

วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย

THAI HEALTH PROMOTION JOURNAL

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

- ปัจจัยส่วนบุคคล ประสบการณ์ และความรู้ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับชั่งรถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยของเยาวชนอายุ 18–24 ปี ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง
- ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทยทหารอากาศ
- การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง บ้านคำแย ตำบลพระเหลา อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ
- การพัฒนาโปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับคู่มือแลกันต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน บ้านห้วยนา อำเภอมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ
- พัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันอันตรายและควบคุมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ
- การพัฒนาวัตถุประสงค์ต้นแบบให้เป็นศูนย์สนับสนุนสุขภาวะของชุมชนในเขตเมืองตามแนวทางวัดบันดาลใจ: กรณีศึกษาวัดคีตควด
- ผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อต้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ
- ผลกระทบจากการดำเนินธุรกิจของบริษัทอาหารแปรรูปขึ้นสูงในประเทศไทย
- การเปรียบเทียบปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มและรูปแบบการจำหน่ายระหว่าง ร้านกาแฟและเครื่องดื่มในเครือข่ายและนอกเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน
- การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการทำงานกับพฤติกรรมสุขภาพและโรคไม่ติดต่อในกรุงเทพมหานคร

ปกิณฑะ (Miscellany)

- อากาศสะอาด สุขภาพดี
- ครีบน้ำมัน: แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพจิตผ่านการทำอาหาร

| สารบัญ | หน้าที่ | Page | Contents |
|---|---------|------|---|
| ทบทวนวิชาการ | | | Editorial |
| ความก้าวหน้าของงานสร้างเสริมสุขภาพในมหาวิทยาลัย วิวัฒน์ โรจนพิทยากร | 1 | 1 | Progress in Health Promotion at the University <i>Wiwat Rojanapithyakorn</i> |
| นิพนธ์ค้นฉบับ | | | Original Article |
| ปัจจัยส่วนบุคคล ประสบการณ์ และความรู้ที่สัมพันธ์ กับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยของ เยาวชนอายุ 18-24 ปี ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ซัมซุวัล สะอิ และคณะ | 4 | 4 | Personal Factors, Experience, and Knowledge Associated with Safe Driving Behavior among Youths Aged 18-24 in Khuan Thani Subdistrict, Kantang District, Trang Province <i>Samsuwal Sa-ih, et al.</i> |
| ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ ซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ นุกolkkit รุสิตานนท์ | 13 | 13 | Prevalence and Factors Associated with Depression among Type 2 Diabetic Patients in Bhumibol Adulyadej Hospital RTAF <i>Nukolkkit Rusitanonta</i> |
| การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจ และ การมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน ต่อการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคของกลุ่ม- เสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง บ้านตำแย ตำบลพระเหลา อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ อัศวินท์ อินทาร์ และคณะ | 23 | 23 | The Development of an Empowerment and Participation Model for Families and Communities to Promote Health Behavior Change for Stroke Prevention among High-Risk Groups in Ban Tamyae, Phra Lao Subdistrict, Phana District, Amnat Charoen Province <i>Akrawin Inthorn, et al.</i> |
| การพัฒนาโปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับคู่มือ ดูแลกันต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรค- เบาหวาน บ้านหัวนา อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ จिरศักดิ์ เพชรฤทธิ และคณะ | 33 | 33 | The Development of a Self-Regulation Program Combined with Buddy Support to Improve Diabetes Prevention Behaviors and Blood Sugar Levels among High-Risk Individuals in Baan Hua Na, Mueang Amnat Charoen District, Amnat Charoen Provincen <i>Chirasak Phetrit, et al.</i> |
| พัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันอันตราย และความคุมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร แบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่โรงพยาบาล- ส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ สาวิตรี เพ็ญพิมพ์ | 44 | 44 | Develop a Health Promotion Model to Prevent Harm and Control the Use of Pesticides in Farmers with Participation of Network Partners in the Area of Kham Pom Subdistrict Health Promotion Hospital, Kaset Sombun District, Chaiyaphum Province <i>Sawitree Phenphim</i> |

| สารบัญ | หน้าที่ Page | Contents |
|--|-----------------|--|
| การพัฒนาวัดองค์กรต้นแบบให้เป็นศูนย์สนับสนุน สุขภาวะของชุมชนในเขตเมืองตามแนวทางวัด บันดาลใจ: กรณีศึกษาวัดดีดวด <i>ดวงพร นะคาพันธ์ชัย และคณะ</i> | 56 | The Development of a Model Temple as a Community Well-being Support Center in Urban Areas Based on the “Wat Bandarn- jai” (Inspiring Temple) Approach: a Case Study of Wat Deeduad <i>Duangporn Nacapunchai, et al.</i> |
| ผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการพลัดตก- หกล้มในผู้สูงอายุ <i>ธัญวรัตน์ พันธุ์คง และคณะ</i> | 68 | The Effects of a Health Belief Model-Based Program Combined with Exercise on Fall Prevention among Older Adults <i>Thanwarat Phankhong, et al.</i> |
| ผลกระทบจากการดำเนินธุรกิจของบริษัทอาหาร แปรรูปขั้นสูงในประเทศไทย <i>นงนุช จินดารัตนาภรณ์ และคณะ</i> | 80 | The Impacts of Ultra-Processed Food Business Operations in Thailand <i>Nongnuch Jindarattanaporn, et al.</i> |
| การเปรียบเทียบปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มและ รูปแบบการจำหน่ายระหว่าง ร้านกาแฟและเครื่องดื่ม ในเครือข่ายและนอกเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน <i>มัณฑนา ฉวรรณกุล และคณะ</i> | 96 | A Comparative Analysis of Sugar Content in Beverages and Merchandising Patterns between Sweet Enough Network-Affiliated and Non-Affiliated Establishments <i>Mantana Chawannakul, et al.</i> |
| การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการทำงาน กับพฤติกรรมสุขภาพและโรคไม่ติดต่อ ในกรุงเทพมหานคร <i>จิรนนท์ ทิพงษ์ และคณะ</i> | 109 | Associations between Characteristics of Work, and Health Risk Behaviors and Non-Communicable Diseases in Bangkok, Thailand <i>Jiranun Thiphong, et al.</i> |
| ปกิณกะ | | Miscellany |
| อากาศสะอาด สุขภาพดี <i>สิริกอร์ นามลาบุตร และคณะ</i> | 119 | Clean Air, Good Health <i>Sirikorn Namlabut, et al.</i> |
| ครัวบำบัด: แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพจิตผ่าน การทำอาหาร <i>อัศตรมิณี আহามะ</i> | 122 | Cooking Therapy: Concepts for Promoting Mental Health through Cooking <i>Akhtarmizi Ahama</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 โดยเผยแพร่ในรูปแบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (E-journal)

วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทยเปิดรับบทความจากนักวิชาการสาขาต่างๆ ในทุกเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้การเตรียมต้นฉบับจะเป็นไปตามคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ และต้นฉบับที่ต้องการเผยแพร่ต้องไม่เคยพิมพ์เผยแพร่มาก่อน

ต้นฉบับที่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพได้รับจะผ่านกระบวนการคัดกรองและส่งไปยัง reviewers อย่างน้อย 3 คน เป็นลักษณะ double blind review เพื่อประเมินคุณภาพและให้คำแนะนำต่อบรรณาธิการ ซึ่งจรวรรวมข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะและประสานกับเจ้าของบทความ เพื่อแจ้งผลการพิจารณา หากเห็นสมควรก็จะดำเนินการปรับแก้ให้สมบูรณ์เพื่อนำไปเผยแพร่ต่อไป ทั้งนี้การเผยแพร่วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทยจะไม่มีค่าธรรมเนียมในการตีพิมพ์

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

คณะกรรมการ วารสารการสร้างเสริมสุขภาพ

คณะกรรมการที่ปรึกษา

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

บรรณาธิการ

บรรณาธิการ

นพ.วิวัฒน์ วิจารณ์วิทยากร มูลนิธิเครือข่ายฝึกรอบรณะบาดวิทยาภาคสนามอาเซียน

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

ความก้าวหน้าของงานสร้างเสริมสุขภาพในมหาวิทยาลัย

สมัยหนึ่ง เคยมีโอกาสนั่งรับประทานอาหารกับกลุ่มนักวิชาการชาวญี่ปุ่นจากมหาวิทยาลัยโอซากา ระหว่างพูดคุยกัน จนหมดเรื่องที่จะคุย ก็ถามไปว่า กระทรวงสาธารณสุขของประเทศญี่ปุ่นเขาทำอะไร จึงทำให้ประชากรญี่ปุ่นมีอายุยืนที่สุดในโลก บรรดาศาสตราจารย์ที่อยู่ในวงอาหารก็กระซิบคุยกัน เพราะเข้าใจว่าไม่เคยต้องตอบคำถามเช่นนี้มาก่อน ลักครู่หลังปรึกษาตนเองแล้ว ศาสตราจารย์ท่านหนึ่งก็ตอบว่า สาเหตุที่คนญี่ปุ่นอายุยืนนั้น ไม่ใช่ผลงานของกระทรวงสาธารณสุข แต่เป็นของกระทรวงศึกษาธิการ

เขาอธิบายเพิ่มเติมว่า แน่นนอน กระทรวงสาธารณสุขย่อมมีบทบาทในการจัดระบบรักษาโรคแก่ผู้เจ็บป่วย ทำให้ประชาชนรอดชีวิต แต่สิ่งสำคัญที่ทำให้อายุยืนไม่ใช่อยู่ที่การเข้าถึงบริการตรวจรักษาโรคเมื่อเจ็บป่วย (ซึ่งเป็นบทบาทของภาคสาธารณสุข) แต่อยู่ที่การทำตัวให้มีสุขภาพดี ปราศจากโรค ซึ่งพฤติกรรมกรรมวิธีชีวิตที่มีสุขภาพดีนั้น ต้องปลูกฝังมาตั้งแต่เยาว์วัย จากการสั่งสอนในครอบครัว (ซึ่งปลูกฝังแนวปฏิบัติ) และในสถานศึกษา (ซึ่งปลูกฝังความรู้ด้านสุขภาพ)

ได้ฟังคำตอบแล้ว นึกขึ้นได้ทันทีว่า ในขณะที่ระบบการอุดมศึกษาในหลายประเทศ พยายามสร้างให้นักศึกษาเป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชาที่เรียนเพื่อนำไปประกอบอาชีพ ประเทศญี่ปุ่นกลับสร้างให้เป็นทั้งผู้เชี่ยวชาญและทั้งมีวิถีชีวิตสุขภาพดีเพื่อให้มีอายุยืน จึงไม่น่าแปลกใจที่บางสายอาชีพของไทย คนเก่งแต่มีอายุสั้น เพราะขาดการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพในช่วงที่เป็นนักศึกษา ส่วนของญี่ปุ่น ได้บัณฑิตที่ทั้งเก่งและอายุยืน

มาถึงตอนนี้ แสดงว่า การปลูกฝังความรู้ด้านสุขภาพตั้งแต่เป็นนักศึกษาเป็นกุญแจสำคัญที่นำไปสู่ความมีอายุยืน ช่วยให้มีความสุขลามาโดยตลอดในช่วงเป็นนักศึกษา และฝังติดตัวไปจนเป็นผู้ใหญ่มีงานทำ ไปจนกระทั่งผู้วัยชรา เป็นการชี้ให้เห็นว่างานสร้างเสริมสุขภาพในมหาวิทยาลัยเป็นเรื่องที่มีความสำคัญสูง

ก่อนหน้านี้ งานสร้างเสริมสุขภาพในมหาวิทยาลัยมีอยู่บ้างแล้ว แต่ส่วนใหญ่อยู่ในรูปแบบของการตรวจร่างกายประจำปี ซึ่งแทบจะไม่มีกิจกรรมด้านพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ยกเว้นในคณะที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข ตอนนี้งานสร้างเสริมสุขภาพในมหาวิทยาลัยเริ่มมีความมั่นคงขึ้น ครอบคลุมทั้งมหาวิทยาลัย แม้กระทั่งคณะที่ไม่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข ความมั่นคงนี้ เกิดขึ้นหลังจากการก่อตั้งเครือข่ายมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพของอาเซียน ชื่อเต็มคือ ASEAN University Network – Health Promotion Network หรือ AUN-HPN ซึ่งก่อตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2557 โดยมีมหาวิทยาลัยมหิดลเป็นแกนกลาง และมีมหาวิทยาลัยในเครือข่าย 30 แห่งใน 10 ประเทศของอาเซียน กิจกรรมสำคัญคือการจัดทำกรอบมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพ หรือ Healthy University Framework (HUF) เมื่อปี พ.ศ. 2560 ซึ่งในกรอบนี้ กำหนดว่า มหาวิทยาลัยแห่งใดก็ตามที่จะเป็นมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพจะต้องมีกิจกรรม 22 ประการ ประกอบด้วยกิจกรรมด้านระบบและโครงสร้าง 9 ประการ กิจกรรมการรณรงค์เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง หรือ zero tolerance areas 9 ประการ กับกิจกรรมที่ควรส่งเสริมในมหาวิทยาลัย หรือ health promotion areas 7 ประการ ซึ่งผู้สนใจสามารถดูรายละเอียดได้ในหนังสือชื่อ Healthy University Framework โดยดาวน์โหลดได้จากอินเทอร์เน็ต

ต่อมา เพื่อเป็นการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน HUF ทั้ง 22 รายการ มหาวิทยาลัยมหิดลได้จัดทำระบบการประเมินงานตาม HUF เรียกว่า Healthy University Rating System หรือ HURS เพื่อเป็นเครื่องมือในการประเมินความครอบคลุมและความก้าวหน้าของการดำเนินงาน โดยกำหนดระดับความก้าวหน้าเป็นการให้ดาว ตั้งแต่ 1 ดาวไปจนถึง 5 ดาว ซึ่งมหาวิทยาลัยต่างๆ สามารถใช้เครื่องมือ HURS ในการประเมินตนเอง หรือส่งเข้าระบบออนไลน์เพื่อให้มหาวิทยาลัยมหิดลเป็นผู้ประสานงานการประเมิน โดยมีทีมประเมินซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญจากมหาวิทยาลัยต่างๆ และส่งผลการประเมินย้อนกลับไปยังมหาวิทยาลัย และบางรายจะมีการประกาศผลและมอบโล่รับรองแก่มหาวิทยาลัยนั้นๆ โดยเฉพาะมหาวิทยาลัยที่ได้ระดับ 4-5 ดาว นอกจากนี้ ยังมีการจัดระดับเป็น 5 star plus ซึ่งสูงกว่าระดับ 5 ดาวปกติ กรณีเช่นนี้ มหาวิทยาลัยมหิดลจะมีการจัดพิธีมอบโล่อย่างเป็นทางการ ซึ่งเท่าที่ผ่านมามีหลายมหาวิทยาลัยที่ผ่านการประเมินถึงระดับ 5 star plus หลายแห่ง ส่วนใหญ่อยู่ในต่างประเทศ (อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ และมาเลเซีย) เป็นที่น่าสังเกตว่า ขณะนี้ มหาวิทยาลัยไทยหลายแห่งผ่านการประเมินได้ดาวสูงๆ ทั้งๆ ที่ไม่ใช่มหาวิทยาลัยที่มีการเรียนการสอนในสาขาวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข

ผู้สนใจในพัฒนาการของงานมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพ สามารถศึกษาได้จากหนังสือของสำนักงาน ASEAN University Network โดยดาวนโหลดหนังสือชื่อ Management and Strategy: How AUN-HPN Became a Driving Force for Regional Health Promotion

เพื่อเป็นการส่งเสริมความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพของมหาวิทยาลัยในประเทศไทย จึงมีการจัดตั้งเครือข่ายมหาวิทยาลัยไทยสร้างเสริมสุขภาพ หรือ TUN-HPN (Thailand University Network – Health Promotion Network) ขึ้นด้วยความร่วมมือของมหาวิทยาลัยต่างๆ ในทุกภูมิภาคของประเทศ โดยมีมหาวิทยาลัยมหิดลเป็นแกนกลาง ประธานเครือข่ายในช่วง 2 ปีแรกเป็นจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2 ปีต่อมา เป็นมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และปัจจุบันเป็นมหาวิทยาลัยบูรพา เป้าหมายหลักของเครือข่ายคือ การส่งเสริมให้ทุกมหาวิทยาลัยในประเทศไทยเป็นมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพ (ตามกรอบ HUF) ซึ่งกิจกรรมหลัก ได้แก่ การจัดประชุมคณะกรรมการ TUN-HPN (จัดมาแล้ว 18 ครั้ง) และกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความก้าวหน้าในด้านต่างๆ ตามกรอบมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพ (HUF) และการส่งเสริมความร่วมมือของสมาชิกเครือข่ายในการประเมิน HURS รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของมหาวิทยาลัยในงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ งบประมาณสนับสนุนกิจกรรมมาจากแต่ละมหาวิทยาลัย จากมหาวิทยาลัยมหิดล (ซึ่งสนับสนุนการดำเนินงานของสำนักงานเครือข่าย AUN-HPN) และจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หรือ สสส.

กิจกรรมที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การจัดประชุมวิชาการมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพระดับชาติ ซึ่งมีการจัดมาแล้ว 3 ครั้ง โดยครั้งแรกจัดที่พัทยา โดยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ปี พ.ศ. 2565) ครั้งที่ 2 ที่กรุงเทพมหานคร โดยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ปี พ.ศ. 2567) และครั้งล่าสุด จัดที่เชียงใหม่โดยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อวันที่ 26-27 มีนาคม พ.ศ. 2569 ที่ผ่านมามีกิจกรรมสำคัญคือ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับสถานการณ์และปัญหาสุขภาพในมหาวิทยาลัย การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ และมาตรการสร้างเสริมสุขภาพที่ได้ผลและเป็นผลงานเด่น (best practices) ของสถาบันต่างๆ

จากข้อมูลงานสร้างเสริมสุขภาพมหาวิทยาลัยที่กล่าวมา ทำให้มองเห็นการพัฒนาสุขภาพของประเทศได้อย่างชัดเจนว่า เริ่มมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ และคาดหวังได้ว่า บัณฑิตไทยทุกคน นอกจากจะเป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชาชีพที่ศึกษาแล้ว

ยังถูกปลูกฝังให้เป็นผู้มีวิถีชีวิตสุขภาวะ ซึ่งจะติดตัวไปตลอด และเป็นผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรและชุมชนของตนในอนาคต จากวัยรุ่นสู่วัยชรา

สิ่งที่ต้องการชี้ให้เห็นอีกประการหนึ่งก็คือ การขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพผ่าน TUN-HPN จะเป็นการขับเคลื่อนในระดับมหาวิทยาลัย ไม่ใช่เป็นของบุคคลใดบุคคลหนึ่งในสถาบันการศึกษาที่สนใจในงานสร้างเสริมสุขภาพ จึงสามารถสร้างความมั่นใจในการขยายผลและความยั่งยืน ดังนั้น บรรดานักวิชาการที่กำลังผลักดันงานสร้างเสริมสุขภาพในสถาบันการศึกษา หากสามารถผลักดันงานเข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบ TUN-HPN ก็จะช่วยให้มั่นใจว่า ผลงานจะมีความครอบคลุมสูง (คลุมทั้งมหาวิทยาลัย) และมีความยั่งยืน เพราะเป็นการดำเนินงานในระดับมหาวิทยาลัย ไม่ใช่โดยบุคคลใด บุคคลหนึ่ง

ในขณะเดียวกัน องค์กรที่เป็นแหล่งทุน เช่น สสส. หรือแหล่งทุนวิจัยต่างๆ ควรผลักดันให้โครงการสร้างเสริมสุขภาพที่ขอรับความสนับสนุนให้ไปเชื่อมต่อกับเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพของมหาวิทยาลัย ซึ่งจะช่วยเน้นคุณประโยชน์ของผลงานให้สามารถขยายผลในระดับกว้าง และเกิดความยั่งยืน

นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร
บรรณาธิการ

ปัจจัยส่วนบุคคล ประสพการณ์ และความรู้ที่สัมพันธ์ กับพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยของเยาวชนอายุ 18–24 ปี ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

ชัมชวล สะอี่¹, จักรินทร์ ปริมาณนท์², สุขุมภรณ์ ศรีวิศิษฐ์², พิรญา สุขชนันท์², ศุภณัฐ ชาวเขาเวียง², นภัสร อร่ามเดช²

¹ สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

² คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ประสพการณ์ และความรู้กับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัยในเยาวชนอายุ 18–24 ปี ที่อาศัยในพื้นที่ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 327 คน ซึ่งได้จากการสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 25 เมษายน - 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับการใช้รถจักรยานยนต์ และพฤติกรรมการขับขี่อย่างปลอดภัย โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้เท่ากับ 0.73 และทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.85 สำหรับพฤติกรรม และใช้สูตร KR-20 ได้ค่า 0.82 สำหรับความรู้ ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่น่าเชื่อถือ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ร้อยละ และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ chi-square test และ Pearson's product-moment correlation coefficient ผลการศึกษา พบว่า เพศ อายุ การมีใบอนุญาตขับขี่ ประสพการณ์ของตนเองในการเกิดและเกือบจะเกิดอุบัติเหตุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่อย่างปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนประสพการณ์ของคนในครอบครัวที่เคยเกิดอุบัติเหตุ และเกือบจะเกิดอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ขณะที่ความรู้เกี่ยวกับการใช้รถจักรยานยนต์มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก ($p > 0.05$) ข้อเสนอแนะคือ ควรส่งเสริมบทบาทของครอบครัวและพัฒนาแรงจูงใจภายในควบคู่กับการเรียนรู้จากประสพการณ์ รวมถึงศึกษาปัจจัยทางจิตวิทยาและสังคมเพิ่มเติมในการวิจัยอนาคต

คำสำคัญ: ปัจจัยส่วนบุคคล; ประสพการณ์; ความรู้; พฤติกรรม; การขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย

วันรับ: 12 ม.ค. 2569

วันแก้ไข: 7 ก.พ. 2569

วันตอบรับ: 10 ก.พ. 2569

บทนำ

ความปลอดภัยทางถนนเป็นประเด็นด้านสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก โดยในปี พ.ศ. 2564 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนประมาณ 1.19 ล้านคน ลดลงจาก 1.25 ล้านคนในปี พ.ศ. 2553 แม้ว่าจำนวนยานพาหนะ

โครงข่ายถนน และประชากรโลกจะขยายตัวอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ามาตรการด้านความปลอดภัยทางถนนมีแนวโน้มที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังไม่เพียงพอต่อการบรรลุเป้าหมายขององค์การสหประชาชาติ ที่มุ่งลดการเสียชีวิตและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนลงอย่างน้อยร้อยละ 50.00 ภายในปีค.ศ. 2030 (พ.ศ. 2573)

ทั้งนี้ อุบัติเหตุทางถนนยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรวัยเด็กและเยาวชนอายุ 5-29 ปี ซึ่งส่วนหนึ่ง อยู่ในวัยแรงงาน ถือเป็นปัญหาสำคัญทั้งด้านสุขภาพและการพัฒนาทั่วโลก โดยมีผู้ใช้รถจักรยานยนต์เป็นกลุ่มที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุด ขณะเดียวกัน ร้อยละ 90.00 ของการเสียชีวิตทั้งหมดเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยเผชิญปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในระดับที่สูง ตามรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ประเทศไทยจัดอยู่ในอันดับประเทศที่มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงเป็นอันดับที่ 9 ของโลก นอกจากนี้ยังเป็นประเทศที่มีปัญหารุนแรงที่สุดในภูมิภาคเอเชียและในกลุ่มประเทศอาเซียน ส่วนใหญ่ของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตเป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์⁽²⁾ จากข้อมูลการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ พบว่า กลุ่มอายุ 15-19 ปีเป็นกลุ่มที่มีอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตสูงที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงอายุอื่น โดยเฉพาะในเพศชายซึ่งมีอัตราการเกิดอุบัติเหตุสูงกว่าเพศหญิงประมาณสองเท่า กลุ่มเยาวชนในช่วงวัยดังกล่าวถือเป็นกลุ่มประชากรที่อยู่ในระยะของการเปลี่ยนผ่านจากวัยรุ่นสู่การเป็นผู้ใหญ่ ซึ่งกำลังพัฒนาอัตลักษณ์ บทบาททางสังคม และความรับผิดชอบ โดยในอนาคตจะเติบโตเป็นแรงงานหลักและผู้นำในครอบครัว ดังนั้น อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในกลุ่มอายุนี้นี้จึงไม่เพียงส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของบุคคลเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อศักยภาพทางเศรษฐกิจและโครงสร้างประชากรในระดับประเทศอีกด้วย⁽³⁾ ซึ่งผลกระทบของการเกิดอุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่ออย่างกว้างขวางในหลายมิติ ทั้งในด้านร่างกาย เช่น การบาดเจ็บหรือทุพพลภาพ ด้านจิตใจ ความเครียดหรือภาวะซึมเศร้า ด้านสังคม เช่น การสูญเสียบทบาทในครอบครัวหรือชุมชน และด้านเศรษฐกิจ เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือการสูญเสียรายได้จากการทำงาน ผลกระทบเหล่านี้ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงเฉพาะผู้ประสบเหตุเท่านั้น แต่ยังขยายไปสู่ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสาธารณสุขโดยรวม⁽⁴⁾

สำหรับภาคใต้ สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พบจำนวนผู้ประสบอุบัติเหตุเพิ่มจาก 94,757 คน

ในปี พ.ศ. 2566 เป็น 101,672 คนในปี พ.ศ. 2567 โดยอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ยังคงเป็นสาเหตุหลัก คิดเป็นร้อยละ 77.00 ของอุบัติเหตุทั้งหมด กลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี เป็นกลุ่มที่ประสบอุบัติเหตุสูงสุดประมาณร้อยละ 30.00 สำหรับจังหวัดตรัง พบว่ามีผู้ประสบอุบัติเหตุจำนวน 8,477 คน ในปี พ.ศ. 2567 โดยอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์คิดเป็นสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 93.38 โดยเฉพาะในอำเภอกันตัง ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์คิดเป็นร้อยละ 100.00 ข้อมูลยังแสดงให้เห็นว่าเพศชายมีอัตราการประสบอุบัติเหตุสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 58.33 ต่อร้อยละ 41.67)⁽⁵⁾ ซึ่งอุบัติเหตุทางถนนมีสาเหตุหลักจากสามปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ขับขี่ ยานพาหนะ และสภาพแวดล้อมของถนน โดยจากการศึกษาหลายฉบับ พบว่า ความบกพร่องของผู้ขับขี่ เช่น การขาดวินัยจราจร ความประมาท หรือพฤติกรรมเสี่ยงเป็นปัจจัยที่พบบ่อยที่สุดในการเกิดอุบัติเหตุ แม้ว่าภาครัฐจะมีการดำเนินมาตรการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุทางถนนมาอย่างต่อเนื่อง เช่น การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้และการบังคับใช้กฎหมายจราจรอย่างเข้มงวด ทว่าแนวทางเหล่านี้มักให้ผลลัพธ์ในเชิงพฤติกรรมเพียงชั่วคราว ไม่สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนได้ในระยะยาว ดังนั้น การพัฒนายุทธศาสตร์ที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ขับขี่ในเชิงลึก โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนและวัยแรงงานจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้การป้องกันอุบัติเหตุทางถนนมีความต่อเนื่องและยั่งยืน⁽⁶⁾ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ประสิทธิภาพ และความรู้ กับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัยในกลุ่มเยาวชนอายุ 18-24 ปี ในเขตพื้นที่ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง โดยมุ่งหวังให้ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนเชิงนโยบายหรือจัดทำกิจกรรมเชิงป้องกันและส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้รถจักรยานยนต์ในกลุ่มเยาวชน ผลลัพธ์ที่ได้จะช่วยสนับสนุนการพัฒนาองค์ประกอบด้านปัจจัยบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการขับขี่อย่างปลอดภัย ซึ่งอาจนำไปสู่การลดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุและผลกระทบทางสุขภาพในระยะยาว

วิธีการศึกษา

การวิจัยฉบับนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณในลักษณะการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional survey) มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสิทธิภาพ และความรู้ กับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัยในกลุ่มเยาวชนอายุ 18-24 ปี ที่อาศัยอยู่ในตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยประกอบด้วยเยาวชนที่มีอายุอยู่ในช่วงดังกล่าวจำนวน 1,150 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรของ Yamane⁽⁷⁾ โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ 0.05 ได้จำนวนตัวอย่างเบื้องต้น 297 คน และเพิ่มอีกร้อยละ 10⁽⁸⁾ เพื่อรองรับปัญหาการสูญเสียข้อมูล จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 327 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยวิธีจับฉลากจากรายชื่อประชากรเป้าหมาย ซึ่งจัดเรียงและกำหนดหมายเลขล่วงหน้า เพื่อให้การสุ่มมีความเป็นระบบและลดอคติ เภทที่คัดเลือกได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 18-24 ปี ที่ขับขี่รถจักรยานยนต์เป็นประจำ สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง และให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยลงนามในแบบฟอร์มที่กำหนด ส่วนเกณฑ์คัดออกได้แก่ ผู้ที่มีข้อจำกัดด้านสุขภาพ การรู้หนังสือ หรือให้ข้อมูลที่ไม่สอดคล้อง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่เสียสิทธิใดๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ เช่น เพศ อายุ ใบนุญาติขับขี่ และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้รถจักรยานยนต์จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการใช้รถจักรยานยนต์ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบถูก-ผิด และส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการขับขี่อย่างปลอดภัย จำนวน 10 ข้อ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับในการประเมินความถี่ของพฤติกรรม เครื่องมือวิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัยทางถนน 2 ท่าน และด้านสาธารณสุข 1 ท่าน โดยพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ การศึกษา และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ

0.73 ด้านความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างนำร่องจำนวน 30 คน แบบสอบถามพฤติกรรมการขับขี่อย่างปลอดภัยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.85 แสดงถึงความเชื่อมั่นในระดับสูง ส่วนแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการใช้รถจักรยานยนต์วิเคราะห์ด้วยสูตรครูดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson formula 20: KR-20) ได้ค่าเท่ากับ 0.82

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล จัดทำหนังสือราชการเพื่อขอความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง และจัดเตรียมเอกสารที่ใช้ในการเก็บข้อมูลให้ครบถ้วนตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยและขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมอย่างเป็นทางการ จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งใช้เวลาตอบประมาณ 20 นาที ภายหลังจากการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของแบบสอบถามทุกฉบับก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ เก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 25 เมษายน - วันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์เชิงพรรณนา (descriptive statistics) ใช้เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ความถี่ (frequency) และร้อยละ (percentage) ส่วนการวิเคราะห์เชิงอนุมาน (inferential statistics) ใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square test) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการขับขี่อย่างปลอดภัย และใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการใช้รถจักรยานยนต์กับพฤติกรรมการขับขี่อย่างปลอดภัยในกลุ่มเยาวชนอายุ 18-24 ปี ในพื้นที่ศึกษา

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสุสิรินธร จังหวัดตรัง (รหัส P162/2567) เมื่อวันที่ 21 เมษายน พ.ศ. 2568 ผู้เข้าร่วมได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยอย่างชัดเจน และให้ความยินยอมโดยลงนามในแบบฟอร์มก่อนเข้าร่วม

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องรวมจะถูกเก็บเป็นความลับ และสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ

ผลการศึกษา

คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.97) และมีอายุ 20 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 78.29) โดยมีอายุเฉลี่ย 20.39 ปี (SD=1.39) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 82.57) และมีประสบการณ์ขับขี่เฉลี่ย 5.48 ปี (SD=2.89) สำหรับประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากการใช้รถจักรยานยนต์ในรอบ 1 ปี พบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยประสบอุบัติเหตุ (ร้อยละ 88.69) เช่นเดียวกับประสบการณ์เกือบจะเกิดอุบัติเหตุในรอบปี ซึ่งส่วนใหญ่ไม่เคยประสบเหตุใดๆ (ร้อยละ 80.73) สำหรับประสบการณ์

การเกิดอุบัติเหตุของคนในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่เคย (ร้อยละ 83.18) เช่นเดียวกับประสบการณ์คนในครอบครัวเกือบจะเกิดอุบัติเหตุจากการใช้รถจักรยานยนต์ ในรอบ 1 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคย (ร้อยละ 78.59) ดังตารางที่ 1

ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้รถจักรยานยนต์ ความรู้เรื่องสัญลักษณ์ และกฎจราจร พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 80.43 ขณะที่ร้อยละ 18.65 มีความรู้ในระดับปานกลาง และมีเพียงร้อยละ 0.92 เท่านั้นที่มีความรู้ในระดับต่ำ ดังตารางที่ 2

ระดับพฤติกรรมการใช้รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 62.69 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 34.25 และมีเพียงร้อยละ 2.75 ที่มีพฤติกรรมการใช้รถจักรยานยนต์ที่ไม่ปลอดภัย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n=327)

| คุณลักษณะทางประชากร | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|--|--------------------|--------|
| 1. เพศ | | |
| ชาย | 108 | 33.03 |
| หญิง | 219 | 66.97 |
| 2. อายุ (ปี) | | |
| ต่ำกว่า 20 | 71 | 21.71 |
| 20 ขึ้นไป | 256 | 78.29 |
| Mean±SD (Min, Max) | 5.48 ± 2.89 (1,16) | |
| 3. การมีใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์ | | |
| มีใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์ | 270 | 82.57 |
| ไม่มีใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์ | 57 | 17.43 |
| 4. ประสบการณ์การขับขี่รถจักรยานยนต์ (ปี) | | |
| 1-2 | 125 | 38.23 |
| 3-6 | 80 | 24.46 |
| 7-9 | 77 | 23.55 |
| มากกว่า 9 | 45 | 13.76 |
| Mean±SD (Min, Max) | 5.48 ± 2.89 (1,16) | |

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n=327) (ต่อ)

| คุณลักษณะทางประชากร | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|--|------------|--------|
| 5. ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากการใช้รถจักรยานยนต์ในรอบ 1 ปี (ครั้ง) | | |
| ไม่เคย | 290 | 88.69 |
| 1-3 | 37 | 11.31 |
| 6. ประสบการณ์เกือบจะเกิดอุบัติเหตุจากการใช้รถจักรยานยนต์ในรอบ 1 ปี (ครั้ง) | | |
| ไม่เคย | 264 | 80.73 |
| 1-3 | 60 | 18.35 |
| 4-6 | 3 | 0.92 |
| 7. ประสบการณ์คนในครอบครัวเกิดอุบัติเหตุจากการใช้รถจักรยานยนต์ในรอบ 1 ปี (ครั้ง) | | |
| ไม่เคย | 272 | 83.18 |
| 1-3 | 53 | 16.21 |
| 4-6 | 2 | 0.61 |
| 8. ประสบการณ์คนในครอบครัวเกือบจะเกิดอุบัติเหตุจากการใช้รถจักรยานยนต์ในรอบ 1 ปี (ครั้ง) | | |
| ไม่เคย | 257 | 78.59 |
| 1-3 | 69 | 21.10 |
| 4-6 | 1 | 0.31 |

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการใช้รถจักรยานยนต์ ความรู้เรื่องสัญลักษณ์ และกฎจราจร (n=327)

| ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้รถจักรยานยนต์ ความรู้เรื่องสัญลักษณ์ และกฎจราจร | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|--|------------|--------|
| ระดับต่ำ | 3 | 0.92 |
| ระดับปานกลาง | 61 | 18.65 |
| ระดับสูง | 263 | 80.43 |

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย (n=327)

| ระดับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|-------------------------------------|------------|--------|
| ระดับต่ำ | 9 | 2.75 |
| ระดับปานกลาง | 112 | 34.25 |
| ระดับสูง | 205 | 62.69 |

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการขับขี้อัจฉริยะยานยนต์โดยใช้สถิติ chi-square test พบว่า ประสพการณ์ของคนในครอบครัวที่เคยเกิดอุบัติเหตุ และประสพการณ์ของคนในครอบครัวที่เกือบจะเกิดอุบัติเหตุจากการใช้รถจักรยานยนต์ในรอบ 1 ปี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ได้แก่ เพศ อายุ การมีใบอนุญาตขับขี้อัจฉริยะยานยนต์ และประสพการณ์อุบัติเหตุของตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการขับขี้อย่างปลอดภัย ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 4

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการใช้รถจักรยานยนต์กับพฤติกรรมการขับขี้อัจฉริยะยานยนต์โดยใช้สถิติ Pearson's product-moment correlation coefficient พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.086 แสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำมาก และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.122$) ซึ่งหมายความว่าความรู้เกี่ยวกับการใช้รถจักรยานยนต์ของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการขับขี้อัจฉริยะยานยนต์ในเชิงสถิติในระดับความเชื่อมั่นที่กำหนด ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลต่อพฤติกรรมการขับขี้อัจฉริยะยานยนต์ที่ปลอดภัยด้วย chi-square test

| ปัจจัยส่วนบุคคล | df | X ² | p-value |
|---|----|----------------|---------|
| เพศ | 1 | 2.19 | 0.138 |
| อายุ | 1 | 1.03 | 0.311 |
| การมีใบอนุญาตขับขี้อัจฉริยะยานยนต์ | 1 | 0.07 | 0.799 |
| ประสพการณ์การขับขี้อัจฉริยะยานยนต์ | 3 | 1.34 | 0.720 |
| ประสพการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากการใช้รถจักรยานยนต์ในรอบ 1 ปี | 1 | 0.36 | 0.549 |
| ประสพการณ์เกือบจะเกิดอุบัติเหตุจากการใช้รถจักรยานยนต์ในรอบ 1 ปี | 1 | 3.23 | 0.199 |
| ประสพการณ์คนในครอบครัวเกิดอุบัติเหตุจากการใช้รถจักรยานยนต์ในรอบ 1 ปี | 1 | 3.43 | 0.037* |
| ประสพการณ์คนในครอบครัวเกือบจะเกิดอุบัติเหตุจากการใช้รถจักรยานยนต์ในรอบ 1 ปี | 1 | 1.76 | 0.014* |

* มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการใช้รถจักรยานยนต์กับพฤติกรรมการขับขี้อัจฉริยะยานยนต์ที่ปลอดภัย ด้วยสถิติ Pearson's product-moment correlation coefficient

| ปัจจัย | r | p-value | ระดับความสัมพันธ์ | แปลผล |
|-------------------------------------|-------|---------|-------------------|-----------------------|
| ความรู้เกี่ยวกับการใช้รถจักรยานยนต์ | 0.086 | 0.122 | ระดับต่ำมาก | ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ |

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ประสบการณ์ และความรู้ กับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัยในกลุ่มเยาวชนอายุ 18-24 ปี ในเขตพื้นที่ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง สามารถอธิบายผลการวิจัยตามปัจจัยที่ศึกษา ดังต่อไปนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศ อายุ การมีใบอนุญาตขับขี่ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการขับขี่อย่างปลอดภัย ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยทางประชากรดังกล่าวเพียงอย่างเดียวไม่สามารถเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการขับขี่ได้อย่างชัดเจน เนื่องจากพฤติกรรมการขับขี่อาจได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัยประกอบกัน เช่น ความตระหนักรู้ทัศนคติส่วนบุคคล บริบททางสังคม รวมถึงการได้รับข้อมูลหรือการอบรมด้านความปลอดภัย โดยผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสุพรรณบุรี⁽⁹⁾ พบว่า เพศ อายุ และการมีใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงจากการขับขี่รถจักรยานยนต์

ปัจจัยทางด้านประสบการณ์ พบว่า ประสบการณ์ของคนในครอบครัวที่เคยเกิดอุบัติเหตุ และประสบการณ์ของคนในครอบครัวที่เกือบจะเกิดอุบัติเหตุจากการใช้รถจักรยานยนต์ในรอบ 1 ปี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนปัจจัยอื่น ได้แก่ ประสบการณ์การขับขี่ และประสบการณ์อุบัติเหตุของตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการขับขี่อย่างปลอดภัย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของสิ่งแวดล้อมทางสังคมใกล้ตัวในการหล่อหลอมทัศนคติและพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบครัวซึ่งเป็นระบบสนับสนุนทางอารมณ์และแบบอย่างในการดำเนินชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาปรากฏการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากพฤติกรรมเสี่ยงในการขับขี่รถจักรยานยนต์ของผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี⁽¹⁰⁾ พบว่า ครอบครัวเป็นหน่วยทางสังคมที่ใกล้ชิดกับผู้ขับขี่ที่สุด เนื่องจากทำหน้าที่อบรมปลูกฝัง และเป็นแบบอย่างให้แก่บุตรหลาน ผลการศึกษาพบเงื่อนไขสำคัญอันเกิดจากครอบครัวที่ทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ขับขี่ รวมถึงสอดคล้องกับการ

ศึกษาในนักเรียนที่กำลังศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพในสถานศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา ปีการศึกษา 2566-2567⁽¹¹⁾ พบว่า ปัจจัยสถานภาพทางครอบครัวมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัย กล่าวคือ ครอบครัวที่มีประสบการณ์หรือมีการปลูกฝังวินัยจราจรจะส่งผลให้บุตรหลานมีพฤติกรรมขับขี่ที่ปลอดภัยมากขึ้น และการศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์⁽¹²⁾ พบว่า นักศึกษาที่มีประสบการณ์ในการขับขี่รถจักรยานยนต์จำนวนครั้งในการเกิดอุบัติเหตุต่างกัน มีพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์ไม่แตกต่างกัน

ปัจจัยด้านความรู้ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้รถจักรยานยนต์กับพฤติกรรมการขับขี่ที่ปลอดภัย มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.086 แสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำมาก และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) สะท้อนให้เห็นว่า แม้ผู้ขับขี่จะมีความรู้เกี่ยวกับการใช้รถจักรยานยนต์และกฎจราจรในระดับหนึ่ง แต่ความรู้นั้นอาจไม่เพียงพอที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการขับขี่ที่ปลอดภัยอย่างชัดเจนในทางปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยและพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์บนท้องถนน เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร⁽¹³⁾ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ซึ่งรวมถึงความรู้เกี่ยวกับการขับขี่และกฎจราจร) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาในนิสิตนักศึกษาปริญญาตรี สาขาสาธารณสุขศาสตร์⁽¹⁴⁾ พบว่า การอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ด้านการขับขี่ ไม่ได้เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ ทั้งนี้ ผลการศึกษาข้างต้นไม่สอดคล้องกับการศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสุพรรณบุรี⁽⁹⁾ ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการขับขี่รถจักรยานยนต์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางด้านสาธารณสุขควรดำเนินการจัด

กิจกรรมที่ให้ความสำคัญกับการสร้างแบบอย่างที่ดี จากครอบครัวในการมีพฤติกรรมจราจรที่ปลอดภัย รวมถึง ส่งเสริมการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ใกล้ตัวมากกว่าการเน้น เฉพาะความรู้เชิงทฤษฎี นอกจากนี้ ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องควร บูรณาการการอบรมร่วมกับการสร้างทัศนคติที่ดีและ แรงจูงใจในระดับปัจเจก เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยเชิงจิตวิทยาและสังคม เช่น ทัศนคติ การรับรู้ความเสี่ยง หรืออิทธิพลจากสื่อ ซึ่งอาจมีผลต่อ พฤติกรรมการขับขี่อย่างปลอดภัย นอกจากนี้ ควรใช้ระเบียบ วิธีวิจัยแบบผสมผสาน และขยายพื้นที่ศึกษาให้ครอบคลุม มากขึ้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งและครอบคลุมทุกมิติของ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on road safety 2023 [Internet]. 2023 [cited 2025 Jun 1]. Available from: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/safety-and-mobility/global-status-report-on-road-safety-2023>
2. วิทยาชาติบัญชาชัย. สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนและการจัดการกับปัญหาของประเทศไทย. วารสารการแพทย์ฉุกเฉิน แห่งประเทศไทย 2565;2(2):187-98.
3. กมลวรรณ คุ่มวงษ์, นิสากร กรุงไกรเพชร, สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่จักรยานยนต์ ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ 2562;27(4):42-52.
4. ภูวนาท ธรรมศรีรัตน์. การศึกษาสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนและผลกระทบของอุบัติเหตุ : กรณีผู้ประสบอุบัติเหตุเสียชีวิต อำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข 2567;2(1):17-34.
5. ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุเพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน. สถิติข้อมูลผู้เสียชีวิตสะสม ประเทศไทย ปี 2568 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 31 พ.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thairsc.com/>
6. ไสพรธณ โปะทะยะ, วิไลลักษณ์ อินทาราม, คณิตราพร ประกอบกิจ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจราจรของผู้ขับขี่ รถจักรยานยนต์ ในพื้นที่เขตตอนเหนือของกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2565;32(3):25-35.
7. Yamane T. Statistics: An introductory analysis. 2nd ed. New York: Harper & Row; 1967.
8. ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์. การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงพรรณนาในงานสาธารณสุข. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ 2556;16(2):9-18.
9. สุรศักดิ์ สุนทร, วชิรินทร์ โกมลมาลัย, ธาณินทร์ สุธีประเสริฐ, ยอดฝัน ปรางศร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงจากการขับขี่ รถจักรยานยนต์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัย- พยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2563;7(1):74-86.
10. อารยา เชียงของ, วีรพงษ์ พวงเล็ก, อมราพร สุรการ, ชัยยุทธ กลีบบัว, นิตยา สุขชัยสงค์. ปรากฏการณ์การเกิดอุบัติเหตุ จากพฤติกรรมเสี่ยงในการขับขี่รถจักรยานยนต์ของผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี: การศึกษาเชิงคุณภาพ. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ 2566;16(2):61-4.
11. เจษฎากร อังกุลพัฒนาศุข, ภัทรา วายจตุต. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย ของนักเรียนระดับ ประถมศึกษาปีที่ 5. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ 2567;13(2):42-57.
12. กฤษณา แก้วพัฒน์, วัฒนะ บุญกอบ, จันทร์จარი เกตุมาโร, เกษม ชูรัตน์. พฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์ของ นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ 2563;12(1):215-24.
13. ณัฐวดีแดงสวัสดิ์, ธัญญา รอดสุข. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยและพฤติกรรมการขับขี่จักรยานยนต์ บนท้องถนน เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2567;9(2):273-92.
14. กิตติ โพธิ์เย็น, สิงหา จันทร์ขาว, อนันต์ มาลารัตน์. ปัจจัยที่มีผลต่อจิตสำนึกความปลอดภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนิสิต นักศึกษาปริญญาตรี สาขาสาธารณสุขศาสตร์. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและสุขภาพ 2567;28(2):1-14.

Personal Factors, Experience, and Knowledge Associated with Safe Driving Behavior among Youths Aged 18–24 in Khuan Thani Subdistrict, Kantang District, Trang Province

Samsuwal Sa-ih¹, Chakkarin Parimanon², Sukhumaphorn Sriwisit², Pheeraya Sookchonnanun², Suphanat Chaokaowang², Naphatsorn Aramdech²

¹ Majoring in Community Public Health, Sirindhorn College of Public Health Trang, Trang Province, Thailand

² Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Sirindhorn College of Public Health Trang, Trang Province, Thailand

Abstract

This quantitative research employed a cross-sectional study design to analyze the relationships between personal factors, experience, knowledge, and safe motorcycle riding behavior among youths aged 18–24 residing in Khuan Thani Subdistrict, Kantang District, Trang Province. A sample of 327 participants was selected using simple random sampling. Data collection was conducted from April 25 to May 31, 2025. The research instrument was a three-part questionnaire assessing general information, motorcycle safety knowledge, and safe riding behavior. The instrument's content validity, verified by three experts, yielded an index of item-objective congruence (IOC) of 0.73. Reliability was confirmed with a Cronbach's alpha coefficient of 0.85 for the behavior section and a Kuder-Richardson formula 20 (KR-20) of 0.82 for the knowledge section, both indicating an acceptable level of reliability. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and SD, as well as inferential statistics, specifically the chi-square test and Pearson's product-moment correlation coefficient. The results revealed that gender, age, possession of a driver's license, and personal experience with accidents or near-misses were not significantly associated with safe riding behavior ($p > 0.05$). Conversely, family members' experience with accidents and near-miss incidents were significantly related to the behavior ($p < 0.05$). Meanwhile, knowledge regarding motorcycle safety showed a very low correlation with safe riding behavior ($p > 0.05$). Recommendations include promoting the role of the family and enhancing intrinsic motivation alongside experiential learning. Furthermore, future research should explore additional psychological and social factors.

