่ยวกับสาเหตุของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเด็กระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 4-5 โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 เคยถูกคนในครอบครัวแนะนำหรือให้ทดลองสูบบุหรี่ไฟฟ้า ขณะที่กลุ่มเด็กที่เคยสูบบุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 73 ระบุว่ามีแหล่งที่มาของบุหรี่ไฟฟ้ามาจากครอบครัว เพื่อน และคนในชุมชน แนะนำให้ยืมหรือขายบุหรี่ไฟฟ้าให้ เนื่องจากเข้าใจว่าปลอดภัย เพราะรูปลักษณะอุปกรณ์มีความเป็นมิตร<sup>(2)</sup> สำหรับจังหวัดจันทบุรี ในปี พ.ศ. 2564 พบว่าอัตราการบริโภคยาสูบในประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป อยู่ที่ร้อยละ 18.95 ซึ่งอยู่ในอันดับที่ 27 เมื่อเทียบกับจังหวัดอื่นๆ ทั่วประเทศ<sup>(3)</sup> ซึ่งแม้จะไม่อยู่ในอันดับสูงสุดของประเทศ แต่ยังคงเป็น

ตัวเลขที่น่ากังวล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเยาวชนที่อาจได้รับผลกระทบในระยะยาวทั้งด้านสุขภาพและสังคม การขาดข้อมูลชัดเจนเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การสูบบุหรี่ในเยาวชนจังหวัดนี้ แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและทักษะด้านสุขภาพอย่างครบถ้วนตามแนวคิดของ Nutbeam D.<sup>(7)</sup> โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (functional health literacy) เพื่อให้เยาวชนมีความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรี่ สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลและป้องกันตนเองจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมสูบบุหรี่ได้

การทบทวนวรรณกรรม พบว่า ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ที่มากขึ้น กล่าวคือ ผู้ที่มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพระดับต่ำมีโอกาสที่จะสูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพ<sup>(5)</sup> และการศึกษาที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการป้องกันการสูบบุหรี่และสารเสพติดโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรม (Mean=14.83, SD=1.79) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Mean=11.18, SD=2.73) และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 โดยพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น อยู่ในระดับดี คือ เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอและมีการปฏิบัติเพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่และสารเสพติดได้ถูกต้อง<sup>(6)</sup>

ดังนั้น การป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชน เป็นงานดำเนินงานที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง คณะผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการป้องกันและลดพฤติกรรมสูบบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรีขึ้น เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันและลดพฤติกรรมสูบบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของ Nutbeam D.<sup>(7)</sup> ที่ประกอบไปด้วย ทักษะความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ข้อมูลสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการรู้เท่าทันสื่อการสร้างเสริมทักษะชีวิต ซึ่งการเสริมสร้างทักษะเหล่านี้จะช่วยให้เยาวชนสามารถป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่ได้ รวมถึงป้องกันการใช้สารเสพติด

อื่นๆ ในระยะเริ่มต้น เนื่องจากเยาวชนเป็นกลุ่มที่กำลังศึกษาคณะของและมีความอยากรู้อยากลอง และบุหรีก็เป็นยาเสพติดที่ถูกกฎหมายและซื้อหาได้ง่าย การป้องกันการสูบบุหรีจึงเป็นเรื่องที่มีประโยชน์มากกว่าการบำบัดหรือรักษาเพื่อให้เยาวชนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่เป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพแก่ประชาชนและเป็นการสำคัญทางด้านสาธารณสุขในการควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหการสูบบุหรีต่อไป

## วิธีการศึกษา

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง ศึกษาเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยวัดผลการทดลองก่อนและหลัง

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เยาวชนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรีที่มีอายุระหว่าง 16-18 ปีขึ้นไป และกำลังเรียนอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ทั้งผู้หญิงและผู้ชาย จาก 2 โรงเรียนในอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

**เกณฑ์การคัดเลือก** ได้แก่ เป็นเพศชายหรือหญิงที่มีอายุระหว่าง 16-18 ปีขึ้นไป กำลังเรียนอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียน เขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ตลอดเวลาการวิจัย มีความสมัครใจและผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมโปรแกรม และไม่เป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ โรคหอบหืด โรคหัวใจ เป็นต้น เพื่อป้องกันความเสี่ยงทางสุขภาพ ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรม

**เกณฑ์คัดออก** ได้แก่ ลาออกขณะดำเนินโปรแกรม และเข้าร่วมโปรแกรม แต่ไม่อยู่ครบในทุกกิจกรรม

**ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง** คำนวณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G\*Power version 3.1.9.4 ซึ่งการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสำหรับกลุ่มทดลอง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 มีอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 และค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.8<sup>(8)</sup> ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 26 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 26 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายและความไม่สมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถามจึงได้เพิ่มเติมกลุ่มตัวอย่างอีก

ร้อยละ 15 เป็นจำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน

**การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง** ดังนี้ ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยการจับสลากเลือกโรงเรียนในอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี มา 2 โรงเรียน แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากนั้นเลือกระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยการจับสลากได้ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 เพื่อให้ได้ห้องเรียนที่เป็นชั้นปีเดียวกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อได้ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จึงทำการสุ่มนักเรียนด้วยการสุ่มอย่างมีระบบ จากรายชื่อนักเรียนเรียงตามเลขที่ เพื่อให้ได้ตัวแทนนักเรียนเป็นกลุ่มตัวอย่างในชั้นปีที่ 5 แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

**ขอบเขตด้านเวลา** ระยะเวลาดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม พ.ศ. 2568

**ตัวแปรอิสระ** ได้แก่ รูปแบบการป้องกันและลดพฤติกรรม การสูบบุหรีของเยาวชนในโรงเรียน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

**ตัวแปรตาม** ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี และพฤติกรรมการสูบบุหรี

### วิธีดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้บริหารของโรงเรียน เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย หลังจากได้รับการอนุญาต จึงนัดหมายวันเวลากับนักเรียน โดยให้นักเรียนเป็นผู้เลือกช่วงเวลาด้วยตนเอง รวมทั้งสถานที่ที่เอื้อต่อการเก็บข้อมูลและไม่รบกวนเวลาเรียนผ่านหัวหน้าชั้นเรียน ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และการทดลองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และให้ตอบแบบสอบถามก่อนดำเนินการทดลอง หลังจากนั้นในกลุ่มควบคุมจะได้รับการเรียนการสอนตามหลักสูตรการศึกษาของโรงเรียนและนัดประเมินผลตามปกติ

2. ในกลุ่มทดลองดำเนินการทดลองการใช้รูปแบบการป้องกันและลดพฤติกรรม การสูบบุหรีของเยาวชนในโรงเรียน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในแต่ละสัปดาห์ โดยจัดกิจกรรม 1 ครั้ง/สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 1-2 ชั่วโมง และดำเนินกิจกรรมตามวันเวลาที่นัดหมาย ในแต่ละสัปดาห์ ดังนี้

**สัปดาห์ที่ 1** มีกิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมการให้ความรู้และแนะนำการเลือกแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี โดยทีมผู้วิจัยจัดอบรมความเข้าใจเกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี โดยใช้

การบรรยาย การอภิปราย การชมวีดิทัศน์ แบ่งกลุ่มอภิปรายตามใบงานพร้อมทั้งนำเสนอข้อมูลนักเรียนร่วมกันสรุปความรู้โดยการเขียนแผนที่ความคิด (mind mapping) เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ และประเมินผลการเรียนรู้ร่วมกัน

**สัปดาห์ที่ 2** มีกิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมฝึกทักษะการตัดสินใจ โดยทีมผู้วิจัยจัดอบรมทักษะการตัดสินใจและการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่

**สัปดาห์ที่ 3** มีกิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมการจัดการตนเอง โดยทีมผู้วิจัยนำนักเรียนที่มีปัญหาหามาพูดคุย ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกัน ทั้งนักเรียนและผู้ปกครอง

**สัปดาห์ที่ 4** มีกิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมการรู้เท่าทันสื่อ โดยทีมผู้วิจัยจัดอบรมทักษะการวิเคราะห์สื่อโฆษณาบุหรี่เพื่อชี้แนะแนวทางในการป้องกันการสูบบุหรี่ให้กับเพื่อนครอบครัว ชุมชนหรือสังคม

**สัปดาห์ที่ 5** มีกิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมฝึกทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ โดยทีมผู้วิจัยฝึกทักษะในการให้ความรู้เรื่องโทษและพิษภัยของบุหรี่หน้าชั้นเรียน 1 ครั้ง และเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ สูครอบครัวและชุมชน โดยมอบหมายให้นักเรียนพูดคุยให้ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่กับสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน พร้อมทั้งบันทึกผลการให้ความรู้และทำการเก็บข้อมูลหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 5

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

**1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือ โปรแกรมการป้องกันและลดพฤติกรรมสูบบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นรูปแบบการจัดกิจกรรมที่ประยุกต์จากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam D.<sup>(7)</sup> ใช้ระยะเวลาการดำเนินการภายใน 5 สัปดาห์

**2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล** ได้แก่ แบบสอบถามปลายปิด ประกอบไปด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสูบบุหรี่ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ วัดโดยแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมสูบบุหรี่<sup>(9)</sup> จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ ที่ประยุกต์จากกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ฉบับปรับปรุงปี พ.ศ. 2561<sup>(10)</sup> แบ่งเนื้อหาออกเป็น 8 ตอน ดังนี้ (1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตน

ตามหลัก 3อ 2ส จำนวน 3 ข้อ เป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน (2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส จำนวน 3 ข้อ (3) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส จำนวน 3 ข้อ (4) จัดการเงินโยของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส จำนวน 3 ข้อ (5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส จำนวน 3 ข้อ (6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ 2ส จำนวน 3 ข้อ เป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน (7) การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม จำนวน 3 ข้อ และ (8) การควบคุมแลรักษาสุขภาพตนเอง จำนวน 4 ข้อ โดยแบบวัดตอนที่ 2-5 และ 7-8 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 3-6 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัตินานครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 1-2 วันต่อสัปดาห์ ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลย

**การแปลผล** ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่โดยรวมเท่ากับ 82 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 19 คะแนน มีเกณฑ์การแบ่งเป็นระดับ ดังนี้ ระดับน้อย (19-39 คะแนน) ระดับปานกลาง (40-60 คะแนน) ระดับมาก (61-82 คะแนน)

**การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการป้องกันและลดพฤติกรรมสูบบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ มาพิจารณามาปรับแก้เพื่อให้โปรแกรมสมบูรณ์ขึ้น การหาความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 0.89 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมสูบบุหรี่ เท่ากับ 0.72

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันและลดพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียน อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ด้วยสถิติ paired sample t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลองใช้สถิติการทดสอบค่าทีแบบอิสระ (independent t-test) ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติแบบพาราเมตริก นักวิจัยได้ตรวจสอบสมมติฐานการแจกแจงของข้อมูล โดยการทดสอบทางสถิติใช้ Shapiro-Wilk test ซึ่งเหมาะสำหรับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กถึงกลางกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการตรวจสอบพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ จึงเลือกใช้สถิติแบบพาราเมตริกในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

### การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 โรงพยาบาลพระปกเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี เลขที่ COA no. 024/67 วันที่รับรอง 15 มีนาคม พ.ศ. 2567 ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เปิดโอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถามเข้าร่วมโดยสมัครใจอย่างอิสระ โดยระบุข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น การนำเสนอข้อมูลในภาพรวมจากนั้นให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม การไม่เข้าร่วมจะไม่มีผลกระทบต่อผลประโยชน์หรือสิทธิใดๆ ที่พึงได้รับของกลุ่มตัวอย่าง

## ผลการศึกษา

กลุ่มควบคุม แบ่งเป็น เพศหญิง ร้อยละ 93.3 เพศชาย ร้อยละ 6.7 มีอายุต่ำสุด 15 ปี อายุมากที่สุดเท่ากับ 17 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 16.1 ปี (SD=0.43) ส่วนใหญ่ร้อยละ 93.3 ไม่เคยมีประสบการณ์การสูบบุหรี่ และร้อยละ 6.7 เคยมีประสบการณ์การสูบบุหรี่ โดยเคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว ร้อยละ 50.0 และเคยทดลองสูบ 1-4 มวน เท่านั้นในชีวิต ร้อยละ 50.0 การศึกษาค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนก่อนการทดลอง

ของกลุ่มควบคุม พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.0 (Mean=46.8, SD=0.43) แยกเป็นรายด้าน ดังนี้ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.0 (Mean=2.1, SD=0.54) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0 (Mean=6.4, SD=0.69) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0 (Mean=6.1, SD=0.67) การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 56.7 (Mean=8.3, SD=0.68) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 56.7 (Mean=8.3, SD=0.72) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ 2ส มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.0 (Mean=1.7, SD=0.58) การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.3 (Mean=6.4, SD=0.50) การคงดูแลรักษาสุขภาพตนเอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 63.3 (Mean=7.4, SD=0.49)

กลุ่มทดลอง แบ่งเป็น เพศหญิง ร้อยละ 23.3 เพศชาย ร้อยละ 76.7 มีอายุต่ำสุด 16 ปี อายุมากที่สุดเท่ากับ 17 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 16.5 ปี (SD=0.50) ส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.7 ไม่เคยมีประสบการณ์การสูบบุหรี่ และร้อยละ 23.3 เคยมีประสบการณ์การสูบบุหรี่ โดยปัจจุบันสูบเป็นบางครั้งตามโอกาส ร้อยละ 10.0 เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว ร้อยละ 6.7 และเคยทดลองสูบ 1-4 มวน เท่านั้นในชีวิต ร้อยละ 3.3 และสูบหรือวันละ 1-4 มวน ร้อยละ 13.3 การศึกษาค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนของก่อนการทดลองกลุ่มทดลอง พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.0 (Mean=47.9, SD=0.50) แยกเป็นรายด้านดังนี้ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 40.0 (Mean=2.0, SD=0.94) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.4 (Mean=6.9, SD=0.60)

การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.4 (Mean=7.1, SD=0.66) การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 43.3 (Mean=7.5, SD=0.70) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.3 (Mean=7.3, SD=0.56) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ 2ส มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.7 (Mean=1.5, SD=0.77) การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.0 (Mean=6.6, SD=0.64) การคงดูแลรักษาสุขภาพตนเอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 66.7 (Mean=8.7, SD=0.57)

**การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง**

ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ดังตารางที่ 1

**การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยจำนวนบุหรี่ที่สูบระยะหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันและลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง**

ค่าคะแนนเฉลี่ยจำนวนบุหรี่ที่สูบระยะหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันและลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) ดังตารางที่ 2

**การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังทดลอง**

ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง**

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่	Mean	SD	ค่าเฉลี่ยของความต่าง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความต่าง	t-test	df	p-value
ก่อนทดลอง	1.93	0.44	-0.30	0.59	-2.75	29	0.010*
หลังทดลอง	2.23	0.43					

\* $p < 0.05$

**ตารางที่ 2 จำนวนบุหรี่ที่สูบระยะหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันและลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง**

จำนวนบุหรี่ที่สูบ	Mean	SD	ค่าเฉลี่ยของความต่าง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความต่าง	t-test	df	p-value
ก่อนทดลอง	5.33	1.72	-0.36	2.17	-0.924	29	0.363
หลังทดลอง	5.70	1.14					

\* $p < 0.05$

ตารางที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังทดลอง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่	n	Mean	SD	Mean difference	t-test	p-value
กลุ่มทดลอง	30	1.72	0.43	0.27	1.837	0.071
กลุ่มควบคุม	30	1.14	0.66			

\*p<0.05

## วิจารณ์

1. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) สามารถอภิปรายได้ดังนี้ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการป้องกันและลดพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการรู้คิด ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และผู้วิจัยได้นำองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน มาเป็นพื้นฐานในการจัดกิจกรรมการให้ความรู้ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน มีการตรวจสอบความเข้าใจ โดยการให้กลุ่มทดลองได้อธิบายสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรม มีการกระตุ้นการเรียนรู้ ได้แก่ สื่อวีดิโอ มีการสาธิต และสาธิตย้อนกลับ การฝึกปฏิบัติ เพื่อเพิ่มพูนทักษะการปฏิเสธเมื่อถูกเพื่อนชวนให้สูบบุหรี่ ในส่วนของการร่วมมือและการมีส่วนร่วมของชุมชนได้นำผู้บริหารโรงเรียน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และครูในพื้นที่เข้ามามีบทบาทสำคัญ ผ่านการสนับสนุนและสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการป้องกันพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของเยาวชน รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการวางแผน ดำเนินกิจกรรม และติดตามผลของโครงการอย่างใกล้ชิด จึงทำให้ภายหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันและลดพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการ

สูบบุหรี่โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 76.7 และระดับมาก ร้อยละ 23.7 (Mean=48.6, SD=0.43) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันการสูบบุหรี่ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมสูงขึ้นกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และมีพฤติกรรม การป้องกันการสูบบุหรี่โดยรวมสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )<sup>(11)</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมนักเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันพฤติกรรมตนเองในการสูบบุหรี่ก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองมีความแตกต่างกันและสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )<sup>(12)</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรม อยู่ในระดับมากและเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )<sup>(13)</sup> รวมทั้งการศึกษาที่พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่สำหรับนักศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )<sup>(14)</sup>

2. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยจำนวนบุหรี่ยี่สิบกระแสมที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันและลดพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ )

อาจเนื่องจากเยาวชนบางส่วนมีภาวะเสพติดนิโคตินแล้ว โปรแกรมอาจต้องมีการช่วยเลิกบุหรี่ที่เข้มข้นขึ้น เช่น การให้คำปรึกษา การใช้สารทดแทนนิโคติน หรืออาจต้องใช้เวลานานกว่าจึงจะเห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจน แม้ว่าผลการศึกษานี้จะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการลดจำนวนบุหรี่ที่สูบ แต่โปรแกรมอาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและความรู้เกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ ซึ่งอาจนำไปสู่การลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในระยะยาว ดังนั้น ควรมีการศึกษาต่อเนื่องและปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยอาจเพิ่มกิจกรรมที่ช่วยเสริมแรง-จูงใจในการเลิกบุหรี่ หรือเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผลเพื่อประเมินประสิทธิผลในระยะยาว ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษาระดับอาชีวศึกษาในสถาบันแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ที่เป็นนักศึกษาชายระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 และ 3 สูบบุหรี่ ที่พบว่า หลังทดลองค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการลดเลิกบุหรี่ และค่าเฉลี่ยความรู้แตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่ามัธยฐานจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และค่าเฉลี่ยปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์จากลมหายใจลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(15)</sup>

3. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียน

โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังทดลอง จากการศึกษาพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มควบคุมอาจได้รับข้อมูลหรือมีการเรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่จากแหล่งอื่น เช่น ครอบครัว โรงเรียน หรือสื่อสาธารณะ ทำให้ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นอกจากนี้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในบริบททางสังคมหรือโรงเรียนที่คล้ายกัน อาจทำให้ได้รับข้อมูลหรือการสนับสนุนที่ใกล้เคียงกัน ส่งผลให้ผลลัพธ์ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และส่วนต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )<sup>(11)</sup>

## กิตติกรรมประกาศ

บทความฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ปีงบประมาณ 2567 และขอขอบคุณคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี ที่ให้คำแนะนำรวมทั้งสนับสนุนด้วยดีตลอดมา จนทำให้การศึกษาครั้งนี้บรรลุผลสำเร็จ

## เอกสารอ้างอิง

1. อุทัยวรรณ พงษ์บริบูรณ์, รัชยา รัตนธรร. การสูบบุหรี่ในวัยรุ่น: แนวทางสร้างการป้องกัน. วารสารพยาบาลทหารบก 2564;23(1):6-13.
2. กรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. รายงานสถานการณ์ด้านเด็กและเยาวชน ประจำปีงบประมาณ 2567 ไตรมาส 3 เดือน เมษายน - มิถุนายน 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 31 ม.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: [https://www.dcy.go.th/public/mainWeb/file\\_download/1721718627362-869954648.pdf](https://www.dcy.go.th/public/mainWeb/file_download/1721718627362-869954648.pdf)
3. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล. สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์; 2566.
4. เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ. คู่มือการเลิกบุหรี่สำหรับประชาชน. นครปฐม: ลินทวิกิจ พรินติ้ง; 2561.
5. Hoover DS, Vidrine JI, Shete S, Spears CA, Cano MA, Correa-Fernández V, et al. Health literacy, smoking, and health indicators in African American adults. *J Health Commun* 2015;20(2):24-33.
6. ชารินะย์ ระณี, ประภาภรณ์ หลังปุเต๊ะ, นิซูโรดา นิมุ. ผลของโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่และสารเสพติดโดยใช้หลักการอิสลามต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านป้องกันการสูบบุหรี่และสารเสพติดในเยาวชนมุสลิมโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้. *J Behav Sci Dev* 2565;14(1):134-52.
7. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med* 2008;67(12):2072-8.
8. วีระศักดิ์ ปัญญาพรวิทยา. การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*power สำหรับงานวิจัยที่มีการใช้สัตว์ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 31 ม.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://rid.psu.ac.th/animal/th/assets/document/GPower5-7.pdf>
9. Homsin P. Predictors of smoking uptake among Thai male adolescents: Early smoking stages [Doctoral dissertation]. Chiangmai: Chiangmai University; 2006.
10. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเด็กและเยาวชน (อายุ 7-14 ปี) กลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง ปี 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 23 ก.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.scribd.com/document/406967113/220120180914085828-linkhed-pdf>
11. ยูนันท์ เทพา. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่หน้าใหม่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนแห่งหนึ่งในพื้นที่อำเภอจาง จังหวัดลำปาง. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ) 2566;34(2):12-26.
12. ภาสกร เนตรทิพย์วัลย์. โปรแกรมสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพเพื่อพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นตอนต้นโดยประยุกต์การจัดการเรียนรู้แบบปรากฏการณ์เป็นฐาน [วิทยานิพนธ์ดุขฎิบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2564.
13. อนาวิน ภัทรภาคินวรกุล, ปรภัทร คงศรี, สมหมาย กล้าณรงค์. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่ในสถาบันอุดมศึกษา จังหวัดแม่ฮ่องสอน. วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 2566;13(1):113-28.
14. ณัฐชยา พลาชีวะ, ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. ผลของโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่โดยใช้อินเทอร์เน็ตเป็นฐานสำหรับนักศึกษาในศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย. วารสารพยาบาลสหประชาชาติไทย 2564;14(1):257-72.
15. ไกรฤกษ์ สุธรรม, ขวัญตา สุธรรม. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการลด เลิกบุหรี่ของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษาในสถาบันแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2566;30(3):160-70.

## Effectiveness of the Model for Prevention and Reduction smoking Behavior among Youth in Schools by Community Participations, Mueang District, Chanthaburi Province

Nualta Selawattanakul<sup>1</sup>, Phakwarin Phattharasirisomboon<sup>2</sup>, Thodsaporn Bunyanuson<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Phrapokklao Hospital, Chanthaburi Province, Thailand

<sup>2</sup> Faculty of Nursing, Rambhai Barni Rajabhat University, Chanthaburi Province, Thailand

---

### Abstract

This research aimed to study the factors affecting behavior to prevent e-cigarette smoking and to develop a model to promote behavior to prevent e-cigarette smoking. The research used a mixed-methods research method. The study was divided into 2 phases: Phase 1 studied the factors affecting behavior to prevent e-cigarette smoking. The sample group was 890 students of the National Sports University, Maha Sarakham. The research instrument was a questionnaire with a reliability of 0.92. The data were analyzed using multiple regression. Phase 2 developed a model to promote behavior to prevent e-cigarette smoking. The research method was used in the action research. The sample groups were selected by specific method, consisting of 2 groups: (1) the working committee, 30 people, and (2) youth and students with risky e-cigarette smoking behavior, 120 people. Participatory planning was used and data was analyzed using content analysis. The results of the research in phase 1 found that the factors affecting the behavior of preventing e-cigarette smoking of youth were support from the university, support from friends, life skills, and perception of the dangers of e-cigarettes. These factors could predict e-cigarette prevention behavior by 38.74 percent. In phase 2, the developed model consisted of 8 steps and 3 strategies: strategy 1: campaign to create a trend; strategy 2: strengthening immunity; and strategy 3: building and developing networks. After the model was developed, the e-cigarette prevention behavior of the target group was significantly higher than before the model was implemented ( $p < 0.01$ ). Promoting the activities of the 3 strategies will help promote the youth to have more behaviors to prevent e-cigarette smoking. Public health agencies and universities must determine measures to prevent and solve the e-cigarette problem together.

**Keywords:** e-cigarette; model development; prevention behavior; youth

# พัฒนารูปแบบการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแวง

นิรันดร หิรัญคำ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแวง จังหวัดชัยภูมิ

## บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research; PAR) โดยประยุกต์ใช้วงจร PAOR (Plan-Act-Observe-Reflect) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแวง จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยประชาชนกลุ่มเสี่ยง จำนวน 240 คน คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่ายตามสูตรของ Yamane และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ 50 คน ซึ่งได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น ( $\alpha=0.72$  และ  $0.70$  ตามลำดับ) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ paired t-test และวิเคราะห์เชิงคุณภาพด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหาและการตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) ผลการศึกษา พบว่าระดับความรู้ก่อนการอบรมระดับปานกลาง หลังการอบรมระดับมาก เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ก่อนและหลังการอบรม พบว่า หลังการอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการเปรียบเทียบระดับการปฏิบัติตัว พบว่า ก่อนการอบรมระดับปานกลาง หลังการอบรมระดับดี เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ก่อนและหลังการอบรม พบว่า หลังการอบรมมีคะแนนด้านพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.05$ ) ทั้งนี้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในทุกระดับมีบทบาทสำคัญต่อการสร้างความตระหนัก การขับเคลื่อนกิจกรรมเชิงรุก และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนในชุมชน

**คำสำคัญ:** การป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่; การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย; ส่งเสริมสุขภาพ

วันรับ: 2 เม.ย. 2568

วันแก้ไข: 3 พ.ค. 2568

วันตอบรับ: 8 พ.ค. 2568

## บทนำ

ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเพิ่มขึ้นทุกปี เป็นโรคมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 3 ในเพศชาย และเป็นอันดับ 5 ในเพศหญิงอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในเพศชายและเพศหญิงอยู่ที่ 5.5

และ 3.7 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ส่วนในปี ค.ศ. 1999 อุตบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในเพศชายและเพศหญิงอยู่ที่ 11.8 และ 7.8 ต่อแสนประชากรตามลำดับ โดยจังหวัดที่มีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่สูงที่สุดคือกรุงเทพมหานคร ทั้งเพศชายและเพศหญิงคือ 11.6 และ 11.0 ต่อแสนประชากรตามลำดับ<sup>(1)</sup> จากการ

ศึกษาสถานการณ์โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแวง อำเภอนหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ ในปี พ.ศ. 2566-2567 พบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระจำนวน 600 คน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขพบผลปกติ จำนวน 578 คนผิดปกติ จำนวน 22 คน และได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงด้วยวิธี Fit test ที่โรงพยาบาลหนองบัวแดง จำนวน 19 คน ปฏิเสธการรักษา จำนวน 2 คน ผลปกติ 1 คน ใน 19 คน ได้รับการรักษาด้วยวิธีส่อง จำนวน 16 คน และปฏิเสธการรักษาจำนวน 3 คน รูปแบบเดิมในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น ขาดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการสนับสนุนส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแวงจึงหาแนวทางแก้ไขและดำเนินการป้องกันปัญหาสำหรับผู้ที่ปฏิเสธการรักษา จะต้องมีการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ต่อไป การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลและบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ทีมสหสาขาวิชาชีพช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น<sup>(2)</sup> รวมทั้งการมีทักษะพัฒนาการพูดคุยในครอบครัว ภาคีเครือข่ายกิจกรรมเพื่อสนับสนุนการสื่อสารและให้ความรู้แก่ครอบครัว<sup>(3)</sup>

ผู้วิจัยจึงสนใจการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแวง เพื่อมุ่งเน้นการสนับสนุนการบริหารจัดการสุขภาพ โดยการนำความรู้ที่ได้จากผลการวิจัยไปพัฒนาเครื่องมือคัดกรอง ซึ่งช่วยในการบริหารจัดการในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลรักษา เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี และยังสามารถคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะแรกๆ เพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะนำไปสู่การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

## วิธีการศึกษา

ในการศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการ (action research) เพื่อศึกษาพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแวง อำเภอนหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ ตามรูปแบบวงจรวิจัยของ Kemmis & McTaggart<sup>(4)</sup> ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ วางแผน (plan) ปฏิบัติการ (action) การสังเกต (observe) และสะท้อนผล (reflect) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 50-70 ปี อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแวง อำเภอนหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงประจำปี พ.ศ. 2567 ด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ ใช้วิธีการเลือกกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Yamane<sup>(5)</sup> และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกิน 0.05 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 240 คน วิธีการศึกษาแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ขั้นตอนที่วางแผน (plan) แต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ตำบลหนองแวง ประกอบด้วยภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนสนทนากลุ่ม (focus group) เกี่ยวกับการสถานการณ์โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแวง วางแผนจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้กับกลุ่มตัวอย่าง ทำแบบทดสอบความรู้ และแบบสอบถามพฤติกรรมก่อนการอบรม ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (action) จัดกิจกรรมรณรงค์ชาวตำบลหนองแวงห่างไกลโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จัดอบรมให้ความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และเพื่อสร้างแกนนำป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในทุกหมู่บ้าน มีการประเมินผลหลังการจัดกิจกรรมอบรม โดยการประเมินความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่หลังการอบรม 1 เดือน ระยะที่ 3 ขั้นการสังเกต (observe) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการและกิจกรรมที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการตามแผนที่ตั้งไว้ โดยมีผลการศึกษาตามหัวข้อผลการศึกษาด้านความรู้ ผลการศึกษาด้านพฤติกรรมของ

กลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการประชุมคณะกรรมการ จะได้เป็นแนวทางสำหรับการสะท้อนกลับ และระยะที่ 4 ขึ้นสะท้อนผล (reflect) ภาศึเครือข่ายมีส่วนร่วมในการประเมินผล และมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ โดยมีการประชุมคณะกรรมการในวันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 เพื่อเป็นการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนช่วงที่ 1 เดือนมกราคม - มีนาคม พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่หลังการอบรม โดยผู้วิจัยนำเสนอผลการดำเนินงานตามแผน ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่สำเร็จตามเป้าหมายและพัฒนาต่อเรื่อง

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

### 1. ประชากร ประกอบด้วย 2 กลุ่ม

1.1 นายกองค้การบริหารส่วนตำบลหนองแวง ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแวง สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแวง กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และประธาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทุกหมู่บ้าน ในพื้นที่ตำบลหนองแวง อำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 100 คน

1.2 ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 50-70 ปี อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแวง อำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงประจำปี พ.ศ. 2567 ด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ (fecal immunochemical test) จำนวน 600 คน

### 2. กลุ่มตัวอย่าง

2.1 นายกองค้การบริหารส่วนตำบลหนองแวง ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแวง สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแวง กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และประธาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ตำบลหนองแวง อำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 50 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือเป็นผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาการวิจัย จำนวน 50 คน

2.2 ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 50-70 ปีอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแวง อำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงประจำปี พ.ศ. 2567 ด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ ใช้วิธีการเลือกกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Yamane<sup>(5)</sup> และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกิน 0.05 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 240 คน

### กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงคุณภาพ

การสนทนากลุ่ม (focus group) ประกอบด้วย ภาศึเครือข่ายที่มีส่วนร่วม ได้แก่ นายกองค้การบริหารส่วนตำบลหนองแวง ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแวง สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแวง กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกหมู่บ้าน ในพื้นที่ตำบลหนองแวง อำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือเป็นผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาการวิจัย จำนวน 50 คน

### การคัดเลือกตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria) อายุ 50-70 ปี สามารถอ่าน เขียน หนังสือภาษาไทย หรือโต้ตอบสื่อสารได้ เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (exclusion criteria) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัยย้ายออกจากพื้นที่ระหว่างกรวิจัย กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Yamane<sup>(5)</sup> และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกิน 0.05

### เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

#### เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ประเภท คือ

1. แบบสอบถามสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล การทดสอบความรู้เรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่และพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ รวมจำนวน 33 ข้อ

2. เครื่องมือการศึกษาเชิงคุณภาพ สนทนากลุ่ม สำหรับภาศึเครือข่ายประกอบด้วย 4 ประเด็นคือ (1) สถานการณ์โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ-

ตำบลหนองแวง (2) ผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน (3) แนวทางการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในพื้นที่ และ (4) ความต้องการรับการช่วยเหลือจากส่วนราชการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวน 3 ท่าน คือ สาธารณสุขอำเภอ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอที่รับผิดชอบงาน และพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานของโรงพยาบาล-หนองบัวแดง ตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของ ภาษา ความครอบคลุมและความสอดคล้องของเนื้อหา ได้แก่ แบบทดสอบความรู้เรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่ ค่า IOC เท่ากับ 0.82 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกัน โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ค่า IOC เท่ากับ 0.89 และผู้วิจัยได้นำ มาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมในการเก็บข้อมูล

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) นำไป ทดลองใช้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่อายุ 50-70 ปี ที่ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมา หาสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ผลดังนี้ แบบทดสอบ ความรู้เท่ากับ 0.72 และแบบวัดพฤติกรรมเท่ากับ 0.70 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคือ ค่าอยู่ระหว่าง 0.70-1 ถือว่า แบบทดสอบมีค่าความเชื่อถือสูง<sup>(6)</sup>

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ระดับความรู้ ระดับการปฏิบัติตัว วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบค่าคะแนนด้านความรู้ พฤติกรรม ก่อนและหลังการพัฒนาแบบ ใช้สถิติเชิงอนุมาน paired t-test

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และมีการตรวจสอบข้อมูล (Triangulate) เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากการวิเคราะห์ข้อมูล เชิงปริมาณ

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 19/2568 ลงวันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยได้มีการแนะนำ ตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือ จากกลุ่มตัวอย่างในการใช้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริง และพร้อมชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างว่า การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ เป็นไปด้วยความสมัครใจ ให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจด้วย ตนเอง โดยคณะผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ ไม่มีระบุชื่อ และ รายงานการวิจัยจะเสนอผลโดยรวม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ ปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยหรือสามารถถอนตัวระหว่างการทำวิจัย ได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และ ข้อมูลจะถูกทำลายภายใน 1 ปี การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณา และอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

## ผลการศึกษา

### การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.67 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 82.00 ส่วนใหญ่มีอายุ อยู่ระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 83.40 รองลงมาอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 15.60 และ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 1.00 อายุเฉลี่ย 55.30 ปี (SD=7.90 ปี) ส่วนใหญ่การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.67 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 82.00 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 1,000-4,999 บาท ร้อยละ 63.33 รองลงมา 5,000 - 9,999 บาท ร้อยละ 22.67 และน้อยกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 9.33 บาท รายได้เฉลี่ย 3,543.33 บาท (SD=2,421.70) จำนวนสมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่ 5 คน ร้อยละ 26.00 รองลงมา 4 คน ร้อยละ 23.33 และ 3 คน ร้อยละ 20.67 คน เฉลี่ย 4.30 คน (SD=1.67) ส่วนใหญ่เคยตรวจเพื่อค้นหาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวน 2 ครั้ง ร้อยละ 50.67 ปี รองลงมา เคยตรวจเพื่อค้นหา โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 33.47

#### ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาด้านความรู้ของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

ผลการศึกษาด้านความรู้ก่อนการอบรม พบว่า ข้อที่ ตอบถูกมากที่สุดคือ คนที่เป็นโรคอ้วนจะมีความเสี่ยงในการ เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 98.67 รองลงมาคือ อากาศ ของมะเร็งลำไส้ใหญ่ ถ่ายเป็นเลือด ขับถ่ายผิดปกติ ร้อยละ 94.00 และผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่

มากกว่าวัยอื่นๆ ร้อยละ 93.33 การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยรังสีจะทำการรักษาผ่านการใช้รังสีเอกซ์ (X-ray) ร้อยละ 93.33 ส่วนข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือ อาการทั่วไปจากมะเร็ง ได้แก่ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ร้อยละ 29.33 รองลงมาคือ การรับประทานผักผลไม้ที่มีกากใยอาหารจะช่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ร้อยละ 39.33 และการทำทวารเทียม (ostomy) คือ การผ่าตัดที่จะสร้างจุดที่ร่างกายสามารถกำจัดของเสียได้ ร้อยละ 56.00 หลังการอบรม พบว่า ข้อที่ตอบถูกมากที่สุดคือ อาการของมะเร็งลำไส้ใหญ่ ถ่ายเป็นเลือด ขับถ่ายผิดปกติ และคนที่เป็นโรคว่านจะมีความเสี่ยงในการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 100.00 รองลงมาคือ เคมีบำบัด คือ การใช้เคมีในการทำลายล้างเซลล์มะเร็ง สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 96.67 และการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) สามารถใช้ตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ ร้อยละ 96.00 ข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือ การรับประทานผักผลไม้ที่มีกากใยอาหารจะช่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ร้อยละ 65.33 รองลงมาคือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่น้ำหนักจะเพิ่มขั้นทานอาหารได้เยอะขึ้น ร้อยละ 74.00 และอาการทั่วไปจากมะเร็ง ได้แก่ เบื่ออาหาร น้ำหนักลดร้อยละ 76.00 การเปรียบเทียบคะแนนข้อคำถามหลังการอบรมกับการก่อนอบรมที่เพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ อาการทั่วไปจากมะเร็ง ได้แก่ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เพิ่มขึ้นร้อยละ 46.67 รองลงมาคือ

การทำทวารเทียม คือการผ่าตัดที่จะสร้างจุดที่ร่างกายสามารถกำจัดของเสียได้ เพิ่มขึ้นร้อยละ 36.00 เคมีบำบัด คือ การใช้เคมีในการทำลายล้างเซลล์มะเร็ง สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เพิ่มขึ้นร้อยละ 33.34 และการรับประทานผักผลไม้ที่มีกากใยอาหารจะช่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ เพิ่มขึ้นร้อยละ 26.00 ส่วนข้อที่เพิ่มขึ้นน้อยที่สุด คือ การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยรังสีจะทำการรักษาผ่านการใช้รังสีเอกซ์ (X-ray) เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.67 รองลงมาคือ คนที่เป็นโรคว่านจะมีความเสี่ยงในการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.33 และผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่มากกว่าวัยอื่นๆ เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.33

ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ก่อนและหลังการอบรม พบว่า ก่อนการอบรม ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับมาก ร้อยละ 53.00 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 32.67 และระดับน้อย ร้อยละ 14.33 หลังการอบรมส่วนใหญ่มีความรู้ระดับมาก ร้อยละ 92.67 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 7.33 ดังตารางที่ 1

ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ พบว่า ก่อนการอบรมระดับปานกลาง หลังการอบรมระดับมาก เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ก่อนและหลังการอบรม พบว่า หลังการอบรม มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับความรู้	ก่อนการพัฒนา (n=240)		หลังการพัฒนา (n=240)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	35	14.33	0	0.00
ปานกลาง	78	32.67	18	7.33
มาก	127	53.00	222	92.67

ตารางที่ 2 คะแนนด้านความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา

การทดสอบ	Mean	SD	ระดับ	t	p-value
ก่อน	11.95	1.87	ปานกลาง	20.13	0.00
หลัง	14.21	1.12	มาก		

**ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาด้านพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่**

ผลการศึกษาด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวก่อนการอบรม การปฏิบัติตัวที่ดี มากที่สุดคือ เมื่อขับถ่ายลำบากเป็นเวลานานๆ จะได้รับการรักษาและปรึกษาแพทย์ทุกครั้ง ร้อยละ 83.33 รองลงมาคือ การออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ ร้อยละ 63.33 และไม่มีพฤติกรรมหนึ่งๆ นอนๆ และไม่เคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ 62.00 การปฏิบัติตัวที่ไม่ดีมากที่สุดคือ มีพฤติกรรมชอบสูบบุหรี่ ร้อยละ 41.33 รองลงมาคือ ไม่รับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่อย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 37.33 และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่สูง ร้อยละ 29.33 ส่วนหลังการอบรม พบว่าการปฏิบัติตัวที่ดี มากที่สุดคือ การรับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่อย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 92.67 รองลงมาคือ รับประทานผักผลไม้ที่มีกากใยอาหาร ร้อยละ 92.00 และออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ ร้อยละ 86.67 ส่วนการปฏิบัติตัวที่ไม่ดี มากที่สุดคือ ไม่มีการออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์นาน 30 นาทีถึงร้อยละ 37.33 รองลงมาคือ ไม่เคยอ่านข่าวสารความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 15.33 และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่สูง ร้อยละ 14.67

ผลการเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ก่อนและหลังการอบรม พบว่า ก่อนการอบรม ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมระดับปานกลาง ร้อยละ 52.00

รองลงมาคือ ระดับดี ร้อยละ 48.00 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.87 (SD=2.72) หลังการอบรมส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมดี ร้อยละ 90.67 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 9.33 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 26.64 (SD=2.03) ดังตารางที่ 3

ผลการเปรียบเทียบระดับการปฏิบัติตัว พบว่า ก่อนการอบรมระดับปานกลาง หลังการอบรมระดับดี เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ก่อนและหลังการอบรม พบว่า หลังการอบรมมีคะแนนด้านพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

**ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ**

การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จากการจัดการประชุม จะพบว่าผู้เข้าร่วมประชุมให้ความสนใจและความสำคัญของปัญหาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่จะส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพระยะยาว และการแก้ไขปัญหาดังกล่าวต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนจึงจะสามารถแก้ไขปัญหาได้ ทำให้ทุกหน่วยงานให้ความร่วมมือในการดำเนินงานตามแผนเป็นอย่างดี องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแวงจะช่วยในการสนับสนุนส่งเสริมสุขภาพประชาชน สนับสนุนงบประมาณในการจัดทำโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลหนองบัวแดง ให้การรักษา บุคลากรเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ ร่วมกันค้นหาผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เพื่อเข้ารับการรักษาได้รวดเร็ว ผู้นำชุมชนช่วยประชาสัมพันธ์เชิญชวนประชาชน

ตารางที่ 3 การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการอบรม

ระดับพฤติกรรม	ก่อนการพัฒนา (n=240)		หลังการพัฒนา (n=240)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ดี	0	0.00	0	0.00
ปานกลาง	124	52.00	22	9.33
ดี	116	48.00	218	90.67

ตารางที่ 4 คะแนนด้านพฤติกรรมก่อนและหลังการอบรม

การทดสอบ	Mean	SD	ระดับ	t	p-value
ก่อนการพัฒนา	22.87	2.72	ปานกลาง	28.55	0.00
หลังการพัฒนา	26.64	2.03	ดี		

ออกมารับการตรวจคัดกรอง เฝ้าระวังการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ส่งข้อมูลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแวง วางแผนการดำเนินงานเป็นทีมภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม คัดกรองเบื้องต้น

ด้านวิถีชีวิต ความเชื่อ ค่านิยมของประชาชนส่วนใหญ่รับประทานอาหารที่ไม่มีไฟเบอร์ ใช้ชีวิตเร่งรีบไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง ขาดการออกกำลังกาย ทำให้เกิดโรคต่างๆ ที่เกิดจากพฤติกรรมขึ้น โรคอ้วน เบาหวาน ความดัน ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เช่นเดียวกัน ประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นชุมชนเมือง มีความสะดวกสบายในการซื้ออาหารตามร้านสะดวกซื้อ ไม่ค่อยปรุงอาหารรับประทานเอง รับประทานอาหารง่าย ๆ ขนมนึ่ง ไข่ทอด ต้มกาแฟ น้ำหวาน ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ทำให้เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ กลุ่มประชาชนที่มีอายุ 50-70 ปี ที่ไม่ยอมมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่หรือบางรายผิดปกติแต่ปฏิเสธการรักษา เนื่องมาจากความเชื่อ ปัญหาจิตวิญญาณ ความเชื่อและคุณค่าในสิ่งที่ยึดถือ เพื่อให้ไปถึงเป้าหมายสูงสุดของชีวิต ได้แก่ ถ้าตรวจแล้วตนเองป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่กลัวว่าตนเองจะไม่ได้หายจากโรคที่เป็น กลัวหมดแรงใจที่จะต่อสู้กับโรค กลัวการเสียชีวิต กลัวคนในครอบครัวเบียดเบียน กลัวไม่มีใครจะดูแล กลัวทุกสิ่งทุกอย่างจึงหลีกเลี่ยงที่จะรับการตรวจคัดกรอง ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมสนับสนุนจึงเป็นสิ่งสำคัญ

ผลกระทบของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีผลกระทบทั้งทางกายและจิตใจ การสูญเสียการทำงานของลำไส้ทำให้ระบบการทำงานของลำไส้ไม่เหมือนเดิม เกิดความเจ็บปวดและความไม่สบายของร่างกายมีความเหนื่อยล้า เกิดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล เป็นปัญหาสุขภาพจิตและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง

การรับรู้ข้อมูลสถานการณ์โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในหมู่บ้านเคยมีผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่หรือมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่หรือไม่ ส่วนใหญ่ประชาชนจะไม่รู้ว่ามีคนในหมู่บ้านป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่หรือเสียชีวิตจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เคยเห็นแต่คนเป็นมะเร็งตับหรือโรคท้องมานเสียชีวิต จะเข้าใจว่าเสียชีวิตด้วยมะเร็งตับ

จากความเข้าใจดังกล่าว ทำให้คนหมู่บ้านไม่รู้จักโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่รู้จักแต่มะเร็งตับหรือตับแข็ง ซึ่งเกิดจากการดื่มสุราทำให้ไม่ตระหนักถึงอันตรายของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ แนวทางการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในพื้นที่บุคลากรทางสุขภาพควรมีการวางแผนการตรวจคัดกรองและการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองแก่บุคคลกลุ่มต่างๆ ที่เสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เพื่อป้องกันเชิงรุกก่อนเกิดโรค ควรมีการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ได้แก่ นายกองค้การบริหารส่วนตำบลหนองแวง ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแวง สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแวง กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกหมู่บ้าน เพื่อเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ร่วมกัน ความต้องการรับการช่วยเหลือจากส่วนราชการหรือหน่วยงานเกี่ยวข้อง คือ การรณรงค์ตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงอายุ 50-70 ปี ผู้ที่มีญาติสายตรงป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เข้ามารับการตรวจคัดกรองในคนที่ผิดปกติ นัดตรวจซ้ำ และส่งเข้ารับการรักษาต่อไป คนที่ปกติให้คำแนะนำให้ความรู้ในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทำให้มีส่วนร่วมในการศึกษาสภาพปัญหาและวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมร่วมกัน การประเมินผลและการมีส่วนร่วมในความภาคภูมิใจ ส่งให้การดำเนินการสำเร็จ ตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

## วิจารณ์

การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแวง อำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ โดยคณะกรรมการมาจากทุกภาคส่วน มีการประชุมคณะกรรมการเพื่อจัดทำแผนดำเนินการ ซึ่งได้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และนำเสนอข้อมูลผลการตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง พบผู้ที่มีผลบวกหรือผิดปกติ มีจำนวนเพิ่มขึ้น ทำให้คณะกรรมการสนใจในปัญหาร่วมแสดงความคิดเห็นในการดำเนินการเพื่อ

ป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในพื้นที่ และพร้อมสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนที่ได้รับมอบหมาย โดยให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องไปดำเนินการตามแผนจากผลการดำเนินตามแผนระยะสั้น พบว่า ภาคีเครือข่ายเห็นความสำคัญของการดำเนินงานป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้มีการจัดกิจกรรมตามแผนคือมีการจัดกิจกรรมรณรงค์เชิญชวนประชาชนที่มีอายุ 50-70 ปี เข้ารับบริการการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแวง อนุมัติงบประมาณในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และผู้นำชุมชนร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการปฏิบัติงานเชิงรุกเชิญชวนประชาชนอายุ 50-70 ปี ออกมารับบริการตรวจคัดกรองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแวงมีการจัดอบรมให้ความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มที่ยังไม่ป่วยและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสนับสนุน สอดคล้องกับผลงานวิจัยของภัสพร จุมพลักษณ์ และคณะ<sup>(7)</sup> รูปแบบการตรวจคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน ซึ่งกิจกรรมนี้สอดคล้องตามนโยบายยุทธศาสตร์ของจังหวัดหนองคายและกระทรวงสาธารณสุขที่ได้กำหนดให้มีการรณรงค์ให้ประชาชนกลุ่มอายุ 50-70 ปี มีการคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งในการปฏิบัติงานจริงการคัดกรองในประชาชนกลุ่มเสี่ยงยังได้รับการคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงเป็นส่วนน้อย ทีมพัฒนาจึงได้เห็นความสำคัญและออกแบบให้ อสม. เข้ามามีบทบาทในการค้นหากลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ตนเองรับผิดชอบ

นอกจากนี้การให้ความรู้กับประชาชนผ่านสื่อต่างๆ จะทำให้ประชาชนตระหนักและเห็นความสำคัญของการคัดกรองมากขึ้น จากการประชุมพบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมให้ความสนใจและความสำคัญของปัญหาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่จะส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพระยะยาวและการแก้ไขปัญหาต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนจึงจะสามารถแก้ไขปัญหาได้ ทำให้ทุกหน่วยงานให้ความร่วมมือในการดำเนินงานตามแผนเป็นอย่างดีผลจากการพัฒนารูปแบบส่งผลให้ภาคีเครือข่ายมีความตระหนักถึงปัญหาและเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน สนับสนุนทรัพยากร บุคลากร งบประมาณ ทำให้เกิดการดำเนินงานอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับยุวดี ฉายวงศ์<sup>(8)</sup> การพัฒนา

รูปแบบการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการวางแผนแบบมีส่วนร่วม มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระดับชุมชน ประกอบด้วย (1) การสร้างแกนนำสุขภาพประจำชุมชน (2) การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดยแกนนำสุขภาพประจำชุมชน (3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยนำกลุ่มเสี่ยงมาเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ การเยี่ยมติดตาม กระตุ้นเตือน ให้คำแนะนำ โดยแกนนำสุขภาพชุมชน และ (4) การประเมินผลร่วมกัน โดยมีเป้าหมายคือ “ชุมชนป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ประชาชนสุขภาพดี ภาคีมีส่วนร่วม” และสอดคล้องกับประสิทธิ์ สงกันหา<sup>(9)</sup> การพัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ของประชาชนเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม พบว่า หลังทดลองใช้รูปแบบการจัดการปัญหาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้อยู่ในระดับดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของวไลยพร ใจอารีย์<sup>(10)</sup> การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดของโรงพยาบาลสมุทรสาคร ณ โรงพยาบาลนครท่าฉลอม ทำให้เกิดรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นระบบ ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งในโรงพยาบาลตลอดระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแลและเมื่อกลับบ้าน โดยมีภาคีเครือข่ายทีมสหสาขาวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน ครอบครัวผู้ป่วย ร่วมทำหน้าที่กำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน มีการพัฒนาศักยภาพของทีมอย่างต่อเนื่อง

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายพุทธชัย มาลัย สาธารณสุขอำเภอนองบัวแดง ที่สนับสนุนการศึกษาวิจัยเรื่องพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแวง ประจำปี พ.ศ. 2568 ขอขอบคุณองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแวง ผู้ใหญ่บ้านทั้ง

10 หมู่บ้าน กำหนดตำบลหนองแวง และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สนับสนุนให้มีการจัดการประชุมวางแผนการดำเนินงานป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และประชุมสรุปผลการดำเนินงานทำให้มีแนวทางการดำเนินงานอย่างชัดเจน ขอขอบคุณผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอหนองบัวแดง และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแวงทุกคน ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานตามกระบวนการวิจัย ทำให้การวิจัยสำเร็จได้ด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. ปริญญา ทวีชัยการ. แนวเวชปฏิบัติสำหรับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และเรคตัม. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์ พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2562.
2. ขวัญหทัย ช่างใหญ่. มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก: การพัฒนาระบบการดูแลและบูรณาการความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ. วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2557;6(1):232-46.
3. Bowen DJ, Hyams T, Laurino M, Woolley T, Cohen S, Leppig KA, et al. Development of family talk: an intervention to support communication and educate families about colorectal cancer risk. Journal of Cancer Education 2020;35:470-8.
4. Kemmi S, McTaggart R. The action research planner. 3<sup>rd</sup> ed. Geelong: Deakin University Press: 1992.
5. Yamane T. Statistics, an introductory analysis. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Harper and Row; 1967.
6. มนตรี นาทประยูทธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2564;36(1):219-26.
7. ภัสพร จุมพลักษณ์, สุทธิพร มูลศาสตร์, กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา. การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2564;37(3):64-75.
8. ยวลี ฉายวงศ์. ความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. วารสารกรมการแพทย์ 2563;45(1):130-36.
9. ประสิทธิ์ สงกันหา. การพัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2564;14(3):310-20.
10. วลัยพร ใจอารีย์, อรรรณ สมบูรณ์จันทร์, วันเพ็ญ โสภณคณาสาร, แก้วตา โกศลอินทริย์, นิศชาญา วงศ์ภาธร. การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีสเทียณ 2567;11(2):33-49.

## Developing a Model for Colon Cancer Prevention through the Participation of Network Partners in the Nong Waeng Subdistrict Health Promotion Hospital Area

Nirandon Hirankham

*Nong Waeng Subdistrict Health Promotion Hospital, Chaiyaphum Province, Thailand*

---

### Abstract

This research is a participatory action research (PAR) by applying the PAOR cycle (Plan-Act-Observe-Reflect) according to the concept of Kemmis & McTaggart. The objective was to develop a model for colon cancer prevention by involving network partners in the area of Nong Waeng Subdistrict Health Promotion Hospital, Chaiyaphum Province. The sample group consisted of 240 people at risk, selected by simple random sampling according to Yamane's formula, and 50 network partners in the area which were selected by purposive sampling. Data collection uses a questionnaire with 3 parts: personal information, knowledge about colon cancer, and disease prevention behavior, which was tested for content validity and reliability ( $\alpha=0.72$  and  $0.70$ , respectively). Quantitative data were analyzed using paired t-test statistics and qualitative data were analyzed using content analysis and triangulation. It was found that the knowledge level before the training was moderate and after the training was high. The average knowledge score about colon cancer before and after the training was compared. After the training, knowledge increased significantly to a good level ( $p<0.05$ ), compared to the moderate level before the training. The mean scores of cancer prevention behaviors significantly increased after the training ( $p<0.05$ ). The participation of network partners at all levels played an important role in raising awareness, driving proactive activities and promoting sustainable health behaviors in the communities.

