

# วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย

## THAI HEALTH PROMOTION JOURNAL

### นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยงอำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารแดช (DASH Diet) เพื่อต้านโรคความดันโลหิตสูงของบุคลากรสายสนับสนุนในสถาบันอุดมศึกษา
- ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
- ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุดรธานี
- สถานการณ์ฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา และบริบทของการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพื้นที่ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่
- แนวทางการขับเคลื่อนชุมชนท้องถิ่นให้เข้มแข็งภายใต้ความร่วมมือกับสถาบันวิชาการ
- ระบบ Platform Social Telecare กับการพัฒนาสมรรถนะนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์และทีมสุขภาพเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

### บทความพินิจ (Review Article)

- การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและลดอาการท้องผูกในผู้สูงอายุ
- แนวทางการบูรณาการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค NCDs สำหรับเด็กและเยาวชน

### บทความพิเศษ (Special Article)

- พลังแห่งความหวัง: การขับเคลื่อนระบบสาธารณสุขไทยภายใต้ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ

### ปกิณกะ (Miscellany)

- สูโลกสีเขียว สุขภาพดี: ด้วยกลยุทธ์ลดคาร์บอนและอนุรักษ์ธรรมชาติ

สารบัญ	หน้าที่	Contents
<b>ทบทวนวิชาการ</b>		<b>Editorial</b>
การบูรณาการในงานสร้างเสริมสุขภาพ วิวัฒน์ โรจนพิทยากร	241	Integration in Health Promotion <i>Wiwat Rojanapithayakorn</i>
<b>นิพนธ์ต้นฉบับ</b>		<b>Original Article</b>
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากร กลุ่มเสี่ยง อำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี อรพรรณ ขุนอำไพ, สาโรจน์ นาคจู	242	Factors Related to Health Behaviors Population At-risk in Colorectal Cancer Prevention in Tha Chana District, Surat Thani Province <i>Orapan Khunampai, Saroj Nakju</i>
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคเลปโตสไปโรซิสของอาสาสมัครสาธารณสุข- ประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี สุวินันท์ หมวดสุข, สาโรจน์ นาคจู	250	Factors Related to Preventive Behaviors of Leptospirosis of Village Health Volunteers Tha Chang District, Surat Thani Province <i>Suvinan Moudsuk, Saroj Nakju</i>
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารแดช (DASH Diet) เพื่อต้านโรคความดันโลหิตสูง ของบุคลากรสายสนับสนุนในสถาบันอุดมศึกษา ณฐิณี พงศ์ไพฑูรย์สิน, กรัณท์รัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์	260	Factors Influencing Consumption Behaviors of DASH Diet to Stop Hypertension for Supporting Staff in the Higher Education Institutions <i>Nathinee Phongphaitoonsin, Karuntharat Boonchuythanasit</i>
ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น กุลณัฐฉา อัครวิสิทธิ์, เมทินี พุ่มไม้	269	The Effects of a Problem-Solving Therapy Program on Depression in Adolescents <i>Koonnatta Uggaravisee, Metimee Puma</i>
ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและ การสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุดรธานี วิไลวรรณ บุญเรือง และคณะ	277	Relationship between Depression and Healthy Aging of Older Adults in Community, Uttaradit Province <i>Wilaiwan Bunruang, et al.</i>
สถานการณ์ฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา และบริบทของการ ส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนา เด็กเล็กพื้นที่ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ วิสเพ็ญ กิจธเนศ และคณะ	286	The Situation of Untreated Tooth Decay and the Context of Oral Health Promotion for Preschool Children in Remote Child Development Centers in Mueang Na Subdistrict, Chiang Dao District, Chiang Mai Province <i>Wisapen Kittaned, et al.</i>

สารบัญ	หน้าที่ Page	Contents
แนวทางการขับเคลื่อนชุมชนท้องถิ่นให้เข้มแข็ง ภายใต้ความร่วมมือกับสถาบันวิชาการ นิตา รัตน์ดิลก ณ ภูเก็ต และคณะ	294	Guidelines for Strengthening Communities through Collaboration with Partner Academic Institutions <i>Nisa Rattanadilok Na Phuket, et al.</i>
ระบบ Platform Social Telecare กับการพัฒนา สมรรถนะนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ และทีมสุขภาพเพื่อสนับสนุนระบบบริการ สุขภาพปฐมภูมิ ขนิษฐา บูรณพันธ์ศักดิ์ และคณะ	306	The Use of the Platform Social Telecare to Enhance the Competency of Medical Social Workers and Healthcare Teams in Supporting Thailand's Primary Healthcare System <i>Khanittha Booranaphansak, et al.</i>
<b>บทความพิเศษ</b>		<b>Review Article</b>
การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและลดอาการ ท้องผูกในผู้สูงอายุ ธัญยธรณ์ มงคลสุขภิรมย์	319	Health Promotion for Prevent and Relieve Constipation in Elderly <i>Tanyatorn Mongkolsukpirom</i>
แนวทางการบูรณาการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันควบคุมโรค NCDs สำหรับเด็กและเยาวชน สรายุธ รัศมี	331	Guidelines for Integrating Health Literacy Enhancement in the Prevention and Control of NCDs among Children and Youth <i>Sarayoot Ratsamee</i>
<b>บทความพิเศษ</b>		<b>Special Article</b>
พลังแห่งความหวัง: การขับเคลื่อนระบบสาธารณสุข- ไทยภายใต้ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ เกษราภรณ์ เสนนอก	344	The Power of Hope: Advancing Thailand's Public Health System amid Economic Disparities <i>Ketsaraphon Sennok</i>
<b>ปกิณกะ</b>		<b>Miscellany</b>
สู่โลกสีเขียว สุขภาพดี: ด้วยกลยุทธ์ลดคาร์บอน และอนุรักษ์ธรรมชาติ สิริกอร์ นามลาบุตร และคณะ	351	Better Health, Better Planet: Low-Carbon Living for a Sustainable Future <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 มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาสุขภาพ  
รศ. นพ.สรนิต ศิลธรรม สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ  
ผศ. ดร.สุปรีดา อุดมยานนท์ นักวิชาการอิสระ  
นพ.พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

## บรรณาธิการ

### บรรณาธิการ

นพ.วิวัฒน์ วิจารณ์วิทยากร มูลนิธิเครือข่ายฝึกรอบรรณาธิการวิद्याภาคสนามอาเซียน

## กองบรรณาธิการ

ดร.ณัฐพันธุ์ ศุภกา สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ  
นายประยงค์ โพธิ์ศรีประเสริฐ สาขาวิชาสถาปัตยกรรมศาสตร์ สถาบันอาศรมศิลป์  
ดร. นพ.ไพโรจน์ เสาแก้ว 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

## การบูรณาการในงานสร้างเสริมสุขภาพ

คำว่าบูรณาการ มีการใช้กันอย่างแพร่หลาย บางครั้งสื่อสารกันไม่รู้เรื่อง เพราะเข้าใจกันคนละความหมาย ตามพจนานุกรม ทางสำนักงานราชบัณฑิตยสภากำหนดให้คำนี้มี 2 ความหมาย คือ (1) ทำให้เป็นเนื้อเดียวกัน โดยรวมหรือผสมผสานส่วนต่างๆ เข้าด้วยกัน และ (2) เชื่อมหรือประสานกับสิ่งอื่นหรือหน่วยงานอื่น จะเห็นว่า ความหมายที่ 1 เป็นการมองที่ผลลัพธ์ ส่วนความหมายที่ 2 เป็นการมองที่กระบวนการ หากสื่อไม่ตรงกัน ก็อาจมองคำว่า “บูรณาการ” อย่างสับสน

โดยทั่วไป นักวิชาการมักจะมองคำว่า “บูรณาการ” ตามความหมายที่ 2 คือมองว่า หากจะทำงานที่จำเป็นต้องทำ โดยหลายหน่วยงาน การบูรณาการจะช่วยให้งานประสบความสำเร็จได้ง่ายขึ้น

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ วะสี เป็นผู้อธิบายงานบูรณาการด้วยแนวคิด “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” คือมองว่าการเปลี่ยนแปลงที่ยากมีโอกาสสำเร็จได้ หากมีความร่วมมือระหว่าง 3 พลัง คือ (1) พลังวิชาการ เพื่อการสร้างความรู้ (2) พลังประชาสังคม เพื่อการเคลื่อนไหวทางสังคม และ (3) พลังการเมือง ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงกับอำนาจรัฐเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงระบบและเชิงนโยบาย กล่าวโดยสรุป ความหมายทางอ้อมของแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา คือ การบูรณาการของ 3 ภาคส่วน หรือ 3 พลังนั่นเอง แต่การมีส่วนร่วมดำเนินการของ 3 พลังก็ไม่ใช่ว่าจะสำเร็จเสมอไป เปรียบเสมือนการยกโต๊ะที่มีน้ำหนักมาก พลังที่อยู่ตรง 3 มุมโต๊ะก็อาจเขยื้อนโต๊ะไม่ได้ ถ้าทั้ง 3 ฝ่ายไม่ได้ออกแรงพร้อมกัน

อย่างไรก็ตาม คำว่า ภาคีที่ทำงานร่วมกันเพื่อขับเคลื่อนงานใดงานหนึ่ง ก็ไม่จำเป็นต้องมี 3 พลังเสมอไป อาจเป็นภาคีประเภทเดียวกัน (เช่น หน่วยงานภาคประชาสังคม หลายๆ ภาคี ร่วมกันขับเคลื่อนงาน) ซึ่งหากเปรียบกับองค์กรใหญ่ อย่างสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ก็อาจหมายถึงการที่ทุกๆ สำนักภายใน สสส. ร่วมกันทำงานใดงานหนึ่ง เพื่อความสำเร็จในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชน

ดังนั้น การบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพ หากมองเชิงผลลัพธ์ ก็คือการมีสุขภาวะที่มีการผสมผสานหรือเชื่อมโยงองค์ประกอบด้านสุขภาพเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ (ตามปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมหรือสิ่งแวดล้อม) เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในการสร้างสุขภาวะแก่ประชาชน หรือหากมองในเชิงกระบวนการ ก็คือการสร้างให้เกิดกระบวนการทำงานร่วมกันในการออกแบบและขับเคลื่อนงาน เพื่อจัดระบบสุขภาพหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่อย่างมีส่วนร่วม

ประเด็นสำคัญของการบูรณาการเชิงกระบวนการคือการที่ทุกฝ่ายประสานงานหรือทำกิจกรรมร่วมกัน มุ่งสู่จุดหมายเดียวกัน แต่ก็ไม่จำเป็นว่า จะต้องเจอหน้ากัน และทำงานด้วยกัน เพราะแต่ละฝ่ายต่างก็ทำตามบทบาทหน้าที่ของตน แต่ขั้นตอนการดำเนินงานของแต่ละภาคี มีการสอดประสานกันด้วยแผนแม่บทเดียวกัน ทั้งนี้ การบูรณาการอาจมีได้หลายระดับ เช่น ระดับนโยบาย (Health in All Policies) ระดับภาคส่วน ระดับบริการ และระดับชุมชน

โดยสรุป สิ่งที่หลายฝ่ายต้องการเห็นคือการที่ภาคีต่างๆ ร่วมบูรณาการงานเพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์เดียวกัน แต่ไม่จำเป็นว่าการบูรณาการในความหมายของผลลัพธ์ หรือในความหมายเชิงกระบวนการ ความสำเร็จจะไม่ขึ้นกับคำว่า “ให้ความร่วมมือ” ให้เข้ามาช่วยงาน แต่จะเป็นการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ที่ปกติของแต่ละฝ่าย โดยมีกระบวนการผสมผสานแผนงานที่มุ่งสู่ผลลัพธ์เดียวกัน ทั้งนี้ การบูรณาการในงานสร้างเสริมสุขภาพ จึงเป็นงานร่วมที่ต่างคนต่างทำ แต่มุ่งสู่เป้าหมายเดียวกัน คือการเสริมสร้างสุขภาวะของประชาชนอย่างได้ผลและมีความยั่งยืน

# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยง อำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

อรพรรณ ขุนอำไพ, สาโรจน์ นาคจู  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง จังหวัดตจว

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยง ตำบลท่าชนะ อำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 324 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Cronbach coefficient) เท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสถิติ Pearson's product moment correlation coefficient ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้ในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ดังนั้น ผลการศึกษาจะเป็นแนวทางในการวางแผน และดำเนินการแก้ไขปัญหาระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และสามารถแนะนำประชาชนให้มีความตระหนักและมีพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง; ประชากรกลุ่มเสี่ยง; แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

วันรับ: 16 พ.ค. 2568

วันแก้ไข: 25 มิ.ย. 2568

วันตอบรับ: 29 มิ.ย. 2568

## บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (colorectal cancer) เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกที่สำคัญในการเกิดการเจ็บป่วย และเสียชีวิต รวมทั้งเกิดมากที่สุดเป็นอันดับสามของโลก รองจากมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านมและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลกพบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทุกชนิด 19 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิต 9.9 ล้านคน ในขณะที่มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงพบผู้ป่วยรายใหม่

1.9 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิต 0.93 ล้านคน มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ถ้าวินิจฉัยได้เร็วและได้รับการรักษาที่เหมาะสม ตั้งแต่ระยะแรก ผู้ป่วยจะมีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปีถึงร้อยละ 90 แต่ถ้าเป็นระยะท้ายซึ่งมีการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่นๆ อัตราการรอดชีวิตเหลือเพียงร้อยละ 10<sup>(1)</sup> อีกทั้งโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ติดอันดับ 1 ใน 5 ของมะเร็งที่พบบ่อยในคนไทย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ แม้ในระยะต้นของโรคจะสามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยการผ่าตัด แต่มักจะไม่แสดงอาการ ที่นำไปสู่การวินิจฉัย

และรักษา ทำให้ผู้ป่วยในไทยกว่าร้อยละ 60 ตรวจพบโรคในระยะท้าย ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงรวมถึงอัตราการรอดชีวิตต่ำ ทั้งนี้เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นหนึ่งในมะเร็งไม่กี่ชนิดที่ป้องกันได้ด้วยการคัดกรองเพื่อหาความผิดปกติตั้งแต่ยังไม่มีอาการ ส่วนมากความผิดปกตินี้มักพบในลักษณะของติ่งเนื้อ adenomas ซึ่งมีโอกาสกลายเป็นมะเร็งในที่สุด<sup>(2)</sup>

จากอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง องค์การอนามัยโลกจึงแนะนำให้แต่ละประเทศจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งโดยเน้นการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งพบบ่อย<sup>(3)</sup> สถาบันมะเร็งแห่งชาติในประเทศไทยได้รณรงค์ให้ความรู้ควบคู่กับโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในประชาชนที่มีอายุ 50-70 ปี มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 เพื่อให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและค้นหาโรคในระยะเริ่มแรกหรือระยะก่อนเป็นมะเร็ง โดยเข้ารับการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน<sup>(4)</sup>

สถานการณ์โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ปี พ.ศ. 2564-2566 พบผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 179, 203 และ 197 คนตามลำดับ<sup>(5)</sup> โดยพบว่าในช่วงเวลาดังกล่าวอำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 18, 7 และ 14 คนตามลำดับ<sup>(6)</sup> โดยพบว่าตำบลท่าชนะ อำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงตั้งแต่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564-2566 พบผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 3, 3 และ 2 คนตามลำดับ

จากข้อมูลสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยง อายุ 50-70 ปี ในตำบลท่าชนะ อำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ<sup>(7)</sup> เป็นกรอบแนวคิดผลการศึกษาคงจะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการพัฒนางานในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงและส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงต่อไป

## วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยง และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยง ตำบลท่าชนะ อำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

### ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้อยู่คือ ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุระหว่าง 50-70 ปี ตำบลท่าชนะ อำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวนทั้งหมด 1,285 คน<sup>(8)</sup>

### กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุระหว่าง 50-70 ปี ตำบลท่าชนะ อำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ยในกรณีทราบขนาดของประชากร (N) ของ Daniel<sup>(9)</sup> ดังนี้

$$n = \frac{N\sigma^2 z_{\alpha/2}^2}{[e^2(N-1)] + (\sigma^2 z_{\alpha/2}^2)}$$

เมื่อ n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

N คือ จำนวนประชากร จำนวน 1,285 คน

Z คือ ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (confidence level)

เมื่อกำหนดให้ความเชื่อมั่นร้อยละ 95.0 เมื่อ  $\alpha/2 = 0.025 = 1.96$

e คือ ค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ = 0.08

$\sigma^2$  คือ ค่าความแปรปรวน ( $\sigma = 0.53$ ) ของวิทยาลัยนารีพรหมลา และคณะ<sup>(10)</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

คำนวณขนาดตัวอย่างได้เท่ากับ 324 คน ซึ่งใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบใช้ความน่าจะเป็น โดยใช้วิธีประมาณค่าสัดส่วน คือ ทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างประชากรที่จะทำ

การเก็บข้อมูลตามสัดส่วนขนาดประชากรในแต่ละหมู่บ้านของตำบลท่าชนะ อำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยใช้วิธีการจับฉลาก

### การสุ่มตัวอย่าง

การศึกษาคั้งนี้ผู้ศึกษาใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยการสุ่มเลือกตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้าน โดยวิธีการจับฉลากหมายเลขบ้านเลขที่ที่มีผู้อาศัยอยู่จริง แบบไม่คืนที่ จากฐานข้อมูลบ้านเลขที่และการกำหนดสัดส่วนที่เท่ากันของประชากร probability proportional to size จาก 9 หมู่บ้าน โดยคำนวณตามสัดส่วนประชากรในแต่ละพื้นที่ และคำนวณหาช่วงของการสุ่ม จากสูตร  $k = N/n$

เมื่อ  $k$  แทน ช่วงของการสุ่มตัวอย่าง

$N$  แทน ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุระหว่าง 50-70 ปี ตำบลท่าชนะ อำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี (1,285 คน)

$n$  แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่างของการศึกษา (324 คน)

แทนค่า  $k = 1,285/324$

$k = 3.97$

### เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. เพศหญิงและเพศชาย อายุ 50-70 ปี เขตตำบลท่าชนะ อำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

2. มีการรับรู้สมรรถนะสามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ

3. สมัครเข้าร่วมการศึกษาโดยสมัครใจ

### เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างขอลถอนตัวออกจากการศึกษาระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. การตอบแบบสอบถามไม่ได้อยู่ในห้วงเวลาการศึกษาที่กำหนด

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (questionnaire) ซึ่งเกิดจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีรายละเอียด ดังนี้

**ตอนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ประวัติบุคคลในครอบครัวเคยป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จำนวน 8 ข้อ

**ตอนที่ 2** แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยง

ที่มีอายุระหว่าง 50-70 ปี ตำบลท่าชนะ อำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี แบ่งเป็น 4 ด้าน

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุระหว่าง 50-70 ปี ตำบลท่าชนะ อำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 5 ข้อ

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุระหว่าง 50-70 ปี ตำบลท่าชนะ อำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 5 ข้อ

3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุระหว่าง 50-70 ปี ตำบลท่าชนะ อำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 5 ข้อ

4. การรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุระหว่าง 50-70 ปี ตำบลท่าชนะ อำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 5 ข้อ

**ตอนที่ 3** แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยง ตำบลท่าชนะ อำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 20 ข้อ

### การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity)

นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือที่สร้างขึ้นจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 1 คน, ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์บาลผู้สูงอายุจำนวน 1 คน และผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคมะเร็งจำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา รูปแบบของแบบสอบถาม ความเหมาะสมด้านภาษาเหมาะสมที่จะนำไปใช้ได้หรือไม่ ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญแนะนำ และผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบพร้อมลงความเห็นและนำค่าดัชนี ความสอดคล้อง IOC (index of item-objective congruence) โดยการตรวจสอบเครื่องมือในคั้งนี้ พบว่าแบบสอบถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1 แสดงว่า เนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา มีความสอดคล้องตรงตามเนื้อหาของการศึกษา

**การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability)**

หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผ่านการแก้ไขปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 50-70 ปี เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสมอทอง อำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำไปวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบสอบถาม วิเคราะห์ความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) เท่ากับ 0.92

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

เมื่อเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้ศึกษาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสอบถาม ตรวจคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด ลงรหัสคะแนน นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ เพื่อสามารถตอบคำถามการศึกษาตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation; SD) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป
2. สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่า Pearson's product moment correlation coefficient นัยสำคัญทางสถิติ 0.05 แปลความหมายของความสัมพันธ์และแปลผล ค่า r ตามเกณฑ์ของ Davis's descriptors<sup>(11)</sup> ใช้หาความสัมพันธ์ด้านอายุ รายได้เฉลี่ย และการรับรู้การป้องกันตนเองต่อโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรค-มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยง ตำบลท่าชนะ อำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

**การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง**

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจะนำเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอการรับรองจากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ รหัสจริยธรรมการวิจัยที่ CPH-EC-026/2568 อนุมัติวันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2568 หลังจากได้รับการรับรองแล้ว ผู้ศึกษาจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับพร้อมทั้งชี้แจงถึงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างว่าสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธ

ที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น สำหรับข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้ศึกษาจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

**ผลการศึกษา**

**1. ข้อมูลส่วนบุคคล** จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 52.80 ส่วนใหญ่อายุ 50-55 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.90 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 58.38 ปี (SD=5.77) ส่วนใหญ่การศึกษาประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 29.60 และรองลงมาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 28.10 ส่วนใหญ่สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 46.30 ส่วนใหญ่อาชีพ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 30.20 รองลงมาอาชีพค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 22.50 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยจำนวน 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 63.60 รองลงมา มีรายได้เฉลี่ยจำนวน 10,001-15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 16.00 มีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 9,941.1 บาท SD=4,222.64 บาท ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 53.70 และส่วนใหญ่ไม่มีบุคคลในครอบครัวและญาติพี่น้องเคยป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง คิดเป็นร้อยละ 77.80

**2. ผลการวิเคราะห์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ทั้ง 4 ด้าน เมื่อจำแนกเป็นรายด้านในแต่ละด้าน** ผลดังนี้

2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยง พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=4.53, SD=0.42) เมื่อแยกเป็นรายข้อมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 ลำดับดังนี้ การรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่นำมาบึ่งย่าง ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Mean=4.77, SD=0.62) รองลงมา อายุ 50 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงสูงในการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมากกว่าบุคคลกลุ่มอื่น (Mean=4.64, SD=0.79) และผู้ที่มีประวัติตั้งเนื้อในลำไส้สามารถเพิ่มความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมากขึ้น (Mean=4.59, SD=0.79) ตามลำดับ

2.2 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยง พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=4.55, SD=0.52) เมื่อแยกเป็นรายข้อมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 ลำดับ ได้แก่ การป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ทำให้ทำงานได้ลดลง (Mean=4.71, SD=0.64) เมื่อเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จะเกิดโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง (Mean=4.69, SD=0.77) และโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นแล้วเสียชีวิตทุกราย (Mean=4.57, SD=1.00) ตามลำดับ

2.3 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยง พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=4.71, SD=0.38) เมื่อแยกเป็นรายข้อมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 ลำดับ ได้แก่ การตรวจลำไส้ใหญ่และไส้ตรงทุก 2 ปี จะช่วยให้ค้นหา มะเร็งได้ตั้งแต่เริ่มระยะเริ่มแรก (Mean=4.82, SD=1.09) การไปตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงหากพบว่าเป็นมะเร็งจะช่วยลดค่าใช้จ่าย ค่ารักษา ค่าเดินทางไปพบแพทย์ (Mean=4.82, SD=0.75) และขั้นตอนในการตรวจมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มีความยุ่งยาก เสียเวลา รอนาน (Mean=4.79, SD=0.64) ตามลำดับ

2.4 การรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยง พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=4.65, SD=0.37) เมื่อแยกเป็นรายข้อมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 ลำดับ ดังนี้ การไปตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นเรื่องที่น่าอาย (Mean=4.75, SD=0.57) การตรวจมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงทำให้เกิดอาการเจ็บปวด (Mean=4.72, SD=0.83) และท่านไม่สะดวกในการเดินทางไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Mean=4.67, SD=0.87) ตามลำดับ

**3. ผลการวิเคราะห์ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยง** พบว่า โดยภาพรวม อยู่ในระดับสูง (Mean=4.33, SD=0.38) เมื่อแยกเป็นรายข้อมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 ลำดับดังนี้ ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่นำมาปิ้งย่างเป็นประจำ (Mean=4.81, SD=0.57) รองลงมาคือ ท่านไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Mean=4.73, SD=0.74) และไปตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

ตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. แจง (Mean=4.61, SD=0.88) ตามลำดับ

วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยง ตำบลท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า การรับรู้ในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยง ตำบลท่าชนะ อำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

## วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชากรกลุ่มเสี่ยงในตำบลท่าชนะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.581, p < 0.001$ )<sup>(11)</sup> ซึ่งจัดอยู่ในระดับความสัมพันธ์สูง ผลดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่าผู้ที่มีการรับรู้ในความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคมามากกว่ามีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันที่ดีกว่า ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับกรอบแนวคิด Health Belief Model<sup>(7)</sup> ที่เสนอโดย Glanz และคณะ<sup>(12)</sup> ซึ่งอธิบายว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและโอกาสในการเผชิญกับภัยคุกคามเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคนอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุทธิมาศ สุขอัมพร และวลัยนารี พรหมลา<sup>(13)</sup> ที่พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดด้านขอบเขตพื้นที่ในการเก็บข้อมูล โดยจำกัดเฉพาะในพื้นที่ตำบลท่าชนะเท่านั้น ดังนั้น ผลการศึกษานี้จึงไม่สามารถนำไปสรุปอ้างอิงในบริบทอื่นได้อย่างกว้างขวาง เพื่อเพิ่มความแม่นยำและความสามารถในการนำไปใช้ทั่วไป งานวิจัยในอนาคตควรขยายขอบเขตการเก็บข้อมูลในหลายพื้นที่ และใช้วิธีการวิเคราะห์ทางสถิติขั้นสูง เช่น การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ เพื่อตรวจสอบและยืนยันปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอย่างครอบคลุม ทั้งนี้ ผลลัพธ์จากการศึกษาสามารถนำไป

ประยุกต์ใช้ในการวางแผนและพัฒนานโยบายด้านบริการสุขภาพ โดยเฉพาะการออกแบบโครงการส่งเสริมการรับรู้และโครงการคัดกรองโรค อันจะส่งผลต่อการเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันการมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระดับชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.ดร.สุรเดช สำราญจิตต์ คณะ-  
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง นางสาว

วิภารัตน์ ศรีสวัสดิ์ และนางสาววิรงรอง จรรย์รักษ์ พยาบาล-  
วิชาชีพชำนาญการ ที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจแบบ-  
สอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่  
ธุรการของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง  
ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการประสานงานต่างๆ  
เสมอมา สุดท้ายนี้ขอขอบคุณประชากรกลุ่มเสี่ยง ตำบล-  
ท่าชนะ อำเภوتاชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในการ  
ตอบแบบสอบถาม และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา  
ในครั้งนี้ จนทำให้การศึกษาสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ปี 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 27 มิ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <http://tcb.nci.go.th/CWEB/cwebBase.do?Mode=initialApplication>
2. กัณฑ์กมล กิจตรงศิริ. โครงการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงระดับประชากร [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 30 มิ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: [https://www.hitap.net/wp-content/uploads/2018/10/Full-report\\_CRC-screening.pdf](https://www.hitap.net/wp-content/uploads/2018/10/Full-report_CRC-screening.pdf)
3. คณะกรรมการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ National Cancer Control Programmer (พ.ศ. 2561-2565) [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 27 มิ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: [https://www.nci.go.th/th/New\\_web2024/officer/download/nccp/NCCP\\_61\\_65](https://www.nci.go.th/th/New_web2024/officer/download/nccp/NCCP_61_65)
4. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. แนวทางการดำเนินงานและการบันทึกข้อมูล โครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธี FIT Test [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 27 มิ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: [https://www.nci.go.th/th/File\\_download/D\\_index/ptu/update1761](https://www.nci.go.th/th/File_download/D_index/ptu/update1761)
5. กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี. สถานการณ์โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ปี พ.ศ. 2564 – ปี พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 24 มิ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://lookerstudio.google.com/reporting/657b566b-c106-4a0b-888f-a54825218073>
6. กลุ่มงานประกันสุขภาพและยุทธศาสตร์สารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลท่าชนะ. สถานการณ์โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง อำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ปี พ.ศ. 2564 – ปี พ.ศ. 2566. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลท่าชนะ; 2566.
7. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. Health Educ Q 1988 Summer;15(2):175-83.
8. สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. ประชากรรายอายุอำเภอท่าชนะ ตำบลท่าชนะ จังหวัด สุราษฎร์ธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 27 มิ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/displayData>
9. Daniel WW. Biostatistics: a foundation of analysis in the health sciences. 6<sup>th</sup> ed. Brisbane, New York: John Wiley & Sons; 1995.
10. วลัยนารี พรมลา, สุทธิมาศ สุขอัมพร, สุทธิชาร์ตน์ เจริญพงศ์, ชัชวาล วงศ์สารี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง. วารสารมหาจุฬานาครธรรม 2564;8(12):175-77.
11. Davies IK. The management of learning. London: McGraw-Hill; 1971.
12. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice. 4<sup>th</sup> ed. Hoboken, NJ: Jossey-Bass; 2008.
13. สุทธิมาศ สุขอัมพร, วลัยนารี พรมลา. ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงของบุคลากรในโรงพยาบาล. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2564;15(9):623-44.

# Factors Related to Health Behaviors Population At-risk in Colorectal Cancer Prevention in Tha Chana District, Surat Thani Province

Orapan Khunampai, Saroj Nakju

*Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University, Trang Province, Thailand*

---

## Abstract

This research is a cross-sectional study aimed at investigating the behavior concerning the prevention of colorectal cancer and the factors associated with the preventive behavior of at-risk populations in Tha Chana Subdistrict, Tha Chana District, Surat Thani Province. The sample consisted of 324 individuals, and data were collected using a questionnaire. The reliability coefficient (Cronbach's alpha) was found to be 0.92. The data analysis included frequency distribution, percentages, mean, standard deviation, and correlation analysis using Pearson's correlation coefficient. The findings revealed that the majority of the sample had a high level of health belief, which was positively correlated with the behavior of preventing colorectal cancer at a high level. Furthermore, the analysis showed that the awareness of colorectal cancer prevention was significantly correlated with the preventive behaviors of at-risk population groups ( $p < 0.05$ ). Therefore, the results of this research will serve as a guideline for planning and implementing solutions to the problem of colorectal cancer and can inform the public to be more aware and adopt better practices in preventing colorectal cancer.

**Keywords:** colorectal cancer prevention behaviors; at-risk population; health belief model

# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

สุวิพันธ์ หมวดสุข, สาโรจน์ นาคจู  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง จังหวัดตจว.

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา และเชิงวิเคราะห์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 204 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม มีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 ทุกข้อ และมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน การศึกษานี้ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ผล ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 5 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยนำการรับรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส ปัจจัยเอื้อในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ปัจจัยเสริมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยนำมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสอยู่ในระดับสูง ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสอยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

คำสำคัญ: โรคเลปโตสไปโรซิส; พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วันรับ: 16 ก.ค. 2568

วันแก้ไข: 28 ส.ค. 2568

วันตอบรับ: 31 ส.ค. 2568

## บทนำ

โรคเลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis) หรือที่เรียกว่า “โรคไข้ฉี่หนู” เป็นโรคติดต่อระหว่างสัตว์สู่คน (zoonotic disease) โรคนี้เกิดจากเชื้อแบคทีเรียในสกุล Leptospira หนูเป็นแหล่งแพร่โรคที่สำคัญที่สุดที่นำโรคมารสู่มนุษย์ การติดเชื้อเกิดจากการสัมผัสปัสสาวะของสัตว์ที่ติดเชื้อ โดยทางตรง

หรือทางอ้อมจากสิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อนปัสสาวะของสัตว์ที่มีเชื้อ การเกิดโรคมีลักษณะประปราย พบการระบาดในกลุ่มคนที่ทำกิจกรรมสัมผัสน้ำหรือดินที่ปนเปื้อนเชื้อ เชื้อเข้าสู่ร่างกายโดยตรงทางบาดแผลที่ผิวหนัง เยื่อเมือก หายใจ และเยื่อเมือก โรคเลปโตสไปโรซิสเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุข และเป็นโรคที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ เนื่องจากสามารถทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันหัน

มักมีการระบาดหนักในช่วงเดือนตุลาคมและพฤศจิกายนของทุกปี<sup>(1)</sup>

สถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซิสในประเทศไทย จากข้อมูลเฝ้าระวังโรคปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วย 4,612 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 7.11 ต่อแสนประชากร มีผู้เสียชีวิต 49 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.08 ต่อแสนประชากร จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยทั้งสิ้น 230 ราย อัตราป่วย 21.69 ต่อแสนประชากร มีผู้เสียชีวิต 2 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 0.87 เป็นจังหวัดที่พบผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเป็นอันดับสองของเขตสุขภาพที่ 11<sup>(2)</sup>

จากการทบทวนสถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซิส 5 ปี ย้อนหลัง (พ.ศ. 2562-2566) ของอำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบแนวโน้มผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสสูงขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยถึง 6 ราย อัตราป่วย 18.56 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี<sup>(2)</sup> จากการสอบสวนโรคเบื้องต้น พบว่า พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือการสัมผัสกับแหล่งน้ำ และพื้นที่ชื้นแฉะเป็นเวลานานในการทำงาน และผู้ป่วยมักไม่ใช้อุปกรณ์ในการป้องกันตนเองขณะทำงาน

อำเภอท่าฉางมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิส ซึ่งสามารถป้องกันได้ เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ถือเป็นกลุ่มบุคคลสำคัญในการเป็นต้นแบบด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน อสม. เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน มีหน้าที่แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้บริการและประสานงานสาธารณสุขบำบัดทุกข์ประชาชนและดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดีด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้น อสม. จึงเป็นตัวแทนของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่มากที่สุด และมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน การที่จะเป็นผู้นำดังกล่าว อสม. จำเป็นต้องมีพฤติกรรมที่ดีในการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อสามารถถ่ายทอดความรู้และเป็นแบบอย่างแก่ประชาชนในพื้นที่ได้ ด้วยเหตุนี้ ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) และนำแนวคิดทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเข้ามาประยุกต์ใช้

ในการศึกษา ได้แก่ การศึกษาทฤษฎีทางพฤติกรรมที่มีผลต่อการควบคุมป้องกันโรค โดยใช้กรอบแนวคิด PRECEDE framework<sup>(3)</sup>

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

## วิธีการศึกษา

### รูปแบบการศึกษา

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) และการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (analytical research)

### กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี และขึ้นทะเบียนมีสิทธิรับเงินค่าป่วยการปีงบประมาณ 2567 ซึ่งมีทั้งหมด 814 คน (ฐานข้อมูลงานสุขภาพภาพประชาชน 1 มกราคม พ.ศ. 2567) คำนวณขนาดของตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel<sup>(4)</sup> ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่าความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 204 คน จากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดจำนวนประชากรแต่ละตำบล 6 ตำบล ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified random sampling) กำหนดสัดส่วนแบบเท่ากัน โดยคำนวณสัดส่วนประชากรแต่ละตำบล โดยผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนกลับ

### วิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าใจ ผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ โดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมศึกษาดังกล่าวโดยแจกแบบสอบถาม

ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นรายบุคคล โดยให้ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง มีอิสระในการตอบแบบสอบถาม โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568

### ความเที่ยงตรงของเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามตรวจหาความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามทฤษฎี โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหา (index of item objective congruence; IOC) ของแบบสอบถามทุกส่วน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 ซึ่งแสดงถึงความตรงที่ดีของแบบสอบถาม แสดงว่าเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษามีความสอดคล้องตรงตามเนื้อหาของการศึกษา

### ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

นำเครื่องมือที่ผ่านการพิจารณาตรวจสอบแก้ไขปรับปรุง ไปตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยหา Cronbach's alpha coefficient ดังนี้ (1) ปัจจัยนำการรับรู้เกี่ยวกับโรค-เลปโตสไปโรซิส ค่าเท่ากับ 0.88 (2) ปัจจัยเอื้อในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ค่าเท่ากับ 0.77 (3) ปัจจัยเสริมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ค่าเท่ากับ 0.86 (4) พฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ค่าเท่ากับ 0.86 และ (5) แบบสอบถามภาพรวมทั้งฉบับ ค่าเท่ากับ 0.95

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษายึดมาตรฐานการวิจัย โดยคำนึงถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณนักวิจัย จึงมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพรพิจารณางานวิจัยและด้านจริยธรรม ได้รับการพิจารณาเอกสารรับรอง รหัสจริยธรรมการวิจัย CPH-EC-028/2568 อนุมัติวันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2568

### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยมีรายละเอียดของการวิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคล

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันโรค แรงสนับสนุนทางสังคม การได้รับข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพฤติกรรมการป้องกันโรค เลปโตสไปโรซิส โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของอาสาสมัครสาธารณสุข-ประจำหมู่บ้านอำเภอท่าฉางจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยทดสอบด้วยสถิติ Pearson's product moment correlation coefficient<sup>(5)</sup>

## ผลการศึกษา

### 1. ผลการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

#### 1.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.90 มีอายุมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 33.80 รองลงมา 40-49 ปี ร้อยละ 26.50 โดยมีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 43.35 ปี (SD=12.64) อาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 54.90 รองลงมา อาชีพค้าขาย ร้อยละ 18.60 มีระดับการศึกษามากที่สุดอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 28.40 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 21.60 สถานภาพส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 78.50 รองลงมาสถานภาพโสด ร้อยละ 14.20 มีรายได้ต่อเดือนมากที่สุดอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 44.60 รองลงมา มีรายได้ต่อเดือน 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 18.60 โดยมีค่าเฉลี่ยรายได้เท่ากับ 13,679 บาท (SD=9,017.50) ระยะเวลาในการเป็น อสม. มีระยะเวลาในการเป็น อสม. มากที่สุดอยู่ในช่วงต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 28.90 รองลงมา คือ 5-9 ปี ร้อยละ 25.50 โดยมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการ

เป็น อสม. เท่ากับ 10.01 ปี (SD=8.14) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิส ใน 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 98.50

**1.2 ผลการศึกษาปัจจัยนำ**

ปัจจัยนำการรับรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค และด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค ภาพรวมผู้ตอบแบบสอบถามมีระดับการรับรู้อยู่ในระดับสูง (Mean=4.27, SD=0.57) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเลปโตสไปโรซิส ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2 อันดับ คือ ข้อที่ 1 โรคเลปโตสไปโรซิสเป็นแล้วอาจถึงเสียชีวิตได้ ถ้าไม่รีบไปพบแพทย์ (Mean=4.46, SD=0.73) และ ข้อที่ 4 อาการป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิส ใช้สูงเฉียบพลันปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ กัดเจ็บบริเวณกล้ามเนื้ออ่อนตาลีอียง (Mean=4.46, SD=0.79) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อที่ 2 อาการป่วยหรืออาการแสดงของโรคเลปโตสไปโรซิสมีลักษณะคล้ายอาการป่วยไข้หวัดใหญ่ และสครับไทฟัส (Mean=4.40, SD=0.85)

ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของ อสม. ที่ต้องทำงานใกล้ชิดกับประชาชนและมักได้รับข้อมูลข่าวสารจากหน่วยงานสาธารณสุขโดยตรง การรับรู้ดังกล่าวสะท้อนถึงความตระหนักถึงอันตรายของโรคและผลกระทบที่อาจ

รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต อันเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสมและการรับรู้บางประเด็นยังพบความเข้าใจคลาดเคลื่อน เช่น การรับรู้ว่าโรคสามารถติดต่อจากการใกล้ชิดผู้ป่วยได้ ซึ่งในความเป็นจริงโรคเลปโตสไปโรซิสไม่ติดต่อจากคนสู่คนโดยตรง ข้อค้นพบนี้สะท้อนถึงความจำเป็นที่ต้องมีการถ่ายทอดองค์ความรู้เชิงลึกให้กับ อสม. เพื่อป้องกันการสื่อสารที่ไม่ถูกต้องสู่ประชาชน ขณะเดียวกัน ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคกลับมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด แสดงให้เห็นถึงข้อจำกัดที่เกิดจากปัจจัยเชิงโครงสร้างและวิถีชีวิต เช่น ราคาของอุปกรณ์ป้องกันที่สูง ความยากลำบากในการหาซื้อ และความไม่สะดวกในการใช้งานในกิจกรรมเกษตรกรรม ผลการวิจัยดังกล่าวตอกย้ำว่า แม้การรับรู้และความรู้ความเข้าใจจะอยู่ในระดับสูง แต่การปฏิบัติจริงอาจถูกจำกัดด้วยบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ดังตารางที่ 1

**1.3 ผลการศึกษาปัจจัยเอื้อ**

ปัจจัยเอื้อในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ด้านความพอเพียงของทรัพยากรในการป้องกันโรค ภาพรวมผู้ตอบแบบสอบถามมีระดับความพอเพียงอยู่ในระดับสูง (Mean=3.83, SD = 0.82) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือข้อที่ 4 บ้านของท่านมีตู้กับข้าวสำหรับใส่อาหารที่มิดชิด (Mean=4.52, SD=0.83) ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือข้อที่ 3 บ้านของท่านมีชุดลุยน้ำที่สามารถป้องกันการได้รับเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิส (Mean=3.20, SD=1.46) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 1 ปัจจัยนำการรับรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี (n=204)**

ระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรับรู้ระดับสูง (ช่วงคะแนน 3.68 – 5.00)	169	82.80
การรับรู้ระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 2.34 – 3.67)	35	17.20
การรับรู้ระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 1.00 – 2.33)	0	0.00
Mean = 4.27, SD = 0.57, Min = 2.56, Max = 5.00	204	100.00

ตารางที่ 2 ปัจจัยเอื้อ ด้านความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี (n=204)

ระดับปัจจัยเอื้อ ด้านความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความพอเพียงระดับสูง (ช่วงคะแนน 3.68 – 5.00)	121	59.30
ความพอเพียงระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 2.34 – 3.67)	76	37.30
ความพอเพียงระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 1.00 – 2.33)	7	3.40
Mean = 3.83, SD = 0.82, Min = 1.00, Max = 5.00	204	100.00

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่มีทรัพยากรขั้นพื้นฐานที่เพียงพอต่อการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส โดยเฉพาะด้านการจัดเก็บอาหารอย่างปลอดภัยในตู้กับข้าวที่มีดซิด ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงจากการปนเปื้อนของเชื้อจากสัตว์พาหะ แสดงถึงการมีพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนที่สอดคล้องกับมาตรการสุขาภิบาลอาหารและการป้องกันโรค การมีร่องเท้าบูทเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการเดินลุยน้ำหรือดินโคลนก็อยู่ในระดับค่อนข้างสูง สะท้อนว่าครัวเรือนส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกันที่จำเป็นได้ แต่อาจยังมีข้อจำกัดบางครัวเรือน และการมีชุดลุยน้ำมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด บ่งชี้ว่าครัวเรือนจำนวนมากยังขาดทรัพยากร ซึ่งอาจเกิดจากราคาที่สูง การมองว่าไม่จำเป็นหรือความไม่สะดวกในการสวมใส่เมื่อทำกิจกรรมทางการเกษตร ดังนั้นการดำเนินงานด้านสาธารณสุขควรมุ่งเน้นการสนับสนุนทรัพยากรที่มีความจำเป็นแต่ยังขาดแคลน รวมถึงการสร้างตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการใช้อุปกรณ์เหล่านี้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในระดับครัวเรือนและชุมชน

**1.4 ผลการศึกษาปัจจัยเสริม**

ปัจจัยเสริมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการได้รับข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ภาพรวมผู้ตอบแบบสอบถามมีระดับปัจจัยเสริม อยู่ในระดับสูง (Mean=4.06, SD=0.62) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือข้อที่ 2 สถานบริการสาธารณสุขในชุมชนให้ความรู้

ในด้านการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสอย่างต่อเนื่อง (Mean=4.30, SD=0.78) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือข้อที่ 1 ท่านได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสที่มีความชัดเจน สามารถนำไปปฏิบัติได้ (Mean=4.20, SD=0.89) ดังตารางที่ 3

ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนเชิงข้อมูลข่าวสารจากหน่วยบริการสาธารณสุขเป็นปัจจัยเสริมที่สำคัญที่สุดในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะการจัดสรรงบประมาณจากภาครัฐ ยังคงเป็นประเด็นที่ต้องได้รับการปรับปรุง หากสามารถพัฒนาได้ครบทั้งสองด้าน จะช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และชุมชนมีศักยภาพสูงสุดในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสอย่างยั่งยืน

**1.5 ผลการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส**

พฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ด้านการดูแลตนเองและด้านการสวมอุปกรณ์ป้องกันโรคภาพรวมผู้ตอบแบบสอบถามมีระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรค อยู่ในระดับสูง (Mean=4.41, SD=0.52) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการสวมอุปกรณ์ป้องกันโรค ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 3 ดูแลรักษาความสะอาดบ้านเรือน และบริเวณบ้านให้สะอาดอยู่เสมอ ไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของหนู (Mean=4.61, SD=0.69) ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือข้อที่ 6 ทำความสะอาดคอกสัตว์เลี้ยง เช่น หมู โค กระบือด้วยมือเปล่า (Mean=3.99, SD=1.35) ดังตารางที่ 4

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในระดับที่ดี ทั้งในด้านการดูแลตนเองและการสวมอุปกรณ์ป้องกัน อย่างไรก็ตามยังคงมีข้อจำกัดในบางประเด็น เช่น การทำงานในพื้นที่น้ำยังเป็นเวลานาน และการทำความสะอาดคอกสัตว์โดยไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกัน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมทั้งในด้านการจัดหาทรัพยากร และการรณรงค์

ให้ตระหนักถึงความเสี่ยงในสถานการณ์จริง เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมที่ปลอดภัยและลดการแพร่ระบาดของโรคเลปโตสไปโรซิสอย่างยั่งยืน

**2. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าหลวง จังหวัดสุราษฎร์ธานี** ดังตารางที่ 5

**ตารางที่ 3 ปัจจัยเสริมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอท่าหลวง จังหวัดสุราษฎร์ธานี (n=204)**

ระดับปัจจัยเสริมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (ช่วงคะแนน 3.68 – 5.00)	136	66.70
ระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 2.34 – 3.67)	67	32.80
ระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 1.00 – 2.33)	1	0.50
Mean = 4.06, SD = 0.62, Min = 2.17, Max = 5.00	204	100.00

**ตารางที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอท่าหลวง จังหวัดสุราษฎร์ธานี (n=204)**

ระดับปัจจัยเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมระดับสูง (ช่วงคะแนน 3.68 – 5.00)	184	90.20
พฤติกรรมระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 2.34 – 3.67)	19	9.30
พฤติกรรมระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 1.00 – 2.33)	1	0.50
Mean = 4.06, SD = 0.62, Min = 2.17, Max = 5.00	204	100.00

**ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าหลวง จังหวัดสุราษฎร์ธานี (n=204)**

ปัจจัย	พฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยนำการรับรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส	0.573*	<0.001	สูง
ปัจจัยเอื้อการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส	0.433*	<0.001	ปานกลาง
ปัจจัยเสริมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส	0.418*	<0.001	ปานกลาง

\* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## วิจารณ์

1. ผลการศึกษาปัจจัยนำด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรค-เลปโตสไปโรซิส ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค พบว่า การรับรู้โดยรวมและการรับรู้ทุกด้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE framework ซึ่งระบุว่า ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ และเชื่อว่ามีผลกระทบทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้เกี่ยวกับโรค และความเชื่อด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลจะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรคนั้น หากบุคคลมีความเชื่อว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค รับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมให้ห่างจากการเป็นโรคหรือป้องกันโรคนั้น เป็นสิ่งที่ดี มีประโยชน์กับตนเอง และไม่มีอุปสรรคใดๆ มาขัดขวาง จะทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ การมีอุปสรรคอาจยับยั้งการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวได้<sup>(3)</sup> สอดคล้องกับ ธวัชชัย เต็มใจ และคณะ<sup>(6)</sup> ได้ทำการศึกษา เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงในจังหวัดศรีสะเกษ ประเทศไทย พบว่า การรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสินทรัพย์ กิ่งวิชิต และสาโรจน์ นาคจุ<sup>(7)</sup> ได้ทำการศึกษา เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ของประชาชน ตำบลบางดี อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง พบว่า การรับรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผลการศึกษาปัจจัยเอื้อ ด้านความพอเพียงของทรัพยากรในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE framework ซึ่งระบุว่า ปัจจัยเอื้อ เป็นปัจจัยที่อาศัยอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลให้เกิดพฤติกรรมโดยตรง อาจเป็นปัจจัยสนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดหรือไม่ให้เกิดพฤติกรรมของบุคคล ประกอบด้วยสิ่งอำนวยความสะดวก

ความสะดวกต่างๆ ในด้านความพอเพียงที่มีอยู่ การเข้าถึงแหล่งบริการได้สะดวก รวมทั้งทรัพยากรต่างๆ เช่น สถานบริการสุขภาพ บุคลากร โรงเรียน ซึ่งจะช่วยให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่างๆ นั้นได้ง่ายขึ้น<sup>(3)</sup> อย่างไรก็ตามผลการศึกษาโดยสมเกียรติ จินดา และเฉลิมพล ตันสกุล<sup>(8)</sup> ได้ทำการศึกษา เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเก็บบง อำเภอเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ปัจจัยเอื้อการมีกองทุนรองทำบุญและถูงมือสวมใส่การมีแหล่งน้ำบริโภคและอุปโภค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส

3. ผลการศึกษาปัจจัยเสริมด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE framework ซึ่งระบุว่า ปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้รับการสนับสนุน เป็นผลสะท้อนที่บุคคลจะได้รับจากการแสดงพฤติกรรมนั้น ซึ่งอาจช่วยสนับสนุนหรือเป็นแรงกระตุ้นในการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพนั้น เป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากบุคคล หรือกลุ่มบุคคลหรือกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรม ได้แก่ พ่อแม่ ครอบครัว ครู เพื่อน แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางสาธารณสุข ปัจจัยเสริมส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะของการกระตุ้นเตือน ยกย่องชมเชย ให้กำลังใจ การกระตุ้นเตือน ชมเชย ให้กำลังใจ การยกเป็นแบบอย่าง ตำหนิ หรือการลงโทษ ซึ่งปัจจัยเสริมเป็นสิ่งที่ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและมีการคงอยู่ของพฤติกรรมนั้นๆ<sup>(3)</sup> และพบว่า ในการศึกษาของสมเกียรติ จินดา และเฉลิมพล ตันสกุล<sup>(8)</sup> เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ 0.01 และการศึกษาของธวัชชัย เต็มใจ และคณะ<sup>(6)</sup> เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงในจังหวัดศรีสะเกษ ประเทศไทย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมต่อโรคเลปโตสไปโรซิส มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมคือการติดต่อระหว่างบุคคลหนึ่งกับอีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ สิ่งของ และข้อมูล ซึ่งส่งผลให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน ซึ่งเกี่ยวข้องกับความเคารพและความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่งผลให้ผู้รับการสนับสนุนปฏิบัติหรือประพฤติดนในลักษณะที่ผู้สนับสนุนต้องการ เช่น มีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ดี อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้ อีกทั้งการใช้แบบสอบถามอาจมีอคติจากการตอบของผู้ให้ข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีขอบเขตเฉพาะพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยบางประการที่ไม่ได้ศึกษา ดังนั้น ผลการศึกษาอาจไม่สามารถนำไปสรุปอ้างอิงในบริบทอื่นได้อย่างกว้างขวาง เพื่อเพิ่มความแม่นยำและความสามารถในการนำไปใช้ งานวิจัยในอนาคตควรขยายขอบเขตการเก็บข้อมูลในหลายพื้นที่ ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การรับรู้สภาวะแห่งตน

และควรศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาโปรแกรมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส และควรเพิ่มวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อที่จะได้ข้อมูลในหลายมิติและสามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคในอนาคตได้เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ผลลัพธ์จากการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนพัฒนานโยบายด้านบริการสุขภาพให้ครอบคลุม โดยเน้นให้มีการดำเนินการร่วมกันทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะการจัดโครงการอบรมเพิ่มความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค และการป้องกันโรค อันจะส่งผลต่อการเสริมสร้างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ที่ถูกต้องเหมาะสม

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ รวมทั้งให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ และกลุ่มตัวอย่างที่ได้ให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการศึกษาจนทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. เลปโตสไปโรซิส (leptospirosis, weil disease) [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 1 พ.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: [http://ddc.moph.go.th/disease\\_detail.php?d=16](http://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=16)
2. สำนักระบาดวิทยา. ระบบรายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 1 พ.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://ddsdoe.ddc.moph.go.th/ddss/>
3. Green Lawrence W. Health education planning: a diagnosis approach. California: Mayfield Publish; 1980.
4. Daniel WW. Biostatistics: a foundation of analysis in the health sciences. 6<sup>th</sup> ed. Brisbane, New York: John Wiley & Sons; 1995.
5. Schober P, Boer C, Schwarte LA. Correlation coefficients: appropriate use and interpretation. *Anesth Analg* 2018;126(5):1763-68.
6. Toemjai T, Thongkrajai P, Nithikathkul C. Factors affecting preventive behavior against leptospirosis among the population at risk in Si Sa Ket, Thailand. *One Health [Internet]*. 2022 [cited 2025 Jan 14];14:100399. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2022.100399>
7. สมาคมพยาบาลทหารบก, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง. พฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชน ตำบลบางดี อำเภอ ห้วยยอด จังหวัดตรัง. มิติใหม่ในการดูแลสุขภาพ: สูงวัยอย่างมีสุขภาวะ; 25 ส.ค. 2568. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพยาบาลทหารบกและคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2566.
8. สมเกียรติ จินดา, เฉลิมพล ตันสกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเก็บบง อำเภอเมืองจันทร์จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิชาการเฉลิมภาณุจนา* 2557;1(2):25-31.