Keywords: personal factors; experience; knowledge; behavior; safe motorcycle riding

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซีมเคร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทยทหารอากาศ

นุกลกิจ รุสิตานนท์

กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทยทหารอากาศ กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

ภาวะซีมเคร้า เป็นปัจจัยทางจิตวิทยา ที่อาจส่งผลกระทบต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซีมเคร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทยทหารอากาศ อาศัยการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน แบบผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทยทหารอากาศ ตั้งแต่เดือนมีนาคม - กรกฎาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 350 ราย โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์และแบบสอบถาม 2Q และ PHQ-9 สำหรับคัดกรองและประเมินระดับภาวะซีมเคร้า ผลการศึกษาความชุกภาวะซีมเคร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่าง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พบว่า เป็นโรคซีมเคร้า ร้อยละ 34.0 โดยมีภาวะซีมเคร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 24.0 และมีภาวะซีมเคร้าระดับน้อย ร้อยละ 10.0 โดยพบปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซีมเคร้า ได้แก่ เพศหญิง รายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ระยะการเป็นเบาหวาน 11 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยที่ไม่ออกกำลังกายเลย ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ≥ 130 mg/dl ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) $\geq 7\%$ มีการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนแบบเรื้อรังจากโรคเบาหวาน ความสัมพันธ์ของสมาชิกและการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผลการศึกษานี้สนับสนุนการศึกษาที่ผ่านมากที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซีมเคร้า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช มีความชุกต่อการเกิดภาวะซีมเคร้าในระดับสูง ดังนั้นควรให้ความสำคัญในการคัดกรองและรักษาภาวะซีมเคร้า และควรสอนวิธีการป้องกันภาวะซีมเคร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อป้องกันภาวะรุนแรงของโรคซีมเคร้า

คำสำคัญ: เบาหวานชนิดที่ 2; ภาวะซีมเคร้า; เวชศาสตร์ครอบครัว; เวชศาสตร์วิถีชีวิต; เวชศาสตร์ป้องกัน

วันรับ: 9 ก.พ. 2569

วันแก้ไข: 4 มี.ค. 2569

วันตอบรับ: 7 มี.ค. 2569

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลกและประเทศไทย ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และสังคม ปัจจุบันมีประชากรโลก

ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานประมาณ 589 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2050 ผู้ป่วยเบาหวานจากทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 853 ล้านคน⁽¹⁾ โรคเบาหวานจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับที่ 7 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั่วโลกภายในปี ค.ศ. 2030⁽²⁾ สำหรับสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวาน

ในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2560 พบว่า ความชุกของโรคเบาหวาน ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 6.9 พบความชุก ในเพศหญิงและเพศชาย ร้อยละ 7.7 และ 6.0 ตามลำดับ⁽³⁾ โดยพบความชุกสูงที่สุดในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 16.7⁽⁴⁾ ซึ่งปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานที่สำคัญคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เกือบร้อยละ 78.95 นอกจากนี้ ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาก็เป็นปัจจัยหลักที่สำคัญ ได้แก่ ความเครียด เพราะเป็นโรคที่รักษาไม่หาย อาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า ประมาณร้อยละ 20-30^(3,5)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายปัจจัยที่อาจ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน เช่น ปัจจัยด้านลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ และรายได้ ปัจจัยด้านโรค เช่น ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน การมีโรคร่วม หรือภาวะแทรกซ้อน รวมถึงปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรักษาด้วยอินซูลิน การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวและการรับรู้ ภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งอาจมีบทบาทต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน⁽⁵⁻¹⁰⁾ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่ผ่านมามีความแตกต่างกันตามบริบทของประชากรและสถานบริการสุขภาพ และยังมีข้อมูลจำกัดเกี่ยวกับความชุก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของประเทศไทย

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบครบวงจร โดยในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มารับบริการประมาณ 14,000 ราย อย่างไรก็ตาม การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานยังไม่ได้ดำเนินการอย่างเป็นระบบ ซึ่งอาจส่งผลให้การวินิจฉัยและการดูแลด้านสุขภาพจิตล่าช้า

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross sectional descriptive study) เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยได้รับใบรับรองจริยธรรม จากโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ เลขที่ กท 0633.7

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน แบบผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ตั้งแต่เดือนมีนาคม - กรกฎาคม 2566 โดยการเก็บข้อมูลหลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ และมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งเพศชายและหญิง มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป
2. มีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยด้านการฟัง พูด อ่าน เขียน ได้อย่างเข้าใจ
3. ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออกผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร

1. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับการรักษาต่อเนื่องจากที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
2. ผู้ป่วยที่มีอาการทางกายระดับรุนแรงในระดับที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

เกณฑ์การถอนผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่ต้องการยุติการเข้าร่วมวิจัย/ตอบแบบสอบถาม
2. ผู้ป่วยให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง
3. ผู้ป่วยให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน

ขนาดตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยประเภทที่ต้องประมาณค่า (estimation) ในประชากรกลุ่มเดียว คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อีกทั้งเป็นข้อมูลชนิดนับ (category data) ดังนั้นจึงใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

โดยคำนวณจากสูตรขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น = 95%

$$Z_{\infty/2} = Z_{0.05/2} = 1.96 \text{ (two tail)}$$

คำนวณจากสูตร

$$n = (Z_{\infty/2})^2 PQ/d^2$$

n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง Z กำหนด 1.96

P = ความชุกของภาวะซีมีเคร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คือ 29.8% หรือ 0.298

Q = 1-0.298 d = acceptable error = 0.05

แทนค่า n = (1.96)²(0.298)(1-0.298)/(0.05)²

n = 322 คน

และมีการเก็บตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 ดังนั้นต้องเก็บกลุ่มตัวอย่างประมาณ 350 คน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้เก็บรวบรวมกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบสโนว์บอล (snowball sampling) จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบ 350 คน ตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถามอันประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ ระยะการเป็นโรคเบาหวาน การออกกำลังกาย ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) มีการรักษาด้วยอินซูลิน การมีภาวะโรคร่วมทางกาย การมีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคเบาหวาน การมีภาวะแทรกซ้อนแบบเรื้อรังจากโรคเบาหวาน แบบประเมินโรคซีมีเคร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁽¹¹⁾ โดยแปลความหมายดังนี้ น้อยกว่า 7 คะแนน แปลผลไม่มีอาการของโรคซีมีเคร้า 7-12 คะแนน แปลผลมีอาการของโรคซีมีเคร้าระดับน้อย 13-18 คะแนน แปลผลมีอาการของโรคซีมีเคร้าระดับปานกลาง มากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน แปลผลมีอาการของโรคซีมีเคร้า ระดับรุนแรง แบบประเมินความสัมพันธ์ของสมาชิก ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของฟริตแมน^(12,13) การแปลผลคะแนน โดยใช้คะแนนรวมซึ่งมีช่วงคะแนนระหว่าง 16-64 คะแนน ดังนี้ 38-64 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี 27-37 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง และ 16-26 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับไม่ดี และแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลของนำแบบวัดของรอสส์คูนส์ เจืออุปถัมภ์⁽¹⁴⁾

และศึกษา General Health Perception Battery⁽¹⁵⁾ โดยแปลผลระดับการรับรู้เป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 15-35 ระดับน้อย คะแนน 36-56 ระดับปานกลาง และคะแนน 57-75 ระดับมาก

การวิเคราะห์ข้อมูล (1) สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ความถี่ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ (2) สถิติเชิงอนุมานเพื่อสรุปผลของประชากรและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีมีเคร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ chi-square และ logistic regression เพื่อดูความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีมีเคร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

ผลการศึกษา

ผลสรุปรายงานข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.4 อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 36.6 สถานภาพคู่ ร้อยละ 66.9 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ประถมศึกษา ร้อยละ 54.0 มีรายได้เพียงพอค่าใช้จ่าย ร้อยละ 76.6 ดัชนีมวลกาย 25.0-29.9 ร้อยละ 50.6 ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน 11 ปีขึ้นไป ร้อยละ 81.7 การออกกำลังกาย ร้อยละ 60.3 ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ≥ 130 mg/dl ร้อยละ 64.0 ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) $\geq 7\%$ ร้อยละ 73.4 การรักษาด้วยอินซูลิน ร้อยละ 80.0 ภาวะโรคร่วมทางกาย ร้อยละ 79.7 มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคเบาหวาน ร้อยละ 4.3 และ ภาวะแทรกซ้อนแบบเรื้อรังจากโรคเบาหวาน ร้อยละ 66.9 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ผลการประเมินโรคซีมีเคร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยแบบประเมินโรคซีมีเคร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) โดยภาพรวมพบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะซีมีเคร้า อยู่ในระดับ 0-6 คะแนน นั่นคือ ไม่มีภาวะซีมีเคร้า จำนวน 231 คน คิดเป็นร้อยละ 66.0 รองลงมา มีภาวะซีมีเคร้าระดับปานกลาง จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 24.0 และมีภาวะซีมีเคร้าอยู่ในระดับ 7-12 คะแนน นั่นคือ มีภาวะซีมีเคร้าระดับน้อย จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 10.0 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ลักษณะทางด้านประชากรและเศรษฐกิจของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n=350)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| เพศ | | |
| ชาย | 86 | 24.6 |
| หญิง | 264 | 75.4 |
| อายุ (ปี) | | |
| 40-49 | 23 | 6.6 |
| 50-59 | 90 | 25.7 |
| 60-69 | 128 | 36.6 |
| 70 ขึ้นไป | 109 | 31.1 |
| (Mean=65.07, SD=11.15, Min=42, Max=85) | | |
| สถานภาพสมรส | | |
| โสด | 33 | 9.4 |
| คู่ | 234 | 66.9 |
| หย่าร้าง/แยกกันอยู่ | 83 | 23.7 |
| ระดับการศึกษาสูงสุด | | |
| ไม่ได้รับการศึกษา | 48 | 13.7 |
| ประถมศึกษา | 189 | 54.0 |
| มัธยมศึกษา | 103 | 29.4 |
| ปริญญาตรีขึ้นไป | 10 | 2.9 |
| ความพอเพียงของรายได้ | | |
| เพียงพอค่าใช้จ่าย | 268 | 76.6 |
| ไม่เพียงพอค่าใช้จ่าย | 82 | 23.4 |
| ดัชนีมวลกาย | | |
| น้อยกว่า 18.5 | | |
| 18.5-22.9 | 111 | 31.7 |
| 23.0-24.9 | 62 | 17.7 |
| 25.0-29.9 | 177 | 50.6 |
| ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน (ปี) | | |
| 1-10 | 64 | 18.3 |
| 11 ขึ้นไป | 286 | 81.7 |
| (Mean=17.79, SD=9.24, Min=1, Max=42) | | |

ตารางที่ 1 ลักษณะทางด้านประชากรและเศรษฐกิจของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n=350) (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน | ร้อยละ |
|--------------------------------------|-------|--------|
| การออกกำลังกาย | | |
| ไม่ออกเลย | 139 | 39.7 |
| ออกกำลังกาย | 211 | 60.3 |
| ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) | | |
| <130 mg/dl | 126 | 36.0 |
| ≥130 mg/dl | 224 | 64.0 |
| ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) | | |
| <7% | 93 | 26.6 |
| ≥7% | 257 | 73.4 |
| การรักษาด้วยอินซูลิน | | |
| มี | 280 | 80.0 |
| ไม่มี | 70 | 20.0 |
| ภาวะโรคร่วมทางกาย | | |
| มี | 279 | 79.7 |
| ไม่มี | 71 | 20.3 |
| ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคเบาหวาน | | |
| มี | 15 | 4.3 |
| ไม่มี | 335 | 95.7 |
| ภาวะแทรกซ้อนแบบเรื้อรังจากโรคเบาหวาน | | |
| มี | 234 | 66.9 |
| ไม่มี | 116 | 33.1 |

ตารางที่ 2 ผลการประเมินโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) โดยภาพรวม (n=350)

| ภาวะซึมเศร้า | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| คะแนน 0-6 หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า | 231 | 66.0 |
| คะแนน 7-12 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย | 35 | 10.0 |
| คะแนน 13-18 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง | 84 | 24.0 |
| รวม | 350 | 100.0 |

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยการวิเคราะห์แบบ chi-square พบว่า ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ของสมาชิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับภาวะโรคซึมเศร้า ($p=0.029$) และปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับภาวะโรคซึมเศร้า ($p=0.011$) ดังตารางที่ 3

ทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติด้วย multiple logistic regression พบว่าผู้ป่วยหญิงมีความเสี่ยงต่อภาวะโรคซึมเศร้า 2.43 เท่า (95%CI=1.05-5.81) ผู้ป่วยที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายมีความเสี่ยงต่อภาวะโรคซึมเศร้า 3.64 เท่า (95%CI=2.11-6.29) ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเป็นเบาหวาน 11 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อภาวะโรคซึมเศร้า 1.11 เท่า (95%CI=1.02-1.20) ผู้ป่วยที่ไม่ออกกำลังกายมีความเสี่ยงต่อภาวะโรคซึมเศร้า 2.57 เท่า (95%CI=1.44-4.63) ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ≥ 130 mg/dl มีความเสี่ยงต่อภาวะโรคซึมเศร้า 2.55 เท่า (95%CI=1.98-5.43) ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) $\geq 7\%$ มีความเสี่ยงต่อภาวะโรคซึมเศร้า 2.10 เท่า (95%CI=1.01-4.37) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยอินซูลินมีความเสี่ยงต่อภาวะโรคซึมเศร้า 0.68 เท่า (95%CI=0.46-1.01) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน

เฉียบพลันจากโรคเบาหวานมีความเสี่ยงต่อภาวะโรคซึมเศร้า 4.14 เท่า (95%CI=2.26-7.57) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนแบบเรื้อรังจากโรคเบาหวานมีความเสี่ยงต่อภาวะโรคซึมเศร้า 2.22 เท่า (95%CI=1.28-4.65) แต่ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมทางกายและการมีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคเบาหวานไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะโรคซึมเศร้า ดังตารางที่ 4

วิจารณ์

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 34.0 โดยส่วนใหญ่เป็นภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ซึ่งอยู่ในช่วงเดียวกับการศึกษาก่อนหน้านี้ในประเทศไทยที่รายงานความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประมาณร้อยละ 15-40⁽³⁻⁵⁾ โดยใช้แบบประเมิน 2Q และ 9Q ของกรมสุขภาพจิต⁽¹¹⁾ อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นโรคค่อนข้างนาน (ค่าเฉลี่ย 17.79 ปี) และมีภาวะแทรกซ้อนของโรคร่วมด้วยในสัดส่วนสูง จึงสะท้อนลักษณะของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความซับซ้อนของโรคในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งอาจมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยทั่วไป

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทางด้านความร่วมมือในการใช้ยา ความสัมพันธ์ของสมาชิก การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กับภาวะโรคซึมเศร้า ด้วยการวิเคราะห์แบบ chi-square (n=119)

| ภาวะซึมเศร้า | ภาวะโรคซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ) | | | chi-square | p-value |
|--|--------------------------------|--------------|----------|------------|---------|
| | ภาวะโรคซึมเศร้าทั้งหมด | ระดับปานกลาง | ระดับต่ำ | | |
| ความสัมพันธ์ของสมาชิก | | | | | |
| ระดับความสัมพันธ์ของสมาชิกอยู่ในระดับต่ำ | 9(2.57) | 5(1.43) | 4(1.14) | 7.080 | 0.029 |
| ระดับความสัมพันธ์ของสมาชิกอยู่ในระดับปานกลาง | 34(9.71) | 22(6.29) | 12(3.43) | | |
| ระดับความสัมพันธ์ของสมาชิกอยู่ในระดับสูง | 76(21.71) | 57(16.29) | 19(5.43) | | |
| การรับรู้ภาวะสุขภาพ | | | | | |
| ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ | 43(12.29) | 24(6.86) | 19(5.43) | 6.509 | 0.011 |
| ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง | 52(14.86) | 41(11.71) | 11(3.14) | | |
| ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูง | 24(6.86) | 19(5.43) | 5(1.43) | | |

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางด้านประชากรและเศรษฐกิจ สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กับภาวะโรคซึมเศร้า การวิเคราะห์ multiple logistic regression (n=350)

| ปัจจัย | โรคซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ) | | | OR (95%CI) | p-value |
|--------------------------------------|----------------------------|--------------|----------|------------------|---------|
| | โรคซึมเศร้า ทั้งหมด | ระดับปานกลาง | ระดับต่ำ | | |
| จำนวน | 119(34.0) | 84(24.0) | 35(10) | | |
| เพศ | | | | | |
| ชาย | 19(5.43) | 4(1.14) | 15(4.29) | 1 | |
| หญิง | 100(28.57) | 80(22.86) | 20(5.71) | 2.43(1.05-5.81) | 0.042 |
| ความพอเพียงของรายได้ | | | | | |
| เพียงพอค่าใช้จ่าย | 57(16.29) | 49(14.0) | 8(2.29) | 1 | |
| ไม่เพียงพอค่าใช้จ่าย | 62(17.71) | 35(10.0) | 27(7.71) | 3.64(2.11-6.29) | 0.001 |
| ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน (ปี) | | | | | |
| 1-10 | 24(6.86) | 18(5.14) | 6(1.71) | 1 | |
| 11 ขึ้นไป | 95(27.14) | 66(18.86) | 29(8.29) | 1.11(1.02-1.20) | 0.015 |
| การออกกำลังกาย | | | | | |
| ไม่ออกเลย | 22(6.29) | 13(3.71) | 9(2.57) | 2.57(1.44-4.63) | 0.031 |
| ออกกำลังกาย | 97(27.71) | 71(20.29) | 26(7.43) | 1 | |
| ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) | | | | | |
| <130 mg/dl | 48(13.71) | 33(9.43) | 15(4.29) | 1 | |
| ≥130 mg/dl | 71(20.29) | 51(14.57) | 20(5.71) | 2.55(1.98-5.43) | 0.001 |
| ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) | | | | | |
| <7% | 33(9.43) | 24(6.86) | 9(2.57) | 1 | |
| ≥7% | 86(24.57) | 60(17.14) | 26(7.43) | 2.10(1.01-4.37) | 0.003 |
| การรักษาด้วยอินซูลิน | | | | | |
| มี | 97(27.71) | 71(20.29) | 26(7.43) | 0.68(0.46-1.01) | 0.04 |
| ไม่มี | 22(6.29) | 13(3.71) | 9(2.57) | 1 | |
| ภาวะโรคร่วมทางกาย | | | | | |
| มี | 97(27.71) | 72(20.57) | 25(7.14) | 1.02(0.80-1.30) | 0.87 |
| ไม่มี | 22(6.29) | 12(3.43) | 10(2.86) | 1 | |
| ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคเบาหวาน | | | | | |
| มี | 11(3.14) | 9(2.57) | 2(0.57) | 1.00 (0.49-2.05) | 0.99 |
| ไม่มี | 108(30.86) | 75(21.43) | 33(9.43) | 1 | |
| ภาวะแทรกซ้อนแบบเรื้อรังจากโรคเบาหวาน | | | | | |
| มี | 39(11.14) | 27(7.71) | 12(3.43) | 2.22(1.28-4.65) | 0.008 |
| ไม่มี | 80(22.86) | 57(16.29) | 23(6.57) | 1 | |

ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยหลายด้านมีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเคร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเฉพาะหญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซีมเคร้ามากกว่าเพศชาย 2.43 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริ เมืองไทย⁽⁶⁾ Beck⁽¹⁶⁾ และ Costa และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่รายงานว่า เพศหญิงมีแนวโน้มเกิดภาวะซีมเคร้ามากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายมีความเสี่ยงต่อภาวะซีมเคร้ามากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าสถานะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับภาวะซีมเคร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง⁽⁵⁾

ในด้านปัจจัยทางคลินิกของโรคพบว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเป็นเบาหวานนาน การไม่ออกกำลังกาย การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี (FBS \geq 130 mg/dl และ HbA1c \geq 7%) รวมถึงการมีภาวะแทรกซ้อนแบบเรื้อรังจากโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเคร้าที่รายงานว่าภาวะของโรคและภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งนี้การดำเนินของโรคในระยะยาวและความจำเป็นในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดสะสมและส่งผลกระทบต่อภาวะทางอารมณ์ได้

นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังพบว่า ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวและการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเคร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยด้านจิตสังคมอาจมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยเบาหวาน นอกเหนือจากปัจจัยทางชีวภาพของโรคเพียงอย่างเดียว ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Bai และคณะ⁽⁹⁾ ที่รายงานว่า การสนับสนุนทางสังคมและความสัมพันธ์ในครอบครัวสามารถช่วยลดความเสี่ยงของภาวะซีมเคร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้

แม้ว่าผลการศึกษาบางส่วนจะมีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา แต่การศึกษานี้มีความแตกต่างจากงานวิจัยก่อนหน้าในหลายประเด็นที่สำคัญ ประการแรก การศึกษานี้ดำเนินการในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มิมีระยะเวลาการเป็นโรคนานและมีภาวะแทรกซ้อนของโรคร่วมด้วย ทำให้สะท้อนลักษณะของผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนของโรคมากกว่าการศึกษาหลายงานในประเทศไทย

ประการที่สอง การศึกษานี้ได้วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีมเคร้าอย่างครอบคลุมทั้งด้านปัจจัยทางคลินิกของโรคเบาหวาน เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c และภาวะแทรกซ้อนของโรค ร่วมกับปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวและการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งตัวแปรด้านจิตสังคมดังกล่าวยังมีการศึกษาในบริบทของผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยค่อนข้างจำกัด ประการที่สาม การศึกษานี้ใช้การวิเคราะห์ multiple logistic regression เพื่อระบุปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะซีมเคร้าอย่างอิสระ ทำให้สามารถแยกอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ ได้อย่างชัดเจน ดังนั้น ผลการศึกษานี้จึงช่วยขยายองค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีมเคร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเฉพาะในบริบทของผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนของโรค และชี้ให้เห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม

ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีมเคร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตัวแปรอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น การใช้สื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม การดำเนินชีวิตและสุขภาพจิตของคนในยุคปัจจุบัน นอกจากนี้ควรมีการศึกษาภาวะซีมเคร้าในผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 รวมถึงการศึกษาในกลุ่มประชากรทุกช่วงอายุ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น อีกทั้งควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความชุกของภาวะซีมเคร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดหรือภูมิภาคต่างๆ ของประเทศ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงพื้นที่ที่สามารถนำไปใช้เป็นประโยชน์ในการวางแผนกำหนดนโยบาย และพัฒนาแนวทางการส่งเสริมป้องกันภาวะซีมเคร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของภาครัฐในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ น.ท.หญิง กฤตยา เรียงจันทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาทางวิจัย น.อ.ชัยณรงค์ ธีรภัทร ประธานหลักสูตรแพทยเวชศาสตร์ครอบครัว กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช คณาจารย์-

กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก กองอายุรกรรม ศูนย์วิจัย ทำงานวิจัยทุกชั้นตอน รวมถึงแนะนำการเขียน การนำเสนอ
 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ที่ถูกต้อง ตลอดจนการให้กำลังใจเป็นอย่างดี เป็นแรง-
 ที่ได้ให้คำปรึกษา คำแนะนำ ให้ความรู้และกระบวนการ ผลักดันให้งานวิจัยฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. The International Diabetes Federation. Diabetes around the world in 2024 [Internet]. [cited 2026 Mar 1]. Available from: <https://idf.org/about-diabetes/diabetes-facts-figures/>
2. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care 2017;40:S6-S129.
3. จิตรา อ่างชัยชนะ, วงศา เล้าหศิริวงศ์, วิไลพร ถิ่นคำพร. สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเคร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตจังหวัดขอนแก่น. วารสารแพทยนาวิ 2561;7(1):613-31.
4. ฉัตรลดา ดีพร้อม, พิชราวรรณ จันทรเพชร. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยนวัตกรรมพื้นบ้าน v-exercise ต่อสมรรถภาพทางกายระดับน้ำตาลในเลือดและภาวะซีมีเคร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2563;43(1):42-53.
5. ชลวิภา สลักขณานุรักษ์, วโรดม ใจสนุก, เบญจา มุกตพันธ์. ความสัมพันธ์ของภาวะซีมีเคร้าและความเครียดกับระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. ศรีนครินทร์-เวชสาร 2559;31(1):34-46.
6. ศิระ เมืองไทย. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซีมีเคร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2556;28(2):109-20.
7. จุฑารัตน์ บุญวัฒน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเคร้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา 2552;17(2):32-47.
8. อาทิตย์ วีระเบญจพล, มาโนช หล่อตระกูล, ชลิต รัตสาร. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะซีมีเคร้าในผู้ป่วยเบาหวานไทย. รามาธิบดีเวชสาร 2553;33(1):10-8.
9. Bai YL, Chiou CP, Chang YY. Self-care behaviour and related factors in older people with type 2 diabetes. J Clin Nurs 2009;18(23):3308-15.
10. ผกามาศ เพชรพงศ์. ภาวะซีมีเคร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในอำเภอวชิรบารมี จังหวัดพิจิตร. วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ 2562;13(2):25-36.
11. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการบริการด้านสุขภาพจิต นนทบุรี [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30 ส.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: https://dmh.go.th/report/dmh/rpt_year/dl.asp?id=461
12. Friedman MM. Family nursing: theory & assessment. 2nd ed. New York: Appleton-Century-Crofts; 1986.
13. เนตรนภา คู่พันธ์วี. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์โรคเรื้อรัง เขต 12 [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2534.
14. รสสุคนธ์ เจืออุปถัมภ์. ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2553.
15. Brook RH, Ware JE, Davies-Avery A, Stewart AL, Donald CA, Rogers WH, et al. Overview of adult health measures fielded in Rand's health insurance study. Med Care 1979;17(7):1-131.
16. Beck AT. Diagnosis and management of depression. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1973.
17. Costa EG, Campos RP, Costa EC. Relationship between socio-demographic, clinical and psychosocial variables in patients with type 2 diabetes. Análise Psicológica 2014;32(1):63-77.

Prevalence and Factors Associated with Depression among Type 2 Diabetic Patients in Bhumibol Adulyadej Hospital RTAF

Nukolkit Rusitanonta

*Department of Outpatient, Bhumibol Adulyadej Hospital, Directorate of Medical Services,
Royal Thai Air Force, Bangkok, Thailand*

Abstract

Depression is a psychological factor that may affect blood sugar levels in diabetic patients. The objectives of this study were to investigate the prevalence and factors associated with depression in type 2 diabetic patients receiving services at Bhumibol Adulyadej Hospital, Royal Thai Air Force Medical Department. Cross sectional descriptive study was conducted among 350 type 2 diabetic patients who received outpatient services at the diabetes clinic in the hospital from March - July 2023. The data was collected through interviews using 9-question depression screening questionnaires. The study found 34% of type 2 diabetic patients had major depressive disorder, 24% with moderate depression, and 10% with mild depression. The logistic regression analysis revealed a correlation between diabetes patients with depression and the following factors, female patients, insufficient income, patient with diabetes conditions for 11 years or greater, lack of physical activity/exercise, abnormal fasting blood sugar level (FBS) ≥ 130 mg/dl, HbA1c $\geq 7\%$, insulin injection use, patients with chronic complications from diabetes, member relationships and health awareness. This study confirms previous findings and contributes additional evidence that depression is common in diabetic patients. The prevalence of depression among type 2 diabetic patients in Bhumibol Adulyadej Hospital was high. The study concludes that clinical services for diabetes patients should also include screening and treatment for depression, as well as guidance on how to recognize and prevent depression.

Keywords: type 2 diabetes mellitus; depression; family medicine; lifestyle medicine; preventive medicine

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง บ้านคำแย ตำบลพระเหลา อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ

อัศวินท์ อินทร¹, จุฑารัตน์ ศรีเลิศ¹, รามาวดี ทรงศิริ¹, อรรถพงษ์ ฤทธิศักดิ์¹, ประเสริฐ ประสมรักษา¹, ดิเรก คณะรัตน์², รุจาภา ลุผล², ลักษณ์มา บุตรศรี²

¹มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ

²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสะแบง อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของไทยและทั่วโลก โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่ประชาชนยังขาดความรู้และความเข้าใจในการป้องกันโรค แม้จะมีแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพ แต่การนำไปปฏิบัติในระดับชุมชนยังเป็นความท้าทายที่สำคัญ งานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตาม PAOR 4 ขั้นตอน เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย กลุ่มเสี่ยง และครอบครัวกลุ่มเสี่ยง กลุ่มละ 30 คน และผู้เข้าร่วมรูปแบบรวม 14 คน ใช้แบบสอบถามวัดความรู้ ความรอบรู้ การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการสนับสนุนของครอบครัวและชุมชน ที่มีค่า CVI เท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและ สถิติอนุมาน Paired sample t-test ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจ ประกอบด้วย (1) การเสริมความรู้และทักษะของครอบครัวและชุมชนผ่านการอบรม ฝึกปฏิบัติ ลดปัจจัยเสี่ยง (2) ร่วมรับรู้และวางแผนลดความเสี่ยง (3) สร้างเครือข่ายการออกกำลังกาย และ (4) การแชร์คุณค่าของครอบครัวและชุมชน ภายหลังการวิจัยพบว่า กลุ่มเสี่ยงมีความรู้และความรอบรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้น ครอบครัวของกลุ่มเสี่ยงมีส่วนร่วมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากขึ้น ครอบครัว และชุมชนให้การสนับสนุนเพิ่มขึ้น โดยคะแนนเฉลี่ยทุกด้านสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปได้ว่า รูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจสามารถลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน

คำสำคัญ: การสร้างเสริมพลังอำนาจ; การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน; พฤติกรรมสุขภาพ; กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตโครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันรับ: 25 ม.ค. 2569

วันแก้ไข: 27 ก.พ. 2569

วันตอบรับ: 1 มี.ค. 2569

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสุขภาพระดับโลกและระดับประเทศ โดยมีผู้ป่วยมากกว่า 15 ล้านคนต่อปี และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการถาวร⁽¹⁾ ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 349,126 คน และเสียชีวิต 36,214 คน⁽²⁾ สำหรับจังหวัดอำนาจเจริญ แม้อัตราการเสียชีวิตรวมจะต่ำกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ แต่อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) ยังอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน⁽³⁾ การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องอาศัย “ความรู้” “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” (health literacy) และ “การเสริมพลังอำนาจ” (Empowerment) ของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้สามารถจัดการกับปัจจัยเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม⁽⁴⁾ ซึ่งการเสริมพลังอำนาจไม่เพียงเป็นแนวคิด แต่เป็นเครื่องมือที่ช่วยเติมเต็มช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติจริง ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพและดูแลตนเองได้ดีขึ้น การดำเนินงานเชิงรุกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีบทบาทสำคัญในการเผยแพร่ความรู้ ติดตามกลุ่มเสี่ยง และสนับสนุนให้ครอบครัว และชุมชนร่วมกันดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการสร้างเสริมพลังอำนาจของชุมชน⁽⁵⁾ ดังนั้น การบูรณาการแนวคิด Empowerment และการมีส่วนร่วม จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอย่างยั่งยืนในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง บ้านตาแย อำเภอนาตาล ตำบลพระเหลา จังหวัดอำนาจเจริญ และเพื่อศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง บ้านตาแย อำเภอนาตาล ตำบลพระเหลา จังหวัดอำนาจเจริญ

วิธีการศึกษา

ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมตนเองอย่างเป็นระบบ เพื่อให้มีความรู้และความชำนาญในการให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยเริ่มจากการศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อออกแบบโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ พร้อมจัดทำแผนการสอน สื่อการสอน คู่มือ แบบบันทึก และฝึกซ้อมการสอนตามรูปแบบที่กำหนด เพื่อให้เข้าใจขั้นตอนและเกิดความมั่นใจในการถ่ายทอดความรู้ เนื้อหาที่เตรียมครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เช่น สาเหตุทั่วไป สัญญาณเตือน การป้องกัน และการลดความเสี่ยง หลังจากนั้น ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด พร้อมชี้แจงข้อมูลการวิจัยและขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมอย่างถูกต้องตามหลักจริยธรรม เมื่อลงลายมือชื่อยินยอมแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง และดำเนินการตามขั้นตอนที่ออกแบบไว้ โดยใช้วงจรการเรียนรู้แบบ PAOR (Planning – Action – Observation – Reflection) เป็นแนวทางหลักในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงคือประชาชนที่อยู่บ้านตาแย ตำบลพระเหลา อำเภอนาตาล จังหวัดอำนาจเจริญ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเบาหวาน และมารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสะแบง ตำบลพระเหลา อำเภอนาตาล จังหวัดอำนาจเจริญ

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยกำหนดค่าทางสถิติดังนี้ $Z_{\alpha} =$ ระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.96 $Z_{\beta} =$ อำนาจการทดสอบที่ร้อยละ 80 ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.84 $\sigma_d^2 =$ ค่าความแปรปรวน มีค่าเท่ากับ 3.68 $\mu_d =$ ค่าเฉลี่ยผลต่าง ผู้วิจัยนำมาจากการศึกษาของจตุพงษ์ พันธวิไล และคณะ⁽⁶⁾ ได้ศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริม-

สุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ พบว่าค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 2.06 ผลการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 30 คน

เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. สามารถฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยอย่างเข้าใจ และสื่อสารภาษาไทยได้
2. มีเครื่องมือสื่อสารที่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตและแอปพลิเคชันไลน์ได้
3. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือ โรคเบาหวาน
4. สัมผัสใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก

1. เป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว
2. เป็นโรคหัวใจรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากความดันโลหิตสูง เช่น หัวใจล้มเหลว ไตวายระยะสุดท้าย
3. มีข้อจำกัดทางร่างกายที่ทำให้ออกกำลังกายไม่ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของ PRECEDE-PROCEED Model และทฤษฎีของ “ทฤษฎีเสริมสร้างพลังอำนาจ” (Empowerment Theory) ของ Anderson และคณะ⁽⁷⁾ และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

กำหนดระยะเวลาของโปรแกรม และรายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรมให้ครอบคลุมตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของ Andersen⁽⁸⁾ และทฤษฎีเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ แบ่งเป็นทั้งหมด 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1: ศึกษาสถานการณ์ (Assessment)

วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วย-ความดันโลหิตสูงผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (PLD) เพื่อวางแผนกิจกรรมตามบริบทชุมชน

ระยะที่ 2: พัฒนาและสร้างเสริมพลังอำนาจ (Intervention)

กิจกรรมที่ 1: Health education – อบรมให้ความรู้ และทักษะการป้องกันโรค โดยทีมสหวิชาชีพและผู้วิจัย

กิจกรรมที่ 2: Step into health – กิจกรรมมี 3 รูปแบบ

- Healthy Family Challenge: ตั้งเป้าหมายสุขภาพร่วมกับครอบครัว และสุ่มตรวจความเค็มในอาหาร
- Cooking Workshop: สาธิตและฝึกทำอาหารสุขภาพลดโซเดียมในชุมชน
- เครือข่ายออกกำลังกาย: จัดตั้งกลุ่มออกกำลังกาย (บาสโลป/แอโรบิก) โดยมี อสม. เป็นแกนนำ

กิจกรรมที่ 3: Follow-up & support – ระบบติดตาม

3 ระดับ (ระดับบุคคล/สมุดบันทึก, ระดับครอบครัว/อสม. เยี่ยมบ้าน, และระดับชุมชน/รพ.สต.)

ระยะที่ 3: ตรวจสอบและปรับปรุง (Evaluation & sustainability)

- จัดเวทีเสวนาสารธารณะเพื่อนำเสนอผลและถอดบทเรียน (Lesson Learned)
- บูรณาการโครงการเข้ากับแผนงานของ รพ.สต. เพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามทั่วไป ประกอบไปด้วย 5 ส่วน ได้แก่

1.1 แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป จำนวน 21 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับ การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ยา-ที่รับประทานเป็นประจำ การมาพบแพทย์ ประวัติการเข้ารับการรักษา เป็นต้น

1.2 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 17 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ

1.3 แบบสอบถามความรู้โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่

1.4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือด-สมอง จำนวน 17 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ

2. แบบสอบถามการสนับสนุน

2.1 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว

เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย

2.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบสัมภาษณ์จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อาชีพ ระดับการศึกษา การอาศัยร่วมกับผู้ป่วย

2.1.2 แบบสอบถามด้านข้อมูล และความรู้, ด้านพฤติกรรมสุขภาพ, ด้านการช่วยเหลือฉุกเฉิน รวมทั้งหมดจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ หรือ ไม่ใช่

2.2 แบบสอบถามการสนับสนุนจากชุมชนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย

2.2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบสัมภาษณ์จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา บทบาทในชุมชน

2.2.2 แบบสอบถามด้านข้อมูล และความรู้, ด้านพฤติกรรมสุขภาพ, ด้านการช่วยเหลือฉุกเฉิน รวมทั้งหมดจำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ หรือ ไม่ใช่

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือในการวิจัยที่จะศึกษา ได้แก่ แบบสอบถาม 7 ชุด ดังนี้ (1) แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (2) แบบสอบถามความรู้โรคหลอดเลือดสมอง (3) แบบสอบถาม ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดในสมอง (4) แบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดในสมอง (5) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (6) แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และ (7) แบบสอบถามการสนับสนุนจากชุมชนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้แก่อาจารย์มหาวิทยาลัยมหิดล 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน ให้ตรวจสอบ ความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน ความครอบคลุม และความเหมาะสมของระยะเวลา ผลการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาทั้งหมด (content valid index) โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (item objective congruence index) = 0.99

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามขั้นตอน ดังนี้:

ขั้นเตรียมการทดลอง

เตรียมความพร้อมผู้วิจัย ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งสาเหตุ สัญญาณเตือน และการป้องกัน เพื่อสร้างความเชี่ยวชาญในการถ่ายทอดความรู้จัดทำเครื่องมือ: พัฒนาแผนการสอน โปรแกรมกิจกรรม คู่มือ และสื่อการสอน โดยผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นดำเนินการ

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง: คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดชี้แจงและพิทักษ์สิทธิ: แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับ พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอม (informed consent) ดำเนินการทดลอง: ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยใช้ วงจรการเรียนรู้ PAOR (Planning, Acting, Observing, Reflecting) เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นระบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยใช้สถิติ ดังนี้ สถิติพรรณนา ข้อมูลส่วนบุคคลและการประกอบอาชีพ วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติอนุมาน

ผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรม SPSS ในการวิเคราะห์ผล เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย หลังทดลองและก่อนทดลอง ทำการทดสอบโดยใช้สถิติทดสอบ (paired sample t-test) พฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้และความรอบรู้โรคหลอดเลือดสมอง การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนจากครอบครัวและการสนับสนุนจากชุมชนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมในการวิจัยโดยการทำหนังสือขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อขอการตรวจสอบและรับรองการศึกษาวิจัย ดังกล่าว ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะได้รับการคุ้มครองเป็นความลับ โดยจะนำเสนอในรูปแบบภาพรวม และใช้ในการ

วิเคราะห์ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่าที่
การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการ
วิจัยในมนุษย์จังหวัดอำนาจเจริญ เลขที่การวิจัย 22/2568

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ให้ข้อมูลเป็นกลุ่มตัวอย่าง ครอบครัวของกลุ่ม-
ตัวอย่าง และชุมชน

1. กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 30 คน พบว่า กลุ่ม-
ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.67 โดยมี
ช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ คือมีอายุตั้งแต่
60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 90 โดยมีค่าเฉลี่ยอายุอยู่ที่ 69.8 ปี
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา
ร้อยละ 90 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคความดัน-
โลหิตสูง ร้อยละ 90

2. คนในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ
60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 56.67 โดยมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 57.38 ปี
ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ
76.67

3. ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 14 คน ส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ
71.44 รองลงมาคือบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย และ

ประชาชนทั่วไปในชุมชน อายุของผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ใน
ช่วง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.85 โดยมีอายุเฉลี่ย
โดยรวมอยู่ที่ 52.07 ปี (SD=10.06)

สถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือด- เลือดสมอง

1. ภายหลังได้รับรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจ
ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดเลือดสมองมีระดับความรู้
เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดเลือดสมองสูงขึ้น พบว่า เมื่อพิจารณา
คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณ
เตือนโรคหลอดเลือดสมอง ในภาพรวม พบว่า ภายหลัง
การทดลองกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือด-
เลือดสมองสูงขึ้นเป็น 5.2คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p < 0.001$) ดังตารางที่ 1

2. ภายหลังได้รับรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจ
ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดเลือดสมองมีระดับความรู้
เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดเลือดสมองสูงขึ้นเมื่อพิจารณาคะแนน
เฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือน
โรคหลอดเลือดเลือดสมอง ในภาพรวม พบว่า ภายหลังการ
ทดลองกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคสูงขึ้น
2.30 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)
ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดเลือดสมอง

| คะแนนความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและ สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดเลือดสมอง | n | \bar{X} (SD) | Mean difference (SD) | 95%CI | p-value |
|--|----|----------------|----------------------------|-----------|---------|
| ก่อนการทดลอง | 30 | 6.8 (3.23) | 5.2 (3.23) | 3.99-6.40 | <0.001 |
| หลังการทดลอง | 30 | 12 (0.00) | | | |

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลอง

| คะแนนความรู้ | n | \bar{X} (SD) | Mean difference (SD) | 95%CI | p-value |
|--------------|----|----------------|----------------------------|-----------|---------|
| ก่อนการทดลอง | 30 | 7.63 (2.52) | 2.30 (1.93) | 1.36-3.23 | <0.001 |
| หลังการทดลอง | 30 | 9.93 (4.45) | | | |

3. ภายหลังได้รับรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจ ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงขึ้น 19.80 คะแนน (95%CI=16.75-22.84) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังตารางที่ 3

4. ภายหลังได้รับรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจ ส่งผลให้ครอบครัวของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีระดับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สูงขึ้น เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในภาพรวมพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีระดับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูงขึ้น 27.34 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังตารางที่ 4

5. ภายหลังได้รับรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจ ส่งผลให้ชุมชนมีการสนับสนุนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สูงขึ้น เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวม พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนจากชุมชนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สูงขึ้น 5.20 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังตารางที่ 5

6. ภายหลังได้รับรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจ ส่งผลให้ครอบครัวของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีการสนับสนุนจากครอบครัวสูงขึ้น เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนจากครอบครัวเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ในภาพรวม พบว่า ภายหลังการทดลอง ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนจากครอบครัวเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สูงขึ้น 3.29 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

| คะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง | n | \bar{X} (SD) | Mean difference (SD) | 95%CI | p-value |
|--|----|----------------|----------------------|-------------|---------|
| ก่อนการทดลอง | 30 | 44.80 (10.87) | 19.80 (5.92) | 16.75-22.84 | <0.001 |
| หลังการทดลอง | 30 | 64.60 (4.95) | | | |

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

| การมีส่วนร่วมของครอบครัว | n | \bar{X} (SD) | Mean difference (SD) | 95%CI | p-value |
|--------------------------|----|----------------|----------------------|-------------|---------|
| ก่อนการทดลอง | 30 | 38.46 (19.64) | 27.34 (15.03) | 21.29-33.47 | <0.001 |
| หลังการทดลอง | 30 | 65.80 (4.61) | | | |

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการสนับสนุนจากครอบครัวเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

| การมีส่วนร่วมของครอบครัว | n | \bar{X} (SD) | Mean difference (SD) | 95%CI | p-value |
|--------------------------|----|----------------|----------------------|-----------|---------|
| ก่อนการทดลอง | 30 | 6.80 (3.23) | 5.20 (3.23) | 3.99-6.40 | <0.001 |
| หลังการทดลอง | 30 | 12.00 (0.00) | | | |

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบการสนับสนุนจากชุมชนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

| การมีส่วนร่วมของครอบครัว | n | \bar{X} (SD) | Mean difference (SD) | 95%CI | p-value |
|--------------------------|----|----------------|----------------------|-----------|---------|
| ก่อนการทดลอง | 14 | 5.71 (1.93) | 3.29 (1.93) | 2.16-4.40 | <0.001 |
| หลังการทดลอง | 14 | 9.00 (0.00) | | | |

รูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง บ้านตำแย อำเภอนาตาล จังหวัดอำนาจเจริญ

ระยะที่ 1 การวางแผน ศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การออกกำลังกาย และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดความเสี่ยงของโรคในกลุ่มประชาชน โดยเฉพาะการลดการบริโภคเกลือและไขมัน พร้อมทั้งเพิ่มการรับประทานผักผลไม้ เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

เพื่อให้การส่งเสริมเหล่านี้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้มีการวางแผนจัดกิจกรรมต่างๆ เช่น การอบรมให้ความรู้ในเชิงปฏิบัติการ การจัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย และการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เพื่อให้ประชาชนสามารถนำความรู้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้

ระยะที่ 2 การดำเนินงานและ การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในการดำเนินโครงการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเพื่อลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ได้จัดให้มีกิจกรรมหลัก 3 กิจกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทั้งในระดับพฤติกรรมและโครงสร้างชุมชน ได้แก่

กิจกรรมที่ 1: การให้ความรู้และทักษะสุขภาพ

กิจกรรมที่ 2: การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

1. Healthy family challenge

2. Workshop ทำอาหารในชุมชน

3. กลุ่มออกกำลังกายชุมชน

กิจกรรมที่ 3: การติดตามผลและการสนับสนุนต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 การตรวจสอบความเหมาะสม และปรับปรุงโดยการตรวจสอบและปรับปรุง

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการจัดเวทีเสวนาสาธารณะช่วยให้ผู้วิจัยได้รับข้อมูลสำคัญในการปรับปรุงโครงการ โดยพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญในการกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกายและการควบคุมอาหาร ขณะที่อุปสรรคที่พบคือ การทำให้ชุมชนเข้าใจ และปฏิบัติตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเนื่องจากวิถีชีวิตและรูปแบบการใช้ชีวิตที่แตกต่างกัน ผู้เชี่ยวชาญได้ให้คำแนะนำในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสามารถนำไปปรับใช้ในการพัฒนาโครงการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วิจารณ์

1. ด้านเนื้อหาและกิจกรรม

โครงการมีการวางแผนเนื้อหาที่สอดคล้องกับปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นลดบริโภคเกลือ-ไขมัน เพิ่มผักผลไม้ และส่งเสริมออกกำลังกาย ซึ่งตรงกับแนวทางของ WHO Collaborating Centre on Population Salt Reduction⁽⁹⁾ ที่ระบุว่า การลดเกลือวันละ 30% สามารถลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 20-30 กิจกรรมหลากหลาย เช่น อบรมเชิงปฏิบัติการและเวิร์คช็อปทำอาหารสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Namtaweechaikul และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า การอบรมปฏิบัติช่วยเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดี

ในชุมชนไทย อย่างไรก็ตาม กลุ่มเป้าหมายในชนบทมักติดวิถีชีวิตเดิม ข้อเสนอแนะ คือ เพิ่มการให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคลผ่านแอปพลิเคชันติดตามอาหาร (เช่น MyFitnessPal แบบปรับไทย) และจัดเวิร์กช็อปทำอาหารโดยใช้วัตถุดิบท้องถิ่นราคาถูก เพื่อยืดหยุ่นเข้ากับงบประมาณครัวเรือน

2. ด้านกระบวนการมีส่วนร่วม

จุดแข็งคือการเน้นมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนผ่าน Healthy Family Challenge และกลุ่มออกกำลังกายซึ่งสร้างเป้าหมายร่วม ส่งผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมสอดคล้องกับงานวิจัยของ Nutbeam และคณะ⁽¹¹⁾ ใน Health Promotion International ที่ยืนยันว่าการมีส่วนร่วมชุมชนเพิ่มอัตราการยั่งยืนร้อยละ 40 อย่างไรก็ตาม ยังขาดบทบาทชุมชนในการออกแบบ ต่างจากงานวิจัยของ Promsakha na Sakolnakorn และคณะ⁽¹²⁾ ที่ชุมชนอีสานนำโดย ป.อสม. สร้างกิจกรรมเองได้ผลดีกว่า ข้อเสนอแนะ คือ เปิดอบรม ป.อสม. ร้อยละ 20 ของชุมชนให้เป็น “วิทยากรชุมชน” จัดเวิร์คช็อปทำอาหารท้องถิ่น และใช้โหวตชุมชนเลือกธีมกิจกรรมรายเดือน เพื่อเพิ่มความเป็นเจ้าของ

3. ด้านความยั่งยืนของโครงการ

โครงการมีแนวทางยั่งยืนดี เช่น ติดตามสุขภาพเยี่ยมบ้านโดย อสม. และเวทีเสวนา บูรณาการกับแผนชุมชนสอดคล้องกับงานวิจัยของ Green & Kreuter⁽⁵⁾ ที่เน้นเครือข่ายท้องถิ่นเพื่อความยั่งยืนระยะยาว อย่างไรก็ตาม ความท้าทายเรื่องยอมรับพฤติกรรม คล้ายงานวิจัยของ Nak-Ai และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่พบอัตราการเลิกเปลี่ยนแปลงสูงใน 6 เดือน หากขาดแรงจูงใจวัฒนธรรม ข้อเสนอแนะ: จัด “รางวัลชุมชนสุขภาพ” รายไตรมาส (เช่น ทุนอาหารสุขภาพจากงบชุมชน) เชื่อมค่านิยมอีสาน เช่น เปรียบ “กินน้อยเพื่อลูกหลาน” และใช้ไลน์กรุ๊ปติดตามรายสัปดาห์โดยผู้นำชุมชน เพื่อสื่อสารต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคุณอาจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษา เจ้าหน้าที่ และทุกท่านที่เกี่ยวข้องที่ให้คำแนะนำ แก้ไขข้อบกพร่อง และเอาใจใส่ตลอดทุกขั้นตอน ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบจริยธรรมการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะอันมีประโยชน์ รวมถึงชุมชนและผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The top 10 causes of death [Internet]. 2023 [cited 2025 May 16]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
2. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 16 พ.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://hdc.moph.go.th/center/public/kpi/1/2023>
3. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics—2022 update: a report from the American Heart Association [Internet]. 2022 [cited 2025 May 16]. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001052>
4. Wallerstein N. Empowerment to reduce health disparities. In: Albrecht GL, editor. Encyclopedia of disability. Thousand Oaks (CA): SAGE Publications; 2021.
5. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: An educational and ecological approach. 5th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2020.
6. จตุพงษ์ พันธวิไล, อารินทร์ คุณยศยิ่ง, ปวีณวีรศา ทาใจ, ปุรินทร์ ศรีสวัสดิ์อักษรณ์, อัญพัชญ์ วิวัฒน์กมลชัย. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนในเขตชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่ง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2568;15(20):90-103.
7. Anderson RM, Funnel MM, Dedrick RF, David WK. Learning to empower patients results of professional education program for diabetes educators. Diabetes Care.1991;14(7):584-90.
8. Andersen RM. Behavioral model of families' use of health services. Chicago: Center for Health Administration Studies, University of Chicago; 1968.
9. WHO Collaborating Centre on Population Salt Reduction. Evidence for salt reduction [Internet]. 2021 [cited 2025 May 16]. Available form: <https://www.whoccsaltreduction.org/evidence-for-salt-reduction/>
10. Namtaweechaikul K, Laphphol K, Haekham N, Maprachuab S. Problems in preventing stroke in a community of village health volunteers in Nang Rong district, Buri Ram province: a phenomenological study. Thai Journal of Public Health 2026;35:S44-S52.
11. Nutbeam D, McGill Br, Premkumar P. Improving health literacy in community populations: a review of progress. Health Promotion International 2018;33(5):901-11.
12. Promsakha na Sakolnakorn. Community participation in health promotion: a case study of village health volunteers in Northeast Thailand. Thai Journal of Public Health 2022.
13. Nak-Ai W, Phranetr N, Thaitrong P, Sutin U, Sompeewong P. Enhancing village health volunteers' capacity in health promotion for NCD risk groups via digital technology: an action research study in Sing Buri, Thailand. Journal of Health Research [Internet]. 2026 [cited 2025 May 16];40(1):105-16. Available form: <https://digital.car.chula.ac.th/jhr/vol40/iss1/12/>

The Development of an Empowerment and Participation Model for Families and Communities to Promote Health Behavior Change for Stroke Prevention among High-Risk Groups in Ban Tamyae, Phra Lao Subdistrict, Phana District, Amnat Charoen Province

Akrawin Inthorn¹, Jutharat Srilert¹, Ramawadee Songsiri¹, Attapong Rititit¹, Prasert Prasomruk¹, Direk Khanarat², Ruchapha Lupol², Lakkhana Butsri²

¹ Mahidol University Amnat Chareon Campus, Amnat Chareon Province, Thailand

² Health Promotion Hospital Nasabang, Amnat Chareon Province, Thailand

Abstract

Stroke is a major public health issue, particularly in rural Thailand where prevention knowledge is limited. This study used Action Research based on the PAOR cycle to develop a model that empowers and engages families and communities in promoting stroke-preventive health behaviors. The sample included 30 at-risk individuals, their 30 family members, and 14 other stakeholders. A validated questionnaire (CVI=0.96) assessed knowledge, literacy, participation, and support. Data was analyzed using descriptive statistics and paired sample t-test. The results showed that the empowerment model consisted of four components: enhancing knowledge and skills, promoting shared awareness and planning, building physical activity networks, and encouraging value sharing within families and communities. After implementation, health knowledge, family involvement, and community support significantly improved ($p < 0.05$). In conclusion, the model effectively reduced stroke risk and promoted positive health behavior changes at both family and community levels.