**Keywords:** colon cancer prevention; network participation; health promotion

# การพัฒนาดัชนีวัดความพร้อมตอบสนองยุทธศาสตร์ ด้านการต่างประเทศของแผนงานหลัก สสส.

อรณา จันทศิริ<sup>1</sup>, ลลิต ดวือนอนโต อธิพิริโตโต<sup>1</sup>, พุฒิปัญญา เรืองสม<sup>1</sup>, พิรารวรรณ เพชรจัน<sup>1</sup>, รัชสร มั่นคง<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ศูนย์วิจัย ActiveThai กรุงเทพมหานคร

<sup>2</sup>สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

## บทคัดย่อ

ความพร้อมขององค์กรต่อการรับมือกับความเปลี่ยนแปลงเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดความสำเร็จของการริเริ่มความร่วมมือระหว่างประเทศ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและตรวจสอบความเที่ยงตรงของดัชนีชี้วัดเพื่อประเมินความพร้อมของแผนงานหลักสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ในการร่วมดำเนินยุทธศาสตร์ด้านต่างประเทศ ใช้แนวทางการศึกษา 4 ขั้นตอน ได้แก่ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 14 ท่าน การประเมินความเชื่อมั่นเชิงโครงสร้างโดยนักวิชาการจากทั้ง 15 แผนงาน สสส. จำนวน 30 ท่าน และการสร้างดัชนีความพร้อมจากระบบการให้คะแนน จากตัวชี้วัดเบื้องต้น 21 ตัวที่สกัดจาวรรณกรรม มี 7 ตัวชี้วัดที่แสดงคุณสมบัติเป็นที่ยอมรับ ประกอบด้วย 3 ตัวชี้วัดด้านความเต็มใจ และ 4 ตัวชี้วัดด้านศักยภาพ ครอบคลุมทั้งระดับบุคคลและระดับองค์กร โดยใช้การถ่วงน้ำหนักเท่ากันระหว่างการประเมินตนเองและการประเมินจากภายนอก การวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาแสดงความสอดคล้องระหว่างผู้ให้คะแนนในระดับสูง (Fleiss'  $K=0.72$ ,  $p<0.05$ ) ขณะที่การทดสอบความสอดคล้องภายในแสดงความเชื่อถือได้ในระดับดีเยี่ยม (Cronbach's  $\alpha=0.81-0.86$ ) ผลการศึกษาที่น่าสังเกตคือ ปัจจัยระดับองค์กรเป็นตัวชี้วัดความพร้อมที่สำคัญกว่าปัจจัยด้านความเต็มใจระดับบุคคล ดัชนีที่พัฒนาขึ้นใช้กรอบการแปลผลแบบเมทริกซ์  $3 \times 3$  ที่จำแนกแผนงานหลักออกเป็น 9 ระดับความพร้อม ตามคะแนนด้านความเต็มใจและศักยภาพ ผลการศึกษาบ่งชี้ว่า แม้แรงจูงใจระดับบุคคลมีความสำคัญ แต่ปัจจัยด้านศักยภาพขององค์กร ได้แก่ การจัดสรรทรัพยากร ประสพการณ์ความร่วมมือ การวัดผลลัพธ์ และความสอดคล้องเชิงกลยุทธ์ เป็นตัวกำหนดหลักของความพร้อมด้านต่างประเทศ ดัชนีนี้แนะนำให้เสนอเครื่องมือที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์แก่ สสส. เพื่อออกแบบการพัฒนาศักยภาพที่มีเป้าหมาย ผลการศึกษามีส่วนช่วยเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับความพร้อมขององค์กรในบริบทการสร้างเสริมสุขภาพ และชี้ให้เห็นว่าการริเริ่มการสร้างความสามารถระดับองค์กรอาจเป็นประโยชน์มากกว่าการเสริมแรงจูงใจระดับบุคคล

**คำสำคัญ:** ดัชนีวัดความพร้อม; ยุทธศาสตร์ด้านต่างประเทศ; การสร้างเสริมสุขภาพ; ความเต็มใจ; ศักยภาพองค์กร

วันรับ: 3 เม.ย. 2568

วันแก้ไข: 10 พ.ค. 2568

วันตอบรับ: 13 พ.ค. 2568

## บทนำ

ความพร้อมขององค์กรต่อการเปลี่ยนแปลงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการริเริ่มเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในองค์กรด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่มีส่วนร่วมในความร่วมมือระหว่างประเทศ Weiner<sup>(1)</sup> นิยามความพร้อมขององค์กรว่าหมายถึง “ระดับความพร้อมทั้งด้านจิตใจและพฤติกรรมของสมาชิกในองค์กรที่จะดำเนินการเปลี่ยนแปลงองค์กร” โดยให้ความสำคัญทั้งมิติด้านจิตวิทยา (ความเต็มใจ) และมิติด้านโครงสร้าง (ศักยภาพ) แนวคิดนี้เกี่ยวข้องกับ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ระดับองค์กร และระดับสภาพแวดล้อมภายนอก การเปลี่ยนแปลงที่ประสบความสำเร็จจำเป็นต้องอาศัยทั้งทรัพยากรที่เพียงพอและวัฒนธรรมที่เอื้อต่อการเชื่อมโยงเป้าหมายของบุคคลและองค์กรเข้ากับโอกาสภายนอก

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นหน่วยงานที่ก่อตั้งมากว่า 2 ทศวรรษ โดยมีพันธกิจหลักในการจุดประกาย กระตุ้น สาน และเสริมพลังบุคคลและองค์กรทุกภาคส่วนให้มีศักยภาพและสร้างสรรค์ระบบสังคมที่เอื้อต่อการใช้สุขภาพะ ประเด็นสร้างเสริมสังคมสุขภาพะแบ่งเป็น 15 แผนหลัก<sup>(2)</sup> ตั้งแต่การก่อตั้งองค์กรในปี พ.ศ. 2544 สสส. มีพัฒนาการและให้ความสำคัญต่องานด้านต่างประเทศมาโดยตลอด ในแต่ละช่วงสะท้อนให้เห็นถึงภูมิทัศน์สุขภาพโลกที่เปลี่ยนแปลงความสำคัญขององค์กร ในช่วงแรก (พ.ศ. 2544-2553) กิจกรรมด้านต่างประเทศมุ่งเน้นการเรียนรู้จากแนวปฏิบัติที่ดีระดับโลก และการสร้างความร่วมมือกับองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ ช่วงต่อมา (พ.ศ. 2553-2563) มีการขยายบทบาทผู้นำในระดับภูมิภาค โดยเฉพาะในเวทีอาเซียนและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ตามภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก ในช่วงแผนหลักปัจจุบัน (พ.ศ. 2566-2570) เน้นการสร้างบทบาทประเทศไทยในฐานะศูนย์กลางความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในระดับนานาชาติ<sup>(3)</sup>

องค์กรกำหนดยุทธศาสตร์ด้านการต่างประเทศให้สอดคล้องกับเป้าหมายและทิศทางของ สสส. 5 ประการ ได้แก่ (1) เพื่อสร้างความร่วมมือและพัฒนาการทำงานร่วมกันอย่างเกื้อกูลกับภาคียุทธศาสตร์ระหว่างประเทศ (2) เพื่อรวบรวมและจัดการองค์ความรู้ของ สสส. ที่เกี่ยวข้องกับ

การขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพในระดับนานาชาติ (3) เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพระดับโลกของบุคลากร สสส. และภาคีเครือข่าย (ทั้งในและต่างประเทศ) (4) เพื่อสร้างการรับรู้เกี่ยวกับบทบาท รูปแบบการทำงาน และการมีส่วนร่วมของ สสส. ในเวทีระดับนานาชาติ และ (5) เพื่อผลักดันนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพที่สำคัญ<sup>(3)</sup> เกิดประโยชน์จากการมีส่วนร่วมด้านต่างประเทศอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งการแลกเปลี่ยนความรู้ที่ช่วยเสริมทิศทางงานในประเทศ การสร้างภาพลักษณ์เชิงบวกในการเป็นองค์กรนวัตกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างขีดความสามารถแก่นักวิชาการผ่านการเข้าร่วมกระบวนการนโยบายระหว่างประเทศ

ในบริบทของงานต่างประเทศ ความเต็มใจครอบคลุมทั้งมิติระดับบุคคลและระดับองค์กร ในระดับบุคคล ความเต็มใจรวมถึงแรงจูงใจส่วนบุคคลในการมีส่วนร่วมกิจกรรมด้านต่างประเทศ การเปิดกว้างต่อความหลากหลายทางวัฒนธรรม ความมุ่งมั่นต่อเป้าหมายการส่งเสริมสุขภาพระดับโลก และความพร้อมในการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมการทำงานระหว่างประเทศ ในระดับองค์กร ความเต็มใจสะท้อนถึงการตั้งเป้าหมายและแผนเชิงกลยุทธ์ตามวัตถุประสงค์ด้านต่างประเทศ การสนับสนุนจากผู้บริหารองค์กรสำหรับการมีส่วนร่วม วัฒนธรรมองค์กรที่ให้ความสำคัญและคุณค่ากับความร่วมมือระหว่างประเทศ และการยอมรับจากภาคีเครือข่ายที่ทำงานร่วมกัน ศักยภาพในทำนองเดียวกัน กล่าวถึงทั้งศักยภาพระดับบุคคลรวมถึงความสามารถด้านภาษา ทักษะการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม ความเชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับบริบทระหว่างประเทศ และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในบริบทที่เกี่ยวข้องกับเวทีต่างประเทศ ศักยภาพองค์กรครอบคลุมทรัพยากร (งบประมาณ บุคลากร งานวิชาการ) ภาคีเครือข่ายระหว่างประเทศที่มีอยู่ ระบบการจัดการโครงการที่เกี่ยวข้อง โครงสร้างการกำกับดูแลที่สนับสนุนกิจกรรม และประสบการณ์ขององค์กรตามความสำเร็จ<sup>(4-6)</sup>

การดำเนินงานของทั้ง 15 แผนหลัก สสส. มีความก้าวหน้าตอบสนองต่อยุทธศาสตร์ด้านต่างประเทศขององค์กรที่ไม่เสมอกัน ขึ้นอยู่กับโอกาสเชิงประเด็นทั้งจากบริบทภายในประเทศหรือระดับโลก ความสนใจและศักยภาพของส่วนกลางและภาคีเครือข่าย และความพร้อมในด้านอื่นๆ

บางแผนมีภาคีเครือข่ายที่มีศักยภาพในการใช้ประโยชน์จากเวทีระดับโลกจนสามารถเสริมความเข้มแข็งต่อการทำงานภายในประเทศ ในบางแผนอาจยังเน้นการเสริมความเข้มแข็งของงานภายในประเทศเพื่อเป็นฐานในอนาคต ระดับความพร้อมที่หลากหลายเป็นความท้าทายต่อการจัดสรรทรัพยากรและกำหนดแผนเชิงกลยุทธ์

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาดัชนีชี้วัดความพร้อมของแต่ละแผนหลักของ สสส. ต่อการสนับสนุนการดำเนินยุทธศาสตร์ด้านต่างประเทศ โดยดัชนีนี้มุ่งเน้นทั้งมิติความเต็มใจและศักยภาพทั้งในระดับบุคคลและองค์กร ดัชนีที่พัฒนาขึ้นช่วยสนับสนุนการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์ในการจัดสรรทรัพยากรและการวางแผนการเสริมสร้างศักยภาพที่มีเป้าหมายชัดเจน ซึ่งจะช่วยให้ สสส. สามารถดำเนินตามยุทธศาสตร์ด้านการต่างประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้แนวทางการพัฒนาเครื่องมือแบบผสมผสาน 4 ระยะตามลำดับ เพื่อพัฒนาดัชนีประเมินความพร้อมตามบริบทของ สสส. ตามแนวการศึกษาความพร้อมขององค์กร<sup>(7-9)</sup> การพัฒนาเครื่องมือในการศึกษานี้เน้นการสร้างดัชนีที่สามารถวัดความพร้อมได้ทั้งในระดับบุคคลและระดับองค์กร ซึ่งสะท้อนถึงลักษณะหลายระดับของการดำเนินงาน การศึกษานี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (COA No. IHRP2023007)

### ระยะที่ 1 การทบทวนวรรณกรรมและการกำหนดตัวชี้วัดเบื้องต้น

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อรวบรวมตัวชี้วัดความพร้อมจากผลงานตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2543-2567 ค้นหาผ่านฐานข้อมูลหลัก ได้แก่ PubMed, Scopus และ Web of Science คำค้นหาประกอบด้วย “organizational readiness”, “willingness OR commitment” และ “capacity OR capability” การค้นหาเบื้องต้นให้ผลลัพธ์ 312 รายการผ่านกระบวนการคัดกรองแบบโดยนักวิจัย 2 ท่าน แยกกัน หลังจากการคัดกรอง ได้ทบทวนเนื้อหาจาก 46 บทความและเครื่องมือจากวรรณกรรมสีเทา 6 รายการ<sup>(10,11)</sup>

จากการทบทวนอย่างเป็นระบบ สกัดเบื้องต้น 21 ตัวชี้วัดและจัดหมวดหมู่เป็น 2 มิติหลัก คือ ความเต็มใจ (8 ตัวชี้วัด) และศักยภาพ (13 ตัวชี้วัด) ตัวชี้วัดแต่ละตัวได้รับการพิจารณาเพิ่มเติมใน 2 ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคลและระดับองค์กร ซึ่งสร้างกรอบ 2x2 และส่งผลให้มีรายการประเมินทั้งหมด 42 รายการ (21 ตัวชี้วัด x 2 ระดับ) นักวิจัยได้พัฒนานิยามเชิงปฏิบัติการสำหรับตัวชี้วัดแต่ละตัวและสร้างคำถามทดแทนโดยกำหนดค่า Likert scale 10 ระดับ (1-10) เพื่อใช้ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงในลำดับถัดไป

### ระยะที่ 2 การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ

ผู้เข้าร่วมการศึกษา ผู้ร่วมสัมภาษณ์และให้คะแนนเครื่องมือ 14 ท่าน ประกอบด้วยผู้บริหาร สสส. (รอง/ผู้ช่วย-ผู้จัดการและผู้อำนวยการสำนัก) 11 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านต่างประเทศ 3 ท่าน (มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี ในการทำงานร่วมกับองค์กรสุขภาพระหว่างประเทศ และทำงานเป็นภาคีเครือข่ายร่วมกับงานต่างประเทศ สสส.) ใช้การสัมภาษณ์ผ่านทาง Zoom ทีละท่าน เพื่อให้มั่นใจความเป็นอิสระของกระบวนการให้ความเห็นและให้ข้อมูลที่มีคุณภาพและเกี่ยวข้องกับการพัฒนาดัชนีความพร้อมได้อย่างเหมาะสม

การวิเคราะห์ข้อมูล ประเมินโดยใช้ดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาในระดับรายการ (item-level content validity index; I-CVI) ด้วยเกณฑ์การคงไว้ของ I-CVI  $\geq 0.78$  และไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 ของผู้ให้คะแนนให้คะแนน 4-5 ความสอดคล้องระหว่างผู้ให้คะแนนวัดด้วย Fleiss' Kappa (K) โดยใช้เกณฑ์ความสอดคล้องอย่างมากที่  $K \geq 0.61$  นอกจากนี้ มีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เพื่อสนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณ กระบวนการปรับลดรายการอย่างเป็นระบบ จากตัวชี้วัดเบื้องต้น 21 ตัว มีตัวชี้วัด 7 ตัวที่ผ่านเกณฑ์สำหรับการคงไว้ ในมิติความเต็มใจคงไว้ 3 ตัวชี้วัดและตัดออก 5 ตัว ส่วนในมิติศักยภาพคงไว้ 4 ตัวชี้วัดและตัดออก 9 ตัว เมื่อจำแนกตามระดับ ระดับบุคคลคงไว้ 2 ตัวชี้วัดและตัดออก 7 ตัว ในขณะที่ระดับองค์กรคงไว้ 5 ตัวชี้วัดและตัดออก 7 ตัว

ตัวประกอบการถ่วงน้ำหนัก 1:1 สำหรับองค์ประกอบการประเมินตนเองเทียบกับการประเมินจากภายนอก กำหนดตามหลักการ Weiner เพื่อลดอคติจากแหล่งข้อมูล

เดียวในการประเมินความพร้อม และฉันทามติผู้เชี่ยวชาญจากการตรวจสอบเนื้อหาข้อมูลเชิงลึกเพื่อการประเมินที่ครอบคลุมมากที่สุด การกำหนดน้ำหนักนี้ยังสอดคล้องกับหลักการของการประเมินความพร้อมแบบองค์รวมที่ต้องการมุมมองจากหลายแหล่งข้อมูลเพื่อลดข้อจำกัดของการประเมินจากมุมมองเดียว

### ระยะที่ 3 การตรวจสอบความเชื่อมั่นเชิงโครงสร้าง กลุ่มตัวอย่างและการคัดเลือก

นักวิชาการจากทั้ง 15 แผนงาน สสส. จำนวน 30 ท่าน เป็นตัวแทนของความหลากหลายทั่วแผนหลักและบทบาทองค์กร ใช้การคัดเลือกโดยผู้อำนวยการแต่ละสำนักในภาพรวมมีประสบการณ์ทำงานในองค์กรเฉลี่ย 6 ปี (ในช่วง 3-15 ปี) การเก็บข้อมูลหลักดำเนินการผ่านการให้ผู้เข้าร่วมทำแบบประเมิน 14 รายการ (7 ตัวชี้วัดที่คงไว้  $\times$  2 มุมมองแต่ละตัว) ผ่านแบบสำรวจออนไลน์ การประเมินแต่ละรายการใช้มาตราส่วนลิเคิร์ต 10 ระดับ พร้อมคำอธิบายประกอบแต่ละระดับเพื่อเพิ่มความชัดเจนในการตีความ นอกจากนี้ มีการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วม 20 ท่าน ผ่านการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเป็นรายบุคคลผ่านทาง Zoom

### การวิเคราะห์ข้อมูล

มีการวิเคราะห์ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในเชิงปริมาณ วิเคราะห์ความสอดคล้องภายในประเมินผ่านการคำนวณ Cronbach's alpha ( $\alpha$ ) สำหรับมิติความเต็มใจและศักยภาพแยกกัน โดยมีเป้าหมายความเชื่อมั่น  $\alpha \geq 0.70$  การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ดำเนินการด้วยการแยกองค์ประกอบแกนหลักแบบ Oblimin เพื่อยืนยันโครงสร้าง 2 มิติ ความเพียงพอของข้อมูลได้รับการตรวจสอบผ่าน Kaiser-Meyer-Olkin (KMO=0.81) และ Bartlett's Test of Sphericity ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) สำหรับเชิงคุณภาพ บันทึกการสัมภาษณ์และวิเคราะห์โดยใช้ซอฟต์แวร์ NVivo 14 ด้วยกรอบที่กำหนดไว้สำหรับการตรวจสอบมิติประโยชน์ของเครื่องมือ กระบวนการวิเคราะห์เริ่มต้นด้วยการอ่านบันทึกการสัมภาษณ์ทั้งหมดเพื่อทำความเข้าใจภาพรวม ตามด้วยการเข้ารหัสเบื้องต้นตามประเด็นหลักที่เกี่ยวข้องกับความชัดเจน ความเป็นไปได้ และความเกี่ยวข้องของเครื่องมือ ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพนำมาผนวกกับผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณเพื่อให้

ภาพรวมที่ครอบคลุมของคุณภาพเครื่องมือและศักยภาพในการประยุกต์ใช้

### ระยะที่ 4 การสร้างดัชนีวัดความพร้อมและการพัฒนาระบบการให้คะแนน

การคำนวณดัชนีความพร้อมขั้นสุดท้ายตามแนวทางเริ่มด้วยการหาค่าเฉลี่ยระดับคำถาม สำหรับตัวชี้วัดแต่ละตัวจากการประเมินตนเองและการประเมินจากภายนอกโดยใช้สูตร

- การหาค่าเฉลี่ยระดับคำถาม: สำหรับตัวชี้วัดแต่ละตัว หาค่าเฉลี่ยของคะแนนจากการประเมินตนเองและการประเมินจากภายนอก: คะแนนเฉลี่ย = (การประเมินตนเอง + การประเมินจากภายนอก) / 2
- การให้คะแนนมิติ:
  - o คะแนนความเต็มใจ =  $\Sigma(\text{ตัวชี้วัดความเต็มใจ } 3 \text{ ตัว}) / 3$
  - o คะแนนศักยภาพ =  $\Sigma(\text{ตัวชี้วัดศักยภาพ } 4 \text{ ตัว}) / 4$
- ดัชนีรวม: ดัชนีความพร้อม = (คะแนนความเต็มใจ + คะแนนศักยภาพ) / 2

## ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้นำเสนอผลการพัฒนาตัวชี้วัดความพร้อมด้านต่างประเทศของ สสส. โดยแบ่งเป็น 2 ส่วนหลักคือ (1) ผลการคัดเลือกและผลทดสอบตัวชี้วัด ซึ่งแสดงให้เห็นตัวชี้วัดที่มีความเหมาะสมทั้งด้านความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น และ (2) การพัฒนาระบบการคำนวณและการแปลผลดัชนีชี้วัด ที่นำไปสู่การสร้างเครื่องมือประเมินความพร้อมที่สามารถนำไปใช้ได้จริง ผลการศึกษามีรายละเอียดดังนี้

### 1. ผลการคัดเลือกและทดสอบตัวชี้วัด

จากการวิเคราะห์ทั้งหมด 21 ตัวชี้วัดสามารถจำแนกออกเป็น 2 มิติหลัก คือ มิติด้านความเต็มใจ (willingness) และมิติด้านศักยภาพ (capacity) โดยแต่ละมิติประกอบด้วยตัวชี้วัดทั้งในระดับบุคคลและระดับองค์กร ในมิติด้านความเต็มใจระดับบุคคล ประกอบด้วยตัวชี้วัด 6 รายการ ได้แก่ ความมุ่งมั่นต่อการมีส่วนร่วมในงานด้านต่างประเทศ ความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง แรงจูงใจในงานด้านต่างประเทศ การรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือระหว่างประเทศ การเปิดรับทางวัฒนธรรม และความกระตือรือร้นของทีมต่อกิจกรรม

ด้านต่างประเทศ สำหรับความเต็มใจระดับองค์กรประกอบด้วย 4 ตัวชี้วัด ได้แก่ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ความตระหนักถึงความสำคัญด้านต่างประเทศ การสนับสนุนจากผู้บริหารและแผนงานวิเทศสัมพันธ์ สสส. และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ในส่วนของมิติด้านศักยภาพระดับบุคคล มี 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ ทักษะที่เกี่ยวข้องกับงานด้านต่างประเทศ การฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากร และความยืดหยุ่นของทรัพยากร ขณะที่ศักยภาพระดับองค์กรประกอบด้วย 8 ตัวชี้วัด ได้แก่ การใช้ทรัพยากร ประสิทธิภาพของความร่วมมือด้านต่างประเทศ ในอดีตจนถึงปัจจุบัน ระบบการวัดผลลัพธ์ โครงสร้างพื้นฐานด้านการสื่อสาร การเข้าถึงความเชี่ยวชาญ โครงสร้างองค์กร สำหรับกิจกรรมด้านต่างประเทศ กรอบกฎหมายและนโยบาย และขีดความสามารถในการติดตามและประเมินผล

จากตัวชี้วัดทั้งหมด 21 รายการ มี 7 รายการที่ผ่านการคัดเลือกค่าสถิติที่น่าเชื่อถือ การวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคแสดงให้เห็นถึงความเชื่อถือได้ในระดับสูงในทุกตัวชี้วัดที่ผ่านการคัดเลือก ดังตารางที่ 1 ตัวชี้วัดในมิติด้านความเต็มใจแสดงความสอดคล้องภายในระดับสูงมาก โดยมีค่าแอลฟาอยู่

ระหว่าง 0.82 ถึง 0.86 ในทำนองเดียวกัน ตัวชี้วัดในมิติด้านศักยภาพก็แสดงความเชื่อถือได้ในระดับสูง โดยมีค่าแอลฟาระหว่าง 0.81 ถึง 0.85 ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อถือได้ที่สูงบ่งชี้ว่าตัวชี้วัดที่ผ่านการคัดเลือกเมื่อพิจารณาร่วมกันจะประกอบกันเป็นเครื่องมือวัดที่มีความสอดคล้องและน่าเชื่อถือ ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า แม้ปัจจัยทั้งระดับบุคคลและระดับองค์กรจะมีส่วนสนับสนุนความพร้อม แต่ตัวชี้วัดระดับองค์กรสะท้อนว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งในการประเมินความพร้อมด้านต่างประเทศในบริบทของการสร้างเสริมสุขภาพ

เป็นที่น่าสังเกตว่าไม่มีตัวชี้วัดด้านความเต็มใจระดับบุคคลที่ผ่านการคัดเลือก ตัวชี้วัดที่ได้รับการคัดเลือกส่วนใหญ่เป็นตัวชี้วัดระดับองค์กร ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยเชิงระบบและโครงสร้างมีความสำคัญมากกว่าปัจจัยระดับบุคคลในการกำหนดความพร้อมสำหรับการตอบสนองยุทธศาสตร์ด้านการต่างประเทศของประเทศขององค์กร แม้ว่าความเต็มใจและแรงจูงใจระดับบุคคลจะมีความสำคัญ แต่การมีระบบ โครงสร้าง และการสนับสนุนที่เหมาะสมในระดับองค์กรอาจเป็นปัจจัยที่สำคัญกว่าในการขับเคลื่อนความสำเร็จของงานด้านต่างประเทศ

ตารางที่ 1 ตัวชี้วัดฉบับสมบูรณ์ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค และคำถามที่ใช้

ตัวชี้วัด	คำถามที่ใช้ (proxy question)	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค	เกณฑ์การคัดเลือกที่ผ่าน
มิติด้านความเต็มใจ			
ระดับองค์กร			
ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	กิจกรรมของแผนที่เกี่ยวข้องกับงานด้านต่างประเทศมีความสอดคล้องอย่างยิ่งกับเป้าหมายและกลยุทธ์ของงานวิเทศสัมพันธ์ สสส. ในระดับใด	0.84	K=0.73, Mean=4.2, Consensus=82%
ความตระหนักถึงความสำคัญของงานด้านต่างประเทศ	กิจกรรมโดยรวมของแผนแสดงให้เห็นความสำคัญและคุณค่าของงานด้านต่างประเทศ ในระดับใด	0.82	K=0.69, Mean=4.1, Consensus=78%
การได้รับการสนับสนุนจากสำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์และผู้บริหาร	ทีมวิเทศสัมพันธ์และผู้บริหารระดับสูงกระตุ้นและสนับสนุนให้แผนดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องด้านต่างประเทศอย่างต่อเนื่องในระดับใด	0.86	K=0.75, Mean=4.3, Consensus=85%

ตารางที่ 1 ตัวชี้วัดฉบับสมบูรณ์ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค และคำถามที่ใช้ (ต่อ)

ตัวชี้วัด	คำถามที่ใช้ (proxy question)	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค	เกณฑ์การคัดเลือกที่ผ่าน
มิติด้านศักยภาพ			
ระดับบุคคล			
การใช้ทรัพยากร	แผนมีการใช้ทรัพยากร (งบประมาณ กำลังคน เครื่องมือวิชาการ) ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานด้านต่างประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพในระดับใด	0.85	K=0.71, Mean=4.0, Consensus=76%
ระดับองค์กร			
ทักษะและความสามารถด้านต่างประเทศ	แผนแสดงให้เห็นทักษะและความสามารถในระดับสูงต่อการบริหารจัดการงานด้านต่างประเทศ ในระดับใด	0.81	K=0.72, Mean=4.1, Consensus=80%
ความร่วมมือด้านต่างประเทศในอดีตและปัจจุบัน	ประสบการณ์ของแผนในการสร้างและต่อยอดความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายระหว่างประเทศ ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันมีประสิทธิภาพสูงในระดับใด	0.83	K=0.70, Mean=4.2, Consensus=79%
กลไกการวัดผลลัพธ์	แผนมีการติดตามและวิเคราะห์ผลลัพธ์จากกิจกรรมด้านต่างประเทศได้อย่างเป็นระบบ ในระดับใด	0.83	K=0.74, Mean=4.0, Consensus=77%

หมายเหตุ: ภาพรวมคะแนน K=0.72, p<0.05

## 2. การคำนวณและการแปลผลดัชนีชี้วัด

ดัชนีชี้วัดความพร้อมคำนวณจากค่าเฉลี่ยของคะแนนจากการประเมินโดยสำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์และการประเมินตนเองที่ดำเนินการโดยแต่ละแผน แนวทางนี้ทำให้มั่นใจว่ามุมมองทั้งจากภายนอกและภายในได้รับการพิจารณาอย่างเท่าเทียม ซึ่งให้มุมมองที่สมดุลเกี่ยวกับความพร้อมในการดำเนินงานตอบสนองยุทธศาสตร์ด้านการต่างประเทศของแต่ละแผน ขั้นตอนการคำนวณดัชนีชี้วัดมีดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยสำหรับแต่ละคำถาม: สำหรับแต่ละคำถาม คำนวณค่าเฉลี่ยของคะแนนสองส่วน หนึ่งจากการประเมินโดยทีมวิเทศสัมพันธ์ และอีกส่วนจากการประเมินตนเองของแต่ละแผนงาน โดยใช้สูตร:

$$\text{ดัชนีชี้วัดความพร้อม} = \frac{(\text{คะแนนความเต็มใจ} + \text{คะแนนศักยภาพ})}{2}$$

2. การคำนวณคะแนนรายมิติ: สำหรับแต่ละมิติ (ความเต็มใจและศักยภาพ) คำนวณค่าเฉลี่ยของคะแนนจากคำถามที่อยู่ในแต่ละประเภท:

$$\text{คะแนนมิติด้านความเต็มใจ} = \frac{\text{ผลรวมของคะแนนเฉลี่ยคำถามด้านความเต็มใจทั้งหมด}}{\text{จำนวนคำถามด้านความเต็มใจ}}$$

$$\text{คะแนนมิติด้านศักยภาพ} = \frac{\text{ผลรวมของคะแนนเฉลี่ยคำถามศักยภาพทั้งหมด}}{\text{จำนวนคำถามด้านศักยภาพ}}$$

3. การคำนวณตัวชี้วัดผลรวมความพร้อม: เมื่อได้คะแนนเฉลี่ยสำหรับมิติด้านความเต็มใจและศักยภาพแล้ว ให้คำนวณตัวชี้วัดความพร้อมโดยรวมสำหรับแต่ละแผน โดยหาค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้งสองมิติ:

$$\text{ดัชนีวัดผลรวมความพร้อม} = \frac{(\text{คะแนนความเต็มใจ} + \text{คะแนนศักยภาพ})}{2}$$

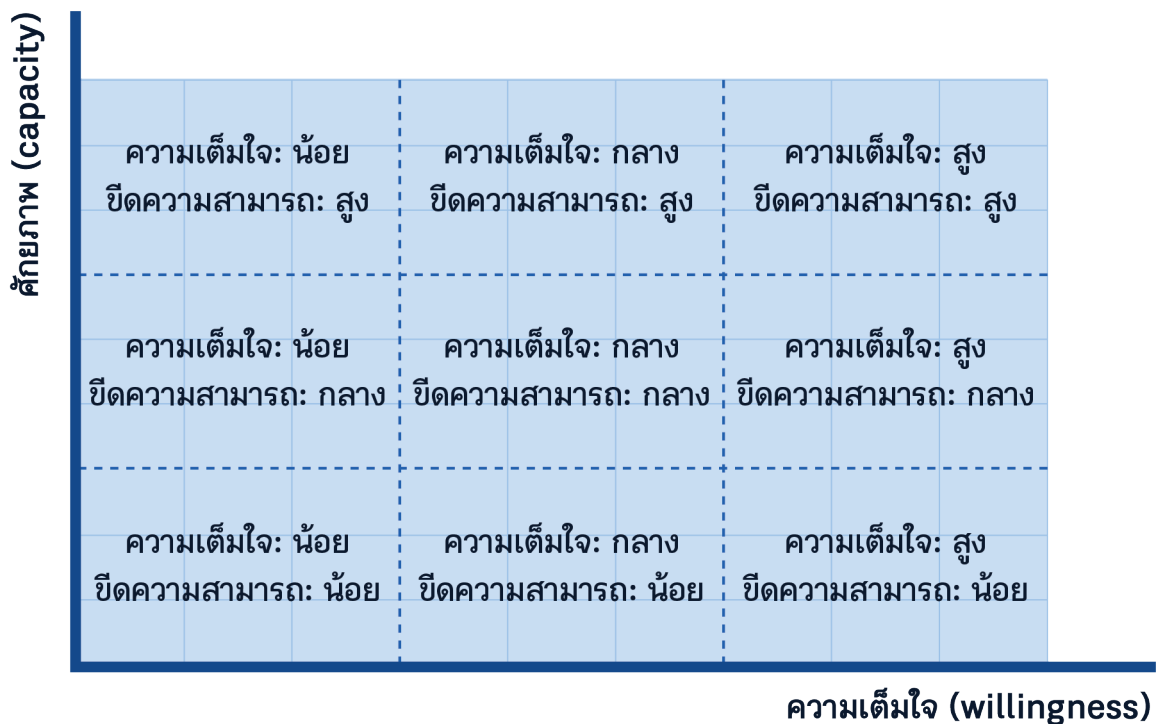
ในการแปลผลดัชนีชี้วัด ใช้เมทริกซ์ 3x3 ที่อิงจากคะแนนด้านศักยภาพและความเต็มใจ ภายหลังประเมินร่วมกับแผนงานวิเทศสัมพันธ์ สสส. โดยมีเหตุผลในการเลือกใช้วิธีการแปลผลนี้พิจารณาจาก 2 เหตุผล ได้แก่

1. ให้ข้อมูลเชิงลึกที่ละเอียดมากขึ้น เมทริกซ์นี้จำแนกประเภทแผนงานทั้ง 2 มิติ ได้แก่ ความเต็มใจและศักยภาพ เพื่อเข้าใจสถานะของแต่ละแผนงานในด้านแรงจูงใจและทักษะสำคัญได้อย่างละเอียดลึกซึ้ง
2. นำไปสู่การพัฒนาแผนและกิจกรรมที่ชัดเจนมากขึ้น ข้อมูลเฉพาะเจาะจงทั้งความเต็มใจและศักยภาพช่วยให้ สสส. สามารถพัฒนากิจกรรมได้แม่นยำยิ่งขึ้น ตัวอย่าง

เช่น แผนงานที่มีความเต็มใจสูงแต่มีศักยภาพน้อยอาจได้ประโยชน์จากการพัฒนาทักษะมากกว่าการริเริ่มสร้างแรงจูงใจ

เพื่อให้การใช้ตัวชี้วัดความพร้อมในการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์ภายใน สสส. เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้กำหนดกลุ่มประเภทแผนงาน สสส. ลงในเมทริกซ์ 3x3 ตามคะแนนด้านศักยภาพและความเต็มใจ เมทริกซ์นี้จะช่วยในการแสดงภาพและแปลผลระดับความพร้อมทั่วทั้งองค์กร โดยแบ่งแผนงานออกเป็น 9 กลุ่มที่แตกต่างกัน แต่ละกลุ่มแสดงถึงการผสมผสานระหว่างระดับความเต็มใจและศักยภาพที่แตกต่างกัน โครงสร้างของเมทริกซ์ประกอบด้วยความเต็มใจบนแกนหนึ่งและศักยภาพอีกแกนหนึ่ง โดยแต่ละแกนแบ่งออกเป็นสามระดับ: น้อย (คะแนน 1.0 ถึง 3.3) ปานกลาง (คะแนน 3.4 ถึง 6.6) และสูง (คะแนน 6.7 ถึง 10.0) จากระดับทั้งสามนี้ ทำให้เกิด 9 ระดับชั้นสำหรับประเมินความพร้อมของแผนงาน ดังภาพที่ 1 แสดงการแปลผลคะแนนดัชนีชี้วัดในรูปแบบเมทริกซ์ ในขณะที่ตารางที่ 2 แสดงการแปลความหมายของแต่ละประเภทในเมทริกซ์

ภาพที่ 1 การแปลผลดัชนีชี้วัดใช้เมทริกซ์



ตารางที่ 2 การแปลความหมายของแต่ละระดับประเภทตามเมทริกซ์

ระดับ/หมวดหมู่	ลักษณะของแผน	การแปลความหมาย
ศักยภาพน้อย – ความเต็มใจน้อย	แผนในหมวดหมู่นี้ได้คะแนนน้อยในคำถามที่ประเมินทั้งทักษะที่จำเป็นสำหรับกิจกรรมระหว่างประเทศและแรงจูงใจหรือระดับการมีส่วนร่วม คำตอบอาจบ่งบอกถึงการขาดความเข้าใจในความสำคัญเชิงกลยุทธ์ของความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ ร่วมกับการฝึกอบรมหรือทรัพยากรที่ยังไม่เพียงพอ	แผนกลุ่มนี้สะท้อนให้เห็นถึงการริเริ่มในระดับน้อยต่อการดำเนินที่เกี่ยวข้งกับต่างประเทศและอาจไม่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรภายนอก รวมถึงอาจรู้สึกไม่ได้รับการสนับสนุนจากฝ่ายบริหาร และแสดงออกว่าขาดความสนใจหรือความมั่นใจในความสามารถในการมีส่วนร่วมในงานระหว่างประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ
ศักยภาพน้อย – ความเต็มใจปานกลาง	แม้จะให้คะแนนในระดับปานกลางเกี่ยวกับความเต็มใจ ซึ่งบ่งบอกถึงความสนใจและแรงจูงใจ แต่คำตอบก็ชี้ให้เห็นถึงความสามารถที่จำกัด แผนงานกลุ่มนี้อาจเห็นคุณค่าของงานด้านต่างประเทศ แต่อาจรู้สึกมีอุปสรรคจากการขาดทักษะหรือทรัพยากร	แผนอาจมีความกระตือรือร้นที่จะพัฒนาและมีส่วนร่วม แต่ต้องมีการพัฒนาทักษะและการจัดสรรทรัพยากรมากระดับหนึ่ง เพื่อให้เกิดความร่วมมือและมีศักยภาพในกิจกรรมด้านต่างประเทศ
ศักยภาพน้อย – ความเต็มใจสูง	แผนกลุ่มนี้มีแรงจูงใจสูงตามคำตอบ แต่ยังขาดทักษะหรือความรู้ที่จำเป็นในการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ แผนกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะกระตือรือร้นเกี่ยวกับกิจกรรมงานด้านต่างประเทศ แต่อาจรู้สึกขัดข้องใจที่ไม่สามารถมีส่วนร่วมในงานด้านต่างประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ	การฝึกอบรมที่ตรงเป้าหมายและการริเริ่มในการเสริมสร้างศักยภาพจะมีความสำคัญต่อการใช้ประโยชน์จากแรงจูงใจระดับสูง และต้องปรับให้สอดคล้องกับทักษะที่เพิ่มขึ้นเพื่อจัดการกับงานระหว่างประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ
ศักยภาพปานกลาง – ความเต็มใจน้อย	แผนในหมวดหมู่นี้แสดงถึงการมีทักษะและทรัพยากรบางอย่างแต่ขาดแรงจูงใจ อาจเข้าใจในกระบวนการและมีความสามารถบางอย่าง แต่กลับมีความเต็มใจหรือแรงจูงใจที่น้อย เมื่อกล่าวถึงงานที่เกี่ยวข้องกับการต่างประเทศ	กลยุทธ์การสร้างแรงบันดาลใจให้เหมาะสมกับเป้าหมายส่วนบุคคลและแผน/สำนัก การตระหนักถึงการมีส่วนร่วม และอาจมีการปรับบทบาทจะสามารถช่วยเพิ่มความเต็มใจที่จะมีส่วนร่วมได้
ศักยภาพปานกลาง – ความเต็มใจปานกลาง	แผนกลุ่มนี้อยู่ในระดับปานกลางทั้งสองแกน คำตอบสะท้อนถึงระดับทักษะและความสนใจโดยเฉลี่ย ซึ่งอาจทำได้ระดับหนึ่ง แต่ไม่ได้ทำงานในเชิงรุกหรือในด้านของการมีส่วนร่วมระหว่างประเทศ	การพัฒนาทั้งในด้านการฝึกอบรมและการสร้างแรงบันดาลใจ จะสามารถช่วยยกระดับแผนนี้ไปสู่ความโดดเด่น

ตารางที่ 2 การแปลความหมายของแต่ละระดับประเภทตามเมทริกซ์ (ต่อ)

ระดับ/หมวดหมู่	ลักษณะของแผน	การแปลความหมาย
ศักยภาพปานกลาง - ความเต็มใจสูง	มีแรงจูงใจสูง แต่มีทักษะปานกลาง แผนเหล่านี้เห็นความสำคัญและประโยชน์ของกิจกรรมด้านต่างประเทศและความกระตือรือร้นที่จะมีส่วนร่วม แต่ตระหนักถึงข้อจำกัดของตนเอง ในด้านทักษะหรือความพร้อมของทรัพยากร	การใช้ประโยชน์จากความเต็มใจ ผ่านการพัฒนาทักษะที่มุ่งเน้นและการจัดสรรทรัพยากรเชิงกลยุทธ์มากขึ้น จะสามารถเปลี่ยนความกระตือรือร้นให้มีส่วนร่วมระหว่างประเทศที่มีประสิทธิภาพได้
ศักยภาพสูง - ความเต็มใจน้อย	แม้จะมีทักษะและทรัพยากรในระดับสูง แต่แผนกลุ่มนี้ยังขาดแรงจูงใจในบริบทระหว่างประเทศ อาจเกิดจากความไม่สอดคล้องกับเป้าหมายส่วนบุคคลหรือองค์กร การยอมรับและขาดประโยชน์เพื่อจูงใจ	กระตุ้นความพยายามในการเพิ่มการมีส่วนร่วม อาจรวมถึงการจัดกิจกรรมด้านต่างประเทศให้สอดคล้องกับประโยชน์มากขึ้น การปรับปรุงการสนับสนุนด้านการจัดการ และการเสนอแรงจูงใจสำหรับการมีส่วนร่วม
ศักยภาพสูง - ความเต็มใจปานกลาง	มีความพร้อมในแง่ของทักษะและทรัพยากร พร้อมกับแรงจูงใจในระดับที่เหมาะสม แผนเหล่านี้มีความสามารถและค่อนข้างเต็มใจ แต่อาจยังไม่มุ่งมั่นอย่างเต็มที่กับภารกิจระหว่างประเทศหากไม่มีการเพิ่มแรงจูงใจเพิ่มเติม หรือการจัดตำแหน่งในเชิงกลยุทธ์	การสนับสนุน/กระตุ้นเล็กน้อย เพื่อเพิ่มแรงจูงใจ หรือใช้ความสามารถที่มีอยู่ให้เพิ่มมากขึ้น อาจนำไปสู่การมีส่วนร่วมและผลลัพธ์ระหว่างประเทศอย่างมีนัยสำคัญ
ศักยภาพสูง - ความเต็มใจสูง	เป็นกลุ่มในอุดมคติ เป็นแผนที่ได้คะแนนสูงทั้งในด้านความสามารถและความเต็มใจ ทั้งด้านความสามารถและความกระตือรือร้นที่จะทำกิจกรรมระดับนานาชาติ ดังที่ระบุในคำตอบเชิงบวก	ควรใช้ประโยชน์ของแผนในกลุ่มนี้ จากผู้นำและสนับสนุนให้เป็นแบบอย่างภายในองค์กร รวมถึงศึกษาวิธีการทำงานเป็นกรณีศึกษา

## วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้ได้พัฒนาตัวชี้วัดความพร้อมด้านต่างประเทศของ สสส. มีข้อค้นพบสำคัญหลายประการ ความเชื่อมโยงระหว่างความเต็มใจและศักยภาพทั้งในระดับบุคคลและระดับองค์กร ผลการศึกษาชี้ให้เห็นที่น่ายินดี แม้ปัจจัยความเต็มใจระดับบุคคลจะอยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตามตัวชี้วัดที่สำคัญสำหรับการประเมินความพร้อมปรากฏ

อยู่ที่ศักยภาพในระดับองค์กร ประเด็นนี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้าที่เน้นย้ำความสำคัญของความพร้อมทั้งด้านจิตวิทยาและพฤติกรรมของการเปลี่ยนแปลงองค์กร<sup>(13,14)</sup>

ในระดับบุคคลพบว่าตัวชี้วัดด้านความเต็มใจอยู่ในระดับสูงสะท้อนให้เห็นการตระหนักถึงความสำคัญของงานด้านต่างประเทศอย่างชัดเจน ซึ่งสนับสนุนผลการศึกษาก่อนหน้าเกี่ยวกับบทบาทของความมุ่งมั่นร่วมกันในความพร้อมขององค์กร<sup>(15)</sup> การตระหนักนี้ครอบคลุมตั้งแต่บุคลากร

ระดับปฏิบัติการไปจนถึงระดับผู้บริหาร แสดงให้เห็นถึงความเข้าใจที่เป็นหนึ่งเดียวกันในคุณค่าของการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนยุทธศาสตร์ด้านการต่างประเทศกับความสำคัญต่อการขับเคลื่อนพันธกิจขององค์กร

จากระหว่างการทดสอบเครื่องมือผู้บริหารท่านหนึ่งได้กล่าวว่า “ความร่วมมือระหว่างประเทศไม่ใช่เพียงส่วนเสริมในการทำงาน แต่เป็นรากฐานสำคัญในการบรรลุเป้าหมายการสร้างเสริมสุขภาพ ความท้าทายที่เผชิญในประเทศไทยมักเป็นประเด็นร่วมในระดับโลก และแนวทางแก้ปัญหาสามารถเกิดขึ้นจากที่ใดก็ได้” ประเด็นลักษณะนี้สะท้อนอยู่ในระดับปฏิบัติการเช่นกัน โดยนักวิชาการแผนงานท่านหนึ่งกล่าวว่า “เรามองความร่วมมือระหว่างประเทศเป็นช่องทางทั้งในการแบ่งปันความสำเร็จของเราและเรียนรู้จากผู้อื่น เราตั้งใจที่เป็นส่วนหนึ่งของประชาคมสร้างเสริมสุขภาพระดับโลก”

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาแสดงให้เห็นประเด็นที่น่าสนใจ คือกลุ่มตัวชี้วัดด้านความเต็มใจระดับบุคคลมีความสำคัญน้อยกว่าความเต็มใจในระดับองค์กร บ่งชี้ว่าในขณะที่แรงจูงใจและความกระตือรือร้นส่วนบุคคลเป็นเรื่องที่มีคุณค่า แต่อาจไม่ใช่ปัจจัยที่สำคัญที่สุดต่อการสร้างองค์กรที่จะมีส่วนร่วมต่อการตอบสนองยุทธศาสตร์ด้านการต่างประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสนับสนุนงานวิจัยก่อนหน้าของ Weiner<sup>(13)</sup> เกี่ยวกับลักษณะที่หลากหลายของความพร้อมขององค์กร

ในทางตรงกันข้าม ตัวชี้วัดด้านศักยภาพสามารถปรากฏเป็นปัจจัยกำหนดที่สำคัญที่สุดของดัชนีความพร้อมทั้งในระดับบุคคลและระดับองค์กร การคงไว้ซึ่งตัวชี้วัดเช่น “ทักษะสำคัญต่อการตอบสนองยุทธศาสตร์ด้านการต่างประเทศ” (ระดับบุคคล) และ “การใช้ทรัพยากร” (ระดับองค์กร) ด้วยค่าสถิติแคปปาของพลีสส์ที่สูง (0.71 และ 0.75 ตามลำดับ) แสดงให้เห็นความสำคัญอย่างยิ่งขององค์ประกอบด้านโครงสร้างและทักษะในการกำหนดความพร้อมในการมีส่วนร่วมกิจกรรมด้านต่างประเทศ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้าที่เน้นย้ำบทบาทสำคัญของศักยภาพความพร้อมขององค์กรต่อการเปลี่ยนแปลง<sup>(1,16)</sup>

ผลการศึกษาที่มีนัยสำคัญต่อองค์กรด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่ต้องการยกระดับศักยภาพด้านต่างประเทศ ได้แก่

1. แม้การส่งเสริมความเต็มใจยังคงมีความสำคัญ แต่องค์กรควรให้ความสำคัญกับการริเริ่มการสร้างเสริมสร้างศักยภาพทั้งในระดับบุคคลและระดับองค์กร<sup>(17)</sup>

2. การจัดสรรทรัพยากรและโครงการพัฒนาศักยภาพให้ผลตอบแทนที่ดีกว่ากิจกรรมสร้างแรงจูงใจระดับบุคคล

3. เมทริกซ์ความพร้อมที่พัฒนาขึ้นผ่านการศึกษานี้เป็นเครื่องมือสำหรับการประเมินและติดตามความพร้อมเบื้องต้นของแผนงานต่างๆ ใน สสส. ต่อการตอบสนองยุทธศาสตร์ด้านการต่างประเทศ โดยช่วยระบุจุดแข็งและช่องว่างในมิติความเต็มใจและศักยภาพ อย่างไรก็ตามในการออกแบบแนวทางการพัฒนาศักยภาพที่เฉพาะเจาะจงผู้บริหารจำเป็น อาจใช้เครื่องมือนี้เป็นจุดเริ่มต้นในการระบุประเด็นที่ต้องการพัฒนา แล้วจึงดำเนินการประเมินเชิงลึกเพิ่มเติมเพื่อทำความเข้าใจรายละเอียดของขีดความสามารถ

การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการที่ควรกล่าวถึง ประการแรก การประเมินดำเนินการภายในองค์กรเดียวซึ่งอาจจำกัดการนำผลการศึกษาไปใช้อ้างอิงกับบริบทองค์กรสร้างเสริมสุขภาพอื่นๆ<sup>(3)</sup> ประการที่สอง ระดับความเต็มใจที่สูงที่พบอาจเป็นลักษณะเฉพาะของวัฒนธรรมองค์กรของ สสส. และอาจไม่สะท้อนรูปแบบในสถาบันอื่น การใช้ทั้งการประเมินตนเองและการประเมินภายนอกเป็นทั้งจุดแข็งและข้อจำกัด แม้ว่าแนวทางนี้จะให้มุมมองที่หลากหลายเกี่ยวกับความพร้อม แต่ก็อาจเกิดอคติ การประเมินตนเองอาจนำไปสู่การรายงานความสามารถเกินจริง ในทางตรงข้าม การประเมินภายนอกโดยนักวิชาการวิเทศสัมพันธ์ แม้จะให้มุมมองเชิงสถาบัน แต่อาจไม่จับความละเอียดอ่อนในระดับโครงการและปัจจัยเชิงบริบทได้อย่างครบถ้วน ประการที่สาม ดัชนีที่พัฒนาขึ้นเป็นเครื่องมือประเมินภาพรวมระดับกว้างไม่ได้ให้รายละเอียดเชิงลึกของความสามารถเฉพาะด้านที่จำเป็นสำหรับการออกแบบแนวทางการพัฒนาศักยภาพที่เจาะจง การนำเครื่องมือไปใช้ในทางปฏิบัติจึงควรเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการประเมินที่ครอบคลุม

การวิจัยในอนาคตอาจศึกษาว่าผลการศึกษาเหล่านี้สามารถแปลความหมายอย่างไรในบริบทองค์กรที่แตกต่างกัน และติดตามผลกระทบระยะยาวของการให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างศักยภาพมากกว่ากิจกรรมสร้างความเต็มใจ นอกจากนี้ การศึกษาระยะยาวอาจติดตามการเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดด้านศักยภาพว่ามีความสัมพันธ์อย่างไร

กับผลลัพธ์ความสำเร็จในการมีส่วนร่วมกับการกิจกรรมด้านต่างประเทศ

โดยสรุป การศึกษาครั้งนี้มีส่วนช่วยเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับความพร้อมตอบสนองยุทธศาสตร์ด้านการต่างประเทศในบริบทการสร้างเสริมสุขภาพ ในขณะที่ความเต็มใจระดับบุคคลเป็นพื้นฐานที่เอื้ออำนวย แต่ผลการศึกษาบ่งชี้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับศักยภาพมีความสำคัญมากกว่าในการกำหนดความพร้อมขององค์กรสำหรับการมีส่วนร่วมด้านต่างประเทศ ซึ่งสนับสนุนกรอบแนวคิดทฤษฎีก่อนหน้า<sup>(8)</sup> ข้อค้นพบนี้มีนัยสำคัญต่อวิธีการที่องค์กรด้านการสร้างเสริมสุขภาพจะพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพและการจัดสรรทรัพยากรตอบสนองยุทธศาสตร์ด้านการต่างประเทศขององค์กร

## กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่สนับสนุนงบประมาณและให้คำแนะนำอันมีค่าตลอดการดำเนินโครงการ ขอขอบคุณผู้บริหาร นักวิชาการ และเลขานุการสำนักจากทุกแผนงานที่ให้ความอนุเคราะห์ในการให้สัมภาษณ์และข้อมูลอันเป็นประโยชน์ รวมถึงภาคีเครือข่ายด้านต่างประเทศที่ให้ข้อเสนอแนะที่มีคุณค่าในโอกาสต่างๆ ความสำเร็จของการพัฒนาดัชนีชี้วัดความพร้อมด้านต่างประเทศครั้งนี้เกิดจากความร่วมมือและการเรียนรู้ร่วมกันของทุกฝ่าย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการสนับสนุนต่อยุทธศาสตร์ด้านการต่างประเทศของ สสส. ต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

- Weiner BJ. A theory of organizational readiness for change. *Implementation Science* 2009;4(1):67.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. แผนหลัก (พ.ศ. 2566-2570) กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 16 ต.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thaihealth.or.th/?p=326882>
- ThaiHealth Promotion Foundation. IR strategies [Internet]. [cited 2024 Oct 17]. Available from: <https://en.thaihealth.or.th/ir-movement/>
- Geerligs L, Shepherd HL, Butow P, Shaw J, Masya L, Cuddy J, et al. What factors influence organisational readiness for change? Implementation of the Australian clinical pathway for the screening, assessment and management of anxiety and depression in adult cancer patients (ADAPT CP). *Supportive Care in Cancer* 2020;29(6):3235-44.
- Stanhope V, Ross AM, Choy-Brown M, Choy-Brown M, Jessell L. A mixed methods study of organizational readiness for change and leadership during a training initiative within community mental health clinics. *Administration and Policy in Mental Health* 2019;46(5):678-87.
- Lindig A, Hahlweg P, Christalle E, Scholl I. Translation and psychometric evaluation of the German version of the Organisational Readiness for Implementing Change measure (ORIC): a cross-sectional study. *BMJ Open* 2020;10(6):e034380.
- Khan S, Timmings C, Moore JE, Marquez C, Pyka K, Gheihman G, et al. The development of an online decision support tool for organization readiness for change. *Implementation Science* 2014;9(1):56.
- DeVellis RF. *Scale development: theory and applications*. 4<sup>th</sup> ed. Thousand Oaks (CA): Sage; 2016.
- Helfrich CD, Helfrich CD, Kohn M, Stapleton A, Allen CL, Hammerback K, et al. Readiness to change over time: change commitment and change efficacy in a workplace health-promotion trial. *Frontiers in Public Health* 2018;6:110.
- Boltz M, Van Haitsma K, Baier RR, Sefcik JS, Hodgson NA, Kolanowski A. A conceptual model of organizational readiness for implementation of embedded pragmatic dementia research. *Innovation in Aging* 2022;6 (Supplement\_1):204-5.

11. Choi K-E, Lindert L, Schlomann L, Pfaff H. "I'll leave that to the case managers." Healthcare service providers' perceptions of organizational readiness for change in a randomized controlled trial - a qualitative analysis exploring implementation success. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2022;19(9):5782.
12. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res* 1986;35(6):382-5.
13. Weiner BJ, Amick H, Lee SYD. Conceptualization and measurement of organizational readiness for change: a review of the literature in health services research and other fields. *Medical Care Research and Review* 2008;65(4):379-436.
14. Holt DT, Helfrich CD, Hall CG, Weiner BJ. Are you ready? How health professionals can Comprehensively conceptualize readiness for change. *Journal of General Internal Medicine* 2010;25(1):50-5.
15. Jones RA, Jimmieson NL, Griffiths A. The impact of organizational culture and reshaping capabilities on change implementation success: the mediating role of readiness for change. *Journal of Management Studies* 2005;42(2):361-86.
16. Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Teteoe J, Caswell W, et al. Lost in knowledge translation: time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 2006;26(1):13-24.
17. Fixsen DL, Naoom SF, Blasé KA, Friedman RM, Wallace F. *Implementation research: a synthesis of the literature*. Tampa, FL: University of South Florida; 2005.