# Factors Related to Preventive Behaviors of Leptospirosis of Village Health Volunteers Tha Chang District, Surat Thani Province

Suvinan Moudsuk, Saroj Nakju

*Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University, Trang Province, Thailand*

## Abstract

This study was a descriptive study and analytical research. The objectives were to study the predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors, and leptospirosis prevention behaviors, and to study the relationship between the predisposing factors, enabling factors, and reinforcing factors and leptospirosis prevention behaviors among village health volunteers in Tha Chang District, Surat Thani Province. The samples were of 204 village health volunteers. Data were collected using a questionnaire with a content consistency index between 0.67 and 1.00 for all items and a reliability value of 0.95; and were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient. This research took place from January to May 2025, a total of 5 months, for data collection and analysis. The results showed that the leading factors in perceiving leptospirosis, enabling factors for preventing leptospirosis, reinforcing factors for preventing leptospirosis, and the overall behavior in preventing leptospirosis were all at a high level. The analysis of relationships revealed that the leading factors had a high positive correlation with preventive behaviors for leptospirosis, enabling factors had a moderate positive correlation with preventive behaviors for leptospirosis, and reinforcing factors also had a moderate positive correlation with preventive behaviors for leptospirosis, all of which were statistically significant ( $p < 0.05$ ).

**Keywords:** leptospirosis; leptospirosis prevention behavior; village health volunteers

# ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารแดช (DASH Diet) เพื่อต้านโรคความดันโลหิตสูงของบุคลากรสายสนับสนุนในสถาบันอุดมศึกษา

ณัฐณี พงศ์ไพฑูรย์สิน<sup>1</sup>, กรัณทรรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์<sup>2</sup>

<sup>1</sup>คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

<sup>2</sup>คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

## บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารแดช (DASH diet) เพื่อต้านโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารแดช เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากบุคลากรสายสนับสนุนในสถาบันอุดมศึกษา จำนวน 625 คน โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน คือ วิเคราะห์ถดถอยพหุแบบมีตัวแปรแฝง ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารแดชเพื่อต้านโรคความดันโลหิตสูงของบุคลากรสายสนับสนุนในสถาบันอุดมศึกษา อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารแดช และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหารแดช เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารแดช โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารแดชเพื่อต้านโรคความดันโลหิตสูงของบุคลากรสายสนับสนุนในสถาบันอุดมศึกษา ได้ร้อยละ 63 โดยมีค่าอำนาจถดถอยของตัวแปรสังเกต อยู่ระหว่าง 0.67-0.95

คำสำคัญ: อาหารแดช; พฤติกรรมการบริโภค; บุคลากรสายสนับสนุน; สถาบันอุดมศึกษา; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

วันรับ: 22 ก.ค. 2568

วันแก้ไข: 31 ส.ค. 2568

วันตอบรับ: 4 ก.ย. 2568

## บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสุขภาพทั้งในระดับโลก และประเทศไทยที่สำคัญ ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6.8 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 จำนวน 2 แสนคน ปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 507,104 คน<sup>(1)</sup> และปี พ.ศ. 2568 มีข้อมูลจากระบบรายงานของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรักษาจำนวน 7.4 ล้านคนนั้น มีมากถึง 3.5 ล้านคนที่ยังควบคุมระดับ

ความดันโลหิตไม่ได้<sup>(2)</sup> สำหรับในประชากรวัยแรงงาน พบอัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร เท่ากับ 1,030.6<sup>(3)</sup>

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมีทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมไม่ได้ เช่น ประวัติครอบครัว อายุ เพศ เชื้อชาติ เป็นต้น และปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้ คือ พฤติกรรมสุขภาพ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นหัวใจสำคัญที่ช่วยป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิภาพ สำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อการลดระดับความดันโลหิตมากที่สุด คือ การ

บริโภคอาหารด้านโรคความดันโลหิตสูง (dietary approaches to stop hypertension; DASH diet) หรือเรียกว่า การบริโภคอาหารแดช (DASH diet) ซึ่งทำให้ค่า SBP ลดลง 8-14 มม.ปรอท<sup>(4,5)</sup> สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณ<sup>(6)</sup> ที่พบว่าอาหารแดชส่งผลให้ค่าความดันโลหิต ค่าคอเลสเตอรอลรวม และชนิด low-density lipoprotein ลดลงแล้ว ยังส่งผลให้ค่าต่างๆ ต่อไปนี้ลดลง คือ HbA1c (-0.53%) อินซูลินในเลือดขณะอดอาหาร (-0.15 ไมโครยูนิท/มล. และน้ำหนักตัว (-1.42 กก.) และการบริโภคอาหารแดชสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ลดลง ซึ่งอาหารแดช ประกอบด้วย อาหารที่เน้นผัก ผลไม้ ข้าวไม่ขัดสี ถั่ว เมล็ดธัญพืช เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน นมหรือผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ การบริโภคไขมันและน้ำมันที่ไม่มากเกินไป และของหวานในปริมาณไม่เกิน 5 ครั้งต่อสัปดาห์ และมักควบคู่กับการลดปริมาณโซเดียม โดยพฤติกรรมการบริโภคอาหารแดชเพื่อต้านโรคความดันโลหิตสูง สำหรับการศึกษานี้จะทำการจัดกลุ่มของอาหารแดช แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มผักและผลไม้ กลุ่มธัญพืชและถั่ว กลุ่มเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ และกลุ่มส่วนผสม (น้ำมัน น้ำตาล และโซเดียม)

จากการทบทวนวรรณกรรมของตัวแปรที่เกี่ยวข้อง โดยตรงกับการบริโภคอาหารแดช พบว่า วรรณกรรมที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในเรื่องดังกล่าวยังมีอย่างจำกัด เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของตัวแปรที่พบมีความเกี่ยวข้องกับตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพ<sup>(7)</sup> และการรับรู้ความสามารถของตนเอง<sup>(8-11)</sup> ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการบริโภคอาหารแดช โดยตัวแปรทั้ง 2 ที่นำมาศึกษาในงานวิจัยนี้มีการกำหนดองค์ประกอบ ดังนี้ ตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารแดช ประกอบด้วย องค์ประกอบการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจในข้อมูล ทักษะการสื่อสาร การตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการบอกต่อ ส่วนตัวแปรความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหารแดช ประกอบด้วย องค์ประกอบการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์

สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารแดช เป็นการศึกษาวิเคราะห์ห่อภิมาณที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง

การบริโภคอาหารกับสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ทั้งที่เป็นโรคและไม่เป็นโรค พบว่า การบริโภคอาหารแดชสามารถลดอัตราการเสียชีวิตในภาพรวมลงได้ ประมาณร้อยละ 20 โดยไม่คำนึงถึงสาเหตุของการเสียชีวิต<sup>(12)</sup> แต่ยังไม่มีการวิจัยที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการบริโภคอาหารแดชในเชิงป้องกันโรคหรือการส่งเสริมสุขภาพให้กับกลุ่มคนที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่าบุคลากรสายสนับสนุนในสถาบันอุดมศึกษาที่ยังไม่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแดชอย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารแดชนั้น เนื่องจากคนกลุ่มนี้มีวิถีชีวิต ลักษณะงาน และพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยมีวัตถุประสงค์ของการศึกษา คือ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารแดช และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารแดช เพื่อต้านโรคความดันโลหิตสูงของบุคลากรสายสนับสนุนในสถาบันอุดมศึกษา

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง โดยมีรายละเอียดดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรสายสนับสนุนในสถาบันอุดมศึกษาของประเทศไทย จำนวน 141,249 คน<sup>(13)</sup> กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสายสนับสนุนในสถาบันอุดมศึกษาที่ปฏิบัติงานในปีการศึกษา 2566 จำนวน 625 คน กำหนดขนาดตัวอย่างโดยอ้างอิงจาก Soriano<sup>(14)</sup> ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 และระดับความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มที่ยอมให้เกิดขึ้น คือ 50/50 ทำการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นบุคลากรสายสนับสนุนทั้งด้านวิชาการและด้านธุรการที่ปฏิบัติงานจนผ่านการประเมินงานในระยะแรกของสถาบันนั้นๆ มีค่าความดันโลหิตน้อยกว่า 130/85 มม.ปรอท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง<sup>(5)</sup> และเกณฑ์คัดออก คือ ขณะตอบแบบสอบถามเกิด ปัญหาสุขภาพใดๆ ที่ทำให้ไม่สามารถกลับมาดำเนินการตอบแบบสอบถามต่อได้

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา**

เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ แบ่งออกเป็น 3 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 ปัจจัยเชิงสาเหตุของการบริโภคอาหารแดช คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารแดช และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหารแดช จำนวน 41 ข้อ และตอนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหารแดช จำนวน 10 ข้อ มีคุณภาพด้านความเที่ยงตรง (validity) โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหา/วัตถุประสงค์ (item objective congruence; IOC) ของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.60-1.00 และมีความเชื่อมั่น (reliability) โดยคำนวณค่า Cronbach's alpha coefficient ทั้งฉบับได้ค่าเท่ากับ 0.966

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการจัดส่งแบบสอบถามไปยังสถาบันอุดมศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์กลับคืน จำนวน 625 ฉบับ คิดอัตราการตอบกลับได้เท่ากับ ร้อยละ 100

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ในการแบ่งระดับและแปลผลคะแนนของปัจจัยเชิงสาเหตุของการบริโภคอาหารแดช และพฤติกรรมการบริโภคอาหารแดช มีการแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับแบบอันตรภาคชั้น คือ คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด/3

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารแดช ใช้สถิติเชิงอนุมาน คือ การวิเคราะห์ multiple regression analysis แบบมีตัวแปรแฝง

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เอกสารรับรองเลขที่ COA66/029 วันที่รับรอง 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 - 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2567

**ผลการศึกษา**

**1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง**

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 625 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.5 อยู่ในกลุ่มอายุ 31-40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.0 มีค่าดัชนีมวลกาย (body mass index; BMI) จะอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ระหว่าง 18.50-22.90 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.2 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ได้รับการวัดความดันโลหิต คิดเป็นร้อยละ 72.0 มีวิธีการจัดหาอาหารเพื่อบริโภคด้วยการซื้ออาหารปรุงสำเร็จมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.1 และส่วนใหญ่ไม่รู้จักอาหารแดช หรืออาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 82.4

**2. ระดับของพฤติกรรมการบริโภคอาหารแดช เพื่อต้านโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยเชิงสาเหตุ**

โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับของพฤติกรรมการบริโภคอาหารแดชเพื่อต้านความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.2 ดังตารางที่ 1

โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับของความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารแดชอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 63.2 ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 1 พฤติกรรมการบริโภคอาหารแดช (DASH diet) เพื่อต้านโรคความดันโลหิตสูง (n=625)**

พฤติกรรม การบริโภคอาหารแดช	ระดับ			Min	Max	Mean	SD
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ				
- กลุ่มผักและผลไม้	125 (20.0)	418 (66.9)	82 (13.1)	2.00	10.00	5.72	2.001

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการบริโภคอาหารแดช (DASH diet) เพื่อต้านโรคความดันโลหิตสูง (n=625) (ต่อ)

พฤติกรรม การบริโภคอาหารแดช	ระดับ			Min	Max	Mean	SD
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ				
- กลุ่มธัญพืชและถั่ว	111 (17.8)	388 (62.0)	126 (20.2)	2.00	10.00	5.26	2.089
- กลุ่มเนื้อสัตว์และ ผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ	93 (14.9)	429 (68.6)	103 (16.5)	3.00	15.00	8.28	2.808
- กลุ่มส่วนผสม	85 (13.6)	435 (69.6)	105 (16.8)	3.00	15.00	8.23	2.829
รวม	108 (17.3)	414 (66.2)	103 (16.5)	10.00	50.00	27.49	8.401

ตารางที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารแดช (n=625)

ความรอบรู้ ด้านสุขภาพ	ระดับ			Min	Max	Mean	SD
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ				
- การเข้าถึงข้อมูล	115 (18.4)	95 (63.2)	115 (18.4)	4.00	20.00	12.55	4.223
- ความรู้ความเข้าใจ	82 (13.1)	407 (65.1)	136 (21.8)	3.00	15.00	7.09	3.178
- ทักษะการสื่อสาร	103 (16.5)	395 (63.2)	127 (20.3)	4.00	20.00	9.53	4.053
- การตัดสินใจ	129 (20.6)	381 (61.0)	115 (18.4)	3.00	15.00	7.81	3.186
- การจัดการตนเอง	111 (17.8)	379 (60.6)	135 (21.6)	4.00	20.00	9.76	4.172
- การบอกต่อ	83 (13.3)	389 (62.2)	153 (24.5)	3.00	15.00	6.93	3.176
รวม	109 (17.4)	395 (63.2)	121 (19.4)	21.00	105.00	52.67	19.313

โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับของความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหารแดงอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 68.6 ดังตารางที่ 3

**3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารแดง เพื่อต้านโรคความดันโลหิตสูง**

การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารแดงเพื่อต้านโรคความดันโลหิตสูงของบุคลากรสายสนับสนุนในสถาบันอุดมศึกษา ในเบื้องต้นได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยเชิงสาเหตุของการบริโภคอาหารแดง คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารแดง และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหารแดง กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารแดง พบว่า ปัจจัยเชิงสาเหตุของการบริโภคอาหารแดงทุกองค์ประกอบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารแดง (r มีค่าระหว่าง 0.294-0.578)

และไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างกันสูงเกินไป (collinearity) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงของการนำไปวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบมีตัวแปรแฝง จึงสามารถนำทุกองค์ประกอบของปัจจัยเชิงสาเหตุของการบริโภคอาหารแดงเข้าสู่แบบจำลองสมการโครงสร้าง ได้ผลการวิเคราะห์ดังนี้

ในการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบมีตัวแปรแฝง ใช้สัญลักษณ์ของตัวแปรที่ทำการวิเคราะห์ ดังตารางที่ 4 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารแดง และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหารแดงสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารแดงเพื่อต้านโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 63 โดยมีค่าน้ำหนักถดถอย (regression weights) ของตัวแปรสังเกต อยู่ระหว่าง 0.67-0.95 ในลำดับแรก คือ การจัดการตนเอง มีค่าน้ำหนักถดถอยเท่ากับ 0.95 รองลงมา คือ การตัดสินใจ มีค่าน้ำหนักถดถอยเท่ากับ 0.93 ดังภาพที่ 1

ตารางที่ 3 ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหารแดง (n=625)

ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง	ระดับ			Min	Max	Mean	SD
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ				
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง	79 (12.6)	445 (71.2)	101 (16.2)	10.00	50.00	31.36	8.673
- ความคาดหวังในผลลัพธ์	97 (15.5)	425 (68.0)	103 (16.5)	10.00	50.00	32.54	9.468
รวม	105 (16.8)	429 (68.6)	91 (14.6)	20.00	100.00	63.90	16.938

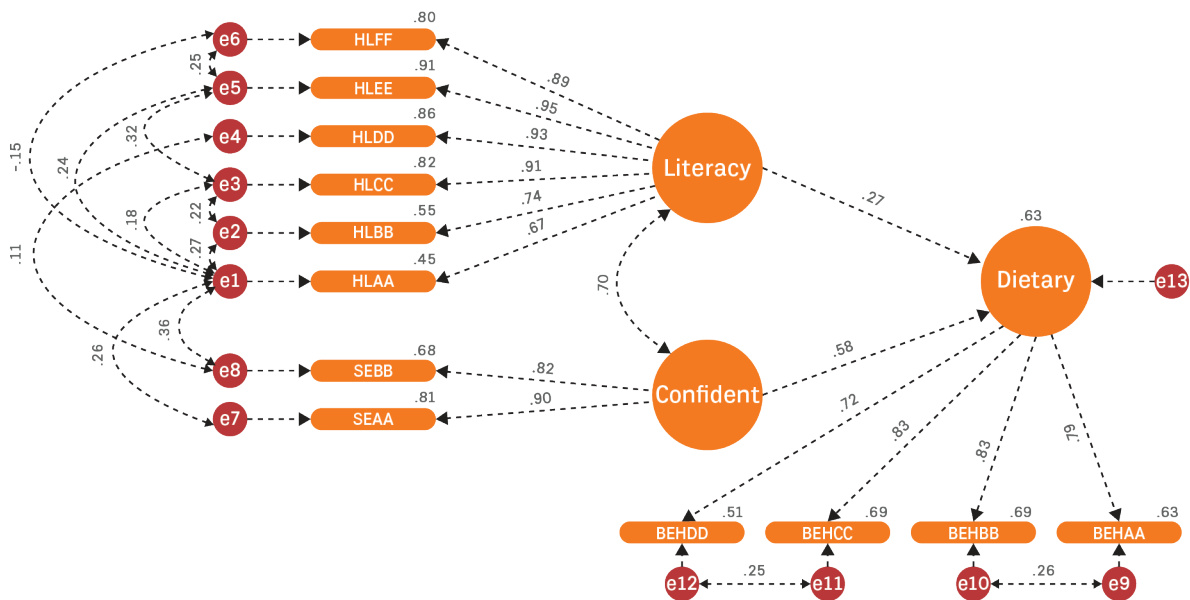
ตารางที่ 4 สัญลักษณ์ของตัวแปรที่ทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบมีตัวแปรแฝง

ตัวแปรแฝง	ตัวแปรสังเกต
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารแดง (literacy)	การเข้าถึงข้อมูล (HLAA) ความรู้ความเข้าใจ (HLBB) ทักษะการสื่อสาร (HLCC) การตัดสินใจ (HLDD) การจัดการตัวเอง (HLEE) การบอกต่อ (HLFF)

ตารางที่ 4 สัญลักษณ์ของตัวแปรที่ทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบมีตัวแปรแฝง (ต่อ)

ตัวแปรแฝง	ตัวแปรสังเกต
ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหารแดช (confident)	การรับรู้ความสามารถของตนเอง (SEAA) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (SEBB)
พฤติกรรมการบริโภคอาหารแดช (dietary)	กลุ่มผักและผลไม้ (BEHAA) กลุ่มธัญพืชและถั่ว (BEHBB) กลุ่มเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ (BEHCC) กลุ่มส่วนผสม (BEHDD)

ภาพที่ 1 แบบจำลองสมการโครงสร้างการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบมีตัวแปรแฝงเพื่อพยากรณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารแดชเพื่อต้านโรคความดันโลหิตสูงของบุคลากรสายสนับสนุนในสถาบันอุดมศึกษา



## วิจารณ์

ผลการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารแดชเพื่อต้านโรคความดันโลหิตสูงของบุคลากรสายสนับสนุนในสถาบันอุดมศึกษา ที่พบว่า โดยภาพรวมบุคลากรสายสนับสนุนส่วนใหญ่มีระดับของพฤติกรรมการบริโภคอาหารแดชอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.2 เมื่อพิจารณาตามกลุ่มของอาหารแดช 4 กลุ่ม ดังนิยามของการศึกษานี้ คือ กลุ่มผักและผลไม้ กลุ่มธัญพืชและถั่ว กลุ่มเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ และกลุ่มส่วนผสม (น้ำมัน น้ำตาล และโซเดียม) ทุกกลุ่มมีการบริโภคอยู่ในระดับปานกลาง แสดง

ให้เห็นว่า การบริโภคอาหารในชีวิตประจำวันของบุคลากรสายสนับสนุนมีความครอบคลุมตามหลักการของอาหารแดชซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม<sup>(15)</sup> ที่พบว่า กลุ่มวัยทำงานมีคะแนนเฉลี่ยรวมของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ครบ 5 กลุ่มหลักตามธงโภชนาการ เท่ากับ 30 คะแนน (เต็ม 48 คะแนน)

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารแดชเพื่อต้านโรคความดันโลหิตสูงของบุคลากรสายสนับสนุนในสถาบันอุดมศึกษาที่พบว่า ปัจจัยเชิงสาเหตุ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารแดช และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

เกี่ยวกับการบริโภคอาหารแดช สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมบริโภคอาหารแดชเพื่อต้านโรคความดันโลหิตสูงได้ถึงร้อยละ 63 อธิบายได้ว่า การที่บุคคลกรสายสนับสนุนจะเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารแดชจนเกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารแดชได้นั้น จะต้องมีการเข้าถึงข้อมูลอาหารแดชก่อน สามารถค้นหาข้อมูลอาหารแดชจากแหล่งข้อมูล เลือกแหล่งข้อมูล และตรวจสอบข้อมูลอาหารแดชจากหลายแหล่งได้ ก็จะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารแดชที่ต้องการ โดยผ่านการรับฟัง หรืออ่านข้อมูลอาหารแดชจากแหล่งต่างๆ รวมถึงเมื่อมีการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับอาหารแดช จะช่วยให้เกิดการพิจารณาตัดสินใจบริโภคอาหารแดช โดยวิเคราะห์ถึงผลดี ผลเสีย หรือข้อจำกัดของการบริโภคอาหารแดช เมื่อบุคคลกรสายสนับสนุนตัดสินใจบริโภคอาหารแดชแล้ว จะมีการสร้างแนวทางการจัดการตนเองในการบริโภคอาหารแดช คือ กำหนดเป้าหมายในการบริโภค วางแผนการบริโภค ปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ และประเมินผลของการบริโภคตามแผนที่กำหนด หากได้ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการตนเองแล้วก็จะสามารถบอกต่อประสบการณ์เกี่ยวกับการบริโภคอาหารแดชให้แก่ผู้อื่น รวมถึงอาจสามารถสนใจหรือโน้มน้าวให้บุคคลอื่นบริโภคอาหารแดชได้ ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของวิธีการสร้างหรือเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองด้วยการใช้ตัวแบบหรือการพูดชักจูงให้แก่ผู้อื่น ส่วนตัวของบุคคลกรสายสนับสนุนที่บริโภคอาหารแดชนั้น เมื่อได้ถ่ายทอดประสบการณ์ของตนเองแล้ว มีผู้อื่นมาบริโภคอาหารแดชตามที่ตนชักจูงก็จะยิ่งช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหารแดช อีกทั้งในช่วงตั้งแต่ที่บุคคลกรสายสนับสนุนเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารแดชอย่างถูกต้องจนเกิดการตัดสินใจที่จะบริโภคอาหารแดชแล้วนั้น หากมีการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการทำให้เกิดความคาดหวังในผลลัพธ์จากการบริโภคอาหารแดชอย่างเป็นรูปธรรม ก็จะทำให้เกิดแนวทางการจัดการตนเองเกิดขึ้นได้ อันนำไปสู่การบอกต่อประสบการณ์การบริโภคอาหารแดชต่อไป จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่เกี่ยวกับการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยเชิงสาเหตุทั้งสองปัจจัยนี้กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

แดชโดยตรง อย่างไรก็ตาม มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของเบญจวรรณ สอนอาจ<sup>(16)</sup> ที่ศึกษากับกลุ่มของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยทำการวิเคราะห์ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และด้านการตัดสินใจกับพฤติกรรมสุขภาพที่ครอบคลุมด้านโภชนาการที่ถูกต้องพบว่า ตัวแปรเหล่านี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามได้ร้อยละ 65.60 และสอดคล้องกับงานวิจัยของวีระพงษ์ ศรีประทาย<sup>(11)</sup> ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ปัจจัยด้านความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ( $p < 0.05$ )

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. สถาบันอุดมศึกษาหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมที่มุ่งเน้นการสร้างความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารแดชอย่างถูกต้องและครอบคลุม เช่น การจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ การอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับอาหารแดช เป็นต้น
2. สถาบันอุดมศึกษาหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารแดชของบุคคลกร โดยเปิดโอกาสให้มีร้านค้าที่ขายอาหารสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เพื่อเป็นการเพิ่มทางเลือกในการบริโภคอาหารที่สอดคล้องตามหลักการบริโภคของอาหารแดช

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคคลกรสายสนับสนุนในสถาบันอุดมศึกษาที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม ขอขอบคุณคณะผู้เชี่ยวชาญที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย และขอขอบคุณเครือข่ายทางการศึกษาของผู้วิจัย ที่ให้การช่วยเหลือและสนับสนุนในการติดต่อประสานงานเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างครบถ้วน จนทำให้การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วง

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ. ประเด็นการรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 22 ก.พ. 2567]. แหล่งข้อมูล: <http://thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/>
2. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. กรมควบคุมโรครณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2568 เน้นย้ำให้ประชาชนวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ควบคุมความดันให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อและภาวะแทรกซ้อน [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 10 ก.ย. 2568]. แหล่งข้อมูล: [https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=52652&deptcode=brc&news\\_views=5063](https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=52652&deptcode=brc&news_views=5063)
3. ศูนย์เรียนรู้สุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. รายงานผลการศึกษาศึกษาการสังเคราะห์ข้อมูลกระบวนการเรียนรู้ที่สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 19 ก.พ. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://dol.thaihealth.or.th/Media/Index/ac39cb3d-ed55-5ea11-80ec-00155d09b41f#>
4. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ปรับปรุง พ.ศ. 2558. กรุงเทพมหานคร: ทริค อินค์; 2558.
5. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. กรุงเทพมหานคร: ทริค อินค์; 2562.
6. Chiavaroli L, Viguiliouk E, Nishi SK, Mejia SB, Rahelić D, Kahleová H, et al. Dash dietary pattern and cardiometabolic outcomes: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Nutrients* 2019;11(2):338-47.
7. Spencer PH. The Implementation of the teach-back method in dash diet education to improve blood pressure control in patients with hypertension and low health literacy [Internet]. 2019 [cited 2024 Jan 20]. Available from: [digitalcommons.liberty.edu/doctoral/2179](https://digitalcommons.liberty.edu/doctoral/2179)
8. Seangpraw K, Auttama N, Tonchoy P, Panta P. The effect of the behavior modification program dietary approaches to stop hypertension (dash) on reducing the risk of hypertension among elderly patients in the rural community of Phayao, Thailand. *J Multidiscip Healthc* 2019;31(1):109-18.
9. เสาวลักษณ์ มูลสาร, เกสร สำเภาทอง. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา* 2559;11(1):87-98.
10. มณีวรรณ ดอนทราย, สรัญญา ถีป้อม. ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วม และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอาศัยในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนเมี่ยง. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี* 2562;13(1):65-74.
11. วีระพงษ์ ศรีประทาย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลนางรำ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา* 2567;9(1):479-89.
12. Schwingshackl L, Bogensberger B, Hoffmann G. Diet quality as assessed by the healthy eating index, alternate healthy eating index, dietary approaches to stop hypertension score, and health outcomes: an updated systematic review and meta-analysis of cohort studies. *J Acad Nutr* 2018;118(1):74-100.
13. สำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. รายงานจำนวนบุคลากร ปีการศึกษา 2563 ภาคเรียนที่ 1 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 20 มิ.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: [www.info.mua.go.th/info/table\\_stat\\_04.php?id\\_member](http://www.info.mua.go.th/info/table_stat_04.php?id_member)
14. Soriano FI. Conducting needs assessments: a multidisciplinary approach. Thousand Oaks: Sage Publications; 1995.
15. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. รายงานโครงการศึกษาสถานการณ์การบริโภคอาหาร ความมั่นคงทางอาหาร และความรอบรู้ด้านอาหารของประชากรไทย ระดับประเทศ. 2567 [สืบค้นเมื่อ 19 มิ.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: [https://ipsr.mahidol.ac.th/en/post\\_research/food-system-report-national-level/](https://ipsr.mahidol.ac.th/en/post_research/food-system-report-national-level/)
16. เบญจวรรณ สอนอาจ. แนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 20 มิ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <http://ithesis-ir.su.ac.th/dspace/bitstream/123456789/2756/1/61260304.pdf>

## Factors Influencing Consumption Behaviors of DASH Diet to Stop Hypertension for Supporting Staff in the Higher Education Institutions

Nathinee Phongphaitoonsin<sup>1</sup>, Karuntharat Boonchuaythanasit<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Faculty of Medicine, Thammasat University

<sup>2</sup>Faculty of Education, Kasetsart University

---

### Abstract

This cross-sectional survey aimed at identifying consumption behaviors of DASH (dietary approaches to stop hypertension) and factors influencing the DASH diet consumption behavior. A total of 625 supporting staff in higher education institutions were surveyed using questionnaires. A multi-stage sampling method was utilized to collect data. Descriptive and inferential statistics, including multiple regression analysis with latent variables were used to analyze the data. The finding revealed that consumption behaviors of DASH diet for supporting staff in higher education institutions were at a moderate level (66.2%). Health literacy regarding DASH diet consumption and self-efficacy in consuming the DASH diet were found as influencing factors and explained 63 percentage of prediction power of DASH diet consumption behaviors for hypertension prevention. The regression weights of the observed variables ranged between 0.67 and 0.95.

**Keywords:** dietary approaches to stop hypertension (DASH diet); consumption behavior; supporting staff; higher education institutions; health literacy

# ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

กฤษณา อัครวิสิทธิ์, เมทินี พุ่มไม้  
โรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (problem solving therapy; PST) ต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เปรียบเทียบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง (one group pre-posttest design) กลุ่มตัวอย่างคือวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพัฒนานิคม จำนวน 30 คน โดยการเลือกสุ่มแบบเจาะจง และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าแบบสำรวจการแก้ปัญหา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ยเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ t-test เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า และเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญห อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหามีทักษะการแก้ปัญหาสูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญห อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) สรุปได้ว่าโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญห สามารถช่วยให้ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าน้อยและปานกลาง มีภาวะซึมเศร่าลดลงและมีทักษะในการแก้ปัญหาได้ดีขึ้น สามารถนำโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญห เป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการบำบัดทางสังคม จิตใจ ที่มีประสิทธิผลในการรักษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นของโรงพยาบาลพัฒนานิคมต่อไป

คำสำคัญ: การบำบัดโดยการแก้ปัญห; ภาวะซึมเศร้า; วัยรุ่น

วันรับ: 30 มิ.ย. 2568

วันแก้ไข: 31 ก.ค. 2568

วันตอบรับ: 3 ส.ค. 2568

## บทนำ

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยบุคคลที่มีภาวะซึมเศร่าจะรู้สึกเศร่า เบื่อหน่ายท้อแท้ มักรู้สึกหมดแรง โดดเดี่ยวอ้างว้าง ไร้อารมณ์ มีความคิดด้านลบต่อตนเอง นอนไม่หลับหรือนอนหลับมากเกินไป ความอยากอาหารลดลงหรือกินมากขึ้น น้ำหนักตัวลดหรือเพิ่มขึ้น ปวดท้องหรือปวดศีรษะ แขนงหน้าอกหายใจไม่สะดวก

ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง แยกตัว บางครั้งอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าว หงุดหงิดโมโหง่าย มีพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพในด้านต่างๆ เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา และการใช้สารเสพติด ประสิทธิภาพในการเรียนรู้ลดลง ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนตกต่ำ ความพึงพอใจในชีวิตลดลง ลาออกจากการเรียน หากมีภาวะซึมเศร่าที่รุนแรงมักมีความคิดฆ่าตัวตายร่วมด้วย<sup>(1)</sup>

ปัจจุบันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่สำคัญของประชากรโลก และเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่สำคัญ มีความรุนแรงมากขึ้นในวัยรุ่นทั่วโลก<sup>(2)</sup>

ภาวะซึมเศร้าในช่วงวัยรุ่น ส่งผลกระทบต่อต่างๆ มากมาย ทั้งต่อตนเองครอบครัวและสังคม นอกจากนั้นภาวะซึมเศร่ายังเป็นสาเหตุสำคัญของการนำไปสู่การฆ่าตัวตายในวัยรุ่น<sup>(3)</sup> จากข้อมูล mental health check-in ของกรมสุขภาพจิต<sup>(4)</sup> พบสถานการณ์สุขภาพจิตคนไทยทุกช่วงอายุ ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2567 มีความเครียดสูง ร้อยละ 8.04 มีภาวะเสี่ยงซึมเศร้า ร้อยละ 9.47 และเสี่ยงฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5.39 วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี มีความเครียดสูง ร้อยละ 24.83 มีภาวะเสี่ยงซึมเศร้า ร้อยละ 29.51 และเสี่ยงฆ่าตัวตายสูงถึง ร้อยละ 20.35 ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงกว่าวัยทั่วไป<sup>(4)</sup>

จากข้อมูลเวชสถิติของโรงพยาบาลพัฒนานิคม พบว่ามีกลุ่มวัยรุ่นที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลพัฒนานิคมมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 54 คน, 65 คน, 62 คน ตามลำดับ และพบว่าอัตราการพยายามฆ่าตัวตายของวัยรุ่นต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2564-2566 เท่ากับ 5.96 (4 คน), 13.41 (9 คน) และ 11.67 (8 คน) ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2564 มีการฆ่าตัวตายสำเร็จของวัยรุ่นจำนวน 1 คน จากการทบทวนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น มีความสัมพันธ์กับการขาดทักษะในการแก้ปัญหา มีการแก้ปัญหาไม่เหมาะสม มีความคิดอัตโนมัติทางลบ ขาดการเห็นคุณค่าในตัวเอง การมองตนไม่ดี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ สัมพันธภาพและการสื่อสารที่ไม่ดีภายในครอบครัว และขาดแหล่งการสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร่ารุนแรงมากขึ้นและหากไม่ได้รับการแก้ไข อาจนำมาซึ่งการพยายามทำร้ายตัวเองและการฆ่าตัวตายในเวลาต่อมา

ปัจจุบันมีโปรแกรมการบำบัดต่างๆ ทางจิตสังคมที่สามารถดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าได้ เช่น โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม<sup>(5)</sup> โปรแกรมเสริมทักษะชีวิต<sup>(6)</sup> ซึ่งโปรแกรมเหล่านี้สามารถลดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (problem solving therapy) เป็นการบำบัดทางจิตสังคมอีกรูปแบบหนึ่งที่มีแนวทางการบำบัดทางจิตวิทยาที่มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาในชีวิตจริง เพื่อจัดการกับความเครียด ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า โดยเน้นการเสริมสร้างความสามารถในการมองเห็นปัญหาอย่างเป็นระบบและหาทางออกที่เหมาะสม แนวคิดนี้พัฒนาขึ้น

โดย D'Zurilla และ Goldfried<sup>(7)</sup> และต่อมาได้มีการปรับปรุงให้เหมาะสมกับการใช้ในผู้ป่วยซึมเศร้าและกลุ่มประชากรที่หลากหลายช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิดและพฤติกรรม โดยมีการศึกษาจากงานวิจัยพบว่า การบำบัดโดยการแก้ปัญหามีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าและเป็นการบำบัดที่สั้นเมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบการบำบัดอื่น<sup>(8)</sup> สามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้<sup>(9)</sup> มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าและการหายทุกเลาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า<sup>(10)</sup>

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (problem solving therapy; PST) ต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยนำโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา เพื่อให้วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า มีมุมมองที่ดีต่อปัญหา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น สามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม สามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข และเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าต่อไป

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เปรียบเทียบกลุ่มเดี่ยวยุติผลก่อน-หลัง (one group pre-posttest design) ประชากร คือ วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพัฒนานิคม ระหว่างเดือนสิงหาคม - ตุลาคม พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม power analysis for sample size (PASS) แบบ one-sample t-test power analysis มีการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่าอำนาจทดสอบ (Power) ที่ 0.8 ค่าขนาดอิทธิพล 0.5 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง ร้อยละ 10 ของสมาชิกกลุ่ม ได้กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นจำนวน 30 คน เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบสุ่มอย่างง่าย โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง คือ (1) มีอายุระหว่าง 15-20 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย (2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) (3) มีคะแนนภาวะซึมเศร่าระดับ 10-19 คะแนนตามแบบประเมินภาวะซึมเศร่า PHQ-A (4) มีความสามารถ

ในการอ่านออกเขียนได้ และ (5) ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความเต็มใจ เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง คือ (1) ผู้ป่วยขอเลิกหรือถอนตัวไม่เข้าร่วมการวิจัย และ (2) ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา ส่วนแบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-A ฉบับภาษาไทยของ วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน และคณะ<sup>(11)</sup> แบบประเมิน PHQ-A มีความน่าเชื่อถือและความแม่นยำในระดับที่น่าพอใจ โดยมีความเที่ยงตรงภายใน ในระดับดีมาก (alpha coefficient = 0.92)

2. โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาและแบบสำรวจทักษะการแก้ปัญหา ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตในการใช้เครื่องมือจากคุณธวัชชัย พลະศักดิ์ และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประกอบด้วยเอกสารชุดการบำบัดโดยการแก้ปัญหาจำนวน 5 ขั้นตอน 7 กิจกรรม และแบบสำรวจทักษะการแก้ปัญหา ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนแบบประมาณค่า (rating scale) 35 ข้อ จำนวน 6 มาตรฐาน โดยคะแนนในแต่ละมาตราวัด (subscale) ที่ต่ำบ่งบอกถึงความสามารถในส่วนนั้นมากกว่ามาตราวัดที่ได้คะแนนสูง แบบสำรวจการแก้ปัญหฉบับนี้ได้หาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตวิทยาและการวัดประเมินผล การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดมาให้คะแนนและวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยคำนวณจากสูตร Cronbach's alpha coefficient โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปที่ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85

### การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช และยาเสพติด โรงพยาบาลพัฒนานิคม โดยมีคุณลักษณะตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-A

และแบบประเมินการแก้ปัญหา และสุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 7-8 คน มีเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มด้วยเรื่องอายุ เพศ และปัญหาที่ใกล้เคียงกัน

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ขั้นตอนการบำบัดประกอบด้วย 5 ขั้นตอนๆ ละ 1 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 45-60 นาที รวมระยะเวลา 5 สัปดาห์ ดังนี้

**สัปดาห์ที่ 1** การสร้างความไว้วางใจ การประชุมนิเทศ และให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า หมายถึง สัมพันธภาพบำบัด เป็นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยเป็นสัมพันธภาพที่มีขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายที่ชัดเจน สัมพันธภาพที่ไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล เป็นพื้นฐานที่ก่อให้เกิดความสนับสนุน ความไว้วางใจ และความร่วมมือในการบำบัดรักษา ให้ความรู้และคำแนะนำในการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิด อาการและอาการแสดง ระดับความรุนแรง การรักษาและการพยาบาลและการดูแลตัวเองเมื่อมีภาวะซึมเศร้า

**สัปดาห์ที่ 2** สำรวจและสร้างเจตคติที่ดีต่อปัญหา ระบุปัญหาให้ชัดเจนและกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ หมายถึง การสำรวจเจตคติของผู้ป่วยที่มีต่อปัญหา และทำความเข้าใจเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา วัตถุประสงค์พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะการจัดการแก้ปัญหา และเหตุผลประกอบโดยให้ผู้ป่วยสามารถระบุปัญหาที่เป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นกับตนเอง ผู้บำบัดช่วยแนะนำการค้นหาคำถามโดยถามคำถาม ใคร อะไร ที่ไหน เมื่อไหร่ อย่างไร เพราะอะไร เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตั้งเป้าหมายเล็กๆ หรือตั้งชุดของปัญหา ระบุอุปสรรคที่มีต่อเป้าหมายได้

**สัปดาห์ที่ 3** ร่วมกันค้นหาลู่ทางเลือกในการแก้ปัญหา หลากหลายวิธี หมายถึง ผู้บำบัดและผู้ป่วยร่วมระดมสมอง ค้นหาวิธีการแก้ปัญหาให้ได้มากที่สุด การได้มาซึ่งวิธีการ เทคนิคที่ใช้ในการสร้างทางเลือก การค้นหาวิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลายจะช่วยหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมมากที่สุด เมื่อได้วิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลายแล้วนำมาจัดกลุ่มและถามเหตุผลที่อยู่เบื้องหลังนั้น

**สัปดาห์ที่ 4** พิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา หมายถึง การพิจารณาเพื่อตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหา

ผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยคัดเลือกความคิดในการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสมออกไป พิจารณาทบทวนข้อดีข้อเสียของแต่ละวิธีรวมทั้งผลที่จะตามมา วิเคราะห์ประโยชน์ ผลลัพธ์คุ้มค่า คุ่มทุนหรือไม่ อย่างไร ระบุการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพและพัฒนาแผนปฏิบัติการจริงในการประเมินการตัดสินใจ

**สัปดาห์ที่ 5** นำวิธีที่เลือกไปปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์ในการแก้ปัญหา หมายถึง ให้ผู้ป่วยบอกขั้นตอนวิธีการ แนวทางในการแก้ปัญหา แล้วให้ผู้ป่วยกลับไปลองใช้วิธีการแก้ปัญหา สังเกตติดตามผลที่เกิดขึ้น ประเมินผลตามความเป็นจริงว่าตรงกับผลที่คาดหวังไว้หรือไม่ ถ้าไม่สำเร็จให้ย้อนกลับไปสำรวจปัญหาใหม่เพื่อหาวิธีการที่เหมาะสม

3. เก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการใช้โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นุ่นทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-A และแบบประเมินการแก้ปัญหา

4. ตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ของแบบสอบถามที่นำมาวิเคราะห์ จำนวน 30 ฉบับ

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ด้วยสถิติ paired t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ในวันที่ 10 กันยายน

พ.ศ. 2567 รหัส KNH41/2567 ก่อนการศึกษา ผู้ศึกษาได้มีการอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบและเข้าใจในกระบวนการ การดำเนินการศึกษาทุกขั้นตอน และแจ้งให้ทราบว่าสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ได้อย่างอิสระ โดยไม่มีผลกระทบต่อ การมารับบริการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด การตอบคำถาม และข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยต่อผู้ไม่เกี่ยวข้อง จนกว่าจะได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมกิจกรรม การศึกษาได้ตลอดเวลาถ้าต้องการในระหว่างการดำเนินการ ศึกษาจากนั้นให้ลงนามในเอกสารยินยอม โดยสามารถตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมในการศึกษาได้อย่างอิสระ

**ผลการศึกษา**

**1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง** ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.7 อายุอยู่ในช่วง 15-20 ปี การศึกษาระดับมัธยมต้น ร้อยละ 56.7 สถานภาพสมรสของบิดามารดา หย่า ร้อยละ 50 ความสัมพันธ์ในครอบครัว ใกล้ชิดสนิทสนม ร้อยละ 60 บุคคลที่ทำหน้าที่เลี้ยงดู บิดามารดา ร้อยละ 43.3 ความสัมพันธ์กับเพื่อนใกล้ชิดสนิทสนม ร้อยละ 70 ไม่มีคู่นอน ร้อยละ 56.7 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 90 ในครอบครัวไม่มีประวัติโรคซึมเศร้า ร้อยละ 90 ไม่มีประวัติความคิดทำร้ายตนเองหรือเคยทำร้ายตนเอง ร้อยละ 56.7 ไม่เคยใช้สารเสพติด ร้อยละ 73.3

**2. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นุ่นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา** ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นุ่นและทักษะการแก้ปัญหาของวัยรุ่นุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าวางก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (n=30)

ปัจจัย	ก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา			หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา			df	t	p-value
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ			
ภาวะซึมเศร้า	13.20	4.055	ปานกลาง	7.97	2,566	เล็กน้อย	29	8.306	p<0.01
ทักษะการแก้ปัญหา	109.50	10.919	ไม่ดี	91.97	11.926	ปานกลาง	29	7.446	p<0.01

## วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากใช้โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคู่ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญห อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และค่าคะแนนเฉลี่ย ทักษะการแก้ปัญหของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับ ปานกลาง ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) เนื่องจากโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคู่ ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมีส่วนช่วยให้วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า มีความรู้ความเข้าใจในการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามากขึ้น ทราบสาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เมื่อมีความรู้ความเข้าใจในการเจ็บป่วยของตนเองแล้วนั้น เมื่อเกิดปัญหาเกิดขึ้นสามารถนำความรู้ ทักษะและวิธีการ ที่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคู่ ในครั้งนี้ไปใช้กับตนเอง และการร่วมทำกิจกรรมฝึกคิด และพูดทางบวกกับตนเองเมื่อเกิดปัญหา เป็นอีกหนึ่งวิธี ที่ทำให้มีการปรับทัศนคติและมองปัญหาทางบวกได้ การเขียนมุมมองมองหารูปแบบการแก้ปัญหของตนเองนั้น ก็เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ทำให้สามารถจะระบุปัญหา ที่เกิดขึ้นนี้คือปัญหาที่แท้จริง เมื่อสามารถระบุปัญหาได้ ทำให้มีเป้าหมายในการที่จะแก้ปัญหาคู่ จากการฝึกสร้าง ทางเลือกระหว่างการบำบัดนั้น พบว่า วัยรุ่นสามารถสร้าง ทางเลือก ทั้งด้านบวก (positive) จากการปรับทัศนคติ (attitude) ที่ดีต่อปัญหา หลังจากได้รับทราบแนวคิด และ แนวเหตุผลในการตัดสินใจเลือกทางเลือก ตามกิจกรรม ไขความรู้อ วัยรุ่นสามารถที่จะเลือก ทางเลือกที่เหมาะสม เหตุสมผล สามารถลงมือปฏิบัติได้จริงและผลกระทบ ต่อตัวเอง สังคม และสิ่งแวดล้อมน้อยที่สุดแล้วนั้น วัยรุ่น ได้ลองแสดงบทบาทสมมติเพื่อให้ได้ทราบถึงสถานการณ์ ที่อาจจะเกิดขึ้นจริงทำให้วัยรุ่นมีความมั่นใจที่จะนำวิธีการ จากการได้เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคู่ นี้ไปปฏิบัติจริงได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Choi และ คณะ<sup>(12)</sup> การบำบัดโดยการแก้ปัญหาคู่สามารถลดภาวะ- ซึมเศร้าได้ เป็นการบำบัดที่เน้นการฝึกทักษะในการสำรวจ ระบุปัญหาที่แท้จริง พิจารณาทางเลือก ลงมือปฏิบัติและ ประเมินผลในการแก้ปัญหาคู่ และนำไปใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้า

ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แต่ละกิจกรรมมีส่วนช่วยให้วัยรุ่น ที่มีภาวะซึมเศร้า มีรูปแบบแก้ปัญหาคู่โดยใช้เหตุผล ที่เหมาะสมขึ้น และสอดคล้องการศึกษาของ Hoek และ คณะ<sup>(13)</sup> ได้ศึกษาเรื่องผลของการบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหาคู่ ด้วยตนเองผ่านอินเทอร์เน็ตของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและ ความวิตกกังวล ในระดับน้อยถึงปานกลาง ผลการศึกษา พบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลลดลง นอกจากนั้นการบำบัดโดยการแก้ไขยังสามารถลดภาวะ ซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นและวัยรุ่นผู้ใหญ่ตอนต้น Eskin และคณะ<sup>(14)</sup> และสวดี ศรีวิเศษ และคณะ<sup>(15)</sup> ได้ศึกษา กลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาคู่ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดโดยการ แก้ปัญหาคู่ มีทักษะการแก้ปัญหาคู่เพิ่มขึ้น และมีระดับ ความรุนแรงของภาวะซึมเศร่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

สรุปผลการทดลองโปรแกรมการบำบัดโดยการ แก้ปัญหาคู่ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น สามารถลดภาวะ- ซึมเศร้าและเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาคู่ในวัยรุ่นได้ ดังนั้น พยาบาลจิตเวชควรนำการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคู่ไป ประยุกต์ใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นต่อไป

### ข้อเสนอแนะ

1. การวิจัยแบบ one group (one-group pretest-posttest design) เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบหนึ่ง ที่ใช้กลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียว โดยวัดผลก่อนและหลัง แม้จะใช้งานได้ง่ายและประหยัดทรัพยากร แต่ก็ยังมีข้อจำกัด หลายประการที่ควรพิจารณา เช่น การให้สิ่งทดสอบหรือ การแทรกแซง เช่น ก่อนและหลังการอบรม หรือการให้ ความรู้ ฯลฯ ทำให้ไม่สามารถมั่นใจได้ว่าสิ่งที่เปลี่ยนแปลง เกิดจากการทดลองจริงๆ หรือมาจากปัจจัยอื่นภายนอก เช่น เวลา ประสบการณ์ หรือเหตุการณ์ร่วม ผลลัพธ์อาจ เกิดจากตัวแปรแทรกซ้อน (confounding variables) เช่น ความรู้ที่เพิ่มขึ้นอาจมาจากการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือ สื่ออื่นๆ นอกเหนือจากสิ่งที่ผู้ศึกษาให้

2. สามารถนำไปพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาวัยรุ่น ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยจัดเป็นส่วนหนึ่งของรูปแบบการบำบัด รักษาทางจิตสังคมในรูปแบบกลุ่มบำบัดโดยพยาบาลวิชาชีพ หรือสหวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคู่

3. ควรมีการวิจัยเปรียบเทียบโปรแกรมการบำบัด โดยการแก้ปัญหาคู่กับการพยาบาลรูปแบบปกติ และมีการ

วัดซ้ำเพื่อศึกษาติดตามผลของการให้โปรแกรมการบำบัด โดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง เช่น ติดตามผลระยะยาวทุก 1, 3 และ 6 เดือน

4. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ รูปแบบของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา สำหรับ วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นรายบุคคลเพื่อประโยชน์ในการ นำไปพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี ผู้ทรงคุณวุฒิ อาจารย์ คณะกรรมการ จริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ และกลุ่มตัวอย่าง ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี และ ขอขอบคุณคุณธวัชชัย พลະศักดิ์ ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือ ในการทำวิจัยครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. ดวงใจ วัฒนสินธุ์, สุนันท์ เสียงเสนาะ, ภารภัทร เองอุดมทรัพย์, เวทิส ประทุมศรี. อิทธิพลของปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ 2560;33(3):59-6.
2. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates [Internet]. 2017 [cited 2024 Nov 16]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
3. World Health Organization. Mental health status of adolescents in South-East Asia: evidence for action [Internet]. 2017 [cited 2024 Nov 16]. Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/254982>
4. Thai PBS. Mental health check-in [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 10 มิ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thaipbs.or.th/news/content/338472>
5. Raj S, Sachdeva SA, Jha R, Shara S, Singh T, Arya YK, et al. Effectiveness of mindfulness based cognitive behavior therapy on life satisfaction, and life orientation of adolescents with depression and suicidal ideation. Asian Journal of Psychiatry 2019;39:58-62.
6. ถิรนนท์ ผิวผา, นุชนาด บรรณพพร, สารรัตน์ วุฒิมหาภา. ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษา ตอนปลาย. วารสารพยาบาลทหารบก 2561;19:89-98.
7. D’Zurill TJ, Goldfried MR. Problem solving and behavior modification. Journal of Abnormal Psychology 1971; 78:107-26.
8. ชาลินี หนูชูสุข, ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, สมบัติ สกุลพรรณ. ผลของการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้า ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ 2560;33(3):124-37.
9. ธวัชชัย พลະศักดิ์, รังสิมันต์ สุนทรโชยา, รัชนิกร อุปเสน. ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย โรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2560;31(1):60-74.
10. พันธุ์ทิพย์ โกศลวัฒน์, ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. การพัฒนาและผลของโปรแกรม การแก้้ปัญหาเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วารสารการพยาบาลจิตเวช- และสุขภาพจิต 2561;32(1):49-65.
11. วิมลวรรณ ปัญญาว่อง, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, รัตน์ศักดิ์ สันติธาดากุล. รายงานการวิจัย เรื่องการพัฒนาแบบ ประเมินภาวะซึมเศร้า ในวัยรุ่นฉบับภาษาไทย. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนต์พับลิชชิ่ง; 2561.
12. Choi NG, Marti CN, Bruce ML, Hegel MT, Wilson NL, Kunik ME. Six-month postintervention depression and disability outcomes of in-home telehealth problem-solving therapy for depressed, low-income homebound older adults. Depression Anxiety 2015;31:653-61.