Keywords: empowerment; family and community participation; health behavior; high-risk group for stroke Bachelor of Public Health, Mahidol University Amnat Chareon Campus

การพัฒนาโปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับคู่มือแลกเปลี่ยน ต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาล ในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน บ้านห้วยไร่ อำเภอมือง- อำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

จิรศักดิ์ เพชรฤทธิ์¹, ณิชฐนรี ภาพิรมย์¹, สุภาวิตา บัวเพชร¹, ศิริพร ศิริกัญญาภรณ์¹, พัทธจารี กระแสน¹, ทิพวรรณ ทิพวงศ์²

¹หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านภักดีเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

บทคัดย่อ

โรคเบาหวาน เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข งานวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับคู่มือแลกเปลี่ยนต่อความรู้ การป้องกันโรคเบาหวาน พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน ในพื้นที่บ้านห้วยไร่ ตำบลห้วยไร่ อำเภอมือง จังหวัดอำนาจเจริญ เก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยแบบสอบถามประเมินความรู้การป้องกันโรคเบาหวาน พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานที่มีค่าความเชื่อมั่น 0.88 และวัดค่าระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ด้วย Paired-Samples T-test โปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับคู่มือแลกเปลี่ยน ต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย (1) การให้ความรู้การบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย สำหรับป้องกันโรคเบาหวาน (2) การจัดกิจกรรมออกกำลังกายร่วมกัน (3) การกระตุ้นเตือนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ด้วยคู่มือแลกเปลี่ยน และการบันทึกเพิ่มสุขภาพ หลังการใช้โปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้และพฤติกรรม การป้องกันโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สรุปได้ว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมความรู้ และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่

คำสำคัญ: โรคเบาหวาน; คู่มือแลกเปลี่ยน; พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน; ระดับน้ำตาลในเลือด

วันรับ: 26 ม.ค. 2569

วันแก้ไข: 28 ก.พ. 2569

วันตอบรับ: 4 มี.ค. 2569

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลกและเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข โดยมีสาเหตุหลักมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น

การรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันสูง ขาดการออกกำลังกาย ความเครียดสะสม รวมถึงปัจจัยทางพันธุกรรม และอายุที่เพิ่มขึ้น ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ระบุว่า ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกประมาณ 830 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁾ ในบริบทของ

ประเทศไทย โรคเบาหวานเป็น ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขระบุว่าในปี 2567 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้น 2.5 แสนคน ผู้ป่วยสะสม 3.5 ล้านคน⁽²⁾ จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจาก 4,104,339 คน ในปี พ.ศ. 2565 เป็น 4,638,589 คน ในปี 2567 ในขณะที่เขตสุขภาพที่ 10 มีจำนวนผู้ป่วยในปี 2565 เท่ากับ 307,577 คน ในปี 2566 เท่ากับ 327,561 ราย ตามลำดับก่อนเพิ่มขึ้นเป็น 344,796 คน ในปี 2567 โดยเฉพาะในจังหวัดอำนาจเจริญ มีผู้ป่วยโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 29,479 คน ในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 30,870 คน และในปี พ.ศ. 2567 จำนวน 32,900 คน สะท้อนให้เห็นว่าโรคเบาหวานเป็นภาวะโรคที่สำคัญของประชากรในพื้นที่⁽²⁾ จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจึงนับได้ว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่มีอัตราการเจ็บป่วยจำนวนมากและมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวานตามมาตรฐานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข คือ คัดกรองประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปปีละ 1 ครั้ง โดยตรวจปริมาณน้ำตาลในกระแสเลือดด้วยการเจาะปลายนิ้ว หลังดื่มน้ำและอาหารไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมงก่อนการตรวจ ซึ่งเป็นกระบวนการคัดกรองเบื้องต้น โดยแยกประชาชนที่มาตรวจเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มปกติ มีปริมาณน้ำตาลในกระแสเลือด <101 มก./ดล. กลุ่มเสี่ยงมีปริมาณน้ำตาลในกระแสเลือด 101-125 มก./ดล. และมีปริมาณน้ำตาลในกระแสเลือด 126 มก./ดล. ขึ้นไปเป็นกลุ่มสงสัยรายใหม่ ซึ่งต้องดำเนินการส่งต่อพบแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัย⁽²⁾

โรคเบาหวาน เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่เน้นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน⁽³⁾ ซึ่งโรคเบาหวานเกิดจากความผิดปกติของการเผาผลาญสารอาหาร เช่น คาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น⁽²¹⁾ ปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานประกอบด้วย ปัจจัยทางพันธุกรรม ภาวะน้ำหนักเกิน อายุที่เพิ่มขึ้น และความดันโลหิตสูง⁽²²⁾ รวมถึงพฤติกรรมการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหาร⁽⁴⁾ ทั้งนี้ผู้ที่อยู่ในภาวะก่อนเบาหวาน (Pre-Diabetes) จะมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดขนาดเล็ก ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เช่น จอประสาทตาเสื่อม หลอดเลือดขนาดเล็กเสื่อม และ

เส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม นอกเหนือจากนี้ ภาวะก่อนเบาหวาน ยังสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของโรคไต⁽⁵⁾ ดังนั้นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงจำเป็นต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน

การป้องกันความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน มีความสำคัญและถือเป็นสิ่งที่ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽⁶⁾ พบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม อาหารที่มีน้ำตาลและไขมันสูง⁽⁷⁾ พฤติกรรมการออกกำลังกาย รวมทั้งการขาดความรู้ในการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย เพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน⁽⁸⁾ โดยการควบคุมอาหาร ร่วมกับการออกกำลังกายเป็นปัจจัยที่สามารถป้องกันโรคเบาหวานได้ร้อยละ 30-50 เมื่อควบคุมพฤติกรรมทั้งสองได้ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน⁽⁹⁾ จากการลงพื้นที่สำรวจและวินิจฉัยชุมชนในพื้นที่ตำบลห้วยไร่ หมู่ที่ 6 บ้านห้วยนา พบว่าประชาชนในชุมชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ในปริมาณมาก ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และมีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังพบว่ามีประวัติครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน รวมถึงการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวาน ทำให้ชุมชนมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ซึ่งจำเป็นต้องมีการวางแผนและดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงของโรคดังกล่าว

การกำกับตนเอง (self-regulation) ถือเป็นแนวทางสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงของโรคเบาหวาน โดยอาศัยแนวคิดจากทฤษฎีเชิงปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory)⁽¹⁰⁾ ซึ่งมีองค์ประกอบหลัก 3 ประการ ได้แก่ (1) การสังเกตตนเอง (self-observation) โดยติดตามพฤติกรรมและระดับน้ำตาลในเลือด (2) การตัดสินตนเอง (self-judgment) โดยเปรียบเทียบผลที่ได้กับเป้าหมายที่ตั้งไว้ และ (3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (self-reaction) ในการกำกับตนเอง (self-regulation) โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน โดยช่วยให้บุคคลสามารถตั้งเป้าหมาย ติดตามผล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เพื่อป้องกันโรคเบาหวานได้ การเพิ่มความสามารถในการกำกับตนเองอาจส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระดับพฤติกรรมสุขภาพที่มากเพียงพอต่อการควบคุมโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การสนับสนุนให้มีการกำกับตนเองด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ซึ่งมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และสามารถชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้⁽¹¹⁾ อย่างไรก็ตาม การกำกับตนเองเพียงลำพังอาจเผชิญข้อจำกัด เช่น การขาดแรงจูงใจหรือการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นแนวคิดคู่หูดูแลกัน (peer support) จึงถูกนำมาใช้เพื่อช่วยเพิ่มความรับผิดชอบและกระตุ้นให้เกิดความต่อเนื่องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งอาจช่วยลดอัตราการละเลยการดูแลสุขภาพ⁽⁹⁾ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน และเป็นปัจจัยที่สามารถชะลอความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ พันธุกรรม ภาวะโภชนาการเกิน อายุ โดยผู้ที่มีอายุมากขึ้นเซลล์ตับอ่อนจะทำงานลดลง ทำให้มีการหลั่งอินซูลินได้น้อยลง ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ไม่ตระหนักหรือรับรู้ความเสี่ยงของตนเอง พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม⁽⁵⁾ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานและการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคเบาหวาน⁽¹²⁾

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับคู่หูดูแลกันต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน บ้านห้วยไร่ อำเภอมือง จังหวัดอำนาจเจริญ ที่ช่วยให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน การวิจัยครั้งนี้ จึงมีความสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมที่สามารถนำไปใช้จริงในชุมชนเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงได้ในอนาคต

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การสังเกต และการสะท้อนผล

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน-ภักดีเจริญ ตำบลห้วยไร่ อำเภอมือง จังหวัดอำนาจเจริญ คำนวณขนาดตัวอย่าง ด้วยสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่ไม่อิสระต่อกัน ดังนี้

$$n/gr = \frac{(Z_\alpha + Z_\beta)^2 \sigma_d^2}{(\mu_d)^2}$$

เมื่อกำหนดให้

Z_α = ความเชื่อมั่นที่กำหนด 95% เท่ากับ 1.96

Z_β = อำนาจการทดสอบ เท่ากับ 1.28

μ_d = ค่าเฉลี่ยของผลต่างในงานวิจัยที่ผ่านมา เท่ากับ 1.5

σ_d^2 = ค่าความแปรปรวนของผลต่างในงานวิจัยที่ผ่านมา เท่ากับ 5.76

ค่าเฉลี่ยของผลต่างและค่าความแปรปรวนของผลต่าง ผู้วิจัยนำมาจากการศึกษาของนงลักษณ์ เทศนา และคณะ⁽¹³⁾ การพัฒนารูปแบบการป้องกันการป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชากรกลุ่มเสี่ยง หลังแทนค่าในสูตรได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 26.88 และเพิ่มอัตราสูญเสียกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 33 คน

เกณฑ์คัดเข้า

1. เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์อย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้

- 1.1 ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ระหว่าง 100-125 มก./ดล.
- 1.2 ดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./ม²
- 1.3 เส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน คือ ผู้ชายมากกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตร หรือ ผู้หญิงมากกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตร
- 1.4 มีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน

2. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้

3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ที่มีโรคประจำตัวที่มีอาการรุนแรง เช่น โรคระบบ-หลอดเลือดและหัวใจ ไตวาย มีภาวะติดเชื้ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล เป็นต้น
2. มีปัญหาในการสื่อสาร การเดินทาง หรือการเคลื่อนไหว
3. หญิงตั้งครรภ์หรือเกิดการตั้งครรภ์ระหว่างการศึกษ

วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (cluster random sampling) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มจำนวนหมู่บ้านในตำบลห้วยไร่ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านภักดีเจริญ โดยดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างได้ หมู่ที่ 6 บ้านห้วยนา เป็นพื้นที่ตัวแทนในการศึกษาครั้งนี้ และเมื่อพิจารณาผู้ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจะได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ทั้งสิ้น 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคเบาหวาน กินดี ขยับกาย ห่างไกลเบาหวาน โดยมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

กินดี คือ กิจกรรมส่งเสริมให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวาน ในด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสม และการสาธิตการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ที่ดีต่อสุขภาพ

ขยับกาย คือ กิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับป้องกันโรคเบาหวานในรูปแบบกลุ่ม

ห่างไกลเบาหวาน คือ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวาน โดยการทำกิจกรรมกินดี ขยับกาย ร่วมกับการบันทึกแฟ้มสุขภาพ และจับคู่หูดูแลกัน เพื่อกระตุ้นเตือนการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย อีกทั้งให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมจากทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย โรคประจำตัว อาชีพ และประวัติการป่วยด้วยโรคเบาหวานในญาติสายตรง โดยแบบสอบถามที่ได้มีลักษณะเป็นแบบปลายปิด

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการป้องกันโรคเบาหวาน 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ

เช่น การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารข้าว/แป้ง จะทำให้ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดี การรับประทานอาหารแบบแบ่งสัดส่วน 2:1:1 จะช่วยลดอัตราการเกิดโรคเบาหวาน ควรรับประทานอาหารน้ำตาล 7 ช้อนชา/วัน เป็นต้น และด้านการออกกำลังกาย ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ เช่น ระยะเวลาการออกกำลังกายที่ได้ผลดีที่สุดคืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละไม่น้อยกว่า 30 นาที ควรอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายเสมอ การทำงานในกิจวัตรประจำวัน คือการออกกำลังกาย เป็นต้น มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คะแนนข้อความเชิงบวก ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0 คะแนนข้อความเชิงลบ ใช่ = 0, ไม่ใช่ = 1

เกณฑ์ในการประเมินระดับความรู้การป้องกันโรคเบาหวานรายด้านและภาพรวม โดยพิจารณาตามการแบ่งระดับความรู้โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

0-3 คะแนน หมายถึง มีความรู้การป้องกันโรคเบาหวาน อยู่ในระดับต่ำ

4-6 คะแนน หมายถึง มีความรู้การป้องกันโรคเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง

7-10 คะแนน หมายถึง มีความรู้การป้องกันโรคเบาหวาน อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ เช่น การรับประทานอาหารผัก การรับประทานอาหารข้าวเหนียวเป็นอาหารหลัก การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ เป็นต้น และด้านการออกกำลังกาย ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ เช่น การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ท่านออกกำลังกายแต่ละครั้งใช้เวลาไม่ต่ำกว่า 30 นาที ท่านออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น การวิ่งเหยาะๆ แอโรบิก เดินแอโรบิก เป็นต้น โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกได้ 5 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติ 5-6 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติ 3-4 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์ และไม่เคยปฏิบัติเลย มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

คะแนนข้อความเชิงบวก ปฏิบัติทุกวัน = 4, ปฏิบัติ 5-6 วัน/สัปดาห์ = 3, ปฏิบัติ 3-4 วัน/สัปดาห์ = 2, ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์ = 1 และไม่เคยปฏิบัติเลย = 0

คะแนนข้อความเชิงลบ ปฏิบัติทุกวัน = 0, ปฏิบัติ 5-6 วัน/สัปดาห์ = 1, ปฏิบัติ 3-4 วัน/สัปดาห์ = 2, ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์ = 3 และไม่เคยปฏิบัติเลย = 4

เกณฑ์ในการประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานรายด้านและภาพรวม โดยพิจารณาตามการแบ่งระดับพฤติกรรมเป็น 3 ระดับ ดังนี้

0-13 คะแนน คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน อยู่ในระดับต่ำ

14-26 คะแนน คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง

27-40 คะแนน คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน อยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity)

ในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปตรวจสอบความเที่ยงตรงขอแบบสอบถาม (index of item objective congruence; IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ (1) อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล (2) อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล และ (3) วิชาการผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านภักดีเจริญ

จากนั้นนำเครื่องมือที่ตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC) ได้ค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม IOC เท่ากับ 0.93

2. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

นำแบบสอบถามปรับปรุงแก้ไขให้มีความตรงตามเนื้อหาและเหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 30 คนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำค่าที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ด้วย Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.88⁽¹⁴⁾

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การดำเนินงานแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ ระยะเวลาวางแผน ระยะเวลาปฏิบัติการ ระยะเวลาสังเกตการณ์ และการสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (reflection)

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning) โดยการศึกษาสภาพปัญหาของโรคเบาหวานจากการลงวินิจฉัยชุมชน ทบทวนวรรณกรรม ข้อมูลจากเอกสารการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาโปรแกรม

การกำกับตนเองร่วมกับคูหูดแลกันต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ทบทวนงานวิจัยหรือวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การประชุมระดมความคิดร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย วางแผนการพัฒนา ทดลองใช้โปรแกรม และประเมินประสิทธิภาพโปรแกรม เพื่อให้โปรแกรมบรรลุตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) การทดสอบผลของโปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับคูหูดแลกันต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคเบาหวาน ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก ดังนี้ ประเมินความรู้และพฤติกรรมโดยใช้แบบสอบถามการกำกับตนเอง วัดค่าระดับน้ำตาลในเลือด ให้ความรู้ด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย การบันทึกแฟ้มสุขภาพ และการจับคูหูดแลกัน ประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบ โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการติดตามผลและการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เพื่อนำผลของโปรแกรมมาปรับปรุงให้โปรแกรม มีความเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในพื้นที่มากที่สุด

ระยะที่ 3 การสังเกต (Observation) ทำการติดตามและเก็บรวบรวมข้อมูลการพัฒนาโปรแกรม โดยการติดตามสังเกตการณ์ผลการดำเนินงาน ทั้งก่อนการดำเนินงาน ระหว่างการดำเนินงาน และภายหลังการดำเนินงาน สรุปผลและบันทึกผลทุกขั้นตอน ประเมินผลหลังการดำเนินงาน เก็บรวบรวมผลที่ได้จากการดำเนินงาน

ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection) เพื่อคืนข้อมูลจากการดำเนินงานสู่ชุมชน โดยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการ ทำการคืนข้อมูลนำผลลัพท์กลับไปสู่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชน

2. เก็บรวบรวมข้อมูล โดยจัดทำหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ทำการประสานผู้มีส่วนได้ส่วนเสียลงเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ทำการวิเคราะห์ และสรุปผลการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

บันทึกข้อมูลโดยคอมพิวเตอร์โดย SPSS เพื่อตรวจสอบ

ความถูกต้องและไม่คลาดเคลื่อน นำข้อมูลเข้า โปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ดังนี้

5.1 สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้อธิบายค่าพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

5.2 สถิติเชิงอนุมาน ใช้ paired-samples t-test เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลัง การใช้โปรแกรม

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ เลขที่ 24/2568 ลงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะได้รับการคุ้มครองเป็นความลับ โดยนำเสนอในรูปแบบของภาพรวม และใช้ในการวิเคราะห์ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.3 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 57.34 ปี (SD=9.12) มีน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 54.47 กิโลกรัม (SD=7.86) ส่วนสูงเฉลี่ยเท่ากับ 154.63 เซนติเมตร (SD=5.80) เส้นรอบเอวเฉลี่ยเท่ากับ 80.14 เซนติเมตร (SD=6.41) มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ทั่วไป ร้อยละ 57.1 รองลงมาอยู่ในเกณฑ์สมส่วน ร้อยละ 34.3 สถานภาพสมรส ร้อยละ 71.4 จบระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 71.4 มีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 3162.86 บาท (SD=2473.76) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว

มีการประกอบอาชีพเกษตรกรเป็นหลัก ร้อยละ 94.2 และส่วนใหญ่ไม่มีประวัติโรคเบาหวานในญาติสายตรง ร้อยละ 71.4 **ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับคู่มือแลกันต่อความรู้การป้องกันโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม**

ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับคู่มือแลกันต่อความรู้การป้องกันโรคเบาหวาน มีค่าคะแนนเฉลี่ย 6.80 (SD=0.79) อยู่ในระดับสูง และ 8.41 (SD=0.99) อยู่ในระดับสูง ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

เมื่อพิจารณารายด้าน 2 ด้าน ก่อนได้รับโปรแกรมมี 1 ด้าน ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง อีก 1 ด้าน อยู่ในระดับสูง และหลังได้รับโปรแกรมมีความรู้ทั้ง 2 ด้าน อยู่ในระดับสูง ทั้งหมด มีรายละเอียดแต่ละด้าน ดังนี้

ด้านการบริโภคอาหาร ก่อนได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง และภายหลังการได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับสูง ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.05$

ด้านการออกกำลังกาย ก่อนได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับสูง และภายหลังการได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับสูง ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.05$ ดังในตารางที่ 2

ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับคู่มือแลกันต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับคู่มือแลกันต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และระดับสูง ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับคู่มือแลกันต่อความรู้การป้องกันโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม (n=35)

| ความรู้การป้องกันโรคเบาหวาน | Mean | SD | ระดับ | t | P |
|-----------------------------|------|------|-------|---------|--------|
| ก่อนได้รับโปรแกรม | 6.80 | 6.80 | สูง | -10.516 | 0.002* |
| หลังได้รับโปรแกรม | 8.41 | 8.41 | สูง | | |

*มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 2 ระดับความรู้การป้องกันโรคเบาหวานทั้ง 2 ด้าน (n=35)

| ความรู้ | ก่อนได้รับโปรแกรม | | | หลังได้รับโปรแกรม | | | t | P |
|----------------|-------------------|------|-------|-------------------|------|-------|--------|--------|
| | Mean | SD | ระดับ | Mean | SD | ระดับ | | |
| การบริโภคอาหาร | 6.57 | 1.04 | สูง | 8.20 | 1.18 | สูง | -8.453 | 0.004* |
| การออกกำลังกาย | 7.03 | 1.01 | สูง | 8.63 | 1.11 | สูง | -7.934 | 0.027* |

*มีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานทั้ง 2 ด้าน (n=35)

| พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน | Mean | SD | ระดับ | t | P |
|------------------------------|-------|------|---------|---------|--------|
| ก่อนได้รับโปรแกรม | 25.47 | 2.28 | ปานกลาง | -15.312 | <0.01* |
| หลังได้รับโปรแกรม | 30.07 | 1.62 | สูง | | |

*มีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

เมื่อพิจารณารายด้าน 2 ด้าน ก่อนได้รับโปรแกรมมี 1 ด้าน พฤติกรรมอยู่ในระดับสูง อีก 1 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง และหลังได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมทั้ง 2 ด้าน อยู่ในระดับสูงทั้งหมด มีรายละเอียดแต่ละด้าน ดังนี้

ด้านการบริโภคอาหาร ก่อนได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับสูง และภายหลังการได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับสูง ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่ p<0.05

ด้านการออกกำลังกาย ก่อนได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง และภายหลังการได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับสูง ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่ p<0.05 ดังตารางที่ 4

ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับคู่มือดูแลกันต่อระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าค่าเฉลี่ยหลังการได้รับโปรแกรมลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่ p<0.05 ดังตารางที่ 5

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาโปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับคู่มือดูแลกันต่อพฤติกรรม

การป้องกันโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน หลังการพัฒนาโปรแกรม ผลการศึกษาพบตรงกับวัตถุประสงค์ในการวิจัย ซึ่งหลังการใช้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพทั้งในมิติของความรู้ พฤติกรรม และผลลัพธ์ทางสุขภาพ คือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างต่อเนื่อง

การวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยารัตน์ รอดแก้ว⁽⁹⁾ ที่ใช้โปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับคู่มือดูแลกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นและระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน สะท้อนให้เห็นว่า การกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะเดียวกัน เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยของกนกฉัตร สมชัย และคณะ⁽¹⁾ ที่มุ่งพัฒนาศักยภาพ อสม. เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน พบว่า แม้งานดังกล่าวจะช่วยเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่เน้นที่ “ตัวกลาง (อสม.)” มากกว่าตัวบุคคลโดยตรง ต่างจากงานวิจัยนี้ที่เน้นการสร้างศักยภาพ “ภายในบุคคล (self-regulation)” ร่วมกับ “แรงสนับสนุนระดับเพื่อน (buddy)” จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และยังยืนยันว่า นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษา

ตารางที่ 4 ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานทั้ง 2 ด้าน (n=35)

| พฤติกรรม | ก่อนได้รับโปรแกรม | | | หลังได้รับโปรแกรม | | | t | P |
|----------------|-------------------|------|---------|-------------------|------|-------|---------|--------|
| | Mean | SD | ระดับ | Mean | SD | ระดับ | | |
| การบริโภคอาหาร | 27.03 | 2.77 | สูง | 31.69 | 1.76 | สูง | -10.287 | 0.029* |
| การออกกำลังกาย | 23.91 | 3.34 | ปานกลาง | 28.46 | 2.75 | สูง | -13.503 | <0.01* |

*มีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

ตารางที่ 5 ระดับน้ำตาลในเลือด (n=35)

| ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) | Mean | SD | t | P |
|--------------------------|--------|-------|--------|---------|
| ก่อนได้รับโปรแกรม | 108.34 | 22.09 | 12.085 | p<0.05* |
| หลังได้รับโปรแกรม | 99.34 | 21.37 | | |

*มีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

ของชนิษฐา พิศพลาด และคณะ⁽¹⁵⁾ ซึ่งพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานในชุมชน พบว่าด้านพฤติกรรมมีแนวโน้มดีขึ้นเช่นเดียวกัน แต่รูปแบบดังกล่าวยังเน้นการให้ความรู้และกิจกรรมรณรงค์เป็นหลัก ขณะทำงานวิจัยนี้ได้เพิ่มองค์ประกอบของ “การติดตามพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ” ผ่านแฟ้มบันทึกสุขภาพและคู่มือแลกกัน จึงช่วยลดช่องว่างระหว่าง “ความรู้” กับ “การปฏิบัติจริง” เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับงานวิจัย เขมรติ มาสิงบุญ และคณะ⁽⁵⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในที่พบว่าความรู้ที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อพฤติกรรมที่ดีขึ้น อีกทั้งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของกัลยาณี ไนอินทร์ และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่พัฒนาโปรแกรมการดูแลร่วมกันในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยให้การควบคุมระดับน้ำตาลดีขึ้น ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับแนวคิด “peer support” ในงานวิจัยนี้ แต่แตกต่างกันตรงที่งานวิจัยนี้ใช้ “คู่มือชุมชน” แทนครอบครัว จึงมีความยืดหยุ่นและสามารถนำไปใช้ในบริบทที่ไม่มีผู้ดูแลในครอบครัวได้ในด้านการเปรียบเทียบกับงานของโชติมณี เรืองกลิ่น⁽¹⁷⁾ ที่ใช้โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าสามารถเพิ่มแรงจูงใจและช่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ แต่ยังมีขาดการติดตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่งานวิจัยนี้มีทั้ง “แรงจูงใจ

การติดตาม และการสนับสนุน” จึงอาจอธิบายได้ว่าทำให้ผลลัพธ์มีความครอบคลุมมากกว่า นอกจากนี้หากพิจารณาเปรียบเทียบกับงานของกมลพรรณ วัฒนากร⁽¹⁸⁾ ที่เน้นโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ พบว่ามีผลดีต่อการควบคุมอาหาร แต่ยังจำกัดอยู่ในมิติเดียว ขณะที่งานวิจัยนี้ครอบคลุมทั้ง “อาหาร การออกกำลังกาย และพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม” จึงส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดได้ชัดเจนกว่า

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับคู่มือแลกกันต่อพฤติกรรมป้องกัน โรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนถึงจุดแข็งสำคัญของการวิจัยในหลายประการ กล่าวคือ เป็นการวิจัยที่บูรณาการแนวความคิดการกำกับตนเอง (self-regulation) ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบ “คู่มือแลกกัน (peer support)” ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ยังมีการออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน เช่น การใช้แฟ้มบันทึกสุขภาพและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง แม้ว่าผลการศึกษาจะมีความชัดเจนในเชิงประสิทธิผล แต่ยังมีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา ได้แก่ ขาดกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างจำกัด และระยะเวลาการติดตามผลที่ยังไม่เพียงพอในการสะท้อนความยั่งยืนของพฤติกรรมในระยะยาว รวมถึง

การศึกษาที่ดำเนินการในพื้นที่เฉพาะ อาจส่งผลต่อการนำผลไปอ้างอิงในบริบทอื่น ดังนั้น การพัฒนาองค์ความรู้ในระยะต่อไปจึงควรมุ่งเน้นการขยายผลการศึกษาให้ครอบคลุมพื้นที่ที่หลากหลายมากขึ้น รวมถึงการออกแบบการวิจัยที่มีระยะเวลาติดตามอย่างน้อย 6 เดือนถึง 1 ปี เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง ในด้านการนำไปใช้ประโยชน์ ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงศักยภาพของโปรแกรมในการขยายผลสู่การปฏิบัติจริง โดยควรมีการจัดอบรมโปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับคู่มือดูแลกันให้แก่บุคลากรสาธารณสุขสุขและ อสม. เพื่อให้สามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ การพัฒนาให้เป็นรูปแบบการอบรมที่มีมาตรฐาน จะช่วยให้เกิดการถ่ายทอดองค์ความรู้และแนวปฏิบัติอย่างเป็นระบบ และส่งเสริมให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลกลุ่มเสี่ยงในระดับพื้นที่ นอกจากนี้ การต่อยอดองค์ความรู้จากการศึกษานี้สามารถดำเนินการได้โดยการนำโปรแกรมที่พัฒนาแล้วไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการอื่น เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่ต่างๆ เพื่อทดสอบความเหมาะสมและประสิทธิผลในบริบทที่หลากหลาย ซึ่งจะช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือและศักยภาพในการขยายผลในระดับนโยบายสาธารณสุข อีกทั้งยังสามารถพัฒนาเพิ่มเติมโดยบูรณาการเทคโนโลยี เช่น ระบบติดตามพฤติกรรมสุขภาพ หรือแอปพลิเคชัน เพื่อสนับสนุนการกำกับตนเองและการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ในเชิงองค์ความรู้ การศึกษาครั้งนี้ได้สร้างความรู้ใหม่ที่สำคัญ คือ

การแสดงให้เห็นว่าการผสมผสานแนวคิดการกำกับตนเองเข้ากับแรงสนับสนุนแบบเพื่อนในบริบทชุมชน สามารถเพิ่มประสิทธิผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการใช้ “คู่มือดูแลกัน” เป็นกลไกสำคัญในการกระตุ้น ติดตาม และเสริมแรงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการใช้เครื่องมือ เช่น แผ่นบันทึกรสุขภาพ ซึ่งช่วยเชื่อมโยงระหว่างความรู้ พฤติกรรม และผลลัพธ์ทางสุขภาพได้อย่างเป็นระบบ องค์ความรู้นี้ถือเป็นการพัฒนาต่อยอดจากแนวคิดเดิมที่มักเน้นเพียงการให้ความรู้หรือการสร้างแรงจูงใจ ไปสู่รูปแบบที่มีความครอบคลุมและยั่งยืนมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ศิริพร ศิริกัญญาภรณ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก อาจารย์พัทธจารี กระแสเสน อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม และนางสาวกวิพรรณทิพวงศ์พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ที่ให้คำแนะนำและแนวทางที่เป็นประโยชน์ในทุกขั้นตอนของการทำวิจัยตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านในการตรวจสอบจริยธรรมที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้พร้อมทั้งข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัย ขอขอบคุณ ผศ.ดร.ประเสริฐ ประสมรักษ์ อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตที่ได้ให้วิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีค่าแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาของการศึกษา สุดท้ายนี้ขอขอบคุณทางพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านภักดีเจริญ และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Diabetes [Internet]. [cited 2025 Mar 1]. Available form: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับโรคเบาหวาน 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/bukhlakr-thangkar-phaethy/cpg/clinical-practice-2017>
3. กมลพรรณ จักรแก้ว, รพีพร เทียมจันทร์, วราภรณ์ ศิริสว่าง. การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลลวงเหนือ อำเภอ-ดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่เบาหวาน [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2561. 129 หน้า.
4. สุภาภรณ์ เรือนมูล, สิทธิรัตน์ ปัญญา. ปัจจัยกำหนดสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของประชาชนในอำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสู่ชุมชน 2568;3(1):59-73.
5. เขมรดี มาสิงบุญ, สายฝน ม่วงคุ้ม, สุวรรณี มหาภานันท์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2561;27(2):216-25.
6. รวีวรรณ คำเงิน, อำนวย ธีรรัตนศรีสกุล, กิจติยา รัตนมณี, ศราวุธ เรืองสวัสดิ์, ปภาสินี แซ่ตั้ง, จตุพร จันทร์ทิพย์วารี, และคณะ. ผลของรูปแบบการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2568;12(2):1-13.
7. ภัสราภรณ์ ทองภูธรณ์, สุวลี โลวีรกรรม. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2563;13(1):22-30.
8. ศิรินทร ปัญจะทองคำ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง วิทยาลัยพยาบาลในสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 4. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2566;8(2):1-8.
9. กัลยารัตน์ รอดแก้ว, ยุวดี สีสันนาวิระ, วรณรัตน์ ลาวัณ. ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับคู่มือแลกันต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน น้ำหนักและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีน้ำหนักเกิน. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2561;11(2):13-28.
10. Bandura A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. New Jersey: Prentice-Hall; 1986.
11. รัฐกานต์ ขำเขียว, ศนิกันต์ ศรีมณี, ประมัตต์ กิจจานุกิจวัฒนา. อิทธิพลของความรู้และการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทในเขตปริมณฑล กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลทหารบก 2567;25(2):204-11.
12. พัชรวรรณ แก้วศรีงาม, มยุรี นิรัตธราดร, ชดช้อย วัฒนนะ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน. วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรมและสุขภาพ 2560;27(2):121-28.
13. นงลักษณ์ เทศนา, จมาภรณ์ ใจภักดี, บุญทนาการ พรหมภักดี, กนกพร พิณจลิก. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4381/diabetes-%20%20%20%20nongluck.pdf?sequence=1&isAllowed=>
14. จุฬาลักษณ์ บารมี. สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์; 255.
15. ขนิษฐา พิศฉลาด, ฉันทนา แรงสิงห์, เกศมณี มูลปานันท์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สำหรับกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในชุมชน จังหวัดเชียงราย. วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรมและสุขภาพ 2559;28(3):132-46.
16. กัลยาณี โนอินทร, อดุลย์ วุฒิจูรีพันธุ์, เสาวภา เด็ดขาด, สายฝน อินศรีชื่น, ศรีแพร เข็มวิชัย. การพัฒนาโปรแกรมการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัวในการชะลอโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2567;11(1):e260585.
17. โขติมณี เรืองกลิ่น, อารยา ฉัตรธนะพานิช, นฤมล จำปาบุญ. การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 2567;5(3):187-96.
18. กมลพรรณ วัฒนการ, อภรณ์ ดินาน. การพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะอ้วน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2556;27(2):143-55.

The Development of a Self-Regulation Program Combined with Buddy Support to Improve Diabetes Prevention Behaviors and Blood Sugar Levels among High-Risk Individuals in Baan Hua Na, Mueang Amnat Charoen District, Amnat Charoen Province

Chirasak Phetrit¹, Natnaree Papirom¹, Suphawita Buaphet¹, Siriporn Sirikanyaporn¹,
Siriporn Sirikanyaporn¹, Tipawan Tipawong²

¹ Bachelor of Public Health Program, Mahidol University, Amnat Charoen Campus, Amnat Charoen Province, Thailand

² Ban Phakdi Charoen Subdistrict Health Promoting Hospital, Amnat Charoen Province, Thailand

Abstract

Diabetes is a chronic non-communicable disease that has shown a continuous increase in prevalence and poses a significant public health challenge. This action research aimed to develop and evaluate the effects of a self-regulation program combined with buddy support on diabetes prevention knowledge, preventive behaviors, and blood sugar levels among individuals at risk. The study involved 35 participants from Baan Hua Na, Huai Rai Subdistrict, Mueang District, Amnat Charoen Province. Data were collected using a questionnaire that assessed knowledge and behaviors related to diabetes prevention, with a reliability coefficient of 0.88. Blood sugar level was also measured. The data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics with paired-samples t-test. The developed program consisted of three main components: (1) education on nutrition and physical activity for diabetes prevention, (2) group-based physical activity sessions, and (3) behavioral support through buddy monitoring and health record keeping. After the implementation of the program, the participants showed a statistically significant improvement in diabetes prevention knowledge and behaviors ($p < 0.05$). In addition, their blood sugar levels significantly decreased ($p < 0.05$). These results indicate that the developed program successfully enhanced knowledge and preventive behaviors related to diabetes among individuals at risk, which may help prevent new cases of diabetes.

Keywords: diabetes mellitus; peer support; diabetes prevention behavior; blood sugar level

การพัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันอันตราย และควบคุมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม จังหวัดชัยภูมิ

สาวิตรี เพ็ญพิมพ์

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษาพัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพการป้องกันอันตรายและควบคุมการใช้สารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรของภาคีเครือข่ายในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ โดยใช้รูปแบบวงจรวิจัยของ Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ วางแผน (Plan) ปฏิบัติการ (Act) การสังเกต (Observe) และสะท้อนผล (Reflect) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เกษตรกรกลุ่มเสี่ยงมีผลการตรวจเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสสูงอาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 103 คน และกลุ่มที่ 2 กลุ่มตัวอย่างภาคีเครือข่าย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง รวมทั้งสิ้นจำนวน 40 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล การทดสอบความรู้ในการป้องกันและควบคุมอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการปฏิบัติตัวในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าคะแนนด้านความรู้ การปฏิบัติตัวในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ ใช้สถิติ paired t-test และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาการป้องกันอันตรายและควบคุมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายและควบคุมการใช้สารกำจัดศัตรูพืชมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) มีการปฏิบัติตัวและการมีส่วนร่วมในการป้องกันอันตรายและควบคุมการใช้สารกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับมากกว่าก่อนการพัฒนา ในภาพรวมหลังการได้รับรูปแบบกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการมีความรู้และการปฏิบัติตัวในการป้องกันอันตรายและควบคุมการใช้สารกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การป้องกันอันตราย; ควบคุมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช; ภาคีเครือข่าย; ส่งเสริมสุขภาพ น

วันรับ: 13 ก.พ. 2569

วันแก้ไข: 16 มี.ค. 2569

วันตอบรับ: 18 มี.ค. 2569

บทนำ

จากข้อมูลพื้นฐานการเกษตรระดับอำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ ประจำปี 2564 มีจำนวน 11 ตำบล

มีพื้นที่ทำการเกษตร 308,314 ไร่ โดยมีแรงงานทางการเกษตร จำนวน 32,314 ราย พบว่ามีการใช้สารเคมีในการทำการเกษตรร้อยละ 80⁽¹⁾ การคัดกรองความเสี่ยงและตรวจหาระดับของเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส ในปี 2564

จำนวน 2,445 ราย พบว่าเกษตรกรมีผลเลือดในระดับที่เสี่ยงและไม่ปลอดภัย 512 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.94 เทียบกับปี 2562 จำนวน 1,752 ราย พบว่า เกษตรกรมีผลเลือดในระดับที่เสี่ยงและไม่ปลอดภัย 690 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.38⁽²⁾ ข้อมูลการตายของประชาชนอำเภอเกษตรสมบูรณ์ 5 ปีซ้อนหลัง (พ.ศ. 2559-2564) สาเหตุการตายที่สำคัญและมีจำนวนค่อนข้างสูง ซึ่งอาจจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช คือ ไรอะมิดี เป็นจำนวน 139,143, 137,137 และ 167 รายตามลำดับ⁽³⁾ จากการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับพิษจากสารเคมีชี้ให้เห็นว่าการใช้สารเคมีในภาคเกษตรกรรมของประชาชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วยของประชาชน จากแบบรายงานผลปฏิบัติงานด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม พบว่าประชาชนที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมีพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ ไม่สวมใส่เสื้อกาวน์ถุงมือ แวนตาอิมัล หรืออุปกรณ์ป้องกันตนเองในขณะที่ใช้สารเคมี⁽⁴⁾

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เห็นความสำคัญปัญหาที่เกิดขึ้นจึงได้สนใจที่จะศึกษาพัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพการป้องกันอันตรายและควบคุมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร โดยการใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ โดยเน้นการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายในระดับชุมชน โดยการใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเพื่อแก้ไขปัญหาการใช้สารเคมีที่ถูกต้องและปลอดภัยของเกษตรกร ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ

วิธีการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษาพัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพการป้องกันอันตรายและควบคุมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร โดยการใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ โดยใช้วงจร PAOR ร่วมการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการตามรูปแบบวงจรวิจัยของ Kemmis McTaggart⁽⁵⁾ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ วางแผน (Plan) ปฏิบัติการ

(Act) การสังเกต (Observe) และสะท้อนผล (Reflect) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาโดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. เกษตรกรกลุ่มเสี่ยงมีผลการตรวจเอ็นซีเอ็มโคลิน-เอสเตอเรสระดับสูง อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 103 คน

2. กลุ่มตัวอย่างภาคีเครือข่ายมีส่วนเกี่ยวข้องประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลกุตุลละ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเกษตรกรตำบล

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือเป็นผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาการวิจัย รวมทั้งสิ้นจำนวน 40 คน จึงทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลก่อนและหลังพัฒนาแบบสัมภาษณ์ใช้ในการสนทนากลุ่มเป้าหมายเพื่อเก็บข้อมูลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน เป็นการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างแบบสังเกต เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้สำหรับสังเกตการณ์การดำเนินงานของผู้เข้าร่วมวิจัยในขั้นตอนต่างๆ ในการประชุมเชิงปฏิบัติการตามกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation-Influence-Control - AIC) สังเกตพฤติกรรมในการปฏิบัติงานตามแผนการสนทนากลุ่มกับตัวแทนเกษตรกร ตัวแทนแกนนำชุมชน และตัวแทนหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในขั้นการวิเคราะห์สถานการณ์ การสร้างภาพฝันและกำหนดโครงการ กิจกรรม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก การสัมภาษณ์ การประชุมและการประเมินผล จากการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ มาวิเคราะห์ เพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติงานตามแผนในแง่มุมมองและวิธีการต่างๆ โดยสะท้อนผลจากเครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลว่าบรรลุหรือไม่บรรลุเป้าหมายการดำเนินงานการป้องกันอันตรายและควบคุมการใช้สารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง

1. บุคคลที่เป็นภาคีเครือข่ายมีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานการป้องกันอันตรายและการควบคุมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในพื้นที่โรงพยาบาล-

ส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ ประกอบด้วยผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลกุตเลาะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเกษตรตำบล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือเป็นผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาการวิจัย รวมทั้งสิ้นจำนวน 40 คน

2. เกษตรกรกลุ่มเสี่ยงมีผลการตรวจเอ็นซีเอ็มโคลีนเอสเตอเรสระดับสูงอาศัยในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ ใช้วิธีการเลือกคัดเลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เกษตรกรกลุ่มเสี่ยงมีผลการตรวจเอ็นซีเอ็มโคลีนเอสเตอเรสระดับสูงในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ มีจำนวนทั้งสิ้น 103 คน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงคุณภาพ

1. สันทนาการ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มได้แก่ (1) ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลกุตเลาะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเกษตรตำบล และ (2) เกษตรกรกลุ่มเสี่ยงมีผลการตรวจเอ็นซีเอ็มโคลีนเอสเตอเรสระดับสูง อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มละ 15-20 คน

2. สัมภาษณ์เชิงลึก เลือกกลุ่มตัวอย่างจากการสนทนากลุ่ม จำนวน 30 คน

การคัดเลือกตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย เป็นเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงมีผลการตรวจเอ็นซีเอ็มโคลีนเอสเตอเรสสูงอาศัยในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ สามารถอ่าน เขียน หนังสือภาษาไทย หรือได้ตอบสื่อสารได้ เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัยย้ายออกจากพื้นที่ระหว่างการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยเครื่องมือในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ประเภทคือ

1. แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยศึกษาเอกสาร แนวคิด

ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 1 ชุด แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ข้อมูลการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และประกอบด้วยคำถามปลายเปิด จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 2 การทดสอบความรู้เรื่องในการป้องกันและควบคุมอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เป็นแบบสอบถาม 2 ตัวเลือกคือถูกหรือผิด จำนวน 13 ข้อโดยใช้แบบอิงเกณฑ์⁽⁶⁾ ส่วนที่ 3 การปฏิบัติในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร จำนวน 35 ข้อ แปลผลคะแนนจัดเป็น 3 ระดับใช้เกณฑ์แบ่งกลุ่มตามแนวคิดของ Best⁽⁷⁾

2. เครื่องมือการศึกษาเชิงคุณภาพ มีดังนี้คือ แบบสังเกต (observation) เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้สำหรับสังเกตการณ์การดำเนินงานของผู้เข้าร่วมวิจัยในขั้นตอนต่างๆ ในการประชุมเชิงปฏิบัติการตามกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม โดยเป็นการสังเกตในขั้นตอนการประชุมและทำกิจกรรมต่างในขั้นการพัฒนาารูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย สันทนาการกับตัวแทนเกษตรกร ตัวแทนผู้นำชุมชน และตัวแทนหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในขั้นการวิเคราะห์สถานการณ์ การสร้างภาพฝันและกำหนดโครงการกิจกรรม และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้ในการสนทนากลุ่มเป้าหมายเพื่อเก็บข้อมูลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน เป็นการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินงานวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันอันตรายและการควบคุมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร จำนวน 3 ท่าน คือสาธารณสุขอำเภอ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอที่รับผิดชอบ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม ตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุม และความสอดคล้องของเนื้อหา และผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมในการเก็บข้อมูล

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามเฉพาะส่วนที่ 2 และ 3 ที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง

มีผลการตรวจเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสระดับสูง ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในตำบลกุดเลาะ จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาความเชื่อมั่น ได้ผลดังนี้คือ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เท่ากับ 0.73 และแบบวัดด้านการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.79

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 สถิติเชิงพรรณนา สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ระดับความรู้ความรู้อันเกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 สถิติเชิงอนุมาน สำหรับการเปรียบเทียบค่าคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ก่อนและหลังการพัฒนาในรูปแบบ ใช้สถิติ paired t-test

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และมีการตรวจสอบข้อมูล (triangulate) เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ เลขที่ 22/2568 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิในพื้นที่เพื่อแจ้งถึงวัตถุประสงค์ ผู้วิจัยจึงดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัย และชี้แจงเรื่องสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับ จะไม่ระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่างจะทำลายข้อมูลภายใน 1 ปีภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้วโดยเปิดเผยข้อมูลทางวิชาการในภาพรวมเท่านั้น

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

เป็นส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 76.69 เป็นเพศชาย ร้อยละ 79.61 เพศหญิง ร้อยละ 20.39 สถานภาพคู่/สมรส ร้อยละ 87.37 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา/ปวช./ปวส. ร้อยละ 62.13 การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชทั้งหมด ร้อยละ 100 ระยะเวลาการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช มากที่สุด 6-10 ปี ร้อยละ 69.90 รองลงมา 11-15 ปี ร้อยละ 19.41 และ 16-20 ปี ตามลำดับ ค่าใช้จ่ายในการซื้อสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1001-1,500 บาทต่อปี ร้อยละ 67.96 เหตุผลที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชาวบ้านส่วนใหญ่เพื่อใช้กำจัดวัชพืช ร้อยละ 62.13 รองลงมาเพื่อใช้กำจัดแมลงและโรคอื่นๆ ร้อยละ 12.62 และเพื่อใช้บำรุงในการเพิ่มผลผลิต ร้อยละ 9.70 แหล่งที่ซื้อสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ส่วนใหญ่ซื้อจากร้านจำหน่ายสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 85.43 รองลงมาซื้อจากกองทุนกลุ่มเกษตรกรของหมู่บ้าน ร้อยละ 11.65 และซื้อจากนายทุนในหมู่บ้านให้ซื้อเชื่อสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 2.92 เมื่อมีปัญหาจากโรคหรือศัตรูพืชท่านจะปรึกษาหรือขอแนะนำส่วนใหญ่จะขอคำแนะนำจาก หน่วยงานราชการจากพนักงาน/นักวิชาการ/ อบต./ เกษตร ร้อยละ 89.32 รองลงมาผู้จำหน่ายสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 8.73 และเพื่อน-เกษตรกรด้วยกัน ร้อยละ 1.95 วิธีการกำจัดภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืชส่วนใหญ่ ผึ่ง, เผา ร้อยละ 95.14 และเก็บรวบรวมไว้ขายให้กับผู้มารับซื้อของเก่า ร้อยละ 4.86

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาด้านความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชภาพรวม

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมก่อนและหลังการพัฒนา จำนวน 103 คน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการพัฒนาเท่ากับ 7.56 คะแนน และหลังการพัฒนา ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 10.42 คะแนน จากคะแนนเดิม 13 คะแนน ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ก่อน และหลังการพัฒนา พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p<0.001, 95%CI =2.16-3.40) สรุปได้ว่าการพัฒนาความรู้การป้องกันอันตรายและควบคุมการใช้สารกำจัดศัตรูพืช ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 1

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชภาพรวม

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมก่อนและหลังการพัฒนา จำนวน 103 คน พบว่า การปฏิบัติก่อนการพัฒนาเท่ากับ 20.52 คะแนน และหลังการพัฒนา ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 28.16 คะแนน ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการปฏิบัติก่อน และหลังการพัฒนา พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.001$, $CI = 13.74 - 21.24$) สรุปได้ว่า การพัฒนาด้านการปฏิบัติกรป้องกันอันตรายและควบคุมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 2

ผลการศึกษาย่อผลเชิงคุณภาพ

1. ขั้นการวางแผน (Planning) การประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการในขั้นตอนการวางแผนที่เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมจะทำให้ความสำคัญต่อความคิดและการมีส่วนร่วมของชุมชนบนพื้นฐานความเท่าเทียมกัน ยึดคนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา จากการประชุมโดยใช้เทคนิคกระบวนการมีส่วนร่วม มีการระดมความคิดเพื่อหาแนวทางในการแก้ปัญหาการดำเนินงาน

การป้องกันและควบคุมการใช้สารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในชุมชน ผลการประชุมได้โครงการ จำนวน 3 โครงการ แบ่งโครงการออกเป็น 3 ประเภทประเภทที่ 1 คือ โครงการที่ชุมชนสามารถดำเนินการได้เองนั้นมีจำนวน 1 โครงการ คือ โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในชุมชนในการป้องกันอันตรายและควบคุมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร ประเภทที่ 2 คือ โครงการที่ชุมชนต้องร่วมดำเนินการและ หรือขอความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลกุดเกาะและหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องมีจำนวน 1 โครงการ คือ โครงการเกษตรกรปลอดภัยลดการใช้และป้องกันสารเคมีสู่เกษตรกรอินทรีย์สร้างวิถีชุมชน และประเภทที่ 3 โครงการที่ชุมชนไม่สามารถดำเนินการได้เอง ต้องให้หน่วยงานภายนอกช่วยดำเนินการให้ มีจำนวน 1 โครงการ คือ โครงการรณรงค์เจาะเลือดเพื่อตรวจหาสารเคมีตกค้างในเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง

2. ขั้นการปฏิบัติ (Action) เป็นการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ ทั้ง 3 โครงการในการดำเนินงานการป้องกันอันตรายและควบคุมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ก่อนและหลังการพัฒนา

| ผลเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช | | | | | | |
|---|-----------|------|------------|-------|-------|----------|
| | \bar{X} | SD | Mean Diff. | 95%CI | | p-value |
| | | | | Upper | Lower | |
| ก่อนการพัฒนา | 7.56 | 1.63 | 2.80* | 2.16 | 3.40 | < 0.001* |
| หลังการพัฒนา | 10.42 | 1.54 | | | | |

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชก่อนและหลังการพัฒนา

| ผลเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช | | | | | | |
|---|-----------|------|------------|-------|-------|----------|
| | \bar{X} | SD | Mean Diff. | 95%CI | | p-value |
| | | | | Upper | Lower | |
| ก่อนการพัฒนา | 20.52 | 0.51 | 17.55 | 13.74 | 21.24 | < 0.001* |
| หลังการพัฒนา | 28.16 | 0.46 | | | | |

ในเกษตรกร โดยบูรณาการร่วมกับชุมชน แผนงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม และแผนกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลกุดเลาะ ประชาชนในหมู่บ้านได้พัฒนาความรู้และการปฏิบัติตัว ตลอดจนการมีเครือข่ายในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานในทุกขั้นตอน

3. ขั้นสังเกต (Observation) ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยออกติดตามสนับสนุนในการปฏิบัติตามแผนในระดับชุมชนในการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงาน จากการสังเกตของผู้วิจัยกลุ่มภาคีเครือข่ายด้านการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้นำในการวางแผนในแต่ละวัน และจากการสัมภาษณ์เครือข่ายชุมชนให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน พบว่าผู้เข้าร่วมโครงการที่ผ่านการประชุมจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วมทุกคนให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานโดยสังเกตการณ์การปฏิบัติงานโครงการและการติดตามนิเทศ ด้านความตั้งใจการปฏิบัติงานจากการสังเกตของผู้วิจัยพบว่า ทุกกลุ่มมีความตั้งใจปฏิบัติงาน ด้านการบันทึกผลการปฏิบัติงานและข้อค้นพบจากการสังเกตพบว่าส่วนใหญ่ทำหน้าที่ผลการดำเนินงานและด้านการแสดงความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงให้ดีขึ้นจากการสังเกตผู้วิจัยพบว่าแกนนำชุมชนทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงข้อคิดเห็นเพื่อปรับปรุงต่อสมาชิกในกลุ่มนั้นๆ

4. ขั้นสะท้อนผล (Reflection) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนและคืนข้อมูลเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่นั้นขั้นตอนการวางแผน จนถึงขั้นการสะท้อนผล โดยผู้วิจัยได้ทบทวนแนวทางและนำเสนอผลการดำเนินงานที่ทุกคนกำหนดร่วมกันขึ้นให้กับผู้เกี่ยวข้องทราบ สรุปสิ่งที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานทั้งปัจจัยแห่งความสำเร็จ อุปสรรคและข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาการป้องกันและควบคุมการใช้สารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในชุมชน พื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม ตำบลกุดเลาะ อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิโดยเน้นการดำเนินงานมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอนซึ่งสามารถสรุปกระบวนการดำเนินงานประกอบด้วย การพัฒนาความรู้ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมการนิเทศติดตาม ประเมินผล การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการคืนข้อมูล

สรุปผลการวิเคราะห์ชุมชนด้วยการมีส่วนร่วมของประชาชนในหมู่บ้าน ร่วมศึกษา ค้นคว้า เก็บข้อมูล

ร่วมวิเคราะห์ และเผยแพร่ ขยายผลสู่กลุ่มเป้าหมาย สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความผูกพันและศรัทธา ตลอดจนเชื่อมั่นต่อเจ้าหน้าที่ จึงส่งผลให้กิจกรรมประสบผลสำเร็จตามโครงการการมีส่วนร่วมและการให้การสนับสนุนในการป้องกันและควบคุมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนและตัวแทนหน่วยราชการที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ การวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอันตรายและควบคุมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ภาคีเครือข่ายในชุมชนและตัวแทนหน่วยราชการที่เกี่ยวข้องได้เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ซึ่งการเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนเป็นการสร้างโอกาสให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมและเต็มใจ เปิดโอกาสให้ทุกคนได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ สามารถเสนอแนวคิดของตนให้กลุ่มเข้าใจสภาพปัญหาและความต้องการและข้อจำกัดที่มีอยู่จากการประชุม สทนากลุ่ม และการสังเกตโดยเริ่มจากการค้นหาปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา การกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา การจัดทำแผนงานโครงการไปดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหา และดำเนินการจนสำเร็จ ทั้ง 3 โครงการ โดยได้รับความร่วมมือจากเกษตรกร ภาคีเครือข่ายในชุมชนและตัวแทนหน่วยราชการที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เป็นอย่างดี โดยการสนับสนุนตามบทบาทหน้าที่ดังต่อไปนี้ (1) กลุ่มเกษตรกร มีหน้าที่ เฝ้าระตนเองและครอบครัวในการป้องกันอันตรายและการควบคุมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ตลอดจนให้ความร่วมมือต่อผู้นำชุมชนและหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดการใช้/ไม่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ตลอดจนการสร้างการรวมกลุ่มเกษตรกร และการตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เมื่อพบความเสี่ยงเกิดขึ้นให้ดำเนินการคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (2) กลุ่มผู้นำชุมชน มีหน้าที่ โดยสนับสนุนองค์กรชุมชน อาสาสมัคร และกลุ่มต่างๆ ภายในชุมชนร่วมกันประชุมพิจารณาวิเคราะห์ชุมชน เพื่อวางแผนหาแนวทางแก้ไขปัญหาและความต้องการของชุมชน โดยหน่วยงานส่วนราชการที่ทำงานด้านพัฒนาจะทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาเท่านั้นวิธีการนี้เป็นวิธีการที่ดีที่ประชาชนภายในชุมชนได้ตระหนักถึงความสามารถของตนเองได้รู้จักการวิเคราะห์ชุมชนของตน และการดำเนินการติดตามเฝ้าระวังในชุมชนและถ่ายทอดความรู้และแนวทางการดำเนินงานแก่เกษตรกร