# Development of an Index to Measure Readiness to Respond to the International Strategy of the ThaiHealth Master Plan

Orana Chandrasiri<sup>1</sup>, Sigit Dwiananto Arifwidodo<sup>1</sup>, Putthipanya Rueangsom<sup>1</sup>,  
Pirawan Pechchan<sup>1</sup>, Rungsun Munkong<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Activethai.org Research Center, Bangkok, Thailand*

<sup>2</sup> *Thai Health Promotion Foundation*

## Abstract

Organizational readiness for change is a critical factor determining the success of international engagement initiatives, particularly in health promotion organizations. This study aimed to develop and validate a comprehensive readiness index to assess ThaiHealth Promotion Foundation (ThaiHealth) master plans' preparedness to support international strategy implementation. Using a mixed-methods approach across four sequential phases, we conducted systematic literature review, content validity testing with 14 experts including 11 ThaiHealth executives including deputy assistant directors and bureau directors, and 3 international affairs specialists with over 10 years of experience working with international health organizations; construct reliability assessment with 30 academics from all 15 ThaiHealth master plans, and index development with scoring system creation. From an initial pool of 21 indicators derived from literature spanning 2000-2024, seven indicators demonstrated acceptable psychometric properties, comprising three willingness indicators and four capacity indicators. The final index encompasses both individual and organizational levels, with equal weighting between self-assessment and external evaluation components. Content validity analysis revealed high inter-rater agreement (Fleiss'  $\kappa=0.72$ ,  $p<0.05$ ), while internal consistency testing showed excellent reliability (Cronbach's  $\alpha=0.81-0.86$ ). Notably, organizational-level factors emerged as more significant predictors of readiness than individual-level willingness factors. The developed index employs a 3×3 matrix interpretation framework categorizing master plans into nine readiness levels based on willingness and capacity scores. Results indicate that while individual motivation remains important, organizational capacity factors - including resource utilization, international cooperation experience, outcome measurement systems, and strategic alignment - were primary determinants of international engagement readiness. This index provided ThaiHealth with an evidence-based tool for strategic resource allocation and targeted capacity building, enabling more effective international strategy implementation. The findings contribute to understanding organizational readiness in health promotion contexts and suggest that capacity-building initiatives may yield greater returns than individual motivation enhancement programs.

**Keywords:** readiness index; international relations; health promotion; willingness; organizational capacity

# การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกัน บุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน จังหวัดมหาสารคาม

วัชรินทร์ ทองสีเหลือง<sup>1</sup>, รัชชานนท์ ธีญาภากร<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ศูนย์แพทย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

<sup>2</sup> มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้า ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษามหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติมหาสารคาม จำนวน 890 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการถดถอยพหุคูณ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้า ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ action research กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) คณะกรรมการดำเนินงาน จำนวน 30 คน และ (2) เยาวชน นักศึกษาที่มีพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าแบบเสี่ยง จำนวน 120 คน ใช้การวางแผนแบบมีส่วนร่วมและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยระยะที่ 1 พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนจากมหาวิทยาลัย การสนับสนุนจากเพื่อน ทักษะชีวิต และการรับรู้โทษของบุหรี่ไฟฟ้า สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าได้ร้อยละ 38.74 ระยะที่ 2 พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 8 ขั้นตอน 3 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การรณรงค์สร้างกระแส ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน และยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างและพัฒนาเครือข่าย โดยภายหลังพัฒนารูปแบบ พฤติกรรมกรรมการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มเป้าหมาย สูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) การส่งเสริมกิจกรรม 3 ยุทธศาสตร์ จะช่วยส่งเสริมให้เยาวชนมีพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มมากขึ้น โดยหน่วยงานสาธารณสุขและมหาวิทยาลัยต้องกำหนดมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาบุหรี่ไฟฟ้าควบคู่กันไปด้วย

**คำสำคัญ:** บุหรี่ไฟฟ้า; การพัฒนารูปแบบ; พฤติกรรมกรรมการป้องกัน; เยาวชน

วันรับ: 17 มี.ค. 2568

วันแก้ไข: 25 เม.ย. 2568

วันตอบรับ: 28 เม.ย. 2568

## บทนำ

บุหรี่ไฟฟ้าหรือบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ (electronic cigarette หรือ e-cigarette) เริ่มแพร่หลายในประเทศไทย โดยในปี พ.ศ. 2557 กระทรวงพาณิชย์ ได้ออกประกาศ

การห้ามนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้า น้ำยาบุหรี่ไฟฟ้า แต่ก็มีการแพร่ระบาดของอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะกับกลุ่มเยาวชนด้วยความเชื่อจากการโฆษณาชวนเชื่อว่ามีนิโคตินไม่มีอันตรายต่อตนเองและคนรอบข้าง สูบแล้วไม่ติด ทำให้มีนักสูบหน้าใหม่เข้ามาทดลองใช้มากขึ้น อย่างไรก็ตามการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นการสูบเพื่อนำ



ป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งแบ่งการวิจัยเป็น 2 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 จะทำให้ทราบปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน ซึ่งข้อมูลในระยะนี้จะใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน จังหวัดมหาสารคาม สำหรับการวิจัยระยะที่ 2 เป็นการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน จังหวัดมหาสารคาม และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ เป็นต้น

## วิธีการศึกษา

ในการวิจัยเป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2567 แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือ

**ระยะที่ 1** การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน จังหวัดมหาสารคาม เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross sectional descriptive study)

ประชากร คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ มหาสารคาม จำนวน 1,829 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษามหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ มหาสารคาม จำนวน 890 คน โดยคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากร<sup>(7)</sup> คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ multistage random sampling ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ (1) เป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1-4 ที่ศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ มหาสารคาม (2) มีความยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา ส่วนเกณฑ์คัดออก คือ (1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง (2) ขอยกเลิกการเข้าร่วมกิจกรรม (3) ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล เป็นคำถามปลายปิด (close end questionnaire) และปลายเปิด เป็นการสำรวจข้อมูลพื้นฐานของเยาวชน ส่วนที่ 2 ปัจจัย

ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน ประกอบด้วย 3 ด้านคือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสังคม ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนเป็นแบบสอบถามปลายปิด ที่ได้จากการพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างข้อคำถาม (item) ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการติดบุหรี่ไฟฟ้า (Fagerstrom test for nicotine dependence; FTND) เป็นแบบประเมินการติดบุหรี่มีนิโคตินในระดับใด ที่พัฒนาจากแบบวัด Fagerstrom test for nicotine dependence (FTND)<sup>(8)</sup> แบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ติดเล็กน้อย (0-2 คะแนน) ปานกลาง (3-4 คะแนน) และติดนิโคตินรุนแรง (5-10 คะแนน)

**ระยะที่ 2** พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน จังหวัดมหาสารคาม การศึกษาวิจัยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ภายใต้แนวคิด PAOR ของ Kemmis & McTaggart<sup>(9)</sup> มาเป็นกรอบดำเนินการ

กลุ่มตัวอย่าง เป็น 2 กลุ่ม คือ (1) คณะกรรมการดำเนินงานจำนวน 30 คน โดยเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วยผู้บริหาร จำนวน 5 คน บุคลากรที่รับผิดชอบงานบุหรี่และยาเสพติด จำนวน 5 คน องค์กรนักศึกษาจำนวน 5 คน สโมสรนักศึกษา จำนวน 15 คน และ (2) กลุ่มเป้าหมายได้มาจากการคัดเลือกจากแบบสอบถาม FTND questionnaires<sup>(8)</sup> ในระยะที่ 1 ที่มีระดับคะแนนติดนิโคตินรุนแรง ระหว่าง 5-10 ที่แสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (ติดนิโคติน) แบบรุนแรง จำนวน 120 คน

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยเอาแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ หลังจากได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ค่า IOC=0.67-1.00 การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่มีบริบทใกล้เคียงคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม จำนวน 30 คน เพื่อหา reliability of Cronbach's alpha ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.92

### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (stepwise multiple regression analysis) และคำถามปลายเปิดใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา และเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ โดยใช้ สถิติ Wilcoxon Matched-pair Signed rank Test

### จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม EC 05/2566 ลงวันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 โดยสอดคล้องกับหลักการของปฏิญญาเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญอย่างยิ่ง

## ผลการศึกษา

**ระยะที่ 1** การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน จังหวัดมหาสารคาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 67.60 และเพศหญิง ร้อยละ 32.40 มีอายุเฉลี่ย 18.26 ปี ส่วนใหญ่เป็นนิสิตคณะศึกษาศาสตร์ คิดเป็นร้อยละ 32.20 การใช้บุหรี่ไฟฟ้าของคนใกล้ขีด คือ เพื่อน คิดเป็นร้อยละ 64.8 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า คิดเป็นร้อยละ 58.0 ช่องทางการรับข่าวสาร คือ Facebook คิดเป็นร้อยละ 35.3 รายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 5,951.80 บาท/เดือน

### ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน

ในการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยทางสังคม ที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน ใช้การวิเคราะห์ stepwise multiple regression analysis

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา เกรดเฉลี่ยสะสม ที่อยู่อาศัย ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือน ทักษะชีวิต การรับรู้โทษของบุหรี่ไฟฟ้า

การอบรมเลี้ยงดูของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากมหาวิทยาลัย มีความสัมพันธ์กันในทางบวกอยู่ระหว่าง 0.012 ถึง 0.496 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยการรับรู้โทษของบุหรี่ไฟฟ้ากับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมีความสัมพันธ์กันมากที่สุด ที่ 0.496 ส่วนการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวกับอายุ มีความสัมพันธ์กันน้อยที่สุดที่ 0.012

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม พบว่า ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือน ทักษะชีวิต การรับรู้โทษของบุหรี่ไฟฟ้า การอบรมเลี้ยงดูของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากมหาวิทยาลัย มีความสัมพันธ์กันในทางบวกอยู่ระหว่าง 0.012 ถึง 0.496 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนกับความสัมพันธ์กับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากมหาวิทยาลัยมีความสัมพันธ์กันมากที่สุดที่ 0.442 ส่วนพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนกับอายุ มีความสัมพันธ์กันน้อยที่สุดที่ 0.008 ดังตารางที่ 1

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่เข้าสมการ พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากมหาวิทยาลัยเป็นตัวแปรที่ได้รับความนิยมเข้าสมการเป็นลำดับที่ 1 สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า 22.7 การสนับสนุนจากเพื่อนเป็นตัวแปรที่ได้รับความนิยมเข้าสมการเป็นลำดับที่ 2 สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 9.6 โดยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากมหาวิทยาลัยและการสนับสนุนจากเพื่อน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าได้ร้อยละ 32.3 ทักษะชีวิต เป็นตัวแปรที่ได้รับความนิยมเข้าสมการเป็นลำดับที่ 3 สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.5 โดยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากมหาวิทยาลัย การสนับสนุนจากเพื่อน และทักษะชีวิต สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าได้ร้อยละ 35.8 การรับรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่ไฟฟ้า เป็นตัวแปรที่ได้รับความนิยมเข้าสมการ เป็นลำดับที่ 4 สามารถทำนายพฤติกรรมการ

ป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.9 โดยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากมหาวิทยาลัย การสนับสนุนจากเพื่อน ทักษะชีวิต และการรับรู้โทษของบุหรี่ไฟฟ้า สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 38.70 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพื่อทำนายพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า (n=890)

ตัวแปร	Y	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
Y	1.000												
A	0.008	1.000											
B	0.025	0.030	1.000										
C	0.010	0.041	0.301**	1.000									
D	0.026	0.029	0.055*	0.003	1.000								
E	0.015	0.034	0.017	0.064*	0.019	1.000							
F	0.079*	0.006	0.013	0.019	0.025	0.003	1.000						
G	0.293**	0.105**	0.021	0.017	0.031	0.061	0.069	1.000					
H	0.217**	0.012	0.083*	0.025	0.020	0.041	0.004	0.350**	1.000				
I	0.171**	0.094**	0.036	0.072*	0.135*	0.034	0.102**	0.343**	0.473**	1.000			
J	0.162**	0.070*	0.055*	0.041	0.025	0.042	0.108*	0.311**	0.237**	0.278**	1.000		
K	0.352**	0.091**	0.115**	0.018	0.034	0.016	0.036*	0.382**	0.276**	0.355**	0.332**	1.000	
L	0.442**	0.015	0.087*	0.029	0.005	0.034	0.089*	0.496**	0.367**	0.190**	0.024	0.290**	1.000

หมายเหตุ: (A) เพศ (B) อายุ (C) ระดับการศึกษา (D) เกรดเฉลี่ยสะสม (E) ที่อยู่อาศัย (F) ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือน (G) ทักษะชีวิต (H) การรับรู้โทษของบุหรี่ไฟฟ้า (I) การอบรมเลี้ยงดู ของครอบครัว (J) สัมพันธภาพในครอบครัว (K) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน (L) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากมหาวิทยาลัย (Y) พฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า  
\*p<0.05, \*\*p<0.05

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการทำนายพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน

ลำดับตัวแปร	R	R <sup>2</sup>	R	Adj.R <sup>2</sup>	b	R Square Change	t
การสนับสนุนจากมหาวิทยาลัย (X7)	0.579	0.207	0.205	0.227	0.315	0.316	6.767***
การสนับสนุนจากเพื่อน (X1)	0.539	0.323	0.287	0.096	0.356	0.223	46.41**
ทักษะชีวิต (X2)	0.561	0.358	0.309	0.035	0.241	0.145	2.827**
การรับรู้โทษของบุหรี่ไฟฟ้า (X3)	0.572	0.387	0.320	0.029	0.159	0.123	2.695**
a (Constant) = -0.092	S.E. = 0.297 F = 38.74**						

**ระยะที่ 2** พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน จังหวัดมหาสารคาม พบว่า รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน จังหวัดมหาสารคาม มี 8 ขั้นตอน ประกอบด้วย

**ขั้น Planning**

1. วิเคราะห์บริบท และสถานการณ์ในมหาวิทยาลัย ด้วยเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC.) พบว่า มาตรการด้านการป้องกัน คือ มหาวิทยาลัยขาดความต่อเนื่องในการอบรมพัฒนาทักษะชีวิตในการป้องกัน บุหรี่ไฟฟ้าให้กับนักศึกษา มาตรการด้านการค้นหา พบปัญหา คือ มหาวิทยาลัยไม่มีการคัดกรองนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง มาตรการด้านการรักษา พบปัญหา คือ มหาวิทยาลัยไม่มีการจัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษา มาตรการด้านการเฝ้าระวัง พบปัญหา คือ มหาวิทยาลัยไม่มีช่องทางแพลตฟอร์มออนไลน์ ในการรับเรื่องร้องเรียน หรือให้ข้อมูลข่าวสารปัญหา บุหรี่-ไฟฟ้า และมาตรการด้านการบริหารจัดการ พบปัญหา คือ มหาวิทยาลัยไม่มีการบูรณาการสร้างเครือข่ายในการทำงาน ไม่มีการจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ร่วมกัน กับภาคีเครือข่าย ขาดการกำกับ ติดตามและประเมินผล

2. ประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการ พบว่า คณะกรรมการดำเนินงาน ได้จัดทำแผนงาน/โครงการ เพื่อใช้ในการดำเนินงาน ทั้งสิ้น 3 ยุทธศาสตร์

**ขั้น Action**

- 3. ยุทธศาสตร์ที่ 1 การรณรงค์สร้างกระแสห่างไกล บุหรี่ไฟฟ้า
- 4. ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจ ห่างไกล บุหรี่ไฟฟ้า
- 5. ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างและพัฒนาเครือข่าย ในการป้องกัน บุหรี่ไฟฟ้า

**ขั้น Observation**

6. กำกับ ติดตาม โดยการลงหน้างานเชิงรุก สัมภาษณ์ และสังเกตบริบทหน้างาน เฝ้าระวังติดตามประเมินผล รูปแบบ โดยประเมินจากพฤติกรรม การป้องกัน บุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มเป้าหมาย พบว่า พฤติกรรม การป้องกัน บุหรี่ไฟฟ้า ภายหลังพัฒนารูปแบบสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมี-นัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) ดังตารางที่ 3

**ขั้น Reflection**

7. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นักศึกษามีพฤติกรรม ในการป้องกัน บุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มมากขึ้น คณะกรรมการดำเนินงาน เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองมากขึ้น เครือข่ายเข้ามา มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกัน บุหรี่ไฟฟ้าในมหาวิทยาลัย มีการลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) เพื่อเป็น มหาวิทยาลัยสีเขียว ปลอด บุหรี่และ บุหรี่ไฟฟ้า นักศึกษาที่มีความเสี่ยงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ยุ่งเกี่ยวกับ บุหรี่ไฟฟ้า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการติดตาม และให้คำปรึกษากับ นักศึกษา กลุ่มเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ

8. ถอดบทเรียนเพื่อหาปัจจัยสู่ความสำเร็จ จากขั้นตอน การสร้างรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกัน บุหรี่-ไฟฟ้าของเยาวชน จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ปัจจัยแห่ง ความสำเร็จของการดำเนินงาน คือ TAKASILA Model ประกอบด้วย

- 1) การทำงานเป็นทีม (Teamwork; T) หมายถึง การสร้างทีม สร้างเครือข่ายในการดำเนินงาน โดยการทำงาน จะสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือ จากทุกภาคส่วน มีการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ ที่ชัดเจน และมีจุดมุ่งหมายร่วมกัน คือ สร้างสุขภาวะที่ดี ให้กับนักศึกษา ห่างไกลจาก บุหรี่ไฟฟ้า

ตารางที่ 3 พฤติกรรม การป้องกัน บุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มเป้าหมาย ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบ (n=120)

ตัวแปรที่ศึกษาเปรียบเทียบ	n	Mean	SD	Wilcoxon value (Z)	p-value
พฤติกรรม การป้องกัน บุหรี่ไฟฟ้า ก่อนการพัฒนา	120	56.15	5.78	-9.29	<0.001*
หลังการพัฒนา	120	78.13	6.29		

2) การเข้าถึงด้านสื่อสุขภาพ และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากมหาวิทยาลัย (Access; A) หมายถึง การที่นักศึกษาสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสื่อสุขภาพในการป้องกันอุบัติเหตุผ่านแพลตฟอร์ม Online ต่าง ๆ มีการรับเรื่องร้องเรียนปัญหาอุบัติเหตุ

3) การสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการ และการให้ความรู้ข้อมูลที่ถูกต้อง (Knowledge; K) หมายถึง การป้องกันอุบัติเหตุในมหาวิทยาลัย จะต้องมีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุ สร้างทักษะชีวิต สร้างความตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสุขภาพและสังคมให้กับนักศึกษา จึงต้องมีการสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการ ถ่ายทอดองค์ความรู้อย่างเป็นระบบ ผ่านการอบรมพัฒนาทักษะชีวิต ส่งเสริมให้นักศึกษามีภูมิคุ้มกันในการป้องกันอุบัติเหตุ มีการจัดการเรียนการสอนในรายวิชา

4) การมุ่งมั่น วิเคราะห์ปัญหา ตั้งเป้าหมายสู่ความสำเร็จร่วมกัน (Achievement oriented; A) โดยผ่านการวิเคราะห์บริหารและสถานการณ์ของการดำเนินงาน หมายถึง การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในมหาวิทยาลัย โดยมีความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ และรวมไปถึงแกนนำนักศึกษาที่เข้าร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อตอบสนองความต้องการของพื้นที่

5) การมีความรับผิดชอบต่อสังคม (Social responsibility; S) กำหนดมาตรการ ยุทธศาสตร์ และแนวทางในการดำเนินงานร่วมกัน การส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุ หมายถึง มีการค้นหาเชิงรุกนักศึกษา กลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ โดยคัดกรองนักศึกษา

6) การพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Improvement continuity; I) หมายถึง การสรุปผลการดำเนินงาน ร่วมกัน ถอดบทเรียน เพื่อเป็นการนำข้อมูลมาพัฒนาเพื่อให้เกิดความยั่งยืนและต่อเนื่อง ส่งผลให้มหาวิทยาลัยสีขาวปลอดภัย

7) การเรียนรู้มุ่งหวังในการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ (Learn; L) หมายถึง การเรียนรู้และประเมินพฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุ ทบทวนและขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในมหาวิทยาลัย อาศัยแนวคิดทฤษฎีการจูงใจ เพื่อเหนี่ยวนำชักจูงทำให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ขององค์กร ด้วยการยกย่อง เชิดชู ประกาศเกียรติคุณแก่นักศึกษาที่มีพฤติกรรมในการป้องกันอุบัติเหตุที่เป็น

แบบอย่างที่ดี ซึ่งการชื่นชมและยกย่อง จะกระตุ้น ชักจูงให้ผู้อื่นเอาเป็นแบบอย่าง ปฏิบัติด้วยความเคยชิน เป็นปกติ วิสัยกลายเป็นวัฒนธรรมในหน่วยงาน

8) การสร้างความตระหนัก และทัศนคติที่ดีในการทำงานร่วมกัน (Attitude; A) หมายถึง การดำเนินงานต้องสร้างความตระหนักรู้โทษของอุบัติเหตุให้กับนักศึกษา อีกทั้งต้องสร้างทัศนคติที่ดีในการทำงานให้กับเครือข่ายในการทำงาน

## วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากมหาวิทยาลัย การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน ทักษะชีวิต และการรับรู้เกี่ยวกับโทษของอุบัติเหตุ สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของเยาวชนได้<sup>(10-12)</sup> ทั้งนี้เหตุผลสำคัญ เนื่องจากกลุ่มเยาวชนถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการใช้บุหรี่ไฟฟ้า เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายที่เริ่มก้าวเข้าสู่วัยรุ่นเป็นช่วงของการปรับตัวมีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในร่างกายสูงที่สุดทำให้มีความอยากรู้อยากลอง มีความเป็นตัวของตัวเอง อยู่กับเพื่อนเป็นส่วนใหญ่ สอดคล้องกับแนวคิดและทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory)<sup>(13)</sup> โดยมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของคนเรานั้นไม่ได้เกิดจากปัจจัยทางด้านสภาพแวดล้อมและสังคมเพียงอย่างเดียวหากจะเปลี่ยนแปลงตามเงื่อนไขจะต้องอาศัยความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 3 ด้าน ซึ่งได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรม ในขณะที่มีความสามารถในการตนเอง สาเหตุที่เยาวชนสูบบุหรี่ไฟฟ้า คือ ความอยากรู้อยากลอง สะท้อนให้เห็นว่า บุหรี่ไฟฟ้า กำลังเป็นภัยเงียบที่สำคัญของเยาวชนไทยในปัจจุบัน ซึ่งจากการศึกษาพบว่า เยาวชนสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพื่อความเพลิดเพลิน เป็นต้น เยาวชนที่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่าเยาวชนที่ไม่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ไฟฟ้าคิด เป็น 10.48 เท่า โดยจากผลการศึกษาจะพบว่าบุคคลที่เยาวชนสูบบุหรี่ไฟฟ้าด้วยมากที่สุดคือเพื่อนสนิท สอดคล้องกับ Green & Kreuter<sup>(14)</sup> พบว่าอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนจะเป็นแรงกระตุ้นให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าคงอยู่ต่อเนื่องเพราะเพื่อนมี

อิทธิพลต่อการตัดสินใจสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นมากที่สุด อีกทั้งวัยรุ่นเป็นวัยที่ใช้ชีวิตอยู่กับสังคมมหาวิทยาลัยเป็นส่วนใหญ่ โดยมหาวิทยาลัยที่มีมาตรการในการป้องกัน บุหรี่ไฟฟ้าที่สูงเยาวชน นักศึกษาจะมีแนวโน้มที่จะเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าน้อยกว่ามหาวิทยาลัยที่ไม่มีนโยบายหรือ มาตรการในการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้า<sup>(15)</sup> TAKASILA Model เป็นรูปแบบในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน โดยมหาวิทยาลัยต้องมีมาตรการ ในการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้า มีการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับ 3 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ในการรณรงค์สร้างกระแส โดยการจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดกระแสในการป้องกันบุหรี่- ไฟฟ้า ทำให้กลุ่มเยาวชนนักศึกษาได้ตระหนัก รับรู้ถึงโทษ ของบุหรี่ไฟฟ้า ยุทธศาสตร์ในการสร้างภูมิคุ้มกัน เป็นการ จัดกิจกรรมในการสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจ สร้างทัศน ใจให้กลุ่มเยาวชนนักศึกษาในการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้า โดยใช้หลักธรรมะสอดแทรกเข้ามาด้วย และยุทธศาสตร์ ในการสร้างและพัฒนาเครือข่ายในป้องกันบุหรี่ไฟฟ้า เป็น กิจกรรมในการสร้างเครือข่ายในพื้นที่ ประกอบด้วย เครือข่าย ภาคเยาวชนนักศึกษา เครือข่ายภาควิชาการ และเครือข่าย ภาคการเมือง เป็นต้น จะทำให้เยาวชนมีพฤติกรรมในการ ป้องกันบุหรี่ที่เพิ่มมากขึ้น<sup>(10,12)</sup> โดยการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัด ในการทำการศึกษาคือทำการศึกษาเพียงแห่งเดียว อาจไม่ได้ เป็นตัวแทนของเยาวชนทั้งมหาสารคาม

### การนำผลการวิจัยไปใช้

การส่งเสริมกิจกรรมในการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าภายใต้ 3 ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ที่ 1 การรณรงค์สร้าง กระแสห่างไกลบุหรี่ไฟฟ้า ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเสริมสร้าง ภูมิคุ้มกันทางจิตใจห่างไกลบุหรี่ไฟฟ้า และยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างและพัฒนาเครือข่ายในการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าจะช่วย ส่งเสริมให้เยาวชน นักศึกษามีพฤติกรรมในการป้องกัน บุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มมากขึ้น โดยหน่วยงานสาธารณสุขและพื้นที่ มหาวิทยาลัยต้องกำหนดมาตรการและนโยบายในการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาบุหรี่ไฟฟ้าควบคู่กันไปด้วย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย จังหวัดมหาสารคาม ควรมี นโยบายให้ชุมชน สถานศึกษา จัดกิจกรรมในการป้องกัน บุหรี่ไฟฟ้าใน 3 ยุทธศาสตร์ และประกาศ TAKASILA Model เป็นนโยบายในการขับเคลื่อนงานของจังหวัด งานวิจัย

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณศูนย์แพทย์มหาวิทยาลัยราชภัฏ- มหาสารคาม โรงพยาบาลมหาสารคาม และชมรม To Be Number One มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม และ มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตมหาสารคาม ที่สนับสนุนการทำวิจัย ช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล และ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เข้าร่วมการศึกษาและ ให้ข้อมูลในตลอดการทำวิจัย

## เอกสารอ้างอิง

1. ศิริวรรณ พัทธรังษณัฐ, ปานทิพย์ โชติเบญจมาภรณ์, ปวีณา ปั่นกระจ่าง. สถานการณ์การควบคุมการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของประเทศไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีมีนคองการพิมพ์; 2565.
2. ฉัตรสมน พงศ์ภิญโญ, วศิน พิพัฒน์ฉัตร, Harmann S. ภัยร้ายซ่อนเร้นบุหรี่ไฟฟ้า. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2562.
3. ชนิกา เจริญจิตต์กุล, ชฎาภา ประเสริฐทรง. บุหรี่ไฟฟ้า: ภัยเงียบของวัยรุ่น. วารสารพยาบาลทหารบก 2564;15(3):149-14.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2565. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2565.
5. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. รายงานสถานการณ์การบริโภคสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2562. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ; 2565.
6. ศรีรัช ลอยสมุทร. ผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ในสื่อสังคม เครือข่ายและผลของการบังคับใช้กฎหมายผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข 2566;5:13-30.
7. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences [Internet]. 1988 [cited 2025 Jan 12]. Available from: <https://www.utstat.toronto.edu/~brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf>
8. Fagerstrom KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom tolerance Questionnaire. Journal of Behavioral Medicine 1989;12:159-82.
9. Kemmis S, McTaggart R. The action research planer. 3<sup>rd</sup> ed. Victoria: Deakin University; 1988.
10. ปิยวรรณ บุญเพ็ญ, ภาวนา เมณฑะระ, ปิยชาติ บุญเพ็ญ. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและพฤติกรรมต้องการเลิกบุหรี่ของนักศึกษา ระดับอุดมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารศรีนครินทร์วิโรฒวิจัยและพัฒนา 2562;11(22):111-27.
11. Sutfin EL, McCoy TP, Morrell HE, Hoepfner BB, Wolfson M. Electronic cigarette use by college students. Drug and Alcohol Dependence 2013;131(3):214-21.
12. Wise J. E-cigarette marketing is aimed at youngsters, says charity. BMJ 2013;347:f7124.
13. Bandura A. Social foundation of thought and action: a social cognitive theory. New Jersey: Prentice-Hall; 1986.
14. Green LW, Krueter MW. Health promotion planning: an education and ecological approach. 4<sup>th</sup> ed. Toronto: Mayfield Publishing Company; 2005.
15. เจตน์สฤษฏี สังข์พันธ์, เกียรติวา บุญปราการ, ชิตชนก เชิงเขาว. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงใช้บุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนไทย ในจังหวัดสงขลา. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี 2566;31(3):88-103.

# Development of a Model to Promote Behavior to Prevent E-Cigarettes Among Youths Maha Sarakham Province

Watcharin Thongseeluang<sup>1</sup>, Ratchanon Thanyakorn<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Maha Sarakham University Medical Center, Maha Sarakham Province, Thailand

<sup>2</sup>National Sports University, Maha Sarakham Campus, Maha Sarakham Province, Thailand

## Abstract

This research aimed to study the factors affecting behavior to prevent e-cigarette smoking and to develop a model to promote behavior to prevent e-cigarette smoking. The research used a mixed-methods research method. The study was divided into 2 phases: Phase 1 studied the factors affecting behavior to prevent e-cigarette smoking. The sample group was 890 students of the National Sports University, Maha Sarakham. The research instrument was a questionnaire with a reliability of 0.92. The data were analyzed using multiple regression. Phase 2 developed a model to promote behavior to prevent e-cigarette smoking. The research method was used in the action research. The sample groups were selected by specific method, consisting of 2 groups: (1) The working committee, 30 people, and (2) youth and students with risky e-cigarette smoking behavior, 120 people. Participatory planning was used and data was analyzed using content analysis. The results of the research in phase 1 found that the factors affecting the behavior of preventing e-cigarette smoking of youth were support from the university, support from friends, life skills, and perception of the dangers of e-cigarettes. These factors could predict e-cigarette prevention behavior by 38.74 percent. In phase 2, the developed model consisted of 8 steps and 3 strategies: strategy 1: campaign to create a trend; strategy 2: strengthening immunity; and strategy 3: building and developing networks. After the model was developed, the e-cigarette prevention behavior of the target group was significantly higher than before the model was developed ( $p < 0.01$ ). Promoting the activities of the 3 strategies will help promote the youth to have more behaviors to prevent e-cigarette smoking. Public health agencies and universities must determine measures to prevent and solve the e-cigarette problem together.

**Keywords:** e-cigarette; model development; prevention behavior; youth

# การพัฒนาไกคณะทำงานข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน จังหวัด “SARAKHAM Model”

สุกฤษฎี ใจจำนงค์<sup>1,2</sup>, พิชญาภา อภัยพงษ์<sup>2</sup>, อรพรรณ อ่อนดวง<sup>3</sup>, วันชนะ สิริสม<sup>4</sup>, มยุรา สีสาร<sup>5</sup>

<sup>1</sup> คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จังหวัดปทุมธานี

<sup>2</sup> ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน มูลนิธินโยบายถนนปลอดภัย กรุงเทพมหานคร

<sup>3</sup> สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

<sup>4</sup> สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

<sup>5</sup> สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

## บทคัดย่อ

อุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาสำคัญที่นำไปสู่การเสียชีวิตของคนไทย จังหวัดมหาสารคามเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีแนวโน้มการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงขึ้นต่อเนื่อง ตั้งแต่ พ.ศ. 2563-2566 การศึกษาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อขับเคลื่อนคณะทำงานด้านการจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน ภายใต้ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัด และพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการของคณะทำงานและการออกแบบมาตรการความปลอดภัยทางถนนของจังหวัดมหาสารคาม ให้เกิดพื้นที่ต้นแบบปฏิบัติการที่ดี เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม พื้นที่ดำเนินการคือ จังหวัดมหาสารคาม มีระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลจากรายงานการประชุมด้วยวิธีการบันทึกการสนทนาและระดมสมองเพื่อหาฉันทามติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า จังหวัดมหาสารคามมีคณะทำงานด้านการจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน “SARAKHAM Model” และมีแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนระดับจังหวัด มีการประชุมวิเคราะห์ข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนและจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนในระดับจังหวัด และเกิดการดำเนินงานในระดับพื้นที่ในลักษณะระบบห่วงสะท้อนป้อนกลับ มีการติดตามและให้คำปรึกษาแนะนำในระดับอำเภอ และเกิดห่วงโซ่ผลลัพธ์คือ จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของจังหวัดมหาสารคาม มีแนวโน้มลดลง ดังนั้น ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัดทุกจังหวัด ควรมีการยกระดับประสิทธิภาพการจัดการความปลอดภัยทางถนนด้วยการจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบ และหนุนเสริมการขับเคลื่อนงานความปลอดภัยทางถนนสู่ภาคีเชิงกลยุทธ์ในระดับจังหวัดในการออกแบบมาตรการความปลอดภัยทางถนน

**คำสำคัญ:** การจัดการข้อมูล; คณะทำงาน; ความปลอดภัยทางถนน; มหาสารคาม; อุบัติเหตุทางถนน

วันรับ: 12 มี.ค. 2568

วันแก้ไข: 9 เม.ย. 2568

วันตอบรับ: 11 เม.ย. 2568

## บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาสำคัญที่นำไปสู่การเสียชีวิตในเด็กและเยาวชนอายุระหว่าง 5-29 ปี และเป็น

สาเหตุการเสียชีวิตในอันดับที่ 12 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด เป็นปัญหาหลักของการเสียชีวิตและความพิการของประเทศไทย ซึ่งสร้างความเสียหายต่อชีวิต ทรัพย์สิน และเศรษฐกิจของประเทศไทย ทั้งนี้ ในปี พ.ศ. 2565 เพียง

ปีเดียว มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมากถึง 17,000 คน และมีผู้พิการมากกว่า 15,000 คน<sup>(1)</sup> แผนโลกทศวรรษ-แห่งความปลอดภัยทางถนน ค.ศ. 2021-2030 (Global Plan for the Decade of Action for Road Safety 2021-2030) โดยองค์การอนามัยโลกและกรมการ-ระดับภูมิภาคของสหประชาชาติ ได้เสนอการพัฒนาศักยภาพ ผู้ปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยทางถนน จากการศึกษา ประเทศซึ่งขาดความเชี่ยวชาญในการประยุกต์หลักการของ วิธีแห่งระบบที่ปลอดภัย (safe system approach) ตามบริบทของพื้นที่ การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล อุบัติเหตุทางถนน ตลอดจนขาดการบริหารจัดการศักยภาพ ของเครือข่ายภาคีความปลอดภัยทางถนน ซึ่งจำเป็นต้อง อาศัยรากฐานการบริหารจัดการจากความร่วมมือระหว่าง หน่วยงาน<sup>(2)</sup>

ประเทศไทยมีเครื่องมือดำเนินงานด้านความปลอดภัย ทางถนน 2 เครื่องมือสำคัญ ได้แก่ (1) แผนแม่บทความ ปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565-2570<sup>(3)</sup> และ (2) ระเบียบ สำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการป้องกันและลดอุบัติเหตุ ทางถนน พ.ศ. 2554 ซึ่งเป็นกรอบการขับเคลื่อนการดำเนิ-งงานและบูรณาการการทำงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยมี ยุทธศาสตร์ที่ 4 แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน<sup>(4)</sup> ประกอบกับศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัย-ทางถนน (ศวปถ.) มูลนิธินโยบายถนนปลอดภัย ภายใต้ การสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้งเสริม-สุขภาพ (สสส.) ได้กำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานที่สอดรับ กับนโยบายชาติและนานาชาติ โดยมุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพ ยกระดับกลไกเสริมการทำงานให้กับศูนย์อำนวยการความ-ปลอดภัยทางถนนจังหวัด (ศปถ. จังหวัด) และศูนย์ปฏิบัติ-การความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (ศปถ. อำเภอ) ตาม ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการ ขับเคลื่อน อนุกรรมการ/คณะทำงานด้านการจัดการข้อมูล อุบัติเหตุทางถนน ภายใต้ ศปถ. จังหวัด และ ศปถ. อำเภอ ในพื้นที่ปฏิบัติการ sandbox เขตสุขภาพที่ 7 ได้แก่ ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์

จังหวัดมหาสารคามเป็นหนึ่งในพื้นที่ดำเนินการ พบข้อมูลระบบบูรณาการการเสียชีวิต 3 ฐาน รายงานว่า ปีงบประมาณ 2565 มีสถิติผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน

จำนวน 223 คน และปีงบประมาณ 2566 เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 226 คน เมื่อพิจารณาอำเภอในจังหวัดมหาสารคาม พบว่า อำเภอเมืองมหาสารคาม อำเภอบรบือ อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย อำเภอวาปีปทุม และอำเภอเชียงยืน เป็นอำเภอเสี่ยงสูงใน การเกิดอุบัติเหตุทางถนน<sup>(5)</sup> ทั้งนี้ ศปถ. จังหวัด มีคำสั่ง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการ/คณะทำงานโดยใช้อำนาจและ หน้าที่ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการป้องกัน และลดอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2554 แต่ยังไม่มีการ ขับเคลื่อนคณะทำงานด้านการจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งเป็นกลไกคณะทำงานที่สำคัญในการนำข้อมูลจากการ วิเคราะห์สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนนมาจัดการปัญหา ในเชิงระบบ (data input) ไม่เพียง ศปถ. จังหวัด เท่านั้น ศปถ. อำเภอ ควรร่วมผลักดันให้เกิดการดำเนินงานในระดับ พื้นที่ในลักษณะระบบห่วงสะท้อนป้อนกลับ (feedback loop) ด้วยกิจกรรมการสืบสวนอุบัติเหตุทางถนนและการ จัดการข้อมูลเพื่อจัดทำมาตรการความปลอดภัยทางถนน อันเป็นหัวใจสำคัญของการบรรลุเป้าหมาย<sup>(6)</sup>

ดังนั้น จึงเป็นที่มาของการศึกษานี้ โดยมีวัตถุประสงค์ การขับเคลื่อนงานด้านความปลอดภัยทางถนน ได้แก่ (1) เพื่อขับเคลื่อนอนุกรรมการ/คณะทำงานด้านการจัดการ ข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน ภายใต้ ศปถ. จังหวัด และ (2) เพื่อ พัฒนารูปแบบการปฏิบัติการของคณะทำงานและออกแบบ มาตรการความปลอดภัยทางถนนของจังหวัดมหาสารคาม ให้เกิดพื้นที่ต้นแบบปฏิบัติการที่ดี (best practice) โดย คาดหวังผลการศึกษาจะนำไปสู่การขยายผลแนวทางการ พัฒนาศักยภาพ ยกระดับกลไกเสริมการทำงานให้กับ ศปถ. จังหวัด และ ศปถ. อำเภอ ในบริบทพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

## วิธีการศึกษา

แบบแผนการวิจัย (research design) เป็นการศึกษา เชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research; PAR) โดยใช้เกลียววงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research spiral) หรือ plan-act-observe-reflect (PAOR model) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart<sup>(7)</sup> เป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมการ พัฒนากลไก อนุกรรมการ/คณะทำงานด้านการจัดการข้อมูล อุบัติเหตุทางถนน ภายใต้ ศปถ. จังหวัดมหาสารคาม

โดยมีกรอบกิจกรรมการพัฒนากลไกอนุกรรมการ/คณะทำงานด้านการจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน ดังภาพที่ 1 **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ศึกษา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงตามวัตถุประสงค์การศึกษา ได้แก่ ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมีผู้แทนหน่วยงานในส่วนราชการในระดับจังหวัดเป็นคณะกรรมการ อาทิเช่น สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดมหาสารคาม ตำรวจภูธรจังหวัดมหาสารคาม ประชาสัมพันธ์จังหวัดมหาสารคาม สำนักงานขนส่งจังหวัดมหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เพื่อมุ่งเน้นให้เกิดการเพื่อขับเคลื่อนคณะทำงานด้านการจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน ภายใต้ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัด ในส่วนของกลุ่มตัวอย่างในระดับอำเภอ ได้แก่ (1) ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอบรบือ และ (2) ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอยักษ์ภูมิพิสัย เป็นอำเภอนำร่องพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการของคณะทำงานและการออกแบบมาตรการความปลอดภัยทางถนนของจังหวัดมหาสารคามให้เกิดพื้นที่ต้นแบบปฏิบัติการที่ดีร่วมกัน ทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือดำเนินการ คือ ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัด (ศปถ. จังหวัด) โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้อำนวยการ (ประธานกรรมการ) พร้อมด้วยคณะกรรมการ ศปถ. จังหวัด โดยใช้อำนาจและหน้าที่ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2554 ข้อ 14 (12) แต่งตั้งอนุกรรมการ/คณะทำงานเพื่อปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ ศปถ.

เครื่องมือเก็บข้อมูล คือ แบบบันทึกรายงานการประชุมอนุกรรมการ/คณะทำงานด้านการจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนจังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วยประเด็นสำคัญ ได้แก่ วาระการประชุมขับเคลื่อนอนุกรรมการ/คณะทำงานที่ดีที่ประชุม มาตรการความปลอดภัยทางถนน ตลอดจนผลลัพธ์การดำเนินงานและรูปแบบการปฏิบัติการกลไกคณะทำงานข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนจังหวัดมหาสารคาม

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ด้วยวิธีการบันทึกการสนทนาและระดมสมอง เพื่อหาฉันทามติ (consensus conference) ที่ประชุมอนุกรรมการ/คณะทำงานด้านการจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนจังหวัดมหาสารคาม ในปีงบประมาณ 2567 (ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567) รวมจำนวน

ภาพที่ 1 กรอบกิจกรรมการพัฒนากลไกคณะทำงานข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนจังหวัด

<b>P - Plan</b>	<b>A - Act</b>	<b>O - Observe</b>	<b>R - Reflect</b>
<p><b>P1</b> - ประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนกลไกด้านการจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน ( อาทิเช่น คำสั่ง อนุฯ / คณะทำงาน กำหนดกิจกรรมและเตรียมข้อมูลก่อนนำเข้าวาระ ศปถ.จังหวัด)</p> <p><b>P2</b> - ประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนกลไกด้านการจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน ร่วมกับ ศปถ.อำเภอ (ระบุดูประเด็นความเสี่ยง)</p>	<p><b>A1</b> - ประชุม อนุฯ/ คณะทำงานด้านการจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเสนอในการประชุมวาระประจำของ ศปถ.จังหวัด</p> <p><b>A2</b> - ขับเคลื่อนกลไกด้านการจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน ร่วมกับ ศปถ.อำเภอ / คณะทำงานด้านการจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน</p>	<p><b>O1</b> - ติดตามและให้คำปรึกษาแนะนำกับ คณะกรรมการ ศปถ.อำเภอ ( อาทิเช่น สังเกตการณ์ และ Feedback)</p> <p><b>O2</b> - ประมวลผลความก้าวหน้าการขับเคลื่อนกลไกด้านการจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน ระดับจังหวัดและอำเภอ</p>	<p><b>R1</b> - ถอดบทเรียนการขับเคลื่อนกลไกด้านการจัดการข้อมูลอุบัติเหตุฯ</p> <p><b>R2</b> - นำเสนอมาตรการเพื่อความปลอดภัยทางถนนในเชิงระบบ และข้อเสนอเชิงนโยบาย</p>

12 เดือน ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยดำเนินการศึกษาโดยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรมการทำวิจัย (Belmont report) โดย (1) ให้ความเคารพต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงรายละเอียดการศึกษาเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาเข้าร่วมการวิจัยนี้ (2) ให้ความยุติธรรมต่อประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กล่าวคือ คณะอนุกรรมการอื่นๆ ภายใต้อธิบดี. จังหวัดมหาสารคาม ได้รับประโยชน์จากการขับเคลื่อนคณะทำงานด้านการจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน รวมถึง ศปถ. อำเภอ อื่นๆ ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจะได้ประโยชน์จากมาตรการความปลอดภัยทางถนนของจังหวัดมหาสารคามร่วมด้วย และ (3) รักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยคณะผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมโดยไม่ระบุรายละเอียดที่แสดงถึงตัวบุคคลภายใต้หลักการตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานการประชุมด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อหาข้อค้นพบตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ตามวัตถุประสงค์ในประเด็นของการขับเคลื่อนคณะทำงานด้านการจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน ภายใต้อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัด และรูปแบบการปฏิบัติการของคณะทำงานและการออกแบบมาตรการความปลอดภัยทางถนนของจังหวัดมหาสารคามให้เกิดพื้นที่ต้นแบบปฏิบัติการที่ดี

## ผลการศึกษา

### การขับเคลื่อนคณะทำงานด้านการจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน ภายใต้อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัด

จากการดำเนินงานขับเคลื่อนคณะทำงานด้านการจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน ภายใต้อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัดมหาสารคาม (ศปถ. จังหวัดมหาสารคาม) พบว่า ศปถ. จังหวัดมหาสารคาม ใช้อำนาจตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2554 ข้อ 6 ใน (9) กล่าวคือ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อปฏิบัติ

งานตามอำนาจหน้าที่นั้น<sup>(4)</sup> โดยแต่งตั้งคณะทำงานข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนจังหวัดมหาสารคาม เพื่อบริหารข้อมูลระหว่างหน่วยงานให้มีฐานข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ติดตามประเมินผล สามารถกำหนดนโยบายบริหารการจัดการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนได้อย่างถูกต้อง ทั้งนี้ คณะทำงานข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนจังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วยหน่วยงานส่วนราชการระดับจังหวัดจากหลายหน่วยงาน

ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยทำการวิเคราะห์องค์ประกอบของคณะทำงานดังกล่าว โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนสำคัญ ดังนี้ (1) หน่วยงานด้านบริหารและบังคับใช้กฎหมาย มีอำนาจหน้าที่โดยตรงเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านนโยบายจังหวัด การบังคับใช้กฎหมาย และให้การสนับสนุนหรือสั่งการ ได้แก่ รองผู้ว่าราชการจังหวัด (ที่ได้รับมอบหมาย) เป็นหัวหน้าคณะทำงาน มีผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัด และปลัดจังหวัด เป็นคณะทำงาน (2) หน่วยงานด้านเทคนิคที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางที่เป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์สาเหตุอุบัติเหตุเชิงลึกเพื่อให้เห็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจังหวัด ขนส่งจังหวัด ผู้อำนวยการแขวงทางหลวง ผู้อำนวยการแขวงทางหลวงชนบท และผู้จัดการบริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด สาขาจังหวัดมหาสารคาม เป็นคณะทำงาน และ (3) หน่วยงานด้านปฏิบัติการ หน่วยงานในระดับจังหวัดและอำเภอที่มีมุมมองเชิงลึกเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคม การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ การสื่อสารข้อมูลการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน การสร้างมาตรการความปลอดภัยร่วมกับเจ้าภาพ ตลอดจนการนำนโยบายจังหวัดไปใช้ในพื้นอำเภอที่รับผิดชอบ ได้แก่ ประชาสัมพันธ์จังหวัด ปลัดอำเภอ (ฝ่ายความมั่นคง) ทุกอำเภอ และผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรทุกแห่ง เป็นคณะทำงานโดยมีหัวหน้าสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด (สนง.ปภ. จังหวัด) เป็นคณะทำงานและเลขานุการ พร้อมด้วยหัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และการจัดการ เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานด้านความปลอดภัยทางถนนของ สนง.ปภ.จังหวัด ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานด้านการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน (road traffic injury หรือ RTI) จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นคณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ

ทั้งนี้ ก็เพื่อให้เกิดการบูรณาการข้อมูลระหว่างหน่วยงาน เพื่อผลักดันการออกแบบมาตรการจัดการความเสี่ยงและกำหนดนโยบายในระดับจังหวัด ตลอดจนการเชื่อมโยงและส่งต่อข้อมูลมาตรการจัดการความเสี่ยงและนโยบายให้กับคณะกรรมการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (policy implementation) ในระดับหน่วยงานและพื้นที่อำเภอต่อไปดังภาพที่ 2

**รูปแบบการปฏิบัติการของคณะกรรมการและการออกแบบมาตรการความปลอดภัยทางถนนของจังหวัดมหาสารคามให้เกิดพื้นที่ต้นแบบปฏิบัติการที่ดี**

คณะผู้วิจัยใช้เกลียววงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research spiral) หรือ PAOR Model (1) ในการขับเคลื่อนคณะกรรมการด้านการจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน และพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการของคณะกรรมการและการออกแบบมาตรการความปลอดภัยทางถนนของจังหวัดมหาสารคามให้เกิดพื้นที่ต้นแบบปฏิบัติการที่ดี โดยแบ่งออกเป็น 4 ระยะดำเนินการ ดังนี้

**1. วางแผนงาน (Plan)** ประชุมชี้แจงทำความเข้าใจและวางแผนขับเคลื่อนกลไกจัดการข้อมูลระดับจังหวัด เขตสุขภาพที่ 7 (จังหวัดมหาสารคาม) วันที่ 4 กรกฎาคม พ.ศ. 2566

ภาพที่ 2 รูปแบบการปฏิบัติการกลไกคณะกรรมการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนจังหวัด “SARAKHAM Model” ภายใต้ ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัดมหาสารคาม



โดยมีรองผู้ว่าราชการจังหวัด (ที่ได้รับมอบหมาย) ซึ่งเป็นหัวหน้าคณะทำงานด้านการจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน เป็นประธานการประชุม ภายหลังจากประชุมชี้แจงทำความเข้าใจและวางแผนขับเคลื่อน มีการดำเนินงานขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง และมีผลผลิต (output) ในระยะนี้ ได้แก่ (P1) แผนปฏิบัติการขับเคลื่อนกลไกด้านการจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน ปีงบประมาณ 2567 โดยคณะทำงานด้านการจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดมหาสารคาม และศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอบรบือ และศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอยักษ์ภูมิพิสัย ซึ่งเป็นพื้นที่อำเภอนำร่อง ร่วมกันวางแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนกลไกด้านการจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน เพื่อให้เกิดการวิเคราะห์สาเหตุอุบัติเหตุทางถนน พฤติกรรมเสี่ยง จุดเสี่ยง จุดอันตราย เสนอต่อคณะทำงานด้านการจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดมหาสารคาม เพื่อผลักดันการออกแบบมาตรการจัดการความเสี่ยงและกำหนดนโยบายในระดับจังหวัด (P2) แผนปฏิบัติการขับเคลื่อนกลไกด้านการจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน ร่วมกับ ศปถ. อำเภอบรบือ และ ศปถ. อำเภอยักษ์ภูมิพิสัย เพื่อนำไปสู่มาตรการลดความเสี่ยงการไม่สวมหมวกนิรภัยในผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ โดยให้เกิดมาตรการที่สอดคล้องกับนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย ประธานกรรมการและผู้อำนวยการศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน ตามหนังสือศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน ที่ มท.0607/ว 7074 ลงวันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ. 2565 เรื่อง การรณรงค์สวมหมวกนิรภัย 100 เปอร์เซ็นต์<sup>(6)</sup>

**2. ปฏิบัติการ (Act)** เกิดการขับเคลื่อนกลไกด้านการจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน ดังนี้ (A1) การประชุมวิเคราะห์ข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนและจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนในระดับจังหวัด โดย คณะทำงานข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนจังหวัดมหาสารคาม ภายใต้อำนาจศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัดมหาสารคาม ที่ 2025/2564 ลงวันที่ 27 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 ร่วมกับ คณะทำงานวิเคราะห์สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนน อนุคณะกรรมการศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัดมหาสารคามด้านการบังคับใช้กฎหมาย และภาคีเครือข่ายความปลอดภัยทางถนน ตลอดปีงบประมาณ 2567

ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 อย่างต่อเนื่องเพื่อเสนอข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนตลอดจนสาเหตุสำคัญในการประชุมวาระประจำของ ศปถ. จังหวัดมหาสารคาม เพื่อให้เกิดมิติที่ประชุมจากภาคส่วนราชการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการร่วมเสนอมาตรการลดและป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ในเชิงระบบ ทั้งนี้ เกิดมิติสำคัญในที่ประชุมและมาตรการ เพื่อความปลอดภัยทางถนนร่วมกับภาคีเครือข่ายความปลอดภัยทางถนน ดังนี้

2.1) ดำรวจภูธรจังหวัดมหาสารคาม สั่งการทุกสถานี ตำรวจภูธร (สภ.) ในสังกัด รายงานผลการบังคับใช้กฎหมาย และรวบรวมข้อมูลผู้กระทำผิดกรณีดื่มแล้วขับในเด็กและเยาวชน เพื่อให้เกิดการจัดการข้อมูลดื่มแล้วขับตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ เสริมการบังคับใช้กฎหมายให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น<sup>(9)</sup> และหน่วยงานสังกัดกระทรวงคมนาคมจังหวัดมหาสารคาม

2.2) สำรวจเส้นทางและเสนอจุดเสี่ยงจุดอันตราย เพื่อร่วมจัดทำมาตรการเพื่อความปลอดภัยทางถนน ในเชิงระบบ ร่วมกับที่ประชุม ศปถ. จังหวัดมหาสารคาม ในทุกครั้ง เกิดมาตรการบูรณาการติดตั้งไฟเตือนและไฟฟาสว่างบนเส้นทางที่แสงสว่างไม่เพียงพอ การแก้ไขปัญหาระยะยาว คือ แขวงทางหลวงมีแผนการสร้างถนนเลี่ยงเมืองเพื่อลดความแออัดของการจราจรที่ผ่านตัวอำเภอเมืองมหาสารคาม ตามประกาศกรมทางหลวง เรื่อง สรุปผลการประชุมเพื่อชี้แจงผลการจัดทำแผนพัฒนาทางหลวงฯ และมีการศึกษาจัดทำแผนพัฒนาทางเลี่ยงเมืองเพื่อแก้ไขปัญหาจราจรบริเวณเขตเมืองในภูมิภาค<sup>(10)</sup>

2.3) ขับเคลื่อนการรณรงค์สวมหมวกนิรภัย 100 เปอร์เซ็นต์ ร่วมกับ ศปถ. อำเภอบรบือ และดำเนินการอย่างต่อเนื่องและรายงานข้อมูลในที่ประชุม ศปถ. จังหวัด

2.4) จัดทำวีดิทัศน์ (video clip) เพื่อประชาสัมพันธ์สร้างความตระหนักอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่เสี่ยงและสถานศึกษา<sup>(11)</sup> (A2) ขับเคลื่อนกลไกด้านการจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน ร่วมกับ ศปถ. อำเภอบรบือ และ ศปถ. อำเภอยักษ์ภูมิพิสัย

หลังการประชุมชี้แจงทำความเข้าใจและวางแผนขับเคลื่อนกลไกจัดการข้อมูลระดับจังหวัด เขตสุขภาพที่ 7 (จังหวัดมหาสารคาม) ศปถ. พยัคภูมิพิสัย จัดทำประกาศ

คำสั่งศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ- พยัคฆภูมิพิสัย ที่ 426/2566 ลงวันที่ 15 สิงหาคม พ.ศ. 2566 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย โดยนายอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย เป็นประธาน ปลัดอำเภอหัวหน้าฝ่ายความมั่นคง เป็นคณะ- ทำงานและเลขานุการ พร้อมด้วยปลัดอำเภอฝ่ายความมั่นคง หัวหน้ากลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย และเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่รับผิดชอบ งานด้านความปลอดภัยทางถนน เป็นคณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ มีขอบเขตภารกิจหน้าที่ลงพื้นที่สืบสวน อุบัติเหตุทางถนน รวบรวมข้อมูลผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต วิเคราะห์สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนน จุดเสี่ยง และ พฤติกรรม ตลอดจนการจัดการข้อมูลเพื่อพิจารณาแนวทาง แก้ไขปัญหา นโยบายสาธารณะ และเชื่อมประสานการดำเนินงานระหว่างภาครัฐ เอกชน และภาคีเครือข่ายความปลอดภัย ทางถนน และติดตามประเมินผล เช่นเดียวกับ ศปถ. อำเภอ- บรือ ดำเนินการภายใต้ คณะทำงานวิเคราะห์สาเหตุการ- เกิดอุบัติเหตุทางถนนอำเภอบรือ