13. Hoek W, Schuurmans J, Koot HM, Cuijpers P. Effects of Internet-based guided self-help problem-solving therapy for adolescents with depression and anxiety: a randomized controlled trial. *PLoS One* 2012;7(8):e43485.
14. Eskin M, Ertekin K, Demir H. Efficacy of a problem-solving therapy for depression and suicide potential in adolescents and young adults. *Cogn Ther Res* 2008;32:227-45.
15. สุวดี ศรีวิเศษ, วัชณี หัตถพนม, สายชล ยุบลพันธ์, สโรชา บางแสง, อิงคภา โคตนารา. กลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2556;21(2):98-109.

## The Effects of a Problem-Solving Therapy Program on Depression in Adolescents

Koonnatta Uggaravisee, Metimee Puma

*Patananikhom Hospital, Lopburi Province, Thailand*

---

### Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a Problem Solving Therapy (PST) program on depression and problem-solving skills in adolescents with mild to moderate depression. The participants were 30 adolescents diagnosed with depression who attended the outpatient department at Phatthana Nikhom Hospital. They were selected using purposive sampling. Data were collected using a personal information questionnaire, a depression assessment scale, and a problem-solving inventory. A one-group pretest-posttest design was employed. Data were analyzed using mean, standard deviation, and paired t-test, comparing the mean score of depression and problem-solving skills. After participating in the PST program, the adolescents showed a statistically significant reduction in depression scores ( $p < 0.05$ ). Additionally, their problem-solving skills significantly improved ( $p < 0.05$ ). The findings suggest that the PST program is effective in reducing depression and enhancing problem-solving abilities in adolescents. This intervention may serve as an alternative psychosocial treatment approach for adolescent depression in clinical settings.

**Keywords:** problem-solving therapy; depression; adolescents

# ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและการสูงวัย อย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุตรดิตถ์

วิไลวรรณ บุญเรือง<sup>1</sup>, จูติอาภา ตั้งคำวานิช<sup>2</sup>, ศรีสุภา ใจโสภ<sup>3</sup>, ดารณี ชันใส<sup>1</sup>

<sup>1</sup>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จังหวัดอุตรดิตถ์

<sup>2</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย จังหวัดเชียงราย

<sup>3</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร

## บทคัดย่อ

การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะเป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยครอบคลุมมิติทางกาย จิตใจ และสังคม ตลอดจนความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข อย่างไรก็ตาม ภาวะซึมเศร้าอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการสูงวัยและสุขภาวะของผู้สูงอายุ การศึกษาเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในกลุ่มผู้สูงอายุตำบลอรุณ อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 138 ราย คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าเพียงร้อยละ 1.4 การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) แม้ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุจะอยู่ในระดับต่ำ แต่ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าแม้เพียงเล็กน้อยอาจส่งผลกระทบต่อกระบวนการสูงวัยและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ โดยควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าแต่เนิ่นๆ และดำเนินมาตรการป้องกันภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ เช่น โครงการชุมชนที่สนับสนุนปฏิสัมพันธ์ทางสังคม นอกจากนี้ ควรบูรณาการให้การประเมินภาวะซึมเศร้าเป็นส่วนหนึ่งของการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อสามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที ทั้งนี้ ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่อาจมีบทบาทเป็นตัวกลางหรือปัจจัยแทรกในความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสามารถนำไปใช้ประโยชน์เชิงปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ; ภาวะซึมเศร้า; ผู้สูงอายุ

วันรับ: 16 ก.ค. 2568

วันแก้ไข: 25 ส.ค. 2568

วันตอบรับ: 30 ส.ค. 2568

## บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ ประชากรในกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลกพบว่า ในระหว่างปี พ.ศ. 2558-2593 ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มจากร้อยละ 12 เป็นร้อยละ 22<sup>(1)</sup> รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565 ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 13 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด<sup>(2)</sup> เมื่อจำแนกเป็นรายภาค พบว่า ภาคเหนือมีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดร้อยละ 18.87 รองลงมาภาคกลาง ร้อยละ 17.70 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 16.04 ภาคตะวันออกร้อยละ 14.85 และภาคใต้ร้อยละ 14.56<sup>(3)</sup> ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายมีการเสื่อมของสภาพร่างกาย เป็นผลมาจากการสะสมของความเสียหายในระดับโมเลกุลและเซลล์ที่หลากหลายเมื่อเวลาผ่านไป ส่งผลให้สมรรถภาพทางกายและจิตใจลดลงอย่างค่อยเป็น-ค่อยไป มีความเสี่ยงต่อโรคภัยไข้เจ็บ องค์การอนามัยโลก กำหนดนิยามการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ (healthy ageing) ไว้ว่าเป็นกระบวนการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ที่ส่งเสริมความผาสุกในวัยสูงอายุ<sup>(4)</sup> สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเอง สามารถเรียนรู้ ตัดสินใจช่วยเหลือตัวเองได้ มีสัมพันธภาพและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้ดี

การสูงวัยอย่างมีสุขภาพในบริบทของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพเพื่อให้คงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี และแข็งแรงสมบูรณ์ทั้งสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม การสูงวัยอย่างมีสุขภาพดีเกี่ยวข้องกับ การรักษาสุขภาพกายและใจที่ดี การสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม ส่งเสริมชีวิตจิตวิญญาณที่สมดุล เพื่อเพิ่มพูนสุขภาพโดยรวม ด้วยวัยสูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อม การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ส่งผลต่อสภาพอารมณ์ของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปรับตัวกับภาวะต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้จึงมีโอกาสเกิดปัญหาทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นโรคทางสุขภาพจิตที่พบมากที่สุดในผู้สูงอายุ<sup>(1)</sup>

ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน ทุกช่วงวัย ภาวะซึมเศร้า หมายถึงภาวะจิตใจที่ผิดปกติที่แสดงออกถึงความผิดปกติของอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า หดหู่ ท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า มีความรู้สึกผิด ต่ำหิวตนเอง และอาจส่งผลต่อร่างกาย เช่น น้ำหนักลด เป็นต้น ภาวะซึมเศร้านี้อาจส่งผลเสียต่อการดำรงชีวิต ที่นำไปสู่การมีความคิดอยากตาย และการฆ่าตัวตายในที่สุด ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุในประเทศไทย จากการศึกษาค้นคว้าของชูติมา มาลัย และคณะ<sup>(5)</sup> ที่พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดราชบุรี มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 37.33 โดยมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงร้อยละ 70.54 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามียู่ทั่วประเทศ จำแนกตามภูมิภาคจากมากไปน้อยพบว่า ภาคเหนือมีอัตราป่วยสูงสุดที่ 133.7 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราป่วย 93.9 ต่อประชากรแสนคน ภาคกลางมีอัตราป่วย 38.8 ต่อประชากรแสนคน และภาคใต้มีอัตราป่วย 38.3 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยพบว่า จังหวัดที่มีอัตราป่วยของภาวะซึมเศร้าในประชากรสูงอายุสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ลำพูน (อัตราป่วย 632.5 ต่อประชากรแสนคน) อุบลราชธานี (อัตราป่วย 292.3 ต่อประชากรแสนคน) อุดรดิตถ์ (อัตราป่วย 217.7 ต่อประชากรแสนคน) นครราชสีมา อัตราป่วย 196.8 ต่อประชากรแสนคน) และอุทัยธานี (187.3 ต่อประชากรแสนคน) ตามลำดับ<sup>(6)</sup> จะเห็นว่าประชากรในจังหวัดอุดรดิตถ์ผู้สูงอายุมีอัตราป่วยเป็นโรคซึมเศร่าลำดับที่ 3 ของประเทศไทย ซึ่งจะมีผลกระทบต่อ การสูงวัยอย่างมีสุขภาพ

ในจังหวัดอุดรดิตถ์ โดยเฉพาะในตำบลลือชัย อำเภอพิชัย ประชากรผู้สูงอายุมีสัดส่วนถึงร้อยละ 25.32 ของประชากรทั้งหมด แนวโน้มทางด้านประชากรศาสตร์ของภูมิภาคนี้บ่งชี้ถึงจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เน้นย้ำถึงความจำเป็นในการเตรียมพร้อมสำหรับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ แม้จะมีความพยายามในการส่งเสริมการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดีและลดการพึ่งพาแต่ผู้สูงอายุจำนวนมากยังคงเผชิญกับความท้าทายอย่างมีนัยสำคัญ จากแผนพัฒนาจังหวัดอุดรดิตถ์ (พ.ศ. 2561-2565) พบว่า โรคความผิดปกติทางอารมณ์เป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่สุดในจังหวัดรวมถึงภาวะซึมเศร้า

เน้นย้ำถึงความเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มประชากรนี้ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาปัจจัยทางด้านส่วนบุคคล<sup>(6)</sup> และทางด้านจิตสังคม<sup>(7)</sup> ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า แต่ในปัจจุบันพบผู้สูงอายุที่มีภาวะสูงวัยอย่างมีสุขภาวะเป็นจำนวนมาก<sup>(7,8)</sup>

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะ-ซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน และเพื่อศึกษาระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในกลุ่มผู้สูงอายุตำบลอรุณ อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

## วิธีการศึกษา

### รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาความสัมพันธ์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในกลุ่มผู้สูงอายุในตำบลอรุณ อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อยู่ในความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลอรุณ อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ ทั้งเพศชายและหญิงอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ (1) เป็นผู้ที่อาศัยในพื้นที่ตำบลอรุณ อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป (2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ดี การรับรู้เป็นปกติสามารถสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ (3) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูป G\*Power<sup>(9)</sup> โดยกำหนดขนาดอิทธิพลอยู่ในช่วงปานกลาง คือ 0.30 อำนาจในการทดสอบที่ระดับ 0.95 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 138 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มผู้สูงอายุจากทะเบียนบ้านตามลำดับที่ 5, 10, 15..... เก็บข้อมูลจนกว่าจะครบตามขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์แล้ว

ผู้ศึกษานำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย เพื่อประสานขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากกองสวัสดิการความมั่นคง องค์การบริหารส่วนตำบลอรุณ กลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิในการที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวมเท่านั้น ผู้ศึกษาขอคำยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรแล้วดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาโดยใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 15-30 นาที

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ต่อเดือน

**ส่วนที่ 2** ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประเมินโดยใช้แบบวัดภาวะเศร้าในผู้สูงอายุฉบับสั้น 15 ข้อ (ทีจีดีเอส-15, TGDS-15) ซึ่งพัฒนาโดยเยสสาเวชและคณะ และแปลเป็นภาษาไทยโดย ณหทัย วงศ์ปการันย์และคณะ<sup>(10)</sup> เป็นแบบวัดมาตรฐานซึ่งใช้ได้กับผู้สูงอายุทั้งในและต่างประเทศ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบใช่/ไม่ใช่ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-15 โดยคะแนนรวม 11 คะแนนขึ้นไปหมายถึงผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ผู้แปลนำไปศึกษาในผู้สูงอายุไทยจำนวน 237 ราย พบว่า มีความสอดคล้องต่อการใช้และมีความน่าเชื่อถือ โดยมีความไวและความจำเพาะ 0.92 และ 0.87 ตามลำดับ และความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.82

**ส่วนที่ 3** การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (healthy aging instrument; HAI) ของลัดดา เกียมวงศ์ และคณะ<sup>(11)</sup> ซึ่งได้รับการพัฒนาและตรวจสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยา ได้ตรงตามมาตรฐาน = 0.88 มีข้อคำถาม 35 ข้อ ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การมีกิจกรรมทางกาย (ข้อที่ 1-5) (2) การบริหารความคิด (ข้อที่ 6-8) (3) การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม (ข้อที่ 9-11) (4) การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีและได้รับการสนับสนุนจากคนในครอบครัวและเพื่อนบ้าน (ข้อที่ 12-15) (5) การตระหนักรู้และการดูแลตนเอง (ข้อที่ 16-19) (6) การยอมรับการสูงวัย (ข้อที่ 20-21) (7) การใช้ชีวิตเรียบง่ายและพอประมาณ

(ข้อที่ 22-26) (8) การทำบุญและทำความดี (ข้อที่ 27-30) และ (9) การจัดการกับความเครียด (ข้อที่ 31-35) ลักษณะคำถามและการตอบเป็นแบบประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 = ไม่ใช่อย่างยิ่ง, ระดับ 2 = ไม่ใช่, ระดับ 3 = ไม่แน่ใจ, ระดับ 4 = ใช่ และ ระดับ 5 = ใช่อย่างยิ่ง การแปลผลคะแนนโดยใช้ช่วงความกว้างของอันตรภาคชั้นจากข้อมูลแบบลิเคิร์ตดังนี้

1.00-1.50 หมายถึง คะแนนสูงวัยอย่างมีความสุขภาวะอยู่ในระดับต่ำที่สุด

1.51-2.50 หมายถึง คะแนนสูงวัยอย่างมีความสุขภาวะอยู่ในระดับต่ำ

2.51 -3.50 หมายถึง คะแนนสูงวัยอย่างมีความสุขภาวะอยู่ในระดับปานกลาง

3.51-4.50 หมายถึง คะแนนสูงวัยอย่างมีความสุขภาวะอยู่ในระดับสูง

4.51-5.00 หมายถึง คะแนนสูงวัยอย่างมีความสุขภาวะอยู่ในระดับสูงที่สุด

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าและการสูงวัยอย่างมีความสุขภาวะของผู้สูงอายุเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยมาก่อนแล้ว ผู้วิจัยจึงไม่ได้ไปหาความตรงเชิงเนื้อหาอีก ในด้านความเชื่อมั่นของเครื่องมือผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด ไปใช้กับผู้สูงอายุที่ตำบลท่ามะเฟือง อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย นำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าโดยใช้สูตร KR-21 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72 และแบบสอบถามการสูงวัยอย่างมีความสุขภาวะหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's alpha coefficient มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โดยใช้การแจกแจง ความถี่ และร้อยละ

2. ภาวะซึมเศร้า คำนวณโดยใช้การแจกแจง ความถี่ และร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การสูงวัยอย่างมีความสุขภาวะของผู้สูงอายุ คำนวณโดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการสูงวัยอย่างมีความสุขภาวะโดยใช้สถิติ Pearson's correlation coefficient

#### การรับรองทางจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ (เลขที่ UPHO REC 065/64) อาสาสมัครทุกรายได้รับทราบข้อมูลโดยละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมศึกษา รวมทั้งสามารถขอลถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยจะไม่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการรักษาและการรับบริการ ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการศึกษาจัดเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการศึกษาได้ลงนามยินยอมไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

## ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 81.2 มากกว่าครึ่งมีอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 63.04 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 60.87 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาร้อยละ 78.26 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 50.0 และมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 70.29 ดังตารางที่ 1

2. กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 88.41 และมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 1.45 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า 3.03 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.41 ดังตารางที่ 2

3. การสูงวัยอย่างมีความสุขภาวะของผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=3.94, SD=0.202) ค่าเฉลี่ยรายด้านที่มีค่ามากที่สุดได้แก่ด้านการปฏิบัติสัมพันธ์กับสังคม (Mean=4.05, SD=0.187) และค่าเฉลี่ยรายด้านที่มีค่าน้อยที่สุดได้แก่ด้านการใช้ชีวิตเรียบง่ายและพอประมาณ (Mean=3.69, SD=0.568) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=138)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
60-69	87	63.04
70-79	42	30.44
80 ขึ้นไป	9	6.52
เพศ		
ชาย	26	18.80
หญิง	112	81.20
สถานภาพสมรส		
โสด	11	7.97
คู่	84	60.87
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	43	31.16
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	2	1.45
ประถมศึกษา	108	78.26
มัธยมศึกษาตอนต้น	11	7.97
มัธยมศึกษาตอนปลาย	13	9.42
อนุปริญญา/ปวส.	2	1.45
ปริญญาตรีขึ้นไป	2	1.45
อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	69	50.00
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	17	12.32
ค้าขาย	13	9.42
เกษตรกรกรรม	9	6.52
ข้าราชการเกษียณ	2	1.45
อื่นๆ (ไม่ได้ทำงาน, แม่บ้าน, ฯลฯ)	28	20.29
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 5,000	97	70.29
5,000-10,000	27	19.57
10,000-15,000	12	8.69
15,000 ขึ้นไป	2	1.45

ตารางที่ 2 ความหมายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (n=138)

คะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ	การแปลความหมาย
คะแนน 0-5 คะแนน	122	88.41	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
คะแนน 6-10 คะแนน	14	10.14	เริ่มมีภาวะซึมเศร้า
คะแนน 11-15 คะแนน	2	1.45	มีภาวะซึมเศร้า

(Min=0 คะแนน, Max=13 คะแนน, Mean=3.03 คะแนน, SD=2.4)

ตารางที่ 3 การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ (n=138)

การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ	Mean	SD	ระดับ
คะแนนการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในภาพรวม	3.94	0.202	สูง
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม	4.05	0.187	สูง
ด้านการตระหนักรู้และการดูแลตนเอง	4.01	0.295	สูง
ด้านการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีและได้รับการสนับสนุนจากคนในครอบครัวและเพื่อนบ้าน	3.98	0.379	สูง
ด้านการบริหารความคิด	3.97	0.220	สูง
ด้านการทำบุญและทำความดี	3.96	0.334	สูง
ด้านการมีกิจกรรมทางกาย	3.93	0.535	สูง
ด้านการยอมรับการสูงวัย	3.88	0.391	สูง
ด้านการจัดการกับความเครียด	3.83	0.423	สูง
ด้านการใช้ชีวิตเรียบง่ายและพอประมาณ	3.69	0.568	สูง

4. ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะโดยภาพรวมของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ( $r=-0.240$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.01$ )

## วิจารณ์

1. กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเพียงร้อยละ 1.45 ส่วนใหญ่ร้อยละ 88.41 ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้า อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 63.04 อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น มีการทำงานและมีรายได้สำหรับใช้จ่ายในแต่ละเดือน นอกจากนี้ร้อยละ 60.87 มีสถานภาพสมรสคู่ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคู่คิดร่วมปรึกษาพูดคุยกัน ทำให้ไม่เหงา มีการเข้าสังคม มีการปฏิสัมพันธ์พูดคุยกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทำกิจกรรม

ร่วมกัน เกิดความผ่อนคลายมีความสุขทางใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามีประโยชน์กับสังคมทำให้ไม่มีภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของวิทมา ธรรมเจริญ และคณะ<sup>(12)</sup> ที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่จังหวัดจันทบุรี พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 78.90 กลุ่มตัวอย่างเริ่มมีภาวะซึมเศร้าหรือมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 21.10

2. กลุ่มตัวอย่างมีระดับค่าเฉลี่ยการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=3.94, SD=0.202) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้นและมีสถานภาพคู่มีคู่คิดคู่ปรึกษาในการดำเนินชีวิต ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 80.43 ยังคงประกอบอาชีพทำงานอยู่เมื่อมีเวลาว่างก็จะเข้าร่วมกิจกรรมกับโรงเรียนผู้สูงอายุ จะเห็นว่าค่าเฉลี่ยรายด้านที่มีค่ามากที่สุด ได้แก่

ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม (Mean=4.05, SD=0.187) รองลงมาเป็นด้านการตระหนักรู้และการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง สามารถไปวัด ทำบุญ มีกิจกรรมทางกายได้ตามปกติยอมรับการสูงวัยและมีการจัดการกับความเครียดได้ ทำให้ระดับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของสุชาติ สมบูรณ์ และคณะ<sup>(13)</sup> และอริตี โชนิรัตน์ และคณะ<sup>(7)</sup> ที่พบว่า การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง

3. ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ ( $p < 0.01$ ) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าต่ำ จะมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะสูง จากงานวิจัยกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 88.41 และมีภาวะซึมเศร้าเพียงร้อยละ 1.4 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพและได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและเพื่อนบ้าน ชุมชนมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมได้ดี มีกิจกรรมทางกายสามารถดูแลช่วยเหลือตัวเองได้ ทำให้มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะที่ดี การดำเนินชีวิตเรียบง่าย มีความสุข สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในประเทศไทยของอริตี โชนิรัตน์ และคณะ<sup>(7)</sup> พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) และการศึกษาในต่างประเทศของ Han และคณะ<sup>(14)</sup> ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในประเทศเกาหลี ( $p < 0.001$ )

### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา

ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางสุขภาพในการวางแผนส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะเพื่อไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้า

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่อาจมีบทบาทเป็นตัวกลางหรือปัจจัยแทรกในความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ เช่น พลังสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นต้น
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุโดยมีการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในทุกภาคของประเทศ เพื่อให้ความสัมพันธ์ของตัวแปรสามารถอ้างอิงในวงกว้างได้

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ ที่ให้ทุนสนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ รวมถึงองค์การบริหารส่วนตำบลคอรุม และประชาชนในพื้นที่ตำบลคอรุม อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ ที่เอื้อเพื่อการเก็บข้อมูล นอกจากนี้ขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือจนงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Mental health of older adults [Internet]. 2017 [cited 2024 Jul 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental--of-older-adults>
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์; 2566.
3. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 31 ธ.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dop.go.th/th/know/1/275>
4. World Health Organization. Healthy ageing and functional ability [Internet]. 2020 [cited 2024 Oct 26]. Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-ageing-and-functional-ability>
5. ชุตติมา มาลัย, รุ่งทิพย์ ไชยโยธยงค์, เพ็ญญา แดงต่อมยุทธ์, ศรีสกุล เฉียบแหลม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดราชบุรี. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2562;39:67-76.
6. ปิติคุณ เสตะปุระ, ณัฐธฤต ไชยสงคราม. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2565;16:1070-84.
7. อภิรดี โชนิรัตน์, วิราพรธม วิโรจน์รัตน์, คณะนิจ พงศ์ถาวรกมล, ศรียามน ตีรพัฒน์. ปัจจัยทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2563;31:93-108.
8. สุชาติ สมบูรณ์, ศิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, ชมนาด สุ่มเงิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารการศึกษารุณย์ 2561;25:141-53.
9. บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. ขนาดอิทธิพล การวิเคราะห์อำนาจ การคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมโดยใช้โปรแกรม G\*Power. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563.
10. Wongpakaran N, Wongpakaran T. Prevalence of major depressive disorders and suicide in long-term care facilities: a report from northern Thailand. Psychogeriatrics 2012;12:11-7.
11. Thiamwong L, Maneesriwongul W, Malathum P, Jitapunkul S, Vorapongsathorn T, Stewart AL. Development and psychometric testing of the healthy aging instrument. Thai J Nurs Res 2008;12:285-96.
12. วิทมา ธรรมเจริญ, นิกศนีย์ เจริญงาม, ญาดาภา โชติดีติก, นิตยา ทองหนู้ย. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยรำไพพรรณี 2564;15:52-62.
13. ชุตติมา สิ้นชัยวนิกุล, จิราพร เกศพิชญวัฒนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลทหารบก 2561;19:100-9.
14. Han K, Lee Y, Gu J, Oh H, Han J, Kim K. Psychosocial factors for influencing healthy aging in adults in Korea. Health and Quality of Life Outcomes [Internet]. 2015 [cited 2024 Nov 20];13:31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25879942/>

## Relationship between Depression and Healthy Aging of Older Adults in Community, Uttaradit Province

Wilaiwan Bunruang<sup>1</sup>, Thitiarpha Tangkawanich<sup>2</sup>, Srisupa Jaisopa<sup>3</sup>, Darani Kansai<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Uttaradit Province, Thailand

<sup>2</sup> Faculty of Nursing, Chiang Rai College, Chiang Rai Province, Thailand

<sup>3</sup> School of Nursing, King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang, Bangkok, Thailand

### Abstract

Healthy aging of the elderly is important for their well-being, indicating that they have physical, mental, and social health and life satisfaction. However, depression can be a factor that affects the aging process and the overall well-being of older adults. This descriptive study aimed to examine the relationship between depression and healthy aging among the elderly at Korrum Subdistrict, Phichai District, Uttaradit Province. The sample consisted of 138 elderly individuals selected based on predetermined criteria using a simple random sampling technique. Data was collected by using a personal information questionnaire, a depression questionnaire (TGDS-15), and a healthy aging index questionnaire for the elderly. The data were analyzed by using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient. The results indicated that only 1.4% of the subjects had depression. Healthy aging was at a high level, and depression had a weak negative correlation with healthy aging in the elderly ( $p < 0.01$ ). Given that only a small proportion (1.4%) of the elderly participants experience depression and that healthy aging was generally at a high level, efforts should continue to promote factors that support well-being in this population. Although the correlation between depression and healthy aging was weak ( $p < 0.01$ ), it suggests that even mild depressive symptoms may negatively influence overall aging outcomes. Therefore, early screening and preventive mental health interventions, such as community-based programs that enhance social interaction should be encouraged. Additionally, healthcare providers should integrate mental health assessments into routine check-ups for older adults to ensure timely identification and management of depressive symptoms. Future research should further explore potential mediating or moderating factors influencing this relationship, such as resilience, social support, and access to healthcare services.

**Keywords:** healthy aging; depression; older adults

# สถานการณ์ฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา และบริบทของการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพื้นที่ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

วิสเพ็ญ กิจฉเนศ, ทศนา ฤทธิกุล, เนตรนภา สุขปา, สิริราชมณ์ สมวรรณ์ดี  
ศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ กรมอนามัย จังหวัดเชียงใหม่

## บทคัดย่อ

โรคฟันผุในเด็กเล็กเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของไทย ซึ่งเด็กเล็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาสูงถึงร้อยละ 46.1 และ 70.4 ตามลำดับ สาเหตุหลักมาจากการดูแลช่องปากไม่เหมาะสม และการบริโภคน้ำตาลสูง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการแปรงฟัน โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา และบริบทของการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพื้นที่ห่างไกล ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีการเก็บข้อมูลจำนวนที่ฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา และปริมาณคราบจุลินทรีย์ในเด็กจำนวน 287 คน รวมทั้งเก็บข้อมูลบริบทและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการฝึกทักษะการแปรงฟันจากการสัมภาษณ์ครูผู้ดูแลเด็กจำนวน 10 คน ผลการศึกษาพบว่า เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพื้นที่ตำบลเมืองนะ มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาคิดเป็นร้อยละ 66.8 โดยจำนวนที่ฟันผุเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.8 ถึง 8 ซี่ต่อคน และมีปริมาณคราบจุลินทรีย์ในระดับมากถึงร้อยละ 86.2 ในเด็กทุกศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งผลลัพธ์เหล่านี้ได้รับอิทธิพลจากทั้งปัจจัยด้านบริบทและสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการฝึกทักษะการแปรงฟัน ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาคือ ควรมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กเล็กอย่างบูรณาการ พร้อมพัฒนาศักยภาพครู จัดสรรงบประมาณ อุปกรณ์ และติดตามกิจกรรมปฏิบัติได้จริง เช่น การแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ขณะเดียวกัน หน่วยงานด้านทรัพยากรน้ำควรแก้ไขปัญหาการเข้าถึงน้ำสะอาดในพื้นที่ขาดแคลน เพื่อสนับสนุนสุขอนามัยเด็กอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ฟันผุ; พื้นที่ห่างไกล; เด็กปฐมวัย

วันรับ: 5 พ.ค. 2568

วันแก้ไข: 14 มิ.ย. 2568

วันตอบรับ: 17 มิ.ย. 2568

## บทนำ

องค์การอนามัยโลกรายงานว่าประชากรทั่วโลกประมาณ 3.5 พันล้านคน ได้รับผลกระทบจากโรคในช่องปาก และเด็กจำนวนมากกว่า 600 ล้านคน มีฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษา<sup>(1)</sup> และในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบความชุกโรคฟันผุในฟันน้ำนมมากถึงร้อยละ 25-95<sup>(2)</sup>

สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 9 พ.ศ. 2566 เด็กอายุ 3 ปี มีฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 46.1 หรือเฉลี่ย 2.4 ซี่ต่อคน และเด็กอายุ 5 ปี มีฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 70.4 หรือเฉลี่ย 4.4 ซี่ต่อคน<sup>(3)</sup>

ฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษาในเด็กเล็กสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพและพัฒนาการของเด็ก อาทิ เกิดอาการ

ปวดฟัน ปัญหาการบดเคี้ยวส่งผลต่อน้ำหนักและการเจริญเติบโตของเด็ก การติดเชื้อที่สามารถลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียงได้ เช่น แก้ม ดวงตา และสมอง หรืออาจทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ รวมถึงบุคลิกภาพของเด็ก<sup>(4-6)</sup> และลักษณะของโรคฟันผุในเด็กเล็กมักเริ่มต้นจากการเกิดรอยขุ่นขาวบนผิวฟัน ซึ่งเป็นระยะเริ่มแรกของการสูญเสียแร่ธาตุ หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ฟันจะเริ่มเกิดโพรงและลุกลามไปยังชั้นเนื้อฟันลึกขึ้นถึงโพรงประสาทฟัน จะทำให้มีอาการปวดฟันมาก เชื้อโรคอาจลุกลาม เกิดฝีที่ปลายรากฟัน รวมทั้งอาจลุกลามไปยังเนื้อเยื่อและอวัยวะข้างเคียง ทำให้ใบหน้า ลำคอ บวม เจ็บปวดมาก<sup>(7,8)</sup>

โรคฟันผุเกิดจากปัจจัยหลายประการ เช่น พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากที่ไม่เหมาะสม การได้รับฟลูออไรด์ไม่เพียงพอ และการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลสูง ซึ่งการได้รับน้ำตาลที่สูงบ่งบอกถึงการได้รับสารอาหารที่ไม่เหมาะสม ผู้ปกครองจึงควรต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลทันตสุขภาพ การไม่ได้รับการแปรงฟันอย่างสม่ำเสมอ และกฎวิธี รวมถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการแปรงฟันของเด็ก<sup>(8-10)</sup> เด็กที่ไม่แปรงฟันจะเกิดคราบจุลินทรีย์สะสม ซึ่งคราบจุลินทรีย์ถือเป็นสาเหตุของโรคปริทันต์และฟันผุ ทำให้เด็กมีความเสี่ยงที่จะเกิดฟันผุเพิ่มขึ้น<sup>(11-14)</sup>

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นสถานศึกษาที่สามารถเริ่มฝึกทักษะการแปรงฟันเด็กปฐมวัยได้ในช่วงวัยที่น้อยที่สุด โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กชายเขา ซึ่งมักอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล เด็กในกลุ่มนี้มักประสบกับภาวะขาดสารอาหารซึ่งส่งผลต่อพัฒนาการทางร่างกายและสุขภาพช่องปาก นอกจากนี้ผู้ปกครองที่ขาดความรู้ อาจปล่อยให้เด็กกินของหวานบ่อย ไม่ควบคุมการแปรงฟัน ส่งผลให้เด็กกลุ่มนี้มีแนวโน้มเป็นโรคฟันผุสูง<sup>(15)</sup> พื้นที่ห่างไกลทางภาคเหนือ ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่สูงบนเขา เป็นที่ตั้งบ้านเรือนและที่ทำกินที่มีความลาดชันโดยเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 35 หรือสูงกว่าระดับน้ำทะเล 500 เมตรขึ้นไป จังหวัดเชียงใหม่มีประชากรพื้นที่สูงกระจายตัว 14 อำเภอ ซึ่งพื้นที่ตำบลเมืองนะ ถือเป็นพื้นที่ห่างไกลตำบลหนึ่งในอำเภอเชียงดาว มีอาณาเขตติดต่อกับประเทศเมียนมาร์ ประชากรในพื้นที่มีทั้งคนไทย-พื้นเมืองส่วนน้อย และส่วนใหญ่ชนเผ่าต่างๆ ได้แก่ กระเหรี่ยง (2.47) คะฉิ่น (1.52) จีนฮ่อ (44.46) ลัวะ

หรือลัวะ (0.70) ลาหู่หรือมุเซอ (39.31) ลีซูหรือลีซอ (9.47) และอาฮาหรืออีก่อ (2.08)<sup>(16)</sup> และเป็นพื้นที่ที่ยังมีการศึกษาสถานการณและการส่งเสริมสุขภาพช่องปากค่อนข้างน้อย ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจการศึกษาในครั้งนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา และบริบทการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพื้นที่ห่างไกล ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ โดยการศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องการพัฒนาพหุโปรแกรมละอ่อนเชียงดาว “เพิ่มสูง กินเป็น เล่นได้ ฟันสะอาด” สำหรับเด็กปฐมวัย ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายและวางแผนด้านสุขภาพช่องปากเด็กเล็กในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศได้ ช่วยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถจัดสรรงบประมาณ ทรัพยากร และอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับกิจกรรมการแปรงฟันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พร้อมทั้งปรับปรุงรูปแบบกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ห่างไกล นอกจากนี้ยังเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาศักยภาพครูผู้ดูแลเด็ก ตลอดจนใช้ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานระยะยาว เพื่อขยายผลเป็นต้นแบบแก่พื้นที่อื่นและสนับสนุนการพัฒนานโยบายด้านสุขภาพช่องปากเด็กเล็กอย่างยั่งยืน

## วิธีการศึกษา

### ขอบเขตการดำเนินงาน

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

### ประชากรที่ศึกษา

เด็กเล็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ 10 แห่ง จำนวน 287 คน

### นิยามศัพท์

ฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษา หมายถึง ฟันผุในระดับเป็นรูผุสามารถมองเห็นด้วยตาเปล่า

### เครื่องมือ

แบบบันทึกสภาวะสุขภาพช่องปาก ได้แก่ ข้อมูลเพศ อายุ จำนวนซี่ฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษา และปริมาณคราบจุลินทรีย์ แบบสัมภาษณ์ครูผู้ดูแลเด็กในประเด็นบริบทและ

สิ่งแวดล้อมในการฝึกทักษะการแปรงฟันในศูนย์พัฒนา-เด็กเล็ก ได้แก่ การสนับสนุนแปรงฟันและยาสีฟัน บริเวณและภาชนะ สำหรับเก็บชุดแปรงสีฟันและยาสีฟัน กิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน และน้ำสะอาดเพื่อใช้ในการแปรงฟัน และแบบบันทึกน้ำหนักและส่วนสูงภายใต้โครงการวิจัยเรื่องการพัฒนาพหุโปรแกรมละอ่อนเชียงดาว “เพิ่มสูงกินเป็น เล่นได้ ฟันสะอาด” สำหรับเด็กปฐมวัย ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งแบบบันทึกผ่านการทดสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ และผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ ET013/2564

### การเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปาก ได้แก่ จำนวนซี่ฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษา<sup>(17)</sup> และปริมาณคราบจุลินทรีย์บริเวณด้านใกล้แก้มของฟันหน้าบนที่มองเห็นได้ด้วยตาเปล่า<sup>(18,19)</sup> โดยทันตบุคลากรที่ผ่านการทดสอบความตรงโดยมีเกณฑ์ดังนี้

0: ไม่มีคราบจุลินทรีย์

1: คราบจุลินทรีย์ปกคลุมน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของพื้นผิวฟัน

2: คราบจุลินทรีย์ปกคลุมมากกว่าครึ่งหนึ่งของพื้นผิวฟัน

เก็บข้อมูลบริบทและสิ่งแวดล้อมในการฝึกทักษะการแปรงฟันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จากการสัมภาษณ์ครูผู้ดูแลเด็ก แห่งละ 1 คน รวมจำนวน 10 คน ใช้เวลา 2 วัน ในการเดินทาง และเก็บข้อมูลทั้งหมดครบทุกแห่ง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปาก และข้อมูลบริบทและสิ่งแวดล้อมในการฝึกทักษะการแปรงฟันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตามแนวทางการส่งเสริมคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D – diet, development & play, dental และ disease) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข<sup>(20)</sup>

## ผลการศึกษา

ประชากรจำนวน 287 คน มีเด็กที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากตามเวลาที่กำหนดในแผนดำเนินการเก็บข้อมูล จำนวน 197 คน แบ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 48.2 เพศหญิง ร้อยละ 51.8 อายุเฉลี่ย 3 ปี 8 เดือน เด็กมีฟันผุ

ที่ไม่ได้รับการรักษา จำนวน 131 คน คิดเป็นร้อยละ 66.8 ค่าเฉลี่ยในภาพรวมของจำนวนซี่ต่อคนเท่ากับ 6.4 ซึ่งโดยค่าเฉลี่ยจำนวนซี่ฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษาต่อคนมากที่สุดเท่ากับ 8.0 ซึ่ง และน้อยที่สุด 3.8 ซึ่ง เด็กที่ปราศจากคราบ-จุลินทรีย์ 27 คน คิดเป็น ร้อยละ 13.7 โดยค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ในภาพรวม คิดเป็น 1.6 ดังตารางที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจสภาวะช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย เด็กกลุ่มนี้มีร้อยละฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษา ค่าเฉลี่ยจำนวนฟันผุ (ซี่ต่อคน) และร้อยละปริมาณคราบจุลินทรีย์มากกว่าผลการสำรวจสภาวะ-ช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ดังตารางที่ 2

### บริบทและสิ่งแวดล้อมในการฝึกทักษะการแปรงฟันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้งหมด (10 แห่ง) ได้รับการสนับสนุนแปรงสีฟันและยาสีฟันแก่เด็กทุกคน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และมีบริเวณและภาชนะสำหรับเก็บชุดแปรงสีฟันและยาสีฟัน ตามแนวทางการส่งเสริมคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D) แต่ทุกแห่งไม่มีกิจกรรมแปรง-ฟันหลังอาหารกลางวัน มีเพียง 4 แห่งเท่านั้นที่มีแปรงสีฟันและยาสีฟันเก็บอยู่ในที่เก็บที่จัดไว้ ส่วนอีก 6 แห่ง ไม่พบแปรงสีฟันและยาสีฟันในที่เก็บ เนื่องจากนำแปรงสีฟันและยาสีฟันให้ผู้ปกครองนำกลับบ้าน โดยมีเหตุผลตรงกันทั้ง 6 แห่ง คือ ครูเห็นว่าผู้ปกครองมีฐานะยากจนและมักไม่มีแปรงสีฟันและยาสีฟันที่บ้าน และมีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพียงครั้งหนึ่งเท่านั้นที่มีน้ำสะอาดเพียงพอต่อการอุปโภค รวมถึงการแปรงฟัน ดังตารางที่ 3

สรุป เด็กศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลเมืองนะ มีฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษาคิดเป็นร้อยละ 66.8 จำนวนซี่ฟันผุต่ำที่สุดเท่ากับ 3.8 ซี่ต่อคน และสูงที่สุด 8 ซี่ต่อคน และมีปริมาณคราบจุลินทรีย์ ร้อยละ 86.2 ในระดับมากในทุกศูนย์พัฒนา-เด็กเล็ก ภายใต้ปัจจัยบริบทและสิ่งแวดล้อมที่ทั้งเอื้อและเป็นอุปสรรคต่อการฝึกทักษะการแปรงฟันในศูนย์พัฒนา-เด็กเล็ก

## วิจารณ์

จำนวนฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษาของเด็กในศูนย์พัฒนา-เด็กเล็ก ตำบลเมืองนะ คิดเป็น ร้อยละ 66.8 ซึ่งมากกว่า

ตารางที่ 1 จำนวนซีตต่อคนของฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษา

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	ฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษา			ปริมาณคราบจุลินทรีย์		
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ยจำนวนซีตต่อคน (ซี)	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1 (n=13)	8	61.5	7.5	10	76.9	1.9
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 2 (n=11)	5	45.5	6.0	10	90.9	1.5
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 3 (n=17)	13	76.5	6.2	14	82.4	1.6
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 4 (n=18)	10	55.6	3.8	18	100.0	1.4
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 5 (n=16)	13	81.3	5.5	16	100.0	1.7
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 6 (n=17)	13	81.3	8.0	14	82.4	1.9
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 7 (n=11)	10	90.9	6.1	11	100.0	1.8
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 8 (n=16)	7	43.8	5.1	11	68.8	1.5
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 9 (n=30)	19	63.3	6.5	26	86.7	1.6
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 10 (n=48)	33	68.8	6.9	40	83.3	1.7
รวม (n=197)	131	66.8	6.4	170	86.3	1.7

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบกับผลการสำรวจสถานะช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย

หัวข้อ	การสำรวจสถานะช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย	เด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลเมืองนะ
สถานะช่องปาก		
ร้อยละฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษา	46.1	66.8*
ค่าเฉลี่ยจำนวนฟันผุ (ซีตต่อคน)	2.4	7.4*
ร้อยละปริมาณคราบจุลินทรีย์	77.3	86.2*

ตารางที่ 3 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกับประเด็นบริบทและสิ่งแวดล้อมในการฝึกทักษะการแปรงฟัน

ประเด็น	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
1. การสนับสนุนแปรงสีฟันและยาสีฟันแก่เด็กทุกคน	10	100.0
2. มีบริเวณและภาชนะ สำหรับเก็บชุดแปรงสีฟันและยาสีฟัน ที่ถูกสุขลักษณะ ไม่อับชื้น และปลอดภัย	10	100.0
3. กิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน	0	0.0
4. มีแปรงสีฟันและยาสีฟันที่พร้อมใช้งาน	4	40.0
5. น้ำสะอาดเพียงพอต่อการอุปโภค รวมถึงการแปรงฟัน	5	50.0

ผลการสำรวจสถานะช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ที่คิดเป็น ร้อยละ 46.1 ทำให้เห็นว่าพื้นที่ห่างไกลบางแห่งของประเทศไทย

อาจมีความเสี่ยงฟันผุมากกว่าภาพรวมของประเทศ จากการทบทวนระบบสุขภาพของประเทศไทยโดยองค์การ-

อนามัยโลกระบุว่า การเข้าถึงบริการทันตกรรมในพื้นที่ห่างไกลของประเทศไทยยังคงเป็นปัญหา เนื่องจากข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากรทางการแพทย์<sup>(17)</sup> ซึ่งการเดินทางจากพื้นที่ตำบลเมืองนะในสวนที่ไกลที่สุดไปยังโรงพยาบาลประจำอำเภอเชียงดาว ใช้เวลาประมาณ 1.5 ชั่วโมง ระยะทางมากกว่า 70 กิโลเมตร โดยมีจำนวนทันตแพทย์ที่ปฏิบัติราชการในอำเภอเชียงดาว เพียง 6 คนเท่านั้น<sup>(21)</sup> ประกอบกับข้อค้นพบจากการวิจัยนี้ในเรื่องบริบทและสิ่งแวดล้อมหลายประการที่ส่งผลต่อการฝึกทักษะการแปรงฟันและสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ประการที่หนึ่ง แม้ว่าจะมีแนวทางการส่งเสริมคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D) และมีการสนับสนุนด้านอุปกรณ์การแปรงฟันและยาสีฟัน และสถานที่แปรงฟันจากหน่วยงานต้นสังกัดให้แก่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกแห่งตามเกณฑ์ อาจยังพบว่า มีอุปสรรคด้านอื่นที่ทำให้ครูไม่สามารถจัดกิจกรรมการแปรงฟันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้จริง เนื่องจากปัญหาการขาดแคลนน้ำสะอาดในการอุปโภค รวมถึงใช้ในกิจกรรมการแปรงฟัน และน้ำยังมีส่วนทำให้นักเรียนอยากแปรงฟันมากขึ้น<sup>(9,22)</sup> อย่างไรก็ตาม การขาดแหล่งน้ำในการแปรงฟันสามารถบรรเทาได้ด้วยการส่งเสริมให้เด็กแปรงฟันแห้งหรือการแปรงฟันที่ใช้ใช้น้ำน้อยได้<sup>(23,24)</sup> แต่ต้องมีความรู้ที่กลับยังเข้าไม่ถึงครูในพื้นที่นี้ ทำให้ครูยังไม่สามารถจัดการปัญหาการขาดแคลนน้ำสะอาดในการแปรงฟันนี้ได้ด้วยตนเอง จึงสะท้อนให้เห็นปัญหาการเข้าถึงองค์ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเป็นประการที่สอง อุปสรรคด้านบริบทและสิ่งแวดล้อมประการที่สาม คือ ความยากจนของผู้ปกครองในมุมมองของครูที่ส่งผลกระทบต่อลักษณะการจัดกิจกรรมการแปรงฟันของครูสะท้อนออกมาในรูปแบบที่ครูแจกแปรงสีฟันให้ผู้ปกครองนำกลับไปให้เด็กใช้ที่บ้าน และประการสุดท้าย คือ ปัญหาการสื่อสารระหว่างกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ที่เป็นอุปสรรคในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพระหว่างครู นักเรียน และผู้ปกครอง ทั้งหมดที่กล่าวไปแล้วนี้ จึงสะท้อนให้เห็นปัจจัยอุปสรรคปัญหาสุขภาพช่องปากที่รุนแรงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศไทย รวมถึงปัญหาการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมและขาดกระบวนการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในพื้นที่ห่างไกล ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือหลายภาคส่วนในการแก้ไขปัญหายังเป็นระบบ อาทิ การบูรณาการ