(3) องค์การบริหารส่วนตำบล มีหน้าที่ สนับสนุนบริการดูแลสุขภาพของสถานบริการสาธารณสุข สนับสนุนทรัพยากรในการแก้ไขปัญหาและการมีส่วนร่วมการจัดดูแลสุขภาพเชิงรุก อนุมัติแผนงานโครงการการใช้กฎหมายควบคุม ได้แก่ ควบคุมป้าย/แผ่นประกาศ/ใบปลิวโฆษณา สารเคมีทางการเกษตรในเขตพื้นที่เขตขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ต้องมีการขออนุญาตจากเจ้าพนักงานท้องถิ่น การควบคุมให้มีกรกึ่งเศษวัสดุเหลือใช้/ขวดภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้แล้วในที่สาธารณะ ริมนนหรือแหล่งน้ำ หรือท้องทุ่งนา ออกข้อบังคับตำบลว่าด้วยการควบคุมการกึ่งหรือรวบรวมสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยในท้องถิ่น เพื่อให้คำแนะนำ หรือออกคำสั่งให้ผู้กระทำการฝ่าฝืนข้อกำหนดปรับปรุงแก้ไขได้รวมทั้งมีอำนาจใจการสั่งให้แก้ไขหรือจับกุมในกรณีไม่แก้ไขเพื่อดำเนินคดีตามกฎหมายได้ องค์การบริหารส่วนตำบลทุกเลาะมีอำนาจในการตราข้อบังคับตำบลเพื่อควบคุม มีให้นำสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ประกาศห้ามใช้แล้ว/ และกลุ่มที่มีพิษร้ายแรงตาม พรบ. วัตถุอันตราย 2535 เข้ามาใช้ในชุมชนซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมรวมทั้งระบบนิเวศของชุมชน การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ก่อให้เกิดเหตุรำคาญจนเป็นเหตุให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของคนในชุมชน หากเป็นเหตุรำคาญมีอำนาจออกคำสั่งให้ผู้ก่อเหตุนั้นระงับหรือแก้ไขปรับปรุงได้ หรือราชการส่วนท้องถิ่นมีอำนาจในการแก้ไขได้เองโดยคิดค่าใช้จ่ายจากผู้ก่อให้เกิดเหตุรำคาญนั้น และมีอำนาจสั่งห้ามใช้ มิให้ใช้หรือไม่ยอมให้บุคคลใดใช้สถานที่นั้นได้ (4) สภาองค์การบริหารส่วนตำบลทุกเลาะ มีหน้าที่ ให้ความเห็นชอบแผนพัฒนา อบต. เป็นแนวทางในการบริหารกิจการของ อบต. พิจารณาและให้ความเห็นชอบร่างข้อบัญญัติ อบต. งบประมาณรายจ่ายประจำปี และร่างข้อบัญญัติงบประมาณรายจ่ายเพิ่มเติมของ อบต. ควบคุมการปฏิบัติงานของนายก อบต. ให้เป็นไปตามกฎหมาย นโยบาย แผนพัฒนา อบต. ข้อบัญญัติระเบียบ และข้อบังคับของทางราชการ (5) เกษตรตำบล มีหน้าที่ ดำเนินบทบาทในการกระตุ้นให้ประชาชนแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างมีเป้าหมายตลอดจนแนะนำการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การใช้นวัตกรรมเกษตรกรรมใหม่มาถ่ายทอดความรู้แก่เกษตรกร การส่งเสริมการรักษาหน้าดินและการ

ใช้ปุ๋ยชีวภาพ สมุนไพรไล่แมลงและทางเลือกอื่นที่ลดการใช้สารเคมี (6) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีหน้าที่ ให้ความรู้วิธีดูแลสุขภาพตนเองการเลือกซื้อจึงควรเลือกให้ตรงวัตถุประสงค์ของการใช้กำจัดแมลงแต่ละชนิด การใช้และเก็บรักษาให้ถูกวิธีเพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งต่อตัวเอง ครอบครัว และสิ่งแวดล้อมการส่งเสริม เช่น ควรกินผักตามฤดูกาล, ปลุกผักปลอดสารไว้ทานในครัวเรือน, ล้างผักเพื่อลดสารพิษ, เลือกซื้อผักที่ปลอดภัยจากสารพิษที่มีการรับรอง และส่งเสริมการดำเนินงานตามนโยบายเศรษฐกิจพอเพียง (7) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีหน้าที่ สนับสนุนวิชาการ สสำรวจข้อมูลเกษตรกรและความเสี่ยง ตรวจสอบสารพิษตกค้างในพืชผักผลไม้ในตลาดนัดชุมชน เจาะเลือดเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงและให้คำแนะนำส่งต่อรักษาถ้ามีอาการรุนแรง ตลอดจนจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการนำแนวทางการดูแลตนเองไปปฏิบัติการประชุมคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลเมื่อผลักดันแผนงานระดับพื้นที่การพัฒนา รูปแบบของภาคีเครือข่ายในการป้องกันอันตรายและควบคุมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่โรงพยาบาล-ส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม ได้พัฒนาความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันอันตรายและควบคุมการใช้สารกำจัดศัตรูพืชทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้และปฏิบัติที่ถูกต้อง ผลการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์และสภาพปัญหาของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร วางแผนแก้ไขปัญหา และร่วมกันตัดสินใจเลือกแนวทางในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้ได้แนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับวิถีชีวิตของประชาชนในชุมชน

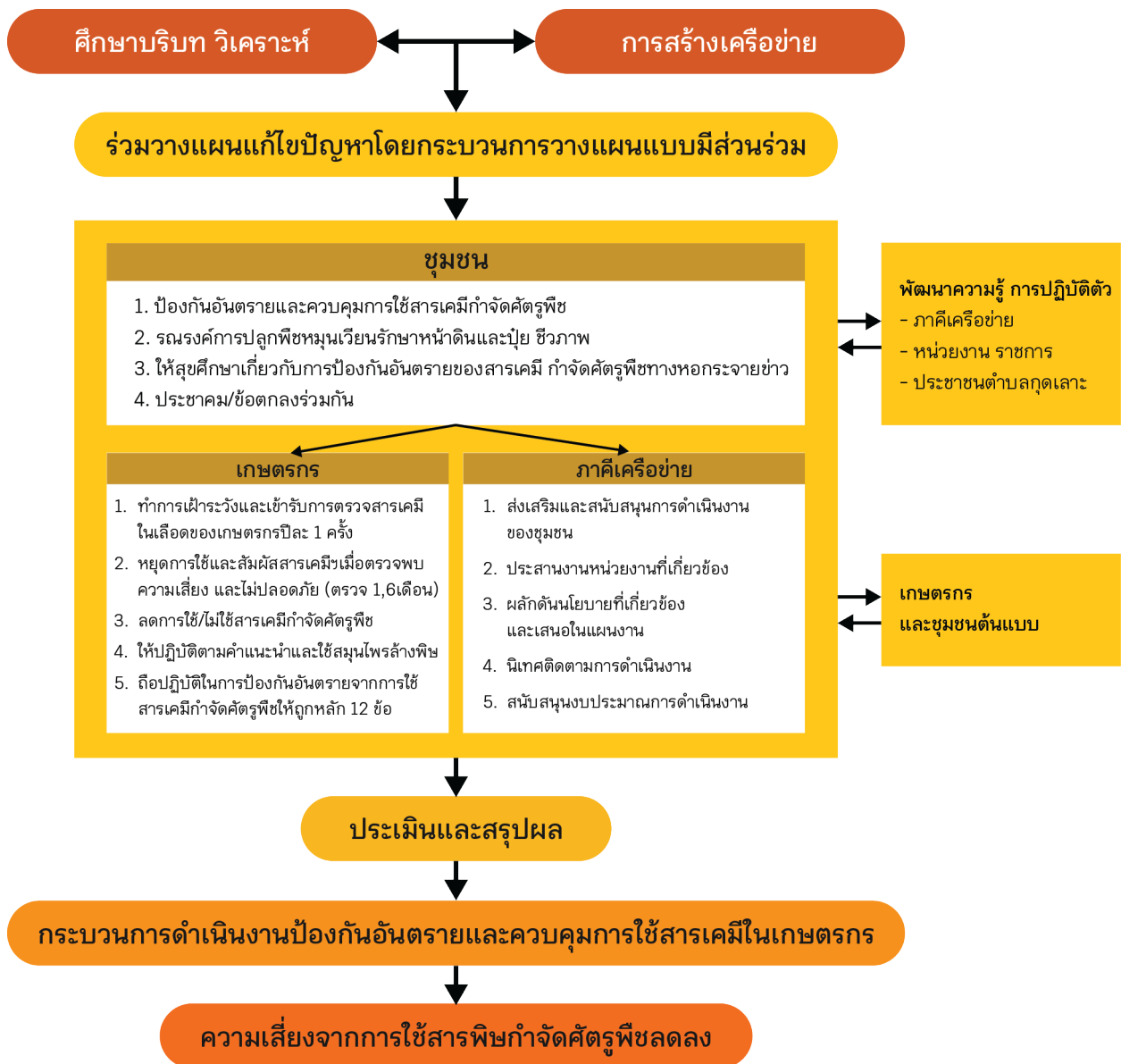
สรุป

การพัฒนาารูปแบบการป้องกันอันตรายและควบคุมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามวงจรปฏิบัติการของ Kernmis และ Mctaggart มี 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตผลการปฏิบัติ และการสะท้อนผล ร่วมกับกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ยึดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา มีวัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันอันตรายและควบคุมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร ผลการศึกษามีแผนงานการดำเนินงาน จำนวน 3 โครงการกระบวนการพัฒนาที่สนับสนุนการดำเนินงานที่สำคัญคือ การพัฒนาความรู้ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมการนิเทศติดตาม ประเมินผลการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการคืนข้อมูลภายหลังการพัฒนาการป้องกันอันตรายและควบคุมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายและควบคุมการใช้สารกำจัดศัตรูพืชมากกว่าก่อน

การพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สรุปได้ว่าการพัฒนาความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันอันตรายและควบคุมการใช้สารกำจัดศัตรูพืช ทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้และปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น ผลการประชมวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชน เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์และสภาพปัญหาของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร วางแผนแก้ไข้ปัญหา และร่วมกันตัดสินใจเลือกแนวทางในการแก้ไข้ปัญหา เพื่อให้ได้แนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับวิถีชีวิตของประชาชนในชุมชน ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 รูปแบบของภาคีเครือข่ายในการป้องกันอันตรายและควบคุมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในชุมชน โดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม



วิจารณ์

ด้านความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายและควบคุมการใช้สารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ก่อน และหลังการพัฒนา พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.001$, 95 CI=2.16-3.40) สรุปได้ว่าการพัฒนาความรู้ การป้องกันอันตรายและควบคุมการใช้สารกำจัดศัตรูพืช ทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ ลิณวัฒน์ คุณเวียง⁽⁸⁾ ได้ศึกษาการพัฒนาการดำเนินงาน ตามมาตรฐานการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตำบลวังแสง อำเภอแกลง จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม พบว่า บุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบลมีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับสูงค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.08 หลังการพัฒนาในระดับสูงค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.35 ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่า ก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ด้านการปฏิบัติ เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายและควบคุมการใช้สารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการปฏิบัติก่อน และหลังการพัฒนา พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.001$, 95%CI=13.74-21.24) สรุปได้ว่าการพัฒนาด้านการปฏิบัติ การป้องกันอันตรายและควบคุมการใช้สารกำจัดศัตรูพืช ทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีการปฏิบัติ ที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับปรารณา ทัดเทียมพงษ์⁽⁹⁾ ได้ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัด ศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว: กรณีศึกษาตำบลลุยบ้านโอง อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร ผลการวิจัยพบว่าความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช กลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($X=0.96$, $SD=0.05$) และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง $X=2.42$, $SD=0.33$ สอดคล้องกับผลงานวิจัยของขจรศักดิ์ ผิวเกลี้ยง และคณะ⁽¹⁰⁾ การพัฒนารูปแบบการป้องกันผลกระทบทางสุขภาพและความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรโดยการมีส่วนร่วม

ของชุมชนในจังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิจัย เกษตรกรมีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 61.4 พฤติกรรมการป้องกันผลกระทบทางสุขภาพและความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชระดับปานกลาง ร้อยละ 72.6 รูปแบบการป้องกันผลกระทบทางสุขภาพและความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อศึกษาผลของการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนพบว่า เกษตรกรผู้ปลูกอ้อยมีการปฏิบัติในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องและปลอดภัยก่อนดำเนินการอยู่ในระดับดี ร้อยละ 71.9 หลังดำเนินการ ร้อยละ 100 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนการป้องกันอันตรายและควบคุมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเกษตรกร และภาคีเครือข่ายเกี่ยวข้องการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในป้องกันอันตรายและควบคุมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า ตัวแทนภาคีเครือข่ายได้เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนได้โครงการจากการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม จำนวน 3 โครงการ (1) โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในชุมชนในการป้องกันอันตรายและควบคุมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร (2) โครงการเกษตรกรปลอดภัยลดการใช้และป้องกันสารเคมีสู่เกษตรกรอินทรีย์สร้างวิถีชุมชน (3) โครงการรณรงค์เจาะเลือดเพื่อตรวจหาสารเคมีตกค้างในเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง จากโครงการทั้งหมด 3 โครงการนี้ ได้ดำเนินการแล้วเสร็จ โดยได้รับความร่วมมือจากเกษตรกรและภาคีเครือข่ายอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของสุนทรี ปลั่งกมล⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางการลดใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ตำบลหนองยาว อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ด้านความรู้ในการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช ก่อนการเข้าร่วมแนวทางการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เกษตรกรมีความรู้เรื่องสารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 13.33 หลังการทดลองการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเกษตรกรมีความรู้เรื่องสารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชในภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 24.06 ด้านพฤติกรรมในการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ย 47.74 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปฏิบัติในการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชในภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 67.68 ดังนั้นแนวทาง

การป้องกันการใช้นิโคตินก้ำจัดค้ตรูพีซในเกษตรกร ทำให้เกษตรกรในพื้นที่ได้รับความรู้และมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการใช้นิโคตินก้ำจัดค้ตรูพีซที่ถูกต้องกับบริบทพื้นที่ มีภาคี-เครือข่ายที่ส่งเสริมสนับสนุนในเรื่องงบประมาณดำเนินงานโครงการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในชุมชนป้องกันอันตรายและควบคุมการใช้นิโคตินก้ำจัดค้ตรูพีซในเกษตรกร โครงการเกษตรกรปลอดภัยลดการใช้นิโคตินก้ำจัดค้ตรูพีซในเกษตรกรสู่เกษตรอินทรีย์สร้างวิถีชุมชน และโครงการรณรงค์เจาะเลือดเพื่อตรวจหาสารนิโคตินก้ำจัดค้ตรูพีซในเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงเพื่อส่งเสริมสุขภาพเกษตรกรในพื้นที่ลดการใช้นิโคตินก้ำจัดค้ตรูพีซ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายนิมิตร จรัสสุริยสกุล สาธารณสุขอำเภอ-เกษตรสมบูรณ์ ที่สนับสนุนการศึกษาวิจัยเรื่องพัฒนารูปแบบ

ส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันอันตรายและควบคุมการใช้นิโคตินก้ำจัดค้ตรูพีซในเกษตรกรแบบมีส่วนร่วมของภาคี-เครือข่ายในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อมอำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ ประจำปี 2568 ขอบคุณองค์การบริหารส่วนตำบลตำบลกุดเสาะ ผู้ใหญ่บ้านทั้ง 5 หมู่บ้าน และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ-หมู่บ้านที่สนับสนุนให้มีการจัดการประชุมวางแผนการดำเนินงานป้องกันอันตรายและควบคุมการใช้นิโคตินก้ำจัดค้ตรูพีซในเกษตรกรและประชุมสรุปผลการดำเนินงานทำให้มีแนวทางการดำเนินงานอย่างชัดเจน ขอขอบคุณผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอเกษตรสมบูรณ์ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อมทุกคน ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการดำเนินงานตามกระบวนการวิจัย ทำให้การวิจัยสำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานเกษตรอำเภอเกษตรสมบูรณ์. ข้อมูลด้านการเกษตร [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 3 มี.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://chaiyaphum.doae.go.th/kasetsombun/>
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) ระดับจังหวัด [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 ก.พ. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://hdc.moph.go.th/cpm/public/main>
3. โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์. รายงานประจำปี 2562: เอกสารรายงานผลการปฏิบัติงานอาชีพอนามัย (แบบ อส1-3) ประจำปี 2562. ชัยภูมิ: โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์; 2562.
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกษตรสมบูรณ์. รายงานประจำปี 2567: ผลการปฏิบัติงานอาชีพอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมอำเภอ-เกษตรสมบูรณ์ ประจำปี 2567. ชัยภูมิ: สาธารณสุขอำเภอเกษตรสมบูรณ์; 2567.
5. Kemmis S, McTaggart R. The Action research planner. 3rd ed. Geelong, Australia: Deakin University Press; 1988.
6. Bloom BS. Hand book on formative and summative evaluation of student learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company; 1971.
7. Best JW. Research in education. 2nd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1977.
8. สีดวิวัฒน์ คุณเวียง. การพัฒนาการดำเนินงานตามมาตรฐานการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตำบลวังแสง อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2554. 79 หน้า.
9. บรรณานา ทัดเทียมพงษ์. ความรู้และพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว: กรณีศึกษาตำบลคูบัวอำเภอ อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย 2565;4:90-130.
10. ขจรศักดิ์ ผิวเกลี้ยง, พรสุข หุ่นนิรันดร์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันผลกระทบทางสุขภาพ และความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยา เชียงพุทธ 2565;7:158-74.
11. สุนทรีย์ ปลั่งกมล. การพัฒนาแนวทางการลดใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ตำบลหนองยาว อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร 2558;2:65-100.

Developing a Health Promotion Model to Prevent Harm and Control the Use of Pesticides in Farmers with Participation of Network Partners Kham Pom Subdistrict Health Promotion Hospital, Chaiphum Province

Sawitree Phenphim

Kham Pom Subdistrict Health Promoting Hospital, Kaset Sombun District, Chaiphum Province

Abstract

This research was an action research study aimed to develop a model for promoting health, preventing harm, and controlling pesticide use among farmers in the network area of Khampom Sub-district Health Promotion Hospital, Kaset Sombun District, Chaiphum Province. Kemmis and McTaggart's research cycle model was used, consisting of four steps: Plan, Act, Observe, and Reflect, was used. The study sample was divided into two groups: (1) 103 at-risk farmers with high cholinesterase enzyme test results residing in the area served by Khampom Sub-District Health Promotion Hospital, and (2) 40 network partners, specifically selected. Data were collected using a questionnaire consisting of three parts: personal information, knowledge test on preventing and controlling harm from pesticide use, and farmers' practices in pesticide use. The data were analyzed by comparing scores on knowledge and practices in pesticide use. Pre- and post-model development analysis using paired t-tests and qualitative data analysis revealed that the development of pesticide hazard prevention and control among farmers in the sample community had resulted in significantly higher average scores on knowledge and practice regarding pesticide hazard prevention and control compared to before the development ($p < 0.001$). Furthermore, participants demonstrated greater adherence and participation in pesticide hazard prevention and control. Overall, after receiving the model, the target group participating in the project showed increased knowledge and practice on correct pesticide hazard prevention and control.

Keywords: hazard prevention; pesticide control; network partners; health promotion

การพัฒนาวัดองค์กรต้นแบบให้เป็นศูนย์สนับสนุนสุขภาพะ ของชุมชนในเขตเมืองตามแนวทางวัดบันดาลใจ: กรณีศึกษาวัดคีตวศ

ดวงพร นคะพันธ์ชัย¹, ปริญญาพร สุขกุล², สุตประนอม สมันตเวทิน³

¹วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา วิทยาเขตสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม

²โครงการสถาบันอาศรมศิลป์ กรุงเทพมหานคร

³วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา วิทยาเขตสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสงคราม

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษากระบวนการพัฒนาวัดคีตวศให้เป็นศูนย์สนับสนุนสุขภาพะของชุมชนในเขตเมือง ตามแนวทางวัดบันดาลใจ (2) วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จและจุดที่ควรพัฒนาที่เกิดขึ้นระหว่างกระบวนการพัฒนา และ (3) เสนอแนะแนวทางการพัฒนาวัดให้สามารถขับเคลื่อนบทบาทใหม่ด้านการส่งเสริมสุขภาพะในเขตเมืองอย่างยั่งยืน การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการศึกษาเอกสาร การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เจ้าอาวาส คณะสงฆ์ ครู นักเรียน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง อาสาสมัคร และประชาชนโดยรอบวัดคีตวศ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาวัดในฐานะองค์กรสุขภาพะ ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนาวัดคีตวศดำเนินการผ่านการเสริมสร้างศักยภาพใน 4 ด้าน ได้แก่ (1) การพัฒนาด้านกายภาพ เช่น การจัดพื้นที่สุขภาพะ มุมสมาธิ พื้นที่เรียนรู้ของเด็กนักเรียน ลานกิจกรรม และพื้นที่อำนวยความสะดวก (2) การพัฒนาด้านองค์กร เช่น เจ้าอาวาส เป็นแกนนำ ร่วมกับพระสงฆ์ นำพาทิศสู่การส่งเสริมสุขภาพะแนวพุทธ ร่วมกับชุมชน และเครือข่ายประชาสังคม จัดตั้ง “ทีมจิตอาสาสร้างวัดลำใจ” (3) การพัฒนาด้านกิจกรรม เช่น การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพะจิต กิจกรรมเคลื่อนไหวกายกวาดลานวัดทุกวัน กิจกรรมเรียนรู้ของนักเรียน กิจกรรมจิตอาสาชุมชน และ (4) การพัฒนาด้านเครือข่าย ได้แก่ หน่วยงานภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะผู้นำของเจ้าอาวาส มุ่งองค์กรสุขภาพะ นำพระสงฆ์สร้างศรัทธาดึงดูดใจประชาชนร่วมคิดร่วมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายชุมชน และเครือข่ายจากภายนอก รวมทั้งจัดตั้งกองทุนพัฒนาวัดจากเงินบริจาคของประชาชน จุดที่ควรพัฒนา ได้แก่ ทิศนคติแบบเดิมของประชาชนในพื้นที่ขาดความเป็นเจ้าของ และความไม่ต่อเนื่องของการมีส่วนร่วม ข้อเสนอแนะจากการวิจัยคือ วัดควรมีแผนพัฒนากิจกรรมที่ตอบโจทย์ทุกช่วงวัย สร้างระบบสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง และเสริมสร้างองค์กรความรู้ด้านสุขภาพะทั้งในระดับพระ สงฆ์และประชาชน เพื่อให้วัดสามารถเป็นศูนย์กลางการส่งเสริมสุขภาพะของชุมชนในเขตเมืองได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: วัดบันดาลใจ; ศูนย์สุขภาพะชุมชน; สุขภาพะชุมชนเมือง; การพัฒนาวัด; วัดคีตวศ

วันรับ: 25 ม.ค. 2569

วันแก้ไข: 27 ก.พ. 2569

วันตอบรับ: 2 มี.ค. 2569

บทนำ

ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงของสังคมเมืองนำมาซึ่งปัญหาสุขภาพในหลากหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม อันเนื่องจากวิถีชีวิตที่เร่งรีบ ความเครียดสูง ความสัมพันธ์ในชุมชนที่ห่างเหิน และพื้นที่สีเขียวที่ลดลง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตเมืองอย่างมีนัยสำคัญ^(1,2) แนวโน้มดังกล่าวทำให้เกิดความจำเป็นในการสรรหากลไกใหม่ๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน “วัด” ในฐานะองค์กรศาสนา มีบทบาทสำคัญต่อวิถีชีวิตคนไทยมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน วัดไม่เพียงเป็นศูนย์รวมจิตใจทางศาสนา หากยังเป็นศูนย์กลางทางวัฒนธรรม สังคม และการเรียนรู้ภายในชุมชน แต่ด้วยบริบทสังคมเมืองยุคใหม่ที่เปลี่ยนแปลงไป บทบาทของวัดจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาให้สอดคล้องกับความต้องการเปลี่ยนแปลง สามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนในมิติใหม่ โดยเฉพาะด้านการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน⁽³⁾

โครงการ “วัดบันดาลใจ” เป็นแนวคิดของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสถาบัน-อาศรมศิลป์ ได้รับการริเริ่มเพื่อส่งเสริมบทบาทของวัดให้เป็นองค์กรสร้างสุขภาวะต้นแบบในชุมชน โดยเน้นการพัฒนาปรับเปลี่ยนวัดให้เป็นศูนย์กลางการเสริมสร้างสุขภาพใน 4 มิติ ได้แก่ กาย จิตใจ สังคม และปัญญา (จิตวิญญูณ) เพื่อให้วัดมีความพร้อมทั้งด้านโครงสร้าง บริหารจัดการ และการดำเนินกิจกรรมที่ตอบสนองต่อสุขภาวะของประชาชนในทุกช่วงวัย ผลลัพธ์ที่สำคัญของโครงการฯ คือ นอกจากประชาชนได้ประโยชน์โดยตรงจากวัดในโครงการฯ แล้ว ยังเกิดตัวอย่างของวัด (หรือวัดต้นแบบให้แก่วัดอื่นๆ) ที่จะเป็นศูนย์การเรียนรู้สุขภาวะในบริบทที่หลากหลาย รวมทั้งแนวคิด-แนวทางและกระบวนการของรูปธรรมที่เครือข่ายทางสังคมร่วมกันสร้างนวัตกรรมทางสังคมทางพุทธศาสนา ในการฟื้นฟูคุณค่าของพุทธธรรมให้เป็นที่ประจักษ์ในสังคมสมัยใหม่ด้วย⁽⁴⁾

วัดติตต เป็นวัดหนึ่งใน 461 แห่งของกรุงเทพมหานคร ตั้งอยู่เลขที่ 116 ซ.จรัลสนิทวงศ์ 12 แขวงวัดท่าพระ เขต-บางกอกใหญ่ กรุงเทพมหานคร สร้างขึ้นสมัยกรุงธนบุรี ราวปี พ.ศ. 2317 เป็นวัดราษฎร์ขนาดเล็ก สังกัดคณะสงฆ์ฝ่ายมหานิกาย ได้รับพระราชทานวิสุงคามสีมา พ.ศ. 2477

ปัจจุบันมีพระภิกษุ 9 รูป สามเณร 2 รูป อาราหมิกชน 2 คน พื้นที่ตั้งวัดเป็นที่ราบลุ่มใกล้ชิดกับคลองมอญ การคมนาคมสะดวกมีทางรถยนต์เข้าถึงวัดได้ 3 ทาง คือ ด้านถนนจรัลสนิทวงศ์ ด้านถนนอิสรภาพ มีซอยโพธิ์สามต้นหรือซอยวัดใหม่พิเรนทร์ และสัญจรทางน้ำขึ้นได้ที่ท่าอิฐสภาพของวัดดีดวด เมื่อครั้งที่ยังไม่ได้เข้าร่วมในโครงการ มีสภาพเป็นวัดเก่าที่ทรุดทรึง ต้นไม้ไม่งาม ศาลาไม้เก่าผุพังขาดการซ่อมแซม หลังวัดสวนที่ติดชุมชนเป็นป่าช้าที่วังเวงโรงเรียนที่ตั้งอยู่ภายในวัดไม่มีกิจกรรมชัดเจน ขาดแกนนำพระสงฆ์ที่จะสร้างสัมพันธ์กับชุมชนเพื่อพัฒนาวัด ประชาชนเอาขยะมาทิ้ง ส่งกลิ่นเหม็น ห้องน้ำไม่สะอาด เป็นวัดที่รายล้อมด้วยชุมชนแออัด ถูกใช้เป็นสถานที่ที่ผู้คนนำรถมาจอดและเป็นจุดทิ้งขยะของคนในชุมชน มีสภาพที่เสื่อมโทรมตามกาลเวลา เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ชุมชนและวัดห่างไกลกันจึงเป็นกรณีศึกษาที่น่าสนใจในการศึกษาการพัฒนาวัดให้เป็นศูนย์สนับสนุนสุขภาวะของชุมชนในเขตเมือง ด้วยบริบทที่มีทั้งข้อจำกัดและโอกาสเฉพาะตัว

บทบาทของวัดติตตหลังการเปลี่ยนแปลงเป็นเจ้าอาวาสคนปัจจุบัน ซึ่งมีแนวคิด “ต้องการให้วัดสะอาดในทุกมิติ รมรื่น สะดวก ปลอดภัยเป็นสัปปายะ ประชาชนเข้าวัดมาทำกิจกรรมสร้างสรรค์วิถีพุทธ มีพื้นที่เดิน-นั่งพักผ่อน ต้องพัฒนากายภาพและสิ่งแวดล้อมก่อนให้พร้อมเมื่อกายและใจพร้อม วัดพร้อมเป็นรมณีสถาน ทั้งภายนอกและภายใน ภายนอก คือมีต้นไม้ร่มรื่น ศาลาและห้องน้ำสะอาดพร้อมใช้ประโยชน์ตลอดเวลา ส่วนภายใน คือประชาชนได้เข้าวัดสัมผัสสิ่งดีงาม จิตใจจักน้อมนำไปสู่ความร่มเย็น เอื้อต่อการพัฒนาจิตใจ กายเบา จิตเบา มีสมาธิ และสติในกรงานที่ประณีตและเกิดผลดี ช่วยลดยาเสพติดและอบายมุขทั้งปวง” สอดคล้องกับแนววัดบันดาลใจ ที่เน้นการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเสริมสุขภาพด้านจิตใจ และตามด้วยกิจกรรมสร้างสรรค์การเรียนรู้พัฒนาสุขภาวะด้านปัญญา จึงได้ออกแบบผังพิมพ์เขียวในลักษณะร่วมคิดร่วมทำ

ในการปรับวัดระดมความร่วมมือกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อฟื้นฟูพื้นที่ภายในวัด อาคารเสนาสนะสงฆ์ และสิ่งก่อสร้าง ได้แก่ ศาลาการเปรียญ หอสวดมนต์ พระอุโบสถ และวิหาร รวมทั้งกุฏิสงฆ์ ปัจจุบันได้มีการปรับพื้นที่ และสร้างชิ้นใหม่เป็นอาคารทรงไทยตามแบบประเพณีนิยม ส่วนปูชนียวัตถุ

ภายในวัดก็มีการเคลื่อนย้ายไปตามไปด้วย เช่น พระประธาน เป็นพระพุทธรูปปางสมาธิหล่อด้วยทองสัมฤทธิ์ กับมีพระบรมรูปพระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดล ทรงกลมแบน หล่อด้วยโลหะดำอีก 1 องค์ พระพุทธรูปก่ออิฐถือปูนปางปาเลไลยก์ที่เป็นพระพุทธรูปเก่าแก่ดั้งเดิม หลวงพ่อศิลา ซึ่งเป็นพระพุทธรูปเก่าแก่สร้างด้วยศิลาแลง เป็นต้น โดยรอบวัด มีชุมชนขนาดเล็ก 3 ชุมชน จำนวนประมาณ 150 ครัวเรือน และมีโรงเรียน วัดติตตวต สังกัดสำนักการศึกษา กรุงเทพมหานคร เป็นสถานศึกษาแก่เยาวชน ระดับอนุบาลถึงประถมศึกษา มีจำนวนนักเรียน 61 คน ครู 11 คน⁽⁵⁾

“สุขภาวะ” (well-being) มิได้จำกัดเพียงการไม่มีโรคหรือความเจ็บป่วย แต่เป็นภาวะที่บุคคลและชุมชนมีความสมบูรณ์ในหลายมิติอย่างสมดุล โดยอิงตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Ottawa Charter for Health Promotion ซึ่งเสนอ 5 กลยุทธ์หลักในการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ (1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (2) การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (3) การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน (4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ (5) การปรับระบบบริการสุขภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและการพัฒนาอย่างยั่งยืน และแนวคิดพื้นที่สุขภาวะของ Settings Approach to Health Promotion ให้มีความสำคัญกับการพัฒนาพื้นที่หรือบริบทเฉพาะ เช่น โรงเรียน ที่ทำงาน หรือชุมชน ให้เป็น “พื้นที่สุขภาวะ” ที่บูรณาการมิติทางกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อมเข้าด้วยกันอย่างเป็นองค์รวม ในบริบทของประเทศไทยแนวทาง “วัดบันดาลใจ” เป็นรูปแบบการพัฒนาวัดที่มุ่ง เน้นการเสริมสร้างบทบาทของวัดให้เป็นมากกว่าสถานที่ประกอบศาสนกิจ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของพระสงฆ์ ชุมชนและภาคีเครือข่าย ในการร่วมกันพัฒนากิจกรรมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะทั้งด้านกาย จิต สังคม และปัญญา ซึ่งสอดคล้องกับหลักการสำคัญของ Ottawa Charter for Health Promotion และ Settings Approach to Health Promotion อย่างชัดเจน⁽⁶⁾

แม้ว่าที่ผ่านมา จะมีการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของวัดในการพัฒนาชุมชนและการส่งเสริมสุขภาวะในหลายมิติ เช่น การเป็นศูนย์รวมจิตใจ การจัดกิจกรรมทางศาสนา และการสนับสนุนกิจกรรมชุมชน แต่การศึกษาส่วนใหญ่ยังมีข้อจำกัด

สำคัญหลายประการ ประการแรก งานวิจัยที่ผ่านมายังขาดการศึกษาเชิงลึกทางด้านของ “วัดเขตเมือง” ซึ่งมีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากวัดในชนบท ทั้งในด้านข้อจำกัดของพื้นที่ ความหลากหลายของประชา กร วิถีชีวิตที่เร่งรีบ และระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ลดลง ส่งผลให้ไม่สามารถอธิบาย กระบวนการ พัฒนาวัดในฐานะ “พื้นที่สุขภาวะ” ในบริบทเมืองได้อย่างชัดเจน ประการที่สอง งานศึกษาที่มีอยู่ มักเน้นกิจกรรมหรือผลลัพธ์เป็นรายด้าน เช่น กิจกรรมทางศาสนา หรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเฉพาะด้าน แต่ยังขาดการวิเคราะห์ในลักษณะ “องค์รวมเชิงระบบ” ที่เชื่อมโยงมิติด้านกายภาพ องค์กร กิจกรรม และเครือข่าย เข้าด้วยกัน ตามแนวคิดของ Settings Approach to Health Promotion ประการที่สาม ยังพบว่า ขาดการพัฒนา “โมเดลเชิงระบบ (system-based model)” ที่สามารถอธิบายกลไกการขับเคลื่อนวัดให้เป็นศูนย์สนับสนุนสุขภาวะของชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะโมเดลที่เชื่อมโยงกับหลักการของ Ottawa Charter for Health Promotion เช่น การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และการพัฒนาทักษะของประชาชน ดังนั้น ยังมีความจำเป็นในการศึกษาวิจัยที่มุ่งวิเคราะห์ “กระบวนการพัฒนาเชิงลึก” ของวัดในเขตเมือง ในฐานะพื้นที่สุขภาวะ พร้อมทั้งสังเคราะห์เป็นกรอบแนวคิดหรือโมเดลที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นได้

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์และอธิบายกระบวนการพัฒนาวัดให้เป็นศูนย์สนับสนุนสุขภาวะของชุมชนในเขตเมืองตามแนวทางวัดบันดาลใจ โดยใช้กรณีศึกษาวัดติตตวต เพื่อทำความเข้าใจปัจจัยเชิงระบบ กลไกการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงประเมินผลลัพธ์ของการเปลี่ยนแปลงและศักยภาพในการพัฒนาอย่างยั่งยืน ซึ่งจะเป็นแบบอย่างการดำเนินงานการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเสริมสุขภาวะด้านจิตใจในพื้นที่เขตเมือง เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการขยายผลในบริบทอื่น

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มุ่งศึกษากระบวนการพัฒนาวัดในฐานะศูนย์สนับสนุนสุขภาวะของชุมชนในเขตเมือง

โดยใช้กรณีศึกษาวัดดีดวดเป็นพื้นที่ศึกษา เพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์ในบริบทจริงอย่างลึกซึ้ง

ผู้ให้ข้อมูลและการคัดเลือก

ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 15 คน ได้รับการคัดเลือกโดยใช้การเลือกแบบเจาะจง ร่วมกับ การคัดเลือกแบบลูกโซ่ (snowball sampling) เพื่อให้ได้ผู้ที่มีประสบการณ์ตรง และเกี่ยวข้องกับการพัฒนาวัดในมิติต่างๆ

เกณฑ์การคัดเลือก ผู้ให้ข้อมูลต้องมีคุณสมบัติอย่างน้อยหนึ่งข้อ ดังนี้

1. มีบทบาทโดยตรงในการพัฒนาวัด (เช่น เจ้าอาวาส พระสงฆ์ ผู้นำกิจกรรม)
2. เป็นผู้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของวัดอย่างต่อเนื่อง (เช่น ครู นักเรียน อาสาสมัคร)
3. เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรืออาศัยอยู่ในชุมชนโดยรอบวัด

4. เป็นผู้แทนจากภาคีเครือข่ายที่ร่วมดำเนินงานกับวัด

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ที่ไม่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องโดยตรงกับกิจกรรมของวัด
2. ผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน หรือไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

องค์ประกอบของผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย

1. เจ้าอาวาสและพระสงฆ์
2. ครูและนักเรียน
3. เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
4. อาสาสมัคร
5. ประชาชนในชุมชน
6. ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพัฒนาวัด

การกำหนดจำนวนผู้ให้ข้อมูลใช้หลัก data saturation คือเก็บข้อมูลจนไม่พบประเด็นใหม่เพิ่มเติม

เครื่องมือวิจัย (Research instruments) เครื่องมือหลักในการวิจัย ได้แก่

1. แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก (Semi-structured interview guide)

พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยครอบคลุมประเด็น เช่น

- กระบวนการพัฒนาวัดสู่การเป็นพื้นที่สุขภาพะ
- การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (ก่อน-หลัง)

- ปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรค
- การมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย
- มุมมองต่อบทบาทของวัดในอนาคต

2. การสังเกตแบบมีส่วนร่วม ใช้ในการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับบริบท พฤติกรรม และกิจกรรมที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่วัด

3. การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แผนงาน รายงาน และสื่อประชาสัมพันธ์ของวัดดีดวด

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการโดย

- สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) แบบตัวต่อตัว ใช้เวลา 30-60 นาทีต่อราย
- การบันทึกเสียง (โดยได้รับความยินยอม) และการจดบันทึกภาคสนาม
- การสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพะในช่วงเวลาต่างๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และการจัดหมวดหมู่ประเด็นข้อมูล โดย

1. ถอดทบทวนคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ
2. อ่านทบทวนข้อมูลหลายรอบ
3. เข้ารหัสข้อมูล (coding)
4. จัดกลุ่มเป็นประเด็น (themes)
5. สังเคราะห์เป็นข้อค้นพบ

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness)

ดำเนินการตามกรอบแนวคิดของ Lincoln และ Guba⁽⁶⁾ ตามเกณฑ์ 4 ประการคือความน่าเชื่อถือของข้อมูล (credibility) ความสม่ำเสมอของกระบวนการวิจัย (dependability) ความเป็นกลางของข้อมูล (confirmability) และความสามารถในการถ่ายโอนผลการวิจัย (transferability)

ผลการศึกษา

1. กระบวนการพัฒนา การดำเนินงานของวัดดีดวด มีลักษณะเด่นใน 4 ด้าน คือ

1.1 ด้านสุขภาพะทางกายภาพและสิ่งแวดล้อม

แนวคิด: ส่งเสริมให้วัดสะอาด ร่มรื่น เป็นสัปปายะ และบูรณาการ สร้างกายภาพทั้งดงามและปลอดภัยให้พร้อมสำหรับประชาชนเข้าถึงได้และเหมาะกับวิถีชีวิตคนเมือง

กิจกรรมที่ดำเนินการและผลลัพธ์ที่ได้ มีดังนี้

1. การปรับสภาพแวดล้อมในวัดที่สร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับชุมชน ได้แก่ ปลูกต้นไม้เพิ่มพื้นที่สีเขียวให้กับชุมชน ปรับศาลาอเนกประสงค์เป็นพื้นที่พักผ่อนหย่อนใจ ปรับเปลี่ยนพื้นที่ป่าช้าเดิมเป็นพื้นที่จอดรถ ปรับปรุงภายในศาลาการเปรียญให้มีพื้นที่เล่นและเรียนรู้ของเด็กนักเรียน ดังภาพที่ 3

2. การปรับภูมิทัศน์สิ่งแวดล้อมให้พื้นที่เป็นสปีปายะเพื่อพัฒนาสุขภาพระดับสังคมและสิ่งแวดล้อม โดย ชุมชนรอบวัดที่ประกอบด้วยคนวัยทำงานและผู้สูงอายุ ได้ร่วมเข้ามาเป็นจิตอาสาพัฒนาวัดให้เป็นพื้นที่สปีปายะสำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สุขภาพสำหรับคนทุกวัย

3. การบูรณาการกิจกรรมคือ การพัฒนาการเรียนรู้ด้านการคิดเชิงออกแบบ (design thinking) ได้แก่ นักเรียนครูโรงเรียนวัดติตตวัด ร่วมคิดแก้ปัญหาน้ำเสียในคลองข้างวัด กิจกรรมการเรียนรู้พระสงฆ์ร่วมสนับ สนุนและส่งเสริมให้ต่อยอดเพื่อส่งเสริมการจำหน่ายสร้างรายได้ต่อไป รวมทั้งการมีผู้เชี่ยวชาญจากมูลนิธิโลกสีเขียวสอนเด็กให้มีทักษะตรวจสอบคุณภาพน้ำในคลอง

1.2 ด้านการพัฒนาองค์กรสุขภาพวิถีพุทธ

แนวคิด: ชุมชนเป็นเจ้าของวัด พระเป็นผู้อาศัย ชุมชนจึงร่วมพัฒนาให้เป็นวัดส่งเสริมสุขภาพะ มีการทำวัตร สวดมนต์ ฟังธรรมทุกวันสำคัญทางศาสนา พระสงฆ์และ

ฆราวาสปฏิบัติกิจกรรม ด้วยใจจดจ่อ มีสมาธิและมีสติระลึก รู้ในสิ่งที่กระทำอย่างต่อเนื่อง สร้างความสงบในจิตใจ ลดความเครียด และเสริมพลังจิตวิญญาณผ่านกระบวนการทางพุทธศาสนาและจิตบำบัดสมัยใหม่ ส่งผลให้งานมีความประณีต และจะเกิดความพึงพอใจ เบาสบายกับผลงานที่เกิดขึ้น

กิจกรรมที่ดำเนินการและผลลัพธ์ที่ได้ มีดังนี้

1. เจ้าอาวาสและพระสงฆ์สร้างเสริมกิจกรรมพัฒนาคุณธรรมจริยธรรม พระสงฆ์แกนนำที่สร้างความรู้สึที่ดี ดึงดูด อุบาสก อุบาสิกาและชุมชน ร่วมสวดมนต์ ฟังธรรมและทำบุญสร้างกุศลทุกวันพระและวันสำคัญทางศาสนา ประชาชนเข้ามาร่วมกิจกรรมนี้มากขึ้น ส่งผลให้วัดได้รับการพัฒนาให้เป็นวัดสร้างเสริมสุขภาพะวิถีพุทธ

2. เจ้าอาวาสและพระสงฆ์ แกนนำสอนวิชาศีลธรรมนักเรียนในโรงเรียนวัดติตตวัด และอำนวยความสะดวกให้นักเรียนและครูร่วมปฏิบัติกิจกรรมในพื้นที่วัด โดยสอดแทรกธรรมะในงานที่กระทำ ตลอดจนการปฏิบัติงานด้วยสติและสมาธิ

1.3 การพัฒนาด้านกิจกรรม

แนวคิด: เสริมสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคม ความเอื้ออาทร และความเป็นชุมชนในพื้นที่เมืองที่มีความแข็งแรงและความขัดแย้ง

ภาพที่ 1 แผนผังแสดง พื้นที่ปรับภูมิทัศน์ของวัดติตตวัดเพื่อสุขภาพะสำหรับทำกิจกรรมของทุกวัย



กิจกรรมที่ดำเนินการและผลลัพธ์ที่ได้ มีดังนี้

1. สร้างเครือข่ายจิตอาสาพัฒนาวัด จากประชาชนหลายอาชีพ ได้แก่ ทีมสถาปนิกจิตอาสาจากกลุ่มวัดบันดา-ใจที่มีความเชี่ยวชาญการออกแบบพื้นที่สุขภาวะด้านสิ่งแวดล้อม ทีมงานจิตอาสาล้างวัดล้างใจ ครู นักเรียน และประชาชนในชุมชน ร่วมคิดร่วมกันดำเนินงานของวัดให้เป็นไปอย่างราบรื่น

2. การเข้าร่วมพัฒนาความคิดเชิงออกแบบในการแก้ปัญหาหน้าเสียดในคลองที่ไหลผ่านชุมชน การพัฒนาแกนนำพระสงฆ์ในการขับเคลื่อนงานสุขภาวะขององค์กร และต่อยอดกิจกรรมพัฒนาคุณธรรมและทักษะทางสมองของเด็ก-ประถมจนเสร็จสิ้น

3. การบูรณาการกิจกรรมของนักเรียนโรงเรียน-วัดติตตวดีที่ร่วมดำเนินงานกับพระสงฆ์ในการแก้ปัญหาหน้าเสียดที่ส่งกลิ่นเหม็น โดยนักเรียนทำ E.M.ball ลดมลภาวะในน้ำ และร่วมกับพระสงฆ์ได้ร่วมกับนักเรียนปรับรูปแบบ E.M.ball เป็นรูปนักชัฏร เพื่อส่งเสริมการจำหน่ายสร้างรายได้ต่อไป

4. การส่งเสริมรายได้โดยสอนนักเรียนทำกระถางปลูกกล้าไม้ ประดิษฐ์ดอกไม้จันทน์และ เหยี่ยวไพรยทานเพื่อจำหน่ายช่วยเหลือทุนการศึกษา

5. การจัดกิจกรรมสุขภาวะอื่นๆ ได้แก่ การปลูก-ต้นไม้และจัดการดูแลให้ตรงตามเสมอ การทำความสะอาดพื้นที่ในวัดอย่างสม่ำเสมอ การออกแบบพื้นที่สวน 15 นาที เพื่อให้ประชาชนนั่งพักและชมไม้ดอกและมอบสวนนี้ให้เป็นพื้นที่ของกรุงเทพมหานคร

ผลของการพัฒนากิจกรรม ทำให้พระสงฆ์ในวัดประชาชนในชุมชนรอบวัด และภาคีเครือข่ายจากหลายหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชนร่วมกัน ลดช่องว่างระหว่างวัย และลดปัญหาความโดดเดี่ยวในเมือง

1.4 ด้านสุขภาวะทางปัญญา (Intellectual Well-being)

แนวคิด: เสริมสร้างการเรียนรู้ตลอดชีวิต พัฒนาศักยภาพบุคคลในทุกช่วงวัย

กิจกรรมที่ดำเนินการและผลลัพธ์ที่ได้ มีดังนี้

1. การปรับปรุงพื้นที่สำหรับจัดกิจกรรมให้เป็นสัดส่วน พัฒนาวัดให้เป็นพื้นที่สุขภาวะทางกายภาพ จิตใจ

สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ใช้เป็นพื้นที่เรียนรู้กิจกรรมคุณธรรมจริยธรรมและทักษะการใช้ปัญญาสำหรับวัยเด็กเล็ก ปฐมวัย ประถมศึกษา และประชาชนในชุมชน

2. การจัดและขับเคลื่อนกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ทั้งด้านพุทธศาสนา ด้านการคิดวิเคราะห์ ด้านการประดิษฐ์สิ่งของ โดยมีผู้เชี่ยวชาญมาสอนและชี้แนะ ได้แก่ กิจกรรมนวัตกรรม E.M ball มีการจัดวิทยากรจากมูลนิธิเกษตรกรรมธรรมชาติ มาอบรมความรู้เชิงปฏิบัติการผลิต EM.ball และวิทยากร Eco Artist ทำกิจกรรมสร้างสรรค์ลายแม่พิมพ์บน EM.ball ปรับปรุงเพิ่มเติมเป็นรูปนักชัฏรที่ออกแบบเป็นรูปนักชัฏรของนักเรียนโรงเรียนวัดติตตวดีเพื่อส่งเสริมการจำหน่ายสร้าง-รายได้ต่อไป

ผลการทำกิจกรรมทำให้ประชาชนมีโอกาสพัฒนาทักษะชีวิตและแนวคิดที่เหมาะสมกับการดำรงชีวิตในสังคมเมืองที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

2. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาวัดติตตวดี

2.1 ภาวะผู้นำเชิงรุก (leadership) ของพระเจ้า-

อาวาส เป็นปัจจัยหลักของการขับเคลื่อนงานให้บรรลุเป้าหมาย วัดติตตวดีมีเจ้าอาวาสที่มีประสบการณ์เคยเป็นพระผู้ใหญ่เป็นเลขาเจ้าอาวาสวัดราชสิทธารามวรวิหาร (วัดหลวงชั้นโท) มาก่อน อีกทั้งเป็นพระที่มีองค์ความรู้วิสัยทัศน์ และบารมีธรรมที่สร้างศรัทธาดึงดูดให้อุบาสก/อุบาสิกา และเครือข่ายภาคประชาสังคมร่วมพัฒนาวัดให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในคุณค่าและประโยชน์ที่จะเกิดแก่วัดในพระพุทธศาสนา มีความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะพัฒนาวัดให้เป็นที่พักทางจิตใจ/จิตวิญญาณของประชาชนในชุมชน เจ้าอาวาสจึงมีความมุ่งมั่นในการบริหารจัดการวัดโดยการมีส่วนร่วมของโรงเรียนและชุมชน มีการออกแบบพื้นที่ปรับภูมิทัศน์ให้สวยงามร่มรื่น มีพื้นที่จอดรถและทำกิจกรรมต่างๆสำหรับเด็กในโรงเรียน คนทำงานและผู้สูงอายุได้เรียนรู้สุขภาวะอย่างสร้างสรรค์ได้ตลอดเวลา

2.2 การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (community participation) ของพระสงฆ์แกนนำและภาคีเครือข่าย

เกิดเนื่องจากความเลื่อมใสศรัทธาของฆราวาสที่มีต่อพระสงฆ์ผู้ปฏิบัติดีปฏิบัติชอบ จึงมีประชาชนทั้งภคราชาการและเอกชนเป็นจิตอาสาพัฒนาวัดให้เป็นวัดต้นแบบในพระพุทธศาสนา

2.3 ความเป็นเจ้าของพื้นที่การเรียนรู้ (ownership of learning area) เปิดโอกาสให้ทุกกลุ่มในชุมชนเข้ามา มีบทบาท เช่น เยาวชน ผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ค้าชุมชนได้แก่การต่อยอดกิจกรรมสุขภาวะได้แก่ปลูกต้นไม้ และจัดการดูแลห้องดงามเสมอ กิจกรรมแก้ปัญหาลดมลพิษ ที่พัฒนา e.m.ball รูปนักษัตรเพื่อจำหน่าย การออกแบบ พื้นที่ศาลาเนกประสงค์ให้ประชาชนมาพักผ่อน มีร้านกาแฟ และจำหน่ายสิ่งประดิษฐ์จากนักเรียนและชุมชน

2.4 ความเป็นกัลยาณมิตร (true friend) ของ พระสงฆ์แกนนำที่สร้างความรู้สึกที่ดี ดึงดูด อุบาสก อุบาสิกา และชุมชน เน้นกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ตั้งแต่ การออกแบบกิจกรรมจนถึงการประเมินผลร่วมพัฒนา ให้เป็นวัดสร้างเสริมสุขภาวะ

2.5 การประสานงาน (cooperation) ระหว่าง ผู้ดำเนินโครงการและวัด กลุ่มวัดบันดาลใจมีชื่อเสียงและ เชี่ยวชาญการออกแบบพื้นที่สุขภาวะด้านสิ่งแวดล้อม อีกทั้ง

มีเครือข่ายวัดไม่ต่ำกว่า 100 วัด มีทีมสถาปนิกจิตอาสา ทีมงานจิตอาสาล้างวัดล้างใจที่ทำงานเป็นหนึ่งเดียวมาเป็นเวลานาน ทำให้การดำเนินโครงการระหว่างผู้ดำเนินโครงการและวัดเป็นไปอย่างราบรื่น