**3. สังเกตการณ์ (Observe)** คณะทำงานข้อมูล อุบัติเหตุทางถนนจังหวัดมหาสารคาม ขับเคลื่อนกลไก ด้านการจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนเพื่อลดการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนตลอดจนขับเคลื่อน การรณรงค์สวมหมวกนิรภัย 100 เปอร์เซ็นต์ผ่านกิจกรรม (O1) การติดตามและให้คำปรึกษาแนะนำกับ คณะกรรมการ ศปถ. อำเภอผ่านวาระการประชุม ศปถ. จังหวัดมหาสารคาม โดยมี ศปถ. อำเภอทุกอำเภอ รายงานข้อมูลในที่ประชุมและ ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง พร้อมกันนี้ในส่วนของการขับเคลื่อน กลไกด้านการจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ มีการร่วมลงนามบันทึกข้อตกลง (memorandum of understanding; MOU) เพื่อการขับเคลื่อนกิจกรรมยกระดับความปลอดภัยจังหวัดมหาสารคามที่ยั่งยืน โดยมีหน่วยงานและ ผู้เกี่ยวข้องร่วมลงนาม ประกอบด้วย ผู้บังคับการตำรวจ ภูธรจังหวัดมหาสารคาม นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด- มหาสารคาม ปลัดจังหวัดมหาสารคาม หัวหน้าสำนักงาน- ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดมหาสารคาม ขนส่ง จังหวัดมหาสารคาม และนายอำเภอพื้นที่เสี่ยงสูงการเกิด อุบัติเหตุทางถนน เช่น อ.บรือ อ.พยัคฆภูมิพิสัย เป็นต้น<sup>(12)</sup> ในส่วนของ O2 ประมวลผลความก้าวหน้าการขับเคลื่อน

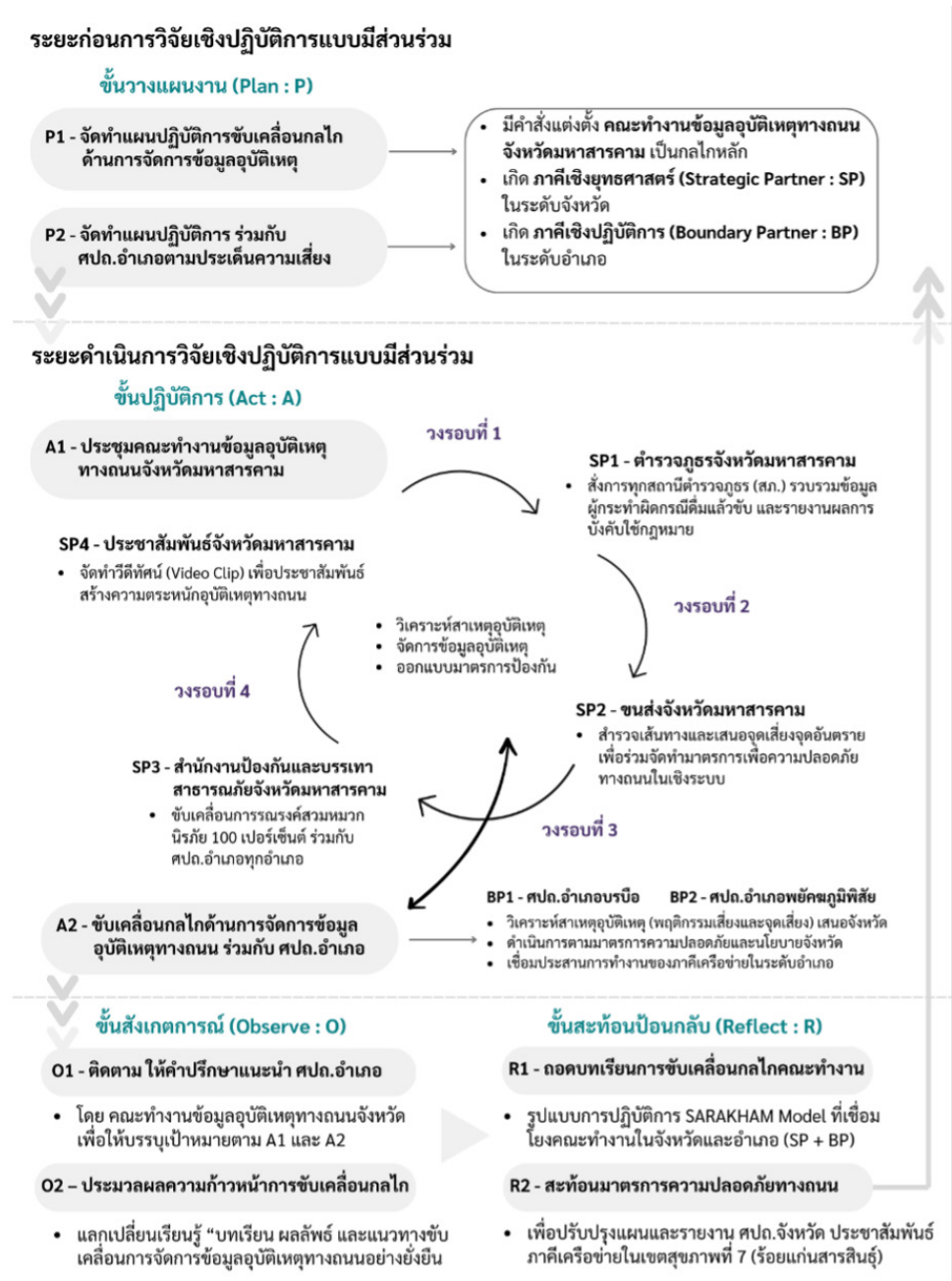
กลไกด้านการจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนระดับจังหวัด และอำเภอ ด้วยกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “บทเรียน ผลลัพธ์ และแนวทางการขับเคลื่อนการจัดการข้อมูล อุบัติเหตุทางถนนอย่างยั่งยืน” ในงานประชุมสรุปการ ดำเนินงาน (wrap up) เพื่อพัฒนาการหนุนเสริมกลไก การจัดการระดับพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 7 เมื่อวันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2567 เพื่อประเมินผลความก้าวหน้าครึ่งแผน ปฏิบัติการ (ตุลาคม พ.ศ. 2566 – มีนาคม พ.ศ. 2567) และพัฒนาการดำเนินงานแผนปฏิบัติการครึ่งหลังก่อนสิ้นปีงบประมาณ 2567

**4. สะท้อนป้อนกลับ (Reflect)** คณะผู้วิจัยและภาคี- เครือข่ายความปลอดภัยทางถนนที่เกี่ยวข้องร่วมดำเนินการ (R1) ถอดบทเรียนการขับเคลื่อนกลไกด้านการจัดการข้อมูล อุบัติเหตุทางถนน ในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 โดย เสนอผลการดำเนินงานในรูปแบบกลไกคณะทำงานข้อมูล อุบัติเหตุทางถนน “SARAKHAM Model” รายละเอียดตาม ภาพที่ 2 และได้นำเสนอ (R2) มาตรการเพื่อความปลอดภัย ทางถนนในเชิงระบบและข้อเสนอเชิงนโยบาย รายละเอียด ตามการปฏิบัติการ (Act) ตามกิจกรรมที่ระบุไว้ใน (A1) และ (A2) ดังกล่าวข้างต้น ผ่านหนังสือประชาสัมพันธ์ให้ กับภาคีเครือข่ายความปลอดภัยทางถนน หน่วยงานภาครัฐ ที่เกี่ยวข้องในกลไกศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน จังหวัด (ศปถ. จังหวัด) ในเขตสุขภาพที่ 7 ในจังหวัดอื่นๆ ได้แก่ จ.ร้อยเอ็ด จ.ขอนแก่น และ จ.กาฬสินธุ์ รวมถึงใน อำเภอเสี่ยงสูงการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในจังหวัด- มหาสารคาม ได้แก่ อ.เมืองมหาสารคาม อ.เขียงยืน อ.วาปีปทุม และ อ.เกษตรวิสัย เพื่อนำไปเป็นแนวทาง ขับเคลื่อนกลไกด้านการจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน และขยายผลต่อไป

## วิจารณ์

การพัฒนากลไกคณะทำงานข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดมหาสารคาม “SARAKHAM Model” ภายใต้ ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัด มีผลการ ดำเนินงานตามห่วงโซ่ผลลัพธ์ (chain of outcome; CoO) ได้แก่ ระดับ C คือ ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อตัวกำหนดสุขภาพ ได้แก่ คณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานด้านความปลอดภัย-

ภาพที่ 3 สรุปการพัฒนากรอบคณะกรรมการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนจังหวัด “SARAKHAM Model” ตามเกลียววงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR Model)



ทางถนน ระดับ B คือ ตัวกำหนดสุขภาพ ได้แก่ มาตรการความปลอดภัยทางถนนของภาคส่วนราชการต่างๆ และระดับ A คือ สุขภาพ หรือ การลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ทั้งนี้ หลังการดำเนินงานขับเคลื่อนกลไกคณะทำงานดังกล่าว เกิดผลผลิตที่สำคัญ คือ การมีคณะทำงานข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนจังหวัดมหาสารคาม ภายใต้ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัดที่มีอำนาจหน้าที่ในการรวบรวมข้อมูลสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

และสถิติการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับจังหวัด ตลอดจนการวิเคราะห์เพื่อหาประเด็นความเสี่ยงหลัก และออกแบบมาตรการจัดการแก้ไขเชิงระบบและกำหนดนโยบายที่สำคัญจากภาควิชายุทธศาสตร์ (strategic partner; SP) ในระดับจังหวัด ได้แก่ ตำรวจภูธรจังหวัดมหาสารคาม ขนส่งจังหวัดมหาสารคาม สนง.ปภ.จังหวัดมหาสารคาม และประชาสัมพันธ์จังหวัดมหาสารคาม เพื่อออกแบบมาตรการความปลอดภัยทางถนนที่เป็น

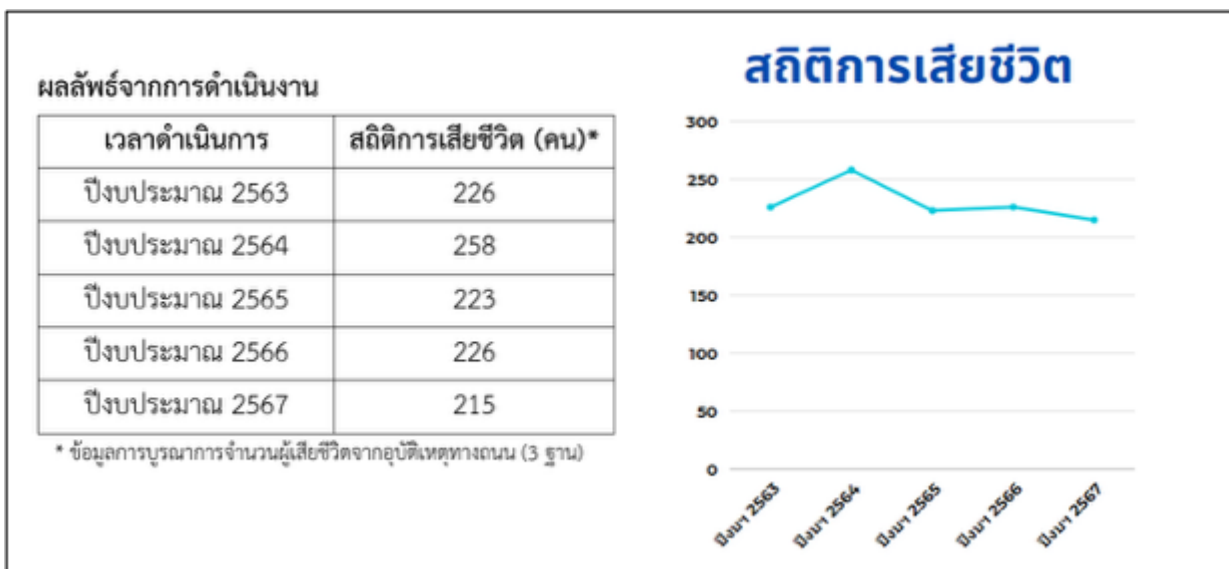
ผลการดำเนินงานในระดับ B ตัวกำหนดสุขภาพ ตามห่วงโซ่ผลลัพธ์ โดยระดับนี้ อาศัยความร่วมมือของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในระดับอำเภอ ได้แก่ ศปถ. อำเภอบรบือ และ ศปถ. อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย ที่เป็นภาคีเชิงปฏิบัติการด้านการจัดการข้อมูล (boundary partner; BP) ร่วมขับเคลื่อนกลไกด้านการจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน โดยมีขอบเขตภารกิจหน้าที่ลงพื้นที่สืบสวนอุบัติเหตุทางถนน รวบรวมข้อมูลผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต วิเคราะห์สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนน จุดเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อรายงานให้กับคณะกรรมการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนจังหวัดมหาสารคาม และได้นำมาตรการจัดการความเสี่ยงและนโยบายไปสู่การปฏิบัติในระดับอำเภอ เพื่อมุ่งผลการดำเนินงานตามห่วงโซ่ผลลัพธ์ในระดับ A หรือ การลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน จากการติดตามข้อมูลจากฐานข้อมูลการบูรณาการจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2567 (ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567) รวมจำนวน 12 เดือน มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 215 คน เมื่อเปรียบเทียบกับย้อนหลัง 5 ปี พบว่า จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของจังหวัดมหาสารคามมีแนวโน้มลดลง<sup>(13)</sup> ดังภาพที่ 4

ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาในส่วนของจำนวนการสวมหมวกนิรภัยในระดับจังหวัด จากข้อมูลการอุบัติเหตุทางถนน

ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (injury surveillance; IS) ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567 พบว่า มีจำนวนผู้สวมหมวกนิรภัย จำนวน 404 คน คิดเป็นอัตราการสวมหมวกนิรภัย (ร้อยละ) 9.12 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2566 ซึ่งมีอัตราการสวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 7.88<sup>(13)</sup>

นอกจากนี้ คณะทำงานข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนจังหวัดมหาสารคาม “SARAKHAM Model” ภายใต้ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัด เป็นรูปแบบการปฏิบัติที่เป็นต้นแบบที่ดี ที่ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การดำเนินงานในแต่ละระดับตามห่วงโซ่ผลลัพธ์ข้างต้น อย่างไรก็ตาม การนำรูปแบบของ SARAKHAM Model ไปใช้ประโยชน์ในทางปฏิบัติในจังหวัดอื่นๆ นั้น จำเป็นต้องมีภาคีเชิงยุทธศาสตร์ (strategic partner; SP) ในระดับจังหวัดที่เข้มแข็งและเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน ภายใต้กลไกตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2554 อย่างลึกซึ้ง เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นของการร่วมบูรณาการงานความปลอดภัยทางถนนในระดับจังหวัด รวมถึงการสร้างทีมหลักดำเนินการ (core team) หรือ คณะทำงานด้านข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนระดับจังหวัด โดยมีองค์ประกอบคณะกรรมการจากหน่วยงานที่มีข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ทั้งนี้ กลไกของคณะกรรมการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนจังหวัดนั้น ฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการ ต้องมี

ภาพที่ 4 ผลการดำเนินงานตามห่วงโซ่ผลลัพธ์ระดับ A การลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน



ศักยภาพในการประสานงานระหว่างภาคีเชิงยุทธศาสตร์ในระดับจังหวัด และภาคีเชิงปฏิบัติการในระดับอำเภอ ตลอดจนการกำหนดวาระการประชุมที่ให้เกิดการรายงานข้อมูลสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนน จากการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล และใช้ข้อมูลร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ได้แก่ ศูนย์รวมข้อมูลด้านการบาดเจ็บ (one stop service; IDCC) ของกระทรวงสาธารณสุข ระบบรายงานข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน (e-report) ของกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ระบบการบันทึกข้อมูลอุบัติเหตุบนท้องถนน (police road safety; PRS) ของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ (Thai RSC) ของบริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด เป็นต้น เพื่อบูรณาการข้อมูลประเด็นความเสี่ยงในระดับจังหวัด ตลอดจนการประชุมคณะทำงานทำงานอย่างต่อเนื่องเพื่อขับเคลื่อนให้เกิดมาตรการแก้ไขปัญหาในเชิงระบบ ผลักดันมาตรการจัดการความเสี่ยงและนโยบายไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ ในลักษณะระบบห่วงสะท้อนป้อนกลับ (feedback loop)

เป็นวงจรปฏิบัติการเพื่อลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนอย่างต่อเนื่อง

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนจากศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน มูลนิธินโยบายถนนปลอดภัย ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจาก สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสังคม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ขอขอบคุณ พ.ต.อ.อุกฤษฏ์ ทรงชัยสงวน รองผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัดมหาสารคาม หัวหน้าสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดมหาสารคาม และคุณสิริมาส ชูประสูติ ผู้จัดการบริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด สาขามหาสารคาม ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานและสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการในครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on road safety [Internet]. 2024 [cited 2024 Sep 14]. Available from: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375016/978924\\_0086517-eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375016/978924_0086517-eng.pdf?sequence=1)
2. World Health Organization, United Nations. Global plan for the decade of action for road safety 2021–2030 [Internet]. 2021 [cited 2024 Sep 14]. Available from: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-topics/road-traffic-injuries/global-plan-for-road-safety.pdf?sfvrsn=65cf34c8\\_35&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-topics/road-traffic-injuries/global-plan-for-road-safety.pdf?sfvrsn=65cf34c8_35&download=true)
3. ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน. แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565–2570 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 14 ก.ย. 2567] แหล่งข้อมูล: [https://backofficeminisite.disaster.go.th/apiv1/apps/minisite\\_roadsafety/192/sitedownload/7377/download?TypeMenu=MainMenu&filename=ae8bb42b9a0f7d84a7879ec8da8a4a36.pdf](https://backofficeminisite.disaster.go.th/apiv1/apps/minisite_roadsafety/192/sitedownload/7377/download?TypeMenu=MainMenu&filename=ae8bb42b9a0f7d84a7879ec8da8a4a36.pdf)
4. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2554. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 128, ตอนพิเศษ 4 ง (ลงวันที่ 22 มกราคม 2554).
5. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ศูนย์ความร่วมมือด้านข้อมูลการบาดเจ็บ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 14 ก.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://dip.ddc.moph.go.th/new/>
6. มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. โครงการศึกษาเพื่อติดตามและประเมินผลแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565–2570 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 14 ก.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://tdri.or.th/2024/08/570433/>
7. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3<sup>rd</sup> ed. Geelong, Australia: Deakin University Press; 1988.
8. ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน. การรณรงค์สวมหมวกนิรภัย 100 เปอร์เซ็นต์ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 21 ก.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: [http://core-website.com/public/dispatch\\_upload/backend/core\\_dispatch\\_311199\\_1.pdf](http://core-website.com/public/dispatch_upload/backend/core_dispatch_311199_1.pdf)
9. สำนักข่าว กรมประชาสัมพันธ์. จังหวัดมหาสารคามประชุมคณะทำงานข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนร่วมวิเคราะห์สาเหตุเพื่อนำไปสู่มาตรการในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 21 ก.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://thainews.prd.go.th/thainews/news/print/151964/?bid=1>
10. สำนักงานจังหวัดมหาสารคาม. ประกาศกรมทางหลวง เรื่อง สรุปผลการประชุมเพื่อชี้แจงผลการจัดทำแผนพัฒนาทางหลวง (กลุ่มย่อย ครั้งที่ 2) การศึกษาจัดทำแผนพัฒนาทางเลี่ยงเมืองเพื่อแก้ไขปัญหาจราจรบริเวณเขตเมืองในภูมิภาค [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 21 ก.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: [https://www.mahasarakham.go.th/new/news\\_download/detail/49/data.html](https://www.mahasarakham.go.th/new/news_download/detail/49/data.html)
11. สำนักงานจังหวัดมหาสารคาม. จังหวัดมหาสารคาม ประชุมคณะกรรมการศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน ย้ำขับเคลื่อนรณรงค์การสวมหมวกนิรภัย 100% อย่างต่อเนื่อง [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 21 ก.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.mahasarakham.go.th/new/news/detail/3230>
12. ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน. ผลดำเนินงานขับเคลื่อนอนุกรรมการจัดการข้อมูลอุบัติเหตุ และกลไก ศปถ. สรุปการดำเนินงาน (wrap up) เพื่อพัฒนาการหนุนเสริมกลไกการจัดการระดับพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 7. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธินโยบาย-ถนนปลอดภัย; 2567.
13. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. การสวมหมวกนิรภัย / การบาดเจ็บที่ศีรษะจากข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (injury surveillance: IS) [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 30 ก.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://dip.ddc.moph.go.th/new/is-head>

## Development of Mechanism for the Road Accident Data Management of Province “SARAKHAM Model”

Sukrit Jaijumnong<sup>1,2</sup>, Phitchayapa Apaipong<sup>2</sup>, Orapan Ornduang<sup>3</sup>, Wanchana Sirisom<sup>4</sup>, Mayura Seesarn<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Faculty of Public Health, Thammasat University, Bangkok, Pathum Thani Province Thailand

<sup>2</sup> Road Safety Academic Center, Road Safety Policy Foundation, Bangkok, Thailand

<sup>3</sup> Mahasarakham Disaster Prevention and Mitigation Office, Maha Sarakham Province, Thailand

<sup>4</sup> Mahasarakham Provincial Public Health Office, Bangkok, Maha Sarakham Province, Thailand

<sup>5</sup> Office of Disease Prevention and Control 7 Khon Kaen, Khon Kaen Province, Thailand

### Abstract

Road accidents are a significant issue leading to fatalities in Thailand. Maha Sarakham province is one of the areas with a continuously increasing trend in road accident-related deaths from 2020 to 2023. This study aimed to drive the task force for road accident data management under the Provincial Road Safety Center, and develop the operational framework of the working group and design road safety measures for Maha Sarakham province to create a model area for effective implementation. The study was conducted as a participatory action research in Maha Sarakham province, spanning from October 2023 to September 2024. Data were collected from meeting reports through methods such as conversation recording and brainstorming to reach a consensus, and were analyzed using content analysis methods. The study results were as follows: (1) Maha Sarakham province had established a road accident data management task force, known as the “SARAKHAM Model,” along with an action plan for provincial implementation. (2) Meetings were held to analyze road accident data and manage road accident information at the provincial level, leading to operational activities in a feedback loop system at the local level. (3) There was ongoing monitoring and advisory support at the district level. (4) A chain of outcomes had emerged, indicating a downward trend in the number of road accident fatalities in Maha Sarakham province. Therefore, the Provincial Road Safety Operation Centers in each province should enhance the effectiveness of road safety management by systematically managing data and strengthening the implementation of road safety initiatives through strategic partnerships at the provincial level in designing road safety measures.

**Keywords:** data management; working group; road safety; Maha Sarakham; road accidents

# การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้เพศศึกษา โดยใช้รูปแบบโมเดลเลิฟกับทฤษฎีความสามารถตนเอง เพื่อสร้างเสริมความฉลาดรู้สุขภาพะทางเพศ ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2

ภาสกร ชาญจิราวดี, สิงหา จันทน์ขาว, เอ็มอัชฌา วัฒนบุรานนท์  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพมหานคร

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาโดยใช้รูปแบบ Love Model ร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเองเพื่อสร้างเสริมความฉลาดรู้สุขภาพะทางเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา มีขอบเขตการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพ ปัญหา ความต้องการ และข้อเสนอแนะในการจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาสำหรับนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้เพศศึกษา ระยะที่ 3 การทดลองใช้ และประเมินรูปแบบ โดยในระยะที่ 3 มีรูปแบบการวิจัยเป็นวิจัยกึ่งทดลองชนิด 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ปีการศึกษา 2566 จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาโดยใช้รูปแบบโมเดลเลิฟ และทฤษฎีความสามารถตนเองเพื่อสร้างเสริมความฉลาดรู้สุขภาพะทางเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 แบบประเมินความฉลาดรู้สุขภาพะทางเพศ และแบบสอบถามความพึงพอใจ ดำเนินการทดลองจำนวน 8 คาบๆ ละ 50 นาที วิเคราะห์ห้ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test และ independent t-test ผลการวิจัยพบว่า ในระยะที่ 1 สำหรับนักเรียน พบว่า สภาพการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาของครูมีการจัดการเรียนรู้ อยู่ในระดับมาก มีปัญหาต่อการจัดการเรียนรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง และความต้องการในการจัดการเรียนรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาอยู่ในระดับมาก สำหรับครูผู้สอนรายวิชาสุขศึกษาและผู้บริหารสถานศึกษา พบว่า มีปัญหาและมีความต้องการในการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง ระยะที่ 2 รูปแบบ Love Model กับทฤษฎีความสามารถตนเองเพื่อสร้างเสริมความฉลาดรู้สุขภาพะทางเพศของนักเรียนที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสม เป็นไปได้ที่จะใช้ในการจัดการเรียนรู้เพศศึกษา และระยะที่ 3 พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดรู้สุขภาพะทางเพศสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดต่อรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ดังนั้นรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาโดยใช้รูปแบบ Love Model ร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเองเพื่อสร้างเสริมความฉลาดรู้สุขภาพะทางเพศสามารถนำไปใช้ในการสร้างเสริมความฉลาดรู้สุขภาพะทางเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ได้ ทั้งนี้เพื่อให้มีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศ ลดปัญหาจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

คำสำคัญ: ความฉลาดรู้สุขภาพะทางเพศ; การจัดการเรียนรู้เพศศึกษา; โมเดลเลิฟ

## บทนำ

จากรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค<sup>(1)</sup> พบว่าอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ในปี พ.ศ. 2564 คิดเป็น 41.97 ต่อประชากรแสนคน และพบว่า โรคซิฟิลิส มีอัตราป่วยสูงขึ้น คิดเป็น 14.83 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2564 และโดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี มีอัตราป่วยโรคซิฟิลิสในปี พ.ศ. 2564 สูงขึ้นมากกว่า 2 เท่าจากปี พ.ศ. 2560 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มเยาวชนที่ยังค่อนข้างต่ำ จากผลการสำรวจของกองระบาดวิทยาปี พ.ศ. 2562 เกี่ยวกับการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ HIV พบว่า เด็กนักเรียนอาชีวศึกษาชั้น ปวช.2 (ทั้งหญิงและชาย) มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนทุกประเภท ร้อยละ 80.3 ในขณะที่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย จากข้อมูลสถานการณ์ในปีงบประมาณ 2665 พบว่า อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี พ.ศ. 2564 เท่ากับ 0.09 ต่อพัน อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี พ.ศ. 2564 เท่ากับ 24.4 ต่อพัน จากเป้าหมายในปีงบประมาณ 2565 ไม่เกิน 25.0 ต่อพัน ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี งบประมาณ 2565 เท่ากับ 14.29 ร้อยละของการคลอดซ้ำในวัยรุ่น พบว่า ในปี พ.ศ. 2564 ในกลุ่มอายุ 10-19 ปี มีการคลอดบุตรซ้ำ ร้อยละ 7.5 ในกลุ่มอายุ 18-19 ปี มีการคลอดบุตรซ้ำมากที่สุด ร้อยละ 11.2 ในกลุ่มอายุ 15-19 ปี มีการคลอดบุตรซ้ำ ร้อยละ 7.7 แต่ที่น่าสนใจ พบว่า ในกลุ่มอายุ 10-14 ปี มีการคลอดบุตรซ้ำจากที่ไม่เคยพบตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2563 แต่กลับพบในปี พ.ศ. 2564 คิดเป็นร้อยละ 0.4 และในกลุ่มนักเรียนที่เคยมีเพศสัมพันธ์ พบว่า ร้อยละ 29.8 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อนอายุ 14 ปี โดยนักเรียนชายมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อนอายุ 14 ปี ร้อยละ 39.0 และเพศหญิงร้อยละ 18.5 ตามลำดับ<sup>(2)</sup> สถานการณ์ข้างต้นเป็นปัญหาที่มีความสำคัญ และส่งผลกระทบต่อเยาวชน ซึ่งต้องได้รับการแก้ไข ดังนั้นการเสริมสร้างให้เด็กและเยาวชนมีความฉลาดรู้สุขภาพทางเพศ โดยความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศ มีความรู้ความเข้าใจในข้อมูลทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศ ทักษะที่ดี

เกี่ยวกับเรื่องเพศ และใช้ข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศ ที่ถูกต้อง น่าจะส่งผลให้เด็กและเยาวชนลดพฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับเรื่องเพศได้

การแก้ไขปัญหาพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อเรื่องเพศของวัยรุ่นนั้น วิธีการหนึ่งที่สามารถทำให้นักเรียนเกิดกระบวนการเรียนรู้ เจตคติ และทักษะในการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ คือ การจัดกระบวนการเรียนรู้ในเนื้อหาสุขภาพศึกษา แต่ในปัจจุบันการสอนสุขภาพศึกษานั้นยังมีกระบวนการเรียนการสอนที่ยังไม่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์หลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551<sup>(3)</sup> ที่มุ่งเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ยังพบว่า การเรียนการสอนในรายวิชาสุขภาพศึกษานั้นยังคงใช้วิธีการสอนโดยเน้นที่ครูเป็นศูนย์กลาง โมเดลเลิฟ (Love Model) ซึ่งเอมอัชฌา วัฒนบูรานนท์<sup>(4)</sup> สร้างและพัฒนาจากแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา แนวคิดหลักธรรมคำสอนทางพระพุทธศาสนา และแนวคิดความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ ซึ่งเป็นการจัดการเรียนรู้ให้นักเรียนได้เรียนรู้ในเนื้อหาสาระต่างๆ โดยให้นักเรียนเรียนรู้ที่จะรักตนเอง และผู้อื่น ยอมรับความจริงของชีวิต เห็นคุณค่าของตนเอง และผู้อื่น เห็นคุณค่าของชีวิต คุณค่าของความรู้ เห็นคุณงามความดี ความจริง ความรู้ และความสุข โดยเน้นให้นักเรียนได้ฝึกคิด เป็นโมเดลหนึ่งที่ใช้ในการจัดการเรียนรู้ในรายวิชาต่างๆ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นเรียนรู้ (learning; L) ขั้นเปิดใจ (openness; O) ขั้นเห็นคุณค่า (value; V) และขั้นเห็นคุณงามความดี (excellence; E) เป็นรูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 โดยเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญให้ผู้เรียนรู้จักคิด เน้นกิจกรรมหรือกระบวนการมากกว่าเนื้อหา กิจกรรมการจัดการเรียนรู้ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ง่ายต่อการนำไปประยุกต์ใช้ และสามารถเลือกกิจกรรมต่างๆ ไปใช้ให้เหมาะสมกับหัวข้อหรือเนื้อหาในการจัดการเรียนรู้ สามารถปรับเวลาที่ใช้ในกิจกรรมได้ตามความเหมาะสม และนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ นอกจากนี้ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพก็มีส่วนสำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมทางเพศที่ถูกต้อง กล่าวคือ ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ซึ่ง Bandura<sup>(5)</sup> ได้พัฒนาขึ้นเป็นทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ มีแนวคิดที่สำคัญ คือ ถ้าบุคคลมีความเชื่อในความสามารถตนเอง โดยจะทราบว่าต้องทำอะไรบ้างและเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์

ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะมีปฏิบัติในเรื่องนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาโดยประยุกต์แนวคิด Love Model ร่วมกับทฤษฎีความสามารถของตนเองเพื่อสร้างเสริมความฉลาดรู้สุขภาวะทางเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบโมเดลเลิฟและทฤษฎีความสามารถของตนเอง ในการจัดการเรียนรู้ให้นักเรียนมีทักษะในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศ มีความรู้ความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศ นำข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศไปใช้ และมีเจตคติที่ดีเกี่ยวกับเรื่องเพศ โดยเป็นการจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษารอบด้าน (comprehensive sexuality education) ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับเจตคติในเรื่องเพศ การวางตัวอย่างเหมาะสม การมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ การตั้งครรรภ์ไม่พึงประสงค์ และความเสมอภาคทางเพศ เพื่อการมีสุขภาพทางเพศที่ดีช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ลดปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ลดปัญหาการตั้งครรรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น ช่วยลดปัญหาโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อตัวนักเรียน ครอบครัว และสังคม โดยมีตัวแปรที่ต้องการศึกษา ได้แก่ รูปแบบการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาโดยประยุกต์ Love Model และทฤษฎีความสามารถตนเองเพื่อสร้างเสริมความฉลาดรู้สุขภาวะทางเพศ ความฉลาดรู้สุขภาวะทางเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 และความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

## วิธีการศึกษา

**ระยะที่ 1** การศึกษาสภาพ ปัญหา ความต้องการ และข้อเสนอแนะ ในการจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาสำหรับนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงสำรวจกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 2 โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 3 จังหวัดนนทบุรี จำนวน 18 โรงเรียน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย 450 คน โดยแบ่งเป็น 18 โรงเรียน

โรงเรียนละ 25 คน ผู้บริหารสถานศึกษา โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา จังหวัดนนทบุรี จำนวน 18 โรงเรียน จำนวนโรงเรียนละ 1 คน รวม 18 คน โดยวิธีการเลือกแบบโควตา (quota sampling) ครูผู้สอนรายวิชาสุขศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 3 จังหวัดนนทบุรี จำนวน 18 โรงเรียน โดยวิธีการเลือกแบบโควตา จำนวน 25 คน เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามสภาพปัญหา ความต้องการ และข้อเสนอแนะในการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 สำหรับนักเรียน ครูผู้สอนรายวิชาสุขศึกษา และผู้บริหารสถานศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

**ระยะที่ 2** การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาโดยใช้รูปแบบ Love Model กับทฤษฎีความสามารถตนเองเพื่อสร้างเสริมความฉลาดรู้สุขภาวะทางเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มุ่งพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาโดยใช้รูปแบบ Love Model กับทฤษฎีความสามารถตนเองเพื่อสร้างเสริมความฉลาดรู้สุขภาวะทางเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โดยทำการสร้างและพัฒนาเครื่องมือ การหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการทดลองนำร่องการใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้เพศศึกษากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยตรวจสอบนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมจำนวน 5 คน โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้ (1) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านการจัดการเรียนรู้เพศศึกษา จำนวน 2 คน (2) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านทฤษฎีความสามารถตนเอง จำนวน 1 คน (3) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้าน Love Model จำนวน 1 คน และ (4) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านหลักสูตร และการสอน จำนวน 1 คน และนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาจังหวัดนนทบุรี ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2566 จำนวน 1 ห้องเรียน โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย (1) แผนการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาโดยใช้รูปแบบโมเดลเลิฟกับทฤษฎีความสามารถตนเอง จำนวน 8 แผน แผนละ 50 นาที

(2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้แก่ แบบประเมินจำนวน 2 รายการ (3) แบบประเมินคุณภาพซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สร้างและพัฒนาขึ้น

วิเคราะห์ข้อมูล โดย (1) พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา และพิจารณาข้อความให้ชัดเจนและเหมาะสมของแผนการจัดการเรียนรู้ และแบบประเมินโดยใช้ค่า (index of item-objective congruence: IOC) ในแต่ละรายการต้องมีค่าไม่ต่ำกว่า (0.5) (2) พิจารณาความถูกต้อง เหมาะสม และความเป็นไปได้ของแผนการจัดการเรียนรู้ โดยผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การผ่านคือ ค่ามัธยฐาน (Mean) มีค่าไม่น้อยกว่า 3.50 ขึ้นไป และมีค่าพิสัยระหว่างควอไทน์ (IQR) ไม่เกิน 1.50 และ (3) พิจารณาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความฉลาดรู้สุขภาพทางเพศ โดยผู้วิจัยกำหนดให้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ( $\alpha$ -Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) มีค่ามากกว่า 0.7

**ระยะที่ 3** การทดลองใช้และประเมินรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาโดยใช้รูปแบบ Love Model กับทฤษฎีความสามารถตนเองเพื่อสร้างเสริมความฉลาดรู้สุขภาพทางเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 การวิจัยในระบายนี้นี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) กล่าวคือมีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม วัตก่อนและหลัง และมีการสุ่มแบบสมบรูณ์ (nonrandomized control group pretest-posttest design) กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 2 โรงเรียนนวนินทราชินุทิศ หอวัง-นนทบุรี ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2566 จำนวน 2 ห้องเรียน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling)

เกณฑ์คัดเข้า (1) เป็นนักเรียนยังไม่เคยเรียนรายวิชา/เนื้อหาเรื่องเพศศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 (2) มีความสมัครใจเข้าร่วมทดลอง และ (3) ได้รับการอนุญาตจากผู้ปกครอง

เกณฑ์คัดออก (1) เป็นนักเรียนที่ขอยกจากการร่วมวิจัยในระหว่างการเก็บข้อมูล และ (2) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบ 8 ครั้ง

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย

1) แผนการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาจำนวน 8 แผน แผนละ 1 คาบ (50 นาที)

2) แบบประเมินการจัดการเรียนรู้ได้แก่ แบบประเมินความฉลาดรู้สุขภาพทางเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ทำการประเมินจำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ประเมินในคาบที่ 1 ก่อนดำเนินการทดลอง และครั้งที่ 2 ประเมินในคาบที่ 8 หลังจากดำเนินการทดลองเสร็จสิ้นทันที และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้ตามรูปแบบการจัดการเรียนรู้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเหล่านี้ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปซึ่งดำเนินการดังต่อไปนี้

1) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของคะแนนความฉลาดรู้สุขภาพทางเพศ และคะแนนความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้

2) วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดรู้สุขภาพทางเพศ ของนักเรียนกลุ่มทดลอง และนักเรียนกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองกับหลังทดลองโดยใช้ค่าการทดสอบที (t-test) paired t-test

3) วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดรู้สุขภาพทางเพศ ระหว่างนักเรียนกลุ่มทดลอง และนักเรียนกลุ่มควบคุม โดยเปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ค่าการทดสอบที (t-test) t-test independent

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นเยาวชน ผู้วิจัยมีมาตรการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะเข้าร่วม หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการทดลอง มีสิทธิที่จะตอบหรือปฏิเสธแบบสอบถาม ข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ การเผยแพร่ผลการศึกษาคงทำในภาพรวมเท่านั้น และมีการชี้แจงโดยละเอียดทุกครั้ง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับโครงการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หมายเลขข้อเสนอการวิจัย SWUEC-G-337/2564E

## ผลการศึกษา

**ระยะที่ 1** การศึกษาสภาพปัญหาความต้องการ และข้อเสนอแนะในการจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาสำหรับนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2

สภาพการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับเพศศึกษาของครูโดยภาพรวมพบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=3.15, SD=0.74) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าส่วนใหญ่มีสภาพการจัดการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษาอยู่ในระดับมากด้านที่มากที่สุด ได้แก่ ด้านการวัดและประเมินผล (Mean=3.18, SD=0.74) รองลงมา ได้แก่ ด้านสื่อประกอบการเรียนการสอน (Mean=3.15, SD=0.74) และด้านการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาของครู (Mean=3.11, SD=0.77) ตามลำดับดังตารางที่ 1

โดยนักเรียนมีข้อเสนอแนะว่าการสอนเพศศึกษาในปัจจุบันครูยังเน้นเรื่องการห้ามมีเพศสัมพันธ์มากกว่าสอนการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย ครูยังไม่เปิดใจเรื่องเพศไม่ได้ให้อิสระกับนักเรียนในการแสดงความคิดเห็น กิจกรรมที่ใช้สอนไม่หลากหลาย และขาดสื่อที่กระตุ้นให้นักเรียนเกิดความสนใจ ต้องการให้มีการสอนในด้านการป้องกันมากกว่าการห้ามมีเพศสัมพันธ์ ต้องการให้ครูสอนแบบเปิดใจมองว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องที่สามารถพูดคุยได้ ลดเนื้อหาที่ไม่สำคัญ และเพิ่มการทำกิจกรรมที่หลากหลายมากขึ้น ดังตารางที่ 1

ปัญหาและความต้องการของครูผู้สอนรายวิชาสุขศึกษาพบว่า มีปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.45) และมีความต้องการในการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาอยู่ในระดับ

ปานกลาง (Mean=2.86) ในส่วนปัญหาและความต้องการของของผู้บริหารสถานศึกษา พบว่า มีปัญหาการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.55) และมีความต้องการในการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.97) ดังตารางที่ 2

โดยมีข้อเสนอแนะว่าสภาพการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับเพศศึกษาในปัจจุบันจัดการเรียนรู้ตามหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551 ในรายวิชาสุขศึกษา และบูรณาการกับวิชาอื่นที่เกี่ยวข้องโดยใช้กระบวนการ active learning ตามนโยบายเรื่องเพศศึกษาตามนโยบายของทางสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สอดแทรกในกิจกรรมต่างๆ ของโรงเรียน มีอัตรากำลังเพียงพอต่อการจัดการเรียนรู้ มีการพัฒนาบุคลากรโดยบุคลากรศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง และอบรมจากหน่วยงานภายนอก มีการสนับสนุนงบประมาณ สื่อ แหล่งเรียนรู้ สถานที่จัดกิจกรรม อย่างเหมาะสมเพียงพอ ระยะเวลาที่ใช้ในการจัดการเรียนรู้มีความเหมาะสม มีการวัดประเมินผลที่เหมาะสม หลากหลาย ทั้งนี้ยังขาดการจัดการเรียนรู้ที่สามารถพัฒนาความฉลาดรู้สุขภาพะทางเพศของนักเรียน เนื่องจากหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551 ยังไม่มีตัวชี้วัดในเรื่องดังกล่าว ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 สภาพปัญหาและความต้องการ ในการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาสำหรับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 ในมุมมองของนักเรียน (n=450)

รายการ	สภาพการดำเนินการ			ปัญหา			ความต้องการ		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
1. ด้านการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาของครู	3.11	0.77	มาก	2.95	0.91	ปานกลาง	3.22	0.76	มาก
2. ด้านสื่อประกอบการเรียนการสอนของครู	3.15	0.74	มาก	2.97	0.90	ปานกลาง	3.24	0.75	มาก
3. ด้านการวัดและประเมินผล	3.18	0.71	มาก	2.96	0.90	ปานกลาง	3.21	0.77	มาก
รวมทุกด้าน	3.15	0.74	มาก	2.96	0.90	ปานกลาง	3.22	0.76	มาก

ตารางที่ 2 ปัญหาและความต้องการ ในการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาสำหรับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 ในมุมมองของครูผู้สอนรายวิชาสุขศึกษาและผู้บริหารสถานศึกษา

รายการ	ครูผู้สอนรายวิชาสุขศึกษา (n=25)						ผู้บริหารสถานศึกษา (n=16)					
	ปัญหา	ความต้องการ	ปัญหา	ปัญหา	ความต้องการ	ปัญหา	ปัญหา			ความต้องการ		
	Mean	SD	Mean	SD	ระดับ	Mean	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
ด้านการบริหารจัดการ	2.67	0.85	ปานกลาง	0.91	ปานกลาง	3.22	2.85	1.08	ปานกลาง	2.98	0.85	ปานกลาง
ด้านบุคลากร	2.41	0.88	ปานกลาง	0.90	ปานกลาง	3.24	2.50	0.95	ปานกลาง	2.92	0.76	ปานกลาง
ด้านงบประมาณ	2.17	0.62	ปานกลาง	0.90	ปานกลาง	3.21	2.54	0.97	ปานกลาง	2.85	1.00	ปานกลาง
ด้านทรัพยากรหรือวัสดุอุปกรณ์	2.43	0.85	ปานกลาง	0.90	ปานกลาง	3.22	2.50	0.99	ปานกลาง	2.98	0.92	ปานกลาง
ด้านการจัดการเรียนรู้เพศศึกษา	2.46	0.87	ปานกลาง	SD	ระดับ	Mean	2.74	0.97	ปานกลาง	3.01	0.72	มาก
รวมทุกด้าน	2.45	0.84	ปานกลาง	0.91	ปานกลาง	3.22	2.55	0.99	ปานกลาง	2.97	0.81	ปานกลาง

**ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้เพศศึกษา โดยใช้รูปแบบ Love Model กับทฤษฎีความสามารถตนเอง เพื่อสร้างเสริมความฉลาดรู้สุขภาพทางเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2**

พบว่า รูปแบบการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบไปด้วยแผนจัดการเรียนรู้ทั้งหมด 8 แผนการจัดการเรียนรู้

แผนการจัดการเรียนรู้ที่ 1 วัยรุ่นคิดอย่างไรในเรื่องเพศ ประกอบด้วย ขั้นนำ โดยครูตั้งคำถาม และสนทนาร่วมกับนักเรียนในประเด็นความเชื่อและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับเรื่องเพศ ขั้นจัดการเรียนรู้

- 1) ขั้นเรียนรู้ (learning) ครูและนักเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับเรื่องเพศ
- 2) ขั้นเปิดใจ (openness) ครูให้นักเรียนแสดงความคิดเห็นของกลุ่ม ในประเด็นความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับเรื่องเพศ ใช้ตัวแบบจากการให้นักเรียนดูคลิปวิดีโอเกี่ยวกับความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับเรื่องเพศ

3) ขั้นเห็นคุณค่า (value) ครูให้นักเรียนโหวตแสดงความรู้สึกในประเด็นปัจจัยที่ส่งผลต่อเจตคติทางเพศ

4) ขั้นเห็นคุณงามความดี (excellence) ครูให้นักเรียนเขียนแสดงความรู้สึกในประเด็นความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องเพศ และขั้นสรุป ครูสุ่มนักเรียนตอบคำถามประเด็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อเรื่องเพศ

แผนการจัดการเรียนรู้ที่ 2 เพศหลากหลายของวัยรุ่น ประกอบด้วย ขั้นนำ ครูให้นักเรียนทำกิจกรรมวาดภาพดอกไม้ของฉัน ขั้นจัดการเรียนรู้

- 1) ขั้นเรียนรู้ ครูให้นักเรียนสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับความหลากหลายทางเพศ ทำแบบประเมินเกี่ยวกับความหลากหลายทางเพศ และอภิปรายในประเด็นเรื่องความหลากหลายทางเพศ
- 2) ขั้นเปิดใจ ครูให้นักเรียนแสดงความรู้สึกต่อ LGBTQ+ (lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and others)

3) ขึ้นเห็นคุณค่า ครูใช้ตัวแบบโดยการเปิดคลิปรีดิโอ บุคคลที่เป็น LGBTQ+ ที่ประสบความสำเร็จในอาชีพ

4) ขึ้นเห็นคุณงานความดี ครูให้นักเรียนเขียนแสดงความรู้สึกของตนเองที่มีต่อบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ และขึ้นสรุป ครูให้นักเรียนที่อาสาสมัครสรุปประเด็นความหลากหลายทางเพศ

แผนการจัดการเรียนรู้ที่ 3 ทุกเพศเท่าเทียม ประกอบด้วย ขึ้นนำ ครูตั้งคำถาม นักเรียนร่วมกันอภิปรายประเด็นหัวหว่านครอบครัว ขึ้นการจัดการเรียนรู้ (1) ขึ้นเรียนรู้ ครูให้นักเรียนระดมความคิดในประเด็นสิ่งที่ผู้หญิง และผู้ชายทำได้ และทำไม่ได้ (2) ขึ้นเปิดใจ ครูให้นักเรียนนำเสนอความคิดเห็นในประเด็นสิ่งที่ผู้หญิง และผู้ชายทำได้ และทำไม่ได้ (ใช้คำพูดชักจูงใจ) ครูอธิบายเรื่องความเท่าเทียมระหว่างเพศ (3) ขึ้นเห็นคุณค่า ครูใช้ตัวแบบโดยการเปิดคลิปรีดิโอผู้หญิงที่ประสบความสำเร็จทางการเมืองการปกครอง และ (4) ขึ้นเห็นคุณงานความดี ครูให้นักเรียนเขียนแสดงความคิดเห็นในประเด็นความเท่าเทียมระหว่างเพศ และขึ้นสรุป ครูสรุปประเด็นความเท่าเทียมระหว่างเพศ

แผนการจัดการเรียนรู้ที่ 4 วางตัวอย่างไร วัยรุ่น วัยเรียน ประกอบด้วย ขึ้นนำ ครูให้นักเรียนทำกิจกรรมวาดรูปดอกไม้ ขึ้นการจัดการเรียนรู้ (1) ขึ้นเรียนรู้ ครูเปิดคลิปรีดิโอแสดงถึงพฤติกรรมการวางตัวของเพศชายและหญิง (2) ขึ้นเปิดใจ ครูให้สถานการณ์ที่สมมติ นักเรียนแสดงความคิดเห็นประเด็นการวางตัวอย่างเหมาะสม (3) ขึ้นเห็นคุณค่า ครูให้นักเรียนแสดงความคิดเห็นประเด็นการวางตัวอย่างเหมาะสม และ (4) ขึ้นเห็นคุณงานความดี ครูให้นักเรียนแสดงความสำเร็จจากการปฏิบัติโดยการให้นักเรียนตอบคำถามความเป็นสุขภาพบุรุษและสุขภาพสตรีที่เคยทำผ่านมา และขึ้นสรุป ครูและนักเรียนร่วมกันสรุปประเด็นการวางตัวอย่างเหมาะสม

แผนการจัดการเรียนรู้ที่ 5 ปัญหาห่วงใยของวัยรุ่น วัยรุ่น ประกอบด้วย ขึ้นนำ ครูให้นักเรียนทำกิจกรรมรักษาความปลอดภัยให้ลูกน้อย ขึ้นการจัดการเรียนรู้ (1) ขึ้นเรียนรู้ ครูกระตุ้นทางอารมณ์โดยการแสดงภาพนักเรียนอุ้มลูก และให้นักเรียนแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับภาพประเด็นท้องในวัยเรียน (2) ขึ้นเปิดใจ ครูเปิดคลิปรีดิโอประเด็นการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน นักเรียนแสดงความคิดเห็นประเด็นผลกระทบที่ตามมา (3) ขึ้นเห็นคุณค่า ครูใช้ตัวแบบโดยการ

ให้นักเรียนดูคลิปรีดิโอ ทางเลือกในการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน และ (4) ขึ้นเห็นคุณงานความดี ครูให้นักเรียนทำสมาธิรำลึกถึงพระคุณของพ่อแม่ผู้ปกครอง และเขียนคำขวัญประเด็นผลกระทบของการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน และขึ้นสรุป ครูสุ่มนักเรียนบอกถึงผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน

แผนการจัดการเรียนรู้ที่ 6 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประกอบด้วย ขึ้นนำ ครูกระตุ้นทางอารมณ์โดยให้นักเรียนดูภาพโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แล้วสุ่มถามนักเรียนว่าเป็นโรคใด (กระตุ้นทางอารมณ์) ขึ้นการจัดการเรียนรู้ (1) ขึ้นเรียนรู้ ครูให้นักเรียนหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์ (2) ขึ้นเปิดใจ ครูกระตุ้นทางอารมณ์โดยอธิบายเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และนักเรียนแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับโรคที่กลัวที่สุด (3) ขึ้นเห็นคุณค่า ครูกระตุ้นอารมณ์โดยให้นักเรียนดูคลิปรีดิโอประเด็น HIV และสนทนาเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในการป้องกันโรค และ (4) ขึ้นเห็นคุณงานความดี ครูให้นักเรียนเขียนแสดงความรัก ความห่วงใยต่อบุคคลที่เป็นโรค STIs และสุ่มนักเรียนออกมานำเสนอแสดงความรู้สึก และขึ้นสรุป ครูและนักเรียนร่วมกันสรุปและทบทวนถึงประเภทของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และแนวทางในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์

แผนการจัดการเรียนรู้ที่ 7 รักเลือกได้ ไม่ต้องเสี่ยง-ตั้งครมไม่พึ่งประสงค์ ประกอบด้วย ขึ้นนำ ครูตั้งคำถามประเด็นการป้องกันตนเอง และหลีกเลี่ยงจากการตั้งครมโดยไม่พึ่งประสงค์ ขึ้นการจัดการเรียนรู้ (1) ขึ้นเรียนรู้ ครูแจกบัตรคำสถานการณ์จำลอง และให้นักเรียนแสดงบทบาทสมมติต่อสถานการณ์เสี่ยง โดยฝึกปฏิเสธและต่อรองโดยให้นักเรียนเรียนรู้การประสบความสำเร็จจากการปฏิเสธและต่อรอง (2) ขึ้นเปิดใจ ครูตั้งคำถามให้นักเรียนแสดงความคิดเห็นในประเด็นการมีเพศสัมพันธ์ (3) ขึ้นเห็นคุณค่า ครูให้นักเรียนค้นหาข้อมูลวิธีการคุมกำเนิด ครูบรรยายเรื่องการคุมกำเนิด และคุณค่าของการป้องกันการตั้งครม และ (4) ขึ้นเห็นคุณงานความดี ครูให้นักเรียนเขียนแสดงแนวทางการช่วยเหลือหากมีเพื่อนมาปรึกษาว่าคูรักรชวนไปมีเพศสัมพันธ์ และขึ้นสรุป ครูสุ่มเลือกนักเรียนให้สรุปวิธีการป้องกันและหลีกเลี่ยงการตั้งครมไม่พึ่งประสงค์

แผนการจัดการเรียนรู้ที่ 8 วัยรุ่นมั่นใจ ต้องไม่ติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประกอบด้วย ชี้นำ ครูให้นักเรียนทำกิจกรรมเกี่ยวกับถุงยางอนามัยและเลือกนักเรียนให้ตอบวิธีการเลือกถุงยางอนามัย ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้ (1) ชั้นเรียนรู้ ครูใช้ตัวแบบโดยการเปิดคลิปวิดีโอ การใส่ถุงยางอนามัย นักเรียนร่วมกันอภิปราย (2) ชั้นเปิดใจ ครูให้นักเรียนสาธิตวิธีการใช้ถุงยางอนามัยจากการค้นหาข้อมูลที่มอบหมายในสัปดาห์ก่อน และร่วมกันวิพากษ์ เป็นการให้นักเรียนรู้สึกว่าการประสบความสำเร็จจากการปฏิบัติ และครูนำเสนอและสาธิตวิธีการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง (3) ชั้นเห็นคุณค่า ครูอธิบายเรื่องประโยชน์ของการใช้ถุงยางอนามัยและยาต้านไวรัส HIV และ (4) ชั้นเห็นคุณงานความดี ครูให้นักเรียนวาดรูปประกอบคำขวัญเพื่อรณรงค์ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และชั้นสรุป ครูสรุปประเด็นการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง และการใช้ถุงยางอนามัยป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การประเมินความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ (IOC) ของแบบทดสอบความฉลาดรู้สุขภาวะทางเพศสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ประกอบด้วยเนื้อหาสาระในเรื่อง (1) ความเชื่อ และความเข้าใจผิดเกี่ยวกับเรื่องเพศ (2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อเจตคติในเรื่องเพศ (3) ความเท่าเทียมระหว่างเพศ (4) ความหลากหลายทางเพศ (5) การวางตัวอย่างเหมาะสม (6) ปัญหา และผลกระทบของการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน (7) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (8) การตั้งครรภ์ไม่พร้อม และ (9) การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ครอบครัวทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศ การมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องเพศ การนำข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศไปใช้ และการมีเจตคติที่ดีเกี่ยวกับเรื่องเพศ กำหนดค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.60 – 1.00 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ทุกข้อ การทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบทดสอบความฉลาดรู้สุขภาวะทางเพศพบว่า ค่า  $\alpha$  coefficient ของ Cronbach = 0.803 และการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ (IOC) ของแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้

ตามรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพศศึกษา พบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.60 – 1.00 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ทุกข้อ

### ระยะที่ 3 ผลการทดลองใช้และประเมินรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาโดยใช้รูปแบบโมเดลลิฟและทฤษฎีความสามารถตนเองเพื่อสร้างเสริมความฉลาดรู้สุขภาวะทางเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความฉลาดรู้สุขภาวะทางเพศโดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดรู้สุขภาวะทางเพศโดยรวมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดรู้สุขภาวะทางเพศโดยรวม เท่ากับ 96.23 คะแนน และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 95.28 คะแนน เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยความฉลาดรู้สุขภาวะทางเพศโดยรวมก่อนการทดลอง มาทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก็พบว่า คะแนนความฉลาดรู้สุขภาวะทางเพศโดยรวมก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน ( $p=0.466$ )

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดรู้สุขภาวะทางเพศโดยรวมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดรู้สุขภาวะทางเพศโดยรวม หลังการทดลองเท่ากับ 109.25 คะแนน และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 99.83 คะแนน เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยความฉลาดรู้สุขภาวะทางเพศโดยรวมก่อนการทดลอง มาทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ก็พบว่า คะแนนความฉลาดรู้สุขภาวะทางเพศโดยรวมก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $<0.001$ ) ดังตารางที่ 3