นโยบายสุขภาพช่องปากในระดับประเทศและท้องถิ่นให้เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายสุขภาพเด็กแบบองค์รวมพร้อมมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากเชิงรุกเพื่อให้เด็กเล็กในพื้นที่ห่างไกลได้รับบริการส่งเสริมและป้องกันเช่นเดียวกับพื้นที่เมือง การแก้ปัญหาทรัพยากรน้ำและสุขภาพบุคลากรบูรณาการกับหน่วยงานด้านทรัพยากรน้ำและสาธารณสุขเนื่องจากเป็นปัจจัยพื้นฐานของสุขภาพช่องปากและสุขภาพทั่วไป นอกจากนี้ควรพัฒนาศักยภาพครูและ อสม. ให้สามารถใช้แนวทางการแปรงฟันที่ใช้ใช้น้ำน้อยหรือ “แปรงฟันแห้ง” ในพื้นที่ขาดแคลนน้ำ รวมถึงการพัฒนาสื่อสุขภาพหลายภาษาที่เหมาะสมกับความหลากหลายทางชาติพันธุ์ การแก้ไขเชิงระบบดังกล่าวจะช่วยลดอุปสรรค เพิ่มความครอบคลุมของการเข้าถึงบริการ และสนับสนุนความสำเร็จของโครงการอย่างยั่งยืน

### ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์พัฒนาเด็กเล็กควรมีนโยบายการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กเล็กแบบบูรณาการ ไม่ว่าจะเป็นประสานหน่วยงานสาธารณสุข การจัดการงบประมาณและอุปกรณ์ การพัฒนาศักยภาพครู เพื่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในรูปแบบที่สามารถปฏิบัติได้จริงในพื้นที่ รวมถึงมีการติดตามและสนับสนุนอย่างเหมาะสมตามบริบท โดยเฉพาะกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านทรัพยากรน้ำในพื้นที่ ควรเร่งแก้ไขปัญหาการเข้าถึงแหล่งน้ำสะอาดเพื่อการอุปโภคและบริโภคในพื้นที่ที่ขาดแคลน เพื่อส่งเสริมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัย

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.แมนสรอง วงศ์อภัย ผู้อำนวยการศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศที่ได้ให้การสนับสนุนในการดำเนินการศึกษาตั้งแต่ต้นตลอดจนเสร็จสมบูรณ์ และศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ที่ได้สนับสนุนการดำเนินงานในการศึกษารั้งนี้ด้วย และขอขอบคุณผู้ที่เป็นเจ้าของแนวคิด และทฤษฎีต่างๆ ของวิทยานิพนธ์ งานวิจัย วารสาร และบทความ ที่ผู้ศึกษานำมาอ้างอิงในการทำการศึกษาไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva: World Health Organization; 2022.
2. Duangthip D, Gao SS, Lo ECM, Chu CH. Early childhood caries among 5- to 6-year-old children in Southeast Asia. *Int Dent J* 2017;67(2):98-106.
3. สำนักทันตสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนดดิไซด์; 2567.
4. ภาราณี สกุลคู. สภาวะฟันผุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคฟันผุในผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย อายุ 3-5 ปี ในคลินิกธาลัสซีเมียในโรงพยาบาลนครพนม. *วารสารโรงพยาบาลนครพนม* 2567;11(1):1-19.
5. จันทนา อึ้งชูศักดิ์, ปิยะดา ประเสริฐสม. โรคฟันผุในฟันน้ำนม. *วิทยาศาสตร์ทันตสาธารณสุข* 2549;11(1-2):9-14.
6. กัญญา บุญธรรม, ศรีสุดา ลีละศิธร. ความสัมพันธ์ของฟันผุกับภาวะโภชนาการในเด็กไทยอายุ 5 ปี. *วิทยาศาสตร์ทันตสาธารณสุข* 2559;21(2):47-53.
7. เมธินี คุปพิทยานันท์, สุพรรณิ ศรีวิริยกุล. การสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ประตูลู่สู่สุขภาพที่ดีในทุกช่วงวัยของชีวิต. กรุงเทพมหานคร: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัยประชาชน; 2555.
8. ประไพ ชุณหาคำ, สิริมา โกวิทวิชชา. ภาวะทันตสุขภาพในชุดฟันน้ำนมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุรุนแรงในเด็กที่เข้ารับบริการในสถานเลี้ยงเด็กกลางวันหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. *วารสารกรมการแพทย์* 2560;42(4):46-54.
9. วรธนะ พิธพรชัยกุล. กิจกรรมการแปรงฟันและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในโรงเรียนประถมศึกษา จังหวัดสงขลา ประเทศไทย. *J Dent Assoc Thai* 2009;59(3):190-9.
10. กัญทิมา เหมพรหมราช. สถานการณ์โรคฟันผุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของเด็ก 18-72 เดือน ที่มารับบริการในคลินิกทันตกรรมศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา. *เวชสารโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา* 2558;37(1):31-40.
11. สร้อย ศิริทวีบุรณ, ศิริรักษ์ นครชัย. การควบคุมแบคทีเรียก่อโรคฟันผุ (control of cariogenic bacteria). *วิทยาศาสตร์ทันตสาธารณสุข* 2549;11(1-2):25-30.
12. Rungnirunwat T, Trairatvorakul C. Relationship between amount of dental plaque and dental caries in children aged 12-18 months. The 12<sup>th</sup> Graduate Research Conference; 2013 Mar 11; Khon Kaen, Thailand. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2013.
13. Chanpum P, Trairatvorakul C, Sukhumnakuk B. Visible plaque accumulation: a risk factor for dental caries in breastfed children. The Graduate Research Conference; 2013 Mar 7-8; Khon Kaen, Thailand. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2013.
14. Alaluusua S, Malmivirta R. Early plaque accumulation - a sign for caries risk in young children. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994;22(5 Pt 1):273-6.
15. ธิดา อารังวงศ์สวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของผู้ปกครองและสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนในอำเภอบึงอภัย จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม* 2563;14(33):71-87.
16. กรมอนามัย. ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 24 พ.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://hhdcclampang.anamai.moph.go.th:8080/hhdcddashboard/ethnics/default/mooban?tb=500402>
17. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 5<sup>th</sup> ed. Geneva: World Health Organization; 2013.
18. D'Elia G, Floris W, Marini L, Corridore D, Rojas MA, Ottolenghi L, et al. Methods for evaluating the effectiveness of home oral hygiene measures - a narrative review of dental biofilm indices. *Dent J* 2023;11(7):172.
19. Gussy MG, Waters EG, Walsh O, Kilpatrick NM. Early childhood caries: current evidence for aetiology and prevention. *J Paediatr Child Health* 2006;42(1-2):37-43.

20. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. ตามแนวทางการส่งเสริมคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D). กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2564.
21. ข้อมูลสารสนเทศ ทรัพยากรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลเชียงดาว [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 25 เม.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <http://gishealth.moph.go.th/healthmap/infopersonal.php?maincode=11121>
22. อรุณศรี พลวงษา. ปัจจัยบริหารที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของครูด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียนในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยพันธุ์ อ่างทองบุรี จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2566;37(4):14-25.
23. สุดดวง กฤษณาพงษ์. แปร่งฟันแท้. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2017;26(2):348-59.
24. Rakhman R, Hananto H, Budhy TI. The effectiveness of dry and wet teeth-brushing technique using 1.5% enzyme toothpaste as plaque prevention. Malays J Med Health Sci 2021;17:1-6.

# The Situation of Untreated Tooth Decay and the Context of Oral Health Promotion for Preschool Children in Remote Child Development Centers in Mueang Na Subdistrict, Chiang Dao District, Chiang Mai Province

Wisapen Kittaned, Thatsana Ritthikul, Neitnapa Sukpa, Sirarom Somwandee

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

## Abstract

Dental caries in young children is a major public health problem in Thailand. Among children aged 3 and 5, the prevalence of untreated dental caries is as high as 46.1% and 70.4%, respectively. The main causes are improper oral care and high sugar consumption. Early childhood development centers play a vital role in promoting toothbrushing habits, especially in remote areas. This research aimed to study the situation of untreated tooth decay and the context of oral health promotion in child development centers located in remote areas of Mueang Na Subdistrict, Chiang Dao District, Chiang Mai Province. Data were collected on the number of untreated decayed teeth and plaque levels in 287 children. Additionally, contextual and environmental information related to toothbrushing skill training was gathered through interviews with 10 childcare teachers. The study found that 66.8% of children in the Mueang Na child development centers had untreated tooth decay, with the number of decayed teeth ranging from 3.8 to 8 teeth per child. Plaque levels were high, with 86.2% of children having heavy plaque in all child development centers. These findings were influenced by both supportive and obstructive contextual and environmental factors that affect the toothbrushing training efforts in the centers. The study recommends implementing an integrated policy to promote oral health among young children, along with enhancing teachers' capacity, allocating budgets and equipment, and monitoring the implementation of practical activities such as toothbrushing after lunch. At the same time, water resource agencies should address the problem of access to clean water in underserved areas to support sustainable child hygiene.

**Keywords:** tooth decay; preschool; remote area

# แนวทางการขับเคลื่อนชุมชนท้องถิ่นให้เข้มแข็งภายใต้ ความร่วมมือกับสถาบันวิชาการ

นิสา รัตนดิถก ณ ภูเก็ต<sup>1</sup>, ปิยะวัฒน์ เจริญศักดิ์<sup>2</sup>, ณัฐชนนพงศ์ เรียงรารุณ<sup>3</sup>, ปริญญากร พันธุ์สุข<sup>3</sup>, เฉลิมพล จงวิฑูรกิจ<sup>4</sup>,  
ณัฐกานต์ สิทธิสมาน<sup>1</sup>, ศุภชัย เสนตา<sup>1</sup>, วรณิษา ภูมินอก<sup>1</sup>, สุภัชชา เกิดยสินดี<sup>1</sup>

<sup>1</sup> สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

<sup>2</sup> ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ กรุงเทพมหานคร

<sup>3</sup> จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<sup>4</sup> มหาวิทยาลัยศรีปทุม กรุงเทพมหานคร

## บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อออกแบบแนวทางการขับเคลื่อนชุมชนท้องถิ่นให้เข้มแข็งภายใต้ความร่วมมือกับสถาบันวิชาการและพัฒนาข้อเสนอแนะสำหรับชุมชนท้องถิ่นเพื่อนำไปสู่สุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนดีขึ้น โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์ในรูปแบบการประเมินแบบซีพี (CIPP model) ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) จำนวน 39 คน และใช้การสนทนากลุ่ม (focus group) ในการตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบซ้ำ (member checking) ผลการศึกษาพบว่า (1) บริบทการเข้าร่วม (Context) เกิดจากชุมชนท้องถิ่นมีความสนใจเข้าร่วมดำเนินการ มีความต้องการต่อยอดรูปธรรมและความร่วมมือในการพัฒนา (2) ปัจจัยนำเข้าที่ส่งผลต่อความสำเร็จ (Input) เกิดจากความพร้อมของบุคลากร การจัดสรรงบประมาณ การสนับสนุนองค์ความรู้ และการสนับสนุนที่สอดคล้องกับตามความต้องการของพื้นที่ (3) กระบวนการที่นำไปสู่การบรรลุตัวชี้วัด (Process) เกิดจากการวางแผนและทำความเข้าใจกับพื้นที่ตลอดกระบวนการ สร้างความร่วมมือและความเชื่อมั่นซึ่งกันและกัน สร้างความต่อเนื่องของการทำงาน สนับสนุนองค์ความรู้ที่สอดคล้องกับปัญหา มีความตั้งใจและความพร้อมของพื้นที่ในการทำงาน และ (4) ผลผลิตเชิงรูปธรรม (Product) เกิดจากการจัดการเรื่องทุนทางสังคมและศักยภาพของพื้นที่ เครือข่ายการทำงาน การบูรณาการเข้าสู่งานประจำ และการประยุกต์ใช้กับวิถีในการดำเนินชีวิตของประชาชนในพื้นที่

**คำสำคัญ:** ชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง; เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่; สถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือ

วันรับ: 5 พ.ค. 2568

วันแก้ไข: 12 มิ.ย. 2568

วันตอบรับ: 16 มิ.ย. 2568

## บทนำ

ความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นเป็นฐานในการจัดการกับสุขภาวะชุมชน การพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน และการคำนึงถึงการพัฒนาอย่างยั่งยืน เกิดเป็นชุมชน

ท้องถิ่นเข้มแข็ง ชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเอง ชุมชน-ท้องถิ่นน่าอยู่ ซึ่งเป็นฐานสำคัญในการร่วมแก้ปัญหาต่างๆ ของประเทศ<sup>(1)</sup> ปัจจุบันสถานการณ์ทางสังคมและสถานการณ์ของท้องถิ่นมีความสอดคล้องไปในทิศทางเดียว เนื่องจากท้องถิ่นเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ดังนั้นการสร้าง-

ความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นเป็นความท้าทายที่สำคัญในการขับเคลื่อนสังคมไทยเช่นกัน ซึ่งแน่นอนว่าเมื่อกล่าวถึงการขับเคลื่อนสังคมก็จะต้องอธิบายถึงสถาบันวิชาการหรือมหาวิทยาลัย ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการเพาะกล้า การศึกษา ปลูกฝังและต่อยอดศักยภาพผู้คน ทั้งในชุมชนและสังคม ให้ก้าวหน้าและเข้มแข็งทั้งด้านวิชาชีพและวิชาการ พร้อมขับเคลื่อนพลังชุมชนโดยนำองค์ความรู้ทางการศึกษาไปสู่ห้องเรียนขนาดใหญ่ในท้องถิ่น แก้ปัญหาเชิงประยุกต์อย่างเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ จนสามารถตอบโจทย์ความต้องการของคนในชุมชนได้อย่างแท้จริง สอดคล้องไปกับแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมระหว่างชุมชนกับมหาวิทยาลัยของกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม<sup>(2)</sup> ที่อธิบายถึง university engagement หรือการมีส่วนร่วมกับชุมชนของมหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นแนวคิดที่จะช่วยเปลี่ยนความคิดของคนที่ว่า นอกจากมหาวิทยาลัยจะเป็นที่สร้างอนาคตให้กับคนในประเทศแล้ว มหาวิทยาลัยต้องเป็นสถานที่ที่แก้ปัญหาให้กับประเทศได้ด้วย

บทบาทและความคาดหวังของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับมหาวิทยาลัยหรือสถาบันวิชาการนั้น มีความแตกต่างกันทางภูมิวัฒนธรรม ซึ่งกล่าวได้ว่าชุมชนแต่ละแห่งมีวัฒนธรรม ภูมิประเทศ และวิถีชีวิตไม่เหมือนกัน จึงทำให้บทบาทของมหาวิทยาลัยและสิ่งที่ชุมชนคาดหวังจากมหาวิทยาลัยแตกต่างกันไปตามบริบทของพื้นที่นั้นๆ ทั้งนี้ข้อเสนอแนะจากการศึกษาประเด็นบทบาทการเป็นมหาวิทยาลัยหรือสถาบันวิชาการที่รับใช้สังคม ควรมีการดำเนินการที่มีความต่อเนื่องจากการจัดกิจกรรมหรือการสนับสนุนจากบริการวิชาการ ตามพลวัตของปัญหาที่เกิดขึ้นกับชุมชน<sup>(3)</sup> สอดคล้องไปกับการศึกษาของ Khan<sup>(4)</sup> ว่าสถาบันวิชาการมีความสำคัญต่อการพัฒนาชุมชนอย่างมาก เนื่องจากการพัฒนาชุมชนเป็นสิ่งที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากกลุ่มคนจำนวนมาก เพื่อทำการตกลงร่วมกันในประเด็นที่ชุมชนต้องการ ดังนั้นสถาบันวิชาการที่เต็มไปด้วยคณาจารย์และนักศึกษาที่มีความสามารถและแรงบันดาลใจสูงในการทำงานชุมชน จึงเป็นเครื่องมือที่ทำให้ชุมชนบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้

ปัจจุบันประเทศไทยมีหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องกับการทำงานของชุมชนอยู่หลากหลาย หนึ่งในนั้นคือ

สำนักสนับสนุนสุขภาวะชุมชน (สำนัก 3) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)<sup>(1)</sup> โดยสถานการณ์ในชุมชนท้องถิ่นในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและภาพรวมทางสุขภาพที่ส่งผลต่อปากท้องและคุณภาพชีวิตของสมาชิกในชุมชน การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นล้วนต้องกำหนดแนวทางในการสร้างภูมิคุ้มกันที่ทำให้ชุมชน สังคม และประเทศ สามารถดำรงอยู่และขับเคลื่อนต่อไปได้ โดยจากรายงานสรุปผลการประเมินความพึงพอใจของชุมชนท้องถิ่นต่อสถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือที่ได้รับการสนับสนุนจากแผนสุขภาวะชุมชน<sup>(5)</sup> ได้อธิบายสถานการณ์ของชุมชนท้องถิ่นและสถาบันวิชาการว่า สถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือที่ทำงานกับชุมชนท้องถิ่น ล้วนเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยหนุนเสริมให้ท้องถิ่นสามารถเพิ่มแนวทางในการขับเคลื่อนชุมชนของตนเองได้ ไม่เพียงแต่สถาบันวิชาการจะเข้าไปเพื่อช่วยชุมชน แต่สถาบันวิชาการยังคงไปวางฐาน หนุนเสริมทุนทางสังคม และต่อยอดศักยภาพของชุมชนให้สามารถขับเคลื่อนต่อไปได้ในอนาคตด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญประภา ภัทรานุกรม<sup>(6)</sup> ที่อธิบายว่าสถาบันวิชาการหรือมหาวิทยาลัยจะเข้ามาทำงานชุมชนด้วยแนวคิดการวิจัยเพื่อท้องถิ่น ซึ่งจะใช้ความเชี่ยวชาญในการทำงานวิชาการเป็นโอกาสเข้าสู่การทำงานในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม ต่อเนื่อง และมุ่งสร้างสังคมนวัตกรรมโดยสร้างความรู้โดยชุมชนเพื่อชุมชน จึงเป็นจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนชุมชนจากผู้ที่รอรับความช่วยเหลือมาเป็นผู้จัดการตนเองภายใต้ทุนทางสังคม ทั้งองค์ความรู้ และทรัพยากรต่างๆ มากมายที่มีอยู่ในชุมชนเพื่อการแก้ปัญหาของตนเอง

สำนักสนับสนุนสุขภาวะชุมชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ขับเคลื่อนงานภายใต้แผนสุขภาวะชุมชน มีการทำงานร่วมกับสถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือในการสนับสนุนระบบการจัดการพื้นที่และการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนในหลากหลายรูปแบบ โดยจุดเน้นของแผนสุขภาวะชุมชนมีเรื่องของการสานพลังและบูรณาการภายในอย่างมีเอกภาพและมีประสิทธิภาพในการประสานความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์และสถาบันวิชาการ รวมถึงการวางเป้าหมายในการดำเนินงานในตัวชี้วัดหลักของแผนสุขภาวะชุมชน คือ เกิดสถาบัน-

วิชาการคู่ความร่วมมือในการสนับสนุนระบบการจัดการพื้นที่และการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน ซึ่งเน้นการสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือกับสถาบันวิชาการในการยกระดับมาตรฐานนวัตกรรมและบริการที่เกี่ยวข้อง การเสริมศักยภาพสถาบันวิชาการในการตอบสนองภารกิจเพื่อพัฒนาชุมชนท้องถิ่น และสนับสนุนสถาบันวิชาการให้เป็นกลไกจัดการความรู้ของชุมชนท้องถิ่นเพื่อการพัฒนา โดยแผนสุขภาพชุมชนจึงมีการทบทวนแนวทางการดำเนินงานของสถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือในการสนับสนุนระบบการจัดการพื้นที่และการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน และปรับปรุงให้สอดคล้องกับการดำเนินงาน เพื่อขับเคลื่อนสู่เป้าหมายและจุดเน้นของแผนสุขภาพชุมชน

โดยหลักการในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนนั้น จำเป็นต้องขับเคลื่อนด้วยภาคีส่วนร่วมอย่างน้อยสามภาคส่วน คือ ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม และภาครัฐ ที่มีอำนาจหน้าที่พัฒนาชุมชน ทั้งนี้รายงาน Declaration of Astana<sup>(7)</sup> อธิบายถึงการดูแลสุขภาพเบื้องต้นและบริการสุขภาพ (primary health care and health services) ว่า ระบบสาธารณสุขระดับปฐมภูมิและบริการสุขภาพที่มีคุณภาพสูง ปลอดภัย ครอบคลุม และบูรณาการที่ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงได้ มีให้บริการอย่างเพียงพอ และมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมในทุกพื้นที่ โดยจัดบริการด้วยความเคารพ และคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ภายใต้การดูแลของบุคลากรสุขภาพที่ได้รับการฝึกอบรมอย่างรอบด้าน มีทักษะสูง เปี่ยมแรงจูงใจ และมุ่งมั่นในการปฏิบัติหน้าที่ จะช่วยสร้างเข้มแข็งของชุมชน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาบริบทความร่วมมือ ปัจจัยนำเข้าที่ส่งผลต่อความสำเร็จ กระบวนการที่นำไปสู่การบรรลุตัวชี้วัด และผลผลิตเชิงรูปธรรม ที่จะช่วยตอบสนองเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals; SDGs) เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย (ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages)<sup>(8)</sup> ให้ประสบความสำเร็จโดยใช้เครือข่ายสถาบันวิชาการเข้ามาสนับสนุน ซึ่งเป็นประเด็นที่ท้าทายสำหรับสำนักสนับสนุนสุขภาพ-ชุมชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันวิชาการ และชุมชนท้องถิ่น ที่จะออกแบบการ

ขับเคลื่อนร่วมกันให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อใช้เป็นแนวทางที่สร้างประโยชน์ต่อประชาชนและชุมชนท้องถิ่น โดยใช้ศักยภาพของสถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือเป็นทุนในการขับเคลื่อนในอนาคต

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์ ในการสัมภาษณ์เชิงลึก และใช้การสนทนากลุ่มในการตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบซ้ำ (member checking)<sup>(9)</sup> จะเป็นการใช้ชุดแบบสอบถามที่ปรับใช้มาจากแนวทาง Stufflebeam<sup>(10)</sup> เป็นรูปแบบการประเมินแบบชิป (CIPP model) ประกอบด้วย บริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Product) แบบสัมภาษณ์ของงานวิจัยชิ้นนี้ได้ดำเนินการออกแบบโดยคณะผู้จัดทำวิจัยและได้ดำเนินการหาความเที่ยงตรงของแบบสัมภาษณ์ (index of item-objective congruence; IOC) โดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านที่เกี่ยวข้องกับสถาบันวิชาการ หน่วยงานภาครัฐ และหน่วยงานภาคเอกชน ในการขอความคิดเห็นและได้ปรับแก้ตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลจริง

การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักของงานวิจัย ประกอบด้วย บุคลากรจากสถาบันวิชาการจำนวน 15 คน สมาชิกของชุมชนจำนวน 15 คน และผู้บริหารจากหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน จำนวน 9 คน รวมจำนวน 39 คน ทั้งนี้เก็บข้อมูลอยู่ในช่วงของความอิ่มตัวของข้อมูล (data saturation) และความพอเพียงของข้อมูล (data sufficiency) ตามระเบียบวิธีวิจัยที่ผู้วิจัยกำหนด<sup>(11)</sup> ทั้งนี้การจัดกระทำข้อมูลหลังจากสัมภาษณ์เสร็จสิ้น ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ

**ขั้นตอนที่ 1** การลดทอนขนาดและปริมาณข้อมูล โดยจะนำบทสัมภาษณ์มาทำการลดทอนข้อมูล (data reduction)

**ขั้นตอนที่ 2** การตรวจสอบข้อมูล จะเน้นไปที่การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) และการตรวจสอบแบบสามเส้าด้านทฤษฎี (Theory triangulation)

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบ thematic analysis<sup>(12)</sup> ประกอบด้วย 6 ระยะ ดังนี้ ระยะ 1 ทำความคุ้นเคยกับข้อมูล คือ การอ่านและถอดความ ตรวจสอบบันทึกเพื่อยืนยันความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ ระยะ 2 สร้างรหัสเริ่มต้น คือ การตั้งคำรหัสของข้อมูลเพื่อรองรับการอ้างอิงและตีความข้อมูล ระยะ 3 สืบค้นหมวดหมู่ คือการจัดกลุ่มรหัสที่กำหนดไว้ไปในกลุ่มเดียวกันเพื่อสร้างโครงสร้างข้อมูล ระยะ 4 ทบทวนหมวดหมู่ คือ การประเมินความสอดคล้องกันในกลุ่มข้อมูล ปรับ รวม แยก เพื่อคงความสมบูรณ์เชิงเนื้อหา ระยะ 5 คือ การกำหนดและตั้งชื่อหมวดหมู่ ปรับปรุงภาพรวมเนื้อหา ตั้งชื่อให้สะท้อนแก่นสาระของข้อมูล และระยะ 6 จัดทำรายงาน สังเคราะห์ผลการศึกษา โดยนำเสนอในรูปแบบภาพรวมของการสัมภาษณ์

## พลการศึกษา

การศึกษาแนวทางการขับเคลื่อนชุมชนให้เข้มแข็งภายใต้ความร่วมมือกับสถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือ มีการศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ บริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Product)<sup>(10)</sup> และการจัดทำแผนชุมชน (plan of community development) การมีส่วนร่วมทางสังคม (participation) ทุนทางกายภาพ (physical capital) การจัดการความรู้ (positive of knowledge management) ผู้นำเพื่อการเปลี่ยนแปลงชุมชน (agent of change) ทุนทางสังคมของชุมชน (social capital) การจัดการตนเองของชุมชน (self-management community) การสร้างเครือข่ายภายในชุมชน (internal community networking) การจัดตั้งองค์การ (organization) การสร้างเครือข่ายภายนอกชุมชน (networking of external community)<sup>(13,14)</sup> ผลการศึกษาพบว่า

### บริบทการเข้าร่วม (Context)

บริบทการเข้าร่วมของสถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือ และพื้นที่นั้นมีปัจจัยด้วยกันทั้งสิ้น 4 ประเด็น โดยปัจจัยที่เกิดจากพื้นที่ที่มีความต้องการจากสถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือ ประกอบด้วย 3 ประเด็น และปัจจัยที่เกิดจาก

สถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือที่มีความต้องการจากพื้นที่ ประกอบด้วย 1 ประเด็น มีรายละเอียด ดังนี้

**ประเด็นที่ 1** ความสนใจของพื้นที่ต่อสถาบันวิชาการ พื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมกับสถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือ โดยการที่พื้นที่มีความสนใจในประเด็นที่สถาบันวิชาการกำลังขับเคลื่อน ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นที่พื้นที่กำลังดำเนินการขับเคลื่อน จึงเป็นที่มาของความร่วมมือระหว่างพื้นที่และสถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือ โดยสรุปสาระสำคัญจากการสัมภาษณ์ได้ดังนี้ (1) การตระหนักถึงความสอดคล้องระหว่างความสนใจของตนกับวัตถุประสงค์โครงการ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลมองว่าจะเอื้อประโยชน์ต่อกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ทั้งเด็ก และเยาวชนในพื้นที่ และ (2) การได้รับการชักชวนจากเครือข่ายในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเล็งเห็นว่าศักยภาพของพื้นที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสอดคล้องกับประกาศรับสมัครของสถาบันเจ้าของโครงการ ทำให้เชื่อมั่นว่าสามารถดำเนินงานร่วมกันได้อย่างเป็นทิศทางเดียวกัน

**ประเด็นที่ 2** พื้นที่ต้องการต่อจากความร่วมมือในอดีต จากการสัมภาษณ์สรุปได้ว่า พื้นที่ที่เข้าร่วมกับสถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือ เคยมีการดำเนินกิจกรรมร่วมกับสถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือมาก่อน หรือสถาบันที่เกี่ยวข้องหรือมีลักษณะเดียวกันในการขับเคลื่อนประเด็นที่เคยดำเนินการ และอยากที่จะนำประเด็นเหล่านั้นเอามาต่อยอดเพื่อดำเนินการต่อในพื้นที่ โดยสรุปสาระสำคัญจากการสัมภาษณ์ได้ดังนี้ (1) การสืบต่อกิจกรรมที่ดำเนินร่วมกันมาก่อน ผู้ให้ข้อมูลย้ำว่ากิจกรรมในปี พ.ศ. 2565 ซึ่งทำงานร่วมกันมาได้สร้างรากฐานความร่วมมือไว้แล้ว จึงต้องการสานต่อเพื่อให้ผลลัพธ์ต่อเนื่องและขยายประโยชน์เชิงพื้นที่ และ (2) ความได้เปรียบจากฐานที่ตั้งสถาบันและพันธกิจมหาวิทยาลัย ชุมชนตั้งอยู่ในพื้นที่เดียวกับสถาบันอุดมศึกษา ซึ่งมีภารกิจบริการวิชาการต่อสังคมเป็นทุนเดิม การจัดโครงการจึงตอบโจทย์ทั้งการเสริมศักยภาพชุมชนและบรรลุเป้าหมายเชิงสถาบันพร้อมกัน

**ประเด็นที่ 3** ความต้องการการได้รับการสนับสนุนของพื้นที่ จากการสัมภาษณ์สรุปได้ว่า พื้นที่เข้ามาดำเนินโครงการร่วมกับสถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือ เนื่องจากพื้นที่มีความต้องการได้รับการสนับสนุน ทั้งบุคลากรองค์ความรู้ และงบประมาณ จากสถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือ โดยในแต่ละพื้นที่จะได้รับการสนับสนุนที่แตกต่าง

กันไปตามความต้องการ โดยสรุปสาระสำคัญจากการสัมภาษณ์ได้ดังนี้ (1) การเสริมสร้างทุนความรู้และทุนสังคมเพื่อคุ้มครองสิทธิและคุณภาพชีวิต ผู้ให้ข้อมูลระบุว่าสมาชิกในชุมชนขาดองค์ความรู้ด้านต่างๆ การจัดทำงบประมาณสิ่งแวดล้อม และสุขภาพ จนต้องพึ่งพาเครือข่ายเพื่อปกป้องผลประโยชน์ร่วมกันของพื้นที่ เมื่อประสบปัญหาที่จะมีเครือข่ายทำหน้าที่เป็นกลไกประสานความช่วยเหลือ ทำให้สมาชิกเกิดความมั่นใจและเห็นคุณค่าของการรวมตัว และ (2) ความต้องการยกระดับขีดความสามารถในการจัดการประเด็นร่วมกัน เช่น ทรัพยากรธรรมชาติสภาพพื้นที่เกษตรกรรมที่เผชิญภาวะแห้งแล้ง น้ำใต้ดินมีปริมาณจำกัดดินเป็นกรด และขาดระบบกักเก็บน้ำตามฤดูกาล กระตุ้นให้ชุมชนแสวงหาองค์ความรู้ด้านการจัดการน้ำและปรับปรุงดินผ่านการอบรมเชิงเทคนิค เพื่อลดความเปราะบางทางเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม

**ประเด็นที่ 4** สถาบันวิชาการเข้ามาสนับสนุนพื้นที่โดยที่ไม่เคยร่วมงานมาก่อน จากการสัมภาษณ์สรุปได้ว่าสถาบันวิชาการเข้ามาสนับสนุนพื้นที่ดำเนินการใหม่ เพื่อที่จะขยายเครือข่ายและเชิญชวนพื้นที่ที่มีการทำประเด็นในลักษณะใกล้เคียงกันให้เข้ามาขับเคลื่อนผ่านตัวชีวิตร่วมกัน โดยสรุปสาระสำคัญจากการสัมภาษณ์ได้ดังนี้ (1) การพัฒนาหลักสูตรเชิงพื้นที่ (place-based curriculum development) เช่น มหาวิทยาลัยมีความเชื่อมโยงกับภาคการเกษตรของชุมชนอยู่ก่อน และต้องการต่อยอดทรัพยากรท้องถิ่นให้เป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตประชาชนผ่านการเรียนรู้และใช้ประโยชน์จากภูมินิเวศของตนเอง และ (2) การคัดเลือกพื้นที่ที่สอดคล้องกับเงื่อนไขที่สถาบันวิชาการต้องการ เช่น การสำรวจภาคสนามโดยคณะทำงานด้านการเกษตรของมหาวิทยาลัยชี้ว่าพื้นที่ของเกษตรกรรายหนึ่งมีความเหมาะสมสูงสุดต่อวัตถุประสงค์โครงการ จึงได้รับการชักชวนให้เข้าร่วมภายใต้เกณฑ์ที่สถาบันกำหนด

#### ปัจจัยนำเข้าที่ส่งผลต่อความสำเร็จ (Input)

ปัจจัยนำเข้าที่ส่งผลต่อความสำเร็จของสถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือและพื้นที่นั้นมีปัจจัยด้วยกันทั้งสิ้น 4 ประเด็น โดยปัจจัยที่เกิดจากพื้นที่ที่มีความต้องการจากสถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือ ประกอบด้วย 2 ประเด็น และปัจจัยที่เกิดจากสถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือ

ที่มีความต้องการจากพื้นที่ ประกอบด้วย 2 ประเด็น มีรายละเอียด ดังนี้

**ประเด็นที่ 1** ความพร้อมของบุคลากร จากการสัมภาษณ์สรุปได้ว่าความพร้อมของบุคลากร ทั้งบุคลิกภาพ การสื่อสาร การเอาใจใส่ต่อการแก้ไข และการรับมือกับพื้นที่ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้พื้นที่อยากเข้าร่วมและสร้างความเชื่อมั่นให้กับการทำงานร่วมกัน เนื่องจากบุคลากรเป็นเครื่องมือสำคัญในการสื่อสารให้เกิดความเข้าใจและขับเคลื่อนร่วมกัน โดยสรุปสาระสำคัญจากการสัมภาษณ์ได้ดังนี้ (1) ความหลากหลายทางองค์ความรู้ของทีมข้ามสาขา ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าการมีบุคลากรหลากหลายสาขา ตั้งแต่นิติศาสตร์ไปจนถึงสิ่งแวดล้อม จะช่วยอุดช่องว่างความรู้ของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งการประสานความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยเป็นไปอย่างรวดเร็ว และ (2) การระดมกำลังคนจากมหาวิทยาลัยสู่ชุมชน มหาวิทยาลัยมองว่าทรัพยากรบุคลากรไม่ได้จำกัดเฉพาะคณาจารย์ แต่รวมถึงนักศึกษาจำนวนมาก ซึ่งสามารถลงพื้นที่สนับสนุนงานชุมชนได้โดยตรง จึงกลายเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างศักยภาพท้องถิ่น

**ประเด็นที่ 2** การจัดสรรงบประมาณ จากการสัมภาษณ์สรุปได้ว่า ความเหมาะสมของการสนับสนุนงบประมาณและการใช้งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ คือตรงต่อเป้าหมายและใช้อย่างรอบคอบ เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้พื้นที่และสถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือจะขับเคลื่อนงานร่วมกันได้ อีกทั้งยังเป็นการสร้างความมั่นใจว่าเป้าหมายที่ขับเคลื่อนร่วมกันนั้นจะประสบความสำเร็จโดยใช้งบประมาณที่จัดสรรได้อย่างเหมาะสม โดยสรุปสาระสำคัญจากการสัมภาษณ์ได้ดังนี้ (1) การปรับงบประมาณเชิงยืดหยุ่นตามลักษณะกิจกรรม ผู้ให้ข้อมูลชี้ว่าต้นทุนดำเนินการแตกต่างกันไปตามประเภทโครงการ เช่น กิจกรรมทางทะเลและการประกอบอาหารต้องใช้ทรัพยากรสูงกว่าโครงการอื่น จึงจำเป็นต้องปรับงบภายในกรอบวงเงินที่กำหนด เพื่อไม่ให้เกิดการขับเคลื่อนกิจกรรมส่วนที่เหลือ และ (2) งบประมาณตามระยะความก้าวหน้าของพื้นที่ ในระยะแรก ชุมชนที่มีฐานการทำงานเดิมอยู่แล้วอาจต้องการงบประมาณเพียงเล็กน้อย เนื่องจากไม่ต้องสร้างโครงสร้างพื้นฐานใหม่ อย่างไรก็ตามเมื่อโครงการเข้าสู่ระยะขยายผล จำเป็นต้องพิจารณาเพิ่มการลงทุนให้สอดคล้องกับภารกิจที่เติบโตในอนาคต

**ประเด็นที่ 3** สนับสนุนองค์ความรู้ จากการสัมภาษณ์สรุปได้ว่า การขับเคลื่อนงานของพื้นที่และสถาบันวิชาการ-คู่ความร่วมมือจำเป็นต้องอาศัยการสนับสนุนองค์ความรู้ในหลากหลายมิติในการขับเคลื่อนงาน เนื่องจากในแต่ละพื้นที่มีปัญหาจากการขาดแคลนองค์ความรู้ สถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือจึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนองค์ความรู้ที่เหมาะสมกับพื้นที่ เพื่อให้พื้นที่สามารถประยุกต์องค์ความรู้เข้ากับบริบทของแต่ละพื้นที่ในการแก้ไขปัญหาเฉพาะได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับเป้าหมายและตัวชี้วัดของพื้นที่ โดยสรุปสาระสำคัญจากการสัมภาษณ์ได้ดังนี้ (1) ในกรณีที่ไม่ได้รับจัดสรรงบประมาณโดยตรง ผู้ดำเนินงานเลือกทดแทนด้วยการถ่ายทอดความรู้ด้านการออกแบบบรรจุภัณฑ์และการวางตำแหน่งสินค้าทดแทนเพื่อเสริมศักยภาพการแข่งขันเชิงพาณิชย์ของผลิตภัณฑ์ท้องถิ่นให้ตอบสนองความต้องการตลาดได้มากขึ้น และ (2) การมุ่งขอร้ององค์ความรู้เกี่ยวกับอันตรายต่อสุขภาพและแนวทางการป้องกันตนเอง เพื่อเสริมทุนสุขภาพรับมือความเสี่ยงฝุ่นควัน พื้นที่ประสบปัญหาฝุ่นควันจากปัจจัยภายนอกที่ควบคุมได้ยาก เพื่อสร้างความพร้อมเชิงรับในระดับครัวเรือนและชุมชน

**ประเด็นที่ 4** สนับสนุนตามความต้องการของพื้นที่ จากการสัมภาษณ์สรุปได้ว่า ความร่วมมือระหว่างสถาบัน-วิชาการคู่ความร่วมมือกับพื้นที่ ต้องอาศัยการสนับสนุนตามความต้องการของพื้นที่เป็นหลัก เนื่องจากพื้นที่ที่เข้าร่วมจะประเมินความเหมาะสมของความต้องการได้รับการสนับสนุนและดำเนินการรับการสนับสนุนเพื่อบรรลุเป้าหมาย ดังนั้นหากสถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือต้องการสนับสนุนต้องเป็นไปเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของพื้นที่เป็นหลัก โดยสรุปสาระสำคัญจากการสัมภาษณ์ได้ดังนี้ (1) การจัดสรรทุนกายภาพและข้อมูลแทนเงินทุนโดยสถาบันวิชาการมุ่งมอบทรัพยากรใช้งานจริง เช่น การเจาะบ่อบาดาลและติดตั้งแผงโซลาร์เซลล์ พร้อมทั้งสื่อสารข้อมูลเชิงเทคนิคอย่างต่อเนื่อง และเปิดช่องให้ชุมชนร้องขอเครื่องมือเพิ่มเติมตามภารกิจภาคสนาม และ (2) การยกระดับศักยภาพแบบต้องการและขับเคลื่อน (need-driven capacity building) หลังช่วงถ่ายทอดความรู้พื้นฐานสถาบันวิชาการปรับบทบาทเป็นผู้เอื้ออำนวย โดยสอบถามความสนใจใหม่ๆ ของชุมชน และจัดกิจกรรมศึกษาดูงานหรือ

แหล่งเรียนรู้เฉพาะทางให้สอดคล้องกับประเด็นที่ร้องขอ ช่วยขยายขอบเขตองค์ความรู้และทักษะที่จำเป็น

### กระบวนการไปสู่การบรรลุตัวชี้วัด (Process)

กระบวนการไปสู่การบรรลุตัวชี้วัดของสถาบันวิชาการ-คู่ความร่วมมือและพื้นที่นั้นมีกระบวนการร่วมกันทั้งสิ้น 5 ประเด็น มีรายละเอียด ดังนี้

**ประเด็นที่ 1** วางแผนและทำความเข้าใจกับพื้นที่ กระบวนการวางแผนและทำความเข้าใจกับพื้นที่เป็นกระบวนการเริ่มต้นที่จะสร้างความสำเร็จของงาน เนื่องจากพื้นที่มีความหลากหลาย การที่สถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือจะดำเนินการจนนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายร่วมกันต้องเข้าใจบริบทของพื้นที่ ทุนทางสังคมของพื้นที่ และรวมไปถึงปัจจัยเฉพาะ เช่น ศาสนา การเมือง วิถีชีวิต วัฒนธรรม ประเพณี เป็นต้น อีกทั้งยังต้องนำองค์ประกอบเฉพาะมาวางแผนร่วมกับพื้นที่ให้สามารถบรรลุเป้าหมายได้โดยลดข้อจำกัดของความร่วมมือ โดยสรุปสาระสำคัญจากการสัมภาษณ์ได้ดังนี้ (1) การเก็บข้อมูลเชิงลึกเพื่อกำหนดแนวทางพัฒนาเฉพาะพื้นที่ สถาบันเริ่มต้นด้วยการขอข้อมูลพื้นฐานและลักษณะเฉพาะของชุมชน เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมและกำหนดแผนงานให้สอดคล้องกับศักยภาพและข้อจำกัดพื้นที่อย่างเป็นระบบ และ (2) การวางแผนแบบมีส่วนร่วม เพื่อตอบสนองความต้องการจริงของชุมชน กระบวนการพัฒนาเน้นการสนทนาและกำหนดบทบาทร่วมกันระหว่างชุมชนและสถาบันโดยพิจารณาทรัพยากรที่มีอยู่เดิม พร้อมระดมการสนับสนุนเพิ่มเติมที่เหมาะสมต่อบริบทท้องถิ่น เพื่อให้แผนงานเกิดประโยชน์สูงสุดและยั่งยืน

**ประเด็นที่ 2** ความร่วมมือและความเชื่อมั่น กระบวนการร่วมมือและเชื่อมั่นต่อพื้นที่เป็นกระบวนการที่ต้องสร้างตั้งแต่เริ่มต้นก่อนที่จะดำเนินการอื่นๆ เนื่องจากความร่วมมิตที่จะเกิดขึ้นนั้น ย่อมต้องอาศัยความเชื่อมั่นของพื้นที่และความเชื่อมั่นต่อสถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือ ทั้งนี้พื้นที่จะต้องเปิดใจในการให้ความร่วมมือในขณะเดียวกัน สถาบัน-วิชาการคู่ความร่วมมือจะต้องสร้างความเชื่อมั่นให้กับพื้นที่ว่าจะสามารถร่วมมือกันจนบรรลุเป้าหมายได้ โดยสรุปสาระสำคัญจากการสัมภาษณ์ได้ดังนี้ (1) การเสริมแรงจากโอกาสเชิงสถาบันต่อภารกิจท้องถิ่น ผู้ประกอบอาชีพในพื้นที่มีความมุ่งมั่นจะแก้ปัญหาอยู่แล้ว แต่เมื่อมหาวิทยาลัยเปิดโอกาสให้เข้าร่วมโครงการ จึงยิ่งเสริมแรงและเอื้อให้

การดำเนินงานเกิดขึ้นจริงในระดับพื้นที่ และ (2) การรักษาแกนการทำงานกับข้อมูลเพื่อพัฒนาชุมชนอย่างเป็นระบบ แม้ว่านักวิชาการในแต่ละพื้นที่จะยังไม่เชี่ยวชาญการวิเคราะห์ข้อมูล แต่พื้นที่ที่เลือกไม่ตัดทิ้งกลไกนี้ พร้อมแสวงหาวิธีดำเนินการต่อ เพราะเชื่อว่าการใช้ข้อมูลคือพื้นฐานของการพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืน

**ประเด็นที่ 3** ความต่อเนื่องของการทำงานร่วมกัน จากการสัมภาษณ์สรุปได้ว่า กระบวนการความต่อเนื่องของการทำงานเป็นกระบวนการที่สถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือและพื้นที่ต้องตระหนักและวางแผนไว้รองรับการทำงานก่อน ระหว่างและหลังสิ้นสุดโครงการ เพื่อให้ทำงานที่ขับเคลื่อนในพื้นที่ โดยคนในพื้นที่ เพื่อพื้นที่ยังคงดำเนินการต่อไปได้และสามารถขับเคลื่อนต่อไปได้จนบรรลุเป้าหมายและพัฒนาต่อยอดเป้าหมายต่อไป โดยสรุปสาระสำคัญจากการสัมภาษณ์ได้ดังนี้ (1) การถ่ายทอดองค์ความรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างศักยภาพชุมชน ผู้ให้ข้อมูลชี้ว่าความยั่งยืนจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อชุมชนได้รับความรู้และทักษะจนสามารถดำเนินงานได้ด้วยตนเอง ก่อนที่หน่วยสนับสนุนจะถอนตัวออกจากพื้นที่ และ (2) การติดตามและแก้ปัญหา ร่วมระหว่างภาคสนามกับสถาบันวิชาการ ความร่วมมือควรประกอบด้วยกระบวนการติดตามผลอย่างต่อเนื่องพร้อมหรือและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นในพื้นที่จริง โดยอาศัยบทบาทร่วมของผู้ปฏิบัติภาคสนามและนักวิชาการ

**ประเด็นที่ 4** การสนับสนุนองค์ความรู้ที่สอดคล้องกับปัญหา จากการสัมภาษณ์สรุปได้ว่า กระบวนการสนับสนุนองค์ความรู้ที่สอดคล้องกับปัญหาเป็นกระบวนการที่ต้องผนวกรวมความรู้ที่มี ความรู้ที่ต้องการ และปัญหาของพื้นที่โดยนำองค์ประกอบทั้งหมดมาสร้างทางเลือกในการดำเนินการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของพื้นที่ภายใต้การสนับสนุนของสถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือ โดยสรุปสาระสำคัญจากการสัมภาษณ์ได้ดังนี้ (1) การเข้าถึงข้อมูลเพื่อแก้ปัญหาและต่อยอดงานชุมชน เมื่อชุมชนร้องขอข้อมูลเชิงเทคนิคหรือข้อเท็จจริง สถาบันให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ ส่งผลให้พื้นที่สามารถนำข้อมูลไปต่อยอดและประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาท้องถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ (2) การพัฒนาขีดความสามารถแบบเป็นขั้นตอน หลังตกลงความร่วมมือกันแล้ว สถาบันวิชาการวางกลยุทธ์ระดับศักยภาพชุมชนตามชั้นบันไดการเรียนรู้ โดยเริ่มจากพาไปศึกษาดูงาน

เกี่ยวกับการพัฒนาบรรจุภัณฑ์ เพื่อเพิ่มคุณค่าผลิตภัณฑ์และดึงดูดลูกค้า จากนั้นจึงขยายช่องทางตลาดผ่านการนำสินค้าไปออกบูท ส่งเสริมให้ชุมชนก้าวสู่การพัฒนาเชิงพาณิชย์อย่างเป็นระบบ

**ประเด็นที่ 5** ความตั้งใจและความพร้อมของพื้นที่ จากการสัมภาษณ์สรุปได้ว่า กระบวนการเสริมความมั่นใจและความพร้อมของพื้นที่ เป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นไปที่สมาชิกของพื้นที่และการบริหารจัดการพื้นที่ โดยกระบวนการไปสู่ความสำเร็จ ย่อมต้องอาศัยการขับเคลื่อนด้วยความตั้งใจของพื้นที่ และรวมไปถึงการประเมินความพร้อมของพื้นที่ทุกมิติ ทั้งบุคลากรที่มีนโยบายของผู้บริหาร งบประมาณ และภาระงานประจำ โดยสรุปสาระสำคัญจากการสัมภาษณ์ได้ดังนี้ (1) การสร้างความเท่าเทียมระหว่างผู้มีส่วนได้เสียทุกกลุ่ม การดำเนินกิจกรรมชุมชนควรออกแบบให้ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และชาวบ้านอยู่ร่วมสถานการณ์เดียวกัน เพื่อบ่มเพาะบรรยากาศของความเสมอภาค และกระตุ้นให้สมาชิกสมัครใจเข้าร่วมโดยปราศจากลำดับชั้นทางสังคม และ (2) การรับรองผลสัมฤทธิ์เชิงปฏิบัติของผู้ผ่านการอบรม ผู้เข้ารับการอบรมจากสถาบันวิชาการต้องนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ของตนอย่างจริงจัง เพื่อแก้ปัญหาท้องถิ่นตามหลักวิชาการที่ได้รับ ทั้งนี้เป็นเงื่อนไขสำคัญต่อความยั่งยืนของการพัฒนา