2.6 ด้านทรัพยากร

วัดมีงบประมาณในการดำเนินงานเพียงพอสำหรับการขับเคลื่อนกิจกรรม จาก ภาคีเครือข่ายจากหลายหน่วยงาน ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน โครงการนี้ได้รับการส่งเสริมสนับสนุนทุนจากสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ประมาณร้อยละ 30 และกองทุนของวัดที่ได้รับการบริจาค ด้วยแรงศรัทธาของประชาชนประมาณร้อยละ 70

สรุปผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาวัดที่ดีสอดคล้องตามแนวทางวัดบันดาลใจ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจาก “วัดแบบดั้งเดิม” ไปสู่ “วัดสุขภาวะ” ในกรณีศึกษานี้ อย่างมีนัยสำคัญในหลายมิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการพัฒนาวัดที่ดี

| มิติการพัฒนา | ก่อนการพัฒนา (Baseline) | หลังการพัฒนา (Outcome) | การเชื่อมโยงกับกรอบแนวคิด |
|--|--|---|---|
| 1. ด้านกายภาพ (Physical Environment) | <ul style="list-style-type: none"> - พื้นที่ใช้เพื่อศาสนกิจเป็นหลัก - ขาดพื้นที่สุขภาพเฉพาะ - สิ่งแวดล้อมบางส่วนไม่เอื้อต่อทุกวัย | <ul style="list-style-type: none"> - มีพื้นที่สุขภาวะ เช่น มุมสมาธิ ลานกิจกรรม พื้นที่เรียนรู้ - สะอาด ปลอดภัย - ใช้งานได้หลากหลาย - เป็นพื้นที่สาธารณะของชุมชน | การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Ottawa Charter) |
| 2. ด้านองค์กร (Organizational Development) | <ul style="list-style-type: none"> - โครงสร้างเน้นศาสนา - ไม่มีระบบขับเคลื่อนสุขภาวะชัดเจน | <ul style="list-style-type: none"> - เจ้าอาวาสเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง - มีทีมจิตอาสา - พัฒนาเป็น “องค์กรสุขภาวะ” | การพัฒนา นโยบาย และองค์กร (Ottawa Charter) |
| 3. ด้านกิจกรรม (Activities) | <ul style="list-style-type: none"> - เน้นพิธีกรรม - กิจกรรมสุขภาพมีจำกัด | <p>มีกิจกรรมหลากหลาย:</p> <ul style="list-style-type: none"> - สมาธิ/สุขภาพจิต - กิจกรรมทางกาย - การเรียนรู้ - จิตอาสา | การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล + การมีส่วนร่วมชุมชน |

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการพัฒนาวัดดีวด (ต่อ)

| มิติการพัฒนา | ก่อนการพัฒนา (Baseline) | หลังการพัฒนา (Outcome) | การเชื่อมโยงกับกรอบแนวคิด |
|---|--|---|------------------------------------|
| 4. ด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behaviors)) | <ul style="list-style-type: none"> - ประชาชนมีส่วนร่วมเป็นครั้งคราว - พฤติกรรมสุขภาพไม่ต่อเนื่อง | <ul style="list-style-type: none"> - มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น - เข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ - เกิดการเรียนรู้และปรับพฤติกรรม | Personal skills & Community action |
| 5. ด้านเครือข่าย (Network & Partnership) | <ul style="list-style-type: none"> - ความร่วมมือจำกัด - ทำงานแยกส่วน | <ul style="list-style-type: none"> - มีเครือข่ายรัฐ เอกชน ประชาสังคม - เกิดความร่วมมือเชิงระบบ | การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน |
| 6. ด้านสังคม (Social Cohesion) | <ul style="list-style-type: none"> - เน้นพิธีกรรม - กิจกรรมสุขภาพมีจำกัด | <ul style="list-style-type: none"> - ชุมชนมีความสัมพันธ์แน่นแฟ้น - เกิดการร่วมคิดร่วมทำ | Community empowerment |
| 7. ด้านสุขภาวะองค์รวม (Holistic Well-being) | <ul style="list-style-type: none"> - เน้นศาสนาเป็นหลัก - สุขภาวะยังไม่บูรณาการ | <ul style="list-style-type: none"> - สุขภาวะดีขึ้นทั้ง 4 มิติ คือ กาย จิต สังคม และ ปัญญา | Settings Approach (พื้นที่สุขภาวะ) |
| 8. ระดับการพัฒนา (System Level) | <ul style="list-style-type: none"> - กิจกรรมกระจัดกระจาย - ไม่มีระบบชัดเจน | <ul style="list-style-type: none"> - เกิด “ระบบวัด สุขภาวะคือะ” - มีโครงสร้างกระบวนการและเครือข่าย | System-based health promotion |

แม้ว่าผลการศึกษาจะสะท้อนความสำเร็จของการพัฒนาวัดดีวดในฐานะศูนย์สนับสนุนสุขภาวะของชุมชน แต่จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพยังพบมุมมองที่หลากหลายและแตกต่างจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียบางกลุ่ม ซึ่งสะท้อนข้อจำกัดและความท้าทายของการดำเนินงาน ดังนี้

1. กลุ่มประชาชนวัยทำงานในเขตเมืองบางส่วนมองว่ากิจกรรมของวัดยังไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตที่เร่งรีบ การเข้าร่วมกิจกรรมมีข้อจำกัดด้านเวลา และกิจกรรมส่วนใหญ่จัดช่วงกลางวัน ทำให้ไม่ได้มีส่วนร่วมเท่าที่ควร จึงยังไม่สามารถเข้าถึง “ประชากรเมืองทุกกลุ่ม” ได้อย่างแท้จริง

2. กลุ่มนักเรียน/เยาวชนบางส่วนให้ความเห็นว่าการพัฒนาวัดดีวดยังไม่ตอบโจทย์ความสนใจ ยังมีลักษณะค่อนข้าง

ดั้งเดิม ขาดรูปแบบที่สร้างแรงจูงใจหรือสอดคล้องกับยุคดิจิทัล การพัฒนากิจกรรมยังไม่สามารถตอบโจทย์ความหลากหลายของช่วงวัย ได้อย่างเต็มที่

3. กลุ่มพระสงฆ์บางรูปสะท้อนว่า การขยายบทบาทวัดสู่การเป็นศูนย์สุขภาวะ ทำให้ภาระงานเพิ่มขึ้น ต้องทำหน้าที่หลากหลายมากกว่าบทบาททางศาสนา

4. กลุ่มของหน่วยงานภาคีบางแห่งให้ความเห็นว่าช่วงแรกความร่วมมือดี แต่ถ้าไม่มีคนประสานหลัก อาจไม่ต่อเนื่อง ความร่วมมือยังขึ้นอยู่กับบุคคล (key person) ซึ่งขาดระบบหรือข้อตกลงระยะยาว

5. กลุ่มประชาชน มีความคิดเห็นจากบางส่วนว่าการเพิ่มกิจกรรมหลากหลายอาจทำให้วัด “เปลี่ยนบทบาท”

จากเดิมเกิดความกังวลว่าวัดจะสูญเสียความเป็นพื้นที่ทางศาสนา

6. กลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่เป็น “กลุ่มเดิม” กลุ่มเปราะบางหรือคนชายขอบยังเข้าถึงได้น้อยยังมีข้อจำกัดด้าน equity in health promotion

3. จุดที่ควรพัฒนา

3.1 ทศนคติดั้งเดิมของประชาชนในพื้นที่ที่ขาดความเป็นเจ้าของ ต่างคนต่างอยู่ ไม่เข้าวัด ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลให้เป็นวัดของชุมชน ตามที่พระเจ้าอาวาสมีปณิธานมุ่งมั่นในการพัฒนา ทำให้วัดมีความงดงามเจริญรุ่งเรืองอย่างรวดเร็ว เปลี่ยนทัศนคติให้ประชาชนในชุมชนเป็นเจ้าของวัด พระเป็นผู้ออกชัย เกิดความร่วมมือร่วมใจในการพัฒนาวัดให้ดียิ่งขึ้น

3.2 ความไม่ต่อเนื่องของการมีส่วนร่วม จำเป็นต้องสร้างแกนนำชุมชน ร่วมกับการพัฒนาศักยภาพของพระสงฆ์ให้ขับเคลื่อนวัดสู่ภาวะวิถีพุทธที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

วิจารณ์

การพัฒนาวัดที่ดีวัดตามแนวทาง “วัดบันดาลใจ” เป็นตัวอย่างที่แสดงให้เห็นว่าวัดสามารถขยายบทบาทจากการเป็นศูนย์กลางทางศาสนาไปสู่การเป็นศูนย์กลางสุขภาวะของชุมชนเมืองได้อย่างมีประสิทธิภาพ การส่งเสริมบทบาทวัดในเขตเมืองควรให้ความสำคัญกับการบูรณาการความรู้แบบองค์รวม การสร้างภาคีเครือข่าย และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผลการวิจัยสอดคล้องกับแนวทางของ “วัดบันดาลใจ” ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างบทบาทวัดในมิติใหม่ด้านสุขภาวะชุมชน^(3,4) วัดที่ดีวัดสามารถปรับใช้แนวทางนี้ได้มีประสิทธิภาพ ให้เป็นศูนย์สนับสนุนสุขภาวะของชุมชนในเขตเมือง สามารถดำเนินการได้อย่างเป็นระบบ ผ่าน 4 มิติ ได้แก่ การพัฒนากายภาพ องค์กร กิจกรรม และเครือข่าย โดยการสร้างความเชื่อมโยงระหว่างศาสนา วิถีชีวิต และสุขภาพของประชาชน-เมือง การพัฒนาในแต่ละมิติมีลักษณะที่โดดเด่น เช่น พื้นที่สุขภาพภายในวัดช่วยส่งเสริมการออกกำลังกายและการสร้างสมาธิ การตั้งคณะกรรมการสุขภาวะวัดเป็นเครื่องมือสำคัญในการจัดการโครงการต่างๆ อย่างมีส่วนร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ได้รับการตอบรับอย่างดี

จากชุมชน และการสร้างเครือข่ายกับหน่วยงานภายนอก ทำให้มีทรัพยากรและการสนับสนุนต่อเนื่อง ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานของ อรศรี งามวิทยาพงศ์^(7,8) ที่กล่าวว่า ปัจจัยสำคัญในการสร้างศูนย์สุขภาวะชุมชน คือ ความเป็นผู้นำเชิงบวกของเจ้าอาวาส ความเข้มแข็งของคณะสงฆ์และชุมชน และความสามารถในการดึงทรัพยากรจากภายนอก นอกจากนี้ “วัด” ยังทำหน้าที่เป็นเช่นเดียวกับ “Node” หรือ หน่วยประสานเครือข่ายงานด้านการพัฒนาสังคม ในมุมมองทฤษฎีเครือข่าย-ผู้กระทำการ⁽⁹⁾ ดังนั้น “วัด” จึงเป็นพื้นที่กลางที่สามารถใช้เป็นศูนย์สุขภาวะได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากได้รับการพัฒนาด้วยแนวทางที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ยังชี้ให้เห็นถึงความท้าทายเฉพาะตัวของวัดในเขตเมือง⁽¹⁰⁾ เช่น ความหลากหลายของประชากรเมืองที่ส่งผลต่อความยากในการสร้างความสามัคคี และพื้นที่จำกัดของวัด ซึ่งแตกต่างจากวัดในชนบทที่มีพื้นที่กว้างขวางกว่า

ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ค้นพบ ได้แก่ ภาวะผู้นำของเจ้าอาวาส เป็นศูนย์กลางในการขับเคลื่อนกิจกรรม และสร้างแรงบันดาลใจแก่ชุมชน อย่างไรก็ตาม การพึ่งพาผู้นำเพียงบุคคลเดียวอาจส่งผลกระทบต่อ ความยั่งยืนของโมเดลในระยะยาว หากเกิดการเปลี่ยนแปลงผู้นำ หรือผู้นำรุ่นถัดไปไม่มีศักยภาพเทียบเท่า โมเดลอาจไม่สามารถดำรงอยู่ได้อย่างต่อเนื่อง การไม่มีข้อจำกัดด้านงบประมาณและทรัพยากร ทำให้การดำเนินกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง การประสานเครือข่าย ทำให้วัดสามารถเข้าถึงทรัพยากรและองค์ความรู้ใหม่ๆ การสร้างกิจกรรมที่ตอบโจทย์ชุมชน เช่น กิจกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับทุกวัย และการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทั้งการสื่อสารภายในวัดและการประชาสัมพันธ์สู่ชุมชน แม้จะมีความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย แต่การดำเนินงานยังคงพึ่งพาทรัพยากรจากการบริจาคและความร่วมมือแบบไม่เป็นทางการเป็นหลัก ส่งผลให้ ขาดกลไกเชิงนโยบายหรือโครงสร้างสนับสนุนในระดับระบบที่ชัดเจน เช่น งบประมาณระยะยาว ระบบติดตามประเมินผล หรือการบูรณาการกับระบบบริการสุขภาพ

โมเดลนี้เน้นการพัฒนาเชิงกระบวนการและกิจกรรมเป็นหลัก แต่ยังคงขาดการกำหนดตัวชี้วัดสุขภาวะที่สามารถวัดผลได้อย่างเป็นรูปธรรม เช่น ตัวชี้วัดสุขภาพจิต คุณภาพ-

ชีวิต หรือพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งทำให้ยากต่อการประเมินผลลัพธ์ในเชิงประจักษ์และการเปรียบเทียบกับบริบทอื่น การดำเนินงานพบอุปสรรคสำคัญ เช่น ทัศนคติแบบเดิมของประชาชน มองว่าวัดมีบทบาทเฉพาะด้านศาสนา ทำให้การเปิดรับบทบาทใหม่เป็นไปอย่างช้าๆ⁽⁷⁾ ความต่อเนื่องของกิจกรรมและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครและประชาชนบางกลุ่ม ทำให้ขาดความต่อเนื่องและความสม่ำเสมอในการเข้าร่วมกิจกรรม การมีส่วนร่วมส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในระดับ “ผู้เข้าร่วม” มากกว่าการเป็น “ผู้ร่วมออกแบบและขับเคลื่อน” ส่งผลให้ยังไม่สามารถสร้างความรู้สึกรับเป็นเจ้าของ (ownership) ได้อย่างยั่งยืน ข้อจำกัดเหล่านี้นับเป็นโอกาสในการพัฒนากลยุทธ์ในการสร้างแรงจูงใจและรูปแบบการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบทเมือง ซึ่งสะท้อนข้อจำกัดในการขับเคลื่อนตามหลัก community empowerment ในกรอบ Ottawa Charter for Health Promotion แม้วัดจะมีศักยภาพในการบูรณาการหลักธรรมทางพุทธศาสนา กับแนวคิดสุขภาพะ แต่ในทางปฏิบัติยังขาดการพัฒนาองค์ความรู้ในลักษณะ “ฐานวิชาการ” ที่สามารถเชื่อมโยงระหว่างภูมิปัญญาทางศาสนาและวิทยาศาสตร์สุขภาพได้อย่างเป็นระบบ

โมเดลที่พัฒนาขึ้นนี้เป็นผลจากบริบทเฉพาะของวัดติดวัด ซึ่งมีต้นทุนทางสังคมและความเข้มแข็งของเครือข่ายในระดับหนึ่ง ดังนั้นการนำโมเดลไปประยุกต์ใช้ในวัดอื่น โดยเฉพาะวัดในเขตเมืองที่มีข้อจำกัดด้านพื้นที่ ความหนาแน่นของประชากร หรือความสัมพันธ์ชุมชนที่อ่อนแอ อาจไม่สามารถได้ผลลัพธ์ในลักษณะเดียวกัน แม้ว่าการพัฒนาวัดติดวัดจะประสบความสำเร็จในหลายมิติ แต่กระบวนการดำเนินงานยังมีบางประเด็นที่ไม่สามารถบรรลุผลได้อย่างเต็มที่ ซึ่งก่อให้เกิดบทเรียนสำคัญต่อการพัฒนา “วัดสุขภาพะ” ในบริบทเขตเมือง จำเป็นต้องพัฒนาองค์ความรู้แบบสหวิทยาการ (interdisciplinary) ที่เชื่อมโยงระหว่างพุทธศาสตร์ สาธารณสุข และสังคมศาสตร์ บทเรียนจากสิ่งที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้สะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาวัดให้เป็นศูนย์สนับสนุนสุขภาพะในเขตเมืองไม่สามารถอาศัยเพียงกิจกรรมหรือผู้นำที่เข้มแข็งเท่านั้น

แต่จำเป็นต้องพัฒนาไปสู่ การสร้าง พลังอำนาจของชุมชน (empowerment) การออกแบบ ระบบการจัดการสุขภาพะ (system-based approach) และการพัฒนา องค์ความรู้ และตัววัดที่เป็นรูปธรรม ซึ่งจะเป็นฐานสำคัญในการยกระดับวัดให้เป็น “พื้นที่สุขภาพะอย่างยั่งยืน” ตามกรอบแนวคิดสากลด้านการส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ความสำเร็จของการพัฒนาวัดมิได้เกิดจากองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง แต่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของระบบย่อยต่างๆ ได้แก่ ระบบกายภาพ ระบบองค์กร (ภาวะผู้นำและโครงสร้างการจัดการ) ระบบกิจกรรม และระบบเครือข่าย อย่างไรก็ตาม การพึ่งพาภาวะผู้นำเป็นหลักสะท้อนถึง “จุดเปราะบางของระบบ” หากไม่มีการพัฒนากลไกเชิงโครงสร้างรองรับ เพื่อให้การพัฒนาวัดสามารถดำเนินต่อไปได้อย่างยั่งยืน จำเป็นต้องพิจารณาความยั่งยืนในหลายมิติ คือ เชิงโครงสร้างทางสังคม ทางเศรษฐกิจ เชิงความรู้ และเชิงนโยบายสุขภาพ ระดับท้องถิ่น/ประเทศเชื่อมโยงกับหน่วยงานรัฐและระบบบริการสุขภาพ

ในเชิงวิชาการงานวิจัยนี้ช่วยเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้เกี่ยวกับการประยุกต์แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพะ ในบริบท “วัดเขตเมือง” และเสนอกรอบวิเคราะห์ที่เชื่อมโยงระดับต่างๆ อย่างเป็นระบบ ในเชิงปฏิบัติ ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาวัดหรือองค์กรชุมชน ให้เป็น “พื้นที่สุขภาพะ” ที่สอดคล้องกับบริบทสังคมเมือง และสามารถขยายผลในระดับนโยบายได้ หากมีการสนับสนุนเชิงโครงสร้างอย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพะ (สำนัก 8) และพระครูศรีสิทธิธิปัตติ (ถวิล กุลยาธมฺโม) เจ้าอาวาสวัดติดวัดรูปปัจจุบันที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีพร้อมอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและทำการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. สุขภาวะทางจิตวิญญาณและการส่งเสริมในสังคมไทย. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต; 2560.
2. สุธาสินี พงษ์ประเสริฐ. การมีส่วนร่วมของชุมชนกับการพัฒนาวัดในเขตเมือง. วารสารการพัฒนาศาสนาชุมชนเมือง 2563;8(1):55-72.
3. พระพรหม. บทบาทของวัดกับการพัฒนาสังคมไทย. วารสารพุทธศาสตร์ 2562;26(2):15-29.
4. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. คู่มือวัดบันดาลใจ: แนวทางการพัฒนาวัดเพื่อสุขภาวะของชุมชน. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2564.
5. สำนักงานเขตบางกอกใหญ่. วัดดีดวด [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 26 มี.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://webportal.bangkok.go.th/bangkokyai/page/sub/6541/วัดดีดวด>
6. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1985.
7. อรศรี งามวิทยาพงศ์. พื้นวัดคืนเมือง: รายงานผลการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่เอื้อต่อการฟื้นฟูบทบาทหน้าที่การพัฒนাজิตวิญญาณของวัดในเขตเมือง” [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 25 มิ.ย. 2568]. แหล่งข้อมูล: <http://www.arsomsilp.ac.th/th/portfolio-category/หนังสือออนไลน์>
8. อรศรี งามวิทยาพงศ์. พื้นวัดคืนเมือง: รายงานผลการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยร่วมและกลยุทธ์ฟื้นฟูบทบาทการพัฒนাজิตวิญญาณของวัดในเขตเมืองและกิ่งเมืองกิ่งชนบท: กรณีศึกษาวัดในโครงการวัดบันดาลใจ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 25 มิ.ย. 2568]. แหล่งข้อมูล: <http://arsomsilp.ac.th/th/portfolio/watbundanjai-completerearch-report/>
9. สมพงษ์ จิตระดับ, นวพร สุนันท์ลีกันนท์. Node: หน่วยประสานเครือข่ายงานด้านการพัฒนาสังคมในมุมมองทฤษฎีเครือข่าย-ผู้กระทำการ. วารสารสังคมศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2564;51(2):1-24.
10. อรศรี งามวิทยาพงศ์. รายงานการสังเคราะห์ผลการวิจัย โครงการวัดบันดาลใจ 1 พื้นวัดบันดาลใจในวิถัจิตวิญญาณเมือง [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 25 มิ.ย. 2568]. แหล่งข้อมูล: www.arsomsilp.ac.th/th/portfolio-category/หนังสือออนไลน์

The Development of a Model Temple as a Community Well-being Support Center in Urban Areas Based on the “Wat Bandarnjai” (Inspiring Temple) Approach: a Case Study of Wat Deedud

Duangporn Nacapunchai¹, Pariyaporn Sukkul², Sudpranom Samantavekhin³

¹ College of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University Samut Songkhram Campus

² Arsorn Silp Institute Project

³ College of Nursing and Health Suan Sunandha Rajabhat University Samut Songkhram Campus

Abstract

This research aimed to (1) study the development process of Wat Deedud as a model organization supporting urban community well-being following the “Wat Bandarnjai” (Inspiring Temple) approach, (2) analyze the success factors and possible developing point encountered during the development process, and (3) propose guidelines for sustainably enhancing the role of temples in promoting urban community health. This study employed a qualitative research methodology, utilizing document analysis, participatory observation, and in-depth interviews with key informants, including the abbot, monks, teachers, students, staff, volunteers, community members surrounding Wat Deedud, and experts related to temple-based community development. The findings revealed that the development of Wat Deedud was carried out across four key dimensions: (1) physical development, such as the establishment of health zones, meditation corners, and community activity spaces; (2) organizational development, including the formation of a temple health promotion committee; (3) activity development, involving exercise programs, volunteer initiatives, and mental health promotion; and (4) network development, through collaborations with government agencies, the private sector, and civil society organizations. Key success factors identified included the leadership of the abbot, the strength of community networks, the integration of local wisdom, and effective communication strategies. Possible developing point included traditional community attitudes toward temple roles, limitations in health knowledge, as well as the challenge of sustaining community participation over time. The study recommends that temples develop diverse programs tailored to different age groups, strengthen continuous partnerships with external organizations, and enhance health knowledge among both monks and laypeople to enable temples to serve as sustainable centers for urban community well-being.

Keywords: Wat Bandarnjai; community well-being center; urban community health; temple development; Wat Deedud

ผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

ธัญวรัตน์ พันธุ์คง¹, ชนิกันต์ สิทธิการ¹, เสาวนีย์ โปษะบุตร¹, พิริยะลักษณ์ เพชรห้วยลึก¹, พิมลรัตน์ สุวรรณเวลา²,
ดุจดาว อ่อนจตุ²

¹ มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง จังหวัดพัทลุง

² โรงพยาบาลนาโยง จังหวัดตรัง

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ อายุ 60-75 ปี ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มและมีประวัติการหกล้มภายใน 1 ปี จำนวน 58 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 29 คน โดยคัดเลือกจากการประเมินความสามารถในการทรงตัว เครื่องมือในการทดลองคือโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายเพื่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ระยะเวลา 9 สัปดาห์ เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม และแบบประเมินความสามารถในการทรงตัวด้วยแบบทดสอบ timed up and go test (TUG) ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ paired samples t-test, independent samples t-test, Wilcoxon (Matched paired) signed ranks test และ Mann-Whitney U test ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม (กลุ่มทดลอง: Mean=146.45, SD=6.10 กลุ่มควบคุม: Mean=128.86, SD=8.73) ค่ามัธยฐานคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม (กลุ่มทดลอง: Median=77, IQR=3.50) (กลุ่มควบคุม: Median=67, IQR=7.50) และค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทรงตัว (กลุ่มทดลอง: Mean=8.70, SD=1.46; กลุ่มควบคุม: Mean=9.95, SD=1.49) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และการประเมินความสามารถในการทรงตัวกลุ่มทดลองใช้เวลาน้อยกว่ากลุ่มควบคุม เห็นได้ว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มที่ดีขึ้น สามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุอื่นเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ; การพลัดตกหกล้ม; แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

วันรับ: 26 ม.ค. 2569

วันแก้ไข: 28 ก.พ. 2569

วันตอบรับ: 3 มี.ค. 2569

บทนำ

การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (falls in older adults) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก อันเป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของประชากรผู้สูงอายุ องค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่า ภายในปี พ.ศ. 2593 จะมีผู้สูงอายุทั่วโลกมากกว่า 2 พันล้านคน และจะเพิ่มเป็น 3 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2643 หรือคิดเป็นร้อยละ 30 ของประชากรโลกทั้งหมด⁽¹⁾ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า การพลัดตกหกล้มเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บโดยไม่เจตนาอันดับสองของโลก โดยมีผู้เสียชีวิตประมาณ 684,000 คนต่อปี และอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป⁽²⁾ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 28-35 ต่อปี และอัตราดังกล่าวจะเพิ่มเป็น ร้อยละ 32-42 ในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 70 ปี^(3,4) สำหรับประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) อย่างเป็นทางการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และคาดว่าจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (super-aged society) ในปี พ.ศ. 2578⁽⁵⁾ โดยในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุจำนวน 12.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.21⁽⁶⁾ ของประชากรทั้งหมด สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มภาวะปัญหาการหกล้มที่อาจเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การหกล้มไม่เพียงก่อให้เกิดการบาดเจ็บทางร่างกาย แต่ยังส่งผลต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการหกล้มที่รุนแรง เช่น การหักของกระดูกสะโพก มักนำไปสู่การต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานานโดยเฉลี่ยถึง 20 วัน⁽⁵⁾ และผลการศึกษาพบว่า เมื่อผู้สูงอายุเกิดกระดูกหักจากการหกล้ม ร้อยละ 20 ไม่สามารถกลับมาเดินได้อีกเลย และบางรายต้องใช้รถเข็นตลอดชีวิต⁽⁶⁾ ภาวะดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง เกิดภาวะพึ่งพิง สับสน เคลื่อนไหวลำบาก และมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา แม้ในกรณีที่มิได้รับบาดเจ็บรุนแรง ผู้สูงอายุก็มักเกิดความวิตกกังวล สูญเสียความมั่นใจ และกลัวการล้มซ้ำ ส่งผลให้ลดการทำกิจกรรมประจำวัน ซึ่งนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ลดลง นอกจากนี้การหกล้มยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

และเป็นภาระต่อครอบครัวทั้งในด้านการดูแลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล⁽⁷⁾ แนวทางที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการหกล้ม คือ การส่งเสริมสมรรถภาพร่างกาย และการทรงตัวของผู้สูงอายุผ่านการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงในการหกล้มได้ถึงร้อยละ 12 และลดจำนวนครั้งของการหกล้มได้ ร้อยละ 19⁽⁸⁾ โปรแกรมการออกกำลังกายควรคำนึงถึงความปลอดภัยและความเหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ เช่น การออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่มีแรงกระแทกต่ำ ใช้ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 20 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง⁽⁹⁾ นอกจากนี้การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ยังช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความเสี่ยงและประโยชน์ของการป้องกันการหกล้ม และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม^(10,11)

ในบริบทของจังหวัดตรังจัดอยู่ในลำดับต้นๆ ของประเทศที่มีอัตราการเสียชีวิตจากการหกล้มในผู้สูงอายุสูง โดยในปี พ.ศ. 2561 คิดเป็นร้อยละ 22.00⁽⁷⁾ ภาคใต้มีผู้สูงอายุจำนวน 1.44 ล้านคน และจังหวัดตรังมีผู้สูงอายุ 114,804 คน⁽¹²⁾ โดยเฉพาะอำเภอหนองพุดส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มจากการคัดกรองสูงถึง ร้อยละ 11.55 ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางป้องกันที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุประกอบด้วยปัจจัยทางร่างกาย เช่น ความเสื่อมของระบบการทรงตัว โรคประจำตัว และรวมถึงปัจจัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมสุขภาพ จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม จึงมีความสนใจในการพัฒนาโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมต่อการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม และความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถป้องกันการพลัดตกหกล้มและนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลนาโยง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.7 (2020) โดยเลือกใช้สถิติการทดสอบแบบ t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอิสระสองกลุ่ม (independent samples t-test) อ้างอิงจากผลการศึกษาของชมพูนุท ชีวะกุล⁽¹³⁾ ซึ่งพบว่า ค่าคะแนนพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่แตกต่างกัน ทำให้สามารถคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ได้เท่ากับ 0.9981 ดังนั้น ในการวิจัยนี้จึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพลในระดับสูง (large effect size) ที่ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 และอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80 จากการคำนวณพบว่า จำเป็นต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 คน และกลุ่มควบคุม 26 คน เพื่อป้องกันปัญหาการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างจากการติดตามหรือถอนตัว ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่ออำนาจการทดสอบ จึงได้มีการปรับเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 โดยใช้สูตรของหลักมันศรีสุทธียากร⁽¹⁴⁾ ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 58 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 29 คน และกลุ่มควบคุม 29 คน

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงพื้นที่ (purposive sampling) โดยกำหนดให้ประชากรในหมู่ที่ 4 เป็นกลุ่มทดลอง และหมู่ที่ 7 เป็นกลุ่มควบคุม โดยเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้สูงอายุเพศหญิงหรือชาย อายุระหว่าง 60-75 ปี มีประวัติการหกล้มภายในระยะเวลา 1 ปี สามารถเดินในระยะทาง 3 เมตร (timed up and go test) ใช้เวลาไม่เกิน 20 วินาที ไม่มีโรคภัยเรื้อรังหรือการเข้ารับการรักษาที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโครงการ ยินดีและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาโครงการ ฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ สำหรับเกณฑ์การคัดออก

ได้แก่ ไม่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม ย้ายที่อยู่ไปต่างจังหวัด เสียชีวิตระหว่างการวิจัย และไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker และ Maiman^(10,11) และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังใช้แบบฝึกการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความสามารถในการทรงตัวจากคลินิกผู้สูงอายุสุขภาพดี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์⁽¹⁵⁾ โดยมีรูปแบบกิจกรรม 3 ด้าน ได้แก่ กิจกรรมสร้างการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของการพลัดตกหกล้ม ประกอบด้วยการบรรยายพร้อมสื่อประกอบ และกิจกรรมสะท้อนความคิด เพื่อเชื่อมโยงพฤติกรรมของผู้สูงอายุกับความเสี่ยงของตนเอง รวมถึงการรับชมวิดีโอเกี่ยวกับผลกระทบจากการหกล้มในผู้สูงอายุ และการเรียนรู้จากตัวแบบที่เคยประสบเหตุ^(16,17) และกิจกรรมสร้างการรับรู้ประโยชน์และลดอุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการหกล้ม กิจกรรมนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ “กิจกรรม-เจอกับฉัน” เป็นการออกกำลังกายที่เน้นการเพิ่มความสามารถในการทรงตัวและกล้ามเนื้อ โดยเน้นการสาธิต การฝึกซ้อมร่วมกับคู่ และการให้สมุดบันทึกสำหรับฝึกที่บ้าน พร้อมมีการติดตามรายสัปดาห์ ต่อด้วยกิจกรรมจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย โดยให้วาดภาพบ้านของตน วิเคราะห์ความเสี่ยง และรับชมวิดีโอแนะนำการจัดบ้าน พร้อมรับคู่มือดูแลตนเอง และกิจกรรมห่วงใยใส่ใจพฤติกรรม (สิ่งชักนำในการปฏิบัติ) ติดตามการปฏิบัติตนและการออกกำลังกายที่บ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการสนับสนุนและส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม รวมทั้งให้คำแนะนำด้านสุขภาพและเสริมแรงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลด้านเพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ยาที่ใช้รักษาโรค ลักษณะที่อยู่อาศัย รูปแบบการอาศัย การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การมองเห็น การได้ยิน ปัญหาการ-

ทรงตัว ประวัติการหกล้ม (ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา) และการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยแบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบเติมคำลงในช่องว่าง และแบบตรวจสอบรายการ ผู้วิจัยได้จัดสร้างแบบสอบถามขึ้นเอง โดยอ้างอิงจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 41 ข้อ ประกอบด้วย (1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค จำนวน 10 ข้อ (2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 11 ข้อ (3) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค จำนวน 10 ข้อ และ (4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีข้อคำถามที่เป็นเชิงบวก จำนวน 32 ข้อ และมีข้อคำถามที่เป็นเชิงลบ จำนวน 9 ข้อ แบบประเมินฉบับนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากงานวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท⁽¹⁸⁾

แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม จำนวน 16 ข้อ ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เนื้อหาครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ การปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน การดูแลสุขภาพและการออกกำลังกาย การจัดสภาพแวดล้อมและการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เป็นอันตราย โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ต้องการเลือกตอบ แบบสอบถามฉบับนี้ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แบบประเมินความสามารถในการทรงตัว timed up and go test: (TUG) เป็นการประเมินการทรงตัวของผู้สูงอายุในขณะเคลื่อนไหวร่างกาย โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบประเมินของกรมอนามัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือแบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ความตรงเชิงเนื้อหา และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประเมินความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ

วัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) ซึ่งผลการประเมินพบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1.00

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ที่อาศัยอยู่ในหมู่ที่ 2 ตำบลนาโงย ซึ่งอยู่นอกพื้นที่ศึกษา โดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยสูตร Cronbach's alpha coefficient ผลการวิเคราะห์พบว่า แบบประเมินการรับรู้การป้องกันการพลัดตกหกล้ม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.885 แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.841 สำหรับแบบประเมินความสามารถในการทรงตัว (TUG) อ้างอิงจากฉบับดั้งเดิม พบว่ามีความเชื่อถือได้ในการวัดซ้ำ (test-retest reliability) และความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) อยู่ในระดับดีเยี่ยม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างผู้ประเมิน (ICC) อยู่ระหว่าง 0.95–0.99

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง โดยใช้แบบประเมินชุดเดียวกัน คือเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 9 สัปดาห์ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 (ใช้เวลา 3 ชั่วโมง) สร้างสัมพันธภาพและชี้แจงรายละเอียดการเข้าร่วมโปรแกรม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล pre-test ด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม และแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม และแบบประเมินความสามารถในการทรงตัว (TUG)

สัปดาห์ที่ 2 (ใช้เวลา 3 ชั่วโมง) กิจกรรม “รู้ไหม-ใครเสี่ยง” ให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มพร้อมกับสื่อใบความรู้ประกอบ ใช้วิธีการสะท้อนความคิดด้วยการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อชี้ให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของพฤติกรรมปัจจุบันกับโอกาสของการพลัดตกหกล้ม และการสร้างการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค ด้วยกิจกรรม “รู้ก่อนป้องกันได้ก่อน” โดยให้รับชมวิดีโอเกี่ยวกับความรุนแรงและผลกระทบ

สัปดาห์ที่ 3 (ใช้เวลา 3 ชั่วโมง) การสร้างการรับรู้ ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค (1) กิจกรรม “เธอกับฉัน” เป็นการออกกำลังกายเพิ่มความสามารถ ในการทรงตัว 5 ท่า ได้แก่ ทำยืนเขย่งส้นเท้า ยืนกระดก- ปลายเท้า ยืนนั่ง ยืนก้าวเท้าออกด้านข้าง-ย้ายสะโพก และ ทำยืนย่อ สำหรับท่าเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ 4 ท่า ได้แก่ ท่ายกแขนขึ้น-เหยียดลง กางแขน-หุบแขน กางแขน-แบะออก และท่างอศอก-เหยียดศอก (2) การจัด สภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยจากการหกล้ม ให้คำแนะนำ เรื่องของการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน และกิจกรรม การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการพลัดตก- หกล้ม ทำการสาธิตเรื่องการเปลี่ยนอิริยาบถและฝึกปฏิบัติ การทรงตัวโดยการลุก-นั่งเก้าอี้

สัปดาห์ที่ 4-8 (ใช้เวลา 1 ชั่วโมง) กิจกรรม “ห่วงใย ใส่ใจพฤติกรรม” เป็นปัจจัยสิ่งชักนำในการปฏิบัติ โดยมี การติดตามการออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่บ้าน เป็นเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

สัปดาห์ที่ 9 (ใช้เวลา 3 ชั่วโมง) post-test และอภิปราย ร่วมกับซักถามปัญหาการปฏิบัติพฤติกรรม

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 (ใช้เวลา 3 ชั่วโมง) สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงรายละเอียดการเข้าร่วมโปรแกรม เก็บรวบรวมข้อมูล pre-test ด้วยแบบสอบถามและแบบประเมินชุดเดียวกันกับ กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 4-8 มีกิจกรรมในการใช้ชีวิตประจำวันตามปกติ ไม่มีการให้โปรแกรมการฝึกหรือลักษณะกิจกรรมพิเศษใดๆ

สัปดาห์ที่ 9 (ใช้เวลา 3 ชั่วโมง) ให้ความรู้เรื่องการ ป้องกันการพลัดตกหกล้ม สอนวิธีการออกกำลังกายเพื่อเพิ่ม ความสามารถในการทรงตัวจำนวน 5 ท่า และเพิ่มความแข็งแรง ของกล้ามเนื้อจำนวน 4 ท่า ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัด สิ่งแวดล้อม และ post-test

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS สถิติที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา สำหรับอธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ประกอบด้วย chi-square test ใช้ในการทดสอบความคล้ายคลึงกันของข้อมูลทั่วไป

เพื่อให้มั่นใจว่าทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันและสามารถ เปรียบเทียบได้อย่างเท่าเทียม Shapiro-wilk test ทดสอบ การกระจายข้อมูล paired samples t-test ใช้เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการ พลัดตกหกล้มและความสามารถในการทรงตัว Wilcoxon Matched-paired signed ranks test ใช้เปรียบเทียบ ความแตกต่างของค่ามัธยฐานคะแนนพฤติกรรมก่อนและ หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง independent samples t-test ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการ ป้องกันการพลัดตกหกล้มและความสามารถในการ ทรงตัว และสถิติ Mann-Whitney U test ใช้เปรียบเทียบ ความแตกต่างค่าของค่ามัธยฐานคะแนนพฤติกรรม การป้องกันการพลัดตกหกล้มของกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมหลังการทดลอง

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัย- ในคน มหาวิทยาลัยทักษิณ COA No.TSU 2024_007, REC No.0002 ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนของการ วิจัยและได้ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจง วัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัย กิจกรรมที่ต้องปฏิบัติ ระหว่างการวิจัย และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมตัดสินใจเข้าร่วม ด้วยความสมัครใจทุกคน ในการขอความร่วมมือในการตอบ แบบสอบถามด้วยตนเองและเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะผลการวิจัยโดยรวม หากข้อมูลที่เป็น ความลับผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ตอบหรือปฏิเสธได้ และเมื่อ ผู้เข้าร่วมวิจัยยินดียินดีตอบรับแล้วยังสามารถยกเลิกการให้ ข้อมูลได้โดยไม่มีข้อแม้ใดๆ นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยจะบอก เลิกการเข้าร่วมเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการ ในโรงพยาบาลนาโยง และยังได้รับสิทธิ์การรักษาตามปกติ

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีจำนวน 58 คน แบ่งเป็นกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 29 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 86.2 และ 79.3 กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 67.38 สำหรับกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 67.34 ปี โดยกลุ่ม- ทดลองมีโรคประจำตัว ร้อยละ 79.3 กลุ่มควบคุม ร้อยละ

69.0 ในส่วนการมีปัญหาการทรงตัวในกลุ่มทดลอง ทำการทดสอบความคล้ายคลึงกันของข้อมูลทั่วไป พบว่า ร้อยละ 44.8 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 58.6 และกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั่วไปทุกรายการของทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน ทั้ง 2 กลุ่มมีประวัติการหกล้ม ร้อยละ 100 และได้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=58)

| ข้อมูลทั่วไป | กลุ่มทดลอง n=29 | กลุ่มควบคุม n=29 | value | df | p-value |
|-----------------------|------------------------|------------------------|-------|----|---------|
| อายุ: Mean±SD (ปี) | 67.38±3.49; (62-75) | 67.34±3.29; (62-73) | 0.091 | 2 | 0.955 |
| เพศ | | | 0.483 | 1 | 0.487 |
| ชาย | 4 (13.8) | 6(20.7) | | | |
| หญิง | 25 (86.3) | 23(79.3) | | | |
| อาชีพ | | | 0.186 | 3 | 0.614 |
| ทำสวน | 18(62.1) | 13(44.8) | | | |
| รับจ้างทั่วไป | 1(3.4) | 1(3.4) | | | |
| ธุรกิจส่วนตัว | 2(6.9) | 3(10.3) | | | |
| อื่นๆ | 8(27.6) | 12(41.4) | | | |
| ลักษณะที่อยู่อาศัย | | | 1.018 | 1 | 0.313 |
| บ้านชั้นเดียว | 29(100) | 28(96.6) | | | |
| บ้านสองชั้น | 0(0.0) | 1(3.4) | | | |
| บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย | | | 3.551 | 2 | 0.169 |
| อยู่คนเดียว | 6(20.7) | 2(6.9) | | | |
| ภรรยา/สามี | 10(34.5) | 16(55.2) | | | |
| บุตร/หลาน | 13(44.8) | 11(37.9) | | | |
| อื่นๆ | 0(0.0) | 0(0.0) | | | |
| การมองเห็น | | | 0.305 | 1 | 0.581 |
| ชัดเจน | 20(69.0) | 18(62.1) | | | |
| ไม่ชัดเจน (มัว) | 9(31.0) | 11(37.9) | | | |
| การได้ยิน | | | 0.132 | 1 | 0.717 |
| ชัดเจน | 25(86.2) | 24(82.8) | | | |
| ไม่ชัดเจน | 4(13.8) | 5(17.2) | | | |
| ปัญหาการทรงตัว | | | 1.105 | 1 | 0.293 |
| มี | 13(44.8) | 17(58.6) | | | |
| ไม่มี | 16(55.2) | 12(41.4) | | | |

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันการพลัดตกหกล้มรวมทั้ง 4 ด้านก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 117.62 และหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 146.44 ดังตารางที่ 2 และ

หลังการทดลองการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งรายด้านและรวมทั้ง 4 ด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 146.45 (SD=6.10) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 128.86 (SD=8.73) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 การรับรู้การป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n=29)

| ตัวแปรที่ศึกษา | n | Mean | SD | Mean difference | 95%CI | t | p-value |
|--|----|--------|-------|-----------------|-------------|-------|---------|
| การรับรู้การป้องกันการพลัดตกหกล้ม รวมทั้ง 4 ด้าน | | | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 29 | 117.62 | 11.09 | 28.82 | 24.09-33.57 | 12.46 | 0.000* |
| หลังทดลอง | 29 | 146.44 | 6.09 | | | | |

*มีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

ตารางที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (n=58)

| ตัวแปรที่ศึกษา | n | Mean | SD | Mean difference | 95%CI | t | p-value |
|---|----|--------|------|-----------------|---------------|-------|---------|
| การรับรู้ด้านสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้ม | | | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 29 | 35.24 | 1.60 | 4.59 | 3.11 - 6.06 | 6.217 | 0.000* |
| หลังทดลอง | 29 | 30.66 | 3.64 | | | | |
| การรับรู้ด้านความรุนแรงและผลกระทบของการพลัดตกหกล้ม | | | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 29 | 35.28 | 2.84 | 3.45 | 1.92 - 4.98 | 4.523 | 0.000* |
| หลังทดลอง | 29 | 31.82 | 2.96 | | | | |
| การรับรู้ด้านประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม | | | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 29 | 39.72 | 2.30 | 6.55 | 5.13 - 7.98 | 9.221 | 0.000* |
| หลังทดลอง | 29 | 33.17 | 3.06 | | | | |
| การรับรู้ด้านอุปสรรคในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม | | | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 29 | 36.21 | 2.09 | 3.00 | 1.02 - 4.98 | 3.042 | 0.004* |
| หลังทดลอง | 29 | 33.21 | 4.88 | | | | |
| การรับรู้การป้องกันการพลัดตกหกล้ม รวมทั้ง 4 ด้าน | | | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 29 | 146.45 | 6.10 | 17.59 | 13.62 - 21.55 | 8.891 | 0.000* |
| หลังทดลอง | 29 | 128.86 | 8.73 | | | | |

*มีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

พบว่า ค่ามัธยฐานคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มรวมทั้ง 4 ด้านของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 61.79 และหลังการทดลองเพิ่มขึ้น

เป็น 76.14 ดังตารางที่ 4 และหลังการทดลองพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งรายด้านและรวมทั้ง 4 ด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มทดลองที่ค่ามัธยฐานเท่ากับ 77 (Mean=76.14) และกลุ่มควบคุมมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 67 (Mean=66.34) ดังในตารางที่ 5

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n=29)

| ตัวแปรที่ศึกษา | n | Mean | SD | Median | IQR | z | p-value |
|---|----|-------|------|--------|------|--------|---------|
| พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม รวมทั้ง 4 ด้าน | | | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 29 | 61.79 | 5.58 | 61 | 5.50 | -5.199 | 0.000* |
| หลังทดลอง | 29 | 76.14 | 2.49 | 77 | 3.50 | | |

*มีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

ตารางที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง (n=58)

| ตัวแปรที่ศึกษา | n | Mean | SD | Mean rank | sum of ranks | IQR | z | p-value |
|---|----|-------|----|-----------|--------------|------|--------|---------|
| พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน | | | | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 29 | 19.48 | 20 | 40.19 | 1165.50 | 1.00 | -5.018 | 0.000* |
| หลังทดลอง | 29 | 16.69 | 17 | 18.81 | 545.50 | 3.00 | | |
| พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพ/การออกกำลังกาย | | | | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 29 | 27.79 | 28 | 40.03 | 1161.00 | 2.50 | -4.811 | 0.000* |
| หลังทดลอง | 29 | 24.83 | 25 | 18.97 | 550.00 | 2.50 | | |
| พฤติกรรมด้านการจัดสภาพแวดล้อม | | | | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 29 | 14.24 | 15 | 40.67 | 1179.50 | 2.00 | -5.176 | 0.000* |
| หลังทดลอง | 29 | 12.17 | 12 | 18.33 | 531.50 | 2.00 | | |
| พฤติกรรมด้านการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เป็นอันตราย | | | | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 29 | 14.62 | 15 | 39.07 | 1133.00 | 0.00 | -4.683 | 0.000* |
| หลังทดลอง | 29 | 12.66 | 12 | 19.93 | 578.00 | 2.00 | | |
| พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม รวมทั้ง 4 ด้าน | | | | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 29 | 76.14 | 77 | 43.17 | 1252.00 | 3.50 | -6.181 | 0.000* |
| หลังทดลอง | 29 | 66.34 | 67 | 15.83 | 459.00 | 7.50 | | |

*มีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทรงตัว

พบว่า ความสามารถในการทรงตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองใช้ระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 11.56 (SD=1.23) และหลังการทดลองใช้ระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 8.70 (SD=1.46) โดยหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระยะเวลาเฉลี่ยของ TUG ลดลงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองมีระยะเวลาเฉลี่ยของ TUG สูงกว่าก่อนการทดลอง ดังตารางที่ 6 และความสามารถในการทรงตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเวลาเฉลี่ยของการประเมินความสามารถในการทรงตัวของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง 8.70 วินาที (SD=1.46) และกลุ่มควบคุม 9.95 วินาที (SD=1.49) ดังตารางที่ 7

วิจารณ์

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม

พฤติกรรมการป้องกัน และความสามารถในการทรงตัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยที่คุณลักษณะพื้นฐานของทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันทุกปัจจัย สะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมที่บูรณาการแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกายตลอดระยะเวลา 9 สัปดาห์ โปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง การกระตุ้นการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงผ่านสื่อวิดีโอ การฝึกออกกำลังกายเพื่อเพิ่มการทรงตัว 5 ท่า และเสริมสร้างกล้ามเนื้อ 4 ท่า การฝึกเปลี่ยนอิริยาบถและลุก-นั่งอย่างปลอดภัย ตลอดจนการส่งเสริมให้ปรับสภาพแวดล้อมในบ้าน โดยมีการติดตามการออกกำลังกายที่บ้านและการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงอย่างชัดเจน ขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติพบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยของ TUG สูงกว่าก่อนการทดลอง ในด้านความสามารถในการทรงตัว การศึกษานี้ใช้แบบทดสอบ timed up and go test (TUG) ซึ่งเป็นการประเมินสมรรถภาพการเคลื่อนไหวเชิงหน้าที่และการทรงตัวแบบไดนามิก ครอบคลุมการลุกเดิน หมุนตัว และนั่งลง อันสะท้อนความแข็งแรงของ

ตารางที่ 6 ความสามารถในการทรงตัวของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n=29)

| ตัวแปร | n | Mean | SD | Mean difference | 95%CI | t | p-value |
|-------------------------------|----|-------|------|-----------------|-----------|-------|---------|
| timed up and go test (วินาที) | | | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 29 | 11.56 | 1.23 | 2.86 | 2.22-3.50 | 9.170 | 0.000* |
| หลังทดลอง | 29 | 8.70 | 1.46 | | | | |

*มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 7 ความสามารถในการทรงตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (n=58)

| ตัวแปร | n | Mean | SD | Mean difference | 95%CI | t | p-value |
|-------------------------------|----|------|------|-----------------|-------------|-------|---------|
| timed up and go test (วินาที) | | | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 29 | 8.70 | 1.46 | 1.25 | 0.48 - 2.03 | 3.228 | 0.000* |
| หลังทดลอง | 29 | 9.95 | 1.49 | | | | |

*มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

กล้ามเนื้อและการประสานงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ⁽¹⁹⁾ ซึ่ง TUG มีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นในระดับดีในการคัดกรองความเสี่ยงต่อการหกล้ม โดยค่ามากกว่า 13.5-14 วินาทีสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น⁽²⁰⁾ การที่ระยะเวลา TUG ของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญจึงสะท้อนการพัฒนาความสามารถในการทรงตัว และเมื่อเปรียบเทียบรูปแบบโปรแกรม พบว่าการศึกษานี้จัดกิจกรรมแบบเข้มข้นในช่วง 3 สัปดาห์แรก (ครั้งละ 3 ชั่วโมง) ซึ่งยาวกว่าหลายโปรแกรมในต่างประเทศที่มักใช้เวลา 45-60 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง เช่น otago exercise programme ที่เน้นการฝึกที่บ้านร่วมกับการติดตามโดยบุคลากรสุขภาพ และรายงานที่สามารถลดอัตราการหกล้มได้ร้อยละ 30-35⁽²¹⁾ อย่างไรก็ตาม หลักฐานจากการทบทวนอย่างเป็นระบบชี้ว่าโปรแกรมที่มีลักษณะการดำเนินการหลายองค์ประกอบ (multifactorial intervention) ซึ่งรวมการประเมินปัจจัยเสี่ยง การฝึกการทรงตัว และการปรับสิ่งแวดล้อมมีประสิทธิภาพสูงในระดับชุมชน⁽²²⁾ รูปแบบของการศึกษานี้แม้ใช้เวลาต่อครั้งค่อนข้างนาน แต่มีการจัดกิจกรรมเป็นช่วงสลับการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติ พร้อมการติดตามต่อเนื่อง

และการมีส่วนร่วมของครอบครัว อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัด ได้แก่ การดำเนินการในชุมชนแห่งเดียวและมีกลุ่มตัวอย่างจำนวนจำกัด ซึ่งอาจกระทบต่อการอ้างอิงผลในบริบทอื่น ในส่วนของระยะเวลาติดตามผล 9 สัปดาห์ยังไม่เพียงพอในการประเมินผลระยะยาว และไม่มีการติดตามอุบัติการณ์การหกล้มจริง จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการลดการหกล้มได้โดยตรง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรติดตามผลระยะยาว 3-6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมป้องกันการหกล้มและอุบัติการณ์การหกล้มจริงในผู้สูงอายุ
2. ควรประเมินผลลัพธ์หลายมิติ เช่น การทรงตัวเชิงสถิติ ความกลัวการหกล้ม คุณภาพชีวิต และสมรรถภาพทางกาย เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ของโปรแกรมอย่างครอบคลุม
3. ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยบูรณาการบทบาทของสมาชิกครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการติดตามและสนับสนุนการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population prospects 2022: summary of results. New York: United Nations; 2022.
2. World Health Organization. Falls [Internet]. 2023 [cited 2026 Feb 23]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
3. World Health Organization. Falls fact sheet [Internet]. 2018 [cited 2026 Feb 23]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
4. Cameron ID, Dyer SM, Panagoda CE, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, et al. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. Cochrane Database Syst Rev 2018;9(9):CD005465.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานประชากรผู้สูงอายุ พ.ศ. 2565. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2565.
6. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลประชากรสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 12 ปี 2565. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
7. กรมควบคุมโรค. รายงานสถิติการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บในผู้สูงอายุ พ.ศ. 2561. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
8. Sherrington C, Tiedemann A, Fairhall N, Close JCT, Lord SR. Exercise to prevent falls in older adults: an updated meta-analysis and best practice recommendations. N S W Public Health Bull 2011;22(3-4):78-83.
9. Liu CJ, Latham NK. Progressive resistance strength training for improving physical function in older adults. Cochrane Database Syst Rev 2009;(3):CD002759.
10. Becker MH, Maiman LA. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. Med Care 1975;13(1):10-24.
11. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. The health belief model. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior: Theory, research, and practice. 6th ed. San Francisco (CA): Jossey-Bass; 2022. p. 75-94.
12. โรงพยาบาลนาโยง. รายงานผลการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ เขตอำเภอนาโยง จังหวัดตรัง. ตรัง: โรงพยาบาลนาโยง; 2565.
13. ชมพูนุท ชีวะกุล. ผลของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2562.
14. หล้ามั้น ศรีสุทธยากร. การวิจัยทางสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: คลังนาวิทยาศาสตร์; 2553.
15. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. คลินิกผู้สูงอายุสุขภาพดี: คู่มือการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์; 2557.
16. กรมควบคุมโรค. แนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2561.
17. ชมพูนุท ชีวะกุล. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายโดยประยุกต์ใช้การออกกำลังกายแบบโทเทอร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมในการป้องกันการล้มในผู้สูงอายุ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2564.
18. สุทธิวรร เขตคาม. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา; 2560.
19. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "up & go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc 1991;39(2):142-8.
20. Shumway-Cook A, Brauer S, Woollacott M. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the timed up & go test. Phys Ther 2000;80(9):896-903.
21. Robertson MC, Campbell AJ, Gardner MM, Devlin N. Preventing injuries in older people by preventing falls: a meta-analysis of individual-level data. J Am Geriatr Soc 2001;49(7):905-11.
22. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev 2012;2012(9):CD007146.