คะแนนความพึงพอใจของกลุ่มทดลองต่อการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบ Love Model และทฤษฎีความสามารถของตนเองเพื่อสร้างเสริมความฉลาดรู้สุขภาวะทางเพศโดยรวมจำแนกรายด้านกลุ่มทดลอง

มีระดับความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้ โดยรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุดทุกด้าน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ความฉลาดรู้สุขภาวะทางเพศโดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ความฉลาดรู้ สุขภาวะ ทางเพศ	ก่อนการทดลอง						หลังการทดลอง					
	กลุ่ม	คะแนน เต็ม	Mean	SD	t	p- value	กลุ่ม	คะแนน เต็ม	Mean	SD	t	p- value
การเข้าถึง ข้อมูล	ทดลอง	20	16.13	2.09	0.867	0.389	ทดลอง	20	18.08	1.44	4.22	<0.001*
	เปรียบเทียบ		15.73	2.04			เปรียบเทียบ		16.65	1.58		
การมีความรู้ ความเข้าใจ	ทดลอง	36	28.30	3.23	0.390	0.689	ทดลอง	36	32.98	1.79	7.10	<0.001*
	เปรียบเทียบ		28.03	3.08			เปรียบเทียบ		29.45	2.58		
การมีความรู้ ความเข้าใจ	ทดลอง	36	29.60	2.04	0.571	0.569	ทดลอง	36	32.75	1.59	6.49	<0.001*
	เปรียบเทียบ		29.35	1.88			เปรียบเทียบ		30.55	1.43		
การมี เจตคติที่ดี	ทดลอง	28	22.20	2.19	0.052	0.959	ทดลอง	28	25.45	1.81	5.73	<0.001*
	เปรียบเทียบ		22.18	2.10			เปรียบเทียบ		23.18	1.74		
รวม	ทดลอง	120	96.23	5.99	0.73	0.466	ทดลอง	120	109.25	4.13	9.31	<0.001*
	เปรียบเทียบ		95.28	5.60			เปรียบเทียบ		99.83	4.89		

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของกลุ่มทดลองต่อการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบ Love Model และ ทฤษฎีความสามารถของตนเองเพื่อสร้างเสริมความฉลาดรู้สุขภาวะทางเพศโดยรวมจำแนกรายด้าน (n=40)

รายการประเมิน	Mean	SD	ระดับ
ด้านการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาของครู			
1. ครูบอกจุดมุ่งหมายในการสอนชัดเจน	3.90	0.30	มากที่สุด
2. ครูจัดกิจกรรมการเรียนการสอนอย่างหลากหลาย เช่น การแสดงบทบาทสมมติ การแสดงละคร การอภิปรายร่วมกัน การใช้สถานการณ์จำลอง การใช้เกม เป็นต้น	3.80	0.41	มากที่สุด
3. ครูใช้คำถามที่กระตุ้นให้นักเรียนได้เกิดการคิดวิเคราะห์	3.88	0.34	มากที่สุด
4. ครูเปิดโอกาสให้นักเรียนได้ซักถาม หรือแสดงความคิดเห็น	3.85	0.36	มากที่สุด
5. ครูจัดการเรียนการสอนให้นักเรียนมีส่วนร่วม	3.90	0.30	มากที่สุด
6. ครูสอนให้นักเรียนเข้าถึงการสืบค้นข้อมูลทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศ	3.82	0.39	มากที่สุด

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของกลุ่มทดลองต่อการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบ Love Model และ ทฤษฎีความสามารถของตนเองเพื่อสร้างเสริมความฉลาดรู้สุขภาพทางเพศโดยรวมจำแนกรายด้าน (n=40) (ต่อ)

รายการประเมิน	Mean	SD	ระดับ
7. ครูสอนให้นักเรียนนำข้อมูลทางสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศ ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน	3.82	0.45	มากที่สุด
8. ครูสอนให้นักเรียนเกิดความตระหนักรู้ถึงการมีพฤติกรรม ทางเพศที่ถูกต้อง	3.92	0.27	มากที่สุด
9. ครูสอนเรื่องเพศศึกษาให้นักเรียนเข้าใจง่าย	3.85	0.36	มากที่สุด
10.ครูสร้างแรงจูงใจให้นักเรียนเกิดความสนใจในบทเรียน	3.63	0.49	มากที่สุด
11.ครูสนับสนุนให้นักเรียนได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริง	3.60	0.71	มากที่สุด
12.ครูสอนให้นักเรียนเปิดใจโดยการให้แสดงความรู้สึก เกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในเรื่องเพศ	3.82	0.39	มากที่สุด
13.ครูให้นักเรียนเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยง พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในเรื่องเพศ	3.40	0.84	มาก
14.ครูส่งเสริมให้นักเรียนมีโอกาสทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม	3.65	0.58	มากที่สุด
15.ครูส่งเสริมให้นักเรียนเห็นคุณค่าของชีวิตตนเองและผู้อื่น	3.88	0.34	มากที่สุด
16.ครูส่งเสริมให้นักเรียนแสดงคุณงามความดีที่มีต่อตนเองและผู้อื่น	3.90	0.30	มากที่สุด
17.ครูจัดบรรยากาศภายในห้องเรียนให้เอื้อต่อการจัดกิจกรรม การเรียนการสอน	3.85	0.49	มากที่สุด
รวมด้านการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาของครู	3.79	0.29	มากที่สุด
ด้านสื่อประกอบการเรียนการสอน			
1. สื่อมีความเหมาะสมกับเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษา	3.75	0.44	มากที่สุด
2. สื่อการสอนกระตุ้นให้นักเรียนเกิดความสนใจในเนื้อหา เกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษา	3.50	0.64	มากที่สุด
3. สื่อการสอนที่ใช้มีความทันสมัย	3.75	0.54	มากที่สุด
4. สื่อการสอนที่ใช้มีความหลากหลาย	3.78	0.53	มากที่สุด
5. สื่อการสอนประเภทอุปกรณ์ เช่น คอมพิวเตอร์ เครื่องเสียง เครื่องฉาย เพียงพอต่อความต้องการของนักเรียน	3.75	0.44	มากที่สุด

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของกลุ่มทดลองต่อการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบ Love Model และ ทฤษฎีความสามารถของตนเองเพื่อสร้างเสริมความฉลาดรู้สุขภาพทางเพศโดยรวมจำแนกรายด้าน (n=40)

รายการประเมิน	Mean	SD	ระดับ
6. สื่อการเรียนการสอนอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน	3.80	0.47	มากที่สุด
รวมด้านสื่อประกอบการเรียนการสอน	3.72	0.38	มากที่สุด
ด้านการวัดและการประเมินผล			
1. ครูแจ้งเกณฑ์การวัดและประเมินผลให้นักเรียนทราบก่อนเรียน	3.65	0.53	มากที่สุด
2. การวัดและประเมินผลมีความสอดคล้องกับเนื้อหาที่ครูสอน	3.75	0.44	มากที่สุด
3. การวัดและประเมินผลครอบคลุมเนื้อหาที่ครูสอน	3.85	0.36	มากที่สุด
4. ครูใช้วิธีวัดและประเมินผลที่หลากหลาย	3.72	0.50	มากที่สุด
รวมด้านการวัดและการประเมินผล	3.74	0.38	มากที่สุด
รวมทุกด้าน	3.76	0.29	มากที่สุด

## วิจารณ์

ระยะที่ 1 พบว่าสภาพการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาของครูมีการจัดการเรียนรู้อยู่ในระดับมาก มีปัญหาต่อการจัดการเรียนรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง และความต้องการในการจัดการเรียนรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาอยู่ในระดับมาก โดยนักเรียนมีข้อเสนอแนะว่าการสอนเพศศึกษาครูยังเน้นเรื่องการห้ามมีเพศสัมพันธ์มากกว่าสอนการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย ครูยังไม่เปิดใจเรื่องเพศ ไม่ได้ให้อิสระกับในการแสดงความคิดเห็น กิจกรรมไม่หลากหลาย สื่อไม่น่าสนใจ สอดคล้องกับผลการศึกษารักศรีเมือง<sup>(6)</sup> ที่แสดงให้เห็นว่านักเรียนต้องการครูผู้สอนเพศศึกษาที่สามารถพูดคุยกันได้อย่างตรงมาตรงไป เพราะครูบางคนยังมีค่านิยมว่าเพศศึกษาควรเป็นเรื่องที่ปกปิด ในส่วนของครูผู้สอนรายวิชาสุขศึกษา พบว่า มีปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง และมีความต้องการในการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง ผู้บริหารสถานศึกษา พบว่า มีปัญหาการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง

และมีความต้องการในการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง สภาพการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับเพศศึกษาในปัจจุบัน พบว่า จัดการเรียนรู้ตามหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551 ในรายวิชาสุขศึกษา โดยใช้กระบวนการ active learning ตามนโยบายของ สพฐ. มีอัตรากำลังเพียงพอ มีการพัฒนาบุคลากร มีการสนับสนุนงบประมาณ สื่อ แหล่งเรียนรู้ สถานที่จัดกิจกรรม อย่างเหมาะสม เพียงพอ ระยะเวลาในการจัดการเรียนรู้เหมาะสม การวัดประเมินผลเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของจันทิรา ฐานิพานิชสกุล และคณะ<sup>(7)</sup> ที่พบว่า ปัจจุบันโรงเรียนมีการจัดการเรียนการสอนเพศศึกษาให้นักเรียนในการจัดการเรียนรู้ของกลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาทุกระดับอยู่ในระดับมาก การสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ สื่อ แหล่งเรียนรู้ สถานที่จัดกิจกรรมการจัดการเรียนรู้เหมาะสม

ระยะที่ 2 รูปแบบ Love Model กับทฤษฎีความสามารถตนเองเพื่อสร้างเสริมความฉลาดรู้สุขภาพทางเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ที่พัฒนาขึ้น มีความ

ถูกต้อง เหมาะสม เป็นไปได้ที่จะใช้ในการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาเพื่อสร้างเสริมความฉลาดรู้สุขภาพทางเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 สอดคล้องกับแนวคิดของแนวคิดโมเดลเลิฟ (Love Model)<sup>(4)</sup> ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ให้ผู้เรียนรู้จักคิด เน้นกิจกรรมหรือกระบวนการมากกว่าเนื้อหา กิจกรรมการจัดการเรียนรู้ไม่ยุ่งยากซับซ้อนง่ายต่อการนำไปประยุกต์ใช้ และสามารถเลือกกิจกรรมต่างๆ ไปใช้ให้เหมาะสมกับหัวข้อหรือเนื้อหาในการจัดการเรียนรู้ สามารถปรับเวลาที่ใช้ในกิจกรรมได้ตามความเหมาะสมและนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

ระยะที่ 3 พบว่า หลังการทดลองนักเรียนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดรู้สุขภาพทางเพศสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่านักเรียนกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น พัฒนาให้นักเรียนเรียนรู้ที่จะรักตนเองและผู้อื่น ยอมรับความจริง เห็นคุณค่าของตนเองและผู้อื่น เห็นคุณค่าของชีวิต ความรู้ ความดี และความสุข โดยเน้นให้นักเรียนได้ฝึกคิด ฝึกทักษะในการเข้าถึง เข้าใจ นำไปใช้ และมีเจตคติที่ดีเกี่ยวกับเรื่องเพศ โดยใช้หลักการการประสบความสำเร็จในการปฏิบัติ การใช้ตัวแบบ การสื่อสารชักจูงใจ และการกระตุ้นทางอารมณ์ตามแนวทางของทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง และแนวคิดโมเดลเลิฟ (Love Model) สอดคล้องกับงานวิจัยของสิริพร ภิโยทัย และคณะ<sup>(8)</sup> ที่จัดกิจกรรมฝึกการค้นหา กลั่นกรองข้อมูล และตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี โดยค้นหาจากสื่อต่างๆ โดยพบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มวัยรุ่น และเยาวชนกลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเรื่อง HIV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของสุพรรณาสงฉิม<sup>(9)</sup> ที่พบว่า ภายหลังจากทดลอง นักเรียนกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาโดยใช้ Love Model มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศลดลง มีความรู้ และเจตคติเรื่องเพศเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) อีกทั้งนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยเรื่องโปรแกรมสร้างเสริม

ทักษะ-ชีวิตตามแนวคิดความสามารถของตนเองเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายของนพ.โรจน์ วงศ์พัชรจรัส<sup>(10)</sup> โดยโปรแกรมที่สร้างขึ้นนั้น ส่งผลให้ผู้เรียนมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

**ข้อเสนอแนะ**

1. ควรมีการเก็บข้อมูลความฉลาดรู้สุขภาพทางเพศเพิ่มเติมภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นโดยเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 หลังจบการทดลองทันที ครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งแรก 3 เดือน และครั้งที่ 3 ห่างจากครั้งแรก 6 เดือนเพื่อศึกษาความคงทนของเจตคติเกี่ยวกับเรื่องเพศของผู้เรียน
2. สำหรับครูผู้สอนที่จะนำรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นไปใช้ ควรมีเจตคติเปิดใจต่อการสอนเพศศึกษาแบบรอบด้านเพื่อพัฒนาความฉลาดรู้สุขภาพทางเพศ หากครูมีเจตคติต่อการสอนเพศศึกษาแบบห้ามการมีเพศสัมพันธ์ จะเป็นการปิดกั้นการพัฒนาทักษะการเข้าถึง การมีความรู้ความเข้าใจ และการนำข้อมูลไปใช้เกี่ยวกับเรื่องเพศของผู้เรียน
3. กิจกรรมที่ผู้วิจัยได้เสนอไว้ เป็นเพียงแนวทางในการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในการทดลอง ดังนั้นครูผู้สอนต้องศึกษา และทำความเข้าใจรูปแบบการจัดการเรียนรู้ตัวอย่างละเอียด โดยสามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบของกิจกรรมตามบริบท สภาพแวดล้อม และพฤติกรรมของผู้เรียนในสถานศึกษาของท่านได้

**กิตติกรรมประกาศ**

ขอขอบคุณคณาจารย์ภาควิชาสุขภาพศึกษา และคณาจารย์คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒทุกท่าน ที่ถ่ายทอดความรู้ คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่ถูกต้อง และขอขอบคุณผู้บริหาร คณะครูอาจารย์ และนักเรียนโรงเรียนนวมินทราชินูทิศหอวังนนทบุรี และโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษานนทบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค. พยากรณ์โรคและภัยสุขภาพรายสัปดาห์ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 6 ก.พ. 2566]. แหล่งข้อมูล: [https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=23335&deptcode=brc&news\\_views=148](https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=23335&deptcode=brc&news_views=148)
2. สำนักอนามัยเจริญพันธ์ กรมอนามัย. รายงานประจำปี 2565 สำนักอนามัยการเจริญพันธ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 6 ก.พ. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://rh.anamai.moph.go.th/th/department-yearly-report/download/?did=212085&id=100907&reload=>
3. กระทรวงศึกษาธิการ. หลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551 [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [สืบค้นเมื่อ 6 ก.พ. 2565]. แหล่งข้อมูล: [https://drive.google.com/file/d/1mKyU6tkVWIL5b6vfwHNEzqkqVXf\\_H-m/view](https://drive.google.com/file/d/1mKyU6tkVWIL5b6vfwHNEzqkqVXf_H-m/view)
4. เอมอัชมา วัฒนบุรานนท์. คู่มือการใช้โมเดลเลิฟ (love model): โมเดลสร้างเสริมความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์; 2559.
5. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*. 1977;84(2):191-215.
6. กรรัก ศรีเมือง. การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาแบบพุทธวิธีเพื่อปลูกฝังพฤติกรรมป้องกันการเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น [วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษาดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2559. 344 หน้า.
7. จันทิรา ฐานิพานิชสกุล, รับขวัญ ภูเขาแก้ว, พงษ์ธิ ศิริบรรณพิทักษ์. การประเมินความต้องการจำเป็นของการบริหารวิชาการโรงเรียนมัธยมศึกษาในการป้องกันการตั้งครรภ์และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของวัยรุ่น [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 6 ก.พ. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/EDUCU/article/view/148070>
8. สิริพร ภัยโยทัย, นุชนารถ แก้วดำเกิง, จุฑามาศ มากบุญชร, ศิริกุล ชัยเจริญ, เบญจมาศ ใจงาม, เกศินี เขียนวาริ. การพัฒนารูปแบบกิจกรรมฝึกทักษะการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 6 ก.พ. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal/article/view/250486>
9. สุพรรณษา สงฉิม. การจัดการเรียนรู้เพศศึกษาโดยใช้โมเดลเลิฟเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น [วิทยานิพนธ์สาทรานสุขศาสตร์มหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559. 172 หน้า.
10. นพโรจน์ วงศ์พัชรจรัส, เอมอัชมา วัฒนบุรานนท์, สุพัฒน์ ธีรเวชเจริญชัย. โปรแกรมสร้างเสริมทักษะชีวิตตามแนวคิดความสามารถของตนเองเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น. *วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ* [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 6 ก.พ. 2565];5(2):224-37. แหล่งข้อมูล: <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/svittj/article/view/225874/156326>

# Development of Sex Education Learning Management Model Using Love Model and Self-Efficacy Theory to Enhance Sexual Health Literacy among Secondary School Students Grade 2

Pasakorn Chanjirawadee, Singha Chankhaw, Aimutcha Wattanaburanon  
*Srinakharinwirot University, Bangkok, Thailand*

## Abstract

This aims of this research were to study and develop a sex education learning management model using the Love Model and the Self-Efficacy Theory to enhance the sexual health literacy among secondary school students grade 2 in the 2023 academic year. It was conducted in 3 phases: Phase 1 studied the situation, problems, needs, and managing sex education among the students. Phase 2 developed a sex education learning management model using the Love Model and Self-Efficacy Theory; and Phase 3 evaluated the model. In Phase 3, quasi-experimental research was conducted on 80 students, divided into 2 groups, 40 each. The research tools included the sex education learning management model, a sexual health literacy assessments questionnaire, and a satisfaction questionnaire. The experiment was conducted over 8 sessions, each lasting 50 minutes. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, paired t-test, and independent t-test. It was found that in Phase 1, the management of sex education by teachers was at a high level, while problems were at the moderate level, and the need for sex education management was high. For health education teachers and school administrators, problems with sex education management were at a moderate level, and the need for sex education management was at a moderate level. In Phase 2, the developing a sex education learning management model using the Love Model and the Self-Efficacy Theory was accurate, suitable, and possible to enhance sexual health literacy among the students. In the Phase 3, the experimental group had higher mean score than before the experiment and significantly higher than the control group ( $p < 0.05$ ). Overall, the experimental group was highly satisfied with the sex education learning management model. Therefore, this model should be efficient and effective for enhancing a sexual health literacy among secondary school students grade 2 and could reduce the risks of unintended pregnancies and sexually transmitted diseases.

**Keywords:** sexual health literacy; sex education learning management; Love Modelotion

# ความรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอพรหมนิคม จังหวัดสกลนคร

ณิรนุช วรโธ<sup>1</sup>, ปิยะภรณ์ ดอนหลักคำ<sup>1</sup>, ชินันพร ทองเภา<sup>1</sup>, บุญเลี้ยง สุพิมพ์<sup>2</sup>, จิราภรณ์ จำปาจันทร์<sup>1</sup>

<sup>1</sup> สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร จังหวัดสกลนคร

<sup>2</sup> สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย จังหวัดเลย

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอพรหมนิคม จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้คือ ประชาชนที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่เขตพื้นที่อำเภอพรหมนิคม จังหวัดสกลนคร จำนวน 383 คน โดยทำการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ ใช้สำหรับการวิเคราะห์คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และสถิติเชิงอ้างอิง ได้แก่ สถิติการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบ stepwise กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) เพื่อทดสอบอำนาจการพยากรณ์ของความรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.3 อายุอยู่ระหว่าง 42-63 ปี ร้อยละ 59.8 (Mean = 50.84 ปี, SD = 13.46) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 68.4 มีระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษา ร้อยละ 54.6 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร เช่น ทำนา ทำสวน ร้อยละ 66.6 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 4,000 บาท ร้อยละ 37.3 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 61.4 และแหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาส่วนใหญ่ได้รับจากบุคลากรทางสุขภาพ ร้อยละ 77.3 ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลการป้องกันโรคไข้เลือดออก ( $\beta = 0.324$ ) และการนำข้อมูลไปใช้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ( $\beta = 0.200$ ) โดยทั้ง 2 ประเด็นของความรู้ด้านสุขภาพสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ร้อยละ 22.4 (R square = 0.224) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) หน่วยงานสาธารณสุขสามารถนำข้อมูลจากการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาสื่อสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: โรคไข้เลือดออก; ความรู้ด้านสุขภาพ; พฤติกรรมป้องกันโรค

วันรับ: 15 มี.ค. 2568

วันแก้ไข: 26 เม.ย. 2568

วันตอบรับ: 29 เม.ย. 2568

## บทนำ

อุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ซึ่งถือเป็นความท้าทายในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันทางด้านสาธารณสุขจากรายงานขององค์การอนามัยโลกตั้งแต่ปีค.ศ. 2000-2019 พบจำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกทั่วโลกพุ่งสูงขึ้นถึง 10 เท่าจาก 500,000 รายเป็น 5.2 ล้านราย<sup>(1)</sup>

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทยจากข้อมูลรายงาน 506 กองระบาดวิทยา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยสะสม จำนวน 16,512 ราย อัตราป่วย 24.97 ต่อประชากรแสนคน จำนวนผู้ป่วยปี พ.ศ. 2567 มากกว่าปี พ.ศ. 2566 ณ ช่วงเวลาเดียวกัน 2.1 เท่า และเดือนกุมภาพันธ์มีผู้ป่วยสูงกว่าปีที่แล้ว และมีรายงาน 1.6 เท่า และ 1.9 เท่าตามลำดับ<sup>(2)</sup> สถานการณ์โรคไข้เลือดออกจังหวัดสกลนครตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 3 ตุลาคม พ.ศ. 2566 มีรายงานผู้ป่วยจำนวน 368 ราย อัตราป่วย 32.92 ต่อแสนประชากร และไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต เมื่อพิจารณารายอำเภอพบว่า อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุดได้แก่ อำเภอพรรณานิคม อัตราป่วย 76.07 ต่อแสนประชากร รองลงมา ได้แก่ อำเภอโคกศรีสุพรรณ อัตราป่วย 55.16 ต่อแสนประชากร และอำเภอกุดบากอัตราป่วย 54.95 ต่อแสนประชากร โดยช่วงเดือนที่มีการระบาดจะอยู่ระหว่างเดือนกรกฎาคม-กันยายน และเมื่อจำแนกตามอายุพบว่า กลุ่มอายุที่มีอัตราป่วยสูงสุดได้แก่อายุระหว่าง 10-14 ปี อัตราป่วย 168.49 ต่อแสนประชากร รองลงมาคืออายุระหว่าง 5-9 ปี อัตราป่วย 91.27 ต่อแสนประชากร และอายุระหว่าง 15-24 ปี อัตราป่วย 54.15 ต่อแสนประชากร สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้การดำเนินงานด้านการเฝ้าระวัง การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของจังหวัดสกลนครยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ (อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงมากกว่าร้อยละ 20 เทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี) เนื่องจากอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูงกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ร้อยละ 62.50<sup>(3)</sup> ในช่วงการระบาดของโรคไข้เลือดออก หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีมาตรการเฝ้าระวังหรือการป้องกันโรค ได้แก่ การกำจัดลูกน้ำยุงลาย การแจกจ่ายทรายอะเบทให้แก่ประชาชน การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการระบาดของ

โรคทั้งก่อนและหลังการระบาดให้แก่ประชาชน นอกจากนี้ยังพบว่าในหลายพื้นที่เน้นมาตรการเสริมคือ การพ่นสารเคมีควบคุมยุงพาหะเพื่อตัดวงจรการแพร่เชื้อในชุมชนทันทีเมื่อมีรายงานผู้ป่วยไข้เลือดออกในหมู่บ้าน ซึ่งการพ่นหมอกควันเป็นเพียงการทำให้ยุงเป็นหมันเท่านั้นยังไม่สามารถลดจำนวนการกระจายของเชื้อได้ จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า การแพร่ระบาดของเชื้อเดงกีในชุมชนเกิดจากหลายปัจจัยด้วยกันไม่ว่าจะเป็นการประชาสัมพันธ์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ประชาชนส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับเด็กตามลำพัง การเข้าไม่ถึงอินเทอร์เน็ต สภาพภูมิอากาศ ความหนาแน่นประชากร และความหนาแน่นของยุงพาหะนำโรคและการขาดองค์ความรู้ในการป้องกันโรค<sup>(4)</sup>

ถึงแม้อุบัติการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออกค่อนข้างสูง แต่โรคนี้ยังไม่มียารักษาที่มีความจำเพาะ โดยการรักษาจะเป็นการรักษาตามอาการเท่านั้น นอกจากนี้ยังพบว่ามีการนำวัคซีนมาใช้ในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสเดงกีทั้ง 4 สายพันธุ์ในผู้ที่มีอายุ 4-60 ปี ถึงแม้วัคซีนจะมีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคได้ แต่อย่างไรก็ตามยังพบข้อจำกัดและผลข้างเคียงจากการใช้งานของวัคซีน<sup>(5)</sup> จากสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความพยายามอย่างมากในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกแต่ยังพบการแพร่ระบาดของโรคอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชนในการป้องกันโรคจึงถือเป็นแนวทางสำคัญในการควบคุมการติดเชื้อตลอดจนการลดอัตราการป่วยและเสียชีวิตได้ กระทรวงสาธารณสุขภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปีได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาเพื่อการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy; HL) ของประชาชน โดยเฉพาะในประเด็นกระบวนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy promoting process) ซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญและจำเป็นในการสร้างพฤติกรรมและส่งเสริมให้ประชาชนพัฒนาขีดความสามารถระดับบุคคลเพื่อรักษาสุขภาพของตนเองได้อย่างยั่งยืนโดยองค์ประกอบของกระบวนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วย วีเซฟ (V-shape) มีองค์ประกอบ 6 ขั้นตอน ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การตอบโต้ซักถามและแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรมและการบอกต่อ<sup>(6)</sup> กระทรวงสาธารณสุข

ได้กำหนดองค์ประกอบสำคัญของ HL promoting process ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพของตนเอง การป้องกันโรคด้วยตนเอง การคัดกรองและเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการจัดบริการสุขภาพ โดยมีจุดเน้นเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพได้ สนับสนุนการร่วมตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า กระบวนการส่งเสริม HL มีผลกระทบต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มประชาชนได้อย่างชัดเจนไม่ว่าจะเป็น การส่งเสริมการตัดสินใจอย่างมีข้อมูลเพื่อให้ประชาชนเกิดทักษะในการค้นหา ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของตนเอง การตัดสินใจเลือกแนวทางป้องกันโรคได้อย่างถูกต้อง การที่ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในมิติการป้องกันโรคจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรค ลดอัตราการเจ็บป่วยเรื้อรัง และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของทั้งบุคคลและประเทศ ตลอดจนการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน การถ่ายทอดความรู้และร่วมมือกับครอบครัว ชุมชน และสังคมในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดีต่อไป<sup>(7)</sup>

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยมีแนวคิดที่จะศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคใช้เลือดออกของประชาชน อำเภอพรหมนิคม จังหวัดสกลนคร ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคใช้เลือดออกซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการเฝ้าระวังโรค การป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกให้มีประสิทธิภาพซึ่งจะนำไปสู่การลดอัตราการป่วย อัตราการเสียชีวิตจากโรคใช้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ต่อไป

## วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคคลที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป เพศชายและเพศหญิงที่มีรายชื่อตามทะเบียนบ้านในพื้นที่ที่มีการระบาดต่อเนื่องเกิน 28 วัน ในปี พ.ศ. 2566 คือ ตำบลวังยางและตำบลนาใน อำเภอพรหมนิคม จังหวัดสกลนคร ทั้งหมดจำนวน 8,802 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ บุคคลที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีรายชื่อตามทะเบียนบ้านในพื้นที่ คือ ตำบลวังยางและตำบลนาใน อำเภอพรหมนิคม จังหวัดสกลนคร อาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 383 คน จากการคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรคำนวณของ Yamane<sup>(8)</sup> ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่าความคลาดเคลื่อนในการสุ่มตัวอย่างเท่า 0.05 และทำการสุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยมีเกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าสู่โครงการ ได้แก่ (1) สามารถอ่าน ฟัง เขียน และสื่อสารเข้าใจภาษาไทยได้ (2) อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอพรหมนิคมไม่น้อยกว่า 1 ปี และ (3) มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ส่วนเกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากโครงการได้แก่ (1) ต้องการยกเลิกเข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งระหว่าง และหลังเข้าร่วมโครงการวิจัย (2) ย้ายบ้านหรือไปทำงานที่อื่น (3) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยจิตเวช และ (4) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะสมองเสื่อม

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้ ประกอบด้วย

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามคุณลักษณะทางประชากร จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับเกี่ยวกับโรคใช้เลือดออก ลักษณะการตอบคำถามแบบเลือกตอบ และเติมคำตอบ

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคใช้เลือดออก จำนวน 16 ข้อ ครอบคลุม 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลโรคใช้เลือดออก จำนวน 4 ข้อ ความเข้าใจเกี่ยวกับป้องกันโรคใช้เลือดออก จำนวน 4 ข้อ การประเมินข้อมูลเกี่ยวกับโรคใช้เลือดออก จำนวน 5 ข้อ และการนำข้อมูลไปใช้ในการป้องกันโรคใช้เลือดออกจำนวน 3 ข้อโดยใช้มาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ให้คะแนน 5 ระดับ ได้แก่ ระดับคะแนน 5 หมายถึง มากที่สุด ระดับคะแนน 4 หมายถึง มาก ระดับคะแนน 3 หมายถึง ปานกลาง ระดับคะแนน 2 หมายถึง น้อย และระดับคะแนน 1 หมายถึง น้อยที่สุด กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Best<sup>(9)</sup> เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (คะแนนอยู่ระหว่าง

3.68–5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนอยู่ระหว่าง 2.34–3.67) และระดับต่ำ (คะแนนอยู่ระหว่าง 1.00–2.33)

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค ใช้เลือกออก จำนวน 13 ข้อ ครอบคลุมการป้องกันระดับ บุคลากรปฏิบัติครอบคลุม 5 ป 1 ข และ 3 เก็บ 3 โรค แบบสอบถามเป็นชนิดเลือกตอบ มีลักษณะคำถามแบบ ประเมินค่า (rating scale) โดยใช้มาตราวัด Likert scale ซึ่งแบ่งได้เป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับ 4 คะแนนหมายถึง ปฏิบัติ ประจำ ระดับ 3 คะแนนหมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง ระดับ 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และระดับ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนรวม ของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคใช้เลือกออกตามแนวคิดของ Best<sup>(9)</sup> เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (คะแนนอยู่ระหว่าง 3.01–4.00) ระดับปานกลาง (คะแนนอยู่ระหว่าง 2.01–3.00) และระดับต่ำ (คะแนนอยู่ระหว่าง 1.00–2.00)

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity) ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ (wording) และ ให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยผ่านผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และนำมา วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (index of item-objective congruence; IOC) จากการวิเคราะห์ ได้ค่า IOC=0.67

2. นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ที่คล้ายคลึงกัน คือ กลุ่มประชากรที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป บ้านดงมะไฟ ตำบลขมิ้น อำเภอมือง จังหวัดสกลนคร ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ แต่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยใช้สูตร alpha coefficient ของ Cronbach จากแบบสอบถามความรอบรู้ ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคใช้เลือกออกเท่ากับ 0.90 พฤติกรรมการป้องกันโรคใช้เลือกออกเท่ากับ 0.78 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้สามารถนำไปใช้ในในกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยได้

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร เลขที่ HE67-042 ลงวันที่ 4 กันยายน พ.ศ. 2567

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหน้าที่สื่อขอความอนุเคราะห์ประสานพื้นที่ ในการเก็บข้อมูลกับทางผู้นำชุมชน

2. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานขอความร่วมมือจากผู้นำ ของชุมชนเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลใน แต่ละหมู่บ้านกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความอนุเคราะห์ประสา- สัมพันธ์ตามรายชื่อที่ผู้วิจัยสุ่มได้เพื่อผู้วิจัยจะได้ทำการเก็บ รวบรวมข้อมูลตามวัน เวลาที่กำหนด

3. ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเก็บข้อมูล โดยมีการชี้แจง วัตถุประสงค์ และอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามโดย ละเอียด กลุ่มตัวอย่างยินยอมที่จะให้ความร่วมมือในการ เก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งแจกแบบแบบสอบถามให้กลุ่ม ตัวอย่างตอบและเก็บแบบสอบถามคืน

4. เมื่อประชาชนตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัย ตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วนของแบบสอบถาม

5. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อมาวิเคราะห์

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากคณะวิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม เรียบร้อย นำมาวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ใช้สำหรับ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว แหล่ง- ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับเกี่ยวกับโรคใช้เลือกออก ความรอบรู้ ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคใช้เลือกออก และพฤติกรรม การป้องกันโรคใช้เลือกออก

2. สถิติเชิงอ้างอิง ได้แก่ สถิติ multiple regression analysis แบบ stepwise กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) เพื่อทดสอบอำนาจการพยากรณ์ของความ รอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคใช้เลือกออก ของประชาชน โดยกำหนดเงื่อนไขของข้อมูลจำนวน 5 ข้อ ได้แก่คือ (1) ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์ เชิงเส้นตรง เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร อิสระและตัวแปรด้วยกัน พบว่า ไม่มีค่าสหสัมพันธ์คู่ใด ที่สูงกว่า 0.9 (2) ความคลาดเคลื่อน (e) มีการแจกแจง ปกติ โดยมีค่า residuals statistics ค่า Mean=0.000 และ SD=0.997 ซึ่งมีค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่า ค่าคลาดเคลื่อน มีการแจกแจงปกติ (3) ค่าแปรปรวนของความคลาดเคลื่อน มีค่าคงที่ (4) ค่าคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน โดยมีค่า

Durbin-Watson=1.792 สรุปได้ว่า ค่าคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกันเนื่องจากค่า Durbin-Watson มีค่าอยู่ระหว่าง 1.5-2.5 และ (5) ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง มีค่า VIF (variance inflation factor) ของแต่ละตัวแปรเท่ากับ 1.582 ซึ่งมีค่าไม่เกิน 10<sup>(10)</sup>

## ผลการศึกษา

คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนเป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.3 อายุอยู่ระหว่าง 42-63 ปี

ร้อยละ 59.8 (อายุเฉลี่ย 50.84 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.46) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 68.4 มีระดับการศึกษาสูงสุดคือ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.6 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร เช่น ทำนา ทำสวน ร้อยละ 66.6 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 4,000 บาท ร้อยละ 37.3 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 61.4 และแหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาได้รับจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 77.3 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n=383)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	156	40.7
หญิง	227	59.3
อายุ (ปี)		
20 - 41	86	22.5
42 - 63	229	59.8
64 - 86	68	17.7
Mean=50.84, SD=13.46, Max=86, Min=20		
สถานภาพสมรส		
โสด	63	16.4
สมรส	262	68.4
หย่า	14	3.7
หม้าย	44	11.5
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	209	54.6
มัธยมศึกษา	114	29.8
สูงกว่ามัธยมศึกษา	60	15.6
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	13	3.4

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n=383) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เกษตรกร เช่น ทำนา ทำสวน	255	66.6
รับราชการ	30	7.8
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	30	7.8
รับจ้างทั่วไป	42	11.0
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	13	3.4
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
ไม่มีรายได้	104	27.2
< 4,000	143	37.3
4,001 - 8,000	60	15.7
> 8,001	76	19.8
Mean=4,936.46, SD=7,255.08, Max=70,000, Min=0		
โรคประจำตัว		
ไม่มี	251	65.5
มี ระบุ	132	34.5
โรคเบาหวาน	30	22.7
โรคความดันโลหิตสูง	81	61.4
โรคมะเร็ง	1	0.8
โรคไตวายเรื้อรัง	3	2.3
โรคโลหิตจาง	3	2.3
โรคเก๊าท์	5	3.8
โรคหอบหืด	1	0.8
โรคหัวใจ	1	0.8
ภาวะไขมันในเลือดสูง	5	3.8
ไม่ระบุโรค	2	1.5
แหล่งข้อมูลสารที่ได้รับเกี่ยวกับโรคใช้เลือดออก ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
สมาชิกในครอบครัว/ญาติพี่น้อง	242	63.2
เพื่อนบ้าน	231	60.3

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n=383) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
บุคลากรทางสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข	296	77.3
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	319	83.3
ป้ายประชาสัมพันธ์	136	35.5
คู่มือเอกสาร/แผ่นพับ	109	28.5
เสียงตามสาย/หอกระจายข่าวชุมชน	245	64.0
TikTok	81	21.1
Facebook	118	30.8
Line	117	30.5
โทรทัศน์	169	44.1
วิทยุ	83	21.7

**ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอพรหมนาณิค จังหวัดสกลนคร**

ผลการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอพรหมนาณิค จังหวัดสกลนคร พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกทุกด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.8 (Mean=3.39, SD=0.61) เมื่อแยกเป็นรายประเด็น พบว่าการเข้าถึงข้อมูลป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.0 (Mean=3.36, SD=0.72) ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.1 (Mean=3.29, SD=0.69) การประเมินเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.8 (Mean=3.37, SD=0.69) และการนำไปใช้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.8 (Mean=3.53, SD=0.67) ดังตารางที่ 2

**พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอพรหมนาณิค จังหวัดสกลนคร**

ผลการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอพรหมนาณิค จังหวัดสกลนคร พบว่าประชาชนมีการปฏิบัติป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับมากและปานกลาง ร้อยละ 47.0 (Mean=2.29, SD=0.38) ดังตารางที่ 3

**ความรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอพรหมนาณิค จังหวัดสกลนคร**

ความรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอพรหมนาณิค จังหวัดสกลนคร ผลการศึกษา พบว่า ประเด็นความรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลป้องกันโรคไข้เลือดออก ( $\beta=0.324$ ) และการนำข้อมูลไปใช้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ( $\beta=0.200$ ) โดยทั้ง 2 ประเด็นของความรู้ด้านสุขภาพสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ร้อยละ 22.4 (R Square=0.224) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.05$ ) ดังตารางที่ 4

**วิจารณ์**

ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านการเข้าใจ ด้านการประเมิน ด้านการนำข้อมูลไปใช้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกทุกด้านอยู่ในระดับปานกลางซึ่งสอดคล้องการศึกษาของต๋นัย เนวะมาตย์<sup>(11)</sup> ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกัน

ตารางที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอพรหมณานิคมจังหวัดสกลนคร (n=383)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกด้าน		
ดี (3.68 – 5.00)	120	31.3
ปานกลาง (2.34 – 3.67)	248	64.8
ไม่ดี (1.00 – 2.33)	15	3.9
(Mean=3.39, SD=0.61, Max=5.00, Min=1.00)		
การเข้าถึงข้อมูลป้องกันโรคไข้เลือดออก		
ดี (3.68 – 5.00)	104	27.2
ปานกลาง (2.34 – 3.67)	143	37.3
ไม่ดี (1.00 – 2.33)	60	15.7
(Mean=3.36, SD=0.72, Max=5.00, Min=1.00)		
ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก		
ดี (3.68 – 5.00)	110	28.7
ปานกลาง (2.34 – 3.67)	238	62.1
ไม่ดี (1.00 – 2.33)	35	0.2
(Mean=3.29, SD=0.69, Max=5.00, Min=1.00)		
การประเมินเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก		
ดี (3.68 – 5.00)	126	32.9
ปานกลาง (2.34 – 3.67)	229	59.8
ไม่ดี (1.00 – 2.33)	28	7.3
(Mean=3.37, SD=0.69, Max=5.00, Min=1.00)		
การนำไปใช้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก		
ดี (3.68 – 5.00)	178	46.5
ปานกลาง (2.34 – 3.67)	187	48.8
ไม่ดี (1.00 – 2.33)	18	4.7

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอพรหมณานิคม จังหวัดสกลนคร (n=383)

พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	จำนวน	ร้อยละ
มาก (3.01 – 4.00)	180	47.0
ปานกลาง (2.01 – 3.00)	180	47.0
น้อย (1.00 – 2.00)	23	6.0
(Mean=2.29, SD=0.38, Max=3.00, Min=1.07)		

ตารางที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอพรหมานิคม จังหวัดสกลนคร (n=383)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	b	Beta ( $\beta$ )	p-value
การเข้าถึงข้อมูลป้องกันโรคไข้เลือดออก	0.643	0.324	<0.001
การนำข้อมูลไปใช้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	0.366	0.200	<0.001

Constant (a)=18.041, R square=0.224, adjusted R Square=0.220, F=54.843, p<0.001

ควบคุมไข้เลือดออกของประชาชน พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในครั้งนี้เป็นรายด้านพบว่า

1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและบุคลากรทางสุขภาพมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากในฤดูฝนซึ่งเป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะมีการรณรงค์ การเฝ้าระวังป้องกัน การกระตุ้นเตือนประชาชนส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง แต่ด้วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40-59 ปี ยังมีข้อจำกัดในการใช้เทคโนโลยีทำให้มีการเข้าถึงข้อมูลอยู่ในระดับปานกลาง

2. ด้านความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่องทั้งจาก อสม. บุคลากรสาธารณสุข หอกระจายข่าวจากผู้นำชุมชน แต่เนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรจึงมีข้อจำกัดในการรับฟังข้อมูลข่าวสาร การตีความหมายจากการได้รับข้อมูล และการบอกเล่าให้ผู้อื่นฟังเนื่องจากต้องออกไปทำงานแต่เช้าและกลับค่ำ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มิระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากผลการวิจัยที่ผ่านมาระบุว่า บุคคลที่มีการศึกษาที่ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาจะมีความรอบรู้น้อยกว่าบุคคลที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา<sup>(12)</sup>

3. ด้านประเมินข้อมูลในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งว่าตอบว่า มีการประเมินทางเลือก

ข้อดีและข้อจำกัดในการป้องกันโรคไข้เลือดออกก่อนที่จะตัดสินใจนำมาปฏิบัติ เนื่องจากได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการปฏิบัติตามมาตรการซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกที่พบว่า ด้านการตัดสินใจในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง

4. ด้านนำข้อมูลไปใช้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีการปฏิบัติที่ดีในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและมีการพิจารณาข้อมูลก่อนนำไปใช้ อีกทั้งจากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล การประเมินข้อมูล อยู่ในระดับปานกลางจึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการนำข้อมูลไปใช้อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกันซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง<sup>(11)</sup>

พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนอยู่ในระดับปานกลางและสูง (ร้อยละ 47.0) สืบเนื่องมาจากการที่ประชาชนปฏิบัติตามมาตรการรณรงค์ตลอดทั้งปี โดยเฉพาะในช่วงของฤดูที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกโดยประชาชนมีส่วนร่วมในการสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในบ้านหรือชุมชน การสนับสนุนทรายอะเบทจากหน่วยงานสาธารณสุข การพ่นหมอกควัน อีกทั้งปัญหาการระบาดของโรคไข้เลือดออกเป็นนโยบายที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข และมีการทำงานร่วมกันทุกภาคส่วน โดยกระทรวงสาธารณสุขมีการกำหนดกิจกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่เรียกว่ามาตรการ 5 ป 1 ข ได้แก่ ป.ที่ 1 ปิดภาชนะน้ำขัง ป.ที่ 2 ปล่อยปลา

กินลูกน้ำ ป.ที่ 3 เปลี่ยนน้ำในภาชนะทุก 7 วัน ป.ที่ 4 ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในและรอบบ้านและ ป.ที่ 5 ปฏิบัติเป็นประจำจนเป็นนิสัย และ 1 ข คือ ชัดภาชนะก่อนเปลี่ยนน้ำกำจัดไข่ยุง ซึ่งประชาชนปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนด ซึ่งสอดคล้องการศึกษาวีระ กองสนั่น และคณะ<sup>(13)</sup> ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีคะแนนการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ( $\beta=0.324$ ) และการนำข้อมูลไปใช้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ( $\beta=0.200$ ) ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอพรหมนิคม จังหวัดสกลนคร ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 2 ประเด็นสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ร้อยละ 22.4 ( $R^2=0.224$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.05$ ) จากผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของปรีชา พุกจีน และคณะ<sup>(14)</sup> ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี โดยผลการศึกษา พบว่า การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของพิชยารัตน์ จันทร์เพ็ญ และคณะ<sup>(15)</sup> ที่พบว่า การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ความเข้าใจในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตมินบุรี กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ว่า หากประชาชนมีความสามารถในการเข้าถึง การทำความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลให้เกิดสุขภาพดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้ และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมด้วยตนเอง<sup>(16)</sup> นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ

ประเวช ชุ่มเกษรกุลกิจ และคณะ<sup>(17)</sup> ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้างความเข้าใจ ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการปรับใช้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคโดยผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงจะมีแนวโน้มปฏิบัติตามมาตรการป้องกันเช่น การฉีดวัคซีนและการมีสุขอนามัยที่ดี ในขณะที่ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำจะเสี่ยงต่อการได้รับข้อมูลที่ผิดพลาดและการเข้าถึงบริการสุขภาพได้น้อยลง<sup>(18)</sup>

### ข้อจำกัดในการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้เป็นประชาชนในเขตอำเภอพรหมนิคม จังหวัดสกลนคร ซึ่งอาจไม่สามารถนำผลการศึกษาไปใช้สรุปในบริบทของพื้นที่อื่นที่มีลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมแตกต่างกันได้

2. การศึกษาเป็นแบบภาคตัดขวาง ซึ่งทำให้สามารถแสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้เฉพาะในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลเท่านั้น ไม่สามารถแสดงเหตุและผลในระยะยาวได้

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาคั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกเพิ่มเติม เช่น ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม หรือประสบการณ์ส่วนตัวในการป้องกันโรค

2. ควรเพิ่มการเก็บข้อมูลแบบเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

## กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณอาสาสมัครในเขตพื้นที่อำเภอพรหมนิคม จังหวัดสกลนครทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Dengue – global situation [Internet]. 2023 [cited 2025 Feb 4]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2023-DON498>
2. สถาบันป้องกันโรคเขตเมือง. สรุปรายงานเหตุการณ์ที่สำคัญทางระบาดวิทยา [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 4 ก.พ. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1620120240923050400.pdf>
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. รายงานประจำปี 2566 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 4 ก.พ. 2568]. แหล่งข้อมูล: [https://skko.moph.go.th/dward/document\\_file/strategy/training\\_file\\_name/20240703095252\\_146500754.pdf](https://skko.moph.go.th/dward/document_file/strategy/training_file_name/20240703095252_146500754.pdf)
4. อนุช บังกระโทก, ดาราภกุลไทย ฉายแมน, วิรัชพัชร ดิษฐาพันธ์. อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกจังหวัดสกลนครกับความชุกของลูกน้ำยุงลาย สภาพภูมิอากาศ และปริมาณน้ำฝน จังหวัดสกลนคร ปี 2562. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2562;13:286-98.
5. ประภัสสร ทับทิว, เกวลี สีนขจร, ลัทธวรรณ ชัยเสนะ, พิชญ์ธิดา ฤทธิเดช. โรคไข้เลือดออกเดงกีและวัชชีนป้องกันกาติดเชื้อไวรัสเดงกีชนิด 4 สายพันธุ์. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล 2567;34:371-82.
6. กรมอนามัย. แนวคิดหลักการขององค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ (สขรส.). นนทบุรี: สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน; 2561.
7. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. คู่มือกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 4 ก.พ. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1188920211018040126.pdf>
8. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. London: John Weather Hill; 1973.
9. Best JW. Research in education. 3<sup>rd</sup> ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
10. ปัทมา สุพรรณกุล. สถิติประยุกต์สำหรับงานวิจัยด้านสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2563.
11. ดนัย เนวะมาตย์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกาป้องกันควบคุมไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม 2563;7:84-93.
12. ญาดา โตอุตชนม์, ธันวดี รุ่งรอบ, กรรณิกา บัวทะเล, สมร นุ่มผ่อง, รัชนิกร ตัชมา. ความรอบรู้ไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ป่วยซ้ำซากเขตสุขภาพที่ 9. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข 2565;14:38-48.
13. วีระ กองสนั่น, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตตำบลหนองใหญ่ อำเภอบรบือ จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน 2563;3:35-43.
14. ปรีชา พุกจีน, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ, พุฒิพงศ์ มากมาย. ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดบัตดาณี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินอร์ทเกิร่น 2566;4:81-91.
15. พิชยรัตน์ จันทรเพ็ญ, อลิสา นิตธรรม, ณัฐกฤตา ศิริโสภณ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกาควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตมีนบุรี กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลทหารบก 2565;23:78-87.
16. Nutbeam D. Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21<sup>st</sup> century. Health Promotion International 2000;15:259-67
17. ประเวช ชุ่มเกษรกุลกิจ, นิรันดา ไชยพาน, สุจิตรา บุญกล้า, จักรกฤษณ์ พลราชม. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกาป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชนชาวไทย. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2564;15:25-35.
18. Febriani IS, Nugrahani MR. Health literacy and infectious disease control: community, policy, and digital strategies for prevention and management. Journal of Health Literacy and Qualitative Research 2022;2:43-54.

# Health Literacy Effecting Dengue Hemorrhagic Fever Preventive Behaviors among People in Phanna Nikhom District, Sakon Nakhon Province

Neeranute Wontaisong<sup>1</sup>, Piyaporn Donlakkham<sup>1</sup>, Chinanpon Thongpao<sup>1</sup>, Bunliang Suphim<sup>2</sup>, Jiraporn Jumpajan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Health Science Program, Faculty of Science and Technology, Sakon Nakhon Rajabhat University, Sakon Nakhon Province, Thailand

<sup>2</sup>Public Health Program, Faculty of Science and Technology, Loei Rajabhat University, Loei Province, Thailand

## Abstract

This cross-sectional study aimed to study the health literacy affecting the preventive behaviors toward dengue hemorrhagic fever among people living in Phanna Nikhom District, Sakon Nakhon Province. The sample group consisted of 383 people, aged 20 years and over, living in Phanna Nikhom District, Sakon Nakhon Province obtained through multi-stage random sampling. Data were collected via questionnaires. Descriptive statistics, including frequency and percentage, were used for analyzing demographic characteristics data, health literacy in the prevention of dengue hemorrhagic fever, and dengue hemorrhagic fever preventive behaviors. Inferential statistics included stepwise multiple regression analysis with statistical significance set at 0.05 to test the predictive power of health literacy towards dengue hemorrhagic fever preventive behaviors among people in Phanna Nikhom District, Sakon Nakhon Province. The sample group consisted of 383 people, aged 20 years and over, living in Phanna Nikhom District, Sakon Nakhon Province. It was found that the majority of the samples were female (59.3%), aged between 42 and 63 years (59.8%) (Mean=50.84 years, SD=13.46). A total of 68.4% were married. The highest education level was primary school (54.6%). Most of them were farmers, such as rice farmers and gardeners (66.6 %). Monthly income was less than 4,000 baht (37.3%). Most of them had hypertension (61.4%). The information sources about dengue hemorrhagic fever in the past year were mostly from health personnel (77.3%). The health literacy for dengue hemorrhagic fever prevention that affected the public's practice of dengue hemorrhagic fever prevention were access to dengue fever prevention information ( $\beta=0.324$ ) and application in dengue fever prevention ( $\beta=0.200$ ). Both health literacy issues could jointly predict the practice of dengue fever prevention by 22.4 percent (R Square=0.224) with statistical significance ( $p<0.05$ ). This research data can be utilized by health authorities to create health media that is in accordance with the requirements of the local population, thereby motivating individuals to maintain their healthy disease-prevention behaviors.