### ผลผลิตเชิงรูปธรรม (Product)

ผลผลิตเชิงรูปธรรมของสถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือและพื้นที่นั้นมีประเด็นด้วยกันทั้งสิ้น 4 ประเด็น มีรายละเอียด ดังนี้

**ประเด็นที่ 1** ทรัพยากรในชุมชน จากการสัมภาษณ์สรุปได้ว่า ภายหลังจากการดำเนินการร่วมกับสถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือ พื้นที่ได้รับประโยชน์ในเชิงทุนทางกายภาพ เช่น การปรับปรุงพื้นที่สาธารณประโยชน์ วัสดุอุปกรณ์และเครื่องใช้สำหรับการดำเนินกิจกรรม เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ยังคงอยู่ในพื้นที่ และทำให้สมาชิกของชุมชนยังคงได้ใช้ประโยชน์จากทรัพยากรเหล่านี้หลังโครงการบรรลุเป้าหมายไปแล้ว โดยสรุปสาระสำคัญจากการสัมภาษณ์ได้ดังนี้ (1) การระดมทุนภายในและการสร้างคุณค่าร่วม (community reinvestment) หลังได้รับโอกาสดำเนินโครงการ ผู้ให้ข้อมูลสามารถระดมเงินจากวิสาหกิจชุมชนเพื่อนำไปสร้างห้องเรียนชุมชน เสริมการบำรุงศาสนสถาน

และปลูกฝังค่านิยมแบ่งปันให้ชาวบ้านสืบทอดต่อ และ (2) ผลสัมฤทธิ์ด้านทรัพยากรธรรมชาติและควมมั่นคงทางเศรษฐกิจท้องถิ่น การปรับปรุงดินตามองค์ความรู้ที่ถ่ายทอดทำให้ผลผลิตเพิ่มขึ้น พร้อมทั้งมีตัวบ่งชี้คุณภาพดินเชิงชีวภาพอย่างไส้เดือนเพิ่มจำนวนสูงขึ้น ส่งผลให้ชุมชนกล้าปลูกพืชเศรษฐกิจหลากหลายขึ้น และสร้างบ่อพลาสติก เพื่อเสริมแหล่งน้ำสำรองให้กับพื้นที่

**ประเด็นที่ 2** เครือข่ายการทำงาน จากการสัมภาษณ์สรุปได้ว่า ระหว่างการดำเนินโครงการร่วมกับสถาบันวิชาการ พื้นที่ได้รับการสนับสนุนบุคลากร องค์ความรู้งบประมาณ ทั้งหมดล้วนเป็นเครือข่ายในการสนับสนุนการทำงาน มีการต่อยอดและใช้ประโยชน์จากการสนับสนุนของสถาบันวิชาการเพื่อสร้างเครือข่ายในการทำงานของพื้นที่ต่อไป มีการประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ มหาวิทยาลัย องค์กรภาคเอกชนและภาคประชาสังคม เป็นต้น เพื่อใช้เป็นฐานในการขับเคลื่อนงานของพื้นที่ต่อไป โดยสรุปสาระสำคัญจากการสัมภาษณ์ได้ดังนี้ (1) การปลูกพลังเครือข่ายชาวบ้านเป็นทุนสังคมสำคัญ ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าความก้าวหน้าไม่ได้มาจากการรอคอยงบประมาณหรือพื้นที่ที่ผู้อื่นจัดสรร หากแต่มาจากการสร้างและใช้เครือข่ายความร่วมมือของคนในชุมชนเอง ซึ่งถูกมองว่าเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าสูงกว่าปัจจัยด้านเงินทุน และ (2) การก่อรูป เครือข่ายข้อมูลท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนการบริหารเชิงนโยบาย การทำงานกับข้อมูลอย่างต่อเนื่องนำไปสู่การจัดระบบสารสนเทศของชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม ระบุได้ชัดเจนทั้งปัญหาและทุนทางสังคมในแต่ละพื้นที่ เอื้อต่อการตัดสินใจของผู้บริหารในการออกนโยบาย และแก้ไขปัญหาเชิงพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ

**ประเด็นที่ 3** การบูรณาการเข้าสู่งานประจำ จากการสัมภาษณ์สรุปได้ว่า การเข้าร่วมโครงการกับสถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือบางพื้นที่ก็เป็นประเด็นใหม่ ในขณะที่บางพื้นที่เป็นประเด็นที่ดำเนินการอยู่แล้ว การเข้าร่วมโครงการจึงไม่ใช่การก่อตั้งกลุ่มคณะทำงานใหม่ทั้งหมด แต่เป็นการประชุมระดมสมองและบูรณาการงานโครงการเข้าสู่งานประจำ เพื่อไม่ให้สร้างข้อจำกัดหรือภาระงานที่เพิ่มขึ้นของพื้นที่ อีกทั้งยังช่วยสร้างการมีส่วนร่วมด้วยความสมัครใจของสมาชิกในชุมชน โดยสรุปสาระสำคัญจากการสัมภาษณ์ได้ดังนี้ (1) การเพิ่มประสิทธิภาพเชิงปฏิบัติผ่านการสนับสนุน

ภายนอก การได้รับทรัพยากรสนับสนุนช่วยลดขั้นตอนด้านการสื่อสารและการเดินทาง พร้อมทั้งถูกบูรณาการเข้าในงานประจำของเทศบาล ส่งผลให้ประสิทธิภาพการดำเนินงานภาครัฐท้องถิ่นสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด และ (2) การขยายกรอบคิดทางธุรกิจจากโครงการนำร่อง แม้เป็นโครงการระยะเริ่มต้น แต่สามารถดึงดูดความสนใจจากสมาชิกชุมชนได้มากกว่าที่คาด และทำให้ผู้ประกอบการมองเห็นศักยภาพพัฒนาผลิตภัณฑ์สู่ระดับส่งออก นำไปสู่การยกระดับความคาดหวังและทิศทางการเติบโตในอนาคต

**ประเด็นที่ 4** ประยุกต์ความรู้กับการใช้ชีวิต จากการสัมภาษณ์สรุปได้ว่า สมาชิกของชุมชนมีการปรับใช้องค์ความรู้ที่ได้จากโครงการและความร่วมมือของสถาบันวิชาการมาใช้ในชีวิตประจำวัน ทั้งนี้การประยุกต์ใช้ก็เพื่อสร้างคุณค่าของบุคคล พื้นที่ และชุมชน ให้เกิดการตระหนักรู้ในประเด็นที่สนใจ และยังเป็นการต่อยอดผลสำเร็จของการเข้าร่วมโครงการร่วมกัน โดยสรุปสาระสำคัญจากการสัมภาษณ์ได้ดังนี้ (1) การสร้างแรงจูงใจด้วยการเน้นคุณค่าประโยชน์ที่จับต้องได้ ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่าการสื่อสารให้ชุมชนตระหนักถึงผลลัพธ์ที่ตนจะได้รับและสามารถต่อยอดใช้ประโยชน์ได้ระยะยาวเป็นกลไกสำคัญที่กระตุ้นให้ชุมชนแสวงหาและประยุกต์ใช้ความรู้ด้วยตนเอง และ (2) การออกแบบกิจกรรมพัฒนาศักยภาพเฉพาะกลุ่มวัย เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ การยกระดับชมรมผู้สูงอายุ สู่รูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุ จะช่วยให้สมาชิกเรียนรู้การปรับตัว เปลี่ยนกระบวนทัศน์ และเสริมสร้างความสุขเชิงจิตสังคม หรือกลุ่มเด็กและเยาวชน การจัดตั้งสภาเด็กและเยาวชน เปิดพื้นที่ให้เยาวชนออกแบบกิจกรรม เช่น กีฬาและนันทนาการ เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงและพัฒนาทักษะทางสังคม

## วิจารณ์

จากผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นบริบทการเข้าร่วมปัจจัยนำเข้าที่ส่งผลต่อความสำเร็จ กระบวนการไปสู่การบรรลุตัวชี้วัด และผลผลิตเชิงรูปธรรม ภายใต้องค์ประกอบของการจัดทำแผนชุมชน การมีส่วนร่วมทางสังคม การจัดการความรู้ การจัดการตนเองของชุมชน การจัดตั้งองค์การ การสร้างเครือข่ายภายในและภายนอก ที่ต้องอาศัยผู้นำเพื่อการเปลี่ยนแปลง ทุนทางกายภาพและทุนทางสังคม

ของชุมชน ผู้เขียนมีมุมมองในแต่ละส่วนของผลการศึกษา ดังนี้ เรื่องบริบทการเข้าร่วม (Context) ในประเด็นที่ 4 สถาบันวิชาการเข้ามาสนับสนุนพื้นที่โดยที่ไม่เคยร่วมงานมาก่อน ผู้เขียนคิดว่าเป็นเรื่องที่ดีและเกิดประโยชน์อย่างมาก เพราะการทำงานของสถาบันวิชาการควรดำเนินการเปิดโอกาสให้พื้นที่ใหม่ๆ ได้ริเริ่มในการทำงานและไม่ควรรีดยึดโยงการทำงานอยู่แต่กับพื้นที่เดิมๆ เท่านั้น เว้นเสียแต่ว่าจะเป็นการขยายผลต่อเนื่อง เรื่องปัจจัยนำเข้าที่ส่งผลต่อความสำเร็จ (Input) ในประเด็นที่ 4 สนับสนุนตามความต้องการของพื้นที่ ผู้เขียนคิดว่าเป็นประเด็นที่สำคัญที่สุดในการหนุนเสริม เนื่องมาจากพื้นที่แต่ละพื้นที่มีความต้องการที่แตกต่างกันเพราะทรัพยากรเดิมของพื้นที่แตกต่างกัน ดังนั้นการช่วยเติมทรัพยากรที่พื้นที่ต้องการเป็นหลักจะช่วยทำให้พื้นที่ได้รับในสิ่งที่ขาดและกระตุ้นให้เกิดการใช้ทรัพยากรที่มีอย่างคุ้มค่า เรื่องกระบวนการไปสู่การบรรลุตัวชี้วัด (Process) ในประเด็นที่ 5 ความตั้งใจและความพร้อมของพื้นที่ 5 ถือเป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการขับเคลื่อนงาน การทำงานกับสถาบันวิชาการต้องอาศัยความพร้อมและความตั้งใจของพื้นที่อย่างมาก เนื่องมาจากข้อจำกัดด้านเวลาของสถาบันวิชาการ หากพื้นที่มุ่งมั่นก็จะสามารถเก็บเกี่ยวทรัพยากรที่สถาบันวิชาการมอบให้ไปต่อยอดงานในพื้นที่ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ เรื่องผลผลิตเชิงรูปธรรม (Product) ในประเด็นที่ 2 เครือข่ายการทำงาน และประเด็นที่ 3 การบูรณาการเข้าสู่งานประจำ ผู้เขียนมีมุมมองว่าเป็นคำตอบของแนวทางในการขับเคลื่อนในอนาคต เนื่องมาจากการดำเนินการใดก็ตามย่อมมีจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุด เมื่อการดำเนินการสิ้นสุดลงตามภารกิจของงาน งานที่ดำเนินการทำไปแล้วจะต้องถูกขับเคลื่อนต่อไปในทิศทางอื่นๆ การสร้างเครือข่ายในการทำงานจะช่วยทำให้การขับเคลื่อนงานในอนาคตไปได้ไกลและหลากหลายมากขึ้น อีกทั้งการบูรณาการเข้าสู่งานประจำ จะทำให้ผลสำเร็จของการทำงานถูกต่อยอดอย่างมีมาตรฐานและมีการจัดสรรอย่างเป็นระบบที่ยั่งยืนต่อไป

#### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สนับสนุนให้มีศูนย์สนับสนุนวิชาการโดยสถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือที่ทำงานร่วมกับชุมชนท้องถิ่น เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับสถาบันวิชาการ กำกับตัวชี้วัด

แต่ไม่กำกับองค์ความรู้ จัดทำประเด็นความร่วมมือของเครือข่ายสถาบันวิชาการ

2. การระดมสมองของสถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือเพื่อขับเคลื่อนประเด็นในการดำเนินงานร่วมกัน โดยกำหนดอย่างน้อยปีละหนึ่งประเด็น เพื่อวางแผนการทำงานระยะ 1 ปี และ 3 ปี ทั้งการทำงานและการเผยแพร่องค์ความรู้ต่อสาธารณะ

3. การจัดทำฐานข้อมูลเชิงวิชาการ เป็นข้อเสนอแนะที่เสนอแนะให้มีการจัดทำฐานข้อมูลเชิงวิชาการ คือการจัดทำทำเนียบนักวิชาการและนักวิจัย ของภาคีเครือข่าย สสส. ทั้งหมด ทั้งของศูนย์สนับสนุนวิชาการเพื่อการจัดการเครือข่ายภาค (ศวภ.) สำนักสนับสนุนสุขภาวะชุมชนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่แต่ละพื้นที่ โดยจัดทำให้เป็นระบบ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการขับเคลื่อนงาน แยกเป็นหมวดหมู่ เช่น วิชาการด้านผู้สูงอายุ วิชาการด้านสวัสดิการสังคม วิชาการด้านสิ่งแวดล้อม เป็นต้น รวมไปถึงการจัดทำทำเนียบนักวิชาการและนักวิจัย จะช่วยสร้างการเข้าถึงงานของ สสส. เชิงรูปธรรมของนักวิชาการด้านต่างๆ และพื้นที่ ภาคี-เครือข่ายทั้งหมดจะได้เข้าไปหาข้อมูลและขอความร่วมมือจากนักวิชาการอื่นๆ ตามที่มีเครือข่าย ก็จะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดด้วย

#### ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. การรักษาความต่อเนื่องของการปฏิบัติงาน ควรมีการติดตามผลการดำเนินโครงการของพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ควรมีการวางแผนการดำเนินการระหว่างสนับสนุนพื้นที่ เช่น การจัดทำตารางการรายงานผล การติดตามปัญหาติดตามผลของตัวชี้วัดร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อให้พื้นที่ได้เกิดการกระตุ้นให้ขับเคลื่อนพื้นที่อย่างแท้จริง อีกทั้งยังจำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือระหว่างสถาบันวิชาการ พื้นที่ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อทำให้เกิดความต่อเนื่องของการปฏิบัติงาน

2. แผนการขยายผลในอนาคตหลังจบโครงการเป็นระยะเวลา 1 ปี และ 3 ปี ทั้งเริ่มต้นโครงการ ระหว่างทำโครงการ และรวมถึงหลังการสิ้นสุดโครงการ

3. การจัดสรรงบประมาณให้กับพื้นที่อย่างเป็นระบบ จัดสรรงบประมาณให้กับพื้นที่อย่างเหมาะสม จัดประชุมและออกแบบเรื่องการสนับสนุนอย่างตรงไปตรงมาและ

กำกับงบประมาณให้เหมาะสมกับพื้นที่ เพื่อให้การขับเคลื่อนงานเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและไม่มีข้อจำกัดเรื่องงบประมาณ

4. ปรับปรุงประเด็นการประสานงานและกระบวนการทำงานร่วมกัน โดยให้ความสำคัญกับการประสานงานและกระบวนการทำงานเพื่อปรับปรุงความพึงพอใจของทุกภาคส่วนเพื่อสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงาน

#### ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1. การประเมินผลอย่างเป็นระบบ ควรมีการประเมินผลการสนับสนุนจากโครงการ หรือรวมไปถึงการประเมินความสำเร็จของการดำเนินการ หรืองบประมาณที่จัดทำนั้นสอดคล้องกับผลลัพธ์ที่ได้หรือไม่เป็นประจำทุกปี เพื่อใช้ในการทำแผนในการดำเนินการของสถาบันวิชาการต่อไปในอนาคต การประเมินผลอย่างเป็นระบบ ควรดำเนินการตามหลักวิจัยและหลักการประเมินผลที่ถูกต้อง โดยยึดหลักสากลของการประเมินและหลักวิจัย เพื่อความถูกต้องตามมาตรฐานและความน่าเชื่อถือ

2. การสร้างเครือข่ายทางวิชาการให้เข้มแข็งและครอบคลุมกับประเด็นปัญหาของชุมชน ควรเกิดการสร้าง

เครือข่ายทางวิชาการ ผ่านการดำเนินการผ่านประเด็นร่วมกันให้มีการจัดทำฐานข้อมูลนักวิชาการและนักวิจัยชุมชนท้องถิ่น รวมถึงประเด็นที่กำลังขับเคลื่อนในอดีตและปัจจุบัน

3. การสร้างภูมิคุ้มกันทางวิชาการกับชุมชน คือ การสร้างความมั่นใจว่าการทำงานร่วมกันระหว่างพื้นที่และสถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือจะสามารถเกิดดอกออกผลต่อไปได้อย่างยั่งยืน แม้จะเกิดประเด็นปัญหาต่างๆ ขึ้นมาในอนาคต กล่าวคือ ทั้งองค์ความรู้และนวัตกรรมที่ชุมชนได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิชาการ ตลอดจนประสบการณ์จากการลงมือปฏิบัติจริงเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ของตนเอง ล้วนเป็นสิ่งที่จะช่วยเสริมแกร่งให้ชุมชนมีภูมิคุ้มกันในการรับมือกับความท้าทายใหม่ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตอย่างมีประสิทธิภาพ

4. การส่งเสริมศูนย์จัดการความรู้อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อลดประเด็นที่ไม่ตอบสนองต่อความต้องการของพื้นที่ ลดการขาดความต่อเนื่องของการพัฒนาทั้งองค์ความรู้และงบประมาณ ลดความไม่เพียงพอของงบประมาณในการสนับสนุนที่เหมาะสมต่อกิจกรรม และลดข้อจำกัดของเครือข่ายทางความรู้และเครือข่ายทางสังคม

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. เว็บไซต์พลัง สร้างนวัตกรรม สุขภาวะชุมชนที่ยั่งยืนปี 2567 สสส. จับมือภาคี ขับเคลื่อนชุมชนเข้มแข็ง จากเครือข่าย 530 แห่งทั่วประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 30 เม.ย. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thaihealth.or.th/เว็บไซต์-พลัง-สร้างนวัตกรรม%2F>
2. กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. University engagement [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 30 เม.ย. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.mhesi.go.th/index.php/all-media/infographic/7705-650815general1.html>
3. กฤติธี เอกวารการ, สุภณีย์ หล่อภาค, ชัยวัชร พรหมจิตติพงศ์. บทบาทและความคาดหวังของชุมชนในการเป็นมหาวิทยาลัยรับใช้สังคม กรณีศึกษามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ประชุมวิชาการระดับชาติ SMARTS ครั้งที่ 10; 25 มิ.ย. 2564; คณะวิทยาการ-จัดการ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตศรีราชา, ชลบุรี. ชลบุรี: 2564. หน้า 626-36.
4. Khan O. Role of universities in community development [Internet]. 2023 [cited 2024 Oct 1]. Available from: <https://medium.com/@theowaiskhan865/role-of-universities-in-community-development-429099256682>
5. สำนักงานสนับสนุนสุขภาพะชุมชน. รายงานสรุปผลการประเมิน ความพึงพอใจของชุมชนท้องถิ่นต่อสถาบันวิชาการคู่ความร่วมมือที่ได้รับการสนับสนุนจากแผนสุขภาพะชุมชน. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส); 2567.
6. เพ็ญประภา ภักฐานุกร. วิจัยเพื่อท้องถิ่น: บทบาทมหาวิทยาลัย ในการขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน. วารสารร่วมฤกษ์ มหาวิทยาลัยเกริก 2560;35(3):137-56.
7. World Health Organization. Declaration of Astana [Internet]. 2018 [cited 2025 Apr 21]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/328123/WHO-HIS-SDS-2018.61-eng.pdf?sequence=1>
8. มหาวิทยาลัยมหิดล. เป้าหมาย SDGs 17 ประการ [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 23 เม.ย. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://science.mahidol.ac.th/sdgs/sdgs-17/>
9. ปิยะวัฒน์ เจริญศักดิ์. ความสุขของแรงงานสูงอายุไทย [วิทยานิพนธ์ดุขฎิบัถนทิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2567.
10. Stufflebeam LD. The CIPP model for evaluation [Internet]. 2022 [cited 2024 Sep 21]. Available from: <https://avys.omu.edu.tr/storage/app/public/ismailgelen/116687/16.PDF>
11. Nastasi BK, Schensul SL. Contributions of qualitative research to the validity of intervention research. Journal of School Psychology 2005;43(3):177-95.
12. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology 2006;3(2):77-101.
13. Na Phuket R. Developing model of healthy tambon project ThaiHealth promotion foundation implementation [Doctoral thesis]. Bangkok: National Institute of Development Administration; 2023.
14. นิสา รัตนติลภ ณ ฎุเกิต, สมศักดิ์ สามัคคีธรรม. การพัฒนาตัวแบบการนำโครงการตำบลสุขภาพะของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพไปปฏิบัติ. วารสารวิชาการวิทยาลัยบริหารศาสตร์ 2567;6(4):54-71.

# Guidelines for Strengthening Communities through Collaboration with Partner Academic Institutions

Nisa Rattanadilok Na Phuket<sup>1</sup>, Piyawat Charoensak<sup>2</sup>, Natthachanaphong Teanworakoon<sup>3</sup>, Pariyakorn Pansuk<sup>3</sup>, Chalermphon Chongwitookit<sup>4</sup>, Nattakarn Sittisaman<sup>1</sup>, Supachai Senta<sup>1</sup>, Wannisa Poomnok<sup>1</sup>, Supatcha Kerdyindee<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Thai Health Promotion Foundation

<sup>2</sup> Chulabhorn Royal Academy, Bangkok, Thailand

<sup>3</sup> Chulalongkorn University

<sup>4</sup> Sripatum University, Bangkok, Thailand

## Abstract

This article aimed to design a framework for empowering communities through collaboration with academic institutions and developing local community recommendations. The findings were expanded to include partnerships with other academic institutions. The study employed qualitative research methods, collecting data through interviews based on the CIPP model. In-depth interviews were conducted with 39 participants, and focus groups were used for data verification through member checking. The results revealed the following: (1) Context: local communities were eager to participate, seeking to build on past collaborations and receiving support, while academic institutions aimed to engage with new areas. (2) Input: success was influenced by personnel readiness, budget allocation, knowledge support, and tailored assistance for specific areas. (3) Process: achieving key indicators required planning, mutual understanding, collaboration, trust, consistent teamwork, relevant knowledge transfer, commitment, and local readiness. (4) Product: tangible outcomes included enhanced self-management capacity, the creation of collaborative networks, and the integration of the work into regular activities and daily life.

**Keywords:** guidelines for driving the community; community health strengthening, collaborative academic institutions

# ระบบ Platform Social Telecare กับการพัฒนา สมรรถนะนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ และทีมสุขภาพเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ขนิษฐา บุรณพันธ์ศักดิ์<sup>1</sup>, ระพีพรรณ คำหอม<sup>1</sup>, สโรธร ม่วงเกลี้ยง<sup>1</sup>, เยาวเรศ คำมะนา<sup>2</sup>, วิษระ อมศิริ<sup>3</sup>, วิชรากร หนูทอง<sup>4</sup>

<sup>1</sup> สภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ กรุงเทพมหานคร

<sup>2</sup> กระทรวงสาธารณสุข

<sup>3</sup> มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

<sup>4</sup> สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ จังหวัดปทุมธานี

## บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสมรรถนะการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์และทีมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทดลองใช้เครื่องมือในระบบ platform social telecare (PST) และเชื่อมและบูรณาการ platform ที่ใช้งานในปัจจุบันในโรงพยาบาล รวมทั้งจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย ในการพัฒนาระบบและกลไกการให้บริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ระบบบริการแพทย์ทางไกล การศึกษานี้มีรูปแบบวิจัยแบบกึ่งทดลอง ศึกษากลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์และทีมสุขภาพ 30 คน และผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง 3,600 ราย มีพื้นที่ดำเนินการในโรงพยาบาลสองกลุ่ม ได้แก่ (1) โรงพยาบาลนาร่อง “sandbox” จำนวน 5 แห่ง (2) โรงพยาบาลขยายผล 4 แห่ง ดำเนินการเสริมสร้างสมรรถนะของนักสังคมสงเคราะห์และทีมสาธารณสุข ด้วยการสร้างหลักสูตรออนไลน์ให้เรียนรู้จำนวน 4 หลักสูตร ได้แก่ หลักสูตรเครื่องมือการประเมินปัญหาทางสังคม หลักสูตรความรู้ดิจิทัล (digital literacy) หลักสูตรการเสริมพลังตนเองของนักสังคมสงเคราะห์ และหลักสูตร medical social work clinic พร้อมทั้งการจัด case conference ออนไลน์ 18 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมสนใจต่อหลักสูตรการจัด case conference ออนไลน์มากที่สุด (มากกว่าร้อยละ 100.0) รองลงมาคือ หลักสูตรการเสริมพลังตนเอง (ร้อยละ 86.9) และหลักสูตรการใช้เครื่องมือประเมินปัญหาทางสังคม (ร้อยละ 40.4) ทั้งนี้หลักสูตรด้าน digital literacy และ standard operating procedure ยังไม่บรรลุเป้าหมายโครงการ ผลการพัฒนาและทดลองใช้ระบบ PST พบว่าในปี พ.ศ. 2567 มีนักสังคมสงเคราะห์เข้าใช้งานจริง 432 ราย โรงพยาบาล 118 แห่ง และทีมสหวิชาชีพ 22 ราย ซึ่งมีการใช้เครื่องมือรวม 37 ชนิด โดย 3 อันดับแรกที่ใช้บ่อย ได้แก่ (1) แบบประเมินวินิจฉัยและจัดการทางสังคม (ร้อยละ 23.37) (2) แบบประเมินความพร้อมของครอบครัว (ร้อยละ 7.15) (3) แบบประเมินตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วย (ร้อยละ 6.53) การเชื่อมโยงระบบ PST กับ A-MED Home Ward และ HOSxP ทำให้สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยอย่างครบวงจร เกิดกลไกการบูรณาการการบริการสุขภาพและสังคมระดับพื้นที่ ส่งผลให้โรงพยาบาลนำไปใช้เป็นนโยบายขยายผลในระบบปกติ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะดิจิทัล การบูรณาการระบบฐานข้อมูลสุขภาพ การเพิ่มประสิทธิภาพฟังก์ชันการทำงานของระบบ และการรักษาความปลอดภัยข้อมูล รวมถึงการสร้างกลไกความร่วมมือข้ามหน่วยงาน เพื่อให้ระบบ PST ดำเนินไปอย่างยั่งยืนและตอบสนองต่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** ระบบ platform social telecare (PST); สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์; ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ; นโยบายสุขภาพ

## บทนำ

ระบบ platform social telecare (PST) หมายถึงระบบปฏิบัติการออนไลน์ ช่องทางบนโลกออนไลน์แพลตฟอร์มดิจิทัลสำหรับนักสังคมสงเคราะห์และสหวิชาชีพ เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง (เช่น ผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติด เบาหวาน มะเร็ง) และสนับสนุนการดูแลทางสังคมในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ระบบ PST ช่วยเก็บข้อมูล ลดความซ้ำซ้อน ขาดความคลาดเคลื่อนในการบันทึกข้อมูล และเชื่อมโยงกับระบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine)<sup>(1)</sup> ซึ่งระบบ PST เกิดขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2564-2565 การเปลี่ยนผ่านระบบงานบริการสุขภาพดิจิทัล ช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 หลังการทำงานสังคมสงเคราะห์บนโลกดิจิทัลที่ต้องการหาทางออกให้คนทำงาน “คนน้อย ปริมาณงานมาก ทำไม่ทัน” ภายใต้แนวคิด “ทำในสิ่งที่ทำไม่ได้ให้เกิดขึ้น มาหาคำตอบร่วมกัน” ขวนนักสังคมสงเคราะห์กระโดดข้ามรั้วศาสตร์วิชาชีพออกมา การค้นหาและใช้มุมมองคนนอกบอกเล่า (outside-in) อยากเห็นอะไรกับวิชาชีพต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อประชาชน” ความพยายามลดขั้นตอนการประเมินผู้ใช้บริการ ลดภาระของการทำงานบนกระดาษ และสามารถตอบสนองปัญหาของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมทั้งการเชื่อมต่อให้บริการสังคมสงเคราะห์กับทีมงานสุขภาพภายในโรงพยาบาลและศูนย์พึ่งได้ ที่ทำงานกับทีมสหวิชาชีพทั้งภายใน และภายนอกโรงพยาบาล ด้วยทักษะ ความสามารถ ประสานงาน ส่งต่อ จัดหาทรัพยากรทางสังคมเพื่อทำให้แผนการดูแลทางสังคมกับผู้ป่วย เป้าหมายของการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ และสังคม ข้อท้าทายระบบงานสังคมสงเคราะห์ที่ต้องพัฒนาเข้าสู่ระบบบริการแพทย์ทางไกลเป็นระบบย่อยที่เชื่อมข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาสังคมซับซ้อน มีข้อจำกัดไม่สามารถมารับการรักษาต่อเนื่องและส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น การรวมตัวของเครือข่ายคนหลายรุ่น (generations) ของนักสังคมสงเคราะห์จึงเกิดขึ้น

การพัฒนาระบบบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ในสถานพยาบาลทั่วประเทศ ในปีแรกเป็นการรวบรวมเครื่องมือการทำงานทางสังคมสงเคราะห์ 23 เครื่องมือ และทดลองเก็บข้อมูลผู้ป่วยใน 13 โรงพยาบาลใน 13 เขตสุขภาพ

เป็นการพัฒนาสมรรถนะนักสังคมสงเคราะห์ที่จะเรียนรู้ และพัฒนาตนเองสู่ระบบงานดิจิทัล ภายใต้เจตนารมณ์และการสนับสนุนของสำนัก 7 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ในการพัฒนาระบบบริการสังคมสงเคราะห์<sup>(2)</sup> ต่อมาการขับเคลื่อนงานปีที่ 2 (กรกฎาคม พ.ศ. 2567 - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568) โครงการพัฒนาระบบบริการสังคมสงเคราะห์ ผ่านเครื่องมือที่ใช้ร่วมกับทีมสุขภาพ ในระบบบริการสุขภาพจากระดับตติยภูมิ และทุติยภูมิ ไปสู่ระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อร่วมเรียนรู้กับหลักสูตรพัฒนาสมรรถนะการทำงานระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในการดูแลทางสังคมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง รวมทั้งการทบทวน ปรับปรุง เพิ่มเครื่องมือการประเมินปัญหาทางสังคม และสุขภาพ 14 เครื่องมือ รวมเครื่องมือทั้งหมด 37 เครื่องมือ<sup>(1)</sup> ซึ่ง “ระบบบริการปฐมภูมิ” เป็นส่วนของชุดคำที่อธิบายลักษณะระบบบริการทางการแพทย์เป็นระดับต่างๆ โดย แบ่งตามความซับซ้อนทางการแพทย์เป็นบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ ทั้งนี้เพื่อการวางแผนหน่วยบริการ การใช้ทรัพยากร เทคโนโลยีและการจัดบุคลากรให้บริการที่เหมาะสม ตามลักษณะบริการ โดยที่บริการปฐมภูมิ หมายถึงหน่วยบริการสุขภาพระดับแรกของระบบ ทำหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์ที่ไม่ซับซ้อน<sup>(3)</sup> ระบบบริการปฐมภูมิ ในเชิงแนวคิด และหลักการ หมายถึงระบบที่ให้บริการสุขภาพในระดับที่เป็นด่านแรกของระบบบริการสาธารณสุข (first line health care services) ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับประชาชนโดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยาและสังคมศาสตร์ในลักษณะผสมผสาน (integrated) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง (continuous) ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม (holistic) ให้แก่บุคคล ครอบครัว และ ชุมชน (individual, family and community) โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสมรวมทั้งประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างสมดุ<sup>(4)</sup>

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสมรรถนะการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์และทีมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทดลองใช้เครื่องมือในระบบ

platform social telecare และเชื่อมและบูรณาการ platform ที่ใช้งานในปัจจุบันในโรงพยาบาล รวมทั้งจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้รูปแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) เป็นการทดลองใช้แพลตฟอร์ม แบบประเมินทางสังคมในระบบ PST, A-MED Home Ward, และ HOSxP (telemedicine) 3 ระบบมีการเชื่อมโยงข้อมูล/แลกเปลี่ยนข้อมูล (AMED Home Ward) และเพิ่มความครอบคลุมมีระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีความหลากหลาย (ทั้งเอกชน ท้องถิ่น หรือรัฐ เป็นต้น) และประยุกต์ใช้ระบบ PST ในการสร้างระบบติดตามการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลทางสังคมและคุณภาพชีวิต ประชากรและกลุ่มตัวอย่างและการกำหนดขนาด ได้แก่ กลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มนักสังคมสงเคราะห์และทีมสุขภาพ 30 คน และผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง 3,600 ราย พื้นที่ดำเนินการในโรงพยาบาล sandbox 5 แห่ง (โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชภูคินารายณ์กาฬสินธุ์ โรงพยาบาลยะลา และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรุงเทพมหานคร) และโรงพยาบาลขยายผล 4 แห่ง (โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลสุรินทร์ และสถาบันโรคทรวงอกนนทบุรี)

### วิธีการขับเคลื่อนเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์

1. พัฒนาสมรรถนะการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์และทีมสุขภาพในระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยการจัดทำหลักสูตร และการจัดอบรมให้ความรู้ จำนวน 4 หลักสูตร ประกอบด้วย (1) หลักสูตรการใช้เครื่องมือประเมินปัญหาทางสังคม (2) หลักสูตรความรู้การใช้งานระบบดิจิทัล (digital literacy) (3) หลักสูตรการเสริมพลังตนเองของนักสังคมสงเคราะห์ ได้แก่ การประเมินสุขภาพทางกาย จิตใจ อารมณ์ และการจัดการเงินกับชีวิต/การจัดการหนี้สิน และ (4) หลักสูตรอบรมออนไลน์ medical social work clinic รวมทั้งการจัด case conference

2. ทดลองใช้เครื่องมือในระบบ PST ประกอบด้วย เครื่องมือประเมินและติดตามผล 37 เครื่องมือ และรายงานผลการใช้เครื่องมือใน PST<sup>(5)</sup>

3. เชื่อมและบูรณาการ platform ที่ใช้งานในปัจจุบันในโรงพยาบาล ประกอบด้วย (1) ระบบ PST (2) ระบบ platform A-MED Home Ward พัฒนาโดยสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ (3) ระบบ platform HOSxP พัฒนาโดยบริษัทบางกอก เมดิคอล-ซอฟต์แวร์ จำกัด สถานะของระบบ PST ทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมโยงข้อมูล (หลังบ้าน) ที่ให้ทีมนักสังคมสงเคราะห์และสหวิชาชีพเข้ามาใช้เครื่องมือ ผ่านกลไกที่ช่วยให้ซอฟต์แวร์สามารถสื่อสารข้อมูลระหว่างกันได้ (application program interface; API) แสดงผลการประเมินภาวะสุขภาพส่งต่อ กับทีมสุขภาพในโรงพยาบาล เพื่อออกแบบบริการสุขภาพแบบองค์รวมร่วมกันกับทีมสุขภาพ และสามารถปรึกษาหารือเพื่อการจัดบริการสุขภาพแบบองค์รวม มีความถูกต้อง แม่นยำ คุ่มค่า

4. จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยการประชุม วิเคราะห์ เพื่อเสนอแนะนโยบายในการพัฒนาระบบและกลไกการให้บริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ในระบบบริการแพทย์ทางไกล นำไปสู่การทำ E-claim ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ผลักดันเชิงนโยบาย เป้าหมายส่งมอบเชื่อมโยง PST กับสำนักสุขภาพดิจิทัล กระทรวงสาธารณสุข การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา (จำนวน/ร้อยละ) การใช้ VS code ภาษา Python การวิเคราะห์เนื้อหาแบบอุปนัย เพื่อประเมินผลอย่างเป็นระบบ

### จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากการพิจารณาผ่านจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ หนังสือรับรองเลขที่ 005/2567 รหัสโครงการวิจัย TUH-EC-SW-5-029/66

## ผลการศึกษา

1. ผลการพัฒนาสมรรถนะของนักสังคมสงเคราะห์และทีมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ 4 หลักสูตร เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถในการใช้ platform social telecare กับ A-MED Home Ward/HOSxP โครงการฯ ได้จัดทำหลักสูตรพัฒนาสมรรถนะนักสังคมสงเคราะห์

และทีมสุขภาพ จำนวน 4 หลักสูตร พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจ อันดับ 1 หลักสูตรการจัด case conference แบบออนไลน์ เป็นการนำกรณีศึกษาที่ดำเนินการมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างนักสังคมสงเคราะห์กับทีมสหวิชาชีพทั่วประเทศเดือนละ 1 ครั้ง ได้รับความสนใจจากนักสังคมสงเคราะห์และทีมสุขภาพมากที่สุด (ร้อยละ 100.0) อันดับ 2 หลักสูตรการเสริมพลังตนเองของนักสังคมสงเคราะห์ ได้แก่ การประเมิน สุขภาวะทางกาย จิตใจ อารมณ์ และการจัดการเงินกับชีวิต/การจัดการหนี้สิน (ร้อยละ 86.9) อันดับ 3 หลักสูตรการใช้เครื่องมือประเมินปัญหาทางสังคม (ร้อยละ 40.4) ข้อสังเกต หลักสูตรความรู้การใช้งานระบบดิจิทัล (digital literacy) และการจัดทำ standard operating procedure ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

**2. ผลการทดลองใช้ระบบ PST** พบว่า ในปี พ.ศ. 2566-2567 การใช้งานจริง จำนวนผู้ใช้งานระบบ PST มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากปี พ.ศ. 2565 มีจำนวนนักสังคมสงเคราะห์เข้าใช้งาน 74 ราย จำนวนโรงพยาบาลเข้าใช้งาน 17 แห่ง จำนวนสหวิชาชีพเข้าใช้งาน 5 ราย ต่อมาในปี พ.ศ. 2666 การใช้งาน PST เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีจำนวนนักสังคมสงเคราะห์เข้าใช้งานเพิ่มเป็น 432 ราย (ค่าเป้าหมาย

30 ราย) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงอัตราการเติบโตมากถึงร้อยละ 100 จำนวนโรงพยาบาลใช้งานเพิ่มขึ้นเป็น 118 แห่ง จำนวนสหวิชาชีพ เพิ่มขึ้น 22 ราย มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 5,325 ราย ในปี พ.ศ. 2567 โครงการฯ มีการรวบรวมเครื่องมือการจัดหมวดเครื่องมือ ได้แก่ เครื่องมือของนักสังคมสงเคราะห์ 9 เครื่องมือ (เดิม) เครื่องมือของทีมสหวิชาชีพหลัก/ทั่วไป 6 เครื่องมือ ได้แก่ เครื่องมือการทำงานผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2 เครื่องมือ เครื่องมือ one stop crisis center หรือ OSCC 5 เครื่องมือ เครื่องมือคนพิการ 1 เครื่องมือ และเครื่องมือการทำงานด้านยาเสพติดและด้านจิตเวช 14 เครื่องมือ รวมเป็นเครื่องมือการทำงานทั้งหมด 37 เครื่องมือ ผลการใช้เครื่องมือในระบบ PST 5 อันดับ ได้แก่ ได้แก่ (1) แบบประเมินวินิจฉัยและจัดการทางสังคม (ร้อยละ 23.37) (2) แบบประเมินความพร้อมของครอบครัว (ร้อยละ 7.15) (3) แบบประเมินตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วย (ร้อยละ 6.53) (4) แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (ร้อยละ 5.37) และ (5) แบบประเมินการดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเอง (ร้อยละ 3.86) ดังภาพที่ 1 และตารางที่ 1

ภาพที่ 1 เครื่องมือพื้นฐานของนักสังคมสงเคราะห์

**แบบประเมินทั้งหมด**

เครื่องมือทางสังคมสงเคราะห์ | เครื่องมือทางสหวิชาชีพ

เค: 1. เครื่องมือประเมินวินิจฉัยและจัดการทางสังคม (Social Diagnosis and Management Assessment) S.D.M.A.  
 2. เครื่องมือประเมินความพร้อมของครอบครัว (Family Readiness Assessment) F.R.A.)  
 3. เครื่องมือแบบประเมินทักษะพื้นฐานในการทำงานและทักษะการปรับตัวทางสังคม (Social skill Assessment : S.S.A.)

Sh: 4. เครื่องมือประเมินการดูแลสุขภาพจิตตนเอง (Mental Self Care Assessment) M.S.C.A.)  
 5. เครื่องมือประเมินปัญหาทางสังคม ผู้ป่วยโรคจิตใหม่/โรคติดต่อร้ายแรง

ล้า: 6. ประเมินตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วย  
 7. แบบฟอร์มการส่งต่อข้อมูลทางสังคม  
 8. แบบติดตามและประเมินทางสังคม (Social Monitoring and evaluation) กลุ่มผู้ใช้สารเสพติด

ตารางที่ 1 ผลการใช้เครื่องมือใน Platform Social Telecare

	เครื่องมือ	ปี 2566 (%/n)	ปี 2567-2568 (ส.ค. 2567 - ก.พ. 2568)	ลำดับที่
เครื่องมือ ทางสังคม สงเคราะห์ (9 เครื่องมือ)	1. แบบประเมินวินิจฉัยและจัดการทางสังคม (Social Diagnosis and Management Assessment; S.D.M.A.)*	39.72 (446)	23.37 (2,749)	1
	2. แบบประเมินความพร้อมของครอบครัว (Family Readiness Assessment; F.R.A.)*	14.96 (168)	7.15 (841)	2
	3. แบบประเมินตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบ จากการเจ็บป่วย*	0.24 (14)	6.53 (768)	3
	4. แบบประเมินการดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเอง (Mental Self Care Assessment; M.S.C.A.)*	1.25 (14)	3.86 (455)	5
	5. แบบประเมินทักษะพื้นฐานในการทำงานและ ทักษะการปรับตัวทางสังคม (Social Skill Assessment; S.S.A.)*	0.18 (2)	1.19 (140)	
	6. แบบประเมินปัญหาทางสังคม ผู้ป่วยโรคอุบัติ ใหม่/โรคติดต่อร้ายแรง*	9.53 (107)	1.16 (137)	
	7. แบบฟอร์มการส่งต่อข้อมูลทางสังคม	0.18 (2)	1.79 (211)	
	8. แบบติดตามและประเมินผลทางสังคม (Social Monitoring and Evaluation)	0 (0)	0 (0)	
	9. แบบประเมินสุขภาพและสำรวจความต้องการ หลังติดเชื้อโควิด 19*	6.59 (74)	1.43 (169)	
เครื่องมือทาง สหวิชาชีพ หลัก/ทั่วไป (6 เครื่องมือ)	1. การทำผังครอบครัว การทำแผนที่สังคม / Life Time*	0.45 (5)	1.80 (212)	
	2. แบบประเมินโรคซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย (2Q9Q8Q)*	2.94 (33)	1.69 (199)	
	3. แบบประเมินความเครียด (ST-5)*	2.14 (24)	1.89 (223)	
	4. แบบสรุปประชุมสหวิชาชีพ (Conference Case)*	0.09 (1)	1.92 (226)	
	5. แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living; ADL)*	0 (0)	1.80 (212)	

ตารางที่ 1 ผลการใช้เครื่องมือใน Platform Social Telecare (ต่อ)

	เครื่องมือ	ปี 2566 (%/n)	ปี 2567-2568 (ส.ค. 2567 - ก.พ. 2568)	ลำดับที่
	6. แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)*	4.19 (47)	1.88 (222)	
การดูแลผู้ป่วย ระยะท้าย (2 เครื่องมือ)	7. แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล แบบประคับประคองฉบับสวนดอก (Palliative performance score; PPS)*	14.87 (167)	5.47 (632)	4
	8. การวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Advance care plan)*	0.45 (5)	2.20 (259)	
ศูนย์พึ่งได้ (OSCC) (5 เครื่องมือ)	9. แบบคัดกรองเพื่อสนับสนุนการเลี้ยงดูเด็ก ตามมาตรฐานขั้นต่ำ (Child Maltreatment Surveillance Tool; CMST)*	0.09 (1)	1.82 (215)	
	10. แบบบันทึกข้อมูลการช่วยเหลือเด็กและสตรี ที่เข้ารับบริการ OSCC*	0.09 (1)	1.68 (198)	
	11. แบบบันทึกข้อมูลผู้ที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ที่เข้ารับบริการ OSCC*	0.18 (2)	1.69 (199)	
	12. แบบคัดกรองความรุนแรงในครอบครัว (Woman Abuse Screening Tool; WAST)*	0.09 (1)	1.62 (191)	
	13. แบบคัดกรองความรุนแรงในครอบครัว HARK*	0 (0)	1.40 (165)	
คนพิการ (1 เครื่องมือ)	14. แบบประเมินสมรรถนะคนพิการ (International Classification of Functioning Disability and Health; ICF)*	0.09 (1)	0.36 (43)	
เครื่องมือการ ทำงานด้านยา เสพติดและ ด้านจิตเวช (14 เครื่องมือ)	15. แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Identification Test; AUDIT)*	0.09 (1)	1.69 (199)	
	16. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change)	0.09 (1)	2.41 (296)	
	17. แบบวินิจฉัยความผิดปกติของการใช้สารเสพติด (Substance Use Disorder DSM -5 )*	0 (0)	2.31 (272)	
	18. แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS)	0.09 (1)	2.26 (266)	
	19. แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale; OAS)	0 (0)	3.03 (357)	

ตารางที่ 1 ผลการใช้เครื่องมือใน Platform Social Telecare

	เครื่องมือ	ปี 2566 (%/n)	ปี 2567-2568 (ส.ค. 2567 - ก.พ. 2568)	ลำดับที่
	20. แบบประเมินอาการขาดยา*	0 (0)	3.77 (444)	
	21. แบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย (HoNOS)	0 (0)	1.81 (214)	
	22. แบบประเมินส่วนประกอบทางอารมณ์ (MOSAIC)	0.09 (1)	1.64 (194)	
	23. แบบประเมินความรุนแรงของความผิดปกติ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Thai Young Mania Rating Scale; TMRS)	0 (0)	1.65 (195)	
	24. แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน 10 ด้าน	0 (0)	1.07 (127)	
	25. แบบประเมินความเสี่ยงทางคลินิก (SAVE)	0 (0)	1.19 (141)	
	26. แบบประเมินอาการทางจิตโรคจิตเภท (PANSS) Positive and Negative Syndrome Scale)	0 (0)	1.77 (209)	
	27. แบบวัดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท/ญาติ (Burden of care)	0 (0)	0 (0)	
	28. แบบประเมิน Montgomery and Asbery Depression Rating Scale; MADRS)	0 (0)	0.01 (180)	
	รวม	100.00 (1,123)	100.00 (11,760)	

**ผลการศึกษาผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางในโรงพยาบาลจากระบบ  
PST**

ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางร้อยละ 51.95 เป็นเพศชาย  
มากกว่าเพศหญิงร้อยละ 45.53 มีอายุ 21-59 ปี เป็นวัย  
ทำงาน อายุสูงสุด 95 ปี อายุต่ำสุด 1 ปี อายุเฉลี่ย 56 ปี  
ระดับการศึกษาร้อยละ 44.18 จบการศึกษาประถมศึกษา  
อาชีพพบว่า ร้อยละ 46.64 ของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบ

อาชีพ ส่วนรายได้ ร้อยละ 56.58 รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท  
ต่อเดือน ข้อมูลด้านสุขภาพและโรคที่พบของกลุ่มตัวอย่าง  
พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 78.95 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ-  
แห่งชาติ ร้อยละ 13.40 ใช้สิทธิข้าราชการ และร้อยละ 7.65  
ใช้สิทธิประกันสังคม โรคของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ร้อยละ  
39.70 เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ผู้ป่วย long term care  
รองลงมา ร้อยละ 17.97 เป็นผู้ป่วยติดสารเสพติด

ร้อยละ 15.66 เป็นผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช และร้อยละ 26.67 เป็นผู้ป่วยโรคอื่นๆ ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคภาวะหัวใจล้มเหลว โรคอุบัติเหตุ ฯลฯ ข้อมูลทางสังคมต่อการดูแลทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ปัญหาทางสังคมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาด้านการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเปราะบางในครอบครัวมากที่สุดถึงร้อยละ 72.26 รองลงมา ร้อยละ 71.48 เป็นปัญหาการเงินและการประกอบอาชีพ และร้อยละ 24.01 มีปัญหาที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เป็นภัยต่อสุขภาพ ผลการวิเคราะห์ระดับความรุนแรงของปัญหาทางสังคมในโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มสีเขียว กลุ่มสีเหลือง และกลุ่มสีแดง ร้อยละ 53.65, 41.98, 4.37 ตามลำดับ ความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับน้อยและปานกลางร้อยละ 35.71, 27.40 ตามลำดับ