The Effects of a Health Belief Model-Based Program Combined with Exercise on Fall Prevention among Older Adults

Thanwarat Phankhong¹, Chanikarn Sitthikarn¹, Saowanee Posakaboot¹, Piriyalux Phethuayluk¹, Pimolrat Suwanwela², Dujdown Onjuti²

¹Thaksin University, Phatthalung Campus, Phatthalung Province, Thailand

²Nayong Hospital, Nayong District, Trang Province, Thailand

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of a health belief model-based program combined with exercise in preventing falls among older adults. The participants consisted of 58 older adults aged 60–75 years who were at risk of falling and had a history of falls within the past year. They were equally divided into an experimental group and a control group, with 29 participants in each group. Participants were selected based on a pre-intervention assessment of balance ability. The intervention tool was a 9-week program based on the Health Belief Model combined with exercise, designed to prevent falls among older adults. Data were collected both before and after the intervention. The data collection tools included a general information questionnaire, a fall perception assessment, a fall prevention behavior questionnaire, and a balance assessment using the timed up and go test (TUG). The study was conducted from December 2023 to February 2024. Data were analyzed using descriptive statistics, and hypotheses were tested using the paired samples t-test, independent samples t-test, Wilcoxon (Matched paired) signed ranks test and the Mann-Whitney U test. The results revealed that, after the intervention, the experimental and control groups showed statistically significant differences at the 0.05 level in the mean scores of fall perception (experimental: Mean=146.45, SD=6.10; control: Mean=128.86, SD=8.73), the median scores of fall prevention behavior (experimental: Median=77, IQR=3.50) (control: Median=67, IQR=7.50) and the mean scores of balance ability (experimental: Mean=8.70, SD=1.46; control: Mean=9.95, SD=1.49). Furthermore, the experimental group demonstrated a shorter time in the balance assessment compared with the control group. These findings indicate that the developed program effectively enhanced fall-related perception and preventive behaviors among older adults. Therefore, this program can be implemented as a guideline for fall prevention among other older adult populations in order to improve their quality of life.

Keywords: older adults; fall; Health Belief Model

ผลกระทบจากการดำเนินธุรกิจของบริษัทอาหารแปรรูป ขั้นสูงในประเทศไทย

นนุช จินดารัตนาภรณ์, วีรภาคย์ ชำศิริพงษ์, สลักจิต ชื่นชม
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

บริษัทอาหารแปรรูปขั้นสูงขยายตัวอย่างรวดเร็วและกลายเป็นกลุ่มธุรกิจที่มีบทบาทสำคัญต่อทั้งเศรษฐกิจ นโยบาย-
สาธารณสุข และสุขภาพของประชาชนในประเทศไทย การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาผลกระทบจากการดำเนินธุรกิจ
ของบริษัทอาหาร ในประเทศไทย ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการวิจัยเอกสารจากแหล่งข้อมูลสาธารณะ ตั้งแต่วันที่ 1
มกราคม พ.ศ. 2562 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 และการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 30 คน วิเคราะห์ข้อมูล
ด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระ ผลการศึกษาพบว่า บริษัทอาหาร ใช้วิธีทางกฎหมายหรือข่มขู่ด้วยกฎหมายเพื่อให้
การวิพากษ์วิจารณ์จากนักวิชาการ สื่อมวลชน และภาคประชาสังคมลดลง การให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยและกิจกรรม-
วิชาการหรือทางวิทยาศาสตร์ในการวางกรอบหลักฐานทางวิชาการและการโต้แย้ง การทำการตลาดเพื่อส่งเสริมการซื้อและ
การบริโภคผลิตภัณฑ์ของตนเอง การควบคุมห่วงโซ่อุปทานที่มีผลกระทบต่อความไม่เป็นธรรมและความไม่เท่าเทียมระหว่าง
บริษัทอาหาร และผู้ผลิตภายใต้สัญญา ปัญหามลพิษและผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมจากการดำเนินธุรกิจ การละเมิด
สิทธิแรงงาน และการจำกัดการแข่งขันในตลาดด้วยการลอกเลียนแบบผลิตภัณฑ์ของผู้ประกอบการรายย่อยและ
การจดลิขสิทธิ์หรือลงทะเบียนสิทธิบัตรก่อนเจ้าของตัวจริง นอกจากนี้ บริษัทอาหาร ยังใช้ความสัมพันธ์กับองค์กรสื่อ
เพื่อหลีกเลี่ยงการนำเสนอข้อมูลด้านลบของบริษัท ดังนั้น การบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง
การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมในการติดตามตรวจสอบการดำเนินธุรกิจของบริษัทอาหาร และการดำเนิน
ธุรกิจอย่างโปร่งใสของบริษัทอาหาร เป็นปัจจัยสำคัญช่วยลดผลกระทบดังกล่าวได้

คำสำคัญ: ผลกระทบ; การดำเนินธุรกิจ; บริษัทอาหารแปรรูปขั้นสูง

วันรับ: 11 ม.ค. 2569

วันแก้ไข: 12 ก.พ. 2569

วันตอบรับ: 15 ก.พ. 2569

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากร
โลกประมาณ 41 ล้านคนต่อปี คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 74
ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก โดยร้อยละ 77 ของผู้เสียชีวิต
จากโรคกลุ่มนี้อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง
โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต
จากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมีผู้เสียชีวิตประมาณ 17.9 ล้านคน

ต่อปี รองลงมาคือ โรคมะเร็ง (9.3 ล้านคน) โรคระบบ-
ทางเดินหายใจเรื้อรัง (4.1 ล้านคน) และโรคเบาหวาน รวมถึง
โรคไตที่เกิดจากเบาหวานประมาณ 2 ล้านคนต่อปี⁽¹⁾
โรคเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม
และก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อความมั่นคงด้านสุขภาพทั้งใน
ระดับประเทศและระหว่างประเทศ⁽²⁾

บริษัทอาหารแปรรูปขั้นสูง เช่น อาหารจานด่วน ขนม-
ขบเคี้ยว ช็อกโกแลต ลูกอม ไอศกรีม ขนมปัง น้ำอัดลม

มีบทบาทสำคัญต่อความมั่นคงด้านสุขภาพและสุขภาวะของประชากรทั้งด้านบวกและลบ ในด้านบวกบริษัทอาหารสามารถส่งเสริมการเข้าถึงอาหารของประชาชนได้อย่างแพร่หลาย ด้วยราคาที่ย่อมเยาความสะดวกในการบริโภคและอายุการเก็บรักษาที่ยาวนาน ซึ่งอาจมีส่วนช่วยลดปัญหาภาวะทุพโภชนาการในกลุ่มประชากรได้⁽³⁾ ส่วนด้านลบผลิตภัณฑ์ของบริษัทอาหาร ส่วนใหญ่มีปริมาณน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็งในผู้ใหญ่ ตลอดจนมีความเชื่อมโยงกับกลุ่มอาการเมตาบอลิกในเด็กวัยรุ่น และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในเด็ก⁽⁴⁾

ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่าภาคธุรกิจหรือบริษัทเอกชน เช่น นมผง อาหารแปรรูป บุหรี่/ยาสูบ เครื่องดื่มรสหวาน และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ดำเนินธุรกิจ 7 กลยุทธ์ประกอบด้วย (1) กลยุทธ์ทางการเมือง ได้แก่ การเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบาย เช่น การล็อบบี้ (lobby) การเข้ามาเป็นคณะกรรมการหรือกรรมการผู้เชี่ยวชาญในการออกกฎหมาย การใช้การดำเนินการทางกฎหมาย (หรือการคุกคาม) ต่อนโยบายสาธารณะหรือฝ่ายตรงข้าม เช่น ในประเทศอังกฤษ องค์กรด้านสุขภาพรายงานถึงปัญหาการข่มขู่คุกคามต่อบุคคลหรือองค์กรที่เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับอุตสาหกรรมเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์⁽⁵⁾ การให้เงินสนับสนุนพรรคการเมือง นักการเมือง หรือผู้กำหนดนโยบาย⁽⁶⁻⁸⁾ (2) กลยุทธ์ด้านวิทยาศาสตร์ ได้แก่ การให้ทุนทำวิจัยและมีอิทธิพลต่อทุกขั้นตอนของกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ตั้งแต่การผลิตหลักฐานไปจนถึงการเผยแพร่และการใช้งานจากผลการศึกษา⁽⁸⁾ การใช้เทคโนโลยีในการแปรรูปอาหารและผลิตอาหาร และสามารถยืดเวลาการหมดอายุของอาหารเพื่อลดต้นทุนการผลิต⁽⁹⁾ (3) กลยุทธ์การตลาด ได้แก่ การโฆษณาสินค้า การส่งเสริมการขายด้วยการลดแลก แจกแถม การชิงโชค การใช้ผู้มีชื่อเสียงหรือตัวการ์ตูน และการเพิ่มจุดจำหน่ายผลิตภัณฑ์ให้มากขึ้น⁽⁸⁾ (4) กลยุทธ์ทางห่วงโซ่อุปทานและการจัดการของเสีย ได้แก่ การขยายหรือควบคุมการผลิตหรือต้นน้ำ เช่น การทำสัญญากับคู่ค้าเพื่อควบคุมการผลิตหรือควบคุมต้นทุนการผลิต การลงทุนในบริษัทย่อยเพื่อควบคุมการขายและการจัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์และใบอนุญาต การขยายและควบคุมกระบวนการ

ปลายน้ำ เช่น การเพิ่มขีดความสามารถในการผลิตในประเทศที่น่าสนใจ การลงทุนในผู้เล่นและกระบวนการเพื่อปรับปรุงระบบการจัดการในห่วงโซ่อุปทาน ความร่วมมือเชิงกลยุทธ์และข้อตกลงเพื่อปรับปรุงระบบการจัดการในห่วงโซ่อุปทาน และการทำลายสิ่งแวดล้อม เช่น ประเทศอินเดียพบว่าการดำเนินงานของโรงงานน้ำอัดลมก่อให้เกิดการปล่อยของเสียที่เป็นพิษและการปนเปื้อนในน้ำใต้ดิน ส่งผลกระทบต่อชุมชนท้องถิ่น⁽⁶⁾ (5) กลยุทธ์ทางแรงงานและการจ้างงาน ได้แก่ การทำให้กฎระเบียบของตลาดแรงงานอ่อนแอลง สัญญาจ้างด้วยวิธีค่าจ้าง การชดเชย หรือสิทธิในการลาไม่เพียงพอ ไม่เป็นธรรม การไม่สร้างช่องทางเพื่อเยียวยาผู้ประสบภัย/ปัญหา และสภาพแวดล้อมในที่ทำงานไม่ปลอดภัยและไม่ดีต่อสุขภาพ (6) กลยุทธ์การจัดการด้านการเงิน ได้แก่ การหนีหรือเลี่ยงภาษี การส่งเสริมสินเชื่อและหนี้ การควบรวมกิจการ การเข้าซื้อกิจการ และการซื้อกิจการ และการจำกัดการแข่งขันและกำจัดผลิตภัณฑ์ที่เหนือกว่าหรือดีต่อสุขภาพออกจากตลาด และ (7) กลยุทธ์การบริหารจัดการชื่อเสียง ได้แก่ การจัดกิจกรรมแสดงความรับผิดชอบต่อสังคม (corporate social responsibility; CSR) การประชาสัมพันธ์ เช่น บริษัทที่มีความสำคัญต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศ การจ้างงานกลุ่มเปราะบาง การสร้างความร่วมมือภาครัฐและเอกชน (public private partnerships; PPPs) และการสร้างความสัมพันธ์กับองค์กรสื่อ⁽⁸⁾ การดำเนินธุรกิจดังกล่าวเพื่อมุ่งแสวงหากำไร ความมั่งคั่ง และอำนาจให้แก่ธุรกิจของตน^(6,8,9) แต่กลับส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เช่น การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคติดต่อ และโรคระบาด รวมถึงการบาดเจ็บบนท้องถนน และจากอาวุธ ความรุนแรง และภาวะสุขภาพจิต^(10,11) ดังนั้น การดำเนินธุรกิจ 7 กลยุทธ์ของภาคธุรกิจหรือบริษัทเอกชน จึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในทุกประเทศ^(10,12)

ที่ผ่านมาประเทศไทยมีการศึกษาการดำเนินธุรกิจและผลกระทบจากการดำเนินธุรกิจของยาสูบ⁽¹³⁻¹⁵⁾ และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์⁽¹⁶⁾ และการดำเนินกิจกรรมทางการเมืองของบริษัทอาหาร⁽⁷⁾ อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวศึกษาดำเนินงานของธุรกิจไม่ครอบคลุมทั้ง 7 กลยุทธ์ และยังไม่พบการศึกษาผลกระทบจากการดำเนินธุรกิจของบริษัทอาหาร อีกทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินธุรกิจของบริษัทอาหาร ที่ส่งผลกระทบต่อคนไทยและสังคมไทยเป็นสิ่ง

จำเป็นและสำคัญ เพราะบริษัทอาหาร สามารถมีอิทธิพลต่อบรรทัดฐานและค่านิยมทางสังคม ระบบการเมืองและเศรษฐกิจ นโยบาย สภาพแวดล้อม รายได้ และพฤติกรรมของคนในสังคม⁽⁸⁾ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานั้นสามารถทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องแสวงหาแนวทางแก้ไขการดำเนินธุรกิจของบริษัทอาหารที่ส่งผลกระทบต่อสังคม และลดผลกระทบทางสุขภาพของประชากรที่อาจเกิดขึ้นได้จากการดำเนินธุรกิจของบริษัทอาหาร ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจผลกระทบจากการดำเนินธุรกิจของบริษัทอาหาร ในประเทศไทย

วิธีการศึกษา

รูปแบบแผนการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการวิจัยเอกสารและการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาผลกระทบจากการดำเนินธุรกิจของบริษัทอาหารแปรรูปขั้นสูงในประเทศไทย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกรณีศึกษา (case study) จากการดำเนินธุรกิจของบริษัทอาหารแปรรูปขั้นสูงในประเทศไทย การคัดเลือกกรณีศึกษาใช้การวิจัยเอกสารเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มบริษัทอาหารแปรรูปขั้นสูงที่มีความเหมาะสม โดยพิจารณาจาก (1) บริษัทและแบรนด์ทั้งบริษัทข้ามชาติและบริษัทของประเทศไทยที่มีการผลิตและจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มหลากหลายและมีส่วนแบ่งจากการขายและส่วนแบ่งการตลาดสูงสุด 5 ลำดับแรก เพราะสะท้อนยอดขายของผลิตภัณฑ์และเป็นตัววัดผลการดำเนินธุรกิจของบริษัท และแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการเข้าถึงผู้บริโภค จากฐานข้อมูล Euromonitor International Database เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566⁽¹⁷⁻²²⁾ และ (2) ข้อเสนอแนะจากคณะที่ปรึกษาของโครงการ ดังนั้น การศึกษานี้คัดเลือกบริษัทอาหารแปรรูปพิเศษใช้เกณฑ์ทั้ง 2 เกณฑ์

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การวิจัยเอกสาร

การทบทวนและวิเคราะห์เอกสารและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเอกสาร (inclusion criteria)

ได้แก่ (1) เอกสารที่เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมอาหารและเครื่องดื่มหรือบริษัทอาหารแปรรูปขั้นสูง (2) เอกสารที่กล่าวถึงการดำเนินงาน กลยุทธ์ หรือผลกระทบของบริษัทต่อด้านนโยบาย สังคม สิ่งแวดล้อม หรือเศรษฐกิจ และ (3) เอกสารที่เผยแพร่ในรายงานทางวิชาการ รายงานองค์กรหรือแหล่งข้อมูลสาธารณะ เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ เอกสารที่ไม่เกี่ยวข้องกับบริบทของประเทศไทย เอกสารที่ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานของบริษัทอาหาร หรือเอกสารที่มีข้อมูลซ้ำซ้อนกับแหล่งข้อมูลอื่น ทีมวิจัยสืบค้นแหล่งข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของบริษัท (ทั้งในประเทศและต่างประเทศ) เว็บไซต์ขององค์กรเอกชน เช่น สมาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย สภาอุตสาหกรรม-เครื่องดื่มไทย พรรคการเมือง ฐานข้อมูลห้องสมุดมหาวิทยาลัยใหญ่ในประเทศไทย เช่น มหาวิทยาลัยมหิดล ฐานข้อมูลหนังสือพิมพ์ (เช่น ข้อมูลข่าว News Center X; NCX) ฐานข้อมูลข่าวออนไลน์แบบเรียลไทม์ ครอบคลุมหนังสือพิมพ์และนิตยสารทั้งในประเทศและต่างประเทศ รวมถึงสื่อออนไลน์ แหล่งข้อมูลจากบริษัทจดทะเบียนจากตลาดหลักทรัพย์) บทความวิชาการที่ได้รับการตีพิมพ์ทั้งในระดับชาติและนานาชาติ เว็บไซต์และสื่อสิ่งพิมพ์ขององค์กรภาครัฐ เช่น กระทรวงและกรม เว็บไซต์ขององค์กรภาครัฐที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงการคลัง กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงแรงงาน สภานิติบัญญัติ สภาผู้แทนราษฎร วุฒิสภา สรุปรายงานการประชุมกรมการคณะต่างๆ และโซเชียลมีเดีย เช่น เฟซบุ๊ก เว็บไซต์องค์กรไม่แสวงผลกำไร เช่น เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน ศูนย์วิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค สมาคมเครือข่าย-โรคไม่ติดต่อไทย) เว็บไซต์นิตยสารเกี่ยวกับการตลาด เช่น Position, Marketing Oops, Marketeer และ Brand Buffet เพื่อเข้าถึงประเภทของข้อมูลหรือเอกสารที่นำมาวิเคราะห์กลยุทธ์ เช่น รายงานประจำปี ข่าว รายงานการประชุม โดยสืบค้นข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น (keywords) ได้แก่ ชื่อบริษัทอาหาร ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ผลกระทบกลยุทธ์การดำเนินงาน/ธุรกิจ การเมือง การวิจัย การตลาด

ห่วงโซ่อุปทาน การจัดการของเสีย แรงงาน การจ้างงาน การเงิน ภาษี การแสดงความรับผิดชอบต่อสังคม

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก

การคัดเลือกผู้มีส่วนเกี่ยวข้องแบบเจาะจง (purposive sampling) ใช้หลักเกณฑ์พิจารณา 3 เกณฑ์ จาก (1) การใช้ข้อมูลผลการศึกษาวิจัยเอกสาร (2) การสุ่มตัวอย่างแบบอ้างอิงด้วยบุคคลและผู้เชี่ยวชาญ (snowball sampling) ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์หรือบทบาทที่เกี่ยวข้องกับประเด็นอุตสาหกรรมอาหารและนโยบายสาธารณะ เช่น ผู้ที่ทำงานด้านนโยบายอาหารและโภชนาการ นักวิชาการ ผู้แทนองค์กรภาคประชาสังคม หรือผู้ที่มีประสบการณ์ในการติดตามหรือวิเคราะห์บทบาทของอุตสาหกรรมอาหาร ไม่น้อยกว่า 5 ปี และ (3) คำแนะนำของที่ปรึกษาโครงการนี้ ทีมวิจัยสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 30 คน ได้แก่ ผู้แทนจากภาคการเมือง จำนวน 3 คน ภาครัฐ จำนวน 7 คน ภาควิชาการ จำนวน 4 คน แบ่งเป็นภาควิชาการของภาครัฐ 3 คน และภาควิชาการของภาคเอกชน 1 คน ภาคประชาสังคม จำนวน 7 คน ภาคสื่อมวลชน จำนวน 2 คน สมาคมจากการรวมตัวของกลุ่มบริษัทอาหาร จำนวน 2 คน และบริษัทอาหาร จำนวน 5 คน แบ่งเป็นพนักงานของบริษัทอาหาร ข้ามชาติขนาดใหญ่ จำนวน 2 คน บริษัทอาหารของประเทศไทยขนาดใหญ่ 2 คน และบริษัทอาหารของประเทศไทยขนาดเล็ก 1 คน

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในบทความนี้ ได้แก่ (1) ตารางการสังเคราะห์ (synthesis matrix) เพื่อใช้ในการวิเคราะห์เนื้อหาที่เกี่ยวข้องซึ่งมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบจากการดำเนินธุรกิจของบริษัทอาหาร 7 กลยุทธ์ ประกอบด้วย กลยุทธ์ทางการเมือง กลยุทธ์ทางวิทยาศาสตร์ กลยุทธ์ทางการตลาด กลยุทธ์ทางห่วงโซ่อุปทานและการจัดการของเสีย กลยุทธ์ทางแรงงานและการจ้างงาน กลยุทธ์ทางการจัดการด้านการเงิน และ กลยุทธ์ทางการบริหารจัดการชื่อเสียง^(8,23) และ (2) แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเกี่ยวกับประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบจากการดำเนินธุรกิจของบริษัทอาหาร 7 กลยุทธ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การพัฒนาตารางการสังเคราะห์และแบบสัมภาษณ์

แบบมีโครงสร้างเกี่ยวกับผลกระทบจากการดำเนินธุรกิจของบริษัทอาหาร ใช้การประชุมที่ปรึกษาโครงการวิจัยจำนวน 2 ครั้ง เพื่อให้ที่ปรึกษาโครงการวิจัยให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงตารางการสังเคราะห์และแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง จากนั้นทีมวิจัยนำแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างไปสัมภาษณ์กับบุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อตรวจสอบความเข้าใจและความชัดเจนของคำถาม รวมทั้งความเหมาะสมของแบบสัมภาษณ์กับกลุ่มเป้าหมาย อันนำไปสู่ปรับปรุงแก้ไขแบบสัมภาษณ์ให้มีความถูกต้องและมีความน่าเชื่อถือก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ทีมวิจัยใช้หลักการในลักษณะการตรวจสอบสามเส้าที่วางหลักไว้ว่าประเด็นเดียวกันที่ต้องการค้นหาหากรวบรวมข้อมูลจากต่างวิธีกัน (difference method) รวบรวมข้อมูลจากต่างเวลา (difference time) รวบรวมข้อมูลจากต่างสถานที่ (difference place) และรวบรวมข้อมูลจากผู้รู้จริง (difference key informant/person) เมื่อได้ข้อมูลคล้ายกัน แสดงว่าข้อมูลนั้นหนึ่งแล้ว เชื่อถือได้แล้ว เพราะข้อมูลมีความจำเริญและความซ้าซึกที่เป็นการยืนยันว่ามีความเป็นจริง สามารถนำมาใช้วิเคราะห์ได้ และทีมวิจัยถอดเทปสัมภาษณ์คำต่อคำ (verbatim)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) เพื่อจำแนกและจัดข้อมูลเข้าแก่นสาระ คือ ผลกระทบจากการดำเนินธุรกิจของบริษัทอาหารแปรรูปขั้นสูง 7 กลยุทธ์ของการดำเนินธุรกิจ นักวิจัยสามคนดำเนินงานวิเคราะห์ข้อมูลด้วยกระบวนการสองขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 นักวิจัยคนแรกและคนที่ 2 วิเคราะห์เอกสารและข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งหมดอย่างเป็นอิสระ ขั้นตอนที่ 2 นำเสนอผลการจัดแก่นสาระของนักวิจัยทั้งสองคน หากพบความแตกต่างบางอย่างในการจัดแก่นสาระระหว่างนักวิจัยทั้งสองนี้ นักวิจัยคนที่ 3 เข้ามาตรวจสอบ อภิปรายข้อค้นพบร่วมกัน และสรุปให้มีการแก้ไขตามฉันทามติระหว่างนักวิจัยทั้งสามคน

การได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการการศึกษาปัจจัยทางการค้าที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ: กลยุทธ์การดำเนินธุรกิจของกลุ่มบริษัทอาหารแปรรูปพิเศษ ผ่านการพิจารณาคณะกรรมการการวิจัยในคน สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (COA. เลขที่ 2024/08-060)

ผลการศึกษา

การศึกษานี้คัดเลือกบริษัทอาหารแปรรูปชั้นสูงจำนวน 15 บริษัท ทั้งบริษัทข้ามชาติและบริษัทของประเทศไทย ซึ่งครอบคลุมธุรกิจอาหารและเครื่องดื่มหลายประเภท รายละเอียดของบริษัทที่ศึกษาดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รายละเอียดบริษัทอาหารแปรรูปชั้นสูง จำนวน 15 บริษัท

| รหัสบริษัท | ประเภทธุรกิจหลัก | อาหารแปรรูปพิเศษและเครื่องดื่มที่ครอบคลุม | รายละเอียด |
|------------|----------------------------------|--|--|
| UPF1 | สินค้าอุปโภคบริโภค | มาร์การีน ซอสสำเร็จรูป อาหารแช่แข็ง | บริษัทข้ามชาติจากยุโรป ผู้นำตลาดในหลายหมวดหมู่สินค้า |
| UPF2 | เกษตรอุตสาหกรรมและอาหาร | ไส้กรอก นักเก็ต อาหารพร้อมรับประทาน | ผู้นำธุรกิจอาหารไทยครบวงจรตั้งแต่ต้นน้ำถึงปลายน้ำ |
| UPF3 | เครื่องดื่ม | เบียร์ ขนมอบเคี้ยว เครื่องดื่มที่มีรสหวาน | ผู้นำตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย |
| UPF4 | เครื่องดื่ม | น้ำอัดลม เครื่องดื่มที่มีรสหวาน ชาพร้อมดื่ม ขนมอบเคี้ยว | บริษัทร่วมทุนด้านเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ |
| UPF5 | เครื่องดื่ม | เบียร์ ขนมอบเคี้ยว เครื่องดื่มชูกำลัง เครื่องดื่มที่มีรสหวาน | ผู้ผลิตเบียร์จากประเทศไทย |
| UPF6 | สินค้าอุปโภคบริโภค | บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ขนมอบเคี้ยว | ผู้นำตลาดบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปที่มีเครือข่ายการจัดจำหน่ายครอบคลุมทั่วประเทศ |
| UPF7 | อาหารและเครื่องดื่ม | อาหารเช้า ผลิตภัณฑ์นม อาหารเด็กสำเร็จรูป กาแฟ | บริษัทข้ามชาติจากสวีตเซอร์แลนด์ ด้านอาหารและโภชนาการครบวงจร |
| UPF8 | เครื่องดื่มและสินค้าอุปโภคบริโภค | เครื่องดื่มชูกำลัง เครื่องดื่มที่มีรสหวาน | ผู้นำผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มชูกำลังจากประเทศไทย |
| UPF9 | เครื่องดื่ม | น้ำอัดลม เครื่องดื่มที่มีรสหวาน | บริษัทน้ำอัดลมจากสหรัฐอเมริกา |
| UPF10 | ขนมอบเคี้ยว | ขนมอบเคี้ยว เครื่องดื่มที่มีรสหวาน | บริษัทไทยที่เป็นผู้นำด้านขนมอบเคี้ยวที่ให้พลังงานต่ำ ดึงดูดผู้บริโภคกลุ่มวัยรุ่นเป็นหลัก |

ตารางที่ 1 รายละเอียดบริษัทอาหารแปรรูปชั้นสูง จำนวน 15 บริษัท (ต่อ)

| รหัสบริษัท | ประเภทธุรกิจหลัก | อาหารแปรรูปพิเศษและเครื่องดื่มที่ครอบคลุม | รายละเอียด |
|------------|----------------------|---|--|
| UPF11 | ขนมขบเคี้ยว | บิสกิต คุกกี้ ลูกอม | บริษัทบิสกิตและลูกอมสัญชาติฟิลิปปินส์ |
| UPF12 | ร้านอาหาร | ไก่ทอด เบอร์เกอร์ เฟรนช์ฟรายส์ | บริษัทแฟรนไชส์ร้านอาหารจานด่วนจากสหรัฐอเมริกา |
| UPF13 | เครื่องดื่ม | เครื่องดื่มชูกำลัง เครื่องดื่มที่มีรสหวาน ขนมขบเคี้ยว | ผู้ผลิตเครื่องดื่มชูกำลังชื่อดังระดับโลก |
| UPF14 | ธุรกิจบริการและอาหาร | ไก่ทอด เบอร์เกอร์ เฟรนช์ฟรายส์ | กลุ่มธุรกิจบริการจากไทยที่ดำเนินกิจการโรงแรม ร้านอาหาร และแบรนด์ไลฟ์สไตล์ทั่วโลก |
| UPF15 | เครื่องดื่ม | บิสกิต คุกกี้ ลูกอม | ผู้ผลิตเครื่องดื่มเจลลี่และน้ำผลไม้พร้อมดื่มสำหรับเด็กและวัยรุ่นในตลาดท้องถิ่น |

ข้อมูลจากการวิจัยเอกสารและการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลักพบว่า กลุ่มบริษัทอาหาร ทั้งที่เป็นของประเทศไทยและข้ามชาติดำเนินธุรกิจ 7 กลุ่มธุรกิจ มีผลกระทบต่อประชาชนดังนี้

1. กลยุทธ์ทางการเมือง

กลยุทธ์ทางการเมืองของบริษัทอาหาร เกี่ยวกับการใช้การดำเนินการทางกฎหมายหรือการคุกคามต่อนโยบายสาธารณะหรือฝ่ายตรงข้าม (ดำเนินคดีหรือขู่ว่าจะดำเนินคดีกับรัฐบาล องค์กร หรือบุคคล) ผลการวิจัยเอกสารและการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักจากภาควิชาการ ภาคสื่อ-มวลชน และภาคประชาสังคม พบว่า บริษัทอาหาร ที่เป็นของประเทศไทยและข้ามชาติใช้การดำเนินการทางกฎหมายและการคุกคามต่อองค์กรและบุคคลที่เป็นฝ่ายตรงข้ามเปิดเผยข้อมูลการดำเนินงานของบริษัทอาหาร ที่ขัดต่อนโยบายด้านอาหารและโภชนาการ การเกษตร สิ่งแวดล้อม และแรงงานที่ดี ด้วยการข่มขู่ว่าจะฟ้องร้องหรือฟ้องร้องและดำเนินคดีกับนักวิชาการ องค์กรไม่แสวงหาผลกำไร และสื่อสังคมออนไลน์

การดำเนินการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็น บริษัทอาหาร มีการข่มขู่ฟ้องคดีต่อสื่อมวลชนหรือสื่อสังคมออนไลน์ นักวิชาการ หรือภาค-

ประชาสังคม เรียกว่า การฟ้องปิดปาก (strategic lawsuit against public participation; SLAPP) หรือการนำเอากระบวนการยุติธรรมมาใช้เป็นเครื่องมือในการคุกคาม (judicial harassment) เพื่อไม่ให้ประชาชนและกลุ่มหรือองค์กรต่างๆ เข้าไปมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและปกป้องประโยชน์สาธารณะจากกิจกรรมหรือกิจการต่างๆ โดยอาจมีรูปแบบการฟ้อง ทั้งทางอาญา ทางแพ่ง ทางวินัย หรือทางปกครอง ซึ่งไม่ว่าจะเป็นการฟ้องรูปแบบใดก็ล้วนแต่มุ่งเน้นให้ผู้ถูกฟ้องได้รับโทษทางกฎหมาย ที่จะนำไปสู่การสูญเสียสิ่งต่างๆ มากมาย ทั้งเวลา เงิน และสุขภาพจิต ซึ่งอาจทำให้เกิดบรรยากาศของความหวาดกลัว (chilling effect) และลดทอนเสรีภาพในการแสดงออกและยับยั้งการให้ข้อมูลแก่สาธารณะชน ดังตัวอย่างกรณีที่สื่อออนไลน์รายหนึ่งมีการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพของพนักงานในบริษัทย่อยของบริษัทอาหาร ขนาดใหญ่แห่งหนึ่งของประเทศไทย ซึ่งต้องปรับเนื้อหาและลบข้อมูลบางส่วนออกไปภายหลัง ซึ่งสะท้อนถึงการใช้กลไกทางกฎหมายในการระงับข้อมูลข่าวสารบางประเภท

2. กลยุทธ์ด้านวิทยาศาสตร์

ผลการวิจัยเอกสารและการสัมภาษณ์จากผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคประชาสังคมเกี่ยวกับการ

ดำเนินกลยุทธ์ด้านวิทยาศาสตร์ของบริษัทอาหาร การวางกรอบหลักฐานทางวิชาการและการโต้แย้งด้วยการให้ทุน-วิจัยทั้งทางวิชาการ สถาบันวิจัย และกลุ่มองค์กรหน้าฉาก รวมทั้งการให้ทุนสนับสนุนการเข้าร่วมประชุมวิชาการระดับนานาชาติแก่นักวิชาการหรือบุคลากรทางการแพทย์ พบว่าการให้ทุนดังกล่าว ทำให้ผลการวิจัยเอนเอียงไปในทิศทางที่เอื้อประโยชน์ต่อบริษัทอาหาร และการให้ทุนสนับสนุนการเข้าร่วมประชุมในระดับนานาชาติหรือศึกษาดูงาน-ในต่างประเทศ ทำให้กลุ่มบุคคลที่ได้รับทุน ออกมาได้แย้งในนามของสมาคมวิชาชีพต่างๆ ต่อนโยบายหรือมาตรการของหน่วยงานภาครัฐ และสนับสนุนนโยบายที่เอื้อต่อบริษัทอาหาร

การวิจัยเอกสารการดำเนินกลยุทธ์ด้านวิทยาศาสตร์ของบริษัทอาหารด้านการวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์ โดยการใช้เทคโนโลยีในการแปรรูปอาหารและผลิตอาหาร และสามารถยืดเวลาการหมดอายุของอาหาร เพื่อลดต้นทุนการผลิต สารเคมีที่ทำให้ดีตรสชาติ หรือมีความเสี่ยงต่อสุขภาพ พบว่า กลุ่มบริษัทอาหาร ทั้งที่เป็นของไทยและข้ามชาติ ใช้สารเคมีที่ทำให้ดีตรสชาติหรือมีความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น เครื่องปรุงรสแบบซูปก้อนใช้มอโนโซเดียม-แอล-กลูตาเมต หรือผงชูรส ในขณะที่เครื่องดื่มรสหวานและน้ำอัดลมใช้สารให้ความหวานแทนน้ำตาล ได้แก่ ซูคราโลสและแอสซัลเฟมโพแทสเซียม และสารกาเฟอีน ซึ่งข้อมูลวิชาการระบุว่า การใช้สารดังกล่าวมีความเสี่ยงต่อการเสพติดและสุขภาพได้ เช่น ข้อมูลจากงานวิจัยพบว่า ซูคราโลส (sucralose) ซึ่งเป็นสารให้ความหวานแทนน้ำตาล เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะถูกย่อยและเปลี่ยนเป็นสารหลายชนิด หนึ่งในนั้นคือ ซูคราโลส-ซิกซ์-อะซิเตต (sucralose-6-acetate) เป็นสารที่ละลายในไขมัน และอาจ (1) ทำลายดีเอ็นเอ สารนี้มีฤทธิ์ทำให้ดีเอ็นเอในเซลล์เสียหายหรือแตกหัก ซึ่งถ้าร่างกายซ่อมแซมไม่สมบูรณ์ อาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็ง (2) ทำให้เกิดลำไส้รั่ว (leaky gut) สารนี้อาจทำให้ผนังลำไส้เสียสมดุล ทำให้ของเสียที่ควรขับถ่ายกลับดูดซึมเข้ากระแสเลือด เป็นปัญหาต่อสุขภาพในระยะยาว และ (3) ทำให้เกิดความเครียดในระดับเซลล์ (oxidative stress) เมื่อเซลล์ผนังลำไส้สัมผัสกับสารนี้จะมีอนุมูลอิสระเกิดขึ้นมากเกินไป จะทำลายเซลล์ต่างๆ และเกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่

เบาหวาน โรคหลอดเลือดและหัวใจ และความดันโลหิตสูง

นอกจากนี้ ผลิตภัณฑ์ของบริษัทอาหาร ออกแบบมาให้มีรสชาติที่ถูกปากของผู้บริโภค เนื้อสัมผัสดีเป็นพิเศษ เช่น กรอบ นุ่มฟู ฉ่ำ แต่งสีเติมกลิ่น ให้อาหารน่ากินยิ่งขึ้น ย่อยง่าย ดูดซึมไว ทำให้พลังงานเข้าสู่ร่างกายเร็ว จนร่างกายหลงคิดว่าเป็นแหล่งพลังงานที่ดีและส่งผลให้สมองอยากกินเพิ่ม เมื่อบริโภคผลิตภัณฑ์เหล่านี้ไม่เพียงแต่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเพิ่มน้ำหนักตัว ยังทำลายร่างกายของมนุษย์และเพิ่มความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเกี่ยวกับระบบเผาผลาญ และภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงของโรคเหล่านี้จะเพิ่มสูงขึ้นตามปริมาณการบริโภคอาหารเหล่านี้เข้าไปโดยไม่เกี่ยวข้องกับน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น ในขณะที่คนที่บริโภคอาหารเหล่านี้แล้วน้ำหนักตัวไม่เพิ่มขึ้น ยังมีความเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อม และโรคลำไส้อักเสบเรื้อรังมากขึ้นด้วย

3. กลยุทธ์การตลาด

กลยุทธ์การตลาดของบริษัทอาหาร ใช้ผู้มีชื่อเสียงการออกแบบบรรจุภัณฑ์ (เช่น ใช้ภาพการ์ตูน คนดัง อาหารสถานที่ท่องเที่ยว) และการเพิ่มจุดจำหน่ายผลิตภัณฑ์ ทั้งออฟไลน์และออนไลน์ จากงานวิจัยเอกสารพบว่า การจัดกิจกรรมไลฟ์สดด้วยการใช้ผู้มีชื่อเสียงเป็นผู้แสดงแบบบรรจุภัณฑ์ที่ปรากฏภาพผู้มีชื่อเสียง และการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ช่องทางออนไลน์ มีผลต่อการซื้อผลิตภัณฑ์ของผู้บริโภค นอกจากนี้ การวิจัยเอกสารเกี่ยวกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เชิงอภิมานของผลกระทบการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพ พบว่า การตลาดอาหารมีความเกี่ยวข้องกับการบริโภค การเลือก ความชอบ และความต้องการซื้อที่เพิ่มขึ้นในเด็กและวัยรุ่น

ในขณะที่การศึกษาผลกระทบการตลาดอาหารในประเทศไทย ระบุว่า เด็กไทยอายุ 10-18 ปี ที่พบเห็นการใช้คนดังหรือ influencer การส่งเสริมการขายหรือการสนับสนุนที่โรงเรียนของพวกเขา การใช้พนักงานขายในซูเปอร์มาร์เก็ต และบรรจุภัณฑ์อาหารแสดงตัวการ์ตูนเด็ก มีแนวโน้มชอบ ซื้อ และบริโภคอาหารที่ทำการตลาดมากขึ้น เมื่อเทียบกับเด็กที่ไม่ได้พบเห็นการตลาดเหล่านี้ ยกตัวอย่างเช่น เด็กที่พบเห็นคนดังเป็นผู้แสดงแบบ มีแนวโน้มที่จะชอบอาหารดังกล่าวมากขึ้นประมาณร้อยละ 23 และร้อยละ 22

มีแนวโน้มที่จะซื้อหรือร้องขอให้ผู้ปกครองซื้อและบริโภคอาหารดังกล่าว เด็กที่พบเห็นบรรจุภัณฑ์อาหารแสดงตัวการ์ตูน มีแนวโน้มที่จะชอบอาหารดังกล่าวมากขึ้นประมาณร้อยละ 26 และร้อยละ 19 มีแนวโน้มที่จะซื้อหรือร้องขอให้ผู้ปกครองซื้ออาหารดังกล่าวมากขึ้น และเด็กที่พบเห็นการลดราคา ร้อยละ 33 มีแนวโน้มบริโภคอาหารดังกล่าวเพิ่มขึ้น

บริษัทอาหาร ใช้การชิงโชคชิงรางวัล ซึ่งก่อให้เกิดการเสพติดและมีผลต่อสมอง การชิงโชคสามารถกระตุ้นระบบให้รางวัลซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการเรียนรู้และสร้างแรงจูงใจ เมื่อทำกิจกรรมที่ให้ผลตอบแทนที่น่าพึงพอใจ ระบบนี้จะปล่อยสารเคมีที่ชื่อว่า dopamine ซึ่งทำให้รู้สึกมีความสุข และต้องการทำกิจกรรมนั้นซ้ำอีก เมื่อเราชนะหรือเป็นผู้โชคดีที่ได้รับรางวัลหรือได้รับผลตอบแทนจากการลงทุน (ซื้อสินค้า ส่งชิงโชค แล้วได้รับรางวัล) สมองจะหลั่งโดพามีนออกมา ทำให้รู้สึกดีและต้องการเสี่ยงโชคอีก อย่างไรก็ตาม ความพิเศษของกิจกรรมนี้ คือ ผลลัพธ์ที่ไม่แน่นอน ทำให้สมองไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะได้รับรางวัลเมื่อไร จึงทำให้สมองอยู่ในภาวะตื่นตัวและหลั่งโดพามีนออกมาอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าเราจะไม่ได้ชนะทุกครั้ง แต่ความหวังว่าจะชนะในครั้งต่อไป จะทำให้ติดอยู่กับวงจรของการชิงโชคต่อไป เมื่อเสพติดการชิงโชค จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการทำงานของสมองในระยะยาว โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์ การตัดสินใจ และการยับยั้งชั่งใจ ซึ่งอาจทำให้มีความต้องการในการเสี่ยงโชคมากขึ้นเรื่อยๆ เพื่อให้ได้ความรู้สึกตื่นเต้นแบบเดิมไม่สามารถควบคุมตัวเองให้หยุดเล่นได้ และมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวล

4. กลยุทธ์ทางห่วงโซ่อุปทานและการจัดการของเสีย

กลยุทธ์ทางห่วงโซ่อุปทานของบริษัทอาหาร คือ การขยายหรือควบคุมผู้ผลิตด้วยการทำสัญญากับผู้ค้า เพื่อควบคุมการผลิตหรือควบคุมต้นทุนการผลิต ผลการวิจัยเอกสารและการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักจากภาคประชาสังคมพบว่า การดำเนินงานดังกล่าวส่งผลกระทบต่อความไม่เป็นธรรมและความไม่เท่าเทียมระหว่างบริษัทอาหารและผู้ผลิตภายใต้สัญญา เช่น การขาดอำนาจในการต่อรอง การก่อกองหรือสร้างหนี้สินให้เกษตรกร และยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ผลิตภายใต้สัญญา เช่น

ภาวะเครียดและวิตกกังวล ความหวาดกลัว

ผลการวิจัยเอกสารการดำเนินกลยุทธ์ทางห่วงโซ่อุปทานของบริษัทอาหาร ด้วยการขยายและควบคุมกระบวนการปลายน้ำเกี่ยวกับการเพิ่มขีดความสามารถในการผลิตในประเทศที่น่าสนใจ พบว่าบริษัทอาหาร ที่เป็นของประเทศไทยได้ขยายไปประเทศเพื่อนบ้าน แต่การดำเนินธุรกิจดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมด้านมลพิษทางอากาศของประเทศไทย เช่น การเกิดฝุ่นข้ามแดนส่วนหนึ่งเกิดจากการเผาในพื้นที่ปลูกข้าวโพดในประเทศเมียนมาร์

ผลการวิจัยเอกสารและการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักจากภาครัฐและภาคเอกชนเกี่ยวกับการจัดการของเสียบริษัทอาหาร ทำลายสิ่งแวดล้อม เช่น โรงงานของบริษัทอาหาร ปล่อยน้ำเสียลงในแม่น้ำ ส่งผลกระทบต่อประชาชนรอบบริเวณโรงงาน เช่น น้ำเน่าเสียส่งกลิ่นเหม็น พืชสวนไร่นาได้รับความเสียหาย และส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นการทำลายระบบนิเวศ คือ ปลาในแม่น้ำเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ การทำเกษตรกรรมเชิงเดี่ยว เช่น การปลูกข้าวโพด การปลูกอ้อย ยังทำลายสิ่งแวดล้อม เช่น การเกิดมลภาวะจากโรงเรือนเลี้ยงหมูหรือไก่ การจัดการของเสียด้วยวิธีเผาหลังการเก็บเกี่ยวข้าวโพดและอ้อยทำให้เกิดฝุ่นหรือมลพิษทางอากาศ และทำให้ฐานทรัพยากรเสื่อมโทรม

5. กลยุทธ์ทางแรงงานและการจ้างงาน

แม้ว่ากลยุทธ์ของการดำเนินธุรกิจของบริษัทอาหารแปรรูปขึ้นสูงทางแรงงานและการจ้างงานของบริษัทอาหารจะไม่ปรากฏในแหล่งข้อมูลเอกสารที่นำมาศึกษา การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งจากภาคเอกชนและภาคประชาสังคมยืนยันว่า บริษัทอาหาร ที่เป็นของประเทศไทยขัดขวางการจัดตั้งสหภาพแรงงาน ซึ่งส่งผลให้ลูกจ้างหรือแรงงานขาดหลักประกันด้านสิทธิของแรงงานและการต่อรองกับนายจ้าง เพื่อแก้ไขปัญหาความขัดแย้งระหว่างนายจ้างและแรงงาน รวมทั้งให้แรงงานได้รับการจ้างงานที่เป็นธรรม นอกจากนี้ การสัมภาษณ์ภาคประชาสังคมและภาคเอกชนพบว่า พักไม่เป็นไปตามสัญญาจ้าง และไม่มีค่าจ้างเมื่อทำงานล่วงเวลา หรือจ่ายค่าทำงานล่วงเวลาไม่ครบตามชั่วโมงการทำงาน ซึ่งทำให้ลูกจ้างไม่ได้รับการจ้างงานที่เป็นธรรม

6. กลยุทธ์การจัดการด้านการเงิน

กลยุทธ์การจัดการด้านการเงิน ได้แก่ การจำกัด

การแข่งขันและกำจัดผลิตภัณฑ์ที่เหนือกว่าหรือดีต่อสุขภาพออกจากตลาด ผลการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งจากภาคประชาสังคมและบริษัทอาหาร พบว่า บริษัทอาหารรายใหญ่ของประเทศไทยจำกัดการแข่งขันของผู้ประกอบการรายย่อยด้วยการลอกเลียนแบบผลิตภัณฑ์ของผู้ประกอบการรายย่อยและดำเนินการจดสิทธิบัตรก่อนผู้ประกอบการรายย่อย ส่งผลให้ผู้ประกอบการรายย่อยขาดความมั่นใจเรื่องการฟ้องร้องบริษัทอาหาร เพราะบริษัทอาหารดังกล่าวมีเครือข่ายผู้พิพากษา และอาจทำให้ผู้ประกอบการรายย่อยสูญเสียทั้งโอกาสทางเศรษฐกิจและสิทธิในการใช้ผลิตภัณฑ์ของตนเองอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ในหลายกรณี ผู้ประกอบการรายย่อยอาจไม่มีทุนทรัพย์หรือความรู้ด้านกฎหมายเพียงพอในการโต้แย้งสิทธิบัตรที่จดโดยบริษัทใหญ่ ส่งผลให้ต้องยุติการผลิตหรือเปลี่ยนทิศทางธุรกิจทั้งที่เป็นผู้คิดค้นดั้งเดิม

7. กลยุทธ์การบริหารจัดการชื่อเสียง

ผลการวิจัยเอกสารและการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งจากสื่อมวลชนและภาคประชาสังคมเกี่ยวกับการดำเนินกลยุทธ์การบริหารจัดการชื่อเสียงของบริษัทอาหาร โดยสร้างความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับองค์กรสื่อ นักข่าว และบล็อกเกอร์ พบว่า การสร้างความสัมพันธ์นี้ทำให้สื่อมวลชนไม่นำเสนอข่าวเชิงลบของบริษัทอาหาร ซึ่งทำให้เกิดการเซ็นเซอร์ตนเองของสื่อมวลชน รวมทั้งส่งผลต่อการนำเสนอข่าวในทิศทางที่บริษัทต้องการ เช่น เมื่อมีข้อมูลผลเสียจากการดำเนินธุรกิจของบริษัทอาหาร เกิดขึ้นสื่อบางสื่อมีการนำเสนอข่าวโดยผลกระทบความรับผิดชอบไปยังหน่วยงานภาครัฐที่บังคับใช้กฎหมายแทนการมุ่งเป้าไปตรวจสอบการดำเนินธุรกิจของบริษัท เป็นต้น

ผลการศึกษาข้างต้นสามารถสรุปภาพรวมของผลกระทบจากการดำเนินงานของบริษัทอาหารแปรรูปชั้นสูงในประเทศไทยทั้ง 7 ด้าน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สรุปผลกระทบจากการดำเนินงานของบริษัทอาหารแปรรูปชั้นสูงในประเทศไทย

| ด้านผลกระทบ | ลักษณะผลกระทบที่พบจากการศึกษา | ตัวอย่างกลยุทธ์หรือการดำเนินงานของบริษัท |
|-------------------------------|--|--|
| 1. ด้านการเมืองและนโยบาย | บริษัทมีความสัมพันธ์กับผู้กำหนดนโยบายและมีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดนโยบาย | การเข้าร่วมคณะกรรมการนโยบาย การสร้างเครือข่ายกับผู้กำหนดนโยบาย |
| 2. ด้านวิชาการและงานวิจัย | การสนับสนุนทุนวิจัยหรือกิจกรรมทางวิชาการที่อาจส่งผลต่อทิศทางขององค์ความรู้ | การสนับสนุนทุนวิจัย การจัดกิจกรรมทางวิชาการ |
| 3. ด้านการตลาดและการสื่อสาร | การใช้กลยุทธ์การตลาดและการสื่อสารเพื่อสร้างภาพลักษณ์เชิงบวกต่อผลิตภัณฑ์ | การประชาสัมพันธ์ การทำกิจกรรม CSR |
| 4. ด้านสื่อมวลชน | การสร้างความสัมพันธ์กับสื่อหรือการสนับสนุนกิจกรรมของสื่อ | การสนับสนุนกิจกรรมสื่อ การโฆษณา |
| 5. ด้านห่วงโซ่อุปทานและแรงงาน | การดำเนินธุรกิจที่ส่งผลต่อแรงงานหรือผู้ผลิตในห่วงโซ่อุปทาน | การกำหนดเงื่อนไขการผลิต การจ้างงาน |
| 6. ด้านสิ่งแวดล้อม | การดำเนินธุรกิจที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม | การใช้ทรัพยากรธรรมชาติ การจัดการของเสีย |
| 7. ด้านเศรษฐกิจและสังคม | การดำเนินงานของบริษัทส่งผลต่อโครงสร้างเศรษฐกิจและสังคม | การลงทุน การสร้างภาพลักษณ์ต่อสังคม |