**Keywords:** dengue hemorrhagic fever; health literacy; preventive behaviors

# การศึกษาความเข้าใจฉลากโภชนาการแบบจีดีเอ ของเด็กไทยและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

นงนุช จินดารัตนาภรณ์, สลักจิต ชื่นชม  
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

## บทคัดย่อ

โรคอ้วนในเด็กและวัยรุ่นเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ฉลากโภชนาการแบบจีดีเอ (guideline daily amounts; GDA) ถือเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้เด็กเลือกบริโภคอาหารได้อย่างมีข้อมูล การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเข้าใจฉลากโภชนาการแบบจีดีเอของเด็กไทยอายุ 10-18 ปี และวิเคราะห์ปัจจัยทางประชากรและสังคมที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากโครงการติดตามการตลาดอาหารและเครื่องดื่มในเด็ก พ.ศ. 2566 ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,113 คน จาก 11 จังหวัดทั่วประเทศ ใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นอย่างเหมาะสม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและโคสแควร์ ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 83.3 ของกลุ่มตัวอย่างสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับพลังงานต่อบรรจุภัณฑ์ได้ถูกต้อง ร้อยละ 80.5 และ 77.4 ตอบถูกเกี่ยวกับปริมาณไขมันและโซเดียมตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 40 ยังไม่เข้าใจความหมายของข้อความ “ร้อยละของปริมาณที่แนะนำ” ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความเข้าใจฉลาก ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ภูมิภาค ดัชนีมวลกาย จำนวนเงินค่าขนม และการพบเห็นฉลากโภชนาการแบบจีดีเอ ( $p < 0.05$ ) ผลการศึกษานี้เน้นย้ำถึงความจำเป็นในการส่งเสริมความรู้และการศึกษาเกี่ยวกับฉลากโภชนาการ เพื่อสนับสนุนนโยบายด้านการป้องกันโรคอ้วนในเด็กไทยอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความเข้าใจ; ฉลากโภชนาการแบบจีดีเอ; เด็กไทย

วันรับ: 9 มี.ค. 2568

วันแก้ไข: 6 เม.ย. 2568

วันตอบรับ: 10 เม.ย. 2568

## บทนำ

ใน พ.ศ. 2565 เด็กและวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 5 ถึง 19 ปี มากกว่า 390 ล้านคนทั่วโลกมีน้ำหนักเกิน และ 160 ล้านคนเป็นโรคอ้วน<sup>(1)</sup> ในขณะที่เด็กไทยอายุ 6-14 ปี อ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.8 ใน พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 13.9 ใน พ.ศ. 2557<sup>(2)</sup> ปัจจัยด้านโภชนาการ เช่น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการกิน การบริโภคอาหารที่มีไขมันและพลังงานสูง และการบริโภคเครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลสูง เป็นปัจจัย

สำคัญที่ก่อให้เกิดโรคอ้วนในเด็ก<sup>(3)</sup> ปัจจุบันเด็กไทยบริโภคอาหารที่มีไขมัน เกลือ และน้ำตาลสูงมากกว่าที่เคยเป็นมา และแนวโน้มนี้ยังคงแย่งลงอย่างต่อเนื่อง<sup>(4)</sup> สัดส่วนเด็กไทยอายุ 6-14 ปี บริโภคผลิตภัณฑ์เบเกอรี่ที่มีไขมันสูงทุกวัน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 90.4 ใน พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 94.6 ใน พ.ศ. 2564 และบริโภคอาหารจานด่วนทุกวันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 46.8 เป็นร้อยละ 64.8 ในช่วงเวลาเดียวกัน<sup>(4, 5)</sup> การเกิดโรคอ้วนยังเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง<sup>(6)</sup> อีกทั้งโรคอ้วนยังก่อความสูญเสียทางเศรษฐกิจ

คิดเป็นมูลค่ามากกว่า 2 แสนล้านบาท หรือร้อยละ 1.27 ของผลิตภัณฑ์รวมในประเทศ (GDP) ทั้งประเทศ และถ้าปัญหานี้ยังไม่ถูกแก้ไข ในอีก 40 ปีข้างหน้า อาจส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศไทย ได้สูงมากถึง 2.7 ล้านล้านบาท หรือร้อยละ 4.9 ของ GDP ซึ่งนับเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมากต่อประเทศไทย ความสูญเสียนี้คิดเป็นค่าใช้จ่ายทางตรงจากค่ารักษาพยาบาลเกือบ 5 หมื่นล้านบาท และค่าใช้จ่ายทางอ้อมจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรถึง 1.5 แสนล้านบาท<sup>(7)</sup>

ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบระบุว่า ฉลากโภชนาการเป็นหนึ่งในมาตรการที่มีประสิทธิภาพสามารถลดภาระของโรคอ้วนในเด็กและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้<sup>(8)</sup> ฉลากโภชนาการแบบจิติเอเป็นฉลากกรอบขนาดเล็กที่แสดงข้อมูลโภชนาการด้านหน้าบรรจุภัณฑ์ได้แก่ ค่าพลังงาน (กิโลแคลอรี) น้ำตาล (กรัม) ไขมัน (กรัม) และโซเดียม (มิลลิกรัม) ที่บริโภคต่อวัน<sup>(9)</sup> ประเทศไทยจึงมีการประกาศใช้ฉลากโภชนาการแบบจิติเอ ตั้งแต่ พ.ศ. 2559 ในอาหาร 5 กลุ่ม 15 ชนิด ประกอบด้วย อาหารขบเคี้ยว ซ็อกโกแลต และผลิตภัณฑ์ในทำนองเดียวกัน ขนมอบอาหารกึ่งสำเร็จรูป และอาหารจานเดียวแช่แข็ง<sup>(9)</sup> ต่อมาได้มียกเลิกประกาศ พ.ศ. 2559 และใน พ.ศ. 2561 กระทรวงสาธารณสุขออกประกาศใหม่เพื่อเพิ่มเติมอาหารที่ต้องแสดงฉลากฯ อีก 8 กลุ่ม เพื่อประโยชน์ของผู้บริโภคและสนับสนุนมาตรการป้องกันปัญหาด้านโภชนาการและการเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง<sup>(10)</sup>

การประเมินความเข้าใจฉลากฯ ของเด็กเป็นสิ่งสำคัญ เพราะความเข้าใจฉลากฯ ที่ถูกต้อง จะช่วยให้เด็กสามารถเลือกบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพได้<sup>(11)</sup> ประเทศไทยมีการศึกษาการรับรู้ และความเข้าใจฉลากโภชนาการแบบจิติเอ ในกลุ่มคนไทยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป<sup>(12)</sup> และกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน<sup>(13)</sup> รวมทั้งกลุ่มเด็กไทยอายุ 10-18 ปี<sup>(14-16)</sup> แต่การศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาที่ผ่านมากเกือบ 10 ปี<sup>(15, 16)</sup> ใช้แบบสอบถามที่ใช้ศึกษาในกลุ่มคนไทยที่เป็นผู้ใหญ่<sup>(15)</sup> และมีเพียงคำถามสอบถามความเข้าใจฉลากโภชนาการเพียง 2 ข้อคำถาม<sup>(14)</sup> ในขณะที่การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรับรู้และความเข้าใจฉลากโภชนาการในกลุ่มเด็กและเยาวชนของต่างประเทศส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงทดลองและกึ่งทดลอง<sup>(17)</sup> และยังไม่พบการศึกษาความ

สัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อความเข้าใจฉลากฯ ของเด็กไทย ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเข้าใจฉลากโภชนาการแบบจิติเอของเด็กไทยอายุ 10-18 ปี และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรและสังคม การพบเห็นฉลากฯ กับความเข้าใจฉลากฯ ของเด็กไทยอายุ 10-18 ปี

## วิธีการศึกษา

### รูปแบบแผนการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ใช้ข้อมูลทุติยภูมิของโครงการติดตามการติดตามการติดตามอาหารและเครื่องดื่มในเด็กของประเทศไทย พ.ศ. 2566 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล<sup>(18)</sup>

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของโครงการฯ คือ เด็กไทยที่มีอายุ 6-18 ปี จำนวน 10,242,535 คน<sup>(19)</sup> สำนักงานสถิติแห่งชาติ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการใช้สูตรทาร์ยามาเน (Yamane)<sup>(20)</sup> และคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 4,000 คน แบ่งออกเป็น กลุ่มเด็กอายุ 6-9 ปี และอายุ 10-18 ปี กลุ่มละ 2,000 คน จากนั้นสำนักงานสถิติแห่งชาติ การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิสองชั้น (stratified two-stage sampling) โดยขั้นตอนที่ 1 การแบ่งภูมิภาคออกเป็น 4 ภูมิภาค และ 1 จังหวัด ประกอบด้วย ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคตะวันออก เชียงเหนือ และกรุงเทพฯ ขั้นตอนที่ 2 การเลือกจังหวัดจำนวน 2 จังหวัดในแต่ละภูมิภาค โดยการแบ่งจังหวัดตามขนาดพื้นที่ในแต่ละภูมิภาคออกเป็นจังหวัดที่มีพื้นที่ขนาดใหญ่และพื้นที่ขนาดเล็ก จากนั้นจับฉลากเลือกจังหวัดในแต่ละภูมิภาคที่มีพื้นที่ขนาดใหญ่ 1 จังหวัด และขนาดเล็ก 1 จังหวัด ในภาคเหนือและภาคใต้ และจังหวัดที่มีพื้นที่ขนาดใหญ่ 1 จังหวัด ขนาดกลาง 1 จังหวัด และขนาดเล็ก 1 จังหวัด ในภาคตะวันออก เชียงเหนือและภาคกลาง ได้จำนวนจังหวัด 10 จังหวัด ได้แก่ ลำปาง อุทัยธานี สระบุรี สระแก้ว ประจวบคีรีขันธ์ นครราชสีมา อำนาจเจริญ มหาสารคาม กระบี่ และสงขลา รวมกรุงเทพฯ อีก 1 จังหวัด รวมทั้งสิ้น 11 จังหวัด ขั้นตอนที่ 3 การเลือกอำเภอ ด้วยการสุ่มอย่างง่ายเลือกอำเภอ จำนวน 43 อำเภอ

และขั้นตอนที่ 4 การเลือกเขตแจกนับ (enumeration area; EA) การสุ่มอย่างง่ายจับฉลากเลือก EA ในแต่ละอำเภอ ได้ EA ทั้งหมด 200 EA และในแต่ละ EA เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 20 คน แบ่งเป็น เด็กอายุ 6-9 ปี จำนวน 10 คน และเด็กอายุ 10-18 ปี จำนวน 10 คน และมีกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 4,117 คน

เนื่องจากโครงการ ศึกษาเกี่ยวกับฉลากฯ ไม่ได้สำรวจความเข้าใจฉลากฯ ในกลุ่มเด็กอายุ 6-9 ปี เพราะเด็กในช่วงอายุดังกล่าวไม่เข้าใจข้อคำถาม ข้อมูลความเข้าใจฉลากโภชนาการจึงเก็บรวบรวมกับกลุ่มเด็กอายุ 10-18 ปี<sup>(18)</sup> ดังนั้น การศึกษานี้ใช้ข้อมูลเด็กไทยที่มีอายุ 10-18 ปี เท่านั้น

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ทีมวิจัยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในโปรแกรม Qualtrics Offline Survey ผ่านแท็บเล็ต ให้แก่หัวหน้างานภาคสนามและพนักงานสัมภาษณ์ เมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 จากนั้นหัวหน้างานภาคสนามดำเนินการสืบค้นข้อมูลและติดต่อประสานงานกับผู้นำชุมชนของพื้นที่เป้าหมาย ผู้นำชุมชนในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่างของแต่ละพื้นที่ หัวหน้างานภาคสนามและพนักงานสัมภาษณ์ ลงพื้นที่ตามวันเวลาที่นัดหมาย ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ทีมวิจัย หัวหน้างานภาคสนาม และพนักงานสัมภาษณ์ แนะนำโครงการและขอความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษา ทั้งจากผู้ปกครองและเด็กทุกคน หากผู้ปกครองของเด็กยินยอมให้เด็กเข้าร่วมการศึกษา จากนั้นพนักงานสัมภาษณ์ สอบถามกลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถามและบันทึกคำตอบลงในแท็บเล็ต ทีมวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 6 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 – 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 และมีกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 2,113 คน

### เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในบทความนี้คือแบบสอบถามของโครงการการติดตามการตลาดอาหารและเครื่องดื่มในเด็กของประเทศไทย แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 พฤติกรรมการพบเห็นการตลาดอาหารและเครื่องดื่ม ส่วนที่ 2 ผลของการพบเห็นการตลาดอาหารและเครื่องดื่ม ส่วนที่ 3 การจำกัดและความยึดมั่นในตราสินค้าอาหารและเครื่องดื่ม ส่วนที่ 4 ฉลากอาหาร ส่วนที่ 5 พฤติกรรม

การกินอาหารและเครื่องดื่ม ส่วนที่ 6 ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว รายละเอียดของเครื่องมือ อยู่ในบทความที่ได้รับการตีพิมพ์ เรื่องการพัฒนาแบบสอบถามเพื่อประเมินความเข้าใจฉลากโภชนาการแบบจิตใจของเด็กไทยอายุ 10-18 ปี<sup>(21)</sup> และ Development of a questionnaire for assessing the impact of children's food marketing exposure on diet-related outcomes<sup>(22)</sup>

บทความนี้ผู้วิจัยนำข้อมูลจากแบบสอบถามมาใช้ ในบทความนี้เพียง 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 4 ฉลากอาหาร และ ส่วนที่ 6 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 4 ฉลากอาหาร ทีมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างดูภาพฉลากฯ และตอบคำถามทั้งหมดจำนวน 8 ข้อ เพื่อวัดความเข้าใจฉลากฯ ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับการพบเห็นฉลากฯ จำนวน 1 ข้อ คำถามเกี่ยวกับข้อความที่ปรากฏบนฉลากฯ จำนวน 2 ข้อ คำถามเกี่ยวกับปริมาณการบริโภค สารอาหาร และพลังงานที่ปรากฏบนฉลากฯ จำนวน 4 ข้อ และการเปรียบเทียบระหว่างฉลากฯ บนบรรจุภัณฑ์ของนมขมขี้เคว้ง จำนวน 2 ฉลาก ทีมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างดูภาพฉลากฯ 2 ฉลาก ซึ่งมีตัวเลขแสดงปริมาณการบริโภค สารอาหาร และพลังงานแตกต่างกัน จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามจำนวน 1 ข้อ โดยถามว่า “สองรูปนี้เป็นฉลากหวาน มัน เค็ม ของนมขมขี้เคว้ง A และ B ถ้าให้หนูเลือกจากฉลากนมขมขี้เคว้งใดดีต่อสุขภาพมากกว่ากัน”

ส่วนที่ 6 ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว ข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ภูมิภาค เขตการปกครอง ดัชนีมวลกาย และเงินค่าขนมและเครื่องดื่มต่อวัน

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การพัฒนาแบบสอบถามความเข้าใจฉลากโภชนาการแบบจิตใจสำหรับเด็กไทย ใช้การวิจัยรูปแบบผสมวิธี ประกอบด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการวิจัยเอกสารที่เกี่ยวข้อง การประชุมที่ปรึกษาโครงการวิจัย และการสนทนากลุ่มเด็กอายุ 10-18 ปี การวิจัยเชิงปริมาณเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ ด้านโภชนาการ การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยความเที่ยงตรงแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ (1) ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาวิเคราะห์ด้วยดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (2) ความเที่ยงตรงเชิงปรากรูใช้การประเมินความชัดเจนและการใช้ภาษาในแบบ

สอบถาม และการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นใช้วิธีการแบบทดสอบซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า ข้อคำถามเพื่อประเมินความเข้าใจฉลากโภชนาการแบบจิตเอนท์ทั้งหมด 8 ข้อ ผลการทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาด้านความเกี่ยวข้อง มีค่าเท่ากับ 0.95 และความชัดเจน มีค่าเท่ากับ 0.93 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้แก่ ค่า Cronbach's alpha ครั้งที่ 1 เท่ากับ 0.715 และครั้งที่ 2 เท่ากับ 0.835 และค่าสหสัมพันธ์ภายในชั้น ครั้งที่ 1 เท่ากับ 0.709 และครั้งที่ 2 เท่ากับ 0.805 แสดงว่า แบบสอบถามนี้มีความเที่ยงตรงทั้งเชิงเนื้อหาและเชิงปรากรกฎ และมีความเชื่อมั่นในระดับดี<sup>(21)</sup>

**วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้**

การศึกษานี้ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนหรือความถี่ และร้อยละ เพื่ออธิบายและแสดงให้เห็นถึงแบบแผนการกระจายของลักษณะทางประชากรและสังคม การพบเห็นฉลากฯ และความเข้าใจฉลากฯ และการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลแบบไคสแควร์ (Chi-square) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรและสังคม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ภูมิภาค การปกครอง ดัชนีมวลกาย และเงินค่าขนมและเครื่องดื่มต่อวัน การพบเห็นฉลากฯ และความเข้าใจฉลากฯ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และนำเสนอความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยค่า  $p < 0.05$

**การได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย**

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการการติดตามการตลาดอาหารและเครื่องดื่มในเด็กของประเทศไทย ผ่านการพิจารณาคณะกรรมการการวิจัยในคน สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (COA. เลขที่ 2023/07-172)

**ผลการศึกษา**

ผลการศึกษาลักษณะทางประชากรและสังคมของกลุ่มตัวอย่างอายุ 10-18 ปี มีจำนวนทั้งสิ้น 2,113 คน แบ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 47.8 และเพศหญิง ร้อยละ 52.2 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 12.5 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน  $\pm 2.225$ ) ปี 3 ใน 5 ของกลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 10-18 ปี ได้รับการศึกษาในโรงเรียน แบ่งเป็นระดับประถมศึกษา และครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 50.4)พักอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล เมื่อจำแนกตามค่าดัชนีมวลกาย ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ผอม เกือบครึ่งหนึ่งได้รับเงินค่าขนมและเครื่องดื่ม 20-50 บาทต่อวัน ดังตารางที่ 1

**การพบเห็นและความเข้าใจฉลากโภชนาการแบบจิตเอนท์**

การพบเห็นฉลากฯ ของกลุ่มตัวอย่างอายุ 10-18 ปี พบว่า ร้อยละ 94.2 ของกลุ่มตัวอย่างเคยพบเห็นฉลากฯ มีเพียงร้อยละ 5.8 ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยพบเห็นฉลากฯ ส่วนความเข้าใจฉลากฯ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างเข้าใจฉลากฯ โดยร้อยละ 83.3 ของกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามถูกต้องเกี่ยวกับจำนวนพลังงาน (กิโลแคลอรี) ต่อบรรจุภัณฑ์ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าหากตนเองกินขนมของนี้หมดของ ตนเองจะได้รับพลังงานทั้งหมด 320 กิโลแคลอรี รองลงมาคือ ปริมาณไขมันต่อบรรจุภัณฑ์ (ร้อยละ 80.5) และสัดส่วนของปริมาณโซเดียมต่อบรรจุภัณฑ์ (ร้อยละ 77.4) นอกจากนี้ ร้อยละ 39.6 ของกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจข้อความ “คิดเป็นร้อยละของปริมาณที่แนะนำให้บริโภคได้ต่อวัน” ว่าหมายถึงการเปรียบเทียบปริมาณสารอาหารใน 1 ซอง เป็นสัดส่วนต่อปริมาณสารอาหารที่แนะนำให้บริโภคใน 1 วัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรและสังคมของกลุ่มตัวอย่างอายุ 10-18 ปี

ลักษณะทางประชากรและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง	n=2,113	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1,011	47.8
หญิง	1,102	52.2

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรและสังคมของกลุ่มตัวอย่างอายุ 10-18 ปี (ต่อ)

ลักษณะทางประชากรและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง	n=2,113	
	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) (ค่ามัธยฐาน=12 ค่าเฉลี่ย=12.5 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.225 ค่าสูงสุด=18 ค่าต่ำสุด=10)		
10-12	1,289	61.0
13-15	553	26.2
16-18	271	12.8
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	20	1.0
ประถมศึกษา (ป.1-6)	1,260	59.6
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1-3)	562	26.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4-6)	220	10.4
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	48	2.3
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)/ประกาศนียบัตร- วิชาชีพเทคนิค (ปวท.) และมหาวิทยาลัย (ปริญญาตรี)	3	0.1
ภูมิภาค		
ตะวันออกเฉียงเหนือ	641	30.3
กลาง	556	26.3
ใต้	361	17.1
เหนือ	319	15.1
กรุงเทพมหานคร	236	11.2
เขตการปกครอง		
ในเขตเทศบาล	1,064	50.4
นอกเขตเทศบาล	1,049	49.6
ดัชนีมวลกาย <sup>(23)</sup> (ค่ามัธยฐาน=18.4 ค่าเฉลี่ย=19.7 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=4.92 ค่าสูงสุด=43.7 ค่าต่ำสุด=10.4)		
ผอม ( $\leq 18.5$ )	1,076	50.9
ปกติ (18.6-22.9)	583	27.6
น้ำหนักเกินและอ้วน ( $\geq 23$ )	454	21.5
เงินค่าขนมและเครื่องดื่มต่อวัน (บาท) (ค่ามัธยฐาน=40 ค่าเฉลี่ย=45.4 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน= 29.199 ค่าสูงสุด=200 ค่าต่ำสุด=5)		
$\leq 20$	566	26.8
21-50	1,011	47.8
$> 50$	536	25.4

ตารางที่ 2 ความเข้าใจผลลากโภชนาการแบบจิตติเอของกลุ่มตัวอย่างอายุ 10-18 ปี

ความเข้าใจผลลากโภชนาการแบบจิตติเอ	กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความเข้าใจ (n=2,113) จำนวน (ร้อยละ)			
	รวม	เข้าใจ	ไม่เข้าใจ	ไม่ทราบ
1. ควรแบ่งกิน 2 ครั้ง	2,113	1,401 (66.3)	426 (20.2)	286 (13.5)
2. คุณค่าทางโภชนาการต่อ 1 บรรจุกัณฑ์	2,113	1,272 (60.2)	371 (17.6)	470 (22.2)
3. คิดเป็นร้อยละของปริมาณสูงสุดที่บริโภคได้ต่อวัน	2,113	802 (38.0)	837 (39.6)	474 (22.4)
4. พลังงานต่อ 1 บรรจุกัณฑ์ (กิโลแคลอรี)	2,113	1,761 (83.4)	119 (5.6)	233 (11.0)
5. ปริมาณไขมันทั้งหมด (กรัม)	2,113	1,702 (80.6)	191 (9.0)	220 (10.4)
6. ร้อยละของปริมาณโซเดียมต่อวัน	2,113	1,635 (77.4)	241 (11.4)	237 (11.2)

ผลการศึกษาความเข้าใจผลลากฯ ด้วยการเปรียบเทียบระหว่างผลลากฯ บนบรรจุกัณฑ์ของขนมขบเคี้ยว จำนวน 2 ผลลาก ผลการศึกษาพบว่า เกือบ 3 ใน 5 ของกลุ่มตัวอย่าง (จำนวน 1,371 คน คิดเป็นร้อยละ 64.9) เข้าใจผลลากฯ บนบรรจุกัณฑ์ขนมขบเคี้ยวที่ติดต่อสุขภาพได้ถูกต้อง ซึ่งหมายความว่า เด็กไทยเข้าใจว่า ขนมขบเคี้ยว B ดีต่อสุขภาพมากกว่าขนมขบเคี้ยว A

**ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากร การพบเห็นผลลากฯ และความเข้าใจผลลากโภชนาการแบบจิตติเอ**

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากร การพบเห็นผลลากฯ และความเข้าใจผลลากโภชนาการแบบจิตติเอพบว่า ลักษณะทางประชากร ได้แก่ ภูมิภาคสัมพันธ์กับความเข้าใจผลลากฯ ทั้งข้อความที่ปรากฏบนผลลาก ปริมาณการบริโภค สารอาหาร และพลังงานที่ปรากฏบนผลลาก และการเปรียบเทียบระหว่างผลลากฯ บนบรรจุกัณฑ์ของขนมขบเคี้ยว จำนวน 2 ผลลาก ในขณะที่เพศ อายุ ระดับการศึกษา และเงินค่าขนมและเครื่องดื่มสัมพันธ์กับข้อความที่ปรากฏบนผลลาก และดัชนีมวลกายสัมพันธ์กับความเข้าใจผลลากฯ ในส่วนของข้อความควรแบ่งกิน 2 ครั้งและปริมาณไขมันทั้งหมด การพบเห็นผลลากฯ สัมพันธ์กับความเข้าใจผลลากฯ ทั้งข้อความที่ปรากฏบนผลลาก ปริมาณการบริโภค สารอาหาร และพลังงานที่ปรากฏบนผลลาก และการเปรียบเทียบระหว่างผลลากฯ ดังตารางที่ 3

**วิจารณ์**

การศึกษานี้ประเมินความเข้าใจผลลากโภชนาการแบบจิตติเอและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากร การพบเห็นผลลากฯ และความเข้าใจผลลากฯ ผลการศึกษาพบว่า เด็กไทยส่วนใหญ่เข้าใจปริมาณพลังงาน ปริมาณไขมัน และปริมาณโซเดียมต่อบรรจุกัณฑ์ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเม็กซิโกที่ระบุว่า เด็กอายุ 10-17 ปี เข้าใจผลลากโภชนาการแบบจิตติเอมากกว่าผลลากโภชนาการแบบเต็มที่อยู่ด้านหลังบรรจุกัณฑ์<sup>(24)</sup> ทั้งนี้อาจสืบเนื่องมาจากประเทศไทยและเม็กซิโกมีกฎหมายในการใช้ผลลากโภชนาการแบบจิตติเอ ซึ่งกำหนดให้ขนมขบเคี้ยวแสดงค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียมบนผลลาก เพื่อให้ผู้บริโภคเห็นชัดเจนและอ่านเข้าใจง่ายขึ้น<sup>(10,24)</sup> ผู้บริโภคจึงสามารถพบเห็นคุณค่าทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์ได้ทันทีจากตัวเลขด้านหน้าและนำไปใช้ในการเลือกและบริโภคอาหารได้ทันที<sup>(25)</sup> ดังนั้น เมื่อเด็กไทยเห็นตัวเลขปริมาณค่าพลังงาน ไขมัน และโซเดียมด้านหน้าบนผลลาก จึงสามารถระบุและเข้าใจปริมาณสารอาหารดังกล่าวได้

อย่างไรก็ตาม หนึ่งในสามของเด็กไทยไม่เข้าใจข้อความ “คิดเป็นร้อยละของปริมาณที่แนะนำให้บริโภคได้ต่อวัน” สอดคล้องกับการศึกษาของไทย ระบุว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษาของจังหวัดเพชรบุรี นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาของจังหวัดชัยนาท และนักศึกษาในจังหวัดกรุงเทพฯ ตอบผิดใน

ตารางที่ 3 ลักษณะทางประชากรและสังคมและการพบเห็นฉลากฯ สัมพันธ์กับความเข้าใจฉลากฯ

ลักษณะทางประชากรและสังคม และการพบเห็นฉลากฯ ของกลุ่มตัวอย่าง	ความเข้าใจฉลากฯ ของกลุ่มตัวอย่าง (n=2,113)						
	1. ควรแบ่งกิน 2 ครั้ง	2. คุณค่าทางโภชนาการ ต่อ 1 บรรจุภัณฑ์	3. ร้อยละของปริมาณสูงสุดที่บริโภคได้ต่อวัน	4. พลังงาน ต่อ 1 บรรจุภัณฑ์ (กิโลแคลอรี)	5. ปริมาณไขมันทั้งหมด (กรัม)	6. ร้อยละของปริมาณโซเดียมต่อวัน	7. การเปรียบเทียบระหว่างฉลากฯ บนบรรจุภัณฑ์ของขนมขบเคี้ยว จำนวน 2 ฉลาก
เพศ	<0.001*	0.969	0.008	0.842	0.417	0.664	0.031*
อายุ	<0.001*	<0.001*	0.034*	0.619	0.691	0.584	0.001*
ระดับการศึกษา	<0.001*	0.001*	0.151	0.970	0.692	0.134	0.016*
ภูมิภาค	<0.001*	0.007*	<0.001*	<0.001*	<0.001*	<0.001*	<0.001*
เขตการปกครอง	0.005*	0.971	0.884	0.505	0.038*	0.018*	<0.001*
ดัชนีมวลกาย	0.010*	0.389	0.266	0.388	0.014*	0.910	0.337
เงินค่าขนมและเครื่องดื่มต่อวัน	<0.001*	0.001*	0.001*	0.655	0.031	0.418	0.076
การพบเห็นฉลากฯ	<0.001*	<0.001*	<0.001*	<0.001*	<0.001*	<0.001*	<0.001*

\*p<0.05

ข้อคำถามที่เกี่ยวกับปริมาณที่แนะนำให้บริโภคได้ต่อวัน<sup>(26-28)</sup> ผลการศึกษาที่สะท้อนให้เห็นว่า เด็กไม่มีความรู้เกี่ยวกับปริมาณพลังงานและสารอาหารที่ร่างกายควรได้รับใน 1 วัน นอกจากนี้นี้อาจมาจากข้อความดังกล่าวไม่มีรายละเอียดหรืออธิบายให้เด็กทราบว่า ปริมาณสูงสุดที่แนะนำให้บริโภคใน 1 วัน ของสารอาหารที่แสดงแต่ละสารอาหาร มีปริมาณเท่าใด เช่น พลังงานรวม เฉลี่ยไม่ควรเกิน 2,000 กิโลแคลอรี น้ำตาล ไม่ควรเกิน 65 กรัม ไขมันไม่ควรเกิน 65 กรัม โซเดียมไม่ควรเกิน 2,300-2,400 มิลลิกรัม<sup>(29)</sup> ดังนั้น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กระทรวงศึกษาธิการ (ศธ.) และกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) ควรให้ความรู้เกี่ยวกับปริมาณพลังงานและสารอาหารที่ร่างกายควรได้รับในแต่ละวันให้แก่เด็กไทย

ภูมิภาคสัมพันธ์กับความเข้าใจฉลากฯ ทั้งข้อความที่ปรากฏบนฉลาก ปริมาณการบริโภค สารอาหาร และพลังงานที่ปรากฏบนฉลาก และการเปรียบเทียบระหว่างฉลากฯ บนบรรจุภัณฑ์ของขนมขบเคี้ยว จำนวน 2 ฉลากถึงแม้ อย. มีการผลิตคู่มือรณรงค์ให้ความรู้เรื่องฉลาก-โภชนาการแบบจิตดีเอแก่ อสม. และประชาชน<sup>(29)</sup> รวมถึงการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างความเข้าใจฉลากแก่แกนนำชุมชนอาสาสมัคร สื่อวิทยุชุมชน และนักศึกษา แต่การดำเนินงานดังกล่าวไม่ได้ดำเนินการครอบคลุมทุกภูมิภาคของประเทศไทย<sup>(30)</sup> ประกอบกับการอ่านและความเข้าใจฉลากไม่ได้อยู่ในหลักสูตรของสถาบันการศึกษา ดังนั้น เด็กในแต่ละภูมิภาคอาจได้รับความรู้และมีความเข้าใจฉลากฯ แตกต่างกัน

ระดับการศึกษาสัมพันธ์กับความเข้าใจฉลาก ในส่วนข้อความที่ปรากฏบนฉลาก สอดคล้องกับการศึกษาของประเทศไทยที่พบว่า นักศึกษาระดับปริญญาตรีที่มีระดับการศึกษาหรือชั้นปีแตกต่างกันมีความรู้ความเข้าใจฉลากโภชนาการที่ดีแตกต่างกัน<sup>(28)</sup> ทั้งนี้อาจสืบเนื่องมาจากเด็กที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า มีพื้นฐานความรู้ไม่มากเท่าเด็กที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า เพราะเด็กที่มีระดับการศึกษาสูงอาจได้รับความรู้โภชนาการมาก่อนและอาจได้รับความรู้เกี่ยวกับโภชนาการเพิ่มเติมในระหว่างเรียนอยู่<sup>(31)</sup> ในขณะที่ดัชนีมวลกายสัมพันธ์กับความเข้าใจฉลากในส่วนข้อความควรแบ่งกินสองครั้งและปริมาณไขมันทั้งหมด โดยเด็กที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนและปกติเข้าใจฉลากในส่วนข้อความดังกล่าวมากกว่าเด็กที่ผอม เนื่องจากข้อความดังกล่าวเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณของไขมันซึ่งมีปริมาณพลังงานและไขมันสูง<sup>(32)</sup> และหลักฐานทางวิชาการยืนยันว่า การบริโภคอาหารที่มีปริมาณพลังงานและไขมันสูงเหล่านี้สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน<sup>(32)</sup> ดังนั้น เด็กที่มีดัชนีมวลกายแตกต่างกันอาจมีข้อกังวลเกี่ยวกับรูปร่างของตนเอง เด็กจึงสนใจข้อความเกี่ยวกับปริมาณการบริโภคและไขมัน เพราะข้อความดังกล่าวมีผลต่อดัชนีมวลกายและรูปร่างของตนเอง<sup>(31)</sup>

เด็กไทยส่วนใหญ่พบเห็นฉลากโภชนาการแบบจีดีเอและการพบเห็นฉลากดังกล่าวสัมพันธ์กับความเข้าใจฉลาก ทั้งข้อความที่ปรากฏบนฉลาก ปริมาณการบริโภค สารอาหาร และพลังงานที่ปรากฏบนฉลาก และการเปรียบเทียบระหว่างฉลาก สอดคล้องกับการศึกษาของประเทศเม็กซิโก ที่พบว่าร้อยละ 72 ของเด็กเม็กซิโกอายุ 10-17 ปี พบเห็นฉลากโภชนาการแบบจีดีเอ และพบเห็นฉลากโภชนาการแบบจีดีเอมากกว่าฉลากโภชนาการแบบเดิมถึง 2 เท่า<sup>(24)</sup> เพราะทั้งประเทศไทยและเม็กซิโกมีกฎหมายบังคับให้อาหารและเครื่องดื่มต้องแสดงฉลากโภชนาการแบบจีดีเอ<sup>(10,24)</sup> ด้วยเหตุนี้ เด็กไทยและเม็กซิโกจึงพบเห็นฉลาก ในส่วนผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการพบเห็นฉลาก และความเข้าใจฉลาก ของการศึกษานี้ พบว่า สอดคล้องกับการศึกษาของประเทศไทยที่ระบุว่า คนไทย 1 ใน 10 คน ที่มีอายุตั้งแต่ 10-มากกว่า 60 ปี พบเห็นฉลากโภชนาการแบบจีดีเอมีความเข้าใจฉลากดังกล่าว<sup>(16)</sup> ดังนั้น อย. ศธ. และ อว. ควรปรับปรุงมาตรการด้านความรู้ด้านอาหาร

(food literacy) ให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ด้วยการพัฒนาและยกระดับความรู้ด้านโภชนาการและการอ่านฉลากในเด็กไทย

จุดแข็งที่สำคัญประการหนึ่งของการศึกษานี้คือวิธีการสุ่มตัวอย่างซึ่งช่วยให้ได้ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนเด็กไทยอายุ 10-18 ปี ระดับประเทศ และวิธีการสำรวจที่ทำให้สามารถเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างได้อย่างกว้างขวาง รวมถึงกลุ่มเด็กที่ไม่ได้รับการศึกษาและกลุ่มเด็กไม่มีอินเทอร์เน็ตใช้ การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือ การศึกษาแบบภาคตัดขวาง ไม่สามารถระบุความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ ดังนั้น ควรมีการศึกษาวิจัยระยะยาว เพื่อตรวจสอบทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างการพบเห็นฉลาก และความเข้าใจฉลากดังกล่าวเพิ่มเติม อีกทั้งการศึกษานี้ไม่ได้ระบุปัจจัยที่เป็นไปได้อื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความเข้าใจฉลาก เช่น การใช้ฉลาก การเลือกและการบริโภคอาหาร<sup>(16)</sup> ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ และทัศนคติที่มีต่อรูปแบบฉลาก<sup>(16)</sup> การวิจัยในอนาคตควรศึกษาปัจจัยเหล่านี้ร่วมด้วย

ถึงแม้เด็กไทยเข้าใจตัวเลขบนฉลาก แต่เด็กไทยบางส่วนยังไม่เข้าใจและไม่ทราบความหมายของข้อความ “ควรแบ่งกิน 2 ครั้ง” และ “คุณค่าทางโภชนาการต่อ 1 บรรจุภัณฑ์” และเด็กไทยส่วนใหญ่ไม่เข้าใจและไม่ทราบความหมายของข้อความร้อยละของปริมาณสูงสุดที่บริโภคได้ต่อวันของฉลาก ดังนั้น อย. ควรร่วมมือกับ ศธ. และ อว. ปลุกฝังความรู้หรือบรรจุความรู้เกี่ยวกับโภชนาการและฉลาก ลงในหลักสูตรการศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษาจนถึงระดับอุดมศึกษา เพื่อสร้างความเข้าใจฉลาก ที่ถูกต้องให้กับเด็ก อันนำไปสู่การเลือกอาหารได้อย่างเหมาะสม

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในการให้ทุนสนับสนุนการศึกษา บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการการติดตามการตลาดอาหารและเครื่องดื่มในเด็กของประเทศไทย รหัสโครงการ 66-00117 ภายใต้โครงการวิจัยระบบการจัดการอาหารเพื่อสุขภาพตลอดห่วงโซ่ และมาตรการลดการเข้าถึงอาหารที่มีปริมาณไขมัน น้ำตาล และโซเดียมสูง ของคนไทย ข้อตกลงเลขที่ 66-P2-0245

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Obesity and overweight. Geneva: World Health Organization; 2024.
2. วิชัย เอกพลากร, ลัดดา เหมาะสุวรรณ, นิชรา เรืองดารกานนท์, วราภรณ์ เสถียรนพเกล้า, ทัศนัย พรคนเจริญ. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557: สุขภาพเด็ก. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2561.
3. Nogueira-de-Almeida CA, Weffort VRS, Ued FdV, Ferraz IS, Contini AA, Martinez EZ, et al. What causes obesity in children and adolescents?. *Jornal de Pediatria* 2024;100:S48-S56.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2564.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2561.
6. Ejigu BA, Tiruneh FN. The link between overweight/obesity and noncommunicable diseases in Ethiopia: evidences from nationwide WHO STEPS survey 2015. *Int J Hypertens* 2023;2023:2199853.
7. Okunogbe A, Nugent R, Spencer G, Ralston J, Wilding J. Economic impacts of overweight and obesity: current and future estimates for eight countries. *BMJ Global Health* 2021;6(10):e006351.
8. Bhattacharya S, Saleem SM, Bera OP. Prevention of childhood obesity through appropriate food labeling. *Clin Nutr ESPEN* 2022;47:418-21.
9. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 374) พ.ศ. 2559 เรื่อง อาหารที่ต้องแสดงฉลากโภชนาการ และค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียมแบบจีดีเอ. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 133, ตอนพิเศษ 92 ง (ลงวันที่ 21 เมษายน 2559).
10. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 394) พ.ศ. 2561 เรื่อง อาหารที่ต้องแสดงฉลากโภชนาการ และค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียมแบบจีดีเอ. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 135, ตอนพิเศษ 264 ง (ลงวันที่ 22 ตุลาคม 2561).
11. Sindhu S, Madaiah M. Impact of educational intervention in promoting KAP of food label information to make healthier food choices among adolescents in Bangalore City. *J Family Med Prim Care* 2023;12(7):1371-8.
12. กานต์รวี มั่งมี. ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้าใจฉลากโภชนาการภาคบังคับและการส่งเสริมการขายเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลกับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลของผู้บริโภคในจังหวัดนนทบุรี. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2561.
13. Chantaradee P. Understanding and usage of nutrition labeling among type 2 diabetes patients. Nakornpathom: Mahidol University; 2003.
14. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, กระทรวงสาธารณสุข. การพัฒนาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนในโรงเรียน. น้อย เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs). นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2560.
15. แผนงานวิจัยนโยบายอาหารและโภชนาการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ, มูลนิธิเพื่อการพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ, สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. การศึกษาความเข้าใจและการใช้ฉลากโภชนาการหน้าบรรจุภัณฑ์ (front-of-pack labeling) ของประชากรไทย. นนทบุรี: แผนงานวิจัยนโยบายอาหารและโภชนาการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ; 2558.
16. Pongutta S, Tantayapirak P, Paopeng C. Packaged food consumption and understanding of front-of-pack labels in urban Thailand. *Public Health* 2019;172:8-14.
17. Nohlen HU, Bakogianni I, Grammatikaki E, Ciriolo E, Pantazi M, Dias J, et al. Front-of-pack nutrition labelling schemes: an update of the evidence. Addendum to the JRC science for policy report “front-of-pack nutrition labelling” schemes: a comprehensive review. Luxembourg: Office of the European Union; 2022.
18. นงนุช จินดารัตนภรณ์, สลักจิต ชื่นชม, กษมา ยาโกะ. การติดตามการตลาดอาหารและเครื่องดื่มในเด็กของประเทศไทย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2567.
19. กองสถิติพยากรณ์. จำนวนประชากรคาดประมาณเป็นรายอายุ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2566.
20. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. New York: Harper & Row; 1973.
21. นงนุช จินดารัตนภรณ์, สลักจิต ชื่นชม, กษมา ยาโกะ. การพัฒนาแบบสอบถามเพื่อประเมินความเข้าใจฉลากโภชนาการแบบจีดีเอของเด็กไทยอายุ 10-18 ปี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2567;33(6):1040-50.

22. Jindarattanaporn N, Kelly B, Punpuing S, Phulkerd S. Development of a questionnaire for assessing the impact of children's food marketing exposure on diet-related outcomes. *BMJ Nutrition, Prevention & Health* 2024;7(1):174-82.
23. Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatric Obesity* 2012;7(4):284-94.
24. Hammond D, Acton RB, Rynard VL, White CM, Vanderlee L, Bhawra J, et al. Awareness, use and understanding of nutrition labels among children and youth from six countries: findings from the 2019-2020 International Food Policy Study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2023;20(1):55.
25. สุภาพร เขยชิด, ธนัญฐธมน มัธยะจันทร์. การอ่านฉลากโภชนาการ: ความสำคัญที่ควรเริ่มต้นในเด็ก. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน* 2565;9(2):55-69.
26. อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, ฤทัยวรรณ แก้วมาลัย, นิศาชล ตันติภิรมย์, ปริญญาพร ชาวบ้านเกาะ, เบญจรัตน์ เอี่ยมสะอาด. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการในเด็กวัยเรียน: กรณีศึกษาจังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน* 2563;6(2):70-82.
27. Arunmuang A, Maitreemit P. The role of GDA nutrition labelling of young FDA leaders at of secondary school in Chainat Province. *Interprofessional Journal of Health Sciences* 2016;14(2):47-58.
28. Klaydum T. A study of knowledge and attitude of Faculty of Home Economics Technology, Rajamangala University of Technology Phra Nakhon students' towards the nutrition labeling formats GDA. Bangkok: Rajamangala University of Technology Phra Nakhon; 2017.
29. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. คู่มือรณรงค์ให้ความรู้เรื่องฉลากโภชนาการแบบจีดีเอ (GDA) ฉบับ อสม. และประชาชน. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2555.
30. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. อย. รวมพลังเครือข่ายภาคประชาชน เร่งรณรงค์ "ฉลาดบริโภค ต้องอ่านฉลาก". นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2568.
31. Som N, Mukhopadhyay S. Body weight and body shape concerns and related behaviours among Indian urban adolescent girls. *Public Health Nutr* 2015;18(6):1075-83.
32. Flieth SM, Miguel-Berges ML, González-Gil EM, Gottrand F, Censi L, Widhalm K, et al. The association between portion sizes from high-energy-dense foods and body composition in European adolescents: The HELENA Study. *Nutrients* 2021;13(3):954.

## A Study on Thai Children’s Understanding of Monochrome Guideline Daily Amount (GDA) Nutrition Label and Related Factors

Nongnuch Jindarattanaporn, Salakjit Chuenchom

*Institute for Population and Social Research, Mahidol University*

---

### Abstract

Childhood and adolescent obesity is a critical public health issue in Thailand, with a rising trend attributed to unhealthy eating behaviors. The Guideline Daily Amounts (GDA) nutrition label is a key tool in promoting informed food choices among children. This study aimed to assess GDA label understanding among Thai children aged 10–18 years and examine associated demographic and social factors. Secondary data were obtained from the 2023 Thai Food and Beverage Marketing Monitoring Project, using a cross-sectional quantitative design. A total of 2,113 participants from 11 provinces nationwide were surveyed using a validated and reliable questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and chi-square tests. The results showed that 83.3% of respondents correctly answered questions about energy per package, while 80.5% and 77.4% correctly identified fat and sodium contents, respectively. However, 40% of participants did not understand the phrase “percent of recommended amount.” Factors significantly associated with label understanding included gender, age, education level, region, body mass index, pocket money, and GDA label exposure ( $p < 0.05$ ). The findings underscore the need to enhance nutrition label literacy among Thai youth as part of effective obesity prevention policies.

**Keywords:** understanding; monochrome GDA nutritional label; Thai children

## องค์ประกอบและปัจจัยในการพัฒนาตลาดเขียว

ภัทราภรณ์ จิ่งเลิศศิริ, จงจิตต์ ฤทธิรงค์, พิมลพรรณ นิตยัณรา  
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

### บทคัดย่อ

ตลาดเขียวหมายถึงพื้นที่ในชุมชนเพื่อซื้อขายอาหารปลอดภัยและ/หรือผลผลิตอินทรีย์โดยส่งตรงจากผู้ผลิตสู่ผู้บริโภค ผ่านการรับรองมาตรฐานการผลิตอย่างมีส่วนร่วมในกลุ่มสมาชิก กระบวนการผลิตจนถึงการจัดจำหน่าย คำนึงถึงสุขภาพ ใสใจสิ่งแวดล้อม รู้แหล่งที่มา ขายในราคาที่เป็นธรรม ตลาดเขียวจึงเป็นกลไกเชิงเศรษฐกิจที่สามารถลดความยากจนของ เกษตรกรและยังช่วยสร้างระบบอาหารยั่งยืนให้เกิดขึ้นในชุมชนได้ อย่างไรก็ตาม ตลาดเขียวมักตั้งอยู่ในเขตเมืองที่ผู้บริโภค มีกำลังซื้อสูง ทำให้ผู้บริโภคบางกลุ่มไม่สามารถเข้าถึงอาหารปลอดภัยในราคาที่เป็นธรรมได้ นอกจากนี้ ตลาดเขียวบางแห่ง ไม่สามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง บทความนี้นำเสนอองค์ประกอบหลักและปัจจัยเสริมในการสร้างตลาดเขียว รวมถึง ข้อเสนอเชิงนโยบายในการสนับสนุนและพัฒนาตลาดเขียวในประเทศไทยเพื่อให้ระบบอาหารของประเทศเกิดความยั่งยืน โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้จัดการตลาดเขียวและอภิปรายกลุ่มร่วมกับเกษตรกรและผู้ประกอบการที่เป็น สมาชิกในตลาดเขียวใน 4 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ อุบลราชธานี นครปฐม และพัทลุง ซึ่งเป็นกรณีความสำเร็จของตลาด เขียวที่มีอายุการดำเนินงาน 10 ปีขึ้นไป การศึกษานี้พบว่าองค์ประกอบหลักและปัจจัยเสริมในการสร้างตลาดเขียว อย่างยั่งยืน องค์ประกอบหลักได้แก่ (1) สถานที่พร้อมสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ซื้อและผู้ขายด้วยอัตราค่าเช่าแผง ที่ไม่เป็นภาระแก่เกษตรกร (2) สินค้าหลากหลายจากในชุมชนหรือชุมชนใกล้เคียงเพื่อลดต้นทุนการเก็บรักษาและขนส่งสินค้า (3) ข้อตกลงระหว่างสมาชิกในตลาดเขียว (participatory guarantee system; PGS) และ (4) ผู้จัดการตลาดที่เข้มแข็ง และมีภาวะผู้นำ ปัจจัยเสริมได้แก่ (1) กิจกรรมส่งเสริมวัฒนธรรมหรือนันทนาการเพื่อดึงดูดสมาชิกครอบครัวของผู้บริโภค (2) ช่องทางการขายสินค้าออนไลน์ และ (3) ทักษะการสื่อสารของเกษตรกรเพื่อสื่อสารแหล่งที่มาและกระบวนการผลิต สินค้า ทั้งนี้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่งมีความพยายามดำเนินการจัดตั้งตลาดเขียว จึงควรสำรวจและส่งเสริม ให้มีองค์ประกอบหลักครบถ้วนตอบสนองความต้องการของผู้ซื้อและผู้ขาย รวมทั้งสนับสนุนปัจจัยเสริมเพื่อสร้างตลาด เขียวอย่างยั่งยืนให้เป็นกลไกสร้างความเติบโตของเศรษฐกิจชุมชนและความมั่นคงของระบบอาหารให้เกิดขึ้นในระดับท้องถิ่น

**คำสำคัญ:** ตลาดเขียว; ระบบอาหารยั่งยืน; เกษตรอินทรีย์; เกษตรกร; การเติบโตของเศรษฐกิจ; การฟื้นคืน

วันรับ: 18 มี.ค. 2568

วันแก้ไข: 27 เม.ย. 2568

วันตอบรับ: 30 เม.ย. 2568

### บทนำ

วิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540 ส่งผลให้เกิดการเคลื่อนไหว ของเครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือกในหลายระดับ หนึ่งใน กิจกรรมที่เกิดขึ้นคือการจัดตั้งตลาดเขียวในระดับท้องถิ่น

เพื่อให้เกิดระบบการซื้อขายสินค้าโดยตรงระหว่างผู้ผลิต และผู้บริโภค เป็นช่องทางในการกระจายผลผลิตที่มีจำนวนมาก สร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจให้กับครัวเรือนเกษตรกร และ เพื่อให้เป็นพื้นที่ปลอดภัยจากบรรษัทการเกษตร ขนาดใหญ่ โดยการสร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้ผลิต

และผู้บริโภคให้สอดคล้องกันบนพื้นฐานของความปลอดภัย การรักษาความหลากหลาย ความเป็นธรรม และความยั่งยืน<sup>(1)</sup>

ตลาดเขียวเกิดขึ้นจากแนวคิดที่ต้องการส่งเสริมการผลิตสินค้าเกษตรอินทรีย์และผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้บริโภค การผลิตสินค้าเกษตรในรูปแบบนี้ได้รับความสนใจอย่างมากในกลุ่มผู้บริโภค โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มคนที่มีรายได้สูง เนื่องจากเป็นกลุ่มที่เริ่มปรับพฤติกรรมการบริโภคและให้ความสำคัญกับการรักษาสิ่งแวดล้อมและการรับผิดชอบต่อสังคมมากขึ้น โดยส่วนใหญ่ตลาดเขียวจึงเป็นการดำเนินกิจกรรมภายใต้แนวคิดที่มีวัตถุประสงค์เพื่อกระจายผลิตภัณฑ์และสินค้าให้กับผู้บริโภคได้โดยตรงกับความต้องการและให้คุณค่าสูงสุดแก่ผู้บริโภค<sup>(2)</sup> โครงการตลาดเขียว คือ พื้นที่ซื้อขายแลกเปลี่ยนผลผลิตอินทรีย์จากผู้ผลิตสู่ผู้บริโภคในรูปแบบต่างๆ เช่น การจัดตลาดนัดประจำสัปดาห์หรือตลาดประจำเดือน การส่งตรงผลผลิตจากผู้ผลิตสู่ผู้บริโภคในระบบสมาชิกด้วยความตระหนักและเรียนรู้ระหว่างผู้ผลิตและผู้บริโภคทั้งในด้านของการพัฒนาการตลาดเพื่อสนับสนุนสินค้าที่ปลอดภัย เป็นธรรม ดีต่อสุขภาพ ในขณะที่เดียวกันก็สร้างความยั่งยืนต่อชุมชนและระบบนิเวศ<sup>(3)</sup> โครงการสนับสนุนวิชาการและบูรณาการระบบอาหารสุขภาพสู่การสร้างสรรคผลเมืองอาหารสำรวจตลาดเขียวใน พ.ศ. 2565 พบว่ามีจำนวนทั้งสิ้น 87 แห่ง ได้แก่ ภาคกลาง 34 แห่ง ภาคเหนือ 32 แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 8 แห่ง ภาคใต้ 13 แห่ง<sup>(3)</sup> อย่างไรก็ตาม ตลาดเขียวไม่ได้มีที่ตั้งอยู่ในทุกจังหวัด และยังมีเข้าถึงแค่กลุ่มผู้บริโภคที่สามารถเดินทางไปยังตลาดได้ และมีกำลังซื้อ ดังนั้นตลาดเขียวจึงมีโอกาสดังตั้งให้เกิดขึ้นในชุมชนทุกฐานเศรษฐกิจและสังคม เพื่อสร้างความเป็นธรรมทั้งต่อเกษตรกรผู้ขายและผู้บริโภคให้ได้เข้าถึงสินค้าเกษตรอินทรีย์

นิยามตลาดเขียวในการศึกษานี้หมายถึง “พื้นที่ในชุมชนเพื่อซื้อขายอาหารปลอดภัยและ/หรือผลผลิตอินทรีย์ โดยส่งตรงจากผู้ผลิตสู่ผู้บริโภค ผ่านการรับรองมาตรฐานการผลิตอย่างมีส่วนร่วมในกลุ่มสมาชิก กระบวนการผลิตจนถึงการจัดจำหน่าย คำนึงถึงสุขภาพ ใส่ใจสิ่งแวดล้อม รู้แหล่งที่มา ขายในราคาที่เป็นธรรม”<sup>(3-5)</sup> ดังนั้นการพัฒนาตลาดเขียวเป็นการสนับสนุนสินค้าที่ปลอดภัย เป็นธรรม ดีต่อสุขภาพ ในขณะที่เดียวกันก็สร้างความยั่งยืนต่อชุมชน

และระบบนิเวศ อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ไม่รวมสถานที่จำหน่ายสินค้าเกษตรอินทรีย์ที่ดำเนินการโดยห้างสรรพสินค้า ตลาดเขียว หรือ ตลาดนัดสีเขียว ตามนิยามของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ระบุว่าม็อดค์ประกอบ 4 ด้าน คือ

1) พื้นที่ (Place) คือ พื้นที่จำหน่ายอาหารและสินค้าจากเกษตรกรในชุมชนที่ปลอดภัย ใส่ใจคุณภาพและสิ่งแวดล้อม

2) ผลผลิต (Produce) ตลาดเขียวจะต้องรวมผลผลิตอินทรีย์จากเกษตรกรและผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพที่ผ่านการรับรองมาตรฐานอย่างมีส่วนร่วม (participatory guarantee system; PGS)

3) กระบวนการ (Process) คือ กระบวนการผลิตจนถึงการจัดจำหน่าย คำนึงถึงสุขภาพ ใส่ใจสิ่งแวดล้อม รู้แหล่งที่มา ขายในราคาที่เป็นธรรม

4) ผู้คน (People) คือ ทุกคนเป็นเจ้าของและร่วมมือสร้างคุณภาพตลาดสีเขียว

แม้ว่าสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จะได้ให้องค์ประกอบของตลาดเขียวไว้แล้ว แต่จากการศึกษาพบว่า ยังมีองค์ประกอบเพิ่มเติมที่จะส่งเสริมการสร้างตลาดเขียวอย่างยั่งยืน โดยม็อดค์ประกอบหลักคือ (1) สถานที่พร้อมสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ซื้อและผู้ขายด้วยอัตราค่าเช่าแผงที่ไม่เป็นภาระแก่เกษตรกร (2) สินค้าหลากหลายจากในชุมชนหรือชุมชนใกล้เคียงเพื่อลดต้นทุนการเก็บรักษาและขนส่งสินค้า (3) ข้อตกลงระหว่างสมาชิกในตลาดเขียว (participatory guarantee system; PGS) และ (4) ผู้จัดการตลาดที่เข้มแข็งและมีภาวะผู้นำ บัณฑิตเสริม ได้แก่ (1) กิจกรรมส่งเสริมวัฒนธรรมหรือนันทนาการเพื่อดึงดูดสมาชิกครอบครัวของผู้บริโภค (2) ช่องทางการขายสินค้าออนไลน์ และ (3) ทักษะการสื่อสารของเกษตรกรเพื่อสื่อสารแหล่งที่มาและกระบวนการผลิตสินค้า

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอองค์ประกอบหลักและบัณฑิตเสริมในการสร้างตลาดเขียว รวมถึงข้อเสนอเชิงนโยบายในการสนับสนุนและพัฒนาตลาดเขียวในประเทศไทยเพื่อให้ระบบอาหารของประเทศเกิดความยั่งยืน โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้จัดการตลาดเขียวและอภิปรายกลุ่มร่วมกับเกษตรกรและผู้ประกอบการที่เป็น

สมาชิกในตลาดเขียวใน 4 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ อุบลราชธานี นครปฐม และพัทลุง ซึ่งเป็นกรณีความสำเร็จของตลาดเขียว ที่มีอายุการดำเนินงาน 10 ปีขึ้นไป

### วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ดำเนินการโดยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ระหว่างสิงหาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2566 โดยการสัมภาษณ์ ระดับลึกผู้จัดการตลาดเขียวและอภิปรายกลุ่มร่วมกับ เกษตรกรและผู้ประกอบการที่เป็นสมาชิกในตลาดเขียว 4 แห่ง ได้แก่ช่วงเกษตรอินทรีย์ จังหวัดเชียงใหม่ (จัดตั้งตลาดเมื่อ พ.ศ. 2538) ตลาดสุขใจ จังหวัดนครปฐม (จัดตั้งตลาดเมื่อ พ.ศ. 2553) ตลาดใต้โหนด จังหวัดพัทลุง (จัดตั้งตลาดเมื่อ พ.ศ. 2553) และตลาดกินสบายใจ จังหวัดอุบลราชธานี (จัดตั้งตลาดเมื่อ พ.ศ. 2558) เนื่องจากเป็น ตลาดที่ให้บริการได้อย่างต่อเนื่องและดำเนินการมากกว่า 10 ปี การคัดเลือกเกษตรกรเพื่อเข้าร่วมอภิปรายกลุ่มเป็นไป ตามความสมัครใจของเกษตรกรในตลาดแต่ละแห่ง

การดำเนินงานมีแนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้จัดการ ตลาดเขียว ได้แก่ บทบาทในตลาดเขียว ประสบการณ์ในการทำงานในตลาดเขียว กฎกติกาหรือข้อตกลงระหว่างสมาชิก

ของตลาดเขียว ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับตลาดเขียว และองค์ประกอบและปัจจัยในการพัฒนาตลาดเขียว ส่วนแนว คำถามในการอภิปรายกลุ่ม ได้แก่ บทบาทของผู้เข้าร่วมวิจัย ในตลาดเขียว ประสบการณ์ในการเข้ามามีส่วนร่วมในตลาด เขียว ความคาดหวังจากตลาดเขียว องค์ประกอบและปัจจัย ในการพัฒนาตลาดเขียว รวมทั้งอุปสรรคและโอกาสในการ พัฒนาตลาดเขียว ผู้เข้าร่วมวิจัยมี 2 ส่วนตามวิธีการศึกษา ได้แก่ การสัมภาษณ์ระดับลึกผู้จัดการตลาด ตลาดละ 1 คน และการอภิปรายกลุ่มเกษตรกรและผู้ประกอบการที่เป็น สมาชิกของตลาดเขียว ช่วงเกษตรอินทรีย์ จังหวัดเชียงใหม่ มีผู้เข้าร่วมอภิปรายกลุ่ม 6 คน มีประสบการณ์เข้าร่วม ตลาดเขียวเฉลี่ย 8.6 ปี ตลาดสุขใจ จังหวัดนครปฐม มีผู้- เข้าร่วมอภิปรายกลุ่ม 4 คน มีประสบการณ์เข้าร่วมตลาดเขียว เฉลี่ย 8 ปี ตลาดใต้โหนด จังหวัดพัทลุง มีผู้เข้าร่วมอภิปราย กลุ่ม 10 คน มีประสบการณ์เข้าร่วมตลาดเขียวเฉลี่ย 5.3 ปี และตลาดกินสบายใจ จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้เข้าร่วม อภิปรายกลุ่ม 22 คน มีประสบการณ์เข้าร่วมตลาดเขียว เฉลี่ย 5.8 ปี ดังตารางที่ 1