**ผลการจัดบริการการดูแลทางสังคมของนักสังคมสงเคราะห์ และทีมสุขภาพ พบว่า**

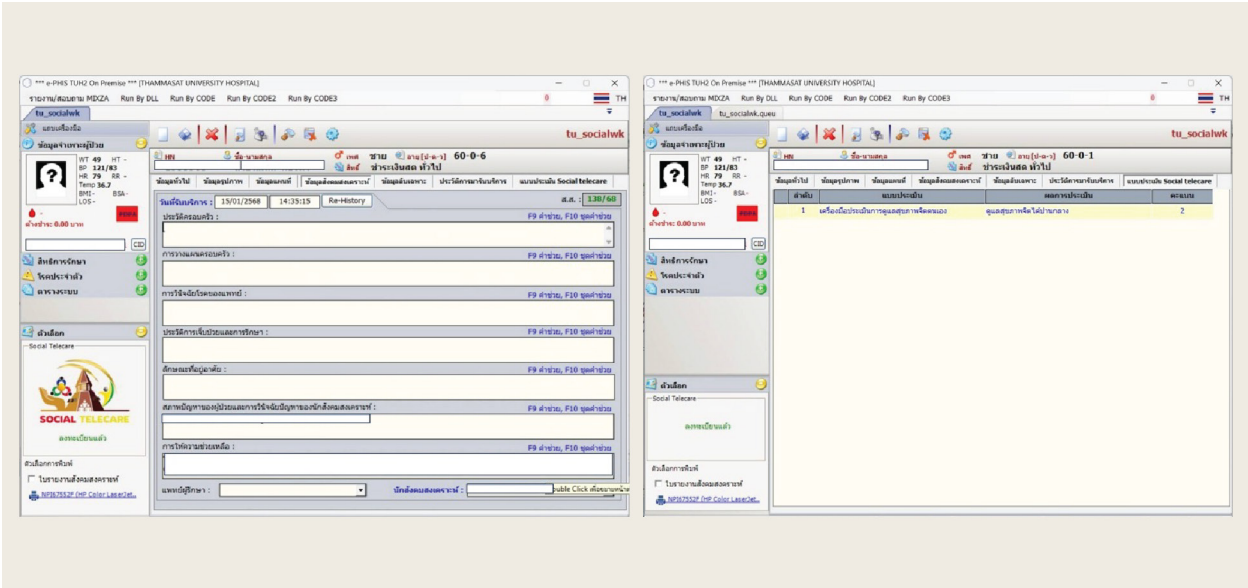
1. ประเภทการบำบัดรักษา ร้อยละ 37.00 จัดบริการเสริมพลังอำนาจ (empowerment) และร้อยละ 28.83 จัดบริการสนับสนุนทางสังคม (social support)
2. ประเภทการประเมินตรวจวินิจฉัย ร้อยละ 25.52 มีการจัดบริการตรวจประเมินวินิจฉัยปัญหาทางสังคมกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ
3. ประเภทการฟื้นฟูทางการแพทย์และสังคมพบว่า ร้อยละ 30.76 เป็นการจัดการบริการจัดการทรัพยากรทางสังคมและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
4. ประเภทการฟื้นฟูทางการแพทย์และสังคม
5. ประเภทการดูแลส่งเสริมฟื้นฟู
6. ประเภทติดตามผลด้านการแพทย์และสังคม ประเภทที่ 4-6 มีการดำเนินได้น้อยมาก

**3. ผลการเชื่อมและบูรณาการ ระบบ PST เชื่อมโยงกับระบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine)** การออกแบบเชื่อมโยงระหว่างระบบ PST กับระบบ A-MED Home Ward แลกเปลี่ยนข้อมูล กระบวนการเริ่มต้นจากการส่งข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดจาก DMS HW ไปยัง PST ผ่านการกดปุ่ม “ส่งต่อ” และการส่งข้อมูลนี้ผ่าน API เพื่อสร้างหรือปรับปรุง profile ของผู้ป่วยตรงกับข้อมูลในระบบ ณ จุดนี้นักสังคมสงเคราะห์จะสร้าง

แบบประเมินทางสังคม เพื่อเก็บข้อมูลและผลการประเมินที่เกิดขึ้น และในที่สุดข้อมูลผลการประเมินจะถูกส่งกลับไปยังระบบการเยี่ยมบ้าน (DMS HW) ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน การออกแบบเชื่อมโยงระหว่าง PST กับระบบ HOSxP เป็นการพัฒนาความร่วมมือกับบริษัทบางกอกเมดิคอลซอฟต์แวร์จำกัด การลงนามบันทึกข้อตกลงร่วม (MOU) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสมรรถนะของนักสังคมสงเคราะห์และทีมสุขภาพ กระบวนการเริ่มต้นจากการอบรมด้านการใช้งาน PST ร่วมกับระบบ HOSxP เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะด้านดิจิทัล พร้อมทั้งขับเคลื่อนกลไกเครือข่ายการทำงานในระบบงานของโรงพยาบาลที่ใช้ระบบ HOSxP มาเชื่อมต่อกับบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการในระดับพื้นที่ sandbox ด้วย ระบบบริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ระหว่าง Platform Social Telecare กับระบบ A-MED Home Ward ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด และระบบ HOSxP ไปสู่การทำ E-claim นอกจากนี้ ยังพบว่า ผลการขับเคลื่อนกลไกเครือข่ายการทำงานระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการในพื้นที่ต้นแบบเกิดขึ้นในทุกพื้นที่ ผู้บริหารโรงพยาบาลมีการผลักดันให้เกิดเป็นนโยบายของโรงพยาบาลต่อการนำระบบ PST ไปเชื่อมโยงกับ platform ของโรงพยาบาลสำเร็จ เช่น โรงพยาบาลกุฉินารายณ์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ดังภาพที่ 2

**4. ผลการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย** โดยการประชุมระดมสมอง วิเคราะห์ เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบและกลไกการให้บริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ในระบบบริการแพทย์ทางไกลในอนาคต นำไปสู่การทำ E-claim ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ผลักดันเชิงนโยบาย เป้าหมาย ส่งมอบเชื่อมโยงระบบ PST กับสำนักบริการสุขภาพดิจิทัล สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข การสร้างความยั่งยืนการใช้งานระบบปฏิบัติการ platform social telecare กับระบบ HIS การวางแผนระบบปฏิบัติการระบบ PST ให้เป็นส่วนหนึ่งในระบบ HIS กลยุทธ์ในการสร้างความยั่งยืนของระบบ PST โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร การสร้างกลไก การบริหารจัดการที่เข้มแข็งเพื่อให้ platform สามารถดำเนินงานต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ภาพที่ 2 การรายงานผลการเชื่อมโยง PST ด้วย API เข้าระบบ e-PHIS ของโรงพยาบาล



## วิจารณ์

ระบบและกลไกการพัฒนาสมรรถนะนักสังคมสงเคราะห์และทีมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาสมรรถนะของนักสังคมสงเคราะห์และทีมสุขภาพมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการนำนักสังคมสงเคราะห์ใช้งานระบบดิจิทัลเพิ่มขึ้น มีประเด็นที่ต้องพิจารณาปรับปรุงเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผล ดังนี้

1. การประเมินความต้องการและความพร้อมการใช้ระบบ PST ผลการศึกษาพบว่า หลักสูตรพื้นฐานการพัฒนาสมรรถนะทางวิชาชีพคือ (1) หลักสูตรการใช้เครื่องมือประเมินปัญหาทางสังคม และ (2) หลักสูตรความรู้การใช้งานระบบดิจิทัล (digital literacy) ยังไม่บรรลุตัวชี้วัดโครงการ เนื่องจากเนื้อหาหลักสูตรบางส่วนไม่เหมาะกับผู้เรียนรายใหม่ที่ยังไม่ได้ใช้งานในระบบดิจิทัล ผู้เรียนควรได้นำไปฝึกปฏิบัติการก่อน รวมทั้งควรประเมินศักยภาพและความสามารถของผู้เรียนก่อนเพื่อให้ตรงกับความต้องการการใช้งานจริงในโรงพยาบาล การออกแบบหลักสูตรและกิจกรรมการฝึกอบรม ประเภทของผู้เรียนมีความแตกต่างกัน เช่น กลุ่มที่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรและมีการใช้ระบบ PST เช่น โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี โรงพยาบาล มหาสารคาม โรงพยาบาลยะลา ดังนั้น 3 โรงพยาบาลนี้ควรพัฒนาสมรรถนะวิชาชีพการยกระดับการใช้ระบบ PST และเป็น

ที่เลี้ยงกับพื้นที่ใหม่และพื้นที่ขยายผลต่อไป ระบบ PST ควรมีการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์มั่นใจว่าสามารถนำความรู้และทักษะไปใช้ได้จริงในการปฏิบัติงาน

2. การใช้ระบบ PST เชื่อมโยงกับ 2 แพลตฟอร์ม โดยมีการใช้ระบบ PST ในพื้นที่ทดลอง 5 จังหวัด มี 5 รูปแบบการทำงานตามบริบทพื้นที่ ข้อมูลการทำงานกับกลุ่มตัวอย่างเปราะบางของแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน อาทิ 3 ใน 5 โรงพยาบาลเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยยาเสพติด และผู้ป่วยเอดส์ เช่น โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุนินารายณ์ (ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยยาเสพติด และผู้ป่วยเอดส์) โรงพยาบาลขอนแก่น (ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยยาเสพติด) โรงพยาบาลมหาสารคาม (ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง) ขณะที่ 2 ใน 5 โรงพยาบาลที่เลือกกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี (ผู้ป่วยโรคเบาหวาน) โรงพยาบาลยะลา (ผู้ป่วยมะเร็ง) นอกจากนี้ยังพบว่า โรงพยาบาลมีระบบฐานข้อมูลของตนเอง และบางแห่งอยู่ระหว่างการปรับปรุงระบบเพื่อเชื่อมต่อกับ A-MED Home Ward ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3. การบันทึกข้อมูลการจัดบริการการดูแลทางสังคมกับผลการประเมินกลุ่มสีแดง กลุ่มสีเหลือง ยังไม่ครบถ้วน

ไม่สอดคล้องกับการประเมินปัญหาทางสังคม ข้อสังเกต การจัดบริการการดูแลทางสังคมพบว่า การจัดทำแผนการดูแลทางสังคมกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยระยะท้าย (ร้อยละ 0.79) บริการจุดแข็งบริการที่ทำได้ดีคือ ด้านการบำบัดทางสังคม (ร้อยละ 37.00) จุดท้าทายของวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ที่ยังทำได้น้อย คือ บริการการติดตามผลด้านการแพทย์และสังคม (ร้อยละ 5.08) บริการด้านการเตรียมความพร้อมก่อนและหลังการประกอบอาชีพและการมีงานทำ (ร้อยละ 0.07) PST ควรเพิ่มการบันทึกเชิงคุณภาพที่มีรายละเอียดเพิ่มขึ้นเพื่อใช้วางแผนการจัดการรายกรณีกับทีมสุขภาพที่จะช่วยให้กลุ่มเปราะบางเข้าถึงบริการการดูแลทางสังคมกับหน่วยงานสังคมภายนอกในระดับพื้นที่ได้ บริการส่งต่อกับหน่วยงานภายนอก เช่น กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน และการฝึกอาชีพกับกลุ่มเปราะบางของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สะท้อนให้เห็นว่า การใช้ระบบ PST จะช่วยให้นักสังคมสงเคราะห์ใช้ข้อมูลในระบบเพื่อทำงานเชิงลึกกับผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางและครอบครัว ลดภาระงานของนักสังคมสงเคราะห์ในการบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อน และสามารถวิเคราะห์ผล แปลผลเพื่อนำไปสู่การออกแบบบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. การใช้ระบบ PST ที่ง่ายและเป็นมิตร (user-friendly) ยังต้องมีการทดลองใช้งานและมีการปรับปรุงการออกแบบระบบให้ใช้งานง่ายขึ้น เข้าใจง่าย และมีความเป็นมิตรกับผู้ใช้ โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่มีความรู้ด้านเทคโนโลยีแตกต่างกัน ควรมีคู่มือการใช้งานที่ชัดเจนครอบคลุม และเข้าถึงได้ง่าย อาจพิจารณาเพิ่มฟีเจอร์ช่วยเหลืออัตโนมัติ (help) หรือระบบการสนับสนุนทางเทคนิคที่เข้าถึงได้สะดวก

5. การบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศด้านการรักษาความปลอดภัยและข้อมูลส่วนบุคคล การรักษาความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัว การให้ความสำคัญกับการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลผู้ใช้ ปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัยของข้อมูลอย่างเคร่งครัด เช่น การเข้ารหัสข้อมูล การจำกัดการเข้าถึงข้อมูล และการตรวจสอบระบบความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ ควรมีนโยบายความเป็นส่วนตัวที่ชัดเจน และแจ้งให้ผู้ใช้ทราบถึงวิธีการปกป้องข้อมูลส่วนตัวของตนเอง ระเบียบนี้โครงการฯ มีความก้าวหน้า

การเชื่อมข้อมูล API หลังบ้านระหว่างกองดิจิทัลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์เพื่อตรวจสอบการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต

6. การพัฒนาฟังก์ชันการทำงาน เพิ่มฟังก์ชันการทำงานที่จำเป็นและเป็นประโยชน์ เช่น ระบบการแจ้งเตือนระบบการรายงาน ระบบการวิเคราะห์ข้อมูล และระบบการติดตามผล เพื่อช่วยให้นักสังคมสงเคราะห์สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ควรศึกษาความต้องการของผู้ใช้และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการบำรุงรักษาและการสนับสนุนการจัดตั้งทีมงานดูแลระบบและให้การสนับสนุนทางเทคนิคอย่างต่อเนื่อง เพื่อแก้ไขปัญหาและข้อผิดพลาด พร้อมทั้งปรับปรุงระบบให้ทันสมัยอยู่เสมอ ควรมีช่องทางการติดต่อสื่อสารที่สะดวก เช่น สายด่วน อีเมล หรือแชท เพื่อให้ผู้ใช้สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือได้ทันที

**ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อภาคีเครือข่ายกับการพัฒนาระบบ Platform Social Telecare**

1. พัฒนานักสังคมสงเคราะห์ ทีมสุขภาพและทีมงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ PCU ในกาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์อย่างต่อเนื่องมีความจำเป็นและสำคัญ ทักษะการจัดการและบริหารงานข้อมูลสารสนเทศเพื่อออกแบบบริการสุขภาพด้านการส่งเสริม ป้องกันโรคในระบบ E-claim มากกว่าการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่า และส่งผลให้เกิดความคุ้มค่าในระบบบริหารจัดการสุขภาพ

2. พัฒนาโครงสร้างเทคโนโลยีขั้นสูง platform กลาง cloud, data lake, AI (artificial intelligence) การบริหารจัดการ server กลาง เพื่อมาสนับสนุนการวิจัยและพัฒนา ระบบบริการสุขภาพในอนาคต ที่จะเกิด การเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะการวิจัยเพื่อประเมินประสิทธิผลของระบบ PST การวิจัยเพื่อพัฒนาฟังก์ชันการทำงานการติดตามและประเมินผลการให้บริการการดูแลทางสังคมที่ตอบสนองความต้องการของกลุ่มเปราะบางเพื่อลดความเหลื่อมล้ำเพิ่มช่องทางกลุ่มเปราะบางเข้าถึงบริการ อยู่ที่ไหนใช้บริการสุขภาพได้

3. พัฒนาระบบเชื่อมข้อมูลผ่าน API ระบบเครือข่ายทางสังคมและสุขภาพกับหน่วยงานภาครัฐเพื่อให้เกิดความยั่งยืน เช่น สำนักบริการสุขภาพดิจิทัล สำนักปลัด-

กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ฯลฯ เพื่อขับเคลื่อนการบูรณาการการใช้ระบบ PST ขยายผลการใช้งานเข้าไปในระบบงานประจำของระบบบริการสุขภาพทุกระดับ อาทิ โรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน การมีกลไกการแบ่งปันข้อมูลและประสบการณ์ เพื่อให้ทุกหน่วยงานสามารถเรียนรู้และพัฒนา platform ร่วมกัน

4. บูรณาการกับระบบ digital health platform กระทรวงสาธารณสุข การพัฒนาการเชื่อมต่อและบูรณาการกับระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ระบบ HOSxP A-MED Home Ward สำนักสุขภาพดิจิทัล สำนักงานปลัดกระทรวง-สาธารณสุข ระบบสมุดพกครัวเรือน MSO Logbook ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ (ศทส.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ระบบทะเบียนประชากร ระบบข้อมูลสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างครบถ้วนและรวดเร็ว การบูรณาการที่ดี จะช่วยลดความซ้ำซ้อนในการป้อนข้อมูลและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน

5. พัฒนามาตรฐานข้อมูล คุณภาพข้อมูลและ data catalog เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และการออกแบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ การกำหนดมาตรฐานการใช้งานการรักษาความปลอดภัย และการปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลของระบบ PST ร่วมกับหน่วยงานภาครัฐเพื่อสร้างหลักประกันความมั่นใจได้ว่า platform มีความปลอดภัยใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นไปตามกฎหมาย รวมทั้งมีกลไกการกำกับดูแลร่วมกับสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ที่ชัดเจน

6. พัฒนาเครือข่ายภาคประชาสังคม การทดลองใช้งานจริงกับระบบงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ร่วมกับทีมสุขภาพทุกขั้นตอน ตั้งแต่การนำเข้าข้อมูล การบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศ การวิเคราะห์ การออกแบบ บริการ การกำหนดแผนบริการการดูแลทางสังคม การติดตามและประเมินผล

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ผู้สนับสนุนทุนการดำเนินงานการพัฒนาสมรรถนะนักสังคมสงเคราะห์และทีมสุขภาพให้กับสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ ขอขอบคุณภาคีเครือข่ายสนับสนุนเชื่อมโยงบูรณาการการทำงานระบบแพทย์ทางไกล (telemedicine) 3 ระบบงานร่วมกันการพัฒนาระบบ PST โดยคณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พัฒนาโดยสำนักงาน-พัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ platform HOSxP พัฒนาโดยบริษัท บางกอกเมดิคอลซอฟต์แวร์ จำกัด ขอขอบคุณนักสังคมสงเคราะห์ และเครือข่ายสหวิชาชีพทุกโรงพยาบาลที่เข้าร่วมเรียนรู้และพัฒนา platform social telecare และยังพร้อมที่จะเรียนรู้ และพัฒนาการทำงานร่วมกันต่อไป สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณนายแพทย์พรเพชร ปัญจปิยะกุล และแพทย์หญิงสายรัตน์ นกน้อย ที่ปรึกษาโครงการ ซึ่งได้ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และสนับสนุนการดำเนินงานจนโครงการฯ สำเร็จลุล่วง

## เอกสารอ้างอิง

1. ระพีพรรณ คำหอม, เขียวเรศ คำมะนาด, ขนิษฐา บุรณพันธ์ศักดิ์, สโรทร ม่วงเกลี้ยง, วัชระ อมศิริ, วัชจากร หนูทอง. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการพัฒนาและเสริมสมรรถนะกลไก และเครือข่ายการดูแลทางสังคมของสหวิชาชีพเพื่อสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิเพื่อขยายผลการดำเนินงานในระดับพื้นที่. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2568.
2. ระพีพรรณ คำหอม, เขียวเรศ คำมะนาด, ขนิษฐา บุรณพันธ์ศักดิ์, สโรทร ม่วงเกลี้ยง, วัชระ อมศิริ, วัชจากร หนูทอง. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการพัฒนาและเสริมสมรรถนะกลไกและเครือข่ายการดูแลทางสังคมของสหวิชาชีพเพื่อสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2566.
3. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. สาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัว: นิยาม ความหมายและความเชื่อมโยง. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [สืบค้นเมื่อ 12 พ.ค. 2568];1(1):11-5. แหล่งข้อมูล: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/2671/p011-015.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
4. นันทินารี คงยืน. ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิกับมาตรฐานการพัฒนา. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 12 พ.ค. 2568];3(3):374-86. แหล่งข้อมูล: [https://phad.ph.mahidol.ac.th/journal\\_law/3-3/12-Nantinaree%20Khongyuen.pdf](https://phad.ph.mahidol.ac.th/journal_law/3-3/12-Nantinaree%20Khongyuen.pdf)
5. สภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์. รายงานผลข้อมูลกราฟภาพรวม Platform Social Telecare [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 21 เม.ย. 2568] แหล่งข้อมูล: <https://dashboard.setterodev.online/d/edwmijg6l9ukgd/scp?orgId=1&refresh=2h&from=1731197845370&to=1731219445370&theme=light>

## The Use of the Platform Social Telecare to Enhance the Competency of Medical Social Workers and Healthcare Teams in Supporting Thailand's Primary Healthcare System

Khanittha Booranaphansak<sup>1</sup>, Rapeepan Kumhom<sup>1</sup>, Sarotorn Muangklieng<sup>1</sup>,  
Yaowaret Khammanat<sup>2</sup>, Watchara Amsiri<sup>3</sup>, Watcharakorn Nuthong<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Social Work Professions Council, Bangkok, Thailand

<sup>2</sup> Ministry of Public Health

<sup>3</sup> Thammasat University

<sup>4</sup> National Science and Technology Development Agency, Pathum Thani Province, Thailand

---

### Abstract

This study aimed to enhance the competencies of social workers and healthcare teams in the primary healthcare system, to test the tools in the social telecare platform, and to integrate existing platforms currently used in hospitals, as well as to formulate policy recommendations for developing systems and mechanisms to support medical social work services through telemedicine. The study employed a quasi-experimental research design with two target groups: 30 social workers and healthcare teams and 3,600 vulnerable patients. It was implemented in two categories of hospitals: (1) five pilot “sandbox” hospitals, and (2) four scaling-up hospitals. The capacity-building for social workers and public health personnel was carried out through four online training programs, including a course on social problem assessment tools, a digital literacy program, a self-empowerment course for social workers, and a medical social work clinic course, complemented by 18 online case conferences. Results revealed that the online case conference course was the most popular (over 100% participation), followed by the self-empowerment program (86.9%) and the social assessment tools course (40.4%). However, the digital literacy and standard operating procedure courses did not achieve their intended targets. The development and trial of the social telecare platform (PST) showed that by 2024 there were 432 active social workers, 118 hospitals, and 22 multidisciplinary team members using the system. A total of 37 tools were employed, with the three most frequently utilized being: (1) the social diagnosis and management assessment (23.37%), (2) the family readiness assessment (7.15%), and (3) the patient self-assessment for illness impacts (6.53%). Moreover, the integration of PST with A-MED home ward and HOSxP facilitated comprehensive patient data exchange, reinforcing health and social care service integration at the local level. As a result, several hospitals adopted the system as part of their institutional policies. Policy recommendations emphasize strengthening digital skills, integrating health databases, enhancing system functionalities, ensuring data security, and fostering cross-sectoral collaborations to sustain the Social Telecare Platform as an effective tool in supporting vulnerable patients comprehensively and efficiently.

**Keywords:** social telecare platform; medical social welfare; primary health care system; health policy

# การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและลดอาการท้องผูก ในผู้สูงอายุ

ธัญธรณ์ มงคลสุขภิรมย์

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพิจิตร จังหวัดพิจิตร

## บทคัดย่อ

อาการท้องผูก เป็นสัญญาณเตือนของภาวะสุขภาพจากระบบย่อยอาหารไม่ทำงานอย่างปกติ มีการเผาผลาญสารอาหารที่ช้าลง ที่สัมพันธ์กับความสมดุลของร่างกาย ทั้งน้ำ สารอาหาร แร่ธาตุ วิตามิน แม้กระทั่งการมีอายุที่เพิ่มขึ้นใน 1 ปี จะสูญเสียการเผาผลาญสารอาหารเพิ่มขึ้นเป็น 1 เท่า และต่อเนื่องไปทุกๆ ปี ล้วนส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันอาการท้องผูกเป็นกิจกรรมที่ให้โดยตรงแก่ผู้สูงอายุ โดยที่ครอบครัวหรือผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญต่อการป้องกันอาการท้องผูกให้แก่ผู้สูงอายุ ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อช่วยให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลเกิดความตระหนักรู้และเพิ่มขีดความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพจนสามารถป้องกันอาการท้องผูกให้กับผู้สูงอายุได้ ซึ่งบทความนี้ได้นำเสนอให้เห็นถึงลักษณะอาการท้องผูก ผลกระทบ การประเมินความเสี่ยง และการป้องกันอาการท้องผูกที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูกที่มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: การสร้างเสริมสุขภาพ; อาการท้องผูก; ผู้สูงอายุ

วันรับ: 6 มิ.ย. 2568

วันแก้ไข: 13 ก.ค. 2568

วันตอบรับ: 17 ก.ค. 2568

## บทนำ

อาการท้องผูกเป็นกลุ่มอาการในระบบทางเดินอาหารและการขับถ่ายซึ่งเป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้สูงอายุทั่วโลก ซึ่งร้อยละ 20 ของประชากรสูงอายุในอดีตจะเกิดอุบัติการณ์ของอาการท้องผูก และถ้าเกิดในเพศหญิงมักจะมีอาการท้องผูกรุนแรงมากกว่าเพศชายเป็น 1 เท่า<sup>(1)</sup> อาการท้องผูกยังเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 11) โรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 19)<sup>(2)</sup> โรคความดันโลหิตสูง<sup>(3)</sup> และโรคเบาหวาน ซึ่งโรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease; CKD) และโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease; ESRD) จะเพิ่มความ

รุนแรงของอาการท้องผูก<sup>(4)</sup> นอกจากนี้เมื่อเกิดโรคร่วมที่กล่าวมาข้างต้นจะเพิ่มอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น

อาการท้องผูก หมายถึง การที่บุคคลมีการถ่ายอุจจาระลำบาก รู้สึกถ่ายอุจจาระไม่สุด อุจจาระแข็ง หรือถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และมีอาการดังกล่าวต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน<sup>(5)</sup> อาจมีสาเหตุมาจากดื่มน้ำไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่เหมาะสม และยาบางชนิด ได้แก่ ยาต้านเศร้า ยาลดปวด ยารักษาภูมิแพ้ พาร์กินสัน เป็นต้น นอกจากนี้พฤติกรรมกรรมการเลี้ยงการเข้าห้องส้วม เช่น การเดินทาง การทำงานเป็นกะ และความเครียด เป็นต้น<sup>(6)</sup> โดยสรุปสาเหตุที่พบบ่อยของอาการท้องผูกในผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สาเหตุที่พบบ่อยของอาการท้องผูกในผู้สูงอายุ

ยารักษาโรค	โรคต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม	อื่นๆ
<ul style="list-style-type: none"> <li>ยาแก้ปวด (โอปิออยด์, ทรามาดอล ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์)</li> <li>ยาด้านเศร้าแบบไตรไซคลิก</li> <li>สารต้านโคลิเนอร์จิก</li> <li>ตัวบล็อกช่องแคลเซียม</li> <li>ยารักษาโรคพาร์กินสัน (สารโดปามิเนอร์จิก)</li> <li>ยาด้านโรคจิต (อนุพันธ์ฟีโนโทอะซีน)</li> <li>ยาลดกรด (แคลเซียมและอะลูมิเนียม)</li> <li>อาหารเสริมแคลเซียม</li> <li>เรซินกรดน้ำดี</li> <li>อาหารเสริมธาตุเหล็ก</li> <li>ยาแก้แพ้</li> <li>ยาขับปัสสาวะ (ฟูโรเซไมด์ ไฮโดรคลอโรไทอาไซด์)</li> <li>ยากันชัก</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>โรคเบาหวาน</li> <li>ภาวะไทรอยด์ทำงานน้อย</li> <li>ภาวะต่อมพาราไทรอยด์ทำงานมากเกินไป</li> <li>โรคไตเรื้อรัง</li> <li>โรคทางระบบประสาท</li> <li>โรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง</li> <li>โรคพาร์กินสัน</li> <li>โรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง</li> <li>โรคเส้นประสาทอัตโนมัติ</li> <li>รอยโรคที่ไขสันหลัง</li> <li>ภาวะสมองเสื่อม</li> <li>โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง</li> <li>อะไมลอยโดซิส</li> <li>โรคสเกลโรเดอร์มา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ภาวะซึมเศร้า</li> <li>ความพิการทั่วไป</li> <li>การเคลื่อนไหวไม่ดี</li> </ul>

ปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มีการพัฒนาแนวทางการรักษามากขึ้น แต่การสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องคำนึงถึงเพื่อป้องกันการเกิดโรค หรือกลุ่มอาการที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา โดยการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุมีความยุ่งยากซับซ้อนมากกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ เนื่องจากผู้สูงอายุเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพกาย มักจะส่งผลกระทบต่อปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ดังนั้นหากมีการตรวจสอบอาการท้องผูก มีประวัติถ่ายอุจจาระลำบาก ความถี่หรือความสม่ำเสมอของการขับถ่าย ร้อยละ 65 ของผู้สูงอายุมีการเบ่งถ่ายอุจจาระท้องอืด ตรวจร่างกายทางทวารหนักด้วยสายตา และนิ้วพร้อมทั้งยืนยันปัจจัยเสี่ยงและให้การรักษาเฉพาะสาเหตุ รวมถึงยารักษาโรคร่วมอื่นๆ ที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก จะช่วยให้การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความเหมาะสม และยังลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูกได้<sup>(7)</sup>

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันอาการท้องผูกสำหรับผู้สูงอายุยังมีค่อนข้างจำกัด มีเพียงการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อเป็นผู้สูงวัยสุขภาพดีที่ต้องอาศัยองค์ประกอบหลายด้าน เพื่อเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้สูงอายุ<sup>(8)</sup> ซึ่งเมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่าอาการท้องผูกเป็นความทุกข์ทรมานที่พบในกลุ่มเปราะบางเป็นอย่างมาก โดยอาการท้องผูกในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการสร้างเสริมสุขภาพและได้รับการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยบรรเทาความไม่สุขสบาย และลดความทุกข์ทรมานของผู้สูงอายุ ลดภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัวและผู้ดูแลได้ ดังนั้นหน่วยบริการผู้สูงอายุจะต้องเข้ามามีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและลดอาการท้องผูกในผู้สูงอายุแก่ครอบครัวอย่างเป็นระบบ

หน่วยบริการผู้สูงอายุจะให้บริการอย่างเป็นระบบได้นั้นต้องอาศัยการกำหนดมาตรฐานการประเมินภาวะสุขภาพ

โดยนำเครื่องมือ BSFS และ Rome IV พร้อมบันทึกข้อมูล HDC/ThaiEMR เพื่อคัดกรองท้องผูกเรื้อรัง และระดับความรุนแรงของอาการท้องผูก และนำแบบประเมินความเสี่ยง Hinrichs & Huseboe มา pre-triage สำหรับผู้สูงอายุและผู้มีโรคร่วม (multimorbidity) ทุกครั้งที่มารับบริการคลินิกผู้สูงอายุ หรือคลินิก NCD เป็นต้น เพื่อให้สามารถจัดการแก้ไขอาการท้องผูกที่ถูกต้อง พร้อมทั้งบูรณาการโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการป้องกันและลดอาการท้องผูกซึ่งบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและลดอาการท้องผูกในผู้สูงอายุที่ครอบครัว หรือหน่วยบริการผู้สูงอายุจะนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## อาการท้องผูกในผู้สูงอายุ

ในกระบวนการขับถ่ายอุจจาระแบบปกติจะต้องอาศัยองค์ประกอบด้านโครงสร้าง ได้แก่ (1) อุ้งเชิงกราน (2) ลำไส้ตรง (3) ทวารหนัก และ (4) ความยืดหยุ่นของผนังของลำไส้ตรง สำหรับด้านระบบประสาท ได้แก่ (1) ระบบประสาทส่วนกลาง (2) ระบบประสาทส่วนปลาย และ (3) ระบบประสาทของทางเดินอาหาร ที่ทำงานสอดคล้องกัน ซึ่งอาการท้องผูกในผู้สูงอายุเกิดจากความผิดปกติของลำไส้ และระบบทางเดินอาหาร เริ่มตั้งแต่การมีจำนวนพินดเคี้ยวที่ลดลง เอนไซม์สำหรับย่อยอาหารบกพร่องคุณภาพ หรือมีปริมาณไม่สมดุลกับขนาดของอาหารที่เข้าสู่หลอดอาหารถึงกระเพาะอาหาร ซึ่งผู้สูงอายุที่มีอาการท้องผูกจะมีการรับรู้ความรู้สึกของลำไส้ตรงต่ำกว่าปกติ (rectal hyposensitivity) ร้อยละ 25 ปกติจะกระตุ้นผ่านระบบอัตโนมัติ ทั้งซิมพาเดติกและพาราซิมพาเดติก หากเกิดร่วมกับการที่สมองประมวลผลว่าสถานะแวดล้อมไม่เหมาะสมต่อการถ่ายอุจจาระ กล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอก และกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานจะยังคงหดตัว (external anal sphincter, Puborectalis muscle) ส่งผลให้มุมระหว่างลำไส้ตรงและทวารหนักยังคงเป็นมุมแหลม (anorectal angle) จะเพิ่มการถ่ายอุจจาระลำบากสูงขึ้น การเบ่งถ่ายอุจจาระจะทำให้ระดับความดันในช่องอก และช่องท้องเพิ่มสูงขึ้น มีอาการท้องอืด เบื่ออาหาร และน้ำหนักลด เป็นต้น

## ผลกระทบจากอาการท้องผูก

อาการท้องผูกเป็นความไม่สบายที่สร้างความทุกข์ทรมานในผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ได้แก่

**1. ด้านร่างกาย** ในเพศหญิงกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานจะอ่อนแรงได้จากการคลอดบุตร มักสัมพันธ์กับอายุ โดยเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้นกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานก็จะหย่อนตัวลง รวมถึงการผ่าตัดบางชนิด ส่งผลกระทบต่อกล้ามเนื้อที่มีการหดตัวทำให้สูญเสียระบบย่อยอาหาร และทางเดินอาหาร มีอาการท้องผูก เกิดริดสีดวงทวาร มีอาการปวดหรือมีเลือดออกทางทวารหนัก อุจจาระมีสีเข้มหรือสีดำ อุจจาระมีลักษณะเป็นก้อนหรือแข็ง จะเพิ่มโอกาสการเสียชีวิตจากโรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้อาการท้องผูกจะมีการรับรู้ความรู้สึกของไส้ตรงต่ำกว่าปกติ (rectal hyposensitivity) ทำให้ไม่มีความรู้สึกอยากปวดถ่าย อุจจาระ ส่งผลถึงการเพิ่มขึ้นของปริมาตรของอุจจาระในลำไส้ ส่งสัญญาณประสาทขึ้นไปไปยังการบีบตัวของลำไส้ นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดอาการปวดท้อง เกิดแผลในลำไส้ หรือรอบทวารหนัก และเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้

**2. ด้านจิตใจ และอารมณ์** เมื่อมีอาการท้องผูก ความเครียดจะเข้าไปรบกวนเข้าสู่ผู้สูงอายุคล้ายโรคเรื้อรังมารุมเร้า รู้สึกหงุดหงิด ฉุนเฉียว ไม่ยอมรับฟังคำแนะนำ เบื่ออาหาร เนื่องจากยังมีอาหารค้างคั่งในกระเพาะ ท้องอืด ท้องเฟ้อ ไม่พยายาลม เกิดอุจจาระอัดแน่น จะเพิ่มระดับความเครียด และยังส่งผลให้มีพฤติกรรมในการกลั้นอุจจาระมากขึ้น จนกระทั่งเกิดผลระยะยาวต่อความรู้สึกปวดอยากถ่ายที่ลดลงทำให้เกิดภาวะท้องผูกเพิ่มขึ้น หากไม่ได้รับการจัดการอาการ หรือสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมจะทำให้รู้สึกทำอะไรไม่เพลิดเพลิน เหนื่อยง่าย จนกลายเป็นภาวะซึมเศร้าโดยสมบูรณ์

**3. ด้านสังคม และจิตวิญญาณ** พบว่า ผู้สูงอายุจะเกิดภาวะถดถอยทำให้การเข้าสังคมมีความยากลำบากไม่ว่าจะเป็นการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนในการทำกิจกรรมทางกายลดลง เพราะกังวลว่าจะเกิดความไม่สบาย และสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยในการขับถ่ายอุจจาระ รวมถึงสัมพันธ์สภาพภายในครอบครัวบกพร่อง สืบเนื่องจากปัญหาด้านอารมณ์ที่ส่งผล

ต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุ ทำให้หงุดหงิด หรือมีอารมณ์แปรปรวน ไม่เป็นตัวของตัวเอง และซึมเศร้าได้<sup>(9,10)</sup>

## บทบาทของครอบครัวในการป้องกันและลดอาการท้องผูกในผู้สูงอายุ

บทบาทของครอบครัวในการป้องกันและลดอาการท้องผูกสำหรับผู้สูงอายุนั้น หน่วยบริการผู้สูงอายุ กำหนดมาตรฐานการคัดกรองท้องผูกเรื้อรังอย่างเป็นระบบ โดยฝึกทักษะการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูก การประยุกต์ใช้เครื่องมือประเมินอุจจาระมีลักษณะเป็นก้อนหรือแข็ง หรือ Bristol Stool Form Scale และเกณฑ์การวินิจฉัยอาการท้องผูก Rome IV diagnostic criteria เป็นต้น

### การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูก

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูกตามหลักการของฮินริชส์และฮูเซบอ (Hinrichs & Huseboe)<sup>(11)</sup> จะเป็นกระบวนการประเมินความเสี่ยงและการจัดการภาวะท้องผูกที่ได้จากการซักประวัติ ได้แก่ แบบแผนการขับถ่ายที่ผ่านมา ลักษณะของการขับถ่าย ชนิดของยาระบายที่ใช้ ความถี่ของการถ่ายอุจจาระ ประวัติของการเกิดท้องผูกหรือการมีอุจจาระอัดแน่น (fecal impaction) ประวัติการใช้ยาระบาย การผ่าตัดที่มีผลต่อการทำงานของระบบทางเดินอาหาร การถ่ายอุจจาระครั้งสุดท้าย ที่ได้จากการตรวจร่างกาย ได้แก่ การเคลื่อนไหวของลำไส้ ตรวจพบความแตกต่างในช่องท้อง ตรวจพบก้อนในช่องท้อง ตรวจพบอุจจาระอัดแน่น ที่ได้จากสภาวะทางจิตใจ ได้แก่ ปัจจุบันมีภาวะซึมเศร้าหรือไม่ และมีอาการสมองเสื่อมหรือไม่ (dementia) ที่ได้จากการรับประทานอาหารและการได้รับน้ำ ได้แก่ การรับประทานอาหารเมื่อ 3 วันที่ผ่านมา การได้รับน้ำในแต่ละวัน การมีกิจกรรมทางกายและการฝึกฝน นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับการได้รับยา รายการยาที่ได้รับ ซึ่งมีการแปลผลคะแนน ดังนี้ -18 ถึง -6 มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูกระดับน้อย -5 ถึง +7 มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูกระดับปานกลาง มากกว่าหรือเท่ากับ +8

มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูกระดับมาก โดยที่หากมีการประเมินความเสี่ยงที่ครอบคลุมจะช่วยจัดการอาการท้องผูกและสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในการป้องกันอาการท้องผูกได้ถูกต้องและสม่ำเสมอ

ภายหลังประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูกจะสามารถให้การวินิจฉัยอาการท้องผูกได้โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยอาการท้องผูก Rome IV diagnostic criteria ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาการท้องผูกที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ซึ่งจะต้องมีอาการและอาการแสดงอย่างน้อย 2 ข้อในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมามากกว่าร้อยละ 25 และเริ่มมีอาการอย่างน้อย 6 เดือนก่อนการวินิจฉัย ซึ่งอาการจะต้องไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยอาการลำไส้แปรปรวนดังต่อไปนี้<sup>(12)</sup>

1. มีการเบ่งถ่ายอุจจาระมากขึ้น
2. อุจจาระมีลักษณะเป็นก้อนหรือแข็ง หรือ Bristol Stool Form Scale 1-2
3. รู้สึกถ่ายอุจจาระไม่หมด หรือไม่สุด
4. รู้สึกมีการอุดตัน หรืออุดตันของทวารหนักในการถ่ายอุจจาระแต่ละครั้ง
5. มีการช่วยด้วยมือเพื่ออำนวยความสะดวกในการถ่ายอุจจาระ (เช่น ประเมินการอัดแน่นของอุจจาระ ใช้นิ้วกระตุ้นการถ่ายอุจจาระบริเวณไส้ตรง และกลัมน้ำอู้งเชิงกราน)
6. ถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
7. ไม่พบการถ่ายอุจจาระเหลว ถ้าไม่ใช้ยาระบาย

โดยรวมสรุปได้ว่าผู้สูงอายุจะมีอาการท้องผูกเรื้อรัง ซึ่งการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูกที่ถูกต้อง จะช่วยให้บุคลากรพยาบาล ครอบครัว หรือผู้ดูแลมีการจัดการอาการท้องผูกที่เหมาะสม และได้รับการวินิจฉัยอาการท้องผูกในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นหากมีการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุจะช่วยป้องกันการเกิดอาการท้องผูกได้

### การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันอาการท้องผูก

การสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion) ตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender)<sup>(13)</sup> ประกอบด้วยมโนทัศน์หลักที่สำคัญ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ลักษณะเฉพาะและ








ประสบการณ์ของบุคคล (individual characteristics and experiences) เกี่ยวกับพฤติกรรมเดิมและปัจจัยส่วนบุคคล (2) อารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม (behavior-specific cognitions and affect) เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตน และ (3) ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม (behavioral outcome) เกี่ยวกับความมุ่งมั่นที่จะแสดงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ที่จะช่วยป้องกันอาการท้องผูก และช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นวิธีการที่ช่วยในการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระในชีวิตประจำวันให้ดีขึ้น โดยมีรายละเอียดดังนี้<sup>(14)</sup>

**1. บันทึกการขับถ่ายอุจจาระเป็นประจำ** ซึ่งเป็นวิธีการประเมินสภาพ (assessment) เพื่อเตรียมความพร้อมในการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันอาการท้องผูก โดยแนะนำให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว หรือผู้ดูแลจดบันทึกการขับถ่ายอุจจาระในเวลาเดียวกันในทุกๆ วัน ติดต่อกันจนครบ 7 วัน จะทำให้เห็นลักษณะอุจจาระทั้ง 7 ลักษณะ ซึ่งจะช่วยหาพบสาเหตุของปัญหา และให้การวินิจฉัย (diagnosis) อาการท้องผูกได้ก็ต่อเมื่อมีลักษณะตามประเภทที่ 1 และ 2 พร้อมทั้งเลือกวิธีการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมได้ดังภาพที่ 1

**2. จัดตารางการขับถ่ายอุจจาระสม่ำเสมอ** เป็นขั้นตอนการวางแผน (planning) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือมีแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุ ได้แก่ การฝึกเข้าห้องส้วมให้เป็นเวลา เช่น ทุกเช้าหลังตื่นนอน เพื่อสร้างความคุ้นเคยจนมีนิสัยการเข้าห้องส้วมที่ดี หลีกเลี่ยงการกลั้นอุจจาระ แนะนำอุจจาระทันทีเมื่อรู้สึกอยากขับถ่ายอุจจาระ หรือมีอาการปวดท้อง แนะนำให้ใช้เวลาสำคัญในการเข้าใช้ห้องส้วม นั่งชักโครกให้ถูกวิธีโดยเอนไปข้างหลัง วางข้อศอกทั้ง 2 ข้างบนเข่า วางเท้าบนที่วางเท้ากรณีที่ไม่สัมผัสพื้น และฝึกเบ่ง (biofeedback) เพื่อเพิ่มระดับการรับรู้รู้สึกของไส้ตรง (improve rectal sensation) และเพิ่มการทำงานที่ประสานกันระหว่างไส้ตรงและกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก (improve recto-anal coordination)

**3. บริโภคอาหารสมดุลสุขภาพ** เป็นขั้นตอนการปฏิบัติการ (implementation) ที่กำหนดพฤติกรรมสุขภาพให้รับประทานอาหารในแต่ละมื้อ ได้แก่ ผลไม้ 2 เสิร์ฟ ผัก 5 เสิร์ฟ หรืออาหารที่ทำจากธัญพืช 4 อย่าง เช่น ขนมปังโฮวีต พาสต้า หรือซีเรียล ถั่ว ถั่วเปลือกแข็ง และเมล็ดพืช เป็นต้น ร่วมกับดื่มน้ำให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ได้แก่ นม น้ำผลไม้ ชุป และน้ำเปล่า เป็นต้น

ภาพที่ 1 แสดงลักษณะอุจจาระ (The British Stool Form Scale; BSFS)<sup>(15)</sup>

Type 1		Separate hard lumps, like nuts (hard to pass)
Type 2		Sausage-shaped but lumpy
Type 3		Like a sausage but with cracks on its surface
Type 4		Like a sausage or snake, smooth and soft
Type 5		Soft blobs with clear-cut edges (passed easily)
Type 6		Fluffy pieces with ragged edges, a mushy stool
Type 7		Watery, no solid pieces and entirely liquid

แนะนำหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ น้ำอัดลม ชา กาแฟ และเครื่องดื่มชูกำลัง เป็นต้น หรือร่างกายควรได้รับไฟเบอร์อย่างน้อย 25-30 กรัม เช่น ผักใบเขียวหรือมีสีส้ม ครึ่งถ้วย จะมีไฟเบอร์ 2.5 กรัม ผลไม้ 1 ชิ้น จะมีไฟเบอร์ 2 กรัม ขนมปังโฮวีต จะมีไฟเบอร์ 2 กรัม ข้าวกล้องหุงสุก 1 ถ้วย จะมีไฟเบอร์ 1.5 กรัม บิสกิต-ข้าวสาลี 2 ชิ้น หรือข้าวโอ๊ตบด 100 กรัม จะมีไฟเบอร์ 3.5 กรัม และถั่วครึ่งถ้วย จะมีไฟเบอร์ 7 กรัม เป็นต้น นอกจากนี้ เมล็ดแมงลักยังเป็นอาหารที่หาได้ง่ายและสะดวก โดยแนะนำให้รับประทานเมล็ดแมงลัก 5 กรัม แชน้ำปริมาณ 240 มิลลิลิตร ที่อุณหภูมิห้อง เวลา 5 นาที รับประทานก่อนนอนเป็นเวลา 7 วัน ทำให้ลักษณะอุจจาระเป็นเนื้อเดียวกัน มีความอ่อนนุ่ม และเพิ่มความถี่ในการถ่ายอุจจาระมากขึ้น แต่อาจเกิดอาการข้างเคียงได้ เช่น ท้องอืด แน่นท้อง หรือปวดท้อง แต่ร้อยละ 80 ไม่เกิดผลข้างเคียง หรือนำมาเป็นส่วนผสมในโยเกิร์ต<sup>(16)</sup> ทำให้อาการท้องผูกลดลง จึงเป็นอีกทางเลือกที่น่าสนใจ<sup>(17-19)</sup>

**4. หมั่นมีกิจกรรมทางกาย** โดยอาศัยความรอบรู้ทางกาย จะช่วยให้มีวิธีการเพื่อทำให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานแข็งแรง เนื่องด้วยกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานจะรองรับลำไส้ ลำไส้มีการเคลื่อนไหว ทำให้ลำไส้แข็งแรง เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก (strengthen anal muscle tone) นอกจากนี้ยังช่วยให้ระบบย่อยอาหารมีประสิทธิภาพ แนะนำให้มีกิจกรรมทางกาย เช่น การเดิน หรือมีการเคลื่อนไหวร่างกายบนเตียง เช่น ขยับแขนขา อย่างน้อยวันละ 30 นาที ช่วยลดอาการท้องผูกได้ นอกจากนี้การมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมยังช่วยควบคุมน้ำหนักให้ผู้สูงอายุมีน้ำหนักตามเกณฑ์ ซึ่งการมีน้ำหนักเกิน มีอาการไอเรื้อรัง และยกของหนักเป็นประจำจะทำให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานขาดความแข็งแรง อีกทั้งยังช่วยลดความเครียด ทำให้มีอารมณ์และความคิดในการจัดการอาการท้องผูกที่ถูกต้อง<sup>(20)</sup>

**5. ติดตามการขับถ่ายอุจจาระต่อเนื่อง** เป็นการประเมินผล (evaluation) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งการมีลำไส้ที่แข็งแรงจะมีการถ่ายอุจจาระมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และไม่เกินวันละ 3 ครั้ง อุจจาระอ่อนนุ่ม มีลักษณะคล้ายไส้กรอก จะช่วยให้ถ่ายและสะดวกในการขับถ่ายอุจจาระ กรณีที่ติดตามการขับถ่ายอุจจาระแล้วยังพบอาการท้องผูก แนะนำให้ปรึกษาปัญหา

สุขภาพกับแพทย์พยาบาลและนักกายภาพบำบัดผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมการขับถ่ายต่อไป<sup>(21,22)</sup>

โดยรวมสรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ที่ถูกต้องจะช่วยให้ตัวผู้สูงอายุเอง แม้กระทั่งครอบครัวหรือผู้ดูแลมีการรับรู้ลักษณะอาการท้องผูก ผลกระทบ การประเมินความเสี่ยง และการป้องกันอาการท้องผูกที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูกที่มีประสิทธิภาพต่อไป

## การประยุกต์ใช้หลักการ สร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและ ลดอาการท้องผูกในผู้สูงอายุ

การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและลดอาการท้องผูกในผู้สูงอายุสามารถนำหลักการมาประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการผู้สูงอายุให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดได้ดังนี้

### 1. กำหนดมาตรฐานการประเมินอาการท้องผูก ที่หน่วยบริการสุขภาพด่านหน้า (PHC/ รพ.สต.)

- บรรจุ BSFS และ Rome IV เป็นเครื่องมือประจำจุดบริการ พร้อมบันทึกผล HDC/ThaiEMR เพื่อคัดกรองท้องผูกเรื้อรังอย่างเป็นระบบ และลด missed red flags
- ใช้แบบประเมินความเสี่ยงของ Hinrichs & Huseboe เป็น pre-triage สำหรับผู้สูงอายุและผู้มีโรคร่วม (multimorbidity) ทุกครั้งที่มารับบริการเวชปฏิบัติครอบครัว/ คลินิก NCD/ คลินิกผู้สูงอายุ เป็นต้น

### 2. จัดทำแนวทางปฏิบัติครอบครัวและผู้ดูแล (Family & Caregiver) เป็นศูนย์กลาง

- จัดให้มี “Toileting program บันทึกการขับถ่าย 7 วัน” เป็นกิจวัตรที่ทำร่วมกันระหว่างผู้ดูแลกับ รพ.สต./ อสม. โดยกำหนดเวลาหลังอาหารเช้า เป็นมาตรฐานการดูแลที่บ้าน
- สร้างคู่มือผู้ดูแลแบบย่อโดยเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับวิธีนั่งถ่ายที่ถูกต้อง biofeedback การเฝ้าระวังสัญญาณเตือน เบื้องต้น

### 3. พัฒนาโปรแกรมโภชนาการและกิจกรรมทางกายเชิงรุก

- ทำ “Constipation-friendly diet” ในคลินิก NCD/ผู้สูงอายุ: สัดส่วนผัก-ผลไม้-ธัญพืช พร้อมเมนู

ท้องถิ่นที่หาได้ง่าย (เช่น เมล็ดแมงลัก) และคำแนะนำปริมาณ วิธีเตรียมที่ปลอดภัย

- ใส่กิจกรรม pelvic floor เติมน้ำ/เคลื่อนไหว 30 นาที/วัน ในแผนฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน โดยนักกายภาพบำบัดร่วมกับ อสม. และเทศบาล/อบต.