วิจารณ์

การศึกษาวิจัยเอกสารและสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อระบุผลกระทบจากการดำเนินธุรกิจ 7 กลยุทธ์ของบริษัทอาหาร ทั้งที่เป็นของประเทศไทยและข้ามชาติในประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า บริษัทอาหารใช้กฎหมายหรือข่มขู่ทางกฎหมายเพื่อปิดปากนักวิชาการ สื่อ และภาคประชาสังคม⁽²⁴⁻²⁶⁾ การบิดเบือนหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ผ่านการให้ทุนวิจัยและสนับสนุนทางวิชาการ^(27,28) การออกแบบผลิตภัณฑ์และการทำการตลาด⁽²⁹⁾ ที่กระตุ้นการซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์ของตนเอง⁽³⁰⁻³²⁾ การควบคุมห่วงโซ่อุปทานที่ส่งผลต่อความเป็นธรรมของผู้ผลิต⁽³³⁾ รวมทั้งการจัดการของเสียที่สร้างผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม⁽³⁴⁻³⁶⁾ นอกจากนี้ บริษัทอาหาร ยังละเมิดสิทธิแรงงาน จำกัดการแข่งขันทางธุรกิจ⁽³⁷⁾ และการจัดการชื่อเสียงผ่านการสร้างความสัมพันธ์สื่อเพื่อหลีกเลี่ยงการนำเสนอผลกระทบเชิงลบของบริษัท⁽³⁸⁾ การดำเนินกลยุทธ์ของธุรกิจเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางอำนาจ เสรีภาพในการแสดงออกลดลง และเป็นอุปสรรคต่อการกำหนดนโยบายสาธารณะที่ปกป้องผลประโยชน์สาธารณะ^(7,8)

บริษัทอาหาร คุกคามฝ่ายตรงข้ามด้วยการฟ้องปิดปากฝ่ายตรงข้ามที่เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบจากการดำเนินธุรกิจของบริษัท⁽²⁴⁻²⁶⁾ ซึ่งทำให้เกิดบรรยากาศของความหวาดกลัว ลดทอนเสรีภาพในการแสดงออก และยับยั้งการให้ข้อมูลแก่คนในสังคม⁽³⁹⁻⁴¹⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยอุตสาหกรรมอาหารแปรรูปในประเทศบราซิล ที่มีการข่มขู่ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข รวมถึงการขู่ว่าจะฟ้องร้อง ทำให้พวกเขาเงียบเสียง ซึ่งส่งผลกระทบต่อนโยบายสาธารณะของประเทศ⁽⁴²⁾ และงานวิจัยเรื่อง “ภายใต้อิทธิพล: ผลกระทบในระดับระบบขององค์กรให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับทุนจากอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์” ของประเทศอังกฤษเสนอแนวทางเพื่อรับมือกับการข่มขู่คุกคามของบริษัท ดังนี้ (1) รายงานและติดตามเหตุการณ์การข่มขู่คุกคาม (2) เตรียมความพร้อมให้กับบุคคลผ่านการสร้างความตระหนักรู้และการอบรม เช่น ด้านความปลอดภัยทางไอที ความรู้ด้านกฎหมาย และ (3) ให้การสนับสนุนผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือผ่านคำปรึกษาทางกฎหมาย และเครือข่ายการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน

(4) ดังนั้น หน่วยงานต้นสังกัดควรนำข้อเสนอจากงานวิจัยในประเทศอังกฤษมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับประเทศไทย บริษัทอาหาร ในประเทศไทยทำลายสิ่งแวดล้อม⁽³⁴⁻³⁶⁾ สอดคล้องกับรัฐเกรละ (Kerala) ประเทศอินเดียที่ระบุว่าบริษัทน้ำอัดลมเปิดโรงงานบรรจุขวดของน้ำอัดลมในรัฐเกรละปล่อยของเสียที่เป็นพิษ ทำให้เกิดการปนเปื้อนในน้ำใต้ดิน ถึงแม้โรงงานปิดตัวลงแต่ชุมชนท้องถิ่นไม่ได้รับค่าชดเชยเต็มจำนวนจากการดำเนินงานของโรงงาน⁽⁸⁾ ประเทศไทยมีประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม เรื่องการจัดการสิ่งปฏิกูลหรือวัสดุที่ไม่ใช้แล้ว พ.ศ. 2566⁽⁴³⁾ ออกตามความในพระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2535⁽⁴⁴⁾ พระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2562 ฉบับที่ 2⁽⁴⁵⁾ และฉบับที่ 3⁽⁴⁶⁾ ผู้ก่อกำเนิดของเสียต้องรับผิดชอบการจัดการของเสีย ตั้งแต่ต้นทางจนถึงปลายทางอย่างถูกต้อง ไม่สามารถโอน-ความรับผิดชอบให้ผู้รับดำเนินการได้ทั้งหมด โดยต้องบรรจุของเสียอย่างปลอดภัย ระบุข้อมูลที่ชัดเจน และมีแผนผังการจัดเก็บที่ตรวจสอบได้ การนำของเสียออกจากโรงงานต้องขออนุญาตจากกรมโรงงานอุตสาหกรรม และรายงานการจัดการประจำปีผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ ภายในวันที่ 1 เมษายนของทุกปี หากละเลยอาจถูกปรับสูงสุด 20,000 บาท ทั้งนี้ ผู้ก่อกำเนิดต้องควบคุมให้ผู้รับดำเนินการปฏิบัติตามกฎหมาย หากไม่สามารถจัดการได้ ต้องแจ้งกรมภายใน 5 วัน และขออนุญาตจัดส่งไปยังรายใหม่ภายใน 30 วัน⁽⁴³⁾ ดังนั้น กรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม ควรพัฒนาโครงสร้างการกำกับดูแลแบบธรรมาภิบาลจากล่างขึ้นบนด้วยการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของการกำกับดูแลให้เป็นแบบความร่วมมือแบบพหุภาคี (multi-sectoral collaboration) ที่กระจายอำนาจให้ประชาชนในพื้นที่และสื่อมวลชนมีส่วนร่วมในการตรวจสอบการดำเนินงานของบริษัทอาหาร ร่วมกับกรมและกรม ควรสร้างความร่วมมือกับกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมเพื่อพัฒนาเทคโนโลยีในการตรวจสอบการจัดการของเสีย ในขณะที่บริษัทอาหาร ควรเปิดเผยข้อมูลการจัดการของเสียแก่สาธารณะ

บริษัทอาหาร ไม่มีค่าจ้างเมื่อทำงานล่วงเวลาหรือจ่ายค่าทำงานล่วงเวลาไม่ครบตามชั่วโมงการทำงาน ซึ่งเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายแรงงาน ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 มาตรา 53 กำหนดให้นายจ้าง

จ่ายค่าล่วงเวลาให้แก่ลูกจ้าง หากนายจ้างไม่ดำเนินการดังกล่าว มาตรา 146 กำหนดให้ต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท⁽⁴⁷⁾ และผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานของบริษัทอาหารฯ ดังกล่าวทำให้แรงงานขาดหลักประกันด้านสิทธิของแรงงาน^(48,49) และผลการศึกษานี้ยังพบว่า บริษัทอาหารฯ มีสภาพแวดล้อมการทำงานไม่ปลอดภัยและส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สอดคล้องกับข้อมูลจากงานวิชาการที่ระบุว่า การยืนเป็นเวลานานโดยไม่เปลี่ยนอิริยาบถ สามารถส่งผลให้กล้ามเนื้อบริเวณหลัง ขา และเท้าเกิดการล้าหรืออักเสบ ซึ่งเป็นสาเหตุของอาการปวดหลัง ปวดเอว และปวดขาได้ โดยเฉพาะหากพื้นรองเท้าไม่เหมาะสมหรือพื้นผิวการยืนนั้นแข็ง⁽⁵⁰⁾ และการยืนเป็นเวลานานมีผลต่อการไหลเวียนเลือด โดยเฉพาะในส่วนล่างของร่างกาย ส่งผลให้เกิดภาวะเลือดคั่งที่ขา ซึ่งอาจนำไปสู่โรคเส้นเลือดขอด (varicose veins) หรือภาวะเท้าบวม⁽⁵¹⁾ หากไม่มีการพักผ่อนหรือเปลี่ยนท่าทางเป็นระยะ ยิ่งเพิ่มความเสียดังกล่าว ในขณะที่การยกของหนักโดยใช้ท่าทางไม่ถูกต้อง หรือยกซ้ำๆ ติดต่อกัน ยังเพิ่มความเสียดต่อหมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือบาดเจ็บที่กระดูกสันหลัง⁽⁵²⁾ และในระยะยาวผลกระทบต่อสุขภาพที่ไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่การเจ็บป่วยเรื้อรัง การสูญเสียสมรรถภาพแรงงาน และภาวะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของทั้งลูกจ้างและนายจ้าง นอกจากนี้ ยังมีผลต่อประสิทธิภาพการทำงานและคุณภาพชีวิตแรงงาน⁽⁵³⁾ ดังนั้น กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงานควรส่งเสริมการจัดตั้งเครือข่ายแรงงานให้มีความเข้มแข็ง ทำหน้าที่เป็นกลไกป้องกันการละเมิดสิทธิแรงงานจากภาคเอกชน และตรวจแรงงานดำเนินการแบบไม่แจ้งล่วงหน้า และเผยแพร่ผลการตรวจสอบผ่านช่องทางสาธารณะ เช่น สื่อออนไลน์ของกรม เพื่อส่งเสริมความโปร่งใสและลดการบิดเบือนข้อมูลการตรวจสอบ รวมทั้งบริษัทอาหารฯ ต้องปฏิบัติตามกฎหมาย ซึ่งไม่เพียงเป็นข้อกำหนดทางกฎหมายเท่านั้น โดยคำนึงถึงพันธะทางจริยธรรมในการปกป้องสุขภาพและความปลอดภัยของแรงงาน

บริษัทอาหารฯ จำกัดการแข่งขันของผู้ประกอบการรายย่อยด้วยการลอกเลียนแบบผลิตภัณฑ์ของผู้ประกอบการรายย่อยและดำเนินการจดสิทธิบัตรก่อนผู้ประกอบการรายย่อย⁽³⁷⁾ เป็นพฤติกรรมกรรมการจดสิทธิบัตรเชิงกลยุทธ์

(strategic patenting) เพื่อกีดกันคู่แข่งรายย่อย ถือเป็น การบิดเบือนกลไกการแข่งขันที่เสรีและเป็นธรรม ซึ่งขัดต่อหลักการ TRIPS Agreement ซึ่งเป็นหนึ่งในข้อตกลงขององค์การการค้าโลกที่เน้นการใช้ทรัพย์สินทางปัญญาเพื่อส่งเสริมนวัตกรรม ไม่ใช่เพื่อผูกขาด⁽⁵⁴⁾ การลอกเลียนแบบโดยไม่มีการพัฒนาเพิ่มเติมและนำไปจดสิทธิบัตรก่อนผู้ประกอบการดั้งเดิม อาจทำให้ระบบนวัตกรรมเกิดการชะงักงัน เพราะผู้คิดค้นรายใหม่อาจไม่กล้าลงทุนด้านวิจัยและพัฒนา ด้วยความกังวลว่าจะถูกลอกเลียนและแย่งสิทธิบัตรในภายหลัง ส่งผลให้ระบบเศรษฐกิจโดยรวมขาดแรงจูงใจในการสร้างสรรค์ผลิตภัณฑ์ใหม่ๆ⁽⁵⁵⁾ นอกจากนี้ วิธีปฏิบัตินี้ยังขัดต่อเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการ-แข่งขันทางการค้า พ.ศ. 2560 ในหมวด 3 ว่าด้วยการกระทำที่เป็นการผูกขาด การมีอำนาจเหนือตลาด และการกระทำที่เป็นการจำกัดการแข่งขันโดยไม่เป็นธรรม และมาตรา 50 ห้ามผู้ประกอบการธุรกิจที่มีอำนาจเหนือตลาดกระทำการใดๆ ดังต่อไปนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจำกัด กีดกัน ลด หรือแย่งชิงโอกาสทางธุรกิจของผู้ประกอบการอื่น และข้อ 4 การกระทำอื่นใดที่คณะกรรมการกำหนดโดยประกาศ ซึ่งเป็น การจำกัด กีดกัน ลด หรือแย่งชิงโอกาสทางธุรกิจของ ผู้ประกอบการอื่นอย่างไม่เป็นธรรม ซึ่งมุ่งป้องกันไม่ให้ผู้ประกอบการที่มีอำนาจตลาดใช้อำนาจเหนือตลาด เพื่อกีดกันหรือทำลายคู่แข่ง⁽⁵⁶⁾ ดังนั้น กรมทรัพย์สิน-ทางปัญญาควรพัฒนาระบบ fast-track การจดสิทธิบัตร สำหรับผู้ประกอบการรายย่อยและจัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษา ด้านกฎหมายฟรีสำหรับผู้ถูกละเมิดสิทธิโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ในส่วนของสำนักงานคณะกรรมการการแข่งขันทางการค้า ควรบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังและจัดระบบรับรองธุรกิจ จริยธรรม เพื่อให้สิ่งจูงใจแก่บริษัทที่ไม่ผูกขาดตลาดและ ไม่ละเมิดสิทธิของผู้ประกอบการรายย่อย

จุดแข็งที่สำคัญประการหนึ่งของการศึกษานี้คือ การศึกษานี้ดำเนินการทั้งการวิจัยเอกสารจากแหล่งข้อมูล สาธารณะและการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อเพิ่มความลึกของข้อมูลและใช้ในการตรวจสอบความถูกต้องระหว่างข้อมูล จากทั้งสองแหล่ง การศึกษานี้มีข้อจำกัด คือ การศึกษานี้ วิเคราะห์เอกสารจากแหล่งข้อมูลเฉพาะบางแหล่ง และ มุ่งเน้นไปที่ผลกระทบจากการดำเนินธุรกิจของบริษัทอาหาร บางรายในประเทศไทย ดังนั้น ผลการวิจัยอาจไม่สามารถ

สะท้อนภาพรวมทั้งหมดของกลุ่มบริษัทอาหาร ในประเทศไทยได้อย่างครอบคลุม อีกทั้งข้อมูลจากเอกสารสาธารณะหรือการสัมภาษณ์อาจมีข้อจำกัดในด้านความลึกและความครอบคลุมของเนื้อหา โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ทางธุรกิจหรือเรื่องอ่อนไหวทางการเมือง ส่งผลให้การวิเคราะห์บางประเด็นไม่สามารถครอบคลุมองค์ประกอบทั้งหมดตามกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้อ้างอิงหลักฐานที่สามารถตรวจสอบได้ และใช้กระบวนการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ เพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่มีความน่าเชื่อถือทางวิชาการ และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการต่อยอดงานวิจัยหรือกำหนดมาตรการลดผลกระทบจากการดำเนินธุรกิจของบริษัทอาหาร ในประเทศไทยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักวิชาการและนวัตกรรม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในการให้ทุนสนับสนุนการศึกษา บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการการศึกษาปัจจัยทางการค้าที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ: กลยุทธ์การดำเนินธุรกิจของกลุ่มบริษัทอาหารแปรรูปพิเศษ รหัสโครงการ 67-00462 ข้อตกลงเลขที่ 67-E2-0375 และหน่วยงานที่ให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยไม่มีส่วนรับผิดชอบในเนื้อหาของบทความนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. [cited 2023 Sep 16]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. World Health Organization. Communicable and noncommunicable diseases, and mental health [Internet]. [cited 2024 May 7]. Available from: <https://www.who.int/our-work/communicable-and-noncommunicable-diseases-and-mental-health>
3. Floros JD, Newsome R, Fisher W, Barbosa-Cánovas GV, Chen H, Dunne CP, et al. Feeding the world today and tomorrow: the importance of food science and technology. *Compr Rev Food Sci Food Saf* 2010;9(5):572-99.
4. Lane MM, Davis JA, Beattie S, Gómez-Donoso C, Loughman A, O'Neil A, et al. Ultraprocessed food and chronic noncommunicable diseases: a systematic review and meta-analysis of 43 observational studies. *Obes Rev* 2021;22(3):e13146.
5. Maani N, van Schalkwyk MCI, Petticrew M. Under the influence: system-level effects of alcohol industry-funded health information organizations. *Health Promot Int* 2023;38(6):daad167.
6. Mialon M. An overview of the commercial determinants of health. *Global Health* 2020;16(1):74.
7. Jaichuen N, Phulkerd S, Certthkrikul N, Sacks G, Tangcharoensathien V. Corporate political activity of major food companies in Thailand: an assessment and policy recommendations. *Global Health* 2018;14(1):115.
8. Gilmore AB, Fabbri A, Baum F, Bertscher A, Bondy K, Chang HJ, et al. Defining and conceptualising the commercial determinants of health. *Lancet* 2023;401(10383):1194-213.
9. Chavez-Ugalde Y, Jago R, Toumpakari Z, Egan M, Cummins S, White M, et al. Conceptualizing the commercial determinants of dietary behaviors associated with obesity: a systematic review using principles from critical interpretative synthesis. *Obes Sci Pract* 2021;7(4):473-86.
10. World Health Organization. Commercial determinants of health [Internet]. [cited 2023 May 7]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/commercial-determinants-of-health>
11. Stuckler D, Nestle M. Big food, food systems, and global health. *PLoS Med* 2012;9(6):e1001242.
12. de Lacy-Vawdon C, Livingstone C. Defining the commercial determinants of health: a systematic review. *BMC Public Health* 2020;20(1):1022.
13. วลัย วัฒนศิริ, กุลทิพย์ ศาสตรระจิว. การสื่อสารการตลาดของผู้ประกอบการยาสูบในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ; 2555.
14. ไพศาล ลิ้มสถิตย์. สังคมไทยจะสร้างกลไกป้องกันการแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบตามมาตรา 5.3 ของกรอบอนุสัญญา FCTC อย่างไร. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ; 2555.
15. ศรีรัช ลอยสมุทร. การศึกษาผลของการทำกิจกรรม CSR ของธุรกิจยาสูบและรายงานสถานการณ์ทางการตลาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบ “แปลงร่าง”. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ; 2557.
16. World Health Organization Regional Office for South-East Asia. Mapping the commercial determinants of health in countries of the WHO South-East Asia Region: conceptualizations, impacts and action. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia; 2025.
17. Euromonitor International. Alcoholic drinks in Thailand: country report [Internet]. 2023 [cited 2024 May 9]. Available from: <https://www-portal-euromonitor-com.ejournal.mahidol.ac.th/portal/analysis/tab>
18. Euromonitor International. Savoury snacks in Thailand: country report [Internet]. 2023 [cited 2024 May 9]. Available from: <https://www-portal-euromonitor-com.ejournal.mahidol.ac.th/portal/analysis/tab>
19. Euromonitor International. Ice cream in Thailand: country report [Internet]. 2023 [cited 2024 May 9]. Available from: <https://www-portal-euromonitor-com.ejournal.mahidol.ac.th/portal/analysis/tab>

20. Euromonitor International. Sweet biscuits, snack bars and fruit snacks in Thailand: country report [Internet]. 2023 [cited 2024 May 9]. Available from: <https://www-portal-euromonitor-com.ejournal.mahidol.ac.th/portal/analysis/tab>
21. Euromonitor International. Processed meat, seafood and alternatives to meat in Thailand: country report [Internet].; 2023 [cited 2024 May 9]. Available from: <https://www-portal-euromonitor-com.ejournal.mahidol.ac.th/portal/analysis/tab>
22. Euromonitor International. Limited-service restaurants in Thailand: country report [Internet]. 2023 [cited 2024 May 9]. Available from: <https://www-portal-euromonitor-com.ejournal.mahidol.ac.th/portal/analysis/tab>
23. นงนุช จินดารัตนาภรณ์, วีรภาคย์ ชำศิริพงษ์, สลักจิต ชื่นชม. โครงการศึกษาปัจจัยทางการค้าที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ: กลยุทธ์การดำเนินธุรกิจของกลุ่มบริษัทอาหารแปรรูปพิเศษ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2568.
24. สำนักข่าวอิสรา. ซีพีเอฟ ฟ้องหมิ่นประมาท BIOTHAI ปมปลาหมอคางดำ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 7 ก.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.isranews.org/article/isranews/131524-isra-246.html>
25. เดลินิวส์. ซีพี เอฟ แจงวุ่น ถูกฟ้อง 2.5 พันล้าน. เดลินิวส์. 2567 ก.ย. 8; (คอลัมน์ 1).
26. มติชน. 'ซีพี เอฟ' โต้แจง ไม่ใช่ต้นตอปลาหมอคางดำระบาดหนัก. มติชน. 2567 ก.ย. 7; (คอลัมน์ 1).
27. ไทย เน้นทางแก้ไขให้เหมาะสม Rama Focus 15/12/59
28. RAMA Channel. เครื่องช่วยหอบเด็กออกโรง ชี้พรบ.นมผงสุดโหด ทำร้ายเด็กไทย เน้นทางแก้ไขให้เหมาะสม [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 7 ก.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: https://www.youtube.com/watch?v=FUIx01S_Iw
29. โพสต์ทูเดย์. ความเป็นจริง พ.ร.บ.มิลค์โค้ด หนุน-ค้านคุมโฆษณาอาหารเด็กถึง 3 ปี. [สืบค้นเมื่อ 15 ธ.ค. 2559]. แหล่งข้อมูล: <https://www.posttoday.com/politics/470376>
30. ลงทุนแมน. บุกจีน เจ้าแกนน้อยทำอะไร ถึงขายได้ 1,000 ล้านในจีน. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 7 ก.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.blockdit.com/posts/66ee3d16b976dba843ab8d08>
31. Boyland E, McGale L, Maden M, Hounsoume J, Boland A, Angus K, et al. Association of food and nonalcoholic beverage marketing with children and adolescents' eating behaviors and health. JAMA Pediatr 2022;176(7):e221037.
32. Jindarattanaporn N, Kelly B, Chuenchom S. Associations between Thai children's exposure to unhealthy food marketing and their diet-related outcomes. Int J Adolesc Youth 2025;30(1):2451657.
33. นงนุช ใจชื่น. สมุดปกขาวเรื่องสถานการณ์และมาตรการควบคุมการให้รางวัลด้วยการเลี้ยงโชคในผลิตภัณฑ์ที่มีผลต่อสุขภาพของเด็กและเยาวชนไทย. นนทบุรี: มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2560.
34. ผู้จัดการออนไลน์. บ่วงบาตพิฆาตเกษตรกร โคกนาฏกรรมเกษตรกรพันธุ์สัญญา [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 19 พ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://mgronline.com/specialscoop/detail/9550000081820>
35. BIOTHAI. ตามรอยข้าวโพดพม่า [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 พ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://biothai.net/food-security-situation/globalwarming/7359>
36. BIOTHAI. กรณีโรงงานแปรรูปขนไก่ซีพีเอฟปล่อยน้ำเสียลงแม่น้ำมูล [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 9 ก.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.facebook.com/628098202696930/posts/929367542569993>
37. ผู้จัดการออนไลน์. เกษตรกรสามพรานประท้วงโรงงานปล่อยน้ำเสีย [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อ 10 ก.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://mgronline.com/local/detail/9580000080699>
38. World Intellectual Property Organization. World intellectual property report 2022: the direction of innovation. Geneva: WIPO; 2022.
39. สนธิทอล์ค. ปลาหมอคางดำ เจื่อนำกรมประมง [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 27 ก.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.tiktok.com/@6757258507232183297/video/7395847205757750529>
40. ธนดล เตัพันธ์. Anti-SLAPP law: ความหวังใหม่ในการต่อต้านคอร์รัปชันไทย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 พ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://policywatch.thaipbs.or.th/author/16428>
41. Liang J. "Dancing in chains": chilling effects of content creators on Chinese social media. Deviant Behav 2024;45(10):1468-481.

42. เดลินิวส์. โฆษณาโรงหนังวูบสุด 22%. เดลินิวส์. 2565 ม.ค. 16; 7.
43. Mialon M, Cediel G, Jaime PC, Scagliusi FB. A consistent stakeholder management process can guarantee the “social license to operate”: mapping the political strategies of the food industry in Brazil. *Cad Saude Publica* 2021;37:e00092720.
44. กระทรวงอุตสาหกรรม. ประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม เรื่อง การจัดการสิ่งปฏิกูลหรือวัสดุที่ไม่ใช้แล้ว พ.ศ. 2566. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่140, ตอนพิเศษ200 ง (ลงวันที่ 28 สิงหาคม 2566).
45. พระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2535. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่109, ตอนที่44 ก (ลงวันที่ 9 เมษายน 2535).
46. พระราชบัญญัติโรงงาน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่136, ตอนที่80 ก (ลงวันที่ 30 เมษายน 2562).
47. พระราชบัญญัติโรงงาน (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่136, ตอนที่80 ก (ลงวันที่ 30 เมษายน 2562).
48. พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่115, ตอนที่8 ก (ลงวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2541).
49. สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน. สหภาพแรงงาน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 27 ก.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://lb.mol.go.th/สิ่งที่ถูกจ้างควรรู้/สหภาพแรงงาน>
50. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. We wanted workers, but human beings came: human rights and temporary labour migration programmes in and from Asia and the Pacific. Bangkok: United Nations; 2022.
51. Canadian Centre for Occupational Health and Safety. Working in a standing position: basic information [Internet]. [cited 2025 Mar 30]. Available from: https://www.ccohs.ca/oshanswers/ergonomics/standing/standing_basic.html.
52. Occupational Safety and Health Administration. Solutions to control hazards [Internet]. [cited 2025 Mar 30]. Available from: <https://www.osha.gov/ergonomics/control-hazards>
53. National Institute for Occupational Safety and Health. Safe lifting and movement of nursing home residents. Florida: NIOSH; 2014.
54. World Health Organization. Healthy workplaces: a model for action for employers, workers, policy-makers and practitioners. Geneva: World Health Organization; 2010.
55. World Trade Organization. TRIPS agreement [Internet]. 2010. [cited 2025 Mar 30]. Available from: https://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/intel2_e.htm#standards
56. OECD. Competition, patents and innovation. Paris: OECD Publishing; 2019.
57. พระราชบัญญัติการแข่งขันทางการค้า พ.ศ. 2560. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่134, ตอนที่72 ก (ลงวันที่ 5 ตุลาคม 2560).

The Impacts of Ultra-Processed Food Business Operations in Thailand

Nongnuch Jindarattanaporn, Weerapak Samsiripong, Salakjit Chuenchom

Institute for Population and Social Research, Mahidol University

Abstract

Ultra-processed food companies have rapidly expanded and become influential actors in Thailand's economy, public policy, and population health. This study aimed to examine the impacts of business practices by these companies in Thailand. Qualitative research was employed, using document analysis of publicly available sources from January 2019 to December 2024, and in-depth interviews with 30 key informants. Thematic analysis was used to analyze these data. The findings revealed that ultra-processed food companies in Thailand employed legal mechanisms or threats of legal action to silence criticism from academics, media, and civil society organizations. They strategically funded research and academic or scientific activities to shape the evidence base and debate. Marketing strategies were designed to increase purchasing and consumption, while control over supply chains contributed to unfair practices and inequalities between corporations and contract producers. Environmental pollution and impacts associated with business activities. Labor rights violations were also reported, along with anti-competitive practices such as product imitation and the preemptive registration of patents or copyrights ahead of original small-scale innovators. Furthermore, ultra-processed food companies established relationships with media organizations to avoid negative coverage. To mitigate these impacts, our study highlights the importance of effective enforcement of existing laws by relevant government agencies, the active participation of civil society in monitoring of their business practices, and the need for transparency and accountability in corporate operations.

Keywords: impact; business operation; ultra-processed food company

การเปรียบเทียบปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มและรูปแบบการจำหน่ายระหว่าง ร้านกาแฟและเครื่องดื่มในเครือข่ายและนอกเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน

มัทธนา จวรณกุล¹, ปิยะดา ประเสริฐสม², ศันสนีย์ รัชชกุล³, จันทนา อึ้งชูศักดิ์³, อรอรณีย์ ธารประสิทธิ์⁴, สุธี สุขสุเดช⁵

¹ คณะทันตแพทยศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

² คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

³ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

⁴ ชมรมคนรักฟันจังหวัดราชบุรี จังหวัดราชบุรี

⁵ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มโดยพิจารณาจากระดับความหวานที่เลือกสั่ง (หวานปกติ หวานมากกว่าปกติ หวานน้อย และไม่หวาน) ระหว่างร้านกาแฟและเครื่องดื่มในเครือข่ายและนอกเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน โดยการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ ดำเนินการเก็บข้อมูลจาก 4 ภูมิภาค โดยสุ่มเลือกจังหวัดภาคละ 2 จังหวัด ด้วยวิธี systematic sampling มีร้านกาแฟและเครื่องดื่มในเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน 8 แห่ง และร้านนอกเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน 8 แห่ง บันทึกการขายเครื่องดื่มรวมทั้งสิ้น 491 รายการ จากกลุ่มตัวอย่าง 1,486 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเชิงวิเคราะห์ ผลการศึกษาพบว่า ร้านกาแฟและเครื่องดื่มที่ทำการศึกษาทั้งหมดมีปริมาณน้ำตาลเฉลี่ยในสูตรปกติอยู่ที่ 22.6 กรัมต่อแก้ว โดยร้านกาแฟและเครื่องดื่มในเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานมีค่าปริมาณน้ำตาลเฉลี่ยในสูตรปกติมีค่าต่ำกว่าร้านกาแฟและเครื่องดื่มนอกเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน (21.8 กรัมเทียบกับ 23.4 กรัม) และในการศึกษานี้พบว่าการสั่งหวานน้อยและไม่หวานสามารถช่วยลดปริมาณน้ำตาลลงได้เฉลี่ย 10.7 กรัมต่อแก้ว ปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มในสูตรหวานน้อยยังคงมีปริมาณน้ำตาลเฉลี่ยเกินเกณฑ์ที่แนะนำให้ไม่เกิน 2 ช้อนชา/แก้ว (8 กรัม) ตามเกณฑ์ที่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กับภาคีเครือข่าย ร่วมกันรณรงค์สร้างความตระหนักรู้ถึงภัยร้ายจากความหวาน โดยเฉพาะในหมู่คนวัยทำงานที่นิยมบริโภคเครื่องดื่มชงเย็น แนะนำความหวานไม่เกิน 2 ช้อนชา/แก้ว จากการศึกษานี้จะเห็นได้ว่าการเชิญชวนเข้าร่วมโครงการของเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานเพียงอย่างเดียวคงไม่เพียงพอที่จะส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพที่ปลอดภัยได้อย่างแท้จริง ดังนั้นเพื่อให้เกิดการลดปริมาณน้ำตาลในกาแฟและเครื่องดื่มจึงต้องมีการขับเคลื่อนให้มีมาตรการในการให้ร้านกาแฟและเครื่องดื่มจะต้องมีสูตรหวานน้อยที่เป็นไปตามข้อกำหนดไม่เกินมาตรฐานในเครื่องดื่มเย็นทุกประเภทเป็นทางเลือกสำหรับคนที่รักสุขภาพในการให้บริการลูกค้า สรุปข้อค้นพบจากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าร้านกาแฟและเครื่องดื่มในเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานมีแนวโน้มการจำหน่ายเครื่องดื่มสูตรน้ำตาลต่ำ (หวานน้อยและไม่หวาน) ในสัดส่วนที่สูงกว่าร้านนอกเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานอย่างมีนัยสำคัญ ร้อยละ 54.2 เทียบกับร้อยละ 42.8 โดยเฉพาะในกลุ่มกาแฟและช็อกโกแลต ผลการวิเคราะห์นี้สะท้อนให้เห็นว่าการเข้าร่วมเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการสั่งซื้อเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลน้อย

คำสำคัญ: การลดปริมาณน้ำตาล; ร้านกาแฟ; การส่งเสริมสุขภาพ

บทนำ

จากการสำรวจติดตามพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานและเครื่องดื่มที่ได้ฉลากทางเลือกสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2566 โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า คนไทยดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลทุกประเภทเฉลี่ย 346 มล./วัน โดยกลุ่มวัยแรงงานตอนต้น มีการบริโภคสูงถึง 574.3 มล./วัน⁽¹⁾ ซึ่งเกินกว่าปริมาณที่องค์การอนามัยโลกแนะนำอย่างมาก⁽²⁾ องค์การอนามัยโลกแนะนำให้บริโภคน้ำตาลอิสระ (free sugars) ไม่เกินร้อยละ 10 ของพลังงานรวมต่อวัน หรือเทียบเท่าประมาณ 6 ช้อนชา (24 กรัม) ต่อวันสำหรับผู้ใหญ่ และแนะนำให้ลดลงเหลือไม่เกินร้อยละ 5 (ประมาณ 3 ช้อนชา หรือ 12 กรัม) เพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพเพิ่มเติม⁽²⁾ โดย “น้ำตาลอิสระ” หมายถึงน้ำตาลที่ผู้ผลิต ผู้ปรุง หรือผู้บริโภคเติมลงในอาหารและเครื่องดื่ม รวมถึงน้ำตาลที่มีอยู่ตามธรรมชาติในน้ำผึ้ง น้ำเชื่อม และน้ำผลไม้ ผลกระทบของการบริโภคน้ำตาลในปริมาณสูงต่อสุขภาพมีความรุนแรงและหลากหลายจากการทบทวนวรรณกรรมเมื่อเดือนเมษายน พ.ศ. 2566 พบว่า การบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลทุกสัปดาห์เพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ร้อยละ 1 และความเสี่ยงการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุเพิ่มขึ้นร้อยละ 4 นอกจากนี้การบริโภคฟรุกโตสทุกๆ 25 กรัมต่อวันมีความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งตับอ่อนเพิ่มขึ้นร้อยละ 22.0 ยิ่งไปกว่านั้นการบริโภคน้ำตาลในปริมาณสูงยังเชื่อมโยงกับการเพิ่มน้ำหนักที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งนำไปสู่อ้วนและโรคเรื้อรังอื่นๆ⁽³⁻⁸⁾ ด้วยความตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานได้ริเริ่มโครงการ “ร้านกาแฟอ่อนหวาน” และ “หวานน้อยสั่งได้” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 เพื่อสร้างทางเลือกสุขภาพให้แก่ผู้บริโภคและส่งเสริมให้ร้านเครื่องดื่มมีส่วนร่วมในการลดปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่ม โดยมีการดำเนินกิจกรรมหลายรูปแบบ เช่น การรณรงค์ให้ความรู้ การสนับสนุนให้ร้านค้าปรับเมนูและวิธีการให้บริการ และการสร้างเครือข่ายร้านกาแฟอ่อนหวาน⁽⁹⁻¹⁰⁾

ผลการดำเนินงานเบื้องต้นในปี พ.ศ. 2565 โดยทำการสำรวจร้านเครื่องดื่มในเครือข่าย 726 ร้าน พบว่า ร้อยละ 81.1 มีเมนูเครื่องดื่มที่สั่งหวานน้อยมากกว่า 5 เมนู ร้อยละ 87.5 ของผู้ชายสอบถามลูกค้าเป็นประจำว่าต้องการเครื่องดื่ม

หวานน้อยหรือไม่ และร้อยละ 65.4 มีป้ายให้เลือกระดับความหวาน นอกจากนี้ ร้อยละ 44.9 ของร้านค้าเห็นประโยชน์ทั้งในด้านการดูแลสุขภาพของลูกค้าและการเพิ่มยอดขาย⁽¹¹⁾ อย่างไรก็ตาม ยังขาดการศึกษาวิเคราะห์ปริมาณน้ำตาลที่จำหน่ายในเครื่องดื่มในร้านกาแฟและเครื่องดื่มระหว่างร้านกาแฟและเครื่องดื่มในเครือข่ายและนอกเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มตามระดับความหวานที่ผู้บริโภคเลือกสั่ง และเปรียบเทียบรูปแบบการจำหน่ายเครื่องดื่มระหว่างร้านในเครือข่ายและนอกเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนามาตรการลดการบริโภคน้ำตาลในระดับร้านกาแฟและเครื่องดื่มต่อไป

วิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ร้านกาแฟที่ใช้เป็น stratified factors เพื่อการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยร้านกาแฟและเครื่องดื่มในเครือข่ายและนอกเครือข่ายใน 8 จังหวัด โดยแบ่งเป็น 4 ภาค ภาคละ 2 จังหวัด จังหวัดละ 2 ร้าน ได้แก่ ร้านกาแฟและเครื่องดื่มในเครือข่าย 1 ร้าน และร้านกาแฟและเครื่องดื่มนอกเครือข่าย 1 ร้าน รวม 16 ร้าน เก็บข้อมูลเครื่องดื่มทุกประเภทที่จำหน่ายได้ในวันที่กำหนดร้านละ 2 วันทำการ ประกอบด้วยวันราชการ 1 วัน และวันหยุดราชการ 1 วัน

ขนาดตัวอย่าง

เนื่องจากไม่ทราบจำนวนประชากรหรือประชากรมีขนาดใหญ่ จึงใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง $n = Z^2p(1-p)/E^2$ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ขอบเขตของความผิดพลาด ร้อยละ 5 และสัดส่วนประชากรที่คาดการณ์ 0.47 จากการประเมินพบว่าผู้บริโภคสั่งหวานน้อยร้อยละ 47 เมื่อแทนค่า $Z=1.96$, $p=0.47$, $E=0.05$ ได้ขนาดตัวอย่าง 383 คน

การสุ่มตัวอย่าง

สุ่มเลือกจังหวัดจาก 4 ภาค ภาคละ 2 จังหวัด ด้วยวิธี systematic sampling โดยใช้รายชื่อจังหวัดทั้ง 77 จังหวัด ที่มีร้านกาแฟในเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานจดทะเบียน

อยู่เป็น sampling frame จัดเรียงตามภูมิภาคและกลุ่มเลือกภาคละ 2 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ แพร่ (ภาคเหนือ) อุบลราชธานี บุรีรัมย์ (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) สระบุรี สิงห์บุรี (ภาคกลาง) และตรัง สงขลา (ภาคใต้) สำหรับร้านกาแฟและเครื่องดื่มในเครือข่าย ใช้วิธี simple random sampling โดยใช้ทะเบียนร้านกาแฟและเครื่องดื่มในเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานของแต่ละจังหวัดที่จัดทำโดยมูลนิธิทันตสาธารณสุขเป็น sampling frame โดยการจับฉลากจากทะเบียนร้านกาแฟและเครื่องดื่มในเครือข่ายของแต่ละจังหวัด จังหวัดละ 1 ร้าน สำหรับร้านกาแฟและเครื่องดื่มนอกเครือข่าย เลือกร้านที่มีลักษณะใกล้เคียงและอยู่ในรัศมีไม่เกิน 500 เมตรจากร้านในเครือข่าย จังหวัดละ 1 ร้าน

เกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก

เกณฑ์การคัดเลือก

เป็นร้านกาแฟและเครื่องดื่มในเครือข่าย ซึ่งหมายถึงร้านที่เข้าร่วมโครงการเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานไม่น้อยกว่า 2 ปี และเจ้าของยินยอมให้เก็บข้อมูล โดยต้องมีระยะเวลาเข้าร่วมโครงการไม่น้อยกว่า 2 ปี และร้านกาแฟนอกเครือข่ายที่มีบริบทใกล้เคียงกับร้านกาแฟในเครือข่ายที่สุ่มเลือกได้อยู่ในบริเวณที่มีระยะห่างไม่เกิน 500 เมตร และยินดีเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก

ร้านกาแฟและเครื่องดื่มที่ปิดกิจการ ร้านที่เปลี่ยนผู้ดำเนินการ และขอยกเลิกการเป็นเครือข่าย

เกณฑ์การยุติการศึกษา

ร้านที่ขอยุติการเข้าร่วมการศึกษา

ขั้นตอนการดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้เก็บข้อมูล

ผู้ช่วยวิจัยจังหวัดละ 2 คน ซึ่งได้รับการปรับมาตรฐานแล้ว ผู้ช่วยคนที่ 1 เป็นผู้รับผิดชอบดำเนินโครงการร้านกาแฟอ่อนหวานและหรือเป็นผู้ประสานงานโครงการ ผู้ช่วยคนที่ 2 มีวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 6 และสามารถปฏิบัติตามเงื่อนไข

วิธีเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยลงพื้นที่ทุกจังหวัดเพื่อปรับมาตรฐานการเก็บข้อมูลกับผู้ช่วยวิจัย ผู้ช่วยคนที่ 1 ประสานงานกับเจ้าของร้านเป้าหมาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความยินยอม รวมทั้ง

เก็บข้อมูลปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มโดยสอบถามผู้ที่เกี่ยวข้องกับปริมาณส่วนผสม ยี่ห้อผลิตภัณฑ์ และการอ่านฉลากอาหาร

ผู้ช่วยคนที่ 2 เก็บข้อมูลในช่วงวันทำการ 1 วัน และวันหยุด 1 วัน ที่มีลูกค้าค่อนข้างมาก โดยบันทึกรายการเครื่องดื่มทั้งหมดที่ผู้บริโภคล้าง ทั้งกลุ่มหวานน้อย หวานปกติ และหวานมากกว่าปกติ ตามเวลาเปิด-ปิดร้าน ซึ่งต้องมีเวลาทำการไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง พร้อมสำรวจกิจกรรมส่งเสริมต่างๆ เช่น ป้ายหวานน้อย การถามของพนักงาน สั่งหวานน้อย โหมคคะ/ครับ และป้ายแสดงระดับความหวาน

การรวบรวมข้อมูล

กรอกข้อมูลลงในแบบบันทึกวัตถุประสงค์ อุปกรณ์ชั่งตวงของร้าน และแบบบันทึกเครื่องดื่มที่ผู้บริโภคล้างทั้งหมด ส่งข้อมูลมารวมที่ผู้วิจัยโดยไม่ระบุชื่อเจ้าของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้paired t-test เปรียบเทียบปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มหวานปกติ หวานมากกว่าปกติ และหวานน้อย ใช้independent t-test หรือ Mann-Whitney U test เปรียบเทียบปริมาณน้ำตาลระหว่างร้านในเครือข่ายและนอกเครือข่าย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS และ Excel ใช้การวิเคราะห์สถิติ ความถี่และร้อยละที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95

ผลการศึกษา

ผลการเก็บข้อมูลจากร้านกาแฟและเครื่องดื่มทั้งหมด 16 ร้าน ครอบคลุมเครื่องดื่ม 1,486 แก้ว จากคำสั่งซื้อเครื่องดื่มทั้งหมด 491 รายการ แบ่งเป็น 8 ประเภทหลัก ได้แก่ กลุ่มกาแฟ กลุ่มชา กลุ่มชาเขียว/มัทฉะ กลุ่มช็อกโกแลต/มอลต์ กลุ่มนม กลุ่มผลไม้/น้ำผลไม้ กลุ่มเครื่องดื่มประเภทมีส่วนผสมของโซดา และกลุ่มเครื่องดื่มประเภทอื่นๆ โดยมุ่งเน้นเปรียบเทียบตัวแปรต่างๆ ระหว่างร้านกาแฟและเครื่องดื่มในเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานกับร้านนอก-เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน ดังตารางที่ 1 เครื่องดื่มที่มีการจำหน่ายมากที่สุดคือกลุ่มกาแฟ ร้อยละ 49.9 รองลงมาคือกลุ่มชา ร้อยละ 26.4 โดยรวมมีการสั่งสูตรปกติร้อยละ 50.3 สูตรหวานน้อยร้อยละ 26.6 และสูตรไม่หวานร้อยละ 23.1 สะท้อนว่าผู้บริโภคเริ่มมีแนวโน้มเลือกเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลลดลง

เมื่อจำแนกการสั่งซื้อเครื่องดื่มตามระดับความหวาน โดยภาพรวมพบว่า มีการสั่งสูตรปกติประมาณครึ่งหนึ่งของเครื่องดื่มที่ขาย ในขณะที่คำสั่งหวานน้อย และไม่หวาน รวมกันเป็นสัดส่วนอีกครั้งหนึ่งของเครื่องดื่มที่ขาย อย่างไรก็ตาม เมื่อจำแนกตามการอยู่ในเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน พบว่า ร้านที่อยู่ในเครือข่ายมีส่วนการสั่งซื้อเครื่องดื่มหวานน้อย/ไม่หวาน ร้อยละ 54.2 มากกว่า ร้านนอกเครือข่าย ร้อยละ 42.8 ดังตารางที่ 2 การทดสอบไคสแควร์ของการกระจายตัวการสั่งซื้อเครื่องดื่มตามระดับความหวาน ระหว่างร้านกาแฟและเครื่องดื่มในเครือข่ายและนอกเครือข่าย พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่าการร่วมโครงการกับเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการสั่งซื้อเครื่องดื่มสูตรไม่หวานอย่างมีนัยสำคัญ

เมื่อแยกวิเคราะห์ตามประเภทของเครื่องดื่มที่จัดกลุ่มไว้ เพื่อเปรียบเทียบการสั่งซื้อเครื่องดื่มแต่ละประเภทตามสูตรปกติ สูตรหวานน้อย และสูตรไม่หวาน ระหว่างผู้บริโภคที่สั่งจากร้านกาแฟและเครื่องดื่มในเครือข่าย กับร้านนอกเครือข่าย โดยแยกตามประเภทของกลุ่มเครื่องดื่ม การวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการสั่งซื้อเครื่องดื่ม ระหว่างร้านกาแฟและเครื่องดื่มในเครือข่าย และร้านนอกเครือข่าย แยกตามประเภทเครื่องดื่ม พบความแตกต่างในหลายกลุ่ม เช่น ในกลุ่มช็อกโกแลต ที่ร้านในเครือข่ายมีส่วนการสั่งสูตรน้ำตาลต่ำ/ไม่หวาน สูงกว่าร้านนอกเครือข่าย ร้อยละ 62.5 สั่งหวานน้อย ร้อยละ 52.5 สั่งไม่หวาน ร้อยละ 10.0 เทียบกับ ร้อยละ 38.1 ในกลุ่มกาแฟ ซึ่งเป็นเครื่องดื่มที่มีการสั่งมากที่สุด พบว่าร้านในเครือข่ายมีส่วนการสั่งซื้อเครื่องดื่มน้ำตาลต่ำ/ไม่หวาน สูงกว่า คือ

ตารางที่ 1 จำนวนเครื่องดื่มที่ผู้บริโภคสั่งแยกตามประเภทและสูตรน้ำตาล

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวนทั้งหมด แก้ว | สูตรปกติ แก้ว (%) | สูตรหวานน้อย แก้ว (%) | สูตรไม่หวาน แก้ว (%) |
|------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------|
| กาแฟ | 741 (49.9%) | 267 (36.0%) | 195 (26.3%) | 279 (37.7%) |
| ชา | 393 (26.4%) | 266 (67.7%) | 107 (27.2%) | 20 (5.1%) |
| ช็อกโกแลต/โกโก้ | 82 (5.5%) | 41 (50.0%) | 36 (43.9%) | 5 (6.1%) |
| เครื่องดื่มผลไม้ | 48 (3.2%) | 39 (81.3%) | 7 (14.6%) | 2 (4.2%) |
| มีทาคะ | 44 (3.0%) | 27 (61.4%) | 4 (9.1%) | 13 (29.5%) |
| เครื่องดื่มโซดา | 43 (2.9%) | 42 (97.7%) | 1 (2.3%) | 0 (0.0%) |
| นม | 27 (1.8%) | 22 (81.5%) | 4 (14.8%) | 1 (3.7%) |
| อื่นๆ | 108 (7.3%) | 44 (40.7%) | 41 (38.0%) | 23 (21.3%) |
| รวม | 1,486 (100.0%) | 748 (50.3%) | 395 (26.6%) | 343 (23.1%) |

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการสั่งซื้อเครื่องดื่มในแต่ละสูตร ระหว่างร้านกาแฟและเครื่องดื่มในเครือข่าย กับร้านกาแฟและเครื่องดื่มนอกเครือข่าย

| ประเภทร้าน | จำนวนที่สั่งซื้อ แก้ว | สั่งสูตรปกติ แก้ว (%) | สั่งหวานน้อย แก้ว (%) | สั่งไม่หวาน แก้ว (%) |
|------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| ร้านในเครือข่าย | 895 | 410 (45.8) | 245 (27.4) | 240 (26.8) |
| ร้านนอกเครือข่าย | 591 | 338 (57.2) | 150 (25.4) | 103 (17.4) |
| รวม | 1,486 | 748 (50.3) | 395 (26.6) | 343 (23.1) |
| ผลการวิเคราะห์ | $X^2 = 23.28, df = 2, p < 0.01$ | | | |

ร้อยละ 67.0 เทียบกับ ร้อยละ 57.1 โดยเฉพาะสัดส่วน ส่วนกลุ่มชาเขียวและมัทจะ มีความแตกต่างเพียงเล็กน้อย การสั่งสูตรไม่หวาน ร้อยละ 39.9 เทียบกับ ร้อยละ 32.7 โดยรวมแล้วผู้สั่งเครื่องดื่มจากร้านในเครือข่าย มีแนวโน้ม อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มนม กลับพบแนวโน้มตรงข้าม คือ สั่งเครื่องดื่มน้ำตาลต่ำมากกว่าเกือบทุกประเภทเครื่องดื่ม ร้านในเครือข่าย มีสัดส่วนเครื่องดื่มน้ำตาลต่ำน้อยกว่า ยกเว้นเครื่องดื่มประเภทนม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แยกประเภทเครื่องดื่ม เปรียบเทียบร้านในเครือข่าย และร้านนอกเครือข่าย

| ประเภท | ร้าน | จำนวนที่สั่งซื้อ แก้ว | สูตรไม่หวาน แก้ว (%) | สูตรไม่หวาน แก้ว (%) | สูตรไม่หวาน แก้ว (%) |
|-------------------|------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| กาแฟ | ร้านในเครือข่าย | 491 | 162 (33.0) | 133 (27.1) | 196 (39.9) |
| | ร้านนอกเครือข่าย | 254 | 109 (42.9) | 62 (24.4) | 83 (32.7) |
| ชา | ร้านในเครือข่าย | 239 | 162 (67.8) | 62 (25.9) | 15 (6.3) |
| | ร้านนอกเครือข่าย | 156 | 105 (67.3) | 45 (28.8) | 6 (3.8) |
| มัทจะ | ร้านในเครือข่าย | 17 | 9 (52.9) | 1 (5.9) | 7 (41.2) |
| | ร้านนอกเครือข่าย | 27 | 18 (66.7) | 3 (11.1) | 6 (22.2) |
| ช็อกโกแลตและมอลต์ | ร้านในเครือข่าย | 40 | 15 (37.5) | 21 (52.5) | 4 (10.0) |
| | ร้านนอกเครือข่าย | 42 | 26 (61.9) | 15 (35.7) | 1 (2.4) |
| นม | ร้านในเครือข่าย | 17 | 13 (76.5) | 3 (17.6) | 1 (5.9) |
| | ร้านนอกเครือข่าย | 10 | 9 (90.0) | 1 (10.0) | 0 (0.0) |
| เครื่องดื่มผลไม้ | ร้านในเครือข่าย | 27 | 21 (77.8) | 6 (22.2) | 0 (0.0) |
| | ร้านนอกเครือข่าย | 15 | 13 (86.7) | 1 (6.7) | 1 (6.7) |
| เครื่องดื่มโซดา | ร้านในเครือข่าย | 12 | 12 (100.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| | ร้านนอกเครือข่าย | 31 | 30 (96.8) | 1 (3.2) | 0 (0.0) |
| อื่นๆ | ร้านในเครือข่าย | 52 | 16 (30.8) | 19 (36.5) | 17 (32.7) |
| | ร้านนอกเครือข่าย | 56 | 28 (50.0) | 22 (39.3) | 6 (10.7) |
| รวมทุกประเภท | ร้านในเครือข่าย | 895 | 410 (45.8) | 245 (27.4) | 240 (26.8) |
| | ร้านนอกเครือข่าย | 591 | 338 (57.2) | 150 (25.4) | 103 (17.4) |