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ยึดหลักการวิเคราะห์ข้อมูล ตามทฤษฎีฐานราก (Grounded Theory)<sup>(6)</sup> เพื่อสร้าง องค์ความรู้จากข้อมูลภาคสนามอย่างเป็นระบบและมี

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของผู้เข้าร่วมวิจัย

การสัมภาษณ์ระดับลึก	จำนวนผู้เข้าร่วมวิจัย		อายุผู้ให้สัมภาษณ์ (ปี)		ประสบการณ์เข้าร่วม ตลาดเขียว (ปี)	
	ชาย	หญิง				
ผู้จัดการตลาด						
เชียงใหม่		1	42			11
อุบลราชธานี	1		43			8
นครปฐม		1	32			5
พัทลุง		1	64			9
การอภิปรายกลุ่ม	จำนวนผู้เข้าร่วมวิจัย		อายุผู้เข้าร่วมวิจัย		ประสบการณ์เข้าร่วม ตลาดเขียว	
ผู้จัดการตลาด	ชาย	หญิง	ช่วงอายุ (ปี)	อายุเฉลี่ย (ปี)	ระยะเวลา	ระยะเวลา
เชียงใหม่	3	3	27-73	53.3	2-12	8.6
อุบลราชธานี	6	16	29-67	49.6	0.08-8	5.8
นครปฐม	3	1	40-63	48.8	7-9	8
พัทลุง	3	7	54-80	61.4	2-9	5.3

โครงสร้าง โดยเน้นการสังเคราะห์แนวคิด (concept) และกระบวนการพัฒนาทฤษฎี (Theory Generation) อันเกิดจากประสบการณ์ตรงของผู้ให้ข้อมูลภาคสนาม เป็นการวิเคราะห์ที่เน้นการสร้างรหัส (codes) จากข้อมูลจริง ไม่ใช่จากทฤษฎีที่มีอยู่เดิม

คณะผู้วิจัยประชุมกันเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลโดยกำหนดรหัสเพื่อจำแนกข้อมูล (open coding) เพื่อแยกแยะหน่วยข้อมูลย่อยที่สะท้อนประสบการณ์ทัศนคติหรือมุมมองของผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานของตลาดเขียว ต่อมาได้ดำเนินการ จัดกลุ่มรหัส (axial coding) เพื่อเชื่อมโยงรหัสที่ได้กับแกนกลางของประเด็นสำคัญ เช่น องค์ประกอบหลักในการดำเนินงานตลาดเขียว ได้แก่ สถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก ความหลากหลายของสินค้า ข้อตกลงระหว่างสมาชิกตลาด และภาวะผู้นำของผู้จัดการตลาด โดยแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างองค์ประกอบต่างๆ ซึ่งสะท้อนถึงปัจจัยที่ส่งเสริมความยั่งยืนของตลาดเขียว

ขั้นตอนสุดท้ายเป็นกระบวนการ เลือกแก่นแกนกลาง (selective coding) เพื่อระบุแก่นแนวคิดหลัก (core category) ซึ่งในการศึกษานี้คือ “การพัฒนาตลาดเขียวอย่างยั่งยืน” อันประกอบด้วยทั้งองค์ประกอบหลักและปัจจัยเสริม

#### การรับรองจริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม-การวิจัย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล COA. No. 2023/05-117 เมื่อวันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2566

## ผลการศึกษา

ข้อสรุปจากการสัมภาษณ์ผู้จัดการตลาดเขียวและการอภิปรายกลุ่มร่วมกับเกษตรกรและผู้ประกอบการในตลาดเขียวทั้ง 4 แห่ง พบว่า มีองค์ประกอบในการสร้างตลาดเขียวให้ยั่งยืนและปัจจัยเสริมในการสร้างตลาดเขียวให้ยั่งยืน

#### องค์ประกอบในการสร้างตลาดเขียวให้ยั่งยืน

1. สถานที่พร้อมสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ซื้อและผู้ขาย ด้วยอัตราค่าเช่าแผงที่ไม่เป็นภาระแก่เกษตรกร

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ระบุถึงพื้นที่จำหน่ายอาหารและสินค้าว่าเป็นหนึ่งในองค์ประกอบสำคัญของการสร้างตลาดเขียว ข้อมูลจากการศึกษานี้ยืนยันว่า พื้นที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของการสร้างตลาดเขียวที่ยั่งยืน อย่างไรก็ตาม พื้นที่หรือสถานที่ตั้งตลาดเขียวจะต้องมีสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ซื้อและผู้ขาย และคิดอัตราค่าเช่าแผงที่ไม่เป็นภาระแก่เกษตรกร จากการสำรวจตลาดเขียว 4 แห่ง พบว่า ทุกแห่งมีสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ซื้อและผู้ขาย เช่น โต๊ะ เก้าอี้ จัดเตรียมไว้ให้ขายสินค้า ไฟฟ้าและน้ำประปา ห้องน้ำ ที่จอดรถ รวมทั้งโต๊ะเก้าอี้สำหรับผู้ซื้อได้นั่งรับประทานหรือพักผ่อน อย่างไรก็ตาม คณะผู้วิจัยพบว่า ช่วงเกษตรกรอินทรีย์ จ.เชียงใหม่ ไม่มีที่นั่งให้ผู้ซื้อรับประทานอาหาร เนื่องจากช่วงเกษตรกรอินทรีย์เน้นขายของสดและวัตถุดิบในการปรุงอาหารมากกว่าอาหารปรุงสุก

ตลาดทั้ง 4 แห่งคิดค่าเช่าแผงไม่สูงนัก ทำให้ไม่เป็นการกีดกันทางการเงินของเกษตรกร สามารถดึงดูดเกษตรกรให้เข้ามาเป็นสมาชิกตลาด และเป็นสมาชิกได้ยาวนาน ตลาดเขียวแต่ละแห่งมีวิธีคิดอัตราค่าเช่าที่แตกต่างกันออกไป ตลาดสุขใจ จ.นครปฐม เก็บค่าเช่าแคร์เพื่อจำหน่ายผลผลิตแคร์ละ 70 บาทต่อหนึ่งแคร์ต่อวัน และจ่ายค่าน้ำค่าไฟ ไม่เกิน 180 บาทต่อสัปดาห์

ตลาดได้โหนด จ.พัทลุง คิดอัตราค่าเช่าแผงตาม “อัตรารายได้” ตลาดนี้จะแบ่งเป็นโซนและมีผู้ดูแลเรียกว่าหัวหน้าโซน หัวหน้าโซนจะเป็นผู้สังเกตและประเมินรายได้ในระยะเวลาประมาณ 1 เดือน เช่น แผงขายผัก 40-50 บาทต่อครั้ง แผงข้าวแกง 300-400 บาทต่อครั้ง โดยอัตราแผงข้าวแกงสูงกว่าแผงผัก ส่วนค่าไฟคิดค่าบริการดวงละ 10 บาท ซึ่งจัดสรรเป็นค่าไฟและค่าน้ำ หากไม่พอผู้จัดการตลาดจะจัดสรรเงินจากค่าบริการจอตลอดมาสมทบ การประเมินค่าเช่าตามอัตรารายได้เป็นระบบที่สร้างความเป็นธรรมให้เกิดขึ้นระหว่างผู้ค้ากันเอง

ช่วงเกษตรกรอินทรีย์ จ.เชียงใหม่ คิดค่าเช่าแผงเพื่อขายสินค้าในตลาดเป็นอัตราคงที่ คือ 50 บาทต่อ 1 โต๊ะต่อวัน หากร้านใดมีเครื่องใช้ไฟฟ้าชิ้นใหญ่จะมีค่าไฟเพิ่ม 10 บาทต่อวัน โดยตลาดจัดเก็บค่าเช่าแผงเป็นรายเดือน

ตลาดกินสบายใจ ห้างสุรนีย์ จ.อุบลราชธานี ไม่เก็บค่าเช่าแผง เนื่องจากห้างสุรนีย์ได้เอื้อเพื่อสถานที่ขายสินค้า

ให้เกษตรกร แม้ว่าจะไม่มีการเก็บค่าเช่าแผง แต่สมาชิกตลาดได้ตกลงกันว่าควรมีเงินกองกลางของตลาด โดยเก็บค่าบริการโต๊ะละ 20 บาทต่อสัปดาห์ที่มาจำหน่ายสินค้าเพื่อใช้สำหรับการดำเนินงานด้านต่างๆ เช่น กองทุนสวัสดิการของตลาด การทำผ้ากันเปื้อนของสมาชิกตลาด ซึ่งสมาชิกของตลาดเป็นผู้บริหารจัดการเงินกองทุน

## 2. สินค้าหลากหลายจากในชุมชนหรือชุมชนใกล้เคียงเพื่อลดต้นทุนเก็บรักษาและขนส่งสินค้า

ตลาดเขียวทั้ง 4 แห่งมีสินค้าหลากหลายและเป็นสินค้าที่มาจากแหล่งใกล้เคียง สินค้าเกษตรอินทรีย์มีทั้งผัก ผลไม้ ข้าว ธัญพืช เนื้อสัตว์ อาหารปรุงสุก ของหวาน ซึ่งเป็นประเภทสินค้าพื้นฐานที่ทั้ง 4 ตลาดมีขาย บางตลาดมีสินค้าที่แตกต่างจากตลาดอื่นๆ เช่น ตลาดสุขใจ มีนมแพะ โยเกิร์ตชีส แต่ละตลาดจะมีสินค้าที่เป็นเอกลักษณ์ต่างกัน เช่น ผักผลไม้พื้นบ้าน อาหารพื้นเมือง เป็นสิ่งดึงดูดผู้ซื้อและนักท่องเที่ยวได้เป็นอย่างดี

ตลาดทั้ง 4 แห่งขายสินค้าจากแหล่งผลิตที่อยู่ในตำบลหรือจังหวัดเดียวกับที่ตลาดตั้งอยู่ ส่วนใหญ่เกษตรกรเป็นผู้ขายเอง และมีสินค้าที่เป็นผักสวนครัวหลังบ้านของเกษตรกรรายเล็กในชุมชน ผู้สูงอายุที่ไม่ได้มีพื้นที่ทำเกษตรมากนัก จะใช้พื้นที่บริเวณรอบบ้านปลูกผัก ผลไม้ สมุนไพร และได้รับการตรวจสอบจากคณะกรรมการตลาดแล้วว่าผ่านเกณฑ์เกษตรอินทรีย์จึงสามารถนำมาวางขายในตลาดได้ ผู้ค้าส่วนใหญ่ของทั้ง 4 ตลาด เป็นคนในพื้นที่ ไม่ต้องเดินทางไกลเพื่อเข้ามาขายสินค้าในตลาด ทำให้ประหยัดค่าเดินทางและทำให้สินค้ายังคงสภาพดีเพราะใช้เวลาไม่มากนักในการขนส่งจากแปลงที่ผลิตจนมาสู่แผงขาย อย่างไรก็ตามสินค้าบางส่วนมาจากกลุ่มเกษตรอินทรีย์ในจังหวัดอื่นที่ฝากมาขาย เช่น ตลาดสุขใจมีสินค้าจากกลุ่มเกษตรอินทรีย์ จ.ราชบุรี จ.ประจวบคีรีขันธ์ แต่ส่วนใหญ่จะเป็นสินค้าอินทรีย์จาก จ.นครปฐม

## 3. ข้อตกลงระหว่างสมาชิกในตลาดเขียว

ข้อตกลงระหว่างสมาชิก (Participatory Guarantee System; PGS) เปรียบเสมือนเสาเข็มของแต่ละตลาดทุกตลาดที่ประสบความสำเร็จจะมี PGS เป็นข้อตกลงร่วมกันของสมาชิกในตลาด สมาชิกทุกคนต้องรับรู้ข้อตกลงและทำตามข้อตกลงดังกล่าว โดย PGS นั้นมีภาระบรรณมาตรฐานในหลายด้าน อาทิ (1) การเก็บหรือหาของป่า/ผลผลิต

ธรรมชาติเพื่อมาจำหน่าย (2) ผลผลิตพืช (3) ปุ๋ยสัตว์ (4) อาหารปรุงสุกและแปรรูป (5) สินค้าอื่นๆ เช่น เครื่องสำอาง ผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ ของใช้ เสื้อผ้า (6) การจัดการและการมีส่วนร่วมในตลาด (7) การแต่งกาย (8) การลงโทษ ซึ่งทั้ง 4 ตลาดมีข้อตกลงเป็นของตัวเอง มีรายละเอียดส่วนใหญ่คล้ายคลึงกัน โดยเน้นเรื่องความปลอดภัย การตรวจสอบมาตรฐานเกษตรอินทรีย์การรักษาสิ่งแวดล้อมและระบบนิเวศ แต่มีข้อกำหนดบางข้อที่บางตลาดใช้ต่างออกไป เช่น ตลาดใต้โหนดมีข้อกำหนดเรื่องการแต่งกาย ตลาดสุขใจและตลาดกินสบายใจมีข้อกำหนดเรื่องสินค้าปุ๋ยสัตว์มากกว่าช่วงเกษตรอินทรีย์และตลาดใต้โหนดเพราะตลาดสองแห่งนี้มีสินค้าปุ๋ยสัตว์น้อย PGS ทำให้สมาชิกในตลาดมีความเข้าใจตรงกันถึงเป้าหมายและจุดประสงค์ในการดำเนินงานของตลาด

การที่สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการตลาด จึงสามารถให้ความคิดเห็นต่อข้อตกลงได้ นอกจากนี้ PGS ยังเป็นตัวกำหนดมาตรฐานสินค้าทำให้เกิดความน่าเชื่อถือทั้งกับผู้ค้าและผู้ซื้อ

## 4. ผู้จัดการตลาดที่เข้มแข็งและมีภาวะผู้นำ

องค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของตลาดเขียวที่ประสบความสำเร็จและมีความยั่งยืนคือการมีผู้จัดการตลาดที่เข้มแข็งและมีภาวะผู้นำ ตลาดเขียวทั้ง 4 แห่งมีผู้จัดการตลาดที่เข้มแข็งและมีภาวะผู้นำ โดยการวางและรักษากฎระเบียบข้อตกลง การสร้างบรรยากาศให้สมาชิกตลาดมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การกระจายข้อมูลข่าวสารอย่างโปร่งใส การรักษาความเป็นธรรมทั้งกับผู้ค้าและผู้ซื้อ ผู้จัดการตลาดเขียวแต่ละแห่งมีกลยุทธ์สร้างความเข้มแข็งให้ตลาดแตกต่างกันออกไป เช่น ตลาดใต้โหนดจัดกิจกรรมส่งเสริมวัฒนธรรมท้องถิ่น การสอนศิลปะ สอนการรำ-มโนราห์แก่เยาวชน จัดแสดงดนตรี เพื่อดึงดูดลูกค้าและสมาชิกครอบครัวได้หลากหลายช่วงวัย ตลาดกินสบายใจมีกิจกรรมเยี่ยมแปลงผัก ซึ่งเป็นการให้ความรู้แก่ผู้บริโภคเกี่ยวกับแหล่งที่มาและคุณค่าของเกษตรอินทรีย์ ตลาดสุขใจเข้าไปให้ความรู้ในโรงเรียนในพื้นที่ อำเภอสามพราน เพื่อวางรากฐานและแนวทางการปฏิบัติเพื่อให้โรงเรียนสามารถผลิตวัตถุดิบและนำไปปรุงอาหารเองได้ ช่วงเกษตรอินทรีย์ส่งเสริมองค์ความรู้แก่เกษตรกร เช่น การทำน้ำหมัก การทำปุ๋ยหมัก ซึ่งเป็นการสร้างศักยภาพให้เกษตรกรนำ

องค์ความรู้ไปเผยแพร่ต่อในฐาณะวิทยาการให้แก่พื้นที่ต่างๆ ได้ ผู้จัดการหรือผู้นำตลาดแต่ละแห่งไม่หยุดนิ่งในการสร้างสรรค์กิจกรรมที่นอกเหนือจากการค้าขายสินค้า แต่ยังคงจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมวัฒนธรรม การให้ความรู้แก่ผู้บริโภค ส่งเสริมศักยภาพเกษตรกร เป็นต้น กิจกรรมเหล่านี้เป็นการสร้างการมีส่วนร่วมแก่ทั้งสมาชิกตลาดและผู้บริโภค สร้างความไว้วางใจกัน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ตลาดเขียวดำเนินต่อไปได้อย่างยั่งยืน

### ปัจจัยเสริมในการสร้างตลาดเขียวให้ยั่งยืน

#### 1. กิจกรรมส่งเสริมวัฒนธรรมหรือนันทนาการเพื่อดึงดูดสมาชิกครอบครัวของผู้บริโภค

กิจกรรมส่งเสริมวัฒนธรรมและนันทนาการเป็นปัจจัยเสริมที่ช่วยดึงดูดผู้บริโภคให้สนใจตลาดมากขึ้น นอกจากจะมาจับจ่ายใช้สอยแล้ว ตลาดเขียวยังเป็นสถานที่เผยแพร่วัฒนธรรมท้องถิ่นได้ ตลาดเขียวทั้ง 4 แห่งมีเอกลักษณ์ด้านวัฒนธรรมอาหารเฉพาะตัว มีการขายอาหารปรุงสุก อาหารแปรรูปที่เป็นอาหารท้องถิ่น บางตลาดมีกิจกรรมส่งเสริมวัฒนธรรมและนันทนาการเสริมเข้ามา เช่น ตลาดใต้โหนดมีการจัดแสดงศิลปะวัฒนธรรมท้องถิ่น เช่น การแสดงหนังตะลุงเด็ก การสอนรำมโนราห์ การจัดนิทรรศการศิลปะและกิจกรรมเชิดชูศิลปินท้องถิ่น ทำให้ผู้บริโภคทุกวัยสามารถเข้ามาพักผ่อนหย่อนใจในตลาดได้

#### 2. ช่องทางการขายสินค้าออนไลน์

จากการอภิปรายกลุ่มพบว่า การขายสินค้าออนไลน์สามารถเพิ่มยอดขายและทำให้เกษตรกรมีรายได้เพิ่มขึ้น บางตลาดสร้างช่องทางออนไลน์เพื่อกระจายสินค้าเพิ่มมากขึ้น เช่น ตลาดสุขใจมีช่องทางกลางผ่านแอปพลิเคชัน และเกษตรกรบางกลุ่มได้สร้างกลุ่มไลน์ (Line) ขึ้นเองเพื่อขายสินค้ากับผู้บริโภคโดยตรง ช่วงเกษตรกรอินทรีย์สร้างกลุ่มไลน์เชื่อมโยงระหว่างเกษตรกรและผู้บริโภคเข้าด้วยกัน ตลาดใต้โหนดและตลาดกินสบายใจใช้ Facebook เผยแพร่ข่าวสารและติดต่อกับผู้บริโภคโดยตรง อย่างไรก็ตาม เกษตรกรบางกลุ่มโดยเฉพาะผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการขายสินค้าผ่านสื่อออนไลน์ ในขณะที่เกษตรกรวัยทำงานสามารถใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการเข้าถึงลูกค้าโดยตรงผ่านทาง Line, Facebook, TikTok ซึ่งต่างจากเกษตรกรสูงวัยที่มีข้อจำกัดในการใช้สื่อออนไลน์และเน้นขายหน้าร้าน บางตลาดใช้ช่องทางสื่อออนไลน์รวบรวมสินค้า

จากเกษตรกรและสื่อสารกับผู้บริโภคโดยตรง ทำให้ผู้ที่มีข้อจำกัดในการใช้เทคโนโลยีสามารถเข้าถึงลูกค้าได้ผ่านผู้จัดการสื่อออนไลน์ (admin) ดังนั้นการสนับสนุนให้ความรู้กลุ่มหรือผู้จัดการกลุ่มให้มีทักษะการใช้เทคโนโลยีและสื่อออนไลน์ถือเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกษตรกรสามารถเข้าถึงกลุ่มผู้บริโภคเพื่อสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับเกษตรอินทรีย์และเพิ่มยอดขายได้มากขึ้น

#### 3. ทักษะการสื่อสารของเกษตรกรเพื่อสื่อสารแหล่งที่มาและกระบวนการผลิตสินค้า

จากการอภิปรายกลุ่มร่วมกับเกษตรกรในตลาดเขียวทั้ง 4 แห่งพบว่า เกษตรกรสามารถสื่อสารลักษณะ แหล่งที่มา คุณสมบัติของสินค้าของตนเองได้อย่างชัดเจน บางคนสามารถให้ความรู้เกี่ยวกับการทำเกษตรอินทรีย์ได้อย่างลึกซึ้ง และมีประสบการณ์การเป็นวิทยากรด้านเกษตรอินทรีย์ ตลาดสุขใจเป็นตลาดหนึ่งที่มีความสำคัญกับ “เรื่องราว” ของการทำเกษตรอินทรีย์ เกษตรกรบางคนเล่าถึงที่มาและแรงบันดาลใจที่ทำให้เปลี่ยนจากการทำเกษตรเคมีมาเป็นเกษตรอินทรีย์ อธิบายกระบวนการเกษตรที่มาของสินค้าและประโยชน์ของสินค้า เหตุผลของการเปลี่ยนแปลงราคาสินค้าแก่ผู้บริโภคได้อย่างชัดเจน การสื่อสารที่ตรงไปตรงมาทำให้ผู้บริโภคสนใจในตัวสินค้าและยังได้ความรู้และข้อเท็จจริงของการทำการเกษตรจากผู้ผลิตโดยตรง ตลาดใต้โหนดจัดอบรมให้แก่เกษตรกรและผู้ค้าให้มีทักษะการสื่อสารกับผู้บริโภคเพื่อให้สามารถสื่อสารได้อย่างมั่นใจและสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้บริโภคได้ ทุกร้านจะมีเบอร์โทรศัพท์ของผู้ค้าเพื่อให้ผู้บริโภคสามารถติดต่อได้โดยตรง ถือเป็นเสน่ห์อย่างหนึ่งของตลาด

## วิจารณ์

การพัฒนาตลาดเขียวควรดำเนินการให้ครบองค์ประกอบในการสร้างตลาดเขียวให้ยั่งยืน ได้แก่ การมีสถานที่พร้อมสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ซื้อและผู้ขาย ด้วยอัตราค่าเช่าแผงที่ไม่เป็นภาระแก่เกษตรกร การมีสินค้าหลากหลายจากในชุมชนหรือชุมชนใกล้เคียงเพื่อลดต้นทุนเก็บรักษาและขนส่งสินค้า การสร้างข้อตกลงระหว่างสมาชิกในตลาดเขียว และการส่งเสริมให้ผู้จัดการตลาดเข้มแข็งและมีภาวะผู้นำเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะนำพาตลาดเขียว

ให้ดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสริมในการสร้างตลาดเขียวให้ยั่งยืน ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมวัฒนธรรมหรือนันทนาการเพื่อดึงดูดสมาชิกครอบครัวของผู้บริโภค ช่องทางการขายสินค้าออนไลน์ และทักษะการสื่อสารของเกษตรกรเพื่อสื่อสารแหล่งที่มาและกระบวนการผลิตสินค้า

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากตลาดเขียวใน 4 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ นครปฐม พัทลุง และอุบลราชธานี พบว่าถึงแม้ตลาดเขียวจะมีองค์ประกอบครบ 4 ด้านตามที่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เสนอ แต่ยังคงมีความท้าทายในการดำเนินงานของตลาดอย่างยั่งยืน ตัวอย่างตลาดเขียว 4 แห่งนี้ ถือเป็นกรณีความสำเร็จของการสร้างตลาดเขียว ในขณะที่ตลาดเขียวในประเทศจำนวนมากได้เกิดขึ้นและยุติการดำเนินงานไป บทความนี้จึงเสนอองค์ประกอบเพิ่มเติมในการสร้างตลาดเขียว รวมถึงข้อเสนอเชิงนโยบายในการสนับสนุนและพัฒนาตลาดเขียวในประเทศไทยให้เกิดความยั่งยืน

**ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการสร้างตลาดเขียวอย่างยั่งยืน**

**1. การสนับสนุนให้เกิดตลาดเขียวเพิ่มมากขึ้น**

ตลาดเขียวส่วนใหญ่ที่อยู่ในเมืองมักเน้นกลุ่มผู้บริโภคที่มีกำลังซื้อทำให้ราคาของผลผลิตเกษตรกรอินทรีย์สูงกว่าตลาดทั่วไป<sup>(7)</sup> ตัวอย่างตลาดเขียวทั้ง 4 แห่งตั้งอยู่ในเขตเทศบาล ถึงแม้ว่าเกษตรกรจะมาจากพื้นที่ใกล้เคียงแต่กลุ่มผู้บริโภคเป็นผู้บริโภคในเขตเทศบาลที่มีกำลังซื้อด้วยปัจจัยด้านราคาและสถานที่ตั้งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้บริโภคกลุ่มอื่นไม่สามารถเข้าถึงผลผลิตอินทรีย์<sup>(7)</sup> จึงเกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงอาหารที่ดีต่อสุขภาพและปลอดภัย ในความเป็นจริง สินค้าบางอย่างในตลาดเขียว เช่น ผักผลไม้ท้องถิ่นหรือผลผลิตตามฤดูกาลราคาไม่สูงทำให้ผู้บริโภคเข้าถึงได้ง่าย ไม่ต่างจากสินค้าในตลาดทั่วไปจึงเป็นไปได้ที่จะจัดตั้งตลาดเขียวในชุมชนและทำให้มีราคาที่ยั่งยืน การสนับสนุนให้เกิดตลาดเขียวเพิ่มมากขึ้นควรดำเนินการควบคู่ไปกับการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเกษตรอินทรีย์ เพื่อให้ผู้บริโภคเห็นคุณค่าของเกษตรอินทรีย์มากขึ้น<sup>(7,8)</sup>

**2. การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากภาครัฐ**

ภาครัฐควรมีนโยบายสนับสนุนตลาดเขียวและให้คุณค่าสินค้าจากเกษตรอินทรีย์อย่างชัดเจน<sup>(9)</sup> โดยกำกับให้ผู้ค้า

ในตลาดเขียวขายเฉพาะสินค้าจากเกษตรอินทรีย์เท่านั้น เพื่อลดการแข่งขันด้านราคากับสินค้าปลอดภัยอื่นๆ หรือสินค้าทั่วไป และลดความสับสนของผู้บริโภคโดยใช้ตราระบบการรับรองเกษตรอินทรีย์แบบมีส่วนร่วม (PGS)<sup>(7,10)</sup>

นอกจากนี้ การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องทั้งในส่วนของการบริหารจัดการตลาดและการผลิตสินค้าด้วยเกษตรอินทรีย์ เนื่องจากตลาดเขียวส่วนใหญ่มีจำกัดเก็บค่าเช่าแผงในอัตราไม่สูงและจัดขึ้นในวันหยุดสุดสัปดาห์ทำให้ตลาดมีรายได้จากค่าเช่าที่น้อย อาจไม่คุ้มค่าในการลงทุนจัดสรรพื้นที่เพื่อทำกำไรสำหรับภาคเอกชน นอกจากนี้ เกษตรกรบางรายไม่สามารถผลิตสินค้าได้ต่อเนื่องหรือผลิตได้ตามฤดูกาล ทำให้การเก็บค่าเช่าเหมือนตลาดสดทั่วไปอาจไม่เพียงพอในการบริหารจัดการตลาด โดยเฉพาะค่าเช่าที่ดินองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงควรสนับสนุนสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อจูงใจให้เกษตรกรนำสินค้ามาวางขาย หากตลาดมีสินค้าหลากหลายจะยิ่งจูงใจให้ผู้บริโภคมาซื้อสินค้า ภาครัฐควรสนับสนุนการลงทุนให้แก่เกษตรกรที่ต้องการเปลี่ยนกระบวนการผลิตจากเกษตรเคมีเป็นเกษตรอินทรีย์และอุดหนุนสินค้า (subsidize) ในช่วงเปลี่ยนผ่านระยะ 12-18 เดือน เนื่องจากสินค้าเกษตรในช่วงนี้ยังไม่ผ่านมาตรฐานสินค้าเกษตรอินทรีย์ จึงยังไม่สามารถนำสินค้าเข้าไปขายในตลาดเขียวได้ เกษตรกรที่เป็นสมาชิกในตลาดเขียวควรได้รับการอบรมให้ความรู้เพื่อเพิ่มทักษะในการทำเกษตรอินทรีย์ รวมทั้งการทำบัญชีการเงินและการใช้สื่อโซเชียลเพื่อเพิ่มมูลค่าและกระจายสินค้า

**3. การสนับสนุนให้ผลผลิตเกษตรอินทรีย์อยู่ในห่วงโซ่อุปทานหลัก (main supply chain) ในระบบอาหารของไทย**

เกษตรกรกล่าวถึงความไม่เป็นธรรมในการขายส่งสินค้ากับห้างร้านที่เป็นรูปแบบการค้าสมัยใหม่ (modern trade) เพราะมีเกษตรกรอินทรีย์เพียงบางกลุ่มที่มีกำลังผลิตมากพอที่สามารถผลิตและขายในห้างสรรพสินค้าหรือศูนย์จำหน่ายสินค้าแบบขายส่งได้ เกษตรกรรายย่อยยังถูกจำกัดอยู่แค่การขายในตลาดเขียว ตลาดในชุมชนและการขายตรงสู่ผู้บริโภค ผลผลิตเกษตรอินทรีย์จึงยังไม่สามารถอยู่ในห่วงโซ่อุปทานหลักในระบบอาหารของประเทศไทย และมีสถานะเป็นเพียง “ทางเลือก” ของ

ผู้บริโภคเท่านั้น ด้วยข้อจำกัดด้านปริมาณการผลิตและราคา จุดคานงัดที่สำคัญอาจเริ่มต้นจากการผลักดันให้ ผลผลิตเกษตรอินทรีย์ถูกนำไปเป็นส่วนหนึ่งของวัตถุดิบ ประกอบอาหารในองค์กรหรือสถาบันต่างๆ เช่น อาหาร กลางวันในโรงเรียน อาหารสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล หรือ การทำข้อตกลงกับองค์กรต่างๆ เช่น โรงแรม ห้างสรรพสินค้า เพื่อให้ผลผลิตได้กระจายไปยังผู้บริโภคมากขึ้น เพิ่มการ เข้าถึงอาหารที่ปลอดภัย นอกจากนี้ นโยบายการเพิ่ม ช่องทางการกระจายสินค้าในห่วงโซ่อุปทานช่วงปลายน้ำ ยังสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ที่มุ่งสนับสนุนและเพิ่มพื้นที่การทำเกษตรอินทรีย์ทั่วประเทศ อีกด้วย<sup>(11,12)</sup>

#### 4. การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและคุณค่าของ เกษตรอินทรีย์แก่ผู้บริโภค

ภาพสะท้อนความเป็นธรรมในการเข้าร่วมตลาดเขียว ที่ชัดเจนอย่างหนึ่งคือราคาผลผลิต เกษตรกรส่วนใหญ่ ให้ความเห็นว่า การเข้าร่วมตลาดเขียวทำให้เกิดความเป็น ธรรมสามารถกำหนดราคาผลผลิตเองได้ด้วยตนเอง แต่อีก ด้านหนึ่ง ความไม่เป็นธรรมเกิดจากการต่อรองราคาจาก ผู้บริโภค เกษตรกรส่วนใหญ่เห็นตรงกันว่าผู้บริโภคที่มา จับจ่ายในตลาดเขียวเป็นกลุ่มคนที่เห็นคุณค่าของผลผลิต อินทรีย์ ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยและสุขภาพ และ มีความเข้าใจถึงขั้นตอนการทำเกษตรอินทรีย์ว่าต้องใช้เวลา และการดูแลมากกว่าเกษตรเคมี แต่มีบางกลุ่มที่อาจยังไม่

ตระหนักถึงคุณค่าและความสำคัญของเกษตรอินทรีย์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริโภคสินค้าอินทรีย์<sup>(7,8)</sup> ทำให้เกิดการต่อรองราคา ตลาดเขียวบางแห่งพยายาม ให้ความรู้แก่ผู้บริโภคโดยอบรมเกษตรกรและผู้ค้าให้สามารถ อธิบายและให้ความรู้เกี่ยวกับผลผลิตของตนเอง จัดกิจกรรม เยี่ยมแปลงปลูกเพื่อให้ผู้บริโภคได้เห็นกระบวนการเกษตร และเข้าใจที่มาที่ไปของผลผลิตอินทรีย์ เป็นต้น

การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและคุณค่าของเกษตร- อินทรีย์ส่วนใหญ่มาจากกลุ่มเกษตรอินทรีย์เอง ดังนั้น หากหน่วยงานภาครัฐสามารถเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับเกษตรอินทรีย์ให้เป็นความรู้สาธารณะได้ จะสามารถ ส่งเสริมความเป็นธรรมให้ทั้งฝ่ายเกษตรกรและฝ่ายผู้บริโภค การสร้างเสริมความรู้ความเข้าใจจะสามารถสร้างคุณค่า ให้กับเกษตรอินทรีย์ได้มากขึ้น<sup>(8,9)</sup>

### กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้เป็นผลผลิตจากงานวิจัยเรื่อง “การศึกษา ความเป็นธรรมในห่วงโซ่อุปทานอาหารด้วยกลไกตลาดเขียว” ภายใต้โครงการวิจัยระบบการจัดการอาหารเพื่อสุขภาวะ ตลอดห่วงโซ่ และมาตรการลดการเข้าถึงอาหารที่ไม่ดี ต่อสุขภาพของคนไทย ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงาน- กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ข้อตกลง เลขที่ 66-P2-0245

## เอกสารอ้างอิง

1. กิ่งกร นรินทรกุล ณ อยุธยา, ธนพร ศรีสุกใส, แก้วตา ธีมอิน. สถานะและปัจจัยความสำเร็จของตลาดสีเขียว, ตลาดทางเลือก. นนทบุรี: มูลนิธิชีววิถี; 2560.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานการติดตามการประเมินผลการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศภายใต้แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 และติดตามความก้าวหน้า ปีแรกของแผนพัฒนาฉบับที่ 11. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2559.
3. พลเมืองอาหาร (Food Citizen). พื้นที่รูปธรรมตลาดสีเขียว [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 10 ม.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <http://www.foodcitizenmap.com/%e0%b8%95%e0%b8%a5%e0%b8%b2%e0%b8%94%e0%b8%aa%e0%b8%b5%e0%b9%80%e0%b8%82%e0%b8%b5%e0%b8%a2%e0%b8%a7/>
4. นิตยา เคหะบาล, อารยา ลานน้ำเที่ยง, อาทิตย์ บุตดาดวง. การพัฒนาตลาดนัดสีเขียวอย่างมีส่วนร่วมของผู้ผลิตและผู้บริโภค กรณีเครือข่ายตลาดสีเขียวกมลลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้ 2564;14(2):70-8.
5. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. ชูนวัตกรรม “ตลาดเขียว” กระตุ้นเศรษฐกิจชุมชน หนุนเกษตรกรรายย่อย ทางเลือกสุขภาพดีสำหรับผู้บริโภค [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 1 ม.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thaihealth.or.th/317039-2/>
6. Corbin J, Strauss A. Basics of Qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. 4th ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2015.
7. อานนท์ อุทัยวัฒนานนท์, ถวิล นิลใบ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจซื้ออาหารเกษตรอินทรีย์ของผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล. วารสารรามคำแหง ฉบับบัณฑิตวิทยาลัย 2566;6(2):82-94.
8. จิตรานุช พิมพ์สวัสดิ์, พนา มาศ ตรีวรรณกุล. ความคิดเห็นเกี่ยวกับเกษตรอินทรีย์ของผู้บริโภคในสามพรานโมเดล. Agricultural Science Journal 2018;49(2):113-24.
9. คณิต สุรัตน์. การศึกษาทัศนคติ พฤติกรรม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้บริโภคสินค้าอินทรีย์. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2561.
10. ชัชวาลย์ เผ่าเพ็ง, เพียว ฝ่อนสุข, สุภัตตา พงษ์อุทธา. การรับรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อมั่นของผู้บริโภคผักสดต่อระบบการรับรองเกษตรอินทรีย์แบบมีส่วนร่วม. วารสารเกษตรพระจอมเกล้า 2564;39(1):74-81.
11. กรมส่งเสริมการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. แผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมการเกษตร ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) และแผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564). ใน: กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ก, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: กรมส่งเสริมการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์; 2560.
12. กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. กระทรวงเกษตรฯ เร่งขับเคลื่อน สภาเกษตรอินทรีย์พีจีเอส [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 10 ม.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.moac.go.th/news-preview-441591791300>

## Key Elements and Supporting Factors for Green Market Development

Pattraporn Chuenglertsiri, Jongjit Rittirong, Pimolpan Nitnara

*Institute for Population and Social Research, Mahidol University*

---

### Abstract

A green market is a community space for buying and selling safe food and/or organic produce, directly connecting producers with consumers. These markets operate under a participatory guarantee system (PGS) among members, ensuring production and distribution processes that prioritize health, environmental awareness, traceability, and fair pricing. As an economic mechanism, green markets can help alleviate poverty among farmers while fostering a sustainable food system within communities. However, green markets are often located in urban areas where consumers have higher purchasing power, limiting access to safe food at fair prices for certain groups. Additionally, some green markets are unable to operate continuously. This article presents the key components and supporting factors in developing green markets, along with policy recommendations to support and enhance green markets in Thailand, aiming to foster sustainability in the country's food system. This study analyzes data from interviews with green market managers and focus group discussions with farmers and entrepreneurs participating in green markets across four provinces: Chiang Mai, Ubon Ratchathani, Nakhon Pathom, and Phatthalung. These successful green markets have been in operation for over ten years. The findings highlight key components and supporting factors necessary for sustaining green markets. Key components include (1) location with adequate facilities – providing essential amenities for buyers and sellers while ensuring affordable stall rental fees that do not burden farmers; (2) diversity of products – sourcing goods from within the community or nearby areas to minimize storage and transportation costs; (3) participatory guarantee system (PGS) – establishing agreements among green market members to maintain product standards; and (4) strong leadership of market manager – ensuring effective enforcement of PGS to sustain and grow the market. Supporting factors include (1) cultural and recreational activities – engaging consumer families through events that enhance community participation; (2) online sales channels – expanding market accessibility through digital platforms; and (3) farmers' communication skills – strengthening their ability to convey information about product origins and production processes to consumers. Given that several local administrative organizations have been actively establishing green markets, it is crucial to ensure that all key components are in place to meet the needs of both buyers and sellers. Additionally, supporting factors should be promoted to sustain green markets as a local economic growth and food security mechanism.

**Keywords:** green market; sustainable food system; organic agriculture; farmer; economic growth; resilience

# ตัวชี้วัดชุมชนเข้มแข็ง: เครื่องมือในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนเพื่อการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ

พินทุสร โพธิ์อุไร

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

## บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดชุมชนเข้มแข็งโดยมุ่งทำความเข้าใจ ความหมาย องค์ประกอบ และตัวชี้วัดชุมชนเข้มแข็ง เพื่อประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพระดับชุมชน ใช้วิธีการศึกษาเอกสารและประสพการณ์ของผู้เขียนเป็นหลัก ชุมชนเข้มแข็งเป็นแนวคิดที่สะท้อนถึงศักยภาพของชุมชน ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤตที่สมาชิกร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา กำหนดประเด็น วางแผน และจัดการปัญหาชุมชน มีกระบวนการหรือกิจกรรมที่เคลื่อนไหวจนเป็นวิถีชีวิตชุมชน กระบวนการสร้างชุมชนเข้มแข็งจึงเป็นการพัฒนาคน กลุ่มคน องค์กร ชุมชน ที่ทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษา พบว่า ตัวชี้วัดชุมชนเข้มแข็งสามารถแบ่งได้เป็น 5 มิติ ได้แก่ (1) มิติทางเศรษฐกิจ (2) มิติทางสังคม และวัฒนธรรม (3) มิติทางสิ่งแวดล้อม (4) มิติทางการเมือง (การมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์กับหน่วยงานภาคี) และ (5) มิติทางสุขภาพ แต่ละมิติมีความสำคัญต่อการประเมินและสะท้อนศักยภาพของชุมชนอย่างเป็นระบบ ทั้งเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์ ซึ่งผลประเมินจะช่วยให้สามารถปรับปรุงและพัฒนากระบวนการสร้างความเข้มแข็งที่สอดคล้องกับบริบทเฉพาะของแต่ละชุมชน ทั้งนี้ การขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านกลไกชุมชนเข้มแข็งแสดงให้เห็นถึงองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ ทุนชุมชน (input) ที่ใช้ขับเคลื่อนการพัฒนา ผลลัพธ์การพัฒนา (outcome) ที่สะท้อนความเข้มแข็ง และกระบวนการหรือกิจกรรม (activity) ที่นำไปสู่การเกิดผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลง หัวใจสำคัญที่ขับเคลื่อนการพัฒนาไปสู่เป้าหมายชุมชนเข้มแข็งจึงอยู่ที่กระบวนการระหว่างทาง ดังนั้น ตัวชี้วัดชุมชนเข้มแข็งจึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้ชุมชนสามารถประเมินและติดตามข้อมูลการเปลี่ยนแปลงระดับความเข้มแข็งในแต่ละมิติ และหากเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการออกแบบตัวชี้วัด เก็บข้อมูลตามตัวชี้วัด ผลประเมินตามตัวชี้วัดย่อมเกิดการยอมรับตั้งแต่ต้นทางและเอื้อต่อการเรียนรู้ร่วมกันของสมาชิกชุมชน นำไปสู่การปรับปรุง พัฒนา และยกระดับความเข้มแข็งของชุมชนให้สามารถจัดการตนเองและพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน

**คำสำคัญ:** ตัวชี้วัดชุมชนเข้มแข็ง; การสร้างเสริมสุขภาพ; กระบวนการพัฒนา

วันรับ: 15 เม.ย. 2568

วันแก้ไข: 24 พ.ค. 2568

วันตอบรับ: 27 พ.ค. 2568

## บทนำ

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพทั่วโลกมีความซับซ้อนหลากหลายทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ<sup>(1)</sup> โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases; NCDs) เป็นเหตุให้ผู้เสียชีวิตกว่าร้อยละ 75 ของประชากรโลก อีกทั้งปัญหาสุขภาพภูมิอากาศแปรปรวนที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ<sup>(2)</sup> ซึ่งองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าจะทำให้มีผู้เสียชีวิตมากกว่า 250,000 คน/ปี ภายใน ค.ศ. 2050<sup>(3)</sup> สำหรับประเทศไทยเองก็กำลังเผชิญสถานการณ์สุขภาพสอดคล้องกับสถานการณ์โลก โดยโรค NCDs เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงสุด<sup>(4)</sup> ไม่เพียงแต่โรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงอันส่งผลต่อสุขภาพของคนไทยแต่ยังมีเรื่องอากาศแปรปรวนของสภาพแวดล้อมอย่าง PM2.5 ที่เป็นภัยคุกคามทางสุขภาพ โดยพบว่า ปี พ.ศ. 2565 คนกรุงเทพมหานครได้รับผลกระทบจาก PM2.5 เทียบเท่าการสูบบุหรี่ 1,244 มวน และมีคนไทยที่เสียชีวิตจะระบบทางเดินหายใจและมะเร็งปอด จำนวน 78,276 คน ส่วนใหญ่ในพื้นที่เสี่ยงจังหวัดกรุงเทพมหานคร และจังหวัดในภาคเหนือ นอกจากนี้ ประเทศไทยยังเผชิญปัญหาโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุที่เรียกว่า “สังคมสูงวัยขั้นสุดยอด” หรือ hyper-aged society ในขณะที่อัตราการเกิดสวนทางกับอัตราการตายโดยมีแนวโน้มลดลงจาก 66 ล้านคน เหลือ 33 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2626 คือ ภายใน 60 ปี ซึ่งเรียกว่าวิกฤติประชากร<sup>(5)</sup>

ทั้งหมดนี้เป็นสัญญาณที่สะท้อนว่าประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพมากขึ้น เนื่องจากกลุ่มวัยทำงานมีจำนวนลดลง<sup>(6)</sup> ขณะที่ภาครัฐมีข้อจำกัดทางงบประมาณและการคลัง โดยเฉพาะหลังจากวิกฤตโควิด 19 ที่ใช้งบประมาณจำนวนมากไปเพื่อการฟื้นฟูประเทศ ขณะเดียวกันก็ต้องยอมรับว่าวิกฤตดังกล่าวมีส่วนเร่งพัฒนาระบบสาธารณสุขหลายด้านทั้งทางตรงและทางอ้อม ประชาชนให้ความสำคัญกับสุขภาพและมีทักษะความรู้การดูแลสุขภาพมากขึ้น<sup>(7)</sup> ชุมชนจำนวนมากสามารถรับมือภาวะวิกฤตได้ เห็นกลไกและกระบวนการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน<sup>(8)</sup> ที่ภาครัฐควรผลักดันให้ภาคประชาชนมีส่วนในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น

แนวคิดชุมชนเข้มแข็งเป็นทางเลือกหนึ่งที่ถูกใช้ในขบวนการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับกระแสการพัฒนาด้านสุขภาพระดับโลก ตามที่องค์การอนามัยโลกได้ประกาศปฏิญญาอัลมา-อตา เมื่อ พ.ศ. 2521 และกำหนดเป้าหมายที่เรียกว่า “สุขภาพดี-ถ้วนหน้าปี 2543” ต่อมาปี พ.ศ. 2529 เพื่อการบรรลุเป้าหมายดังกล่าวองค์การอนามัยโลกจัดประชุมว่าด้วยเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพครั้งแรกได้ประกาศ “กฎบัตรอตตาวาซาเตอร์ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ” โดยมีกลยุทธ์หลัก 5 ประการ และ 1 ใน 5 คือเรื่องการสร้างเสริมให้ “ชุมชนเข้มแข็ง”<sup>(9)</sup> คือ การพัฒนาศักยภาพชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทและทุนทางสังคม ส่งเสริมให้เกิดกลไกชุมชนเข้มแข็งมีโครงสร้างองค์ประกอบ กำหนดบทบาทหน้าที่ มีเป้าหมายของการพัฒนาชุมชนร่วมกัน ผู้นำมีการร่วมกลุ่มสมาชิกชุมชน มีการปรึกษาหารือ สรุปรบทเรียนนำไปสู่การเกิดกระบวนการเรียนรู้ลองผิดลองถูกจนสามารถพัฒนาด้านต่างๆ กลายเป็นชุมชนเข้มแข็ง<sup>(10)</sup> ชุมชนเข้มแข็งจึงเป็นทั้งเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ ที่สามารถปรับใช้ในงานสร้างเสริมสุขภาพได้

แม้แนวคิดชุมชนเข้มแข็งได้รับการยอมรับและนำมาใช้แพร่หลาย แต่ยังมีขาดตัวชี้วัดที่จะกำหนดเรื่องชุมชนเข้มแข็งอย่างเป็นรูปธรรม อีกทั้งแนวทางในการประเมินผลตามตัวชี้วัด และการใช้ประโยชน์จากข้อมูลเพื่อสร้างการเรียนรู้และปรับปรุงงานให้สอดคล้องกับบริบทและเป้าหมายการพัฒนา ซึ่งตัวชี้วัดที่มีคุณภาพต้องมาจากการมีส่วนร่วมของชุมชนและความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสะท้อนศักยภาพ ปัญหา และความต้องการของชุมชนได้อย่างแท้จริงและสามารถใช้ประเมินความก้าวหน้า การมีส่วนร่วม และความเข้มแข็งของชุมชนได้อย่างชัดเจน ผู้เขียนจึงสนใจศึกษาตัวชี้วัดชุมชนเข้มแข็งเพื่อใช้เป็นเครื่องมือขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน

บทความนี้ใช้วิธีการศึกษาจากเอกสารและการสังเคราะห์ ประสพการณ์การทำงานด้านการพัฒนาชุมชนร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิที่ดำเนินการวิจัยภาคสนามในปี พ.ศ. 2563<sup>(11)</sup> โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพในพื้นที่หมู่บ้านที่เกาะเปือ อำเภอบพพระ จังหวัดตาก ซึ่งเป็นพื้นที่ดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จ เก็บและรวบรวมข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตการณ์ และการประชุมกลุ่มย่อยแบบไม่เป็นทางการกับผู้ให้ข้อมูล

สำคัญ 10 คน โดยมุ่งเน้นการเรียนรู้จากกลุ่มประชากรขนาดเล็กที่มีประสบการณ์ตรงเพื่อประเมินความเข้มแข็งชุมชน ประกอบด้วยคณะทำงาน สมาชิกชุมชน พี่เลี้ยงภายนอก และตัวแทนหน่วยงานในพื้นที่ เครื่องมือวิจัยพัฒนาขึ้นโดยผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ด้วยวิธี index of item-objective congruence (IOC) ผลการประเมินพบว่าไม่มีข้อคำถามใดมีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ข้อมูลดังกล่าวนำมาสังเคราะห์เพิ่มเติมเพื่อศึกษาผลลัพธ์ของตัวชี้วัดชุมชนเข้มแข็งในบริบทพื้นที่เฉพาะ นอกจากนี้ ยังใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of Change; ToC) เป็นเครื่องมือในการตีความ โดยมุ่งอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างกิจกรรม และผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่ชุมชนเข้มแข็งตามตัวชี้วัด

## 1. แนวคิดที่เกี่ยวข้อง

### 1.1 แนวคิดที่ว่าด้วยชุมชนเข้มแข็ง

ชุมชนเข้มแข็ง หมายถึง ชุมชนที่มีการรวมกลุ่มองค์กร มีผู้นำที่มีคุณธรรมมีวิสัยทัศน์และรับฟังความคิดเห็นของสมาชิก สมาชิกชุมชนมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง มีโอกาสหาความรู้เพิ่ม มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการและปัญหาของชุมชน มีกระบวนการร่วมตัดสินใจ ดำเนินการติดตาม ประเมินผล จนสมาชิกเกิดการเรียนรู้ผ่านการเข้าร่วมในกระบวนการชุมชน<sup>(12)</sup> ชุมชนเข้มแข็งจึงเป็นชุมชนที่คนมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ผลลัพธ์การพัฒนา) ได้ในทุกมิติ (เศรษฐกิจ สังคม ทุนมนุษย์ และสภาพแวดล้อม) มีทุนหรือกระบวนการที่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่เอื้อต่อการสร้างคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน<sup>(13)</sup>

นักวิชาการที่ศึกษาองค์ประกอบชุมชนเข้มแข็งใน 4 มิติ<sup>(14)</sup> ที่สะท้อนความสามารถของชุมชน คือ (1) มิติเศรษฐกิจ หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวของชุมชนให้เข้ากับการผลิตเพื่อการค้าสมัยใหม่ เช่น ชุมชนมีกลไกในการระดมทุน มีแหล่งสินเชื่อ จัดระบบการผลิตที่ต้นทุนต่ำ ใช้เครื่องทุ่นแรงและเมล็ดพันธุ์ที่มีคุณภาพ สามารถเพิ่มมูลค่าให้กับสินค้า เพิ่มแหล่งรายได้ที่หลากหลาย (2) มิติทรัพยากรธรรมชาติ หมายถึง ความสามารถของชุมชนในดูแลแบ่งปัน/จัดสรรทรัพยากรธรรมชาติให้เกิดประโยชน์และเป็นธรรมแก่สมาชิก (3) มิติทางสังคม หมายถึง ความสามารถของชุมชนในการจัดระเบียบสังคมทำให้สมาชิก

อยู่ร่วมกันอย่างสันติสุข สามัคคี และช่วยเหลือเกื้อกูลต่อกัน มีกลไกที่ทำให้สมาชิกมีจิตสำนึกเพื่อส่วนรวม มีการรวมกลุ่มไม่เป็นทางการเพื่อช่วยเหลือกันด้านแรงงาน มีกลไกการจัดการความขัดแย้ง และระบบสวัสดิการชุมชน และ (4) มิติทางวัฒนธรรม คนในชุมชนมีการยึดโยงเกาะเกี่ยวและดำเนินชีวิตชุมชนได้อย่างราบรื่น เพราะสมาชิกมีวัฒนธรรมร่วมกัน ทำให้สังคมมีเอกลักษณ์และเอกภาพ สามารถแก้ไขปัญหาด้วยสติปัญญา มีการแลกเปลี่ยนความรู้กันอย่างกว้างขวางและต่อเนื่อง มีการสืบสานภูมิปัญญาความรู้เกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพ ภูมิปัญญา และความภาคภูมิใจในชุมชนนอกจากนี้ นักวิชาการบางกลุ่มสรุปองค์ประกอบของชุมชนเข้มแข็ง เป็น 6 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ด้านทุนทางสังคม คือ ความพร้อมด้านการศึกษา การเรียนรู้ชุมชน การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติท้องถิ่น การสืบสานวัฒนธรรม ประเพณี เป็นสมาชิกกองทุนส่งเสริมและพัฒนาอาชีพ และการทำประชาคมก่อนการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ของชุมชน (2) ด้านผู้นำชุมชน คือ มีผู้นำชุมชนที่สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ของคนในชุมชนได้ รับฟังความคิดเห็นคนในชุมชน มีวิสัยทัศน์พัฒนาชุมชนเข้มแข็ง มีคุณธรรม จริยธรรม กล้าตัดสินใจ และมีความสัมพันธ์ระหว่างบ้าน วัด และโรงเรียน (3) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหา ส่งเสริมให้คนมีจิตสำนึกและรับผิดชอบร่วม รับรู้สภาพปัญหาของชุมชน มีเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและมีส่วนร่วมทางการเมืองร่วมกัน (4) ด้านความสามารถในการพึ่งตนเอง คนในชุมชนมีความช่วยเหลือกันแบ่งปันซึ่งกันและกัน ทำกิจกรรมร่วมกัน และส่งเสริมการพัฒนาเกี่ยวกับอาชีพต่างๆ ในชุมชน การร่วมกันรักษาความสงบและมีการจัดตั้งกองทุนหมู่บ้านเพื่อการพัฒนาชุมชนด้วยตนเอง (5) ด้านมนุษย์สัมพันธ์ของคนในชุมชน มีความสัมพันธ์ที่ดีในชุมชนมีความผูกพันซึ่งกันและกันและมีความซื่อสัตย์สุจริตต่อกัน และ (6) ด้านศักยภาพของคนในชุมชน คนในชุมชนรู้จักการออมทรัพย์ และการประกอบอาชีพของคนในชุมชนรวมไปถึงช่วยเหลือผู้สูงอายุ และร่วมมือกันสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน<sup>(15)</sup> การแบ่ง องค์ประกอบของชุมชนเข้มแข็งดังกล่าวสะท้อนกระบวนการสร้างความเข้มแข็งชุมชน 2 ส่วนเชื่อมโยงกันส่วนแรกเป็นกระบวนการส่งเสริมหรือสนับสนุนให้เกิด “กลไกหรือองค์กร

ชุมชน” ให้มีความเข้มแข็ง เพื่อใช้ความสามารถในขับเคลื่อน ส่วนที่สอง คือ การส่งเสริมให้ “เกิดกระบวนการหรือกิจกรรม ตามมิติการพัฒนา” ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาของ ชุมชน จนนำไปสู่ “ผลลัพธ์การพัฒนาชุมชน”

**ตัวชี้วัดชุมชนเข้มแข็งของสถาบันพัฒนาองค์กร ชุมชน<sup>(16)</sup> ได้กำหนดตัวชี้วัดตำบลต้นแบบชุมชนเข้มแข็ง ในการจัดการตนเอง 4 มิติ ได้แก่**

1. คนมีคุณภาพ ผู้นำองค์กรชุมชนที่ผ่านกระบวนการ พัฒนาศักยภาพบทบาทสำคัญในการพัฒนาชุมชน นำความรู้ มาปรับประยุกต์ใช้ในงานพัฒนาต่างๆ

2. องค์กรชุมชนมีความเข้มแข็ง กลุ่มองค์กรชุมชน มีบทบาทสำคัญในการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาชุมชน ท้องถิ่น องค์กรชุมชนเป็นสมาชิกสภาองค์กรชุมชน มีระบบ การบริหารตามหลักธรรมาภิบาล มีแผนการพัฒนาภาค ประชาชนที่เกิดจากการมีส่วนร่วมมีการบูรณาการงาน พัฒนาในพื้นที่ กลไกร่วม หรือเครือข่ายองค์กรชุมชน ในการ เชื่อมโยงการขับเคลื่อนงานพัฒนาร่วมกันระหว่างกลุ่มหรือ องค์กรชุมชนต่างๆ มีกติกา แนวปฏิบัติ ธรรมนูญ ข้อบัญญัติ ที่เป็นลายลักษณ์อักษร หรือที่สมาชิกในชุมชน กลุ่มองค์กร ชุมชนรับรู้ ซึ่งเกิดขึ้นจากการกำหนด และยอมรับร่วมกันของ คนในชุมชนท้องถิ่น