**4. กำหนดเส้นทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามระดับความรุนแรง (Care Pathway)**

- ระดับ 1: ปรับพฤติกรรม อาหาร และกิจกรรม พร้อมทั้งบันทึก BSFS เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์
- ระดับ 2: เพิ่มการฝึก biofeedback/ pelvic floor ที่เครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน
- ระดับ 3: มี red flags (ถ่ายเป็นเลือด/ดำ น้ำหนักลด คลำได้ก้อนท้อง ประวัติครอบครัวมะเร็งลำไส้ เปลี่ยนแปลง pattern ชัดเจน) ส่งต่ออายุรแพทย์/ส่องกล้องระบบทางเดินอาหารโดยด่วน เพื่อคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้

**5. Multimorbidity Clinic/ NCD one-stop**

- โมดูล “ท้องผูกในผู้สูงอายุ” ไว้ในคลินิก CKD/ เบาหวาน/ หลอดเลือดสมอง/ พาร์กินสัน เพื่อทบทวนการใช้ยาพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะโภชนาการแบบบูรณาการทุกครั้ง

**6. พัฒนานวัตกรรมหรือแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในท้องถิ่น**

- จัดทำ protocol เมล็ดแมงลัก (ปริมาณ วิธีเตรียม ข้อห้าม/อาการไม่พึงประสงค์) พร้อมทั้งกำหนดเกณฑ์ติดตามผลลัพธ์

**7. จัดทำคลังสื่อและการรู้เท่าทันดิจิทัล**

- ใช้ BSFS แบบภาพ และสมุดบันทึกถ่ายอุจจาระที่บ้าน (กระดาษ/มือถือ)
- ทดลองใช้เครื่องมือ AI ช่วยจำแนกรูปแบบอุจจาระจากภาพ (ภายใต้จริยธรรมและความเป็นส่วนตัว) เพื่อลดอคติการประเมินของผู้ดูแล/ผู้ป่วย

**8. มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพกำลังคน**

- จัดทำหลักสูตรอบรมผู้ดูแลชุมชน/ อสม./ รพ.สต.: การประเมินความเสี่ยงต่ออาการท้องผูก red flags โปรแกรมโภชนาการ การฝึก pelvic floor การใช้ BSFS และแผนติดตามเมื่อครบ 4 สัปดาห์

**9. กำหนดตัวชี้วัด (KPIs) และการสร้างแรงจูงใจ**

- อัตราผู้สูงอายุที่มีการบันทึก BSFS ครบ 4 สัปดาห์ อัตราลดท้องผูกเรื้อรังในคลินิก NCD อัตราเข้ารักษา fecal impaction/ER ลดลง อัตราคัดกรอง red flags ถูกต้องและส่งต่อทันเวลา เป็นต้น

**10. การสื่อสารสาธารณะ และการณรงค์ระดับชุมชน**

- กำหนดแคมเปญ “3-3 rule” (มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ ไม่เกิน 3 ครั้ง/วัน เมื่ออุจจาระแบบไส้กรอก) หรือ “เริ่มวันใหม่ เข้าห้องน้ำหลังอาหารเช้า” เพื่อสร้างนิสัยการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลาในผู้สูงอายุและผู้ดูแล

**วิจารณ์**

อาการท้องผูกเป็นปัญหาสุขภาพที่แสดงถึงความไม่สบาย ซึ่งอาการท้องผูกในผู้สูงอายุมีความจำเพาะที่แตกต่างจากกลุ่มวันอื่นๆ อันเป็นผลมาจากพยาธิสรีรวิทยาของผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมโทรม และถดถอยตามกาลเวลา อีกทั้งผู้สูงอายุยังมีความบกพร่องด้านการรู้คิด การประเมินความเสี่ยง และการจัดการอาการท้องผูกทำได้ โดยความยากลำบาก ส่งผลให้ได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่ไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของผู้สูงอายุแต่ละราย จะช่วยกำหนดปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุได้ตรงจุด อีกทั้งยังควบคุมอารมณ์และเพิ่มการรู้คิดที่เฉพาะเจาะจงแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว หรือผู้ดูแลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและสม่ำเสมอ นอกจากนี้การเฝ้าระวังอาการผิดปกติยังเป็นเรื่องสำคัญเพราะมีความจำเป็นต้องรีบส่งต่อแพทย์ทันที ได้แก่ น้ำหนักตัวลดโดยไม่ทราบสาเหตุ ถ่ายเป็นเลือด อุจจาระดำ ประวัติครอบครัวมะเร็งลำไส้ และการเปลี่ยนแปลง pattern ของการขับถ่ายเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรค บรรเทาความไม่สบาย และลดความทุกข์ทรมานจากอาการท้องผูก เพิ่มระดับคุณภาพชีวิต และส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องต่อไป โดยมิแนวทางจัดการภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรค ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แนวทางจัดการภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรค

โรคร่วม (Comorbidity)	แนวทางประเมิน/ข้อควรระวัง	แนวทางจัดการ
CKD/ESRD (โรคไตเรื้อรัง/ระยะสุดท้าย)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระวัง electrolyte imbalance</li> <li>- หลีกเลี่ยง magnesium, phosphate laxatives</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PEG, lactulose</li> <li>• ใช้ fiber ที่ละลายน้ำ (psyllium) ถ้าไม่มี fluid restriction</li> <li>• หลีกเลี่ยง Mg-hydroxide, sodium phosphate enemas</li> </ul>
CHF (Heart Failure)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เสี่ยง overload จากการดื่มน้ำมากเกินไป</li> <li>- ระวัง sodium retention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Osmotic laxatives ที่ไม่เพิ่ม Na เช่น PEG</li> <li>• Lactulose ใช้ได้ แต่เฝ้าระวัง bloating</li> <li>• หลีกเลี่ยง sodium phosphate enema</li> </ul>
Parkinson's disease	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ท้องผูกพบบ่อยจาก autonomic dysfunction</li> <li>- ยา antiparkinsonian บางชนิด (anticholinergic) ทำให้หนักขึ้น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• เพิ่มกิจกรรม pelvic floor training</li> <li>• Osmotic laxatives (PEG, lactulose)</li> <li>• อาจใช้ prokinetics (prucalopride) ถ้า refractory</li> <li>• ระวังการใช้ anticholinergic laxatives</li> </ul>
Opioid-induced constipation (OIC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เกิดจากการกด motility ของ opioid</li> <li>- ไม่ตอบสนองต่อ fiber เพียงอย่างเดียว</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• เริ่ม: osmotic + stimulant laxatives (senna, bisacodyl + PEG/lactulose)</li> <li>• ถ้าไม่ตอบสนอง PAMORAs (naloxegol, methylnaltrexone)</li> <li>• หลีกเลี่ยงการใช้ opioid dose สูงเกินจำเป็น</li> </ul>
Dementia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การรับรู้ลดลง &gt; ไม่บอกอาการชัดเจน</li> <li>- เสี่ยง fecal impaction จากกลั้น/ลืมเข้าห้องน้ำ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• จัด toileting schedule (เช่น หลังอาหารเช้า)</li> <li>• ใช้ caregiver ช่วย monitoring (Bristol Stool Chart)</li> <li>• เริ่ม osmotic laxatives (PEG/lactulose)</li> <li>• Enema อาจจำเป็นถ้ามี fecal impaction</li> <li>• หลีกเลี่ยงยาที่เพิ่ม confusion เช่น anticholinergics</li> </ul>

**แนวทางจัดการภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรค**

**1. Comprehensive assessment (การประเมินแบบองค์รวม)**

- ชักประวัติ รูปแบบการขับถ่าย (frequency, stool form, straining, incomplete evacuation)
- ทบทวนยา (medication review) ที่อาจทำให้ท้องผูก เช่น opioids, anticholinergics, antidepressants, calcium channel blockers, iron, antacids (aluminum-based)
- ประเมินโรคร่วม: CKD, เบาหวาน, พาร์กินสัน dementia, hypothyroidism, malignancy
- ประเมิน red flag symptoms: น้ำหนักลด ถ่ายเป็นเลือด anemia, family history colon cancer
- ใช้ Rome IV Criteria + Bristol Stool Form Scale (BSFS)

**2. Individualized lifestyle & non-pharmacological strategies**

- โภชนาการ
- ไฟเบอร์ละลายน้ำ (soluble fiber เช่น psyllium) เหมาะในผู้ที่ CKD ยังไม่รุนแรง
- ระวังไฟเบอร์สูงเกินในผู้ป่วย CKD ระยะท้าย หรือ ผู้ที่ดื่มน้ำน้อย เพราะเสี่ยง fecal impaction
- การดื่มน้ำ: ประเมินภาวะหัวใจวาย (CHF) และไตเสื่อมต้องกำหนดปริมาณน้ำดื่มที่เหมาะสม
- กิจกรรมทางกาย: เติมน pelvic floor exercise, biofeedback therapy (ในกรณี pelvic floor dysfunction)
- ตารางการขับถ่าย (toileting program) เช่น หลังอาหารเช้า

**3. Pharmacological management (เลือกตามโรคร่วม)**

- First-line: bulk-forming (psyllium) หรือ osmotic laxatives (PEG, lactulose)

- CKD/ESRD: หลีกเลี่ยง magnesium-containing laxatives (เสี่ยง hypermagnesemia)/ PEG หรือ lactulose ปลอดภัยกว่า
- Heart failure/cirrhosis: หลีกเลี่ยง sodium phosphate enemas (เสี่ยง electrolyte imbalance)
- Parkinson's disease/ Neurogenic bowel dysfunction เพิ่ม prokinetic agents (เช่น prucalopride – selective 5-HT4 agonist) ถ้ามีข้อบ่งชี้
- Opioid-induced constipation (OIC): เริ่มด้วย osmotic + stimulant laxatives หากไม่ดีขึ้น ใช้ peripherally acting  $\mu$ -opioid receptor antagonists (PAMORAs) เช่น naloxegol, methylnaltrexone

**4. Integrated multidisciplinary care**

- แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว/อายุรแพทย์: ปรึกษาหลัก เผื่อระวัง red flags
- พยาบาล/ผู้ดูแลครอบครัว: สังเกต บันทึกการขับถ่าย ประเมินอาการซึมเศร้า cognitive decline
- นักกำหนดอาหาร (Dietitian): วางแผนโภชนาการเฉพาะโรค (เช่น CKD diet + constipation-friendly diet)
- นักกายภาพบำบัด: ฝึกการขับถ่าย pelvic floor therapy

**5. Monitoring & stepwise approach**

- เริ่มจาก non-pharmacological > laxatives > advanced therapies
- ติดตามอาการต่อเนื่อง ( $\geq 4$  สัปดาห์)
- ปรับแนวทางตามโรคร่วมและคุณภาพชีวิต (quality of life, QoL)
- เมื่อพบ red flags > ส่งต่อ colonoscopy/ CT colonography

## เอกสารอ้างอิง

1. Maria VR, Ernest PB. Epidemiology and management of chronic constipation in elderly patients. *Clinical Interventions in Aging* [Internet]. 2015 [cited 2024 Dec 30];10:919-30. Available from: <https://doi.org/10.2147/CIA.S54304>
2. Sumida K, Molnar MZ, Potukuchi PK, Thomas F, Lu JL, Yamagata K, et al. Constipation and risk of death and cardiovascular events. *Atherosclerosis* [Internet]. 2019 [cited 2024 Dec 30];281:114-20. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2018.12.021>
3. Eikan M. Constipation and high blood pressure variability. *Hypertension Research* [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 30];47:562-63. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41440-023-01514-5>
4. Sumida K, Molnar MZ, Potukuchi PK, Thomas F, Lu JL, Matsushita K, et al. Constipation and incident CKD. *Journal of the American Society of Nephrology* [Internet]. 2017 [cited 2024 Dec 30];28(4):1248-58. Available from: [https://journals.lww.com/jasn/abstract/2017/04000/constipation\\_and\\_incident\\_ckd.27.aspx](https://journals.lww.com/jasn/abstract/2017/04000/constipation_and_incident_ckd.27.aspx)
5. สมาคมประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว (ไทย). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยท้องผูกเรื้อรังในประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพมหานคร: พรินท์เอเบิล; 2564.
6. Umar H, Mohannad D, Samita G. Chronic constipation: update on management. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* [Internet]. 2017 [cited 2024 Dec 29];84(5):397-408. Available from: <https://www.ccm.org/content/84/5/397.long>
7. Schuster BG, Kosar L, Kamrul R. Constipation in older adults. *Canadian Family Physician* [Internet]. 2015 [cited 2024 Dec 29];61:152-58. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4325863/>
8. ชฎาพร คงเพชร, อารีย์ ยมกกุล, เรณู อาจาสาลี. การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อเป็นผู้สูงวัยสุขภาพดี. วารสารพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 29 ธ.ค. 2567];70(4):44-51. แหล่งข้อมูล: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJN/article/download/254754/173446/>
9. จันทร์อาภา ธนธรรมสถิตย์, นัยนา พิพัฒน์วิชชา, พรชัย จุลเมตต์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 31 ธ.ค. 2567];34(4):28-36. แหล่งข้อมูล: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/download/76582/61531/183087>
10. สลิล สมุทรรังสี, ฐนิสา พัชรตระกูล. การรับรู้ความรู้สึกของไส้ตรง (rectal sensation). *จุลสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย* [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 31 ธ.ค. 2567];29(132):153-85. แหล่งข้อมูล: [https://gastrothai.net/th/journal-detail.php?content\\_id=363](https://gastrothai.net/th/journal-detail.php?content_id=363)
11. Hinrichs M, Huseboe J. Research - based protocol management of constipation. *Journal of Gerontological Nursing* [Internet]. 2001 [cited 2024 Dec 30];27(2):17-28. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11915262/>
12. Aziz I, Whitehead WE, Palsson OS, Törnblom H, Simrén M. An approach to the diagnosis and management of Rome IV functional disorders of chronic constipation. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology* [Internet]. 2020 [cited 2024 Dec 30];14(1):39-46. Available from: <https://doi.org/10.1080/17474124.2020.1708718>
13. Pender NJ, Murdaugh C, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*. 6<sup>th</sup> ed. Boston: Pearson; 2011.
14. สัจจพร ศรีบุตร, ธัญญมล สุริยานิมิตรสุข. บทบาทพยาบาล: การจัดการภาวะท้องผูกในสตรีตั้งครรภ์โดยไม่ใช้ยา. วารสารพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 30 ธ.ค. 2567];47(2):491-501. แหล่งข้อมูล: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nmdjournal/article/view/241266>
15. Yin PC, Guoqin H, Jia C. Detection and classification of human stool using deep convolutional neural networks. *IEEE Engineering in Medicine and Biology Society Section* [Internet]. 2021 [cited 2024 Dec 30];9:160485-96. Available from: <https://ieeexplore.ieee.org/stamp/stamp.jsp?arnumber=9632585>

16. สุริยาณี หะยีแม, พุชีย๊ะ ยาหะมุ, นูรีอันญ์ สะมะแอ, เตียร์นา แม็ง. ประสิทธิภาพและความพึงพอใจในการบริโภคโยเกิร์ตเม็ดแมงลักในการแก้ปัญหาท้องผูกของบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา. ใน: งานประชุมวิชาการระดับชาติ ด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เครือข่ายสถาบันอุดมศึกษาภาคใต้ ครั้งที่ 7. วันที่ 10-11 มีนาคม 2565; คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. สุราษฎร์ธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี; 2565.
17. พัชรา สีสองสม, สุภารัตน์ วงศ์ริศคุณ, อัจฉรา สุนทรสรพ์. ผลของโปรแกรมการป้องกันอาการท้องผูกต่อการเกิดอาการท้องผูกในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 31 ธ.ค. 2567];14(1): 16-30. แหล่งข้อมูล: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/download/256772/173306/992026>
18. มยุรา วัฒนพงศ์ไพศาล, เรวดี จงสุวัฒน์, เอกราช บำรุงพีชน์. ผลของการบริโภคน้ำผักผลไม้ผสมโยเกิร์ตต่อการขับถ่ายอุจจาระในผู้ที่มีภาวะท้องผูก. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อ 31 ธ.ค. 2567];45(2):210-24. แหล่งข้อมูล: [https://www.ph.mahidol.ac.th/thjph/journal/45\\_2/08.pdf](https://www.ph.mahidol.ac.th/thjph/journal/45_2/08.pdf)
19. พรนภา แซ่โง้ว. การศึกษาผลของการบริโภคเมล็ดแมงลักสำหรับบรรเทาอาการท้องผูก การศึกษานำร่อง [ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต; 2564. 63 หน้า.
20. ศิริพรรณ ภมรพล, จารุณี นุ่มพูล. บัณฑิตทำนายอาการท้องผูกในผู้ป่วยวิกฤต. วารสารสภาการพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 31 ธ.ค. 2567];34(1):88-103. แหล่งข้อมูล: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/download/152511/123000>
21. ชุติกร ด่านยุทธศิลป์. แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพทางการพยาบาล. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 30 ธ.ค. 2567];38(2):132-41. แหล่งข้อมูล: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/download/132000/99145/>
22. ภูริพงศ์ กิจดำรงธรรม. Chronic idiopathic constipation current and future [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 31 ธ.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.wongkarnpat.com/upfilecme/CME-Idiopathic.pdf>

## Health Promotion for Prevent and Relieve Constipation in Elderly

Tanyatorn Mongkolsukpirom

*Nursing Department, Phichit Hospital, Phichit Province, Thailand*

---

### Abstract

Constipation is a warning sign of a health condition caused by the digestive system not working properly. There is a slower metabolism of nutrients in relation to the balance of the whole body. nutrient mineral Vitamins, even with an increase in age in 1 year, will lose 1 fold of nutrient metabolism and continue every year. Health promotion to prevent constipation is an activity that is directly provided to the elderly, where family members or caregivers are important in preventing constipation for the elderly. Therefore, health promotion is necessary to help families or caregivers raise awareness and increase their own capacity in health care so that they can prevent constipation for the elderly. This article presents the characteristics of constipation. Risk assessment and prevention of constipation appropriate for the elderly to lead to the health promotion of the elderly who are at risk of constipation effectively.

**Keywords:** health promotion; constipation; elderly

# แนวทางการบูรณาการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันควบคุมโรค NCDs สำหรับเด็กและเยาวชน

สรายุธ รัชมี

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

## บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลกและประเทศไทย โดยเฉพาะอัตราการเกิดโรคในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนที่ต้องมีการดำเนินมาตรการป้องกันอย่างเร่งด่วน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวทางการบูรณาการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชน โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง เพื่อป้องกันและควบคุมโรค NCDs อย่างมีประสิทธิภาพ แนวทางที่นำเสนอมุ่งเน้นการบูรณาการสี่องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักรู้ การรู้เท่าทัน และค่านิยมด้านสุขภาพ ผ่านการทำงานใน 4 ระดับ คือ ระดับนโยบายและการบริหารจัดการ ระดับสถาบันการศึกษาและสาธารณสุข ระดับชุมชนและครอบครัว และระดับบุคคล โดยให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับเด็กและเยาวชนกลุ่มเปราะบาง 5 กลุ่มหลัก ประกอบด้วย เด็กจากครอบครัวรายได้น้อย เด็กที่ไม่ได้อยู่กับครอบครัวแกนหลัก เด็กนอกระบบการศึกษา เด็กในพื้นที่ห่างไกลและชายแดน และเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิตและความเครียด การดำเนินงานต้องอาศัยความร่วมมืออย่างเป็นระบบจากหน่วยงานหลายภาคส่วน วิธีการที่เสนอเน้นการปรับแนวทางให้เหมาะสมกับบริบทเฉพาะของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ผลที่คาดหวังจากการดำเนินงานตามแนวทางนี้ คือ การเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของเด็กและเยาวชนกลุ่มเปราะบาง การลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิด NCDs การสร้างทัศนคติและค่านิยมที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อการลดอัตราการเกิดโรค NCDs ในประชากรรุ่นอนาคตอย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; การป้องกันโรค; เด็กและเยาวชน

วันรับ: 3 ก.ค. 2568

วันแก้ไข: 5 ส.ค. 2568

วันตอบรับ: 9 ส.ค. 2568

## บทนำ

ในยุคโลกาภิวัตน์ที่เทคโนโลยีมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว ทำให้ชีวิตสะดวกสบายมากขึ้น แต่กลับส่งผลให้หลายคนละเลยการดูแลสุขภาพ อาทิ การออกกำลังกายที่ลดลง การบริโภคอาหารจานด่วนและอาหารที่ขาดคุณค่าทางโภชนาการ และการเผชิญกับความเครียดจากการทำงาน และวิถีชีวิตที่เร่งรีบ ส่งผลให้ผู้คนจำนวนมากหันไปบริโภค

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่<sup>(1)</sup> พฤติกรรมการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปเหล่านี้ทำให้เกิดเป็นโรคยอดนิยมในปัจจุบัน คือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases; NCDs) หรือโรควิถีชีวิต ซึ่งกำลังเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และโรคอ้วน เป็นภัยเงียบที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ทำให้

เกิดการเจ็บป่วย ความพิการ การสูญเสียสุขภาพ คุณภาพชีวิต และการตายก่อนวัยอันควรจำนวนมาก นอกจากนี้ยังเป็นภาระในการดูแลสุขภาพพยาบาล และค่าใช้จ่ายทั้งของครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ<sup>(2)</sup> นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยเสี่ยงทางสรีรวิทยา 4 ประการที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค NCDs ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำหนักเกิน และอ้วน รวมถึงความเครียดเรื้อรังยังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญอีกหนึ่งปัจจัยที่ควรให้ความสำคัญ<sup>(3)</sup>

แม้ว่า NCDs จะเป็นโรคที่พบได้มากในผู้ใหญ่ แต่ในปัจจุบันพบว่า อัตราการเกิดโรค NCDs ในเด็กและเยาวชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนว่าการป้องกันโรคเหล่านี้ต้องเริ่มตั้งแต่วัยเยาว์<sup>(4)</sup> เนื่องจาก (1) เป็นช่วงวัยที่มีความอ่อนไหวต่อการเปลี่ยนแปลงเด็กและเยาวชนอยู่ระหว่างการพัฒนาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ทำให้ได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมได้ง่าย (2) การก่อตัวของนิสัยตลอดชีวิต พฤติกรรมสุขภาพที่เกิดขึ้นในวัยเด็กมักจะติดตัวไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ และ (3) ผลกระทบสะสมระยะยาว ปัจจัยเสี่ยงที่เกิดขึ้นตั้งแต่เด็กจะส่งผลกระทบและทำให้เกิด NCDs ได้เร็วขึ้นในอนาคต เป็นต้น

จากรายงานของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข<sup>(5)</sup> พบว่า กลุ่มโรคไม่ติดต่อ เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม ในปี พ.ศ. 2565 องค์การอนามัยโลก รายงานข้อมูลประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs จำนวน 41 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 74 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก โดยโรคที่เป็นสาเหตุเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ในจำนวนนี้เป็นผู้เสียชีวิตกลุ่มอายุ 30-69 ปี หรือเรียกว่า การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร มากถึง 17 ล้านคน ร้อยละ 84.0 เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำ และกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง ปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง โดยเฉพาะในประเทศไทย พบว่า คนไทยเสียชีวิตจากโรค NCDs 4 โรคหลักข้างต้น ปีละกว่า 400,000 ราย หรือวันละมากกว่า 1,000 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.0 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดไปประเทศ โดยมีการประมาณ

มูลค่าความสูญเสียเศรษฐกิจไทย ในปี พ.ศ. 2562 สูงถึง 1.6 ล้านล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 9.7 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) โดยร้อยละ 91.0 ของความสูญเสียทางเศรษฐกิจ (คิดเป็นมูลค่า 1,495 พันล้านบาท) เป็นค่าใช้จ่ายแฝงที่เกิดจากภาวะขาดงาน การทำงานไม่เต็มความสามารถ การออกจากตลาดแรงงานก่อนวัยอันควร การสูญเสียกำลังผลิต อันเนื่องมาจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ในขณะที่ร้อยละ 9.0 ของความสูญเสียทางเศรษฐกิจ (มูลค่าประมาณ 139 พันล้านบาทต่อปี) เป็นค่าใช้จ่ายทางตรงในการรักษาพยาบาลนับเป็นรายจ่ายส่วนใหญ่ของระบบสาธารณสุข<sup>(6)</sup>

สำหรับกลุ่มเด็กและเยาวชน อายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า ความชุกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำหนักเกิน และอ้วน รวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค NCDs มีแนวโน้มสูงขึ้นและเป็นภัยคุกคามสุขภาพประชาชนไทย เด็กจะเริ่มที่โรคอ้วนและนำไปสู่โรค NCDs โดยปัจจุบัน ประเทศไทยมีเด็กที่เป็นโรคอ้วนสูงเป็นอันดับ 3 ของประเทศในกลุ่มอาเซียน รองจากประเทศมาเลเซีย และบรูไน<sup>(7)</sup> จากคาดการณ์ของสหพันธ์โรคอ้วนโลก (World Obesity Federation) ในปี พ.ศ. 2573 จะมีเด็กอ้วนทั่วโลกมากถึง 1 ใน 3 โดยเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี จะมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนสูงถึง ร้อยละ 30 ซึ่งจากรายงานการเฝ้าระวังโรคอ้วนในเด็กของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2567 เด็กวัยเรียนในช่วงอายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน 546,434 คน เด็กวัยรุ่นในช่วงอายุ 15-18 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน 230,027 คน และจากการคาดการณ์เด็กที่เป็นโรคอ้วนจำนวน 1 ใน 3 และตามมาด้วยโรคอื่นๆ มากมาย โดยเฉพาะการเกิดภาวะเตี้ย ภาวะบกพร่องด้านสติปัญญา และเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง<sup>(8)</sup>

เด็กและเยาวชนเป็นช่วงวัยที่อยู่ระหว่างการพัฒนาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม หากได้รับความรู้และตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพตั้งแต่เริ่มต้น จะช่วยให้สามารถสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและลดความเสี่ยงในการเกิดโรค NCDs ในระยะยาว อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเด็กและเยาวชนไม่ได้เป็นเพียงแค่การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเท่านั้น แต่ยังคงเน้นการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ซึ่งหมายถึงความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และ

นำข้อมูลด้านสุขภาพไปใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ การเสริมสร้างความตระหนักรู้ (awareness) และการรู้เท่าทัน (critical understanding) เกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพก็เป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากในปัจจุบันเด็กและเยาวชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อออนไลน์และโซเชียลมีเดียได้อย่างง่ายดาย ซึ่งบางครั้งอาจเป็นข้อมูลที่คลาดเคลื่อนหรือขาดหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีทักษะในการแยกแยะข้อมูลที่ต้องการจากข้อมูลที่เป็นเท็จ รวมถึงค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ (health values) ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของเด็กและเยาวชน หากมีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพและเห็นความสำคัญของการดูแลร่างกาย ก็จะมีแนวโน้มที่จะเลือกพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพมากกว่าพฤติกรรมที่เป็นอันตราย ดังนั้น การบูรณาการแนวทางเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักรู้ รู้เท่าทัน และค่านิยมในการป้องกันและควบคุมโรค NCDs สำหรับเด็กและเยาวชนจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้สามารถพัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพและนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างยั่งยืน ผ่านระบบการศึกษา ครอบครัว ชุมชน และเทคโนโลยีดิจิทัล โดยคำนึงถึงบริบทและความต้องการเฉพาะของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะเด็กและเยาวชนกลุ่มเปราะบางในบริบทของการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หมายถึง กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการพัฒนาพฤติกรรมเสี่ยงและการเกิดโรค NCDs เนื่องจากปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และโครงสร้างระบบที่ทำให้เข้าถึงทรัพยากรและโอกาสในการดูแลสุขภาพได้อย่างจำกัด กลุ่มเหล่านี้มีลักษณะเฉพาะและบริบททางสังคมที่แตกต่างจากเด็กและเยาวชนทั่วไป ซึ่งส่งผลให้ต้องการแนวทางการดูแลและส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและเฉพาะเจาะจง ได้แก่ (1) เด็กและเยาวชนจากครอบครัวรายได้น้อยและความยากจน โดยผู้ปกครองส่วนใหญ่ทำงานในภาคแรงงานนอกระบบ และมักอาศัยอยู่ในที่อยู่อาศัยแออัด ข้อจำกัดที่สำคัญที่สุดของกลุ่มนี้คือการเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพทางโภชนาการ (2) เด็กและเยาวชนที่ไม่ได้อยู่กับครอบครัวแกนหลัก คือเด็กและเยาวชนที่ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ ซึ่งรวมถึงเด็กที่พ่อแม่เป็นแรงงานย้ายถิ่นและต้องอยู่กับปู่ย่า ตายาย หรือญาติ

ปัญหาสำคัญของกลุ่มนี้คือการขาดการดูแลและกำกับอย่างใกล้ชิด ผู้ปกครองทดแทนมักเป็นผู้สูงอายุที่มีความรู้เรื่องสุขภาพจำกัด (3) เด็กและเยาวชนนอกระบบการศึกษา รวมถึงเด็กแรงงานที่ต้องทำงานช่วยครอบครัวหรือทำงานรับจ้าง การไม่ได้รับการศึกษาสุขภาพอย่างเป็นระบบเหมือนเด็กที่อยู่ในโรงเรียน ข้อมูลสุขภาพส่วนใหญ่ที่พบมักเป็นภาษาที่ซับซ้อนและไม่เหมาะสมกับระดับการศึกษา ทำให้ขาดช่องทางการเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการและเข้าใจง่าย (4) เด็กและเยาวชนในพื้นที่ห่างไกลและชายแดน ประกอบด้วยเด็กในชุมชนชาติพันธุ์ที่มีวัฒนธรรมการบริโภคเฉพาะเด็กในพื้นที่ภูเขาที่เข้าถึงบริการสุขภาพได้ยาก และเด็กในพื้นที่ชายแดนที่ได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมข้ามชาติ ความท้าทายคือปัจจัยด้านวัฒนธรรมการบริโภคและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัด และ (5) เด็กและเยาวชนที่มีภาวะความเครียดและปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งความเครียดเรื้อรังมีผลกระทบต่อระบบเมตาบอลิซึมของร่างกาย มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการบริโภค โดยเฉพาะการกิน (emotional eating) ซึ่งทำให้ขาดกิจกรรมทางกายและการรับรู้ตนเอง เป็นต้น

จากการวิเคราะห์เด็กและเยาวชนกลุ่มเปราะบางทั้ง 5 กลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างสำคัญจากเด็กทั่วไปในหลายมิติ ได้แก่ ข้อจำกัดด้านทรัพยากรในการเข้าถึงอาหาร บริการ และข้อมูลสุขภาพที่ต้องการ บริบททางสังคมที่ซับซ้อน จากปัจจัยครอบครัว ชุมชน และวัฒนธรรม ความเปราะบางทางจิตใจจากความเครียดและความไม่มั่นคงในชีวิต และการขาดโอกาสในการศึกษา การมีส่วนร่วม และการพัฒนาตนเอง ดังนั้น การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน NCDs สำหรับกลุ่มเปราะบางต้องมีความเฉพาะเจาะจง และปรับให้เหมาะกับบริบทของแต่ละกลุ่ม ต้องใช้แนวทางการทำงานแบบบูรณาการที่เชื่อมโยงหลายหน่วยงาน การใช้แนวทางชุมชนเป็นฐานที่ใช้ประโยชน์จากทรัพยากรและภูมิปัญญาท้องถิ่น การพัฒนาทักษะชีวิตที่ไม่เพียงแต่ความรู้แต่รวมถึงทักษะการใช้ชีวิต และการสร้างระบบสนับสนุนและกำกับดูแลที่เข้มแข็งและยั่งยืน เพื่อให้เด็กและเยาวชนกลุ่มเปราะบางเหล่านี้สามารถมีสุขภาพที่ดีและลดความเสี่ยงต่อการเกิด NCDs ในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## สถานการณ์และความท้าทาย ในการป้องกันควบคุมโรค NCDs ของประเทศไทย

ปฏิญญาทางการเมือง (Political Declaration) จากการประชุมระดับสูงแห่งสหประชาชาติ พ.ศ. 2564 ได้ประกาศความมุ่งมั่นในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยมีการปรับกรอบนโยบายให้ครอบคลุมมากขึ้น จากเดิมที่มุ่งเน้นการจัดการ 4 โรค NCDs หลัก ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและภาวะโรคสูง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง เพิ่มเป็น 5 โรค โดยเพิ่มโรคทางสุขภาพจิตเข้าไป นอกจากนี้ ยังมีการปรับปรุงปัจจัยเสี่ยงจาก 4 ปัจจัยหลัก ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมเป็น 5 ปัจจัยเสี่ยง โดยเพิ่มภาวะมลพิษทางอากาศเข้าไป ซึ่งเป็นแนวทางที่เรียกว่า “5x5 NCD agenda”<sup>(9)</sup> จากการรวบรวมข้อมูลในประเทศไทย พบว่า สถานการณ์และความท้าทายในการป้องกันควบคุมโรค NCDs มีหลากหลายประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

### 1. ปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค NCDs

จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย (NHES) ในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2551-2552 พ.ศ. 2556-2557 และ พ.ศ. 2562-2563 พบว่า ความชุกการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน และความชุกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย ในขณะที่ความชุกการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ความชุกการกินผักและผลไม้เพียงพตามข้อเสนอแนะ ( $\geq 5$  ส่วนมาตรฐานต่อวัน) รวมทั้งความชุกภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ( $BMI \geq 25$  กก./ม<sup>2</sup>) ภาวะอ้วนลงพุง (เส้นรอบเอว  $\geq 90$  ซม. ในชาย และ  $\geq 80$  ซม. ในหญิง) และภาวะไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูง (total cholesterol  $\geq 240$  มก./ดล.) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ผลการสำรวจปริมาณการบริโภคโซเดียมต่อวันของประชาชนไทย พ.ศ. 2562-2563 พบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมที่บริโภคเท่ากับ 3,636 มก.ต่อวัน ซึ่งสูงเกินปริมาณที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ (ไม่เกิน 2,000 มก.ต่อวัน)<sup>(10)</sup> สอดคล้อง

กับสอดคล้องกับข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข<sup>(5)</sup> ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2565 อัตราป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2565 พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 7,339.7 ต่อประชากรแสนคน และอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 15,109.6 ต่อประชากรแสนคน รวมทั้งอัตราผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกันในปี พ.ศ. 2565 พบอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 554.8 ต่อประชากรแสนคน และอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 731.5 ต่อประชากรแสนคน

### 2. ภาระทางเศรษฐกิจและสังคม

รายงานการประเมินต้นทุนและความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากโรค NCDs ของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2562 ประมาณความสูญเสียต่อเศรษฐกิจของประเทศทั้งทางตรง และทางอ้อมสูงถึง 1,637.5 พันล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 9.7 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) โดยเป็นความสูญเสียมาจากค่ารักษาพยาบาล ประมาณ 139.3 พันล้านบาท จากโรคหัวใจและหลอดเลือด 36.8 พันล้านบาท โรคมะเร็ง 24.9 พันล้านบาท โรคเบาหวาน 4.4 พันล้านบาท และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง 7.2 พันล้านบาท ด้านความสูญเสียต่อเศรษฐกิจของประเทศทางอ้อม ประมาณ 1,498.2 พันล้านบาท ความสูญเสียส่วนใหญ่มาจากประชากรวัยแรงงานออกจากตลาดแรงงานก่อนวัยอันควร สูงถึง 1,406.8 พันล้านบาท ภาวะการทำงานไม่เต็มความสามารถ 56.9 พันล้านบาท และภาวะขาดงาน 34.6 พันล้านบาท<sup>(11)</sup>

### 3. ระบบบริการสุขภาพ

ประมาณการจากรายงานผลการสำรวจ NHES ปี พ.ศ. 2562-2563 พบว่า คนไทยป่วยด้วยโรคเบาหวานประมาณ 6.5 ล้านคน และป่วยความดันโลหิตสูงประมาณ 14 ล้านคน<sup>(10)</sup> เมื่อเทียบกับข้อมูลจากฐานข้อมูลการให้บริการจากหน่วยบริการสุขภาพ (Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข) ในปี พ.ศ. 2566 พบว่ามีจำนวนต่างกัน กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 1.9 ล้านคน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงประมาณ 7.6 ล้านคน ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากฐานข้อมูล HDC ยังไม่ครอบคลุมหน่วยบริการทั้งหมดของประเทศ เช่น หน่วยบริการเอกชนหรือภาครัฐสังกัดกระทรวงอื่น และส่วนหนึ่งอาจสะท้อนถึงการเข้าถึงบริการคัดกรองและ

การวินิจฉัยยังไม่ครอบคลุม ดังผลการสำรวจ NHES พบสัดส่วนของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่ไม่รู้ตัวว่าป่วยถึงร้อยละ 30.6 และร้อยละ 48.8 ตามลำดับ พบในกลุ่มอายุ 15-44 ปี มากที่สุด และเพศชายในทุกกลุ่มอายุมีสัดส่วนของการไม่รู้ตัวว่าป่วยสูงกว่าในเพศหญิงในกลุ่มอายุเดียวกัน<sup>(5)</sup>

สำหรับสถานการณ์โรค NCDs ในเด็กและเยาวชนเป็นปัญหาสุขภาพที่ทวีความรุนแรงขึ้นทั่วโลก รวมถึงในประเทศไทย โดยองค์การอนามัยโลกระบุว่า การเกิดโรค NCDs มีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมตั้งแต่วัยเด็ก เช่น การบริโภคอาหารที่มีพลังงานสูงแต่มูลค่าทางโภชนาการต่ำ การขาดกิจกรรมทางกาย และการได้รับสารพิษจากมลภาวะ<sup>(12)</sup> ทั้งนี้ ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยชี้ให้เห็นว่าเด็กและเยาวชนมีแนวโน้มเป็นโรคอ้วน เบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs ในระยะยาว การป้องกันและควบคุมโรคในกลุ่มเด็กและเยาวชนเผชิญกับความท้าทายที่สำคัญ จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ โรงเรียน ครอบครัว และชุมชน ผ่านการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม และสร้างนโยบายที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน โดยที่ผ่านมามีประเทศไทยมีความพยายามในการดำเนินงานโดยมีนโยบายและมาตรการเชิงรุกต่างๆ อย่างต่อเนื่อง การบูรณาการมาตรการทางสุขภาพเข้ากับนโยบายสาธารณะ และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนจะเป็นกุญแจสำคัญในการลดภาระโรค NCDs และยกระดับคุณภาพชีวิตของประชากรไทยในอนาคต

## เป้าหมายและทิศทางการดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรค NCDs ในประเทศไทย

จากการศึกษาแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566-2570) ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่าประเทศไทยได้มีการกำหนดนโยบาย การวางกรอบและทิศทางการดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรค NCDs ทั้งในมิติ

เฝ้าระวัง สร้างเสริม สุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และยกระดับการมีสุขภาพที่ดีของประชากรไทย เพื่อให้ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพตนเองให้พ้นจากโรค NCDs ที่ป้องกันได้อย่างยั่งยืน โดยมีเป้าหมาย คือ “การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชาชนจากโรค NCDs ลดลงร้อยละ 25 ภายในปี พ.ศ. 2570 (เทียบจากปี พ.ศ. 2553)” ประกอบไปด้วย 3 ยุทธศาสตร์ ดังนี้ ยุทธศาสตร์ที่ 1 บูรณาการเครือข่ายทุกภาคส่วนในการจัดการโรค NCDs (smart NCD network) ยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (NCD health literacy) ความตระหนักรู้เท่าทัน และค่านิยมในการป้องกันควบคุมโรค NCDs ของคนในชาติ และยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างระบบนิเวศ (NCD ecosystem) ที่เอื้อต่อการจัดการโรค NCDs ของประเทศ สำหรับบทความเรื่องนี้จะมุ่งศึกษาในยุทธศาสตร์ที่ 2 ประกอบด้วย 4 เป้าหมายย่อย 4 ตัวชี้วัด ดังนี้

ตามตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายย่อยเรื่องประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการโรค NCDs และปัจจัยเสี่ยงด้วยตนเอง หมายถึง ความสามารถของประชาชนในการดูแลและควบคุมสุขภาพของตนเอง โดยอาศัยความรู้อาศัยทักษะ และทรัพยากรที่มีอยู่ เพื่อลดความเสี่ยงหรือชะลอความรุนแรงของโรค ซึ่งรวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ และการใช้ทรัพยากรด้านสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งกรอบการศึกษาของบทความนี้จะมุ่งเน้นไปที่การเสริมสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักรู้เท่าทัน และค่านิยมในเด็กและเยาวชน ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบาง

## แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันโรค NCDs

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) หมายถึง ทักษะด้านการรู้คิดและทักษะทางสังคม<sup>(13)</sup> ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อตัดสินใจและปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมต่อสุขภาพของตนเองและสังคม ความรู้ด้านสุขภาพจึงไม่ใช่แค่เพียงความรู้ แต่เป็นทักษะทางปัญญาที่สามารถเพิ่มพูนผ่านการเรียนรู้ได้ตลอดชีวิต การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ คือ การพัฒนา

ตารางที่ 1 ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (NCD health literacy)<sup>(5)</sup>

ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	ค่าเป้าหมาย				
		2566	2567	2568	2569	2570
1. ร้อยละประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุม/โรค NCDs	ร้อยละ	55	55	60	65	70
2. ร้อยละของประชาชนผู้รับบริการมีความชำนาญในการเข้าถึงและใช้เครื่องมือสร้างความรอบรู้ที่มีความน่าเชื่อถือ		80	85	90	95	100
3. จำนวนกระบวนการหรือกิจกรรมการบูรณาการ การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรค NCDs ระหว่างเครือข่าย	จำนวน	390	455	520	585	650
4. ร้อยละขององค์กร/หน่วยงานเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค NCDs	ร้อยละ (สะสม)	20	40	60	80	100

ทักษะที่จำเป็นต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพเป้าหมาย<sup>(14)</sup> ส่วนขององค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะในการเข้าถึง ข้อมูลด้านสุขภาพที่เชื่อถือได้ รวมถึงความสามารถในการใช้ข้อมูลดังกล่าวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรค องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ<sup>(15)</sup> สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับหลัก ได้แก่ (1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงหน้าที่ (functional health literacy) ความสามารถในการอ่านและเข้าใจข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ เช่น ฉลากยา ป้ายโฆษณาการ หรือคำแนะนำทางการแพทย์ (2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงโต้ตอบ (interactive health literacy) ความสามารถในการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อสื่อสารและแลกเปลี่ยนกับบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการปรับใช้ข้อมูลเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง และ (3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงวิพากษ์ (critical health literacy) ความสามารถในการวิเคราะห์และประเมินข้อมูล

ด้านสุขภาพ เพื่อใช้ตัดสินใจเลือกแนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันและจัดการโรค

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องของผู้เขียนสามารถสังเคราะห์องค์ประกอบสำคัญของ NCD health literacy ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบหลัก ได้ดังนี้

**1. การเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการ (access to accurate health information)** การมีช่องทางและความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่น่าเชื่อถือเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ<sup>(16)</sup> เด็กและเยาวชนควรสามารถเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรค NCDs ได้จากแหล่งที่เชื่อถือได้ เช่น เว็บไซต์ขององค์การอนามัยโลก กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันการแพทย์ คู่มือสุขภาพ และแนวทางป้องกันโรคที่จัดทำโดยผู้เชี่ยวชาญ หรือการให้ความรู้ผ่านสื่อมวลชน เช่น โทรทัศน์ วิทยุ และสื่อสังคมออนไลน์ที่น่าเชื่อถือ

**2. การเข้าใจข้อมูลสุขภาพและแนวทางป้องกันโรค (understanding health information and disease prevention)** เมื่อสามารถเข้าถึงข้อมูลได้แล้ว ขั้นตอนต่อมา คือ การทำความเข้าใจเนื้อหาของข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ (1) การรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรค NCDs เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และการขาดกิจกรรมทางกาย (2) ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีป้องกันโรค เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการควบคุมความเครียด และ (3) การตระหนักถึงสัญญาณเตือนของโรค NCDs และความสำคัญของการตรวจสุขภาพเป็นประจำ

**3. การคิดวิเคราะห์และรู้เท่าทัน (critical understanding)** การมีความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูล และตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองอย่างมีเหตุผลเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อป้องกันการเข้าใจผิดหรือการรับข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง<sup>(17)</sup> ตัวอย่างของทักษะการคิดวิเคราะห์ ได้แก่ (1) การแยกแยะข้อมูลที่ถูกต้องจากข้อมูลที่ไม่มีแหล่งอ้างอิงทางวิชาการ (2) การพิจารณาว่าข้อมูลสุขภาพที่ได้รับมานั้นมีความน่าเชื่อถือและทันสมัยหรือไม่ และ (3) การประเมินความเสี่ยงของพฤติกรรมสุขภาพและผลกระทบต่อสุขภาพระยะยาว

**4. การนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน (health behavior application)** องค์ประกอบที่สำคัญที่สุดของ NCD health literacy คือ ความสามารถในการนำความรู้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันโรค NCDs และส่งเสริมสุขภาพ ตัวอย่างเช่น การเลือกบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การลดหรือเลิกพฤติกรรมเสี่ยง การบริหารจัดการความเครียด และการนอนหลับที่เพียงพอ รวมถึงการตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อตรวจคัดกรองโรค

ดังนั้น แนวคิด NCD health literacy ไม่เพียงแต่หมายถึงการมีความรู้เกี่ยวกับโรค NCDs เท่านั้น แต่ยังรวมถึงความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการ การเข้าใจแนวทางป้องกัน การคิดวิเคราะห์และแยกแยะข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และการนำความรู้เหล่านั้นไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสม การพัฒนาองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านนี้จะช่วยให้เด็กและเยาวชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

## แนวทางการบูรณาการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชน

การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ให้กับเด็กและเยาวชนเป็นกระบวนการที่สำคัญในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในระยะยาว ต้องอาศัยการบูรณาการความร่วมมือจากหลายภาคส่วนและการออกแบบวิธีการที่เหมาะสมกับบริบทเฉพาะของแต่ละกลุ่ม โดยแนวทางที่มีประสิทธิภาพควรครอบคลุมการทำงานในระดับระบบต่างๆ ตั้งแต่ระดับนโยบาย ระดับสถาบัน ระดับชุมชน และระดับบุคคล พร้อมทั้งการกำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจนและการใช้วิธีการที่สอดคล้องกับลักษณะและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย<sup>(18)</sup> ดังนี้

### 1. ระดับการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

#### 1.1 การทำงานในระดับระบบนโยบายและการบริหารจัดการ

จำเป็นต้องมีการปรับปรุงระบบการทำงานให้สามารถเข้าถึงเด็กและเยาวชนกลุ่มเปราะบางได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระทรวงสาธารณสุขในฐานะหน่วยงานหลักด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการจัดทำนโยบายและแนวปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงสำหรับกลุ่มเปราะบาง รวมถึงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและติดตามสุขภาพที่สามารถครอบคลุมเด็กนอกระบบการศึกษา เด็กในพื้นที่ห่างไกล และเด็กที่ไม่ได้อยู่กับครอบครัวแกนหลัก การจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ที่เข้าถึงยาก และการพัฒนาเครื่องมือและสื่อการศึกษาที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย เริ่มจากกระทรวงศึกษาธิการมีบทบาทในการปรับปรุงหลักสูตรการศึกษาให้มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เข้มข้นขึ้น และพัฒนาระบบการศึกษานอกโรงเรียนเพื่อเข้าถึงเด็กที่อยู่นอกระบบการศึกษา นอกจากนี้ยังต้องจัดการฝึกอบรมครูและบุคลากรทางการศึกษาให้มีความสามารถในการระบุและให้การสนับสนุนเด็กกลุ่มเปราะบาง การพัฒนาโปรแกรมการศึกษาแบบเรียนรวมที่สามารถรองรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น เพื่อให้บริการแบบครบวงจร ส่วนกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์มีหน้าที่ดูแลเด็กและเยาวชน

ที่อยู่ในสถานการณ์เสี่ยง โดยการพัฒนาระบบการดูแลและคุ้มครองที่ครอบคลุมทั้งการป้องกันและการแก้ไขปัญหา การจัดการบริการสนับสนุนครอบครัวที่มีปัญหา การพัฒนาศักยภาพของผู้ปกครองทดแทน และการสร้างเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็งเพื่อช่วยเหลือเด็กกลุ่มเปราะบางระดับท้องถิ่นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี เช่น การจัดสวนสาธารณะสำหรับออกกำลังกาย การควบคุมการขายอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ และการสร้างชุมชนปลอดภัยที่เด็กสามารถทำกิจกรรมกลางแจ้งได้