การวิเคราะห์ปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มแต่ละประเภท พบความแตกต่างอย่างมากของปริมาณน้ำตาลระหว่างกลุ่มเครื่องดื่ม โดยกลุ่มเครื่องดื่มผสมโซดามีค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำตาลสูงที่สุดที่ 37.1 กรัมต่อแก้ว หรือ 6.4 กรัมต่อ 100 มล. ตามด้วยกลุ่มผลไม้และน้ำผลไม้ ที่พบปริมาณ 31.7 กรัมต่อแก้ว หรือ 5.5 กรัมต่อ 100 มล. ส่วนกลุ่มนมมีค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำตาล 24.8 กรัมต่อแก้วหรือ 5.5 กรัมต่อ 100 มล. รองลงมาคือกลุ่มอื่นๆ 24.3 กรัมต่อแก้ว หรือ 5.3 กรัมต่อ 100 มล. ส่วนกลุ่มชาที่มีค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำตาล 23.9 กรัมต่อแก้วหรือ 4.7 กรัมต่อ 100 มล. กลุ่มชาเขียวและมัทฉะ มีค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำตาล 22.6 กรัมต่อแก้ว หรือ 4.5 กรัมต่อ 100 มล. กลุ่มช็อกโกแลตและมอลต์ มีค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำตาลที่ 21.4 กรัมต่อแก้วแต่กลับมีค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำตาล 5.1 กรัมต่อ 100 มล. ในขณะที่กลุ่มกาแฟมีค่าน้ำตาลเฉลี่ยต่ำที่สุด 20.0 กรัมต่อแก้ว แต่ก็มีค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำตาล 4.7 กรัมต่อ 100 มล. อย่างไรก็ตาม ปริมาณน้ำตาลที่ได้รับต่อแก้วไม่ว่าจะเป็นเครื่องดื่มประเภทใดก็ยังมีปริมาณที่เกินเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดให้ที่ 2 ช้อนชา (8 กรัม) ต่อคนต่อแก้ว ดังตารางที่ 4

เมื่อพิจารณาช่วงของค่าน้ำตาล พบว่า กลุ่มกาแฟและกลุ่มชามีความแปรปรวนสูงที่สุด โดยมีค่าต่ำสุดถึงสูงสุด อยู่ที่ 0-84 กรัม ส่วนกลุ่มผลไม้และน้ำผลไม้มีค่าต่ำสุดถึงสูงสุดที่ 11-62 กรัม กลุ่มเครื่องดื่มผสมโซดา มีค่าอยู่ในช่วง 24-58 กรัม กลุ่มช็อกโกแลตและมอลต์มีค่าระหว่าง 8-33 กรัม โดยทุกประเภทเครื่องดื่มมีค่าสูงสุดที่เกินกว่าปริมาณน้ำตาลที่แนะนำต่อวัน

เมื่อแยกวิเคราะห์เป็นปริมาณน้ำตาลเฉลี่ยต่อแก้วตามขนาดของแก้ว (มิลลิลิตร) ในเครื่องดื่มแต่ละประเภท สามารถแจกแจงได้ ดังตารางที่ 5 โดยพบว่า การวิเคราะห์ปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มประเภทต่างๆ พบความสัมพันธ์เชิงบวก ระหว่างขนาดแก้วกับปริมาณน้ำตาล โดยแก้วขนาด 660 มล. มีปริมาณน้ำตาลสูงที่สุดถึง 84 กรัม ในเครื่องดื่มประเภทกาแฟและชา เครื่องดื่มผสมโซดา มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสูงที่สุด 42.13 กรัม/แก้ว 660 มล. รองลงมาคือน้ำผลไม้ 35.91 กรัม/แก้ว 480 มล. ขณะที่เครื่องดื่มประเภทกาแฟ มีความแปรปรวนของปริมาณน้ำตาลมากที่สุด 0-84 กรัม แม้แต่เครื่องดื่มที่ถูกมองว่าเพื่อสุขภาพ เช่น เครื่องดื่มประเภทผลไม้และน้ำผลไม้ เครื่องดื่มประเภทนม พบว่ามีปริมาณน้ำตาลในปริมาณที่สูง แม้แต่ชาเขียวและมัทฉะ ก็ยังมีปริมาณน้ำตาลที่สูงเกินเกณฑ์ที่ควรได้รับ

โดยพบว่าการวิเคราะห์ปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มประเภทต่างๆ พบความสัมพันธ์เชิงบวก ระหว่างขนาดแก้วกับปริมาณน้ำตาล โดยแก้วขนาด 660 มล. มีปริมาณน้ำตาลสูงที่สุดถึง 84 กรัม ในเครื่องดื่มประเภทกาแฟและชา เครื่องดื่มผสมโซดา มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสูงที่สุด 42.13 กรัม/แก้ว 660 มล. รองลงมาคือ น้ำผลไม้ 35.91 กรัม/แก้ว 480 มล. ขณะที่เครื่องดื่มประเภทกาแฟ มีความแปรปรวนของปริมาณน้ำตาลมากที่สุด 0-84 กรัม เครื่องดื่มที่ถูกมองว่าเพื่อสุขภาพ เช่น เครื่องดื่มประเภทผลไม้และน้ำผลไม้ เครื่องดื่มประเภทนม พบว่ามีปริมาณน้ำตาลในปริมาณที่สูง แม้แต่ชาเขียวและมัทฉะ ก็ยังมีปริมาณน้ำตาลที่สูงเกินเกณฑ์ที่ควรได้รับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปริมาณน้ำตาลแยกตามประเภทเครื่องดื่ม (ทุกขนาดแก้ว)

| ประเภทเครื่องดื่ม | จำนวนตัวอย่าง (n) (491) | ค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำตาล (กรัม/แก้ว) | ค่าความเข้มข้นน้ำตาล (กรัม/100มล.) |
|--------------------|-------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| กาแฟ | 225 | 20.0 | 4.7 |
| ชา | 71 | 23.9 | 4.7 |
| ชาเขียวและมัทฉะ | 72 | 22.6 | 4.5 |
| ช็อกโกแลตและมอลต์ | 36 | 21.4 | 5.1 |
| นม | 20 | 24.8 | 5.5 |
| ผลไม้และน้ำผลไม้ | 29 | 31.7 | 5.5 |
| เครื่องดื่มผสมโซดา | 14 | 37.1 | 6.4 |
| อื่นๆ | 24 | 24.3 | 5.3 |

ตารางที่ 5 ข้อมูลปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มประเภทต่างๆ จำแนกตามขนาดแก้ว

| ขนาดแก้ว (มิลลิลิตร) | ข้อมูลทั่วไป | จำนวน แก้ว (n) | ค่าสูงสุด (กรัม/แก้ว) | ค่าสูงสุด (กรัม/แก้ว) | ค่าสูงสุด (กรัม/แก้ว) |
|-------------------------|--------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 120 | กาแฟ | 6 | 21.0 | 0 | 32 |
| 180 | กาแฟ | 15 | 12.7 | 4 | 43 |
| | ชา | 2 | 4.0 | 4 | 4 |
| | ซีอกโกแลตและมอลต์ | 1 | 20.0 | 20 | 20 |
| | นม | 3 | 16.7 | 13 | 22 |
| 210 | กาแฟ | 1 | 8.0 | 8 | 8 |
| 240 | กาแฟ | 19 | 17.5 | 6 | 32 |
| | ชา | 2 | 25.0 | 21 | 29 |
| | ชาเขียวและมัทฉะ | 6 | 18.3 | 8 | 29 |
| | ซีอกโกแลตและมอลต์ | 4 | 24.0 | 19 | 29 |
| | นม | 1 | 9.0 | 9 | 9 |
| 360 | กาแฟ | 1 | 22.0 | 22 | 22 |
| | ชา | 1 | 20.0 | 20 | 20 |
| | ผลไม้และน้ำผลไม้ | 1 | 11.0 | 11 | 11 |
| 420 | กาแฟ | 22 | 18.1 | 0 | 32 |
| | ชา | 8 | 21.4 | 13 | 37 |
| | ชาเขียวและมัทฉะ | 6 | 23.8 | 20 | 30 |
| | ซีอกโกแลตและมอลต์ | 2 | 13.0 | 13 | 13 |
| | นม | 3 | 17.7 | 10 | 30 |
| | ผลไม้และน้ำผลไม้ | 5 | 29.0 | 23 | 49 |
| 480 | กาแฟ | 86 | 21.7 | 8 | 63 |
| | ชา | 19 | 25.1 | 11 | 62 |
| | ชาเขียวและมัทฉะ | 28 | 24.5 | 10 | 58 |
| | ซีอกโกแลตและมอลต์ | 14 | 19.4 | 8 | 30 |
| | นม | 10 | 26.6 | 15 | 47 |
| | ผลไม้และน้ำผลไม้ | 11 | 35.9 | 11 | 62 |
| | เครื่องดื่มผสมโซดา | 6 | 30.3 | 24 | 58 |

ตารางที่ 5 ข้อมูลปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มประเภทต่างๆ จำแนกตามขนาดแก้ว (ต่อ)

| ขนาดแก้ว (มิลลิลิตร) | ข้อมูลทั่วไป | จำนวนแก้ว (n) | ค่าสูงสุด (กรัม/แก้ว) | ค่าสูงสุด (กรัม/แก้ว) | ค่าสูงสุด (กรัม/แก้ว) |
|----------------------|--------------------|---------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 600 | กาแฟ | 6 | 10.3 | 0 | 18 |
| | ชา | 5 | 18.4 | 17 | 24 |
| | ชาเขียวและมัทฉะ | 4 | 18.5 | 17 | 23 |
| | ผลไม้และน้ำผลไม้ | 1 | 33.0 | 33 | 33 |
| 660 | กาแฟ | 69 | 21.5 | 8 | 84 |
| | ชา | 34 | 25.7 | 12 | 84 |
| | ชาเขียวและมัทฉะ | 28 | 22.0 | 18 | 33 |
| | ซีอกโกแลตและมอลต์ | 15 | 23.9 | 16 | 33 |
| | นม | 3 | 39.3 | 34 | 42 |
| | ผลไม้และน้ำผลไม้ | 11 | 30.5 | 20 | 50 |
| | เครื่องดื่มผสมโซดา | 8 | 42.1 | 33 | 50 |

วิจารณ์

ผลการศึกษานี้พบว่า ร้านกาแฟและเครื่องดื่มในเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานมีสัดส่วนการจำหน่ายเครื่องดื่มสูตรน้ำตาลต่ำ (หวานน้อยและไม่หวาน) สูงกว่าร้านนอกเครือข่าย อย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 54.2 เทียบกับร้อยละ 42.8) ซึ่งสะท้อนให้เห็นผลของการปรับสภาพแวดล้อมในร้าน เช่น การมีป้ายแสดงระดับความหวาน การถามลูกค้าว่า “หวานน้อยไหมคะ/ครับ” และการมีเมนูหวานน้อยให้เลือกหลากหลาย เป็นการใช้กลวิธีจูงใจอย่างอ่อน (nudge strategy) ตามแนวคิดของ Thaler และ Sunstein⁽⁹⁾ ที่เน้นการออกแบบสภาพแวดล้อม เพื่อชี้นำผู้บริโภคสู่ทางเลือกที่ดีต่อสุขภาพโดยไม่จำกัดเสรีภาพในการเลือก ซึ่งสอดคล้องกับหลักการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (supportive environments for health) ตาม Ottawa Charter for Health Promotion⁽¹⁰⁾

อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่ต้องพิจารณาอย่างรอบคอบคือ แม้ร้านนอกเครือข่าย จะไม่ได้เข้าร่วมโครงการ แต่ก็

ยังมีสัดส่วนการสั่งเครื่องดื่มน้ำตาลต่ำสูงถึงร้อยละ 42.8 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมการสั่งหวานน้อยของผู้บริโภคไม่ได้เกิดจากการเข้าร่วมโครงการเครือข่าย เพียงปัจจัยเดียว แต่ยังได้รับอิทธิพลจากกระแสสังคม (social trend) ของการดูแลสุขภาพและลดการบริโภคน้ำตาลที่กำลังแพร่หลายในสังคมไทยและสังคมโลก รายงานของ LINE MAN Wongnai พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของคำสั่งซื้อเครื่องดื่มออนไลน์เลือกลดความหวาน⁽¹²⁾ ขณะที่ในระดับนานาชาติ องค์การอนามัยโลกได้เรียกร้องให้ประเทศสมาชิกดำเนินมาตรการลดการบริโภคน้ำตาลอิสระ (free sugars) อย่างต่อเนื่อง⁽²⁾ ดังนั้น การวิจารณ์ผลการศึกษานี้จึงต้องระมัดระวังการกล่าวอ้างเกินจริง ว่าผลที่พบเป็นเพียงผลของโครงการเครือข่าย เพียงอย่างเดียว

แม้กระนั้น โครงการเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานก็มีบทบาทสำคัญในการเป็นแรงเสริม (reinforcing force) ที่ช่วยขับเคลื่อนกระแสดังกล่าว ผลการดำเนินงานในปีพ.ศ. 2565 พบว่า ร้อยละ 87.5 ของร้านในเครือข่ายสอบถามลูกค้าเป็นประจำว่าต้องการเครื่องดื่มหวานน้อยหรือไม่ และร้อยละ 65.4 มีป้ายให้เลือกระดับความหวาน⁽¹¹⁾

ซึ่งเป็นการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลือกหวานน้อย ได้อย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ กรมอนามัยยังได้ร่วมกับภาคเอกชนในการขยายแนวคิด “หวานน้อยสั่งได้” ผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์⁽¹³⁾ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโครงการฯ มีส่วนในการสร้างและรักษากระแสสังคมด้านการลดน้ำตาล แม้ว่าไม่ใช่ปัจจัยเดียวที่กำหนดพฤติกรรมผู้บริโภค

ประเด็นที่น่าเป็นห่วงที่สุดจากการศึกษานี้คือ แม้ผู้บริโภคจะสั่งเครื่องดื่มสูตรหวานน้อย ปริมาณน้ำตาลเฉลี่ยในสูตรหวานน้อยยังคงสูงกว่าเกณฑ์ที่ สสส. และภาคีเครือข่ายรณรงค์ไว้ที่ไม่เกิน 2 ช้อนชา (8 กรัม) ต่อแก้ว นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาขนาดแก้ว พบว่า เครื่องดื่มขนาดใหญ่ (660 มล.) เกือบทุกประเภทมีปริมาณน้ำตาลเกินคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก 24 กรัม/วัน⁽²⁾ ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบในงานวิจัยของ Gillespie และคณะ ที่ชี้ว่าเครื่องดื่มขงสำเร็จในร้านกาแฟมักมีปริมาณน้ำตาลสูงกว่าที่ผู้บริโภครับรู้⁽¹⁴⁾ ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่าการชักชวนร้านเข้าร่วมโครงการเพียงอย่างเดียวยังไม่เพียงพอ หากไม่มีการกำหนดมาตรฐานปริมาณน้ำตาลในสูตรหวานน้อยที่ชัดเจนและตรวจสอบได้

จากผลการศึกษานี้ มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สำคัญ 2 ประการ ประการแรก จำเป็นต้องมีการกำหนดมาตรฐาน

ปริมาณน้ำตาลสูงสุดในสูตรหวานน้อยของเครื่องดื่มทุกประเภทที่ให้บริการในร้าน ไม่ใช่เพียงการชักชวนให้ร้านมีตัวเลือกหวานน้อย ซึ่งสอดคล้องกับหลักการ Social Marketing ของ Kotler และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่เน้นว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระดับสังคมต้องมีทั้งการส่งเสริม (promotion) และการปรับโครงสร้างสิ่งแวดล้อม (structural change) ประการที่สอง ร้านกาแฟและเครื่องดื่มที่เข้าร่วมเครือข่ายฯ ควรได้รับการสนับสนุนให้ฝึกอบรมผู้ชงเครื่องดื่มและออกแบบสูตรหวานน้อยที่มีปริมาณน้ำตาลไม่เกิน 8 กรัมต่อแก้วอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้บริโภคที่ต้องการดูแลสุขภาพได้รับประโยชน์อย่างแท้จริง ตามแนวคิด Health Belief Model ที่เน้นการรับรู้ประโยชน์ (perceived benefits) เป็นแรงขับเคลื่อนพฤติกรรมสุขภาพ⁽¹⁶⁾

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน มูลนิธิทันต-สาธารณสุข และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ได้สนับสนุนงบประมาณในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. การสำรวจติดตามพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีรสหวานและเครื่องดื่มที่ได้ผลทางเลือกสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 15 ส.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: https://ipsr.mahidol.ac.th/post_research/sweetend-beverage-healthier-choice/
2. World Health Organization. Guideline: sugars intake for adults and children [Internet]. 2015 [cited 2025 Aug 15]. Available from: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/4be74f01-de93-4596-bbd1-02a97afb1221/content>
3. Harris E. Study: no more than 6 teaspoons of added sugar per day. JAMA [Internet]. 2023 [cited 2025 Aug 15];329(18):1543. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37075243/>
4. Huang Y, Chen Z, Chen B, Li J, Yuan X, Li J, et al. Dietary sugar consumption and health: umbrella review. BMJ [Internet]. 2023 [cited 2025 Aug 15];381:e071609. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37019448/>
5. World Cancer Research Fund. Diet, nutrition, physical activity and pancreatic cancer [Internet]. 2024 [cited 2025 Aug 15]. Available from: <https://www.wcrf.org/wp-content/uploads/2024/10/pancreatic-cancer-report.pdf>
6. Centers for Disease Control and Prevention. Get the facts: sugar-sweetened beverages and consumption [Internet]. 2023 [cited 2025 Aug 15]. Available from: <https://www.cdc.gov/nutrition/php/data-research/sugar-sweetened-beverages.html>
7. Wikipedia. Sweetened beverage [Internet]. [cited 2025 Aug 15]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Sweetened_beverage
8. Wikipedia. Diet and obesity [Internet]. [cited 2025 Aug 15]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Diet_and_obesity
9. แนวหน้า. เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน จัดแคมเปญ “หวานน้อยสั่งได้” ดึงร้านกาแฟเข้าร่วมกว่า 400 ร้าน [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 15 ส.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.naewna.com/local/649612>
10. Todayvariety. เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน เยี่ยมศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านบึงคล้า จ.บึงกาฬ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 15 ส.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <http://www.todayvariety.com/2022/04/blog-post.html>
11. มัณฑนา ฉวรรณกุล, คันสนีย์ รัชชกุล. โครงการประเมินผลการดำเนินงานร้านกาแฟและเครื่องดื่มอ่อนหวานในเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน. กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน; 2566.
12. LINE MAN Wongnai. LINE MAN Wongnai ชี้เทรนด์หวานน้อยมาแรง! ยอดออเดอร์เครื่องดื่มเกินครึ่งเลือกสั่งลดหวาน [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 15 ส.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://shorturl.asia/4fHCi>
13. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กรมอนามัย จับมือ Robinhood ผนึกกำลังคนไทย เลือกสั่ง “หวานน้อยสั่งได้ – เมนูสุขภาพ” [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 15 ม.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://anamai.moph.go.th/th/news-anamai/43262>
14. Gillespie KM, Kems E, White MJ, Bartlett SE. The impact of free sugar on human health: a narrative review. Nutrients 2023;15(4):889.
15. Kotler P, Roberto N, Lee N. Social marketing: improving the quality of life. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2002.
16. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. Health Educ Q 1988;15(2):175-83.

A Comparative Analysis of Sugar Content in Beverages and Merchandising Patterns between Sweet Enough Network-Affiliated and Non-Affiliated Establishments

Mantana Chawannakul¹, Piyada Prasertsom², Sunsanee Rajchagool³, Chantana Ungchusak³, Oraunee Thanprasit⁴, Sutee Suksudaj⁵

¹ School of Dentistry, King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang

² Faculty of Dentistry, Siam University

³ Department of Health, Ministry of Public Health

⁴ Ratchaburi Tooth Lover Club, Ratchaburi Province, Thailand

⁵ Faculty of Dentistry, Thammasat University

Abstract

Excessive sugar intake from beverages is a major public health concern. This study aimed to examine sugar content in beverages at different sweetness levels (regular, extra sweet, less sweet, no sugar) between Sweet Enough Network-affiliated and Non-affiliated establishments. An analytical cross-sectional study was conducted in four regions of Thailand, selecting two provinces per region by systematic sampling. Data were collected from 16 shops (8 in-network, 8 out-of-network), covering 491 beverage items purchased by 1,486 participants. Descriptive and analytical statistics were applied. It was found that the mean sugar content of regular recipes was 22.6 g/cup. In-network shops had lower average sugar than out-of-network shops (21.8 g vs. 23.4 g). Choosing less sweet or no sugar reduced sugar by an average of 10.7 g/cup. However, the less-sweet option still exceeded the recommended threshold of ≤ 8 g (2 teaspoons) per cup. In-network shops offered a higher proportion of low-sugar beverages (54.2% vs. 42.8%), particularly in coffee and chocolate categories. In conclusion, participation in Sweet Enough Network was positively associated with the availability and purchase of low-sugar beverages. Regulatory measures are needed to ensure all coffee and beverage shops provide standardized less-sweet options that meet health guidelines.

Keywords: sugar reduction; coffee shops; health promotion

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการทำงานกับพฤติกรรมสุขภาพและโรคไม่ติดต่อในกรุงเทพมหานคร

จิรพันธ์ ทิพงษ์¹, จินตนา จันทร์โคตรแก้ว¹, อรทัย วลีวงศ์²

¹มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ จังหวัดนนทบุรี

²กองการต่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการทำงานกับพฤติกรรมสุขภาพและความชุกของโรคไม่ติดต่อ (non-communicable diseases; NCDs) ในกลุ่มวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร วิธีการศึกษาใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชากรปี พ.ศ. 2564 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ multiple logistic regression โดยกลุ่มตัวอย่างคือประชากรวัยทำงานอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร (n=6,271) ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มอาชีพช่างเทคนิคในโรงงาน หรือช่างฝีมือ และผู้ใช้แรงงาน หรืองานก่อสร้าง หรือเกษตรกรรมมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพมากที่สุด โดยมีความชุกการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่นๆ กลุ่มอาชีพช่างเทคนิคในโรงงานหรือช่างฝีมือ มีโอกาสจะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1.39 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มข้าราชการ หรือเสมียน หรือพนักงานออฟฟิศ (AOR: 1.39; 95%CI: 1.11-1.75) และผู้ใช้แรงงาน หรืองานก่อสร้าง หรือเกษตรกรรม มีโอกาสที่จะสูบบุหรี่ 1.40 เท่า (AOR: 1.40; 95%CI: 1.01-1.93) เมื่อเทียบกับกลุ่มเดียวกัน นอกจากนี้พบว่า กลุ่มผู้ว่างงานที่ส่วนใหญ่เป็นวัยเกษียณอายุมีแนวโน้มของการมีโรคไม่ติดต่อบ่อยที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอาชีพอื่นๆ สรุปลักษณะการทำงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและโรคไม่ติดต่อ กลุ่มที่ใช้แรงงานหนักมีแนวโน้มมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพสูง โดยเฉพาะการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ การศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ว่างงานมีความเสี่ยงด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อ ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนามาตรการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มอาชีพและลักษณะการทำงานเพื่อลดความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อ

คำสำคัญ: ลักษณะงาน; พฤติกรรมสุขภาพ; โรคไม่ติดต่อ; กรุงเทพมหานคร

วันรับ: 2 ม.ค. 2569

วันแก้ไข: 8 ก.พ. 2569

วันตอบรับ: 11 ก.พ. 2569

บทนำ

โรคไม่ติดต่อ (non-communicable diseases; NCDs) เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตกว่า 43 ล้านคนต่อปี หรือร้อยละ 75 ของสาเหตุการเสียชีวิตที่ไม่เกี่ยวกับโรคติดต่อในปี พ.ศ. 2563 และร้อยละ 73 ของการเสียชีวิตเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง⁽¹⁾ โดยในปี

พ.ศ. 2564 การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อบนประชากรทั่วโลกพบมากในกลุ่มอายุ 30-69 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มวัยทำงานประมาณร้อยละ 38 หรือเท่ากับ 16 ล้านคน⁽²⁾ เช่นเดียวกับสถานการณ์ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2562 พบว่า มีประชากรเสียชีวิตเป็นอันดับต้นและพบมากในกลุ่มอายุ 45 ปีขึ้นไป โดยโรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงสุดที่เกิดจากการพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

อันดับต้นๆ ทั้งในเพศชายและเพศหญิง⁽³⁾ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงหลักทางสุขภาพ เช่น น้ำตาลในเลือดสูง การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนล้วนเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อดังกล่าวและพบได้บ่อยโดยเฉพาะในคนไทยวัยทำงาน⁽⁴⁾ ทั้งนี้ พบว่าผู้ใหญ่วัยทำงานอายุระหว่าง 20-65 ปี 1 ใน 11 คนเป็นโรคเบาหวาน และร้อยละ 50 ของคนเหล่านี้ไม่ทราบถึงภาวะสุขภาพของตนเอง⁽⁵⁾ อย่างไรก็ตาม สาเหตุเหล่านี้ไม่เพียงแต่มาจากปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมเท่านั้น แต่ยังคงสัมพันธ์กับปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพของบุคคล อาทิ เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม หรือระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการกำหนดความเสี่ยงทางสุขภาพและความรุนแรงของการเป็นโรคไม่ติดต่อ

หนึ่งในปัจจัยหลักทางสังคมที่ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อคือ สถานะ ลักษณะ และสภาพแวดล้อมการทำงาน เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อ โดยการทำงานสามารถส่งผลต่อสุขภาพได้หลายวิธี ไม่ว่าจะเป็นลักษณะการทำงาน สถานะการจ้างงาน⁽⁶⁾ สภาพแวดล้อมการทำงาน รายได้และสวัสดิการ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงและอันตรายในสถานที่ทำงาน เช่น การทำงานที่ไม่ค่อยได้เคลื่อนไหว ความเครียดจากการทำงาน การสัมผัสกับสารก่อมะเร็ง การทำงานเป็นกะ และสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวย⁽⁷⁾ อาจทำให้เกิดหรือทำให้โรคไม่ติดตอรุนแรงขึ้นและนำไปสู่การเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น⁽⁸⁾ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความแตกต่างของปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ รวมถึงอาชีพยังคงสะท้อนสถานะทางสังคมที่ส่งผลต่อความแตกต่างของการเข้าถึงทรัพยากรด้านสุขภาพ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ⁽⁹⁾

ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นเขตเมืองที่มีการเติบโตอย่างรวดเร็วอันเนื่องมาจากการเป็นศูนย์กลางทางเศรษฐกิจของประเทศ มีลักษณะการทำงานที่เสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2567 พบว่ามีประชากรวัยแรงงานอายุ 15 ปีขึ้นไป กว่า 7.8 ล้านคน โดยมีผู้ที่มิงานทำมากกว่า 5.7 ล้านคน และมากกว่า 4 ล้านคนทำงานตั้งแต่ 35 ชั่วโมงขึ้นไปต่อสัปดาห์⁽¹⁰⁾ ปัจจัยดังกล่าวอาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพและรูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวัน

โดยเฉพาะพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ ทั้งนี้ ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568⁽¹¹⁾ พบว่า กรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่พบการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มวัยรุ่นสูงที่สุด และมีความชุกของการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอเพิ่มขึ้นอย่างมาก (จากร้อยละ 39 ในปี พ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 47 ในปี พ.ศ. 2568) อีกทั้งวัยทำงานส่วนใหญ่รับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อต่อวัน และกรุงเทพมหานครยังมีสัดส่วนของการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับภูมิภาคอื่นๆ

การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การศึกษาสถานะการทำงาน (มิงานทำ/ว่างงาน) ลักษณะของงานที่มุ่งเน้นอธิบายทักษะของอาชีพนั้นๆ และอาชีพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ และโรคไม่ติดต่อ ยกตัวอย่างเช่น ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า ภาวะความเครียดที่เกิดจากการทำงาน มีโอกาสที่จะเป็นเบาหวานประมาณ 1.28 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะความเครียดจากการทำงาน⁽¹²⁾ การศึกษาในประเทศไทยที่ศึกษาประชากรวัยทำงานในกรุงเทพฯ โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาชีพที่สะท้อนลักษณะเศรษฐกิจและสังคม เช่น กลุ่มว่างงาน กลุ่มเสมียน และช่างเทคนิค และกลุ่มแรงงานที่มีทักษะและไม่มีทักษะกับการมีโรคไม่ติดตอที่รายงานด้วยตัวเอง การมีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน และพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ บริโภคอาหารที่ไม่ดี บริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ การมีกิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมเนือยนิ่ง ซึ่งพบว่า ทุกกลุ่มอาชีพมีโอกาสมีพฤติกรรมเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มว่างงาน โดยเฉพาะการดื่มแอลกอฮอล์และมีความเสี่ยงด้านการรับประทานอาหารสูงกว่าประมาณ 3 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มว่างงาน⁽⁸⁾ อย่างไรก็ตาม แม้การศึกษาที่ผ่านมามักจำแนกอาชีพในเชิงทักษะหรือสถานะการจ้างงานซึ่งช่วยอธิบายความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพตามลักษณะเศรษฐกิจและสังคมได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังคงสะท้อนบริบท/สภาพแวดล้อมการทำงานได้ไม่ชัดเจน ทั้งที่ลักษณะการทำงานและสภาพแวดล้อมตลอดจนปัจจัยเสี่ยงและอันตรายในสถานที่ทำงานมักนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและส่งผลต่อความรุนแรงของโรคไม่ติดตอที่มากขึ้นหรือเพิ่มความเสี่ยงการเสียชีวิตได้

ดังนั้น การศึกษานี้จึงจัดกลุ่มอาชีพใหม่จากข้อมูลอาชีพเดิม โดยอ้างอิงการจำแนกประเภทกลุ่มอาชีพขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labor Organization; ILO)⁽¹³⁾ และพิจารณาลักษณะการทำงานร่วมด้วย เช่น ลักษณะงาน การใช้แรง และสถานที่ทำงาน เพื่อให้กลุ่มอาชีพสะท้อนรูปแบบการทำงานที่แตกต่างกันทั้งงานนอกและในระบบ ตลอดจนสภาพแวดล้อมการทำงานที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพและความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อที่ต่างกัน ด้วยเหตุนี้ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการทำงานกับพฤติกรรมสุขภาพและความชุกของโรคไม่ติดต่อในกลุ่มวัยทำงาน กรุงเทพมหานคร

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชากร ปี พ.ศ. 2564 สำนักงานสถิติแห่งชาติ⁽¹⁴⁾ โดยข้อมูลการสำรวจดังกล่าวดำเนินการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional survey) ใช้แผนการการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นสองขั้นตอน (stratified two-stage sampling) โดยกำหนดกรุงเทพมหานครและจังหวัดเป็นชั้นภูมิ (stratum) รวมทั้งหมด 77 ชั้นภูมิ และในแต่ละชั้นภูมิแบ่งเป็น 2 ชั้นภูมีย่อยตามลักษณะการปกครองของกรมการปกครอง คือ ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล สำหรับกรุงเทพมหานครซึ่งมี 50 เขต ถือเป็น 1 ชั้นภูมิและแบ่งชั้นภูมีย่อยตามลักษณะการปกครองเช่นเดียวกัน และขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างดำเนินการ 2 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การสุ่มเลือกเขตแดนนับจากแต่ละชั้นภูมีย่อยด้วยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบตามขนาด และ (2) การสุ่มเลือกครัวเรือนตัวอย่างจำนวน 16 ครัวเรือนต่อเขตแดนนับจากบัญชีรายชื่อครัวเรือนด้วยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ ซึ่งการเลือกครัวเรือนตัวอย่าง ได้มีการจัดเรียงรายชื่อครัวเรือนส่วนบุคคลใหม่ตามขนาดครัวเรือน โดยวัดด้วยจำนวนสมาชิกในครัวเรือน จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 การสำรวจครอบคลุมครัวเรือน

ทั่วประเทศ 84,000 ครัวเรือน (n=207,191) โดยในการศึกษานี้คัดเลือกเฉพาะผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์จำนวน 6,271 คน

ตัวแปรต้น

ตัวแปรต้นในการศึกษานี้คือ ลักษณะการทำงาน ซึ่งวัดจากข้อคำถามเกี่ยวกับอาชีพหลักของผู้ตอบแบบสอบถามในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยในการศึกษานี้ได้มีการจัดประเภทใหม่ตามการจำแนกประเภทกลุ่มอาชีพขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ⁽¹³⁾ ร่วมกับการพิจารณาลักษณะการทำงาน ได้แก่ ระดับทักษะที่ใช้ในการทำงาน การใช้แรงกาย และบริบทสถานที่ทำงาน เพื่อสะท้อนความแตกต่างของสภาพแวดล้อมการทำงานที่อาจสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและโรคไม่ติดต่อ จากนั้นจัดกลุ่มอาชีพใหม่เป็น 6 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มผู้ขายสินค้า/บริการในตลาดและริมบาทวิถี โดยเป็นกลุ่มที่มีลักษณะการทำงานค้าขายในพื้นที่สาธารณะหรือพื้นที่สำหรับค้าขายโดยเฉพาะ เช่น ผู้จำหน่ายสินค้าตามถนน แผงลอยและตลาด ผู้จำหน่ายสินค้าหรือพนักงานช่วยขายในร้านค้า หรือผู้ให้บริการตามถนน เป็นต้น กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มพนักงานและลูกจ้างในสถานประกอบการ โดยเป็นกลุ่มที่มีลักษณะการทำงานในรูปแบบของการบริการในสถานประกอบการหรือบริการต่างๆ เช่น พนักงานการค้าและบริการอื่นๆ พนักงานส่วนบุคคล มัคคุเทศก์ พ่อครัว/แม่ครัว พนักงานดูแลงานบ้าน/แม่บ้าน หรือคนงานรับจ้างทั่วไป เป็นต้น กลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มช่างเทคนิคในโรงงาน/ช่างฝีมือ โดยเป็นกลุ่มที่มีลักษณะการทำงานในการใช้ทักษะ ฝีมือ และแรงงานในการทำงาน เช่น ผู้ปฏิบัติงานขับเคลื่อนยานยนต์ ช่างไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์หรือช่างงานฝีมืออื่นๆ หรือผู้ปฏิบัติการเครื่องจักรในโรงงาน เป็นต้น กลุ่มที่ 4 คือ กลุ่มผู้ใช้แรงงาน/คนงานก่อสร้าง/งานเกษตรกรรม โดยเป็นกลุ่มที่มีลักษณะการทำงานในการใช้แรงงานเป็นหลัก เช่น ช่างหรือคนงานก่อสร้าง ช่างโลหะและเครื่องจักรต่างๆ คนงานด้านการเกษตร ประมงและป่าไม้ เป็นต้น กลุ่มที่ 5 คือ กลุ่มข้าราชการ/เสมียน/พนักงานออฟฟิศ โดยเป็นกลุ่มที่มีลักษณะการทำงานในการใช้ทักษะและฝีมือ เช่น ข้าราชการ ผู้จัดการ ผู้ประกอบวิชาการด้านต่างๆ หรือเสมียน เป็นต้น และกลุ่มที่ 6 คือ กลุ่มผู้ว่างงาน ซึ่งหมายถึง

ผู้ที่มิได้ประกอบอาชีพใดๆ ในช่วงเวลาสำรวจ ยกเว้นนักเรียนหรือนักศึกษา โดยการจัดกลุ่มดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สะท้อนลักษณะโครงสร้างงานและบริบทการทำงานที่แตกต่างกันอย่างชัดเจนสำหรับกรณีวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพในประชากรวัยทำงาน

ตัวแปรตาม

ตัวแปรตามหลักของการศึกษานี้คือ การมีโรคไม่ติดต่อ โดยนิยามว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีอย่างน้อย 1 โรค ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวานหรือภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ไชมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดเรื้อรัง หรือโรคมะเร็ง นอกจากนี้ การศึกษายังวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ ตามกรอบปัจจัยเสี่ยงขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มแอลกอฮอล์แบบหนัก (binge drinking) และการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอเพื่ออธิบายกลไกความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการทำงานกับการเกิดโรคไม่ติดต่อ โดยกำหนดให้การสูบบุหรี่ปัจจุบันหมายถึงการสูบบุหรี่ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปัจจุบัน หมายถึง การดื่มในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา การดื่มแอลกอฮอล์แบบหนัก หมายถึง การดื่มตั้งแต่ 5 ดื่มมาตรฐานขึ้นไปต่อวัน ซึ่งสะท้อนระดับความเสี่ยงสูงต่อโรคเรื้อรัง และการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ หมายถึง การบริโภคผักน้อยกว่า 6 ทัพพีต่อวัน และผลไม้ไม่ต่ำกว่า 2 ส่วนต่อวัน

ตัวแปรควบคุม

ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพแยกตามลักษณะประชากรและลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม ประกอบด้วยเพศ (จำแนกเป็นเพศหญิงและเพศชาย) กลุ่มอายุ (จำแนกเป็น 15-19, 20-24, 25-44, 45-59 และ 60 ปีขึ้นไป) ระดับการศึกษา (จำแนกเป็นระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย และปริญญาตรีหรือสูงกว่า) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (จำแนกเป็นน้อยกว่า 5,001, 5,001-15,000, 15,001-30,000, 30,001-50,000 และมากกว่า 50,000 บาท) และสถานภาพ (จำแนกเป็นโสด สมรส และหย่า หรือแยกกันอยู่หรือสถานภาพไม่ชัดเจน)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษานี้ การจัดการข้อมูลที่ขาดหาย (missing data) ดำเนินการโดยวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลครบ โดยตัวแปรการบริโภคผักและผลไม้มีข้อมูลที่ขาดหายจำนวน 20 ตัวอย่าง และการมีโรคไม่ติดต่อ 176 ตัวอย่าง นอกจากนี้ในตัวแปรควบคุม ประกอบไปด้วยระดับการศึกษามีข้อมูลที่ขาดหาย 23 ตัวอย่าง และสถานภาพ จำนวน 1 ตัวอย่าง รวมทั้งสิ้น 220 ตัวอย่าง คิดเป็นน้อยกว่าร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ซึ่งไม่ส่งผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา^(15,16) ดังนั้น การศึกษานี้จึงวิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลครบถ้วนทุกตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ตอบแบบสอบถามอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร มีสถานะเป็นผู้มีงานทำ ทั้งนี้แม้นิยามประชากรวัยแรงงานตามโครงสร้างประชากรทั่วไปมักกำหนดช่วงอายุ 15-59 ปี แต่การศึกษานี้ครอบคลุมผู้ที่มิอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ยังประกอบอาชีพด้วย เนื่องจากในบริบทกรุงเทพมหานครยังมีประชากรสูงอายุจำนวนหนึ่งที่ยังคงทำงาน โดยเฉพาะในภาคแรงงานนอกระบบซึ่งมีลักษณะสภาพแวดล้อมการทำงานและความเสี่ยงทางสุขภาพแตกต่างจากแรงงานวัยอื่นอย่างมีนัยสำคัญ⁽¹⁰⁾ และมีข้อมูลครบถ้วนในตัวแปรตามตัวแปรอิสระและตัวแปรควบคุมที่ใช้ในการวิเคราะห์ ส่วนเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ที่มีสถานะเป็นนักเรียน/นักศึกษา ผู้ที่อาศัยอยู่นอกกรุงเทพมหานคร และผู้ที่มีข้อมูลขาดหายในตัวแปรสำคัญดังกล่าว การวิเคราะห์ข้อมูลทุกตัวแปร โดยใช้โปรแกรม RStudio เวอร์ชัน 2023.09.0+463 การศึกษานี้ใช้การวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (univariate analysis) โดยใช้ chi-square (χ^2) และการถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (multiple logistic regression) การวิเคราะห์ดำเนินการเป็นลำดับขั้น โดยเริ่มจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการทำงานกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ จากนั้นวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเสี่ยงกับการมีโรคไม่ติดต่อ และสุดท้ายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการทำงานกับโรคไม่ติดต่อ โดยควบคุมพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัย

รวมอื่นๆ เพื่อประเมินว่าพฤติกรรมสุขภาพมีบทบาทเป็นกลไกเชื่อมโยงระหว่างลักษณะการทำงานกับการเกิดโรค-ไม่ติดต่อหรือไม่ โดยรายงานผลเป็นค่าอัตราส่วนความเสี่ยงสัมพัทธ์เชิงโอกาส (odds ratio; OR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval; 95%CI) ซึ่งใช้เพื่อแสดงความแม่นยำของค่าประมาณและช่วงค่าที่คาดว่าค่าพารามิเตอร์ที่แท้จริงของประชากรจะอยู่ภายในช่วงดังกล่าว โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ $p < 0.05$ ⁽¹⁷⁾

ผลการศึกษา

ลักษณะประชากรกลุ่มตัวอย่างคนวัยทำงานอายุ 15 ปีขึ้นไป ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 6,271 คน โดยกลุ่มอาชีพที่มีประชากรวัยทำงานมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มข้าราชการ/เสมียน/พนักงานออฟฟิศ จำนวน 1,373 คน (ร้อยละ 21.9) รองลงมาคือ กลุ่มพนักงานและลูกจ้างในสถานประกอบการ จำนวน 1,238 คน (ร้อยละ 19.7) กลุ่มช่างเทคนิคในโรงงาน/ช่างฝีมือ จำนวน 877 คน (ร้อยละ 14.0) กลุ่มผู้ขายสินค้า/บริการในตลาดและริมบาทวิถี จำนวน 545 คน (ร้อยละ 8.7) และกลุ่มผู้ใช้แรงงาน/คนงานก่อสร้าง/งานเกษตรกรรม จำนวน 409 คน (ร้อยละ 6.5) ตามลำดับ และกลุ่มผู้ว่างงานมีจำนวน 1,829 คน (ร้อยละ 29.2) และลักษณะประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.3) สูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 44.7) โดยมีสัดส่วนเพศหญิงมากที่สุดในกลุ่มอาชีพพนักงานและลูกจ้างในสถานประกอบการ (ร้อยละ 63.7) ในขณะที่สัดส่วนเพศชายมากที่สุดในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน/คนงานก่อสร้าง/งานเกษตรกรรม (ร้อยละ 76.5) โดยกลุ่มผู้ว่างงานส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 64.7) ในขณะที่กลุ่มอาชีพอื่นๆ มีอายุระหว่าง 25-44 ปีเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 37.5-59.1) คนทำงานในแต่ละกลุ่มอาชีพส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 33.2-46.5) ในขณะที่กลุ่มอาชีพข้าราชการ/เสมียน/พนักงานออฟฟิศมีการศึกษาสูงสุดคือ ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 69.6) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของแต่ละกลุ่มอาชีพพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,001-15,000 บาท (ร้อยละ 40.0) เช่นเดียวกับเมื่อแยกรายกลุ่มอาชีพ กลุ่มรายได้

ดังกล่าวมีสัดส่วนมากที่สุดในทุกกลุ่มอาชีพ ยกเว้นกลุ่มข้าราชการ/เสมียน/พนักงานออฟฟิศที่มีสัดส่วนรายได้เฉลี่ยระหว่าง 15,001-30,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 43.4) และกลุ่มผู้ว่างงานที่ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 5,001 บาท (ร้อยละ 74.4) และสถานะสมรส พบว่า ทุกกลุ่มอาชีพมีสถานะสมรสเป็นสัดส่วนมากที่สุด ดังตารางที่ 1

ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาชีพและพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของคนวัยทำงานในกรุงเทพฯ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 74.5) เช่นเดียวกับทุกกลุ่มอาชีพ ในขณะที่มีการดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุดในกลุ่มอาชีพช่างเทคนิคในโรงงาน/ช่างฝีมือ (ร้อยละ 48.7) และกลุ่มผู้ใช้แรงงาน/คนงานก่อสร้าง/งานเกษตรกรรม (ร้อยละ 47.7) และเช่นเดียวกับเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบหนัก พบสัดส่วนมากที่สุดในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน/คนงานก่อสร้าง/งานเกษตรกรรม (ร้อยละ 22.7) และกลุ่มอาชีพช่างเทคนิคในโรงงาน/ช่างฝีมือ (ร้อยละ 19.8) เช่นเดียวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน พบสัดส่วนสูงที่สุดในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน/คนงานก่อสร้าง/งานเกษตรกรรม (ร้อยละ 33.5) รองลงมาคือกลุ่มช่างเทคนิคในโรงงาน/ช่างฝีมือ (ร้อยละ 32.6) ด้านพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ พบว่า ทุกกลุ่มอาชีพมีการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ พบสัดส่วนสูงที่สุดในกลุ่มอาชีพผู้ว่างงาน (ร้อยละ 49.0) รองลงมาคือ กลุ่มอาชีพข้าราชการ/เสมียน/พนักงานออฟฟิศ (ร้อยละ 44.4) และกลุ่มผู้ขายสินค้า/บริการในตลาดและริมบาทวิถี (ร้อยละ 42.3) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

การศึกษานี้พบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการทำงานและพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ โดยเฉพาะการดื่มแอลกอฮอล์ปัจจุบัน การดื่มแอลกอฮอล์แบบหนัก การสูบบุหรี่ และการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ซึ่งกลุ่มอาชีพช่างเทคนิคในโรงงาน/ช่างฝีมือและกลุ่มผู้ใช้แรงงาน/คนงานก่อสร้าง/งานเกษตรกรรม มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพมากที่สุด โดยพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า กลุ่มช่างเทคนิคในโรงงาน/ช่างฝีมือ มีโอกาสดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น 1.39 เท่า (AOR: 1.39; 95%CI: 1.11-1.75; $p=0.004$) เมื่อเทียบกับกลุ่มข้าราชการ/เสมียน/พนักงานออฟฟิศ ด้านการสูบบุหรี่ปัจจุบัน พบว่า กลุ่มช่างเทคนิคในโรงงาน/ช่างฝีมือ มีโอกาสสูบบุหรี่มากขึ้น 1.47 เท่า

ตารางที่ 1 ลักษณะประชากรตามกลุ่มอาชีพ

| ลักษณะประชากร | กลุ่มอาชีพ (ร้อยละ) | | | | | | |
|---|-----------------------|---|--|---|--|---|-------------------------|
| | กรุงเทพฯ (n=6,271) | ผู้ขายสินค้า/ บริการ ในตลาดและ ริมบาทวิถี (n=545) | พนักงาน และลูกจ้าง ในสถาน ประกอบ กิจการ (n=1,238) | ช่างเทคนิคใน โรงงาน/ช่าง ฝีมือ (n=877) | ผู้ใช้แรงงาน/ คนงาน ก่อสร้าง/งาน เกษตรกรรม (n=409) | ข้าราชการ/ เสมียน/ พนักงาน ออฟฟิศ (n=1,373) | ผู้ว่างงาน (n=1,829) |
| เพศ | | | | | | | |
| ชาย | 44.7 | 38.2 | 36.3 | 75.9 | 76.5 | 41.5 | 32.8 |
| หญิง | 55.3 | 61.8 | 63.7 | 24.1 | 23.5 | 58.5 | 67.2 |
| กลุ่มอายุ (ปี) | | | | | | | |
| 15-19 | 1.0 | 1.1 | 1.1 | 1.8 | 2.4 | 0.1 | 1.1 |
| 20-24 | 5.2 | 6.1 | 5.7 | 7.0 | 8.1 | 5.5 | 3.0 |
| 25-44 | 37.5 | 43.7 | 38.9 | 43.4 | 51.1 | 59.1 | 12.4 |
| 45-59 | 30.1 | 32.3 | 38.2 | 38.9 | 33.3 | 30.2 | 18.9 |
| 60 ขึ้นไป | 26.2 | 16.9 | 16.2 | 8.9 | 5.1 | 5.0 | 64.7 |
| ระดับการศึกษา | | | | | | | |
| ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า | 33.2 | 37.2 | 38.4 | 41.5 | 46.5 | 6.0 | 42.1 |
| มัธยมศึกษาตอนต้น | 14.4 | 19.6 | 17.4 | 22.6 | 24.0 | 5.8 | 11.3 |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. | 22.6 | 27.2 | 22.6 | 29.0 | 23.2 | 18.6 | 21.0 |
| ปริญญาตรีหรือสูงกว่า | 29.7 | 16.0 | 21.5 | 7.0 | 6.4 | 69.6 | 25.6 |
| รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท) | | | | | | | |
| น้อยกว่า 5,001 | 26.3 | 20.7 | 8.1 | 5.6 | 3.4 | 1.2 | 74.4 |
| 5,001-15,000 | 40.0 | 59.1 | 55.7 | 65.0 | 71.9 | 27.2 | 14.1 |
| 15,001-30,000 | 23.6 | 18.2 | 26.6 | 26.2 | 16.6 | 43.4 | 8.7 |
| 30,001-50,000 | 6.5 | 1.7 | 6.7 | 2.5 | 5.4 | 17.2 | 1.9 |
| มากกว่า 50,000 | 3.6 | 0.4 | 3.0 | 0.7 | 2.7 | 11.0 | 1.0 |
| สถานะสมรส | | | | | | | |
| โสด | 29.6 | 29.7 | 30.1 | 26.8 | 27.4 | 47.7 | 17.3 |
| สมรส | 56.3 | 59.4 | 56.2 | 65.7 | 65.0 | 46.0 | 56.7 |
| ม่าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่/ สถานภาพไม่ชัดเจน | 14.1 | 10.8 | 13.7 | 7.5 | 7.6 | 6.3 | 26.0 |

ตารางที่ 2 พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพในแต่ละกลุ่มอาชีพ

| กลุ่มอาชีพ | พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ (ร้อยละ) | | | | |
|---|--|---------------------------------------|------------------------------------|--|-----------------------------|
| | ดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจุบัน (n=6,271) | ดื่มแอลกอฮอล์ แบบหนัก (n=6,271) | สูบบุหรี่ ปัจจุบัน (n=6,271) | บริโภคผัก และผลไม้ ไม่เพียงพอ (n=6,271) | มีโรคไม่ติดต่อ (n=6,271) |
| กทม. (n=6,271) | 25.5 | 9.3 | 14.6 | 57.7 | 28.7 |
| ผู้ขายสินค้า/บริการในตลาดและ ริมบาทวิถี (n=545) | 27.0 | 10.5 | 15.2 | 58.9 | 22.0 |
| พนักงานและลูกจ้างในสถานประกอบ กิจการ (n=1,238) | 23.8 | 7.4 | 13.1 | 57.4 | 23.1 |
| ช่างเทคนิคในโรงงาน/ช่างฝีมือ (n=877) | 48.7 | 19.8 | 32.6 | 70.7 | 17.2 |
| ผู้ใช้แรงงาน/คนงานก่อสร้าง/ งานเกษตรกรรม (n=409) | 47.7 | 22.7 | 33.5 | 66.7 | 14.4 |
| ข้าราชการ/เสมียน/พนักงานออฟฟิศ (n=1,373) | 25.9 | 8.7 | 9.9 | 55.6 | 13.3 |
| ผู้ว่างงาน (n=1,829) | 9.7 | 2.5 | 6.0 | 51.0 | 54.9 |
| X ² | <0.001 | <0.001 | <0.001 | <0.001 | <0.001 |

หมายเหตุ: ค่าร้อยละแสดงสัดส่วนของพฤติกรรมเสี่ยงในแต่ละกลุ่มอาชีพ การเปรียบเทียบสัดส่วนระหว่างกลุ่มใช้ Pearson's chi-square test (X²) โดยค่า p-value รายงานเป็น p<0.001 เมื่อมีนัยสำคัญทางสถิติ

(AOR: 1.47; 95%CI: 1.11-1.94; p=0.006) และกลุ่มผู้ใช้แรงงาน/คนงานก่อสร้าง/งานเกษตรกรรม มีโอกาสสูบบุหรี่มากขึ้น 1.40 เท่า (AOR: 1.40; 95%CI: 1.01-1.93; p=0.040) เมื่อเทียบกับกลุ่มข้าราชการ/เสมียน/พนักงานออฟฟิศ และด้านพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ พบว่า กลุ่มผู้ว่างงาน มีโอกาสบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอมากขึ้น 1.34 เท่า (AOR: 1.34; 95%CI: 1.08-1.67; p=0.008) อย่างไรก็ตาม ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มช่างเทคนิคในโรงงาน/ช่างฝีมือและกลุ่มผู้ใช้แรงงาน/คนงานก่อสร้าง/งานเกษตรกรรมในการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ดังตารางที่ 3

ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาชีพ และโรคไม่ติดต่อ

คนวัยทำงานในกรุงเทพฯ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีโรคไม่ติดต่อ (ร้อยละ 71.3) เช่นเดียวกับกับทุกกลุ่มอาชีพ ในขณะที่สัดส่วนการมีโรคไม่ติดต่อส่วนใหญ่พบในกลุ่มผู้ว่างงาน (ร้อยละ 54.9) รองลงมาคือ กลุ่มพนักงานและลูกจ้างในสถานประกอบกิจการ (ร้อยละ 23.1) และกลุ่ม

ผู้ขายสินค้า/บริการในตลาดและริมบาทวิถี (ร้อยละ 22.0) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

การศึกษานี้พบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการทำงานและโรคไม่ติดต่อ โดยพบว่า กลุ่มผู้ว่างงานมีโอกาสเป็นโรคไม่ติดต