3. คุณภาพชีวิตคนในชุมชนดีขึ้น ครครัวเรือนผู้มีรายได้ น้อยมีความมั่นคงในที่อยู่อาศัยและที่ดินทำกิน มีสถาบัน หรือองค์กรการเงิน มีอาชีพหรือรายได้ทางเศรษฐกิจเพิ่มขึ้น ได้แก่ มีกองทุนสวัสดิการชุมชนโดยชุมชนที่ดูแลคน ทุกช่วงวัย กลุ่มคนด้อยโอกาส กลุ่มเปราะบาง ตั้งแต่เกิด จนตาย รวมไปถึงกิจกรรมสาธารณะอื่นๆ มีกลุ่มออมทรัพย์ หรือองค์กรการเงินในระดับชุมชน/หมู่บ้านเชื่อมโยง หรือ บูรณาการกองทุน กลุ่มออมทรัพย์ หรือองค์กรการเงินระดับ ชุมชนหรือหมู่บ้าน เป็นเครือข่ายหรือยกระดับเป็นสถาบัน การเงินชุมชนระดับตำบลหรือเมือง มีการพัฒนาและ การแก้ไขปัญหาที่อยู่อาศัยให้กับกลุ่มผู้เดือดร้อน การจัดการ ภัยพิบัติ หรือโรคระบาด/โรคอุบัติใหม่ มีระบบบริหาร การจัดการทรัพยากรธรรมชาติ มีระบบการจัดการดูแล ความปลอดภัยในการดำรงชีวิต และทรัพย์สินของคน ในชุมชน มีระบบการจัดการสุขภาพของคนในชุมชนท้องถิ่น และมีการจัดการเกษตร และการผลิตอาหารที่ปลอดภัย

4. ความสัมพันธ์กับหน่วยงานภาคี ท้องที่ ท้องถิ่น

มีกิจกรรม แผนงาน หรือโครงการที่หน่วยงานภาคีสนับสนุน การดำเนินงานของกลุ่ม/องค์กรชุมชนได้รับการบรรจุในแผน พัฒนาของท้องถิ่น หรือหน่วยงานภาคี มีคณะกรรมการหรือ คณะทำงานที่มีผู้แทนจากองค์กรชุมชนเข้าร่วม โดยแต่งตั้ง จากหน่วยงานภาคีระดับตำบล อำเภอ หรือจังหวัด หน่วยงาน ในตำบลหรือเมือง มีการปรับเปลี่ยนนโยบาย ระเบียบ กลไก โครงสร้างของหน่วยงาน แนวปฏิบัติที่เอื้ออำนวยต่อการแก้ไขปัญหา และการพัฒนากับองค์กรปกครองท้องถิ่น ท้องที่ รวมถึงหน่วยงานราชการในท้องถิ่นมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

กรมพัฒนาชุมชน<sup>(17)</sup> พัฒนาตัวชี้วัดหมู่บ้านเศรษฐกิจ พอเพียง เพื่อใช้ประเมินผลในระดับหมู่บ้านที่เข้าร่วมโครงการ พัฒนาหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียง ปี พ.ศ. 2564 แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านจิตใจและสังคม ได้แก่ ความสามัคคี และความร่วมมือของคนในหมู่บ้าน การประชุมหรือเวที ประชาคมเพื่อแก้ไขปัญหาหรือพัฒนา คนในชุมชนมีส่วนร่วม ในกิจกรรมของหมู่บ้านมีข้อปฏิบัติของหมู่บ้านมีกองทุน ในรูปแบบสวัสดิการแก่สมาชิก หมู่บ้านมีกองทุนสวัสดิการ มีการจัดสวัสดิการภายในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ยากจน ด้อยโอกาส และคนที่ประสบปัญหา ยึดมั่นในประชาธิปไตย มีคุณธรรมหรือจริยธรรม มีคนในหมู่บ้านชุมชนปลอดภัย สุข มีความเชื่อมั่นในปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (2) เศรษฐกิจ ได้แก่ มีการจัดทำบัญชีครัวเรือน มีกิจกรรมลดรายจ่าย และสร้างรายได้ มีการรวมกลุ่มเพื่อการพัฒนาอาชีพหลัก ของหมู่บ้าน มีกิจกรรมออมที่หลากหลายมีการดำเนินงาน ในรูปแบบวิสาหกิจชุมชนหรือกลุ่มที่มีการดำเนินงาน ในลักษณะเดียวกับรูปแบบวิสาหกิจชุมชน (3) การเรียนรู้ ได้แก่ มีข้อมูลชุมชน มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลและ แผนชุมชน มีการค้นหาและใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการสร้าง คุณค่า มีการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้ในชุมชน มีการใช้เทคโนโลยี ที่เหมาะสมกับศักยภาพของหมู่บ้าน/ชุมชนมีการสร้าง เครือข่ายภาคีการพัฒนา มีการปฏิบัติตามหลักการของการ พึ่งพาตนเอง และ (4) ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ มีจิตสำนึกของการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและ สิ่งแวดล้อม มีกลุ่ม/องค์กรด้านสิ่งแวดล้อม มีการใช้พลังงาน ทดแทนที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของชุมชน และมีการ สร้างมูลค่าเพิ่มจากทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)<sup>(18)</sup> ร่วมมือกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

กรมการพัฒนาชุมชน และสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) จัดทำโปรแกรมวัดความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น 3 ด้านคือ (1) องค์ประกอบหมายถึงองค์ประกอบต่างๆ ที่เป็นปัจจัยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนและชุมชนจำเป็นต้องมีประกอบด้วยดัชนีวัดหลัก 5 ดัชนี คือ คน วิธีการ และกระบวนการ ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมทุนและเครือข่าย (2) กระบวนการ/วิธีการ หมายถึง กระบวนการหรือวิธีการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนที่ส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชน ประกอบด้วยดัชนีหลัก 8 ดัชนี ได้แก่ การสร้างวิสัยทัศน์และคุณค่าร่วม การพัฒนาแบบมีส่วนร่วม การสร้างผู้นำและพัฒนาคน การเสริมพลังและความรับผิดชอบต่อสาธารณะแก่สมาชิกชุมชน การมีแผนและนโยบายการพัฒนา การมีเป้าหมายมั่นคงเป็นรูปธรรม การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และการส่งเสริมการพึ่งตนเอง และ (3) ผลลัพธ์ หมายถึง ผลที่ได้จากการชุมชนมีความเข้มแข็ง เป็นการวัดเพื่อยืนยันว่าชุมชนมีความเข้มแข็งจริง ประกอบด้วยดัชนีหลัก 5 ดัชนี ได้แก่ ความอยู่ดีมีสุข ความมั่นคงด้าน สุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม การมีจิตวิญญาณชุมชน ความสามารถปรับตัว และความสามารถพึ่งตนเอง

จากการศึกษาความหมายข้างต้นจะพบว่า ชุมชน-เข้มแข็งเป็นทั้ง “กระบวนการ” คือ การรวมกลุ่มเป็นองค์กรหรือกลไกที่ได้รับการยอมรับ และสามารถสร้างการมีส่วนร่วมกับสมาชิกในชุมชน พัฒนาผ่านกระบวนการจนเกิดการเรียนรู้และพัฒนา ทำให้กลไกชุมชนมีความสามารถในการบริหารจัดการทรัพยากรที่เป็นธรรมแก่สมาชิก เกิดจิตสำนึกเพื่อส่วนรวม ส่งผลให้คนในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี อันสะท้อนถึง “ผลลัพธ์” คือ ชุมชน-เข้มแข็ง และการศึกษาองค์ประกอบและตัวชี้วัดของชุมชน-เข้มแข็ง ทำให้เข้าใจสถานะของชุมชนอย่างเป็นระบบสามารถประเมินจุดแข็งจุดอ่อน และกำหนดแนวทางพัฒนาได้เหมาะสมกับบริบทชุมชน ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนและประเมินผลกระทบของการพัฒนาได้อย่างมีเป้าหมาย ผู้ศึกษาจึงได้แบ่งองค์ประกอบชุมชนเข้มแข็งเป็น 5 มิติ และจัดกลุ่มตัวชี้วัดแต่ละมิติโดยจำแนกให้เห็นทั้งตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนา กลไกองค์กรชุมชน และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการสร้างการเรียนรู้จนนำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ในมิติต่างๆ ของชุมชน ดังตารางที่ 1

ความเชื่อมโยงองค์ประกอบและตัวชี้วัดชุมชนเข้มแข็งในมิติทางสุขภาพ อาจอธิบายได้ว่าการสร้างชุมชนเข้มแข็งมีความจำเป็นต้องอาศัยทั้ง “กลไก” “กระบวนการ” และ “ผลลัพธ์” ที่มีประสิทธิภาพ กลไกในที่นี้หมายถึง กลไกกลุ่มหรือองค์กรที่มีอยู่ในชุมชน หรือมีการจัดตั้งให้เกิดขึ้นอย่างมีเป้าหมายร่วม เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กรรมการหมู่บ้าน เครือข่ายด้านสุขภาพฯ มีโครงสร้าง องค์ประกอบ การกำหนดบทบาทหน้าที่ มีข้อมูลแผนงาน และกติกาหรือข้อตกลงในการทำงานร่วมกัน กระบวนการ หมายถึง กิจกรรมหรือมาตรการที่กลไกชุมชนนำมาขับเคลื่อนอย่างมีเป้าหมายเพื่อช่วยสร้างเสริมสุขภาพให้กับสมาชิกในชุมชน เช่น การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในประเด็นผู้สูงอายุชุมชน ตัวชี้วัดเชิงกลไก คือ เกิดกลไก อสม. ที่มีจำนวนเพียงพอและมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เชื่อมโยง ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ คือ มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ นำไปสู่การเกิด ผลลัพธ์ คือ ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ และอัตราการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุมีมากขึ้น ความเชื่อมโยงคือการมีกลไกชุมชนที่เข้มแข็งจะทำให้ระบบสุขภาพชุมชนขับเคลื่อนสู่การเกิดกระบวนการ กิจกรรมหรือมาตรการที่ทำให้สุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนดีขึ้น

ดังนั้น การสร้างชุมชนเข้มแข็งจึงต้องกำหนดทั้งตัวชี้วัดในการประเมินความเข้มแข็งของกลไกชุมชน เพื่อใช้ข้อมูลผลประเมินสำหรับยกระดับความเข้มแข็งให้เพิ่มขึ้น และกำหนดตัวชี้วัดเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ เพื่อใช้ผลประเมินความก้าวหน้า บทเรียน สำหรับปรับปรุงกระบวนการเพื่อบรรลุผลลัพธ์ที่กำหนด

## 1.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการประเมินกระบวนการ

1. แนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of Change; ToC) เป็นแนวคิดที่ใช้ในการออกแบบและประเมินกระบวนการพัฒนา<sup>(19)</sup> โดยแสดงให้เห็นว่า กิจกรรมหรือกลยุทธ์ที่ใช้ในชุมชนส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงตามที่ชุมชนต้องการอย่างไร องค์ประกอบสำคัญของ ToC คือ (1) ปัจจัยนำเข้า (inputs) ทรัพยากรที่ใช้ เช่น เงินทุน บุคลากร (2) กิจกรรม (activities) การดำเนินกิจกรรมโครงการ เช่น การอบรมชุมชน การส่งเสริมสุขภาพ (3) ผลผลิต (outputs) สิ่งที่เกิดขึ้นทันที เช่น จำนวนผู้เข้าร่วมอบรม (4) ผลลัพธ์ระยะสั้น-กลาง (outcomes) พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง

เช่น ชาวบ้านปรับตัวกิจกรรมดีขึ้น และ (5) ผลกระทบระยะยาว (impact) เป้าหมายสุดท้าย เช่น ชุมชนมีความเข้มแข็งมากขึ้น สามารถนำไปใช้กับตัวชี้วัดชุมชนเข้มแข็ง โดยใช้

ToC เพื่อระบุว่ากิจกรรมที่ดำเนินอยู่ช่วยให้ชุมชนเข้มแข็งขึ้นจริงหรือไม่ การนำไปใช้อาจเริ่มต้นจากการจำแนกองค์ประกอบสำคัญของ ToC ดังภาพที่ 1

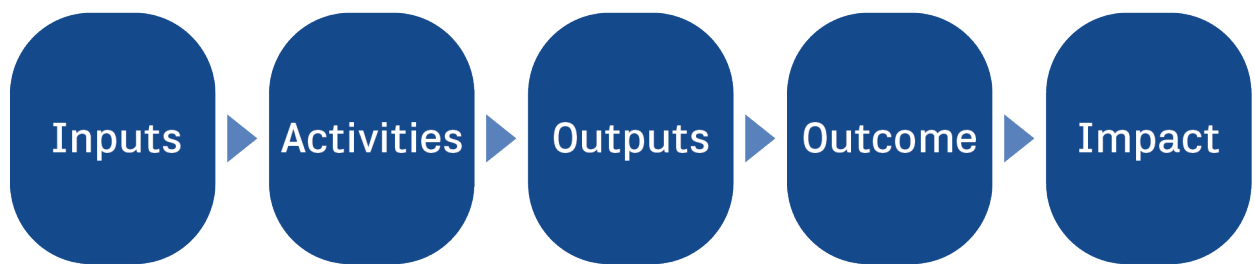
ตารางที่ 1 ชุมชนเข้มแข็ง 5 มิติ องค์ประกอบและตัวชี้วัด

องค์ประกอบหลักของชุมชนเข้มแข็ง	ตัวชี้วัด
<p>1. มิติทางเศรษฐกิจ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ความสามารถในการพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจ</li> <li>• การสนับสนุนอาชีพและรายได้ที่หลากหลายเพื่อลดความเสี่ยงทางเศรษฐกิจของครัวเรือน</li> <li>• ความสามารถในการผลิตและค้าขายสมัยใหม่ เช่น การระดมทุน</li> <li>• การพัฒนาสินค้าและจำหน่ายผลิตภัณฑ์ชุมชน รวมถึงการเพิ่มมูลค่าสินค้า</li> </ul>	<p><b>เชิงกลไก:</b> มีกลไกสวัสดิการชุมชนและองค์กรการเงินที่ชุมชนบริหารเอง มีการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจ เช่น กลุ่มผลิตสินค้าหรือบริการที่มีคุณค่าเพิ่ม</p> <p><b>เชิงกระบวนการ:</b> การใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในกิจกรรมชุมชน การทำบัญชีครัวเรือนและส่งเสริมการออมทรัพย์ มีการเชื่อมโยงหรือบูรณาการองค์การทางการเงินระดับชุมชน</p> <p><b>เชิงผลลัพธ์:</b> ครัวเรือนมีรายได้เพียงพอและมีแหล่งรายได้ที่มั่นคง</p>
<p>2. มิติทางสังคมและวัฒนธรรม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• การรวมกลุ่มทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ</li> <li>• กลไกการจัดการความขัดแย้งในชุมชน</li> <li>• ความสามัคคีและการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน</li> <li>• การมีสวัสดิการชุมชนที่ดูแลคนทุกกลุ่ม</li> <li>• การจัดการที่ยึดหลักประชาธิปไตยและคุณธรรม</li> </ul>	<p><b>เชิงกลไก:</b> ความเข้มแข็งของเครือข่ายองค์กรชุมชน</p> <p><b>เชิงกระบวนการ:</b> การมีเวทีแลกเปลี่ยนหรือประชาคมภายในชุมชน จำนวนและคุณภาพของกิจกรรมสาธารณะที่คนในชุมชนเข้าร่วม</p> <p><b>เชิงผลลัพธ์:</b> ระดับความสามัคคีและความร่วมมือของคนในชุมชน ระบบการจัดการสวัสดิการที่ชุมชนบริหารเอง การดำรงอยู่ของขนบธรรมเนียม วัฒนธรรมที่ช่วยให้ชุมชนเข้มแข็ง</p>
<p>3. มิติทางสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• การสร้างจิตสำนึกในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม</li> <li>• การดูแลและจัดสรรทรัพยากรธรรมชาติอย่างเป็นธรรม</li> <li>• การใช้พลังงานทดแทนและการบริหารจัดการขยะในชุมชน</li> <li>• การสร้างมูลค่าเพิ่มจากทรัพยากรธรรมชาติในชุมชน</li> </ul>	<p><b>เชิงกลไก:</b> การมีกลุ่มหรือองค์กรที่ทำงานด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชน</p> <p><b>เชิงกระบวนการ:</b> การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม มีมาตรการหรือกติกาสังคมเกี่ยวกับการดูแลทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม</p> <p><b>เชิงผลลัพธ์:</b> ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมได้รับการดูแลและใช้ประโยชน์อย่างมีประสิทธิภาพ</p>
<p>4. มิติทางการเมือง (การมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์กับหน่วยงานภาคี)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• การมีผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และสามารถบริหารชุมชนได้อย่างมีธรรมาภิบาล</li> </ul>	<p><b>เชิงกลไก:</b> ระดับความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรชุมชนกับหน่วยงานท้องถิ่นและหน่วยงานภาคี</p>

ตารางที่ 1 ชุมชนเข้มแข็ง 5 มิติ องค์กรประกอบและตัวชี้วัด (ต่อ)

องค์กรประกอบหลักของชุมชนเข้มแข็ง	ตัวชี้วัด
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ชุมชนกำหนดแนวทางการพัฒนาของตนเอง</li> <li>• การมีส่วนร่วมของประชาชนในเวทีการเมืองท้องถิ่น</li> <li>• การสร้างความสัมพันธ์กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐ และภาคีเครือข่ายอื่นๆ</li> </ul>	<p><b>เชิงกระบวนการ:</b> จำนวนประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่มีการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวนโครงการพัฒนาชุมชนที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงาน มีแนวปฏิบัติ ธรรมนูญ หรือข้อตกลงที่ชุมชนร่วมกันกำหนด</p> <p><b>เชิงผลลัพธ์:</b> ระบบบริหารจัดการชุมชนโปร่งใส มีส่วนร่วมจากคนในชุมชน</p>
5. มิติทางสุขภาพ	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• การจัดการสุขภาพของคนในชุมชน เช่น ระบบการดูแลสุขภาพของกลุ่มเปราะบางในชุมชน</li> <li>• ความมั่นคงทางอาหาร และการผลิตอาหารที่ปลอดภัย</li> <li>• การส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชน</li> <li>• ระบบการจัดการภัยพิบัติ โรคระบาด และโรคอุบัติใหม่</li> </ul>	<p><b>เชิงกลไก:</b> จำนวนและคุณภาพกลไกชุมชนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ</p> <p><b>เชิงกระบวนการ:</b> จำนวนและคุณภาพของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน การมีมาตรการรองรับและรับมือกับโรคระบาดหรือภัยพิบัติที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ</p> <p><b>เชิงผลลัพธ์:</b> การมีระบบการดูแลผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ อัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานของคนในชุมชน</p>

ภาพที่ 1 องค์กรประกอบของทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of Change)



2. แนวคิดเรื่องการประเมินผลเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา<sup>(20)</sup> (Action Research Evaluation; ARE) เป็นแนวคิดการประเมินเชิงกระบวนการที่สำคัญสร้างสรรคโอกาส (สำนัก 6) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ใช้ในการติดตามประเมินผลโครงการสร้างเสริมสุขภาพระหว่างทาง เชื่อว่าการติดตามประเมินผลที่ดีต้องทำให้ผู้ทำโครงการเกิดการเรียนรู้และพัฒนาเพื่อให้มีข้อมูลในการปรับปรุงการทำงานด้วยตัวเอง หรือบางครั้งอาจมีนักพัฒนาภายนอกมาร่วมในกระบวนการ การเรียนรู้

จะช่วยให้ผู้ทำโครงการเห็นแนวทางการบรรลุเป้าหมายจากการวิเคราะห์บทเรียนที่ต่อเนื่อง หลักการ ARE มี 5 ข้อ คือ

- 1) การใช้ผลลัพธ์เป็นหลัก การดำเนินโครงการต้องกำหนดผลลัพธ์และตัวชี้วัดในแต่ละระยะ ผู้ที่เกี่ยวข้องที่เข้าใจผลลัพธ์ที่ตรงกัน การแลกเปลี่ยนพูดคุยให้ยึดผลลัพธ์ที่ตั้งไว้เปรียบเทียบกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงตามช่วงเวลา
- 2) การใช้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ให้ความสำคัญกับหลักฐานที่ใช้ยืนยันผลลัพธ์ ข้อมูลสำคัญคือข้อมูลตามตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งการเกิดผลลัพธ์มีความเชื่อมโยงกับ

กิจกรรม ดังนั้น จึงต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อนำมาใช้อธิบายผลลัพธ์ทั้งความสำเร็จและไม่สำเร็จ

3) การสร้างการเรียนรู้ ทำเพื่อประโยชน์ของผู้ดำเนินโครงการเป็นสำคัญ แลกเปลี่ยนสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการลงมือทำทั้งการเรียนรู้จากความสำเร็จและล้มเหลว เพื่อนำบทเรียนมาพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงาน เกิดประโยชน์ต่อการเรียนรู้ของผู้ที่เกี่ยวข้อง

4) การทำหลายรอบ ประเมินผลทั้งก่อน ระหว่าง และหลังดำเนินโครงการ โดยประยุกต์ใช้แนวคิด PDCA (plan-do-check-act) ที่เน้นการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยมีการวางแผน ทดลอง ปรับปรุง และดำเนินการซ้ำ คือ วางแผนโครงการ (plan) ที่ตอบโจทย์ความต้องการของชุมชน

5) การดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการต้องเข้ามาร่วมในการติดตามประเมินผล ร่วมวงคุยเรื่องผลลัพธ์กันอย่างต่อเนื่อง สร้างความเข้าใจถึงกระบวนการที่นำไปสู่กระบวนการเกิดผลลัพธ์ เรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาการทำงานเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายที่วางไว้ร่วมกัน<sup>(21)</sup>

การประยุกต์ใช้เรื่องการประเมินผลเพื่อการเรียนรู้และพัฒนากระบวนการสร้างความเข้มแข็งชุมชนมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องกำหนดผลลัพธ์หรือสิ่งที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเทียบกับสภาพเดิมที่เป็นอยู่เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างการเรียนรู้เชิงกิจกรรมหรือกระบวนการที่นำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ ทำให้เห็นภาพความเชื่อมโยงระหว่างเหตุและผล ผู้ศึกษาจึงได้นำตัวชี้วัดชุมชนเข้มแข็งที่จำแนกไว้มาจัดกลุ่มโดยใช้ทฤษฎีการ

เปลี่ยนแปลงเป็นกรอบในการจัดกลุ่มตัวอย่างตัวชี้วัดดังตารางที่ 2

ในส่วนของตัวชี้วัดเรื่องสุขภาพสามารถอธิบายตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงได้ว่า ปัจจัยนำเข้า (input) ทำให้เกิดกระบวนการ/กิจกรรม (process/activity) คือ มีทรัพยากรโครงสร้างพื้นฐานแหล่งอาหารปลอดภัยในชุมชน ผู้นำชุมชน อสม. เครือข่าย เป็นพื้นฐานที่ทำให้จัดตั้งกลไกหรือระบบในการดูแลสุขภาพของชุมชน และเกิดกระบวนการส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชนได้ กระบวนการ/กิจกรรม (process/activity) นำไปสู่การเกิดผลผลิตหรือผลลัพธ์ระยะสั้น (output) เมื่อกระบวนการหรือกิจกรรมดำเนินไปอย่างเป็นระบบ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะสะท้อนผ่านตัวชี้วัดระดับผลผลิต เช่น จำนวนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ช่วยให้ประเมินปริมาณและขอบเขตของกิจกรรม กระบวนการกิจกรรมที่เกิดขึ้น เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาตามเป้าหมาย ผลผลิต/ผลลัพธ์ระยะสั้น (output) นำไปสู่ผลลัพธ์ระยะกลาง-ยาว (outcome) เมื่อประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น เข้าถึงการบริการสุขภาพได้ดีขึ้น จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงผลลัพธ์ระยะกลาง-ยาว คือ สถานะทางสุขภาพโดยรวมดีขึ้น และประเมินผลลัพธ์เชิงคุณภาพได้ เช่น ประชาชนมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น ระบบบริการสาธารณสุขตอบสนองความต้องการของประชาชนในชุมชนมากขึ้น ผลลัพธ์ระยะกลาง-ยาว (outcome) นำไปสู่การเกิดผลกระทบ (impact) ที่ประเมินสถานะทางสุขภาพชุมชนได้ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพทั่วถึง ทำให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

ตารางที่ 2 ตัวอย่างการจัดกลุ่มตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลของชุมชนเข้มแข็งในมิติสุขภาพตาม ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง

Input (ปัจจัยนำเข้า)	Process/Activity (กระบวนการ/กิจกรรม)	Output (ผลผลิต/ผลลัพธ์ระยะสั้น)	Outcome (ผลลัพธ์ระยะกลาง)	Impact (ผลกระทบระยะยาว)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้นำชุมชนที่มีศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)</li> <li>- ระบบสาธารณสุขพื้นฐานในชุมชน</li> <li>- แหล่งอาหารปลอดภัยในชุมชน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดตั้งกลไกระบบดูแลด้านสุขภาพ</li> <li>- ส่งเสริมการออกกำลังกายและโภชนาการอาหาร</li> <li>- พัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จำนวนคนที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- จำนวนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- จำนวนครัวเรือนที่เข้าถึงบริการสาธารณสุข</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สถานะทางสุขภาพโดยรวมของประชาชนดีขึ้น</li> <li>- เข้าถึงระบบสุขภาพมากขึ้น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประชาชนมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น</li> <li>- ประชาชนมีสุขภาพที่ดีและมีความปลอดภัยทางด้านสุขภาพ</li> </ul>

จะเห็นได้ว่ากระบวนการทั้งหมดเป็นการทำงานที่ต่อเนื่องและสัมพันธ์กัน ต้องอาศัยทั้งกลไกชุมชนเข้มแข็ง และกระบวนการ/กิจกรรมที่มีประสิทธิภาพ เพื่อการพัฒนา สุขภาวะและคุณภาพชีวิตประชาชน การกำหนดตัวชี้วัด ทั้งในระดับกลไก และระดับกระบวนการ ช่วยให้ประเมิน ความเข้มแข็ง ทั้งสองส่วนที่เชื่อมโยงกันเพื่อนำข้อมูล ผลประเมินมาปรับปรุงพัฒนางานระหว่างทาง ในมิติของ งานสร้างเสริมสุขภาพหากกำหนดตัวชี้วัดมาจากการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) องค์กรบริหารส่วน- ตำบล (อบต.) หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งมีภารกิจที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนกิจกรรม โครงการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน สร้างการมีส่วนร่วม ในชุมชนดูแลสุขภาพ รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณเพื่อ ส่งเสริมสุขภาพให้กับชุมชน การใช้ตัวชี้วัดเพื่อเป็นเครื่องมือ ในการประเมินประสิทธิภาพของโครงการและการดำเนินงาน มีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดสรร งบประมาณและการพัฒนาแผนการสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชนอย่างต่อเนื่อง ถ้าชุมชนเกิดความเข้มแข็ง สามารถจัดการสุขภาวะชุมชนตนเองได้แล้วจะช่วยลด ภาระของระบบสาธารณสุข และสามารถพึ่งพาตนเองได้ ในระยะยาว

## 2. แนวทางการใช้ตัวชี้วัดชุมชนเข้มแข็งเป็นเครื่องมือในการสร้างเสริมชุมชนเข้มแข็งเพื่อการพัฒนาสุขภาพ

เพื่อให้เห็นถึงแนวทางในการใช้ตัวชี้วัดชุมชนเข้มแข็ง เป็นเครื่องมือในการพัฒนา ข้อเสนอกรณีศึกษาชุมชน หมู่บ้านที่กะเปือ ตำบลช่องแคบ อำเภอพบพระ จังหวัดตาก เป็นตัวอย่างข้อมูล<sup>(11)</sup> ผ่านการดำเนินโครงการส่งเสริมชุมชน เข้มแข็งเพื่อการพัฒนาสุขภาพ

หมู่บ้านที่กะเปือ เป็นชุมชนขนาดเล็กมีประชากรประมาณ 285 คน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง (ปกากะญอ) เผชิญปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคน ในชุมชนหลายด้าน เช่น ปัญหาสุขภาพจากโรคติดต่อ- ไม่เรื้อรัง (NCDs) จากการบริโภคอาหารที่ไม่ปลอดภัย คนในชุมชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมทำให้อัตรา การเกิดโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็งเพิ่มขึ้น ต่อเนื่อง ผวนวกกับมีการใช้สารเคมีทางการเกษตรปริมาณ มาก ส่งผลให้เกิดปัญหาสารเคมีตกค้างในสิ่งแวดล้อมและ

ร่างกาย คนในชุมชนมีวิถีชีวิตที่มุ่งทำมาหากินทำให้ความ สัมพันธ์และการช่วยเหลือกันและความร่วมมือในชุมชน ลดลง นอกจากนี้ ยังเป็นหมู่บ้านที่มีความเสี่ยงจากภัยพิบัติ และปัญหาชายแดน เนื่องจากตั้งอยู่ใกล้ชายแดนพม่า จึงเสี่ยง ทั้งด้านการลักลอบข้ามแดนและการแพร่ระบาดของโรค

บ้านที่กะเปือมีการดำเนินโครงการชุมชนเข้มแข็งเพื่อ ขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเริ่มดำเนินงานเมื่อปี พ.ศ. 2559 ภายใต้โครงการชุมชนนำอยู่ซึ่งรับการสนับสนุน จากสำนัก 6 สสส. การให้ทุนมีเงื่อนไขการจัดตั้ง “สภาผู้นำ- ชุมชน” ซึ่งรวมกลุ่มคนทั้งจากผู้นำที่เป็นทางการ และไม่เป็น ทางการเข้ามาเป็นแกนนำโครงการ นำข้อมูลปัญหาชุมชน มาพูดคุยเพื่อกำหนดประเด็นดำเนินโครงการอย่างมีส่วนร่วม เมื่อศึกษาข้อมูลปัญหาสุขภาพของชุมชน (ข้อมูลจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในพื้นที่) ทำให้พบ ว่าในชุมชนมีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี ทั้งความ ดัน เบาหวาน มะเร็งและมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 6 ราย ในช่วงปีดังกล่าว และเมื่อวิเคราะห์สาเหตุปัญหาแล้วจึง พบว่าเกี่ยวข้องกับอาชีพเกษตรซึ่งใช้สารเคมีปริมาณมาก และพฤติกรรมเสี่ยงที่เอื้อต่อการเกิดโรค ชุมชนจึงวางแผน ดำเนินโครงการโดยตั้งเป้าหมาย 2 เรื่อง คือ (1) พัฒนา กลไกสภาผู้นำชุมชนให้เข้มแข็งสามารถขับเคลื่อนกิจกรรม ที่นำไปสู่เป้าหมาย และ (2) ชุมชน “ลดเสี่ยงลดโรค” ตามหลัก 3อ.2ส. แบบมีส่วนร่วม และดำเนินโครงการ ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 ปี

การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนได้ตั้งสภาผู้นำชุมชน ที่มีองค์ประกอบทั้งผู้นำที่เป็นทางการ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วย- ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน และผู้นำที่ไม่เป็นทางการ เช่น ปราชญ์ชาวบ้าน กรรมการศูนย์เรียนรู้เศรษฐกิจพอเพียง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตัวแทน- กลุ่มสตรี ตัวแทนกลุ่มแม่บ้าน ตัวแทนเยาวชน ตัวแทน- กองทุนหมู่บ้าน 4 คน และ ผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านที่กะเปือ ใช้เป็นกลไกหลักในการทำโครงการ มีการบริหารจัดการ โดยใช้ข้อมูล นำข้อมูลปัญหาสุขภาพและสังคม รวมถึง ข้อมูลบริบทพื้นที่ที่มีอยู่ในชุมชนพื้นที่ มาวิเคราะห์และ ออกแบบกิจกรรมพัฒนา ให้มีความสำคัญกับการพัฒนา ศักยภาพผู้นำ ผูกอบรวมและสร้างทักษะการบริหารจัดการ แก่ผู้นำชุมชน จัดตั้งกติกาสัญญาเรื่องการบริหารจัดการ ปลอดภัย การออกกำลังกาย และการลดการใช้สารเคมี

รวมถึงมีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ กับหน่วยงาน ภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนให้เข้ามาร่วมขับเคลื่อน การดำเนินงานจนเกิดความสำเร็จ

สำหรับกิจกรรมหรือกระบวนการสำคัญที่ส่งผลต่อ ความสำเร็จในการสร้างเสริมสุขภาพ การคืนข้อมูลปัญหา สุขภาพให้ชุมชนได้รับทราบเพื่อสร้างความตระหนัก รับสมัคร คริวเรือนที่พร้อมเข้าร่วมโครงการ สำรวจข้อมูลคริวเรือน เรื่องการใช้สารเคมี การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร กำหนดกติกาชุมชนในการทำกิจกรรมร่วมกัน อบรมให้ความรู้เรื่องโทษและพิษภัยสารเคมี สาธิตและฝึกปฏิบัติ เรื่องการปลูกผักปลอดสารเคมี อบรมเรื่องการออกกำลังกาย ส่งเสริมการปลูกผักปลอดสารในคริวเรือนต่อเนื่อง ส่งเสริม การออกกำลังกาย และบริโภคอาหารที่ปลอดภัย จัดตลาดนัด ผักปลอดภัยในชุมชนจำหน่ายในวันประชุมประจำเดือน มีกิจกรรมติดตาม ประเมิน และเสริมพลังโดยกลไกสภาผู้นำ ชุมชน เก็บและใช้ข้อมูลเพื่อสร้างการเรียนรู้ติดตามความ ก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องเทียบกับเป้าหมายแต่ละระยะเพื่อปิด ช่องว่างในการพัฒนา และจัดวางชุดคุยแบ่งปันประสบการณ์ การเป็นตัวอย่งที่ดีเรื่อง“ลดเสี่ยง ลดโรค” มอบเกียรติ- บัตรให้กับบุคคลต้นแบบ เพื่อเสริมพลังและสร้างแรงจูงใจ ให้คนในชุมชนทำต่อเนื่อง การขับเคลื่อนโครงการสร้างเสริม สุขภาพบ้านที่กะเป๋อ ดำเนินการอย่างเป็นระบบและมี พัฒนาการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของ คนในชุมชนและอาศัยหลัก 3อ.2ส. เป็นแนวทางสำคัญ ในการลดความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งส่งผลให้เกิด การเปลี่ยนแปลงในเชิงพฤติกรรมของคนในชุมชนตลอด ระยะเวลาดำเนินโครงการ

ในปีแรก ชุมชนได้ให้ความสำคัญกับการลดความเสี่ยง ของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยทุกคริวเรือน เข้าร่วมกิจกรรมและสามารถปฏิบัติตามกติกาที่กำหนดไว้ จำนวน 65 คริวเรือน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจนคือ ไม่มีการพบผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานและความดัน โลหิตสูง ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังเดิม จำนวน 36 คน สามารถ ควบคุมอาการเจ็บป่วยได้โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน และ สมาชิกชุมชนมีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสอดคล้องกับหลัก 3อ.2ส. มากกว่าร้อยละ 80 ของคนที่เข้าร่วมโครงการ

ในปีถัดมา ชุมชนต่อยอดแนวทางสุขภาพโดยมุ่งเน้น ไปที่การบริโภคอาหารที่ปลอดภัย โดยร่วมกันกำหนดกติกา

เกี่ยวกับการปลูกและบริโภคผักปลอดสารเคมีภายในชุมชน ส่งผลให้มีคริวเรือนที่สามารถปลูกและบริโภคผักปลอดสาร ได้จำนวน 59 คริวเรือนจากทั้งหมด 65 คริวเรือน สมาชิก ที่บริโภคผักเพิ่มขึ้นเป็น 400 กรัมต่อวัน มีมากถึง 177 คน หรือร้อยละ 75.64 ของผู้เข้าร่วมโครงการ ค่าใช้จ่ายในการ ซื้อผักของแต่ละคริวเรือนลดลงอย่างเห็นได้ชัด จากเดิม เดือนละ 900 บาท เหลือเพียง 150 บาทต่อเดือน และเพื่อ สนับสนุนแนวทางเกษตรอินทรีย์ ชุมชนได้จัดตั้งธนาคาร รวบรวมมูลสัตว์จำนวน 1 แห่ง เพื่อใช้เป็นปัจจัยในการ ปรับปรุงดินสำหรับการเพาะปลูก

ในปีสุดท้าย ชุมชนได้เพิ่มแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นเรื่องการออกกำลังกาย ส่งผลให้ประชาชนสามารถ ปฏิบัติตามแนวทางการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยมี ผู้ที่สามารถออกกำลังกายไม่น้อยกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ จำนวน 188 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 80.34 ซึ่งเป็นไปตาม เป้าหมายที่ตั้งไว้ของโครงการ

จากความสำเร็จดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของ ชุมชนในการจัดการสุขภาพของตนเองผ่านการมีส่วนร่วม ของสมาชิกในชุมชน มีการกำหนดกติการ่วมกัน และการ ปฏิบัติตามแนวทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้จะช่วยลด ความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแล้ว ยังช่วยเสริมสร้าง คุณภาพชีวิตของคนในชุมชนให้ดีขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม และ ที่ผ่านมามีการศึกษาศึกษาถึงกระบวนการทำให้ชุมชนเกิดความ เข้มแข็งผ่านแนวคิดการเสริมพลังชุมชน 9 มิติ ทำให้เห็น บทเรียนของการพัฒนาชุมชนที่สามารถนำมาเป็นข้อมูล ในการสร้างการเรียนรู้ผ่านบทความนี้ได้ โดยบทเรียนของ การใช้ตัวชี้วัดชุมชนเข้มแข็งผ่านกระบวนการเสริมพลังชุมชน 9 มิติ ของหมู่บ้านที่กะเป๋อ ได้แก่ (1) ชุมชนมีการมีส่วนร่วมสูง ใช้ข้อมูลและเวทีสาธารณะร่วมกำหนดเป้าหมายและแนวทาง พัฒนา (2) ผู้นำท้องถิ่นมุ่งมั่นทำงานเป็นทีม (3) เชื่อมโยงคน และองค์กรทั้งภายในและภายนอกชุมชน (4) มีโครงสร้างการทำงานมีความชัดเจนแต่ยืดหยุ่น โปร่งใส และใช้ข้อมูลร่วม- กันอย่างสม่ำเสมอ (5) ชุมชนสามารถประเมินปัญหาและ ลำดับความสำคัญได้ด้วยตนเอง นำสู่การออกแบบกิจกรรม- ร่วม (6) มีศักยภาพในการระดมทรัพยากรทั้งจากภายในและ ภายนอกอย่างเหมาะสม (7) มีการพัฒนา “ทักษะการถามว่า ทำไม่” ช่วยหามองปัญหาเชิงระบบและแก้ปัญหาที่ซับซ้อนได้ (8) องค์กรภายนอกเสริมพลังในระยะเริ่มต้น (9) ชุมชน

สามารถบริหารจัดการได้ด้วยตนเองในระยะที่ 3 จากกรณีศึกษาดังกล่าว ผู้เขียนได้นำทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง มาเป็นกรอบในการจัดกลุ่มตัวชี้วัดชุมชนเข้มแข็งที่ส่งผลต่อการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพของหมู่บ้านที่กะเปอ เพื่อให้เห็นถึงตัวอย่างการใช้ตัวชี้วัดชุมชนเข้มแข็งในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ดังตารางที่ 3

### วิจารณ์

บทความนี้เสนอแนวคิดและแนวทางการใช้ตัวชี้วัดชุมชนเข้มแข็งเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้กรอบทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง และแนวคิดการประเมินเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา ซึ่งช่วยให้เห็นบทบาทของตัวชี้วัดในทุกขั้นตอนของกระบวนการพัฒนา ตั้งแต่การวางแผน ดำเนินงาน ไปจนถึงการประเมินผลในระดับชุมชนอย่างเป็นระบบ

การจัดแบ่งตัวชี้วัดออกเป็น 5 มิติ ได้แก่ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม การเมือง และสุขภาพ ทำให้การประเมินมีความครอบคลุมและตอบสนองต่อบริบทของแต่ละพื้นที่ อย่างไรก็ตาม บทความยังขาดการพัฒนาเกณฑ์การประเมินเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งหากได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม จะช่วยเสริมศักยภาพของตัวชี้วัดในการเป็นเครื่องมือประเมินและพัฒนาชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

จากกรณีศึกษาหมู่บ้านที่กะเปอ แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของชุมชนในการประยุกต์ใช้ตัวชี้วัดเพื่อวางแผนและพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม สะท้อนถึงกระบวนการที่ชุมชนสามารถเรียนรู้ วิเคราะห์ และปรับตัวตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ ทั้งนี้ หากการออกแบบตัวชี้วัดสัมพันธ์กับช่วงเวลาและเป้าหมายสุขภาพะ การใช้เพื่อออกแบบเครื่องมือเก็บข้อมูล การติดตามผลลัพธ์ระยะสั้น-กลาง-ยาว และการคืนข้อมูลให้ชุมชนเพื่อสร้างการเรียนรู้มีส่วนร่วมของชุมชน จะทำให้ตัวชี้วัดมีบทบาทเป็น “เครื่องมือพัฒนา” มากกว่าการเป็นเพียง “เครื่องมือวัด”

กลุ่มเป้าหมายที่สามารถนำความรู้นี้ไปใช้ ได้แก่ ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐ ภาคีพัฒนา และนักวิจัย เพื่อออกแบบ วางแผน และประเมินกระบวนการสร้างชุมชนเข้มแข็งอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยเครื่องมือที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนที่มีความหลากหลาย ซึ่งต้องมีการปรับให้เหมาะสมกับลักษณะเฉพาะของแต่ละชุมชน รวมทั้งต้องสร้างความรู้ความเข้าใจกับผู้ใช้ เพื่อให้เครื่องมือเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ทั้งนี้ การส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการออกแบบและใช้ตัวชี้วัด นับเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความเป็นเจ้าของร่วมในกระบวนการพัฒนา ลดการพึ่งพาทภายนอก และส่งผลให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของชุมชนจากภายในอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ตารางที่ 3 ตัวอย่างการใช้ตัวชี้วัดชุมชนเข้มแข็งในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพของหมู่บ้านที่กะเปอ ตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง

ปัจจัยนำเข้า	กิจกรรม	ผลผลิต	ผลผลิต	ผลกระทบ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทรัพยากรได้รับจากหน่วยงานภายนอก</li> <li>- ผู้นำชุมชนที่เข้าร่วมอบรมการบริหารจัดการ</li> <li>- ข้อมูลชุมชนที่ใช้วางแผนพัฒนาชุมชน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดตั้งสภาผู้นำชุมชนที่มีโครงสร้างและมีบทบาทชัดเจน</li> <li>- การพัฒนาและใช้กติกาชุมชนด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม</li> <li>- จำนวนกิจกรรมคนในชุมชนมีส่วนร่วม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จำนวนกิจกรรมพัฒนาชุมชนที่ดำเนินการจริง</li> <li>- จำนวนประชาคมที่จัดขึ้นครอบคลุมครัวเรือนที่เข้าร่วม</li> <li>- จำนวนคนที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- จำนวนกลุ่มเครือข่ายที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการลดลงของโรคติดต่อไม่เรื้อรังในชุมชน</li> <li>- ระดับการพึ่งพาตนเองในการจัดการปัญหาสุขภาพและสิ่งแวดล้อม</li> <li>- การปรับตัวของชุมชนต่อการเปลี่ยนแปลง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตโดยรวมของชุมชน เช่น การเพิ่มรายได้ ลดปัญหาสุขภาพ</li> <li>- ความเข้มแข็งของเครือข่ายความร่วมมือระหว่างชุมชนและองค์กรภายนอก เช่น หน่วยงานรัฐและเอกชน</li> </ul>

## สรุป

บทความนี้ศึกษาความหมาย องค์ประกอบ และตัวชี้วัดของชุมชนเข้มแข็ง เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพระดับชุมชน โดยเน้นการพัฒนาผ่านการมีส่วนร่วมของประชาชน กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน และการบริหารจัดการที่เหมาะสม ตัวชี้วัดชุมชนเข้มแข็งถูกพัฒนาเพื่อเป็นเครื่องมือประเมินศักยภาพชุมชนในหลากหลายมิติ ซึ่งช่วยให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน และกำหนดแนวทางพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของตน จากกรณีศึกษาหมู่บ้านทึเกเปอ จังหวัดตาก พบว่า การนำตัวชี้วัดมาใช้สามารถช่วยให้ชุมชนพัฒนากลไกการบริหารจัดการชุมชน

จนเข้มแข็ง และทำให้สมาชิกในชุมชนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และส่งเสริมการพึ่งพาตนเองได้อย่างเป็นระบบ โดยอาศัยการสนับสนุนจากเครือข่ายภาคี ข้อมูลที่ชัดเจน และการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน เพื่อให้การใช้ตัวชี้วัดชุมชนเข้มแข็งมีประสิทธิภาพควรพัฒนาเครื่องมือที่ยืดหยุ่นต่อบริบท สนับสนุนการเก็บข้อมูลที่เป็นระบบ และส่งเสริมการเรียนรู้จากประสบการณ์ของชุมชน การเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็งช่วยลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ ขยายแนวทางสร้างเสริมสุขภาพในวงกว้าง และบูรณาการตัวชี้วัดเข้ากับนโยบายท้องถิ่น การออกแบบกลไกติดตามและพัฒนาร่วมกันจะช่วยให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในประเทศไทยได้

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. 2024 [cited 2025 Feb 11]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Intergovernmental Panel on Climate Change. Climate change and its impacts on health: 2023 report [Internet]. 2023 [cited 2025 Feb 9]. Available from: <https://www.ipcc.ch/reports>
3. World Health Organization. Climate change [Internet]. 2023 [cited 2025 Feb 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>
4. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2566 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ก.พ. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/dncd/news.php?deptcode=&news=41556>
5. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. จัปตาคิศทางสุขภาพคนไทย ปี 2568. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2568.
6. สมาคมประชากรศาสตร์แห่งประเทศไทย. จาก 50 ล้านประชากร สู่อัจฉริยะระดับสุดยอด [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 6 ก.พ. 2568]. แหล่งข้อมูล:[https://ipsr.mahidol.ac.th/post\\_research/prachakorn-forum-ep-9](https://ipsr.mahidol.ac.th/post_research/prachakorn-forum-ep-9)
7. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ยกระดับศักยภาพการรับมือกับภาวะวิกฤตด้านสุขภาพด้วยนวัตกรรมจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิโดยชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนพื้นที่กรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
8. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. เส้นทางสู่ชุมชนน่าอยู่ กับ Commu together. กรุงเทพมหานคร: สเปช อินด์สทรี จำกัด; 2567.
9. World Health Organization. Ottawa charter for health promotion [Internet]. 1986 [cited 2025 Feb 6]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349652/WHO-EURO-1986-4044-43803-61677-eng.pdf>
10. ประเวศ วะสี. ปฏิรูปโครงสร้าง 3 อย่าง. นนทบุรี: สำนักงานประสานการพัฒนาสังคมสุขภาพ; 2556.
11. พิณฑุสร โพธิ์อุไร. การเสริมพลังชุมชนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ: กรณีศึกษาโครงการชุมชนน่าอยู่ในพื้นที่ภาคเหนือของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ [ดุขภูมินิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2564.
12. สมาคมประชากรศาสตร์แห่งประเทศไทย. จาก 50 ล้านประชากร สู่อัจฉริยะระดับสุดยอด. กรุงเทพมหานคร: สมาคมประชากรศาสตร์แห่งประเทศไทย; 2566.

13. สัมพันธ์ เตชะอธิก. การวิจัยเพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชน. เสวนาวิชาการเรื่องการวิจัยเศรษฐกิจชุมชนท้องถิ่น ภาคเหนือ; 4 ก.ค. 2545; คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. พิษณุโลก: คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2545.
14. สุธิดา บัวสุขเกษม. แนวทางการพัฒนานโยบายของสภาองค์กรชุมชนในการส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชน: กรณีศึกษาตำบลหนองปรือ อำเภอเสนาะ จังหวัดกาญจนบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2554.
15. วิโรจน์ ณ ระนอง, วุฒิพงษ์ ตันยุทธ์, อรุณ สถิตพงษ์สถาพร. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการทบทวนตัวชี้วัดศักยภาพชุมชนเพื่อการติดตามยุทธศาสตร์การสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคมภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2564.
16. วสันต์ ฉายรัศมีกุล, วสิษฐพัชร วาฤทธิ์, วรัญญภรณ์ ชาลีรักษ์. องค์ประกอบหลักในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนในจังหวัดนนทบุรี. วารสารสถาบันวิจัยญาณสังวร 2561;9(1):44-6.
17. สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน. แบบประเมินตำบลต้นแบบชุมชนเข้มแข็งในการจัดการตนเองปีงบประมาณ 2565. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน; 2565.
18. กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย. แบบประเมินหมู่บ้านพอเพียงกระทรวงมหาดไทย. กรุงเทพมหานคร: กรมการพัฒนาชุมชน-กระทรวงมหาดไทย; 2564.
19. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. เครื่องมือวัดความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น (ตัวชี้วัดชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2565.
20. อำนาจ ศรีรัตนบัลล์. การประเมินผลเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา Action research evaluation (ARE) [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 6 ก.พ. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.gotoknow.org/posts/657450>
21. Connell JP, Kubisch AC. Applying a theory of change approach to the evaluation of comprehensive community initiatives: progress, prospects, and problems [Internet]. 1998 [cited 2025 Feb 9]. Available from: <https://www.semanticscholar.org/paper/Applying-a-Theory-of-Change-Approach-to-the-of-and-Kubisch/b5ae8eceb15ffaf10e2268af2a045c62b4e13f51>

# Indicators of Community Strength: a Tool for Empowering Communities in Advancing Health Promotion

Phintusorn Phourai

*Thai Health Promotion Foundation*

---

## Abstract

This article aims to investigate the concept of a Healthy community, focusing on its meaning, components, and key indicators for application in community-level health promotion. The methodology primarily involves a literature review and synthesis of the author's practical experience. A healthy community reflects the community's capacity, in both normal and crisis, for its members to collectively analyze problems, define issues, plan, and manage their community challenges. This involves processes and activities that become ingrained in the community's way of life. The process of building community empowerment is thus about developing individuals, groups, organizations, and the community through continuous learning. The study findings indicate that community empowerment indicators can be categorized into five main dimensions: (1) economic, (2) social and cultural, (3) environmental, (4) political (encompassing participation and relationships with partner agencies), and 5) health. Each of these dimensions is crucial for systematically evaluating and reflecting on the community's potential, both in terms of processes and outcomes. Evaluation results facilitate the adjustment and development of empowerment processes to align with each community's unique context. Driving health promotion initiatives through empowered community mechanisms highlights essential components: community capital (Input) that fuels development, development outcomes (Outcome) reflecting empowerment, and processes or activities (Activity) leading to change. The core driver for achieving the goal of an empowered community lies in the interim processes. Therefore, community empowerment indicators are vital tools that enable communities to assess and monitor changes in their empowerment levels across each dimension. Furthermore, emphasizing community participation in designing indicators and collecting data from the outset fosters acceptance of evaluation results and promotes shared learning among community members. This collaborative approach leads to continuous improvement, development, and an elevated level of community empowerment, ultimately enabling self-management and sustainable self-reliance.

**Keywords:** indicators of community strength, health promotion, development process

# การดูแลสุขภาพ: รากฐานสำคัญของชีวิต ที่มีคุณภาพสำหรับคนทำงาน

สิริก นามลาบุตร, นุชสิพร จิตแก้ว, พีรวิชัย นามลาบุตร  
สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ, กรุงเทพมหานคร

วันรับ: 18 มี.ค. 2568

วันแก้ไข: 16 เม.ย. 2568

วันตอบรับ: 15 เม.ย. 2568

## บทนำ

สถานการณ์ด้านแรงงานไทยในไตรมาสที่ 2 ปี พ.ศ. 2567 โดยมีจำนวนประชากรอยู่ในกำลังแรงงานทั้งหมด 40.18 ล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่มีงานทำแล้วถึง 39.50 ล้านคน<sup>(1)</sup> การทำงานเป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิต แต่การทำงานหนักเกินความสามารถหรือในสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวย อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตในระยะยาวได้ หากละเลยการดูแลสุขภาพ ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการทำงานและคุณภาพชีวิตโดยรวม

“สถานการณ์สุขภาพของประชากรวัยทำงานไทย: ความท้าทายและแนวทางแก้ไข” จากข้อมูลของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2563<sup>(2)</sup> พบว่า ประชากรวัยทำงานไทย อายุ 15-59 ปี กำลังเผชิญกับปัญหาสุขภาพเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นอย่างน่าเป็นห่วง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะน้ำหนักเกิน อ้วน ซึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง โซเดียมสูง และน้ำตาลสูง การขาดกิจกรรมทางกาย และการพักผ่อนไม่เพียงพอ ปัญหาสุขภาพดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน ก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้น และเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ การทำงานเป็นส่วนสำคัญในการดำรงชีวิต แต่การมีสุขภาพที่ดีก็มีความสำคัญไม่แพ้กัน การดูแลสุขภาพจึงเป็นการลงทุนระยะยาวที่คุ้มค่า เพราะสุขภาพ

ที่ดีจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง และส่งเสริมคุณภาพชีวิตในระยะยาว ตามที่สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์<sup>(3)</sup> ได้ระบุไว้ “สุขภาพที่ดีเปรียบเสมือนทุนมนุษย์ที่มีค่า ควรได้รับการดูแลและส่งเสริมอย่างต่อเนื่อง”

**การดูแลสุขภาพ: รากฐานสำคัญของชีวิตที่มีคุณภาพสำหรับคนทำงาน** ดังนี้

1. เพื่อสุขภาพที่ดีและสมบูรณ์แข็งแรงในการดูแลสุขภาพกาย คนทำงาน ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยเสริมสร้างกล้ามเนื้อ ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อีกทั้งยังช่วยให้ร่างกายและจิตใจผ่อนคลาย
2. เพื่อสุขภาพที่ดีในการดูแลสุขภาพจิต คนทำงาน ควรนอนหลับอย่างน้อย 7-8 ชั่วโมงต่อคืน พักผ่อนหย่อนใจ ทำกิจกรรมที่ชอบ และฝึกสมาธิ หากรู้สึกเครียด ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ นอกจากนี้ ควรตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อติดตามสุขภาพและค้นหาโรคในระยะเริ่มต้น
3. การสร้างสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิตส่วนตัว คนทำงาน ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เป็นสิ่งสำคัญ ต่อสุขภาพที่ดี การเลือกบริโภคอาหารครบ 5 หมู่ ดื่มน้ำสะอาด และหลีกเลี่ยงอาหารแปรรูปและอาหารที่มีน้ำตาลสูง จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ
4. คนทำงาน ควรสร้างสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดี โดยเลือกที่ทำงานที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก มีแสงสว่างเพียงพอ และมีการจัดระเบียบที่เป็นระเบียบเรียบร้อย ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 การดูแลสุขภาพ: รากฐานสำคัญของชีวิตที่มีคุณภาพสำหรับคนทำงาน



## สรุป

สุขภาพที่ดีเป็นทรัพย์สินที่ยิ่งใหญ่ที่สุดที่มนุษย์พึงมี การดูแลสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทุกคนควรให้ความสำคัญ

และปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลที่สำคัญ สํารวจภาวะการณ์ทำงานของประชากรไตรมาสที่ 2 พ.ศ. 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 22 พ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: [https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey\\_detail/2024/20240808130114\\_63827.pdf](https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2024/20240808130114_63827.pdf)
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือสุขภาพสำหรับคนทำงาน [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 23 พ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://hp.anamai.moph.go.th/th/news-anamai/download/?did=204833&id=73724&reload=>
3. สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. 10 ข้อปฏิบัติเพื่อสุขภาพหัวใจ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 23 พ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thaiheart.org/>



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