### 1.2 การทำงานในระดับสถาบันการศึกษาและระบบสาธารณสุข

โรงเรียนในฐานะสถาบันหลักในการให้การศึกษาแก่เด็กและเยาวชนมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนที่เน้นการปฏิบัติและการมีส่วนร่วม แทนการเรียนรู้เพียงภาคทฤษฎี การจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การปลูกผักในโรงเรียน การทำอาหารเพื่อสุขภาพ และการออกกำลังกายแบบหลากหลาย การพัฒนาระบบโภชนาการในโรงเรียนที่เป็นแบบอย่างที่ดี และการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยจากการกลั่นแกล้งและความรุนแรง สำหรับเด็กนอกระบบการศึกษา สถาบันการศึกษานอกโรงเรียนและศูนย์การเรียนรู้ชุมชนมีบทบาทในการจัดการศึกษาทางเลือกที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของเด็กแรงงาน เด็กที่ขายของตามท้องถนน หรือเด็กในพื้นที่ห่างไกล โดยการออกแบบการเรียนรู้ที่ยืดหยุ่นด้านเวลาและสถานที่ การใช้กิจกรรมที่สนุกสนานและเข้าใจง่าย และการเชื่อมโยงการเรียนรู้กับประสบการณ์ชีวิตจริงของเด็กเหล่านี้ รวมถึงระบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ได้แก่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และคลินิกหมอครอบครัว มีบทบาทในการให้บริการสุขภาพที่เข้าถึงได้และเหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น โดยการพัฒนาบุคลากรให้มีความเข้าใจเรื่องความเปราะบางของเด็กในแต่ละกลุ่ม การจัดการบริการให้คำปรึกษาทางโภชนาการที่เฉพาะเจาะจง การดำเนินโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน และการสร้างเครือข่ายการส่งต่อเมื่อพบปัญหาที่ซับซ้อน

### 1.3 การทำงานในระดับชุมชนและครอบครัว

การทำงานในระดับชุมชนถือเป็นกลไกสำคัญในการเข้าถึงเด็กและเยาวชนกลุ่มเปราะบาง โดยเฉพาะกลุ่มที่อยู่

นอกระบบการศึกษาหรือในพื้นที่ห่างไกล ผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน และผู้นำศาสนา มีบทบาทในการเป็นตัวกลางในการสื่อสาร การสร้างการยอมรับ และการขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยการใช้ภูมิปัญญาและวัฒนธรรมท้องถิ่นเป็นจุดเริ่มต้น การปรับข้อมูลสุขภาพให้เข้ากับบริบทชุมชน และการสร้างแรงจูงใจจากภายในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญในการเป็นสะพานเชื่อมระหว่างระบบสาธารณสุขกับชุมชน โดยการติดตามดูแลสุขภาพเด็กในพื้นที่ การให้คำแนะนำเบื้องต้นเรื่องโภชนาการและการออกกำลังกาย การระบุและส่งต่อเด็กที่มีปัญหาสุขภาพ และการเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในชุมชน รวมถึงองค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) และมูลนิธิต่างๆ ที่ทำงานกับเด็กกลุ่มเปราะบาง มีบทบาทในการเติมเต็มช่องว่างที่ระบบราชการอาจเข้าถึงไม่ได้ โดยการพัฒนานวัตกรรมในการให้บริการ การสร้างโปรแกรมเฉพาะสำหรับเด็กในสถานการณ์พิเศษ และการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบาย และในระดับครอบครัว การทำงานกับผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองทดแทน เช่น ปู่ย่า ตายาย ในการดูแลสุขภาพเด็ก การสนับสนุนครอบครัวเข้าถึงทรัพยากรด้านสุขภาพ และการสร้างทักษะการเลี้ยงดูเด็กที่เหมาะสม สำหรับครอบครัวที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ การให้การสนับสนุนแบบองค์รวม เช่น การจัดหาแหล่งรายได้ การลดค่าใช้จ่าย และการเข้าถึงสวัสดิการทางสังคม จะช่วยลดความเครียดและสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ

## 2. วิธีการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามกลุ่มเป้าหมาย

สำหรับเด็กและเยาวชนจากครอบครัวรายได้น้อย วิธีการที่มีประสิทธิภาพคือ การใช้แนวทางการศึกษาที่เน้นการแก้ปัญหาเชิงปฏิบัติ เช่น การสอนทำอาหารเพื่อสุขภาพ ด้วยงบประมาณจำกัด การสร้างสวนผักในชุมชนเพื่อเป็นแหล่งผักปลอดภัยราคาถูก การจัดกิจกรรมออกกำลังกายที่ไม่ต้องใช้อุปกรณ์แพง และการสร้างกลุ่มสนับสนุนระหว่างครอบครัวที่อยู่ในสถานการณ์คล้ายกัน การใช้เทคโนโลยี-ดิจิทัลที่เข้าถึงได้ง่าย เช่น แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือหรือไลน์กรุป เพื่อให้ข้อมูลและสร้างแรงบันดาลใจ

กรณีเด็กที่ไม่ได้อยู่กับครอบครัวแกนหลัก การทำงานกับผู้ปกครองทดแทนเป็นสิ่งสำคัญ โดยการจัดการอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพเด็ก การสร้างเครือข่ายผู้ปกครองทดแทนเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การจัดบริการให้คำปรึกษาเมื่อประสบปัญหา และการสร้างระบบติดตามดูแลที่ใกล้ชิดสำหรับเด็กเหล่านี้ การให้ความสำคัญกับด้านจิตใจและอารมณ์เป็นสิ่งจำเป็น โดยการสอนทักษะการจัดการอารมณ์ การสร้างความมั่นใจในตนเอง และการหาช่องทางแสดงออกที่เหมาะสม

สำหรับเด็กนอกระบบการศึกษา วิธีการที่เหมาะสมคือการใช้การศึกษาแบบไม่เป็นทางการที่ยืดหยุ่นและตอบสนองความต้องการของเด็กแต่ละกลุ่ม การจัดกิจกรรมในสถานที่ที่เด็กคุ้นเคย เช่น ตลาด ชุมชน หรือสถานที่ทำงาน การใช้รูปแบบการเรียนรู้ที่สนุกสนาน เช่น เกม กีฬา หรือกิจกรรมศิลปะ การเชื่อมโยงเนื้อหาด้านสุขภาพกับทักษะการทำงานหรือการประกอบอาชีพ และการสร้างแรงจูงใจด้วยการให้รางวัลหรือสิ่งจูงใจที่เหมาะสม

สำหรับเด็กในพื้นที่ห่างไกลและชายแดน การเคารพและใช้ประโยชน์จากวัฒนธรรมท้องถิ่นเป็นกุญแจสำคัญ การแปลและดูแลข้อมูลสุขภาพให้เป็นภาษาท้องถิ่น การใช้ภูมิปัญญาและพืชสมุนไพรท้องถิ่นเป็น จุดเชื่อมต่อการฝึกอบรมอาสาสมัครจากชุมชนให้เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ และการสร้างความร่วมมือกับผู้นำทางศาสนาและผู้นำชุมชน การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ เช่น วิทยุชุมชน หรือการใช้โทรศัพท์มือถือในการสื่อสาร

กรณีเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิตและความเครียด การทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพที่รวมนักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และบุคลากรสาธารณสุขเป็นสิ่งจำเป็น การพัฒนาทักษะการจัดการความเครียด การสอนเทคนิคการผ่อนคลาย การสร้างกิจกรรมที่ช่วยระบายอารมณ์ในทางที่สร้างสรรค์ และการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและให้การสนับสนุน การทำงานกับครอบครัวและโรงเรียนเพื่อลดปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความเครียดก็มีความสำคัญไม่น้อย

### 3. การส่งเสริมค่านิยมด้านสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การส่งเสริมค่านิยมด้านสุขภาพเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนและการ

ดำเนินงานในระยะยาว สื่อมวลชนทั้งประเภทแบบดั้งเดิมและสื่อดิจิทัลมีบทบาทสำคัญในการสร้างกระแสสังคมและเปลี่ยนทัศนคติของสาธารณชน โดยการผลิตเนื้อหาที่สร้างสรรค์และเข้าใจง่าย การใช้ศิลปิน นักกีฬา หรือบุคคลที่เด็กและเยาวชนเคารพนับถือเป็นแบบอย่าง (role model) และการสร้างแคมเปญที่สอดคล้องกับความสนใจและวิถีชีวิตของเด็กแต่ละกลุ่ม ส่วนภาคเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งอุตสาหกรรมอาหารและเครื่องดื่ม มีบทบาทในการรับผิดชอบต่อสังคม (corporate social responsibility) โดยการผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่ส่งเสริมสุขภาพ การจำกัดการโฆษณาสินค้าที่ไม่ดีต่อสุขภาพที่มุ่งเป้าไปที่เด็ก การสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน และการพัฒนานวัตกรรมทางด้านอาหารที่มีคุณภาพและราคาเข้าถึงได้ สถาบันศาสนาและองค์กรทางสังคมต่างๆ มีบทบาทในการเป็นต้นแบบและช่องทางสื่อสารค่านิยมด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับหลักคำสอนทางศาสนา และปรัชญาการดำรงชีวิต การบรรจุเนื้อหาด้านสุขภาพในกิจกรรมทางศาสนาและการรวมกลุ่มทางสังคม และการสร้างแรงบันดาลใจในการดูแลร่างกายในฐานะของประทานที่ควรทะนุถนอม และในระดับนโยบาย การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การกำหนดข้อบังคับเรื่องการโฆษณาอาหารขยะ การจำกัดภาษีสินค้าที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การส่งเสริมการผลิตและจำหน่ายอาหารปลอดภัย และการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่ส่งเสริมการออกกำลังกาย เป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงค่านิยมและพฤติกรรมของสังคม

### 4. การติดตามประเมินผลและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาระบบติดตามประเมินผลที่สามารถวัดความสำเร็จของการดำเนินงานทั้งในระยะสั้นและระยะยาวเป็นสิ่งจำเป็น โดยการใช้ตัวชี้วัดที่หลากหลาย ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เช่น ระดับความรู้ด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ความซุกซนของปัจจัยเสี่ยงต่อ NCDs และความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ผล เช่น การใช้แอปพลิเคชันในการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ การสำรวจออนไลน์ หรือการวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ (big data) จะช่วยให้การติดตามประเมินผล

มีประสิทธิภาพและครอบคลุมมากขึ้น การสร้างเครือข่าย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ต่างๆ และการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายในการประเมินและปรับปรุงกิจกรรม จะช่วยให้การดำเนินงานมีความยั่งยืนและตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของเด็กและเยาวชนกลุ่มเปราะบาง<sup>(19)</sup>

แนวทางการบูรณาการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนกลุ่มเปราะบางที่มีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบระหว่างหน่วยงานต่างๆ การออกแบบวิธีการที่เหมาะสมกับบริบทเฉพาะของแต่ละกลุ่ม และการมุ่งเน้นการสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน ทั้งในระดับบุคคลและสังคม เพื่อให้เด็กและเยาวชนเหล่านี้สามารถมีสุขภาพที่ดีและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคตต่อไป

## วิจารณ์

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ได้กลายเป็นวิกฤตสาธารณสุขที่สำคัญที่สุดในศตวรรษที่ 21 โดยส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลกและประเทศไทย สิ่งที่น่าวิตกเป็นพิเศษคือการที่โรคกลุ่มนี้ซึ่งเคยพบเฉพาะในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ปัจจุบันได้แผ่ขยายไปสู่เด็กและเยาวชนด้วยอัตราที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตในยุคโลกาภิวัตน์ การพัฒนาเทคโนโลยีที่ส่งเสริมความเฉื่อยชา การเข้าถึงอาหารแปรรูปและเครื่องดื่มหวานได้ง่ายขึ้น ประกอบกับความเครียดที่เพิ่มมากขึ้นจากการแข่งขันทางการศึกษาและสังคม ล้วนเป็นปัจจัยที่ผลักดันให้เด็กและเยาวชนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิด NCDs มากขึ้น แม้ว่าโรค NCDs จะมีผลกระทบรุนแรง แต่ข้อเท็จจริงที่สำคัญคือโรคเหล่านี้สามารถป้องกันได้มากถึงร้อยละ 80 หากมีการดำเนินมาตรการที่เหมาะสมตั้งแต่ในวัยเยาว์ การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงไม่เพียงแต่เป็นเครื่องมือในการถ่ายทอดความรู้ แต่เป็นกลยุทธ์การลงทุนในอนาคตของประเทศที่มีอัตราผลตอบแทนสูงที่สุด เนื่องจากช่วงวัยเด็กและเยาวชนเป็นช่วงทองของการสร้างนิสัยและค่านิยมที่จะติดตัวไปตลอดชีวิต

การศึกษาครั้งนี้ได้เสนอกรอบแนวคิดการบูรณาการที่ครอบคลุม 4 มิติสำคัญ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ความตระหนักรู้ (awareness)

การรู้เท่าทัน (critical understanding) และค่านิยมด้านสุขภาพ (health values) โดยมิติแต่ละมิติมีความเชื่อมโยงและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นพื้นฐานในการให้เด็กและเยาวชนสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ความตระหนักรู้ช่วยให้เกิดการรับรู้ถึงความสำคัญและความเร่งด่วนของการดูแลสุขภาพ การรู้เท่าทันเป็นทักษะการคิดวิเคราะห์ที่จำเป็นในยุคข้อมูลข่าวสารล้นท่วมและบางครั้งผิดพลาด และค่านิยมด้านสุขภาพเป็นแรงขับเคลื่อนภายในที่ทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน สิ่งที่เป็นจุดเด่นของแนวทางที่เสนอคือ การให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับเด็กและเยาวชนกลุ่มเปราะบาง ซึ่งมักถูกมองข้ามในนโยบายสาธารณสุขทั่วไป กลุ่มเหล่านี้ ได้แก่ เด็กจากครอบครัวรายได้น้อย เด็กที่ไม่ได้อยู่กับครอบครัวแกนหลัก เด็กนอกระบบการศึกษา เด็กในพื้นที่ห่างไกล และชายแดน และเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิต มีความเสี่ยงต่อการเกิด NCDs สูงกว่าเด็กทั่วไปเนื่องจากข้อจำกัดด้านทรัพยากร การเข้าถึงบริการ และสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวย การวิเคราะห์บริบทเฉพาะของแต่ละกลุ่มและการออกแบบแนวทางที่ตอบสนองความต้องการเฉพาะ จึงเป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้

แนวทางการบูรณาการที่เสนอมุ่งจุดแข็งในการกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบของหน่วยงานต่างๆ อย่างชัดเจน ตั้งแต่ระดับนโยบายที่ต้องอาศัยการนำของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ระดับสถาบันที่ต้องอาศัยการขับเคลื่อนของโรงเรียน สถานพยาบาล และองค์กรศึกษานอกโรงเรียน ระดับชุมชนที่ต้องอาศัยผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และองค์กรพัฒนาเอกชน และระดับครอบครัวที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก การแบ่งบทบาทที่ชัดเจนนี้จะช่วยลดความซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงาน อย่างไรก็ตาม การนำแนวทางนี้ไปสู่การปฏิบัติยังคงมีความท้าทายหลายประการ ประการแรกคือ ความซับซ้อนในการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่มีวัฒนธรรมการทำงานและลำดับความสำคัญที่แตกต่างกัน ประการที่สองคือ การขาดแคลนงบประมาณและบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลและชุมชนเปราะบาง

ประการที่สามคือ ความต้านทานการเปลี่ยนแปลงจากวัฒนธรรมและความเชื่อดั้งเดิม ซึ่งอาจขัดแย้งกับข้อมูลสุขภาพสมัยใหม่ และประการสุดท้ายคือ การประเมินผลที่ยังขาดเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับวัดความสำเร็จของการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในเด็กและเยาวชนกลุ่มเปราะบาง ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาต่อยอดมีหลายประเด็น ประเด็นแรกคือ การพัฒนาเครื่องมือวัดและประเมินผลที่เหมาะสมกับบริบทไทยและสามารถใช้กับเด็กกลุ่มเปราะบางได้ ประเด็นที่สองคือ การศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสิทธิภาพของแนวทางต่างๆ ในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสร้างฐานหลักฐานที่แข็งแกร่ง ประเด็นที่สามคือ การพัฒนานวัตกรรมการศึกษาที่ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงช่องว่างทางดิจิทัล และประเด็นสุดท้ายคือ การสร้างกลไกการทำงานข้ามภาคส่วนที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชน โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง ไม่เพียงแต่เป็นการลงทุน

ในสุขภาพของคนรุ่นอนาคตเท่านั้น แต่ยังเป็นการลงทุนในความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ การลดภาระโรค NCDs จะช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศที่ปัจจุบันสูงถึงร้อยละ 9.7 ของ GDP และเพิ่มผลิตภาพของกำลังแรงงานในอนาคต นอกจากนี้ ยังช่วยสร้างความเท่าเทียมทางสุขภาพโดยการให้โอกาสแก่เด็กกลุ่มเปราะบางที่มักถูกทิ้งไว้ข้างหลัง ความสำเร็จของการป้องกันและควบคุม NCDs ในเด็กและเยาวชนจึงขึ้นอยู่กับความมุ่งมั่นของสังคมไทยในการมองเห็นเด็กทุกคนเป็นทรัพยากรที่มีค่าและการยอมรับว่าการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่เด็กทุกคนควรได้รับ ไม่ว่าจะเกิดมาในครอบครัวใด อาศัยอยู่ในพื้นที่ใด หรือมีสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจอย่างไร การรวมพลังของทุกภาคส่วนเพื่อสร้างสังคมที่เด็กและเยาวชนสามารถเติบโตอย่างสมบูรณ์และมีสุขภาพดีจึงไม่ใช่เพียงแค่เป้าหมายทางวิชาการ แต่เป็นภารกิจสำคัญที่จะกำหนดอนาคตของชาติไทยในทศวรรษต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. วราลี ตั้งวินิต. แนวทางบูรณาการทุพพบบำบัดเชิงนิเวศเพื่อกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs). วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์ 2562;15(เพิ่มเติม):1-14.
2. ชูลีลักษณ์ หนูเสน. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด. J Res Health Inno Dev 2564;2(3):131-45.
3. กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. คู่มือการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยยึดชุมชนเป็นฐาน : ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (CBI NCDs): นนทบุรี. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
4. จูติรัตน์ เดชพรหม. ม.มหิดล ชีวีภัยโรค NCDs เปลี่ยนเป้าหมายสู่รุ่นเยาว์ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 20 มี.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.nstda.or.th/sci2pub/ncds-young-age/>
5. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566-2570) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 20 มี.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล:<https://dmsic.moph.go.th/index/detail/9564>
6. พวงชมพู ประเสริฐ. สร.ต้น “โรคNCDs” วาระแห่งชาติ ยอดป่วยพุ่ง สูญเสียต้นทุนเศรษฐกิจ 1.6 ล้านล้าน [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 20 มี.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.posttoday.com/smart-life/718024>
7. POSTTODAY. เด็กไทยอ้วนร้อยละ 30! เร่งวางมาตรการก่อนเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 20 มี.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.posttoday.com/smart-life/718024>
8. Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. หนุน “เด็กได้น้ำเอ็นดู” ครอบรู้สุขภาพห่างไกล NCDs หลังพบคนไทยเสียชีวิตจาก NCDs ปีละ 4 แสนคน [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 20 มี.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.hfocus.org/content/2025/02/33269>
9. Schwartz LN, Shaffer JD, Bukhman G. The origins of the 4 × 4 framework for noncommunicable disease at the World Health Organization. SSM Popul Health 2021;13:100731.
10. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนดดิไซท์; 2564.
11. World Health Organization Country Office for Thailand. Thailand country cooperation strategy 2022-2026. Nonthaburi: World Health Organization Country Office for Thailand; 2023.
12. ธรรมนูญจํารูญจาริต, อรณัฐ อัครอนันต์, พิมพ์พิชญา ตามาพงศ์, ปริณดา เฉลิมถิรเลิศ, รินทร์ลิตา ชัยประสพวงศ์, พิธิษฐ์ อยู่ใจเย็น, และคณะ. การรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และพฤติกรรมสุขภาพ ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา: กรณีศึกษา. วารสารวิชาการ-สาธารณสุขชุมชน 2566;9(3):100-12.
13. World Health Organization. Health promotion glossary. Geneva: World Health Organization; 1998.
14. ประเวช ชุ่มเกษรกุลกิจ, นิรันดา ไชยพาน, สุจิตรา บุญกล้า, จักรกฤษณ์ พลราชม. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัด นนทบุรี 2564;15(3):25-36.
15. Coughlin SS, Vernon M, Hatzigeorgiou C, George V. Health literacy, social determinants of health, and disease prevention and control. J Environ Health Sci 2020;6(1):3061.
16. Heaton-Shrestha C, Hanson K, Quirke-McFarlane S, Delaney N, Vandrevale T, Bearne L. Exploring how members of the public access and use health research and information: a scoping review. BMC Public Health 2023;23:2179.
17. Caron RM, Noel K, Reed RN, Sibel J, Smith HJ. Health promotion, health protection, and disease prevention: challenges and opportunities in a dynamic landscape. AJPM Focus 2023;3(1):100167.
18. Mancone S, Corrado S, Tosti B, Spica G, Diotaiuti P. Integrating digital and interactive approaches in adolescent health literacy: a comprehensive review. Front Public Health 2024;12:1387874.
19. Prokop-Dorner A, Piłat-Kobla A, Slusarczyk M, Switkiewicz-Mosny M, Ozegalska-Łukasik N, Potysz-Rzyman A, et al. Teaching methods for critical thinking in health education of children up to high school: a scoping review. PLoS One 2024;19(7):e0307094.

# Guidelines for Integrating Health Literacy Enhancement in the Prevention and Control of NCDs among Children and Youth

Sarayoot Ratsamee

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

---

## Abstract

Non-communicable diseases (NCDs) represent an urgent public health challenge affecting populations worldwide, including Thailand, with the incidence rates among children and adolescents showing a continuous upward trend — a warning signal that demands immediate preventive measures. This article aims to propose an integrated approach to enhancing health literacy among children and adolescents, particularly vulnerable groups, to effectively prevent and control NCDs. The proposed approach emphasizes the integration of four key components: health literacy, awareness, critical understanding, and health values, implemented through four operational levels: policy and administrative management, educational institutions and public health systems, community and family levels, and individual levels. Special attention is given to five main vulnerable groups of children and adolescents: those from low-income families, those not living with core families, those outside the educational system, those in remote and border areas, and those with mental health problems and stress. Implementation requires systematic collaboration across multiple sectors. The proposed methodology emphasizes tailoring approaches to suit the specific contexts of each target group. Expected outcomes from implementing this approach include: increased health literacy levels among vulnerable children and adolescents, reduced risk behaviors for NCDs, and development of positive attitudes and values toward health care, which will effectively contribute to reducing NCDs incidence rates in future populations.

**Keywords:** non-communicable diseases; health literacy; disease prevention; children and youth

# The Power of Hope: Advancing Thailand's Public Health System amid Economic Disparities

Ketsaraphon Sennok

Maharat Nakhonratchasima Hospital, Nakhonratchasima Province, Thailand

## Abstract

Hope, as a cognitive and motivational construct, plays a vital role in promoting health equity and resilience, particularly in settings challenged by economic disparities. This literature-based policy article explores the integration of hope theory into Thailand's public health system. By synthesizing relevant psychological, cultural, and policy frameworks, the article examines how hope can be operationalized to drive community resilience, enhance health-seeking behaviors, and inform public health interventions. Drawing from both Thai and international literature, the article highlights cultural influences such as "kreng jai (deference to others)" and religious practices while critically analyzing structural challenges in the Thai health system. Key recommendations for policymakers are provided to foster hope-driven health equity.

คำสำคัญ: hope; public health system; economic disparities

Received: 2025 Jun 18

Revised: 2025 Jul 21

Accepted: 2025 Jul 26

## Introduction

Hope is a powerful psychological mechanism that enables individuals and communities to envision positive outcomes and sustain motivation in the face of adversity. In the context of public health, hope influences individual goal setting, coping strategies, and collective health behaviors. Thailand, like many middle-income countries, continues to struggle with systemic health disparities that undermine health equity, especially in economically disadvantaged regions.

This article aims to propose actionable public health policy directions grounded in hope theory, particularly focusing on how hope-centered strategies can mitigate the effects of economic disparities, strengthen psychological resilience, and promote equitable access to healthcare services across Thailand. It explores how hope, when systematically integrated into health strategies and policy design, can enhance public trust, engagement, and resilience;<sup>(1,2)</sup> By integrating cultural and structural insights, the article seeks to offer a framework for

policymakers to operationalize hope as a lever for sustainable health equity.

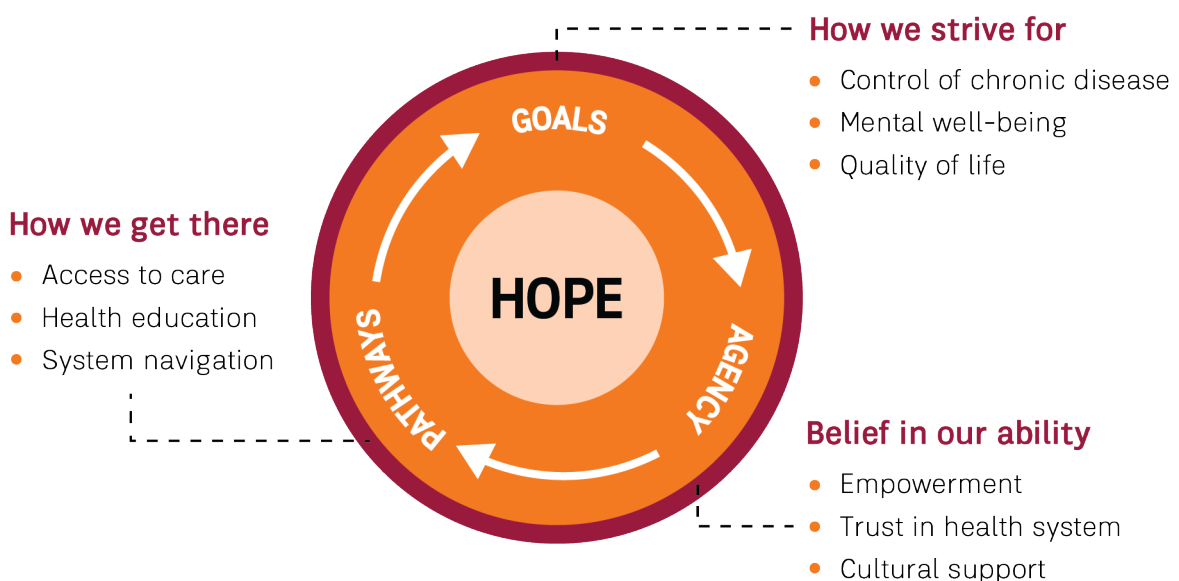
This article is a narrative literature-based policy review that synthesizes theoretical frameworks, peer-reviewed empirical studies, and policy reports relevant to hope, economic disparities, and public health systems in Thailand. Literature was identified through a structured search of academic databases including PubMed, Scopus, and Google Scholar, using keywords such as “hope theory”, “health equity”, “economic disparities”, “Thailand public health”, and “cultural resilience.” Additional grey literature, including national policy documents from the Thai Ministry of Public Health, National Health Security Office (NHSO), and ThaiHealth, was reviewed to contextualize findings within the Thai setting. Selection criteria focused on literature published between 2000 and 2025 that provided conceptual, empirical, or policy insights relevant to the integration of hope into public health strategy.

## Theoretical Foundations of Hope

Snyder’s Hope Theory conceptualizes hope as a dynamic interplay of three components: goal setting, pathways thinking (strategic planning), and agency (perceived capacity to act).<sup>(1,3)</sup> Unlike optimism, which reflects general positive expectations, hope is a goal-directed cognitive process requiring both willpower and strategies. Additional constructs such as self-efficacy and resilience complement hope but differ in focus. Hope directly supports sustained action in health-promoting behaviors, making it a valuable tool for public health interventions. (Figure 1)

- Goals: desired health outcomes (e.g., disease control, wellness)
- Pathways: access to care, health education, system navigation
- Agency: empowerment, trust in the system, cultural reinforcement

Figure 1 The hope framework (adapted from Snyder)<sup>(3)</sup>



## Hope in Thai Cultural and Health Context

Cultural values significantly shape the expression and mobilization of hope. In Thailand, concepts like “kreng jai” (deference to others) and “suk” (pursuit of happiness) influence how individuals seek care and engage with health services. Religious and spiritual practices, particularly in Buddhism, foster inner peace and communal hope through meditation, merit-making, and collective rituals. Community health volunteers, temples, and informal caregiving networks contribute to a culturally embedded infrastructure of hope.<sup>(4,5)</sup> However, these informal mechanisms often operate parallel to, rather than in partnership with, formal health services.

## Thailand’s Public Health System: Structure and Gaps

Thailand has made substantial progress through schemes such as the Universal Coverage Scheme (UCS), Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS), and Social Security Scheme (SSS)<sup>(6)</sup>. However, persistent inequities exist:

- Rural-urban gaps in resource distribution
- Inequitable access to specialists and mental health services
- Bureaucratic barriers limiting health system responsiveness
- Limited incorporation of psychological well-being into primary care

The COVID-19 pandemic revealed structural weaknesses but also showcased the mobilization of communal hope through collective efforts.<sup>(7)</sup>

## Economic Disparities and Health Outcomes

Economic disparities diminish both access to healthcare and psychological resources like hope. Lower-income populations face higher stress, poor nutrition, and increased chronic disease burdens. These realities can erode motivation, delay health-seeking behaviors, and reduce treatment adherence.<sup>(8)</sup> The interplay of structural and psychological determinants suggests that restoring hope must be both a mental health and policy imperative.

## Cultural and Religious Dimensions of Hope

Buddhist teachings emphasize impermanence and self-discipline, which can foster resilience. Meditation programs in healthcare settings have been shown to reduce stress and promote hopeful outlooks. Community-based programs such as those run by temples, local NGOs, and public health volunteers serve as crucial vehicles for reinforcing hope. Literature from Thailand and other Asian contexts supports the integration of cultural practices into public health strategies.<sup>(9,10)</sup>

## Policy Frameworks and Hope-Based Interventions

While Thailand’s health policies emphasize physical service provision, they seldom incorporate psychological dimensions such as hope.<sup>(11,12)</sup> To address this gap, a Bowtie Analysis framework is proposed (Figure 2), illustrating how hope can be operationalized both as a preventive

mechanism and a recovery facilitator in mitigating health inequities.

This Bowtie model demonstrates how hope functions not only as a protective buffer but also as a strategic point of intervention transforming abstract emotion into measurable policy levers. To institutionalize hope within public health policy:

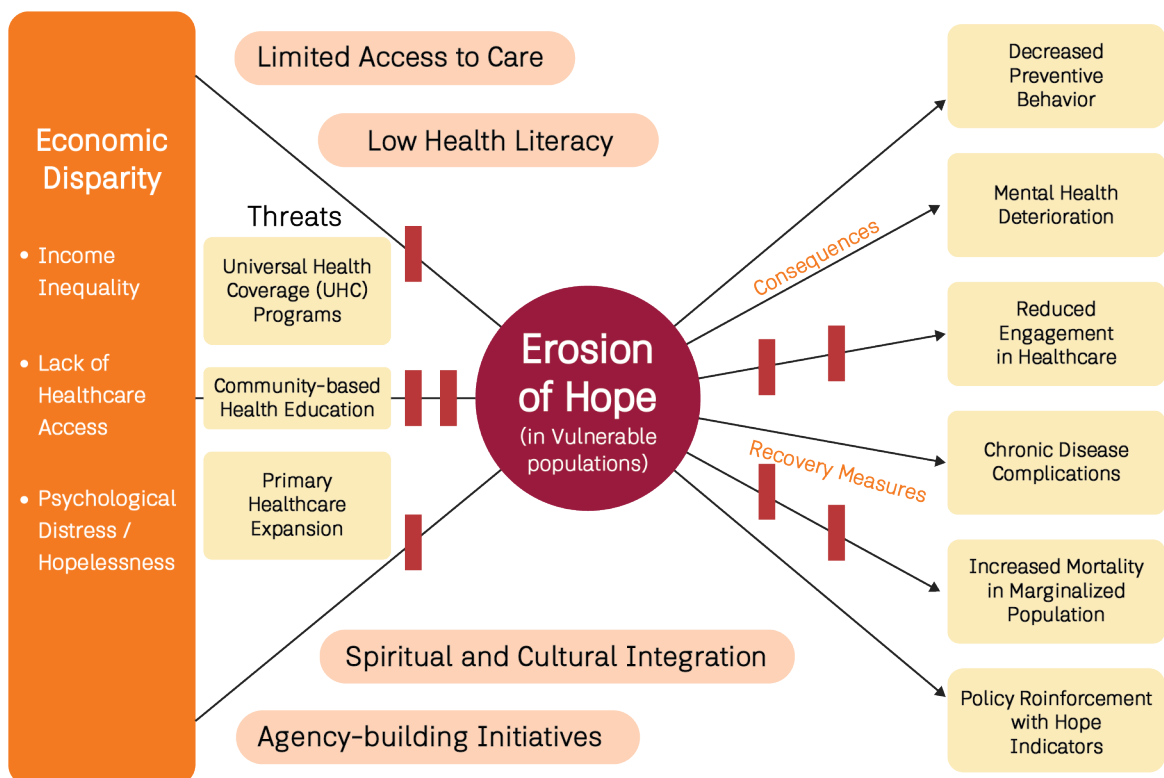
- Integrate hope indicators (e.g., perceived agency, access confidence) into national health surveys.
- Embed psychological support and narrative empowerment into primary care.
- Use tools like Bowtie Analysis to plan multi-level interventions that span from individual empowerment to system-level resilience.

International examples (e.g., Bhutan’s Gross National Happiness, New Zealand’s Whānau Ora) serve as case models for balancing well-being indicators with policy structures, ensuring hope remains central to health equity efforts.

## Case Examples and Evidence-Based Models

Several real-world applications illustrate how hope-centered strategies can enhance public health systems and influence individual health behaviors. During the COVID-19 pandemic, Thai village networks rapidly organized food distribution and elder care services, exemplifying

**Figure 2 Bowtie analysis of hope in addressing health inequities illustrating the multifactorial pathways leading to diminished hope due to economic disparity, and the corresponding intervention points to mitigate downstream health consequences.**



a culturally rooted form of collective hope. Health literacy campaigns that incorporated Buddhist teachings such as mindfulness for diabetes management resulted in increased community participation and adherence.<sup>(7,13)</sup>

In Chiang Mai, the integration of meditation sessions into public health clinics significantly improved patient satisfaction and reduced anxiety scores. A pilot program in northeastern Thailand combined community-based peer support with hope-building activities, including goal-setting and storytelling. This intervention led to improved vaccination compliance and a heightened sense of agency among participants.

Internationally, local governments in Japan integrated resilience and hope indicators into public health planning following natural disasters, which enhanced the reach and effectiveness of mental health outreach services. In New Zealand, a community-led initiative used culturally tailored narratives to restore hope among Indigenous populations, resulting in higher participation rates in health screening programs.

Behavioral studies consistently show that individuals with higher hope scores are more likely to engage in preventive behaviors, such as adhering to quarantine guidelines and participating in health promotion campaigns. The impact of hope can be assessed using indicators such as treatment adherence, patient activation measures, engagement in health behaviors, and longitudinal mental well-being indices.<sup>(14)</sup>

## Discussion

Hope is not merely an abstract concept but a measurable and actionable psychological

determinant that influences public health behaviors. Empirical research suggests that hope can shape how individuals respond to public health messaging, comply with health protocols, and sustain engagement in long-term care processes. For example, individuals with higher levels of hope demonstrate greater persistence in managing chronic illness and are more receptive to behavior change interventions.<sup>(15)</sup> Therefore, hope serves as a critical bridge between public health goals and individual behavior change, especially in the context of inequality and limited access.

## Conclusion

This article highlights the transformative potential of hope when strategically integrated into Thailand's public health system. Hope-centered strategies can empower underserved communities, enhance engagement in care, and help close equity gaps rooted in economic and geographic disparities.<sup>(16)</sup> Recognizing hope as a public health asset is essential for building more resilient, inclusive, and effective health systems.

### Recommendations

1. Policy Integration: Incorporate hope-promoting indicators into national health monitoring systems, such as measures of patient empowerment, treatment adherence, and community resilience indices.
2. Training and Psychological Support: Equip rural health personnel with training in hope-centered communication and psychological first aid. Establish partnerships with psychologists to deliver mental health counseling in community health centers.

3. Model Adaptation: adopt successful international models such as New Zealand’s “Whānau Ora” approach or Bhutan’s Gross National Happiness framework, adapting them to fit Thailand’s sociocultural context.

4. Equity in Access: expand mobile health units and telehealth services to rural provinces. Prioritize equitable budget allocation based on regional health disparities.

5. Community-Based Monitoring: involve local health volunteers in monitoring community-level hope indicators using simple self-report tools and observational measures.

6. Technology Integration: develop LINE-based applications to deliver hope-centered health messages and virtual counseling for underserved populations.

## References

1. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, et al. The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *J Pers Soc Psychol* 1991;60(4):570-85.
2. Luthans F, Avolio BJ, Avey JB, Norman SM. Positive psychological capital: measurement and relationship with performance and satisfaction. *Pers Psychol* 2007;60(3):541-72.
3. Snyder CR. Hope Theory: rainbows in the mind. *Psychol Inq* 2002;13(4):249-75.
4. Duggleby W, Wright K, Williams A. Hope, self-efficacy, spiritual well-being and job satisfaction. *J Adv Nurs* 2016;72(11):2682-92.
5. Phan SV, Thian L, Park T. Cultural influences on hope: a Thai perspective. *Int J Psychol* 2020;55(3):356-65.
6. Larsen DK, Larsen JL. The effect of hope on symptoms of depression in hospitalized older patients. *Int J Nurs Stud* 2004;41(5):547-55.
7. Boonyasai T, Jitapunkul S. Community resilience in response to COVID-19 in Thailand: a case study. *Asian J Public Health* 2022;5(2):123-35.
8. Tangcharoensathien V, Tantivess S, Teerawattananon Y, Auamkul N, Whittaker M. Universal coverage and its impact on reproductive health services in Thailand. *Reprod Health Matters* 2002;10(20):59-69.
9. Lertrat A, Tangcharoensathien V. Economic disparities and health inequities in Thailand. *BMC Public Health* 2019;19(1):213-20.
10. Zentner M, Ruch W. The role of hope in coping with economic stress: a cross-cultural study. *J Happiness Stud* 2020;21(4):1123-37.
11. Tangcharoensathien V, Thammatach-Aree J, Witthayapipopsakul W, Viriyathorn S, Kulthanmanusorn A, Patcharanarumol W. Political economy of Thailand’s tax-financed universal coverage scheme. *Bull World Health Organ* 2020;98(2):140-45.
12. Skinner EA, Zimmer-Gembeck MJ. The development of coping: stress, neurophysiology, social relationships, and resilience during childhood and adolescence. *Annu Rev Psychol* 2007;58:119-44.
13. Chuenchom T, Assanangkornchai S, Pattanasiriwong P. The role of Buddhist meditation in enhancing hope and reducing stress among Thai public health workers. *J Altern Complement Med* 2021;27(6):435-42.
14. Pargament KI. *The psychology of religion and coping: theory, research, practice*. New York: Guilford Press; 2001.

15. Boonhong C, Wattanaporn K, Ruengorn C, Awiphan R, Wongpakaran N, Wongpakaran T, Nochaiwong S. Association of job loss, income loss, and financial burden with adverse mental health outcomes during COVID-19 in Thailand: a nationwide cross-sectional study. *Depress Anxiety* 2021;38(6):648-60.
16. Tangcharoensathien V, Wibulpolprasert S. Thailand: health system review. *Health Systems & Reform* 2019;5(2):125-45.

## พลังแห่งความหวัง: การขับเคลื่อนระบบสาธารณสุขไทยภายใต้ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ

เกษราภรณ์ เสนนอก

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

---

### บทคัดย่อ

ความหวังเป็นกลไกทางจิตวิทยาที่ส่งเสริมการกำหนดเป้าหมาย การวางแผน และแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพ บทความนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมเชิงนโยบาย โดยบูรณาการทฤษฎีความหวัง (Hope Theory) กับบริบทระบบสาธารณสุขไทยที่กำลังเผชิญความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ เพื่อเสนอแนวทางการประยุกต์ใช้กลยุทธ์ที่มุ่งเน้นความหวัง (hope-centered strategies) ในการพัฒนานโยบายสาธารณสุขให้มีความเป็นธรรมและเข้าถึงได้มากขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีของ Snyder ผสมกับวัฒนธรรมไทย เช่น แนวคิดเรื่อง “ความเกรงใจ” และ “ความสุข” รวมถึงตัวอย่างกรณีศึกษาจากทั้งในและต่างประเทศ เพื่อแสดงให้เห็นถึงบทบาทของความหวังในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชนในระดับปฏิบัติการ

**คำสำคัญ:** ความหวัง; ระบบสาธารณสุขไทย; ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ

# สู่โลกสีเขียว สุขภาพดี ด้วยกลยุทธ์ลดคาร์บอน และอนุรักษ์ธรรมชาติ

สิริกร นามลาบุตร<sup>1</sup>, นุชสิทธิ์ จิตแก้ว<sup>1</sup>, พีรวิชัย นามลาบุตร<sup>1</sup>, จันทร์ธิดา ปิ่นศิริ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ กรุงเทพมหานคร

<sup>2</sup> สถาบันวิจัยและส่งเสริมศิลปวัฒนธรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี

วันรับ: 20 มี.ค. 2568

วันแก้ไข: 19 เม.ย. 2568

วันตอบรับ: 24 เม.ย. 2568

## บทนำ

คลื่นความร้อนที่รุนแรง ไฟป่าที่ลุกลาม และพายุที่รุนแรงขึ้น เหล่านี้คือสัญญาณเตือนที่ชัดเจนว่าโลกของเรากำลังเผชิญกับวิกฤตการณ์สภาพภูมิอากาศที่รุนแรงขึ้น ปัญหาเหล่านี้เกิดจากการปล่อยก๊าซเรือนกระจกในปริมาณมาก ซึ่งส่วนใหญ่มาจากกิจกรรมของมนุษย์ เช่น การเผาไหม้เชื้อเพลิงฟอสซิลในการผลิตไฟฟ้าและการคมนาคม การตัดไม้ทำลายป่า และการทิ้งขยะ<sup>(1)</sup>

การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศเป็นวิกฤตที่ส่งผลกระทบต่อทั้งโลก การลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกและการอนุรักษ์ธรรมชาติจึงเป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วนเพื่อสร้างโลกที่ยั่งยืน นอกจากนี้ การดำเนินชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมยังส่งผลดีต่อสุขภาพของเราด้วย เช่น ลดความเสี่ยงจากระบบทางเดินหายใจ และส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีขึ้น รัตนสุดา ชลธาตุ ได้เขียนบทความวิชาการเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและแนวทางการแก้ไขปัญหา<sup>(2)</sup> การปล่อยก๊าซเรือนกระจกจำนวนมากทำให้เกิดภาวะโลกร้อน ส่งผลกระทบต่อสภาพอากาศทั่วโลก เช่น ภัยธรรมชาติรุนแรง ฤดูกาลผันผวน และผลผลิตทางการเกษตรลดลง เพื่อแก้ไขปัญหาี้ จำเป็นต้องลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกควบคู่ไปกับการปรับตัวเข้ากับสภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งสอดคล้องกับ Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC) และ United Nations Framework Convention on Climate Change (UNFCCC) เห็นพ้องกันถึงความสำคัญของการปรับตัว

แต่มีมุมมองที่แตกต่างกันเล็กน้อย โดย IPCC เน้นทั้งการป้องกันและการใช้ประโยชน์จากสภาพอากาศใหม่ ขณะที่ UNFCCC เน้นการลดความเสี่ยงของระบบต่างๆ<sup>(3)</sup> การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศส่งผลกระทบต่อระบบนิเวศ สภาพอากาศ และสุขภาพของมนุษย์อย่างรุนแรง หากเราไม่ร่วมมือกันแก้ไขปัญหานี้ ผลกระทบที่ตามมาจะส่งผลกระทบต่อชีวิตของเราและคนรุ่นหลังอย่างแน่นอน การแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนอย่างจริงจัง บทความนี้จึงเสนอแนวทางเบื้องต้นในการทำงานร่วมกัน เพื่อบรรลุเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนอย่างยั่งยืน

### สู่โลกสีเขียว สุขภาพดี ด้วยกลยุทธ์ลดคาร์บอนและอนุรักษ์ธรรมชาติ

การลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก และการอนุรักษ์ธรรมชาติ ไม่ใช่เพียงทางเลือก แต่เป็นความจำเป็นเร่งด่วนที่ทุกภาคส่วนต้องร่วมมือกันหยุดยั้งภาวะโลกร้อนและสภาพอากาศแปรปรวนที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของทุกคน ดังนี้

1. เพื่อสุขภาพที่ดีและโลกที่ยั่งยืน ควรส่งเสริมการบริโภคอาหารท้องถิ่นตามฤดูกาล ซึ่งเป็นการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก สนับสนุนเกษตรกร และได้รับสารอาหารครบถ้วน ควบคู่ไปกับการลดการบริโภคเนื้อสัตว์และเพิ่มการบริโภคผักผลไม้ รวมถึงการเลือกซื้ออาหารที่ได้รับการรับรองคุณภาพ เช่น อาหารออร์แกนิก
2. การออกกำลังกายกลางแจ้งเป็นทางเลือกที่ดีต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เช่น การเดิน ปั่นจักรยาน หรือ

ใช้จักรยานยนต์ไฟฟ้า ซึ่งช่วยลดมลพิษและภาวะโลกร้อน การใช้พื้นที่สีเขียวในชุมชนสำหรับกิจกรรมเหล่านี้ ยังช่วยให้เราได้สัมผัสธรรมชาติและลดความเครียดได้อีกด้วย

3. การใช้ชีวิตอย่างยั่งยืนสามารถทำได้ง่ายๆ ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเล็กๆ น้อยๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การลดการใช้พลาสติก การประหยัดพลังงาน การลดการใช้สารเคมี และการจัดการขยะอย่างถูกวิธี การปฏิบัติตามหลักการเหล่านี้จะช่วยลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสร้างความสมดุลให้กับระบบนิเวศ

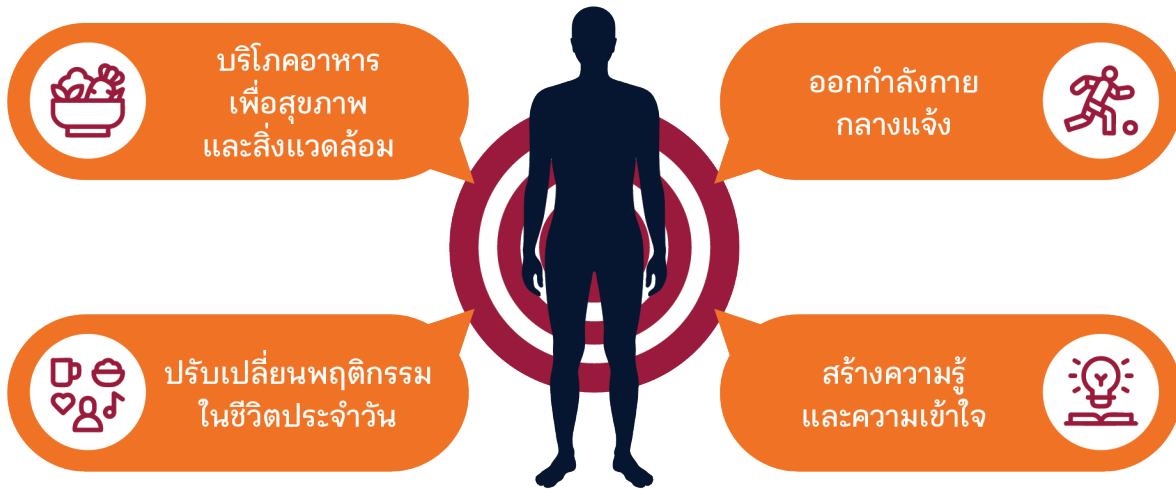
4. การสร้างสังคมที่ใส่ใจสิ่งแวดล้อมต้องเริ่มจากการสร้างความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับปัญหาสิ่งแวดล้อมและวิธีการแก้ไขผ่านช่องทางต่างๆ ควรส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์ธรรมชาติอย่างจริงจัง เช่น การ

ปลูกต้นไม้ การทำความสะอาดชุมชน หรือการร่วมกิจกรรมอนุรักษ์อื่นๆ เพื่อสร้างความยั่งยืนให้กับสิ่งแวดล้อม ดังภาพที่ 1

## สรุป

ปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศเป็นวิกฤตโลกที่ส่งผลกระทบต่อทุกชีวิต การลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกและการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติจึงเป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วน การบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน จึงเป็นกุญแจสำคัญในการสร้างสังคมที่ยั่งยืนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับคนทุกคน

ภาพที่ 1 สู้โลกสีเขียว สุขภาพดี ด้วยกลยุทธ์ลดคาร์บอนและอนุรักษ์ธรรมชาติ



## เอกสารอ้างอิง

1. กรองจิต กิตติภาค, ผกามาศ ถิ่นพังงา. งานวิจัยด้านการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศของประเทศไทย [อินเทอร์เน็ท]. [สืบค้นเมื่อ 9 ม.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.tei.or.th/thaicityclimate/public/research-47.pdf>
2. รัตน์สุดา ชลธาตุ. การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและแนวทางการแก้ไขปัญหา. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2558;18(1-12):416-31.
3. กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม แผนการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศแห่งชาติ Thailand's National Adaptation Plan [อินเทอร์เน็ท]. [สืบค้นเมื่อ 9 ม.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER38/DRAWER027/GENERAL/DATA0000/00000852.PDF>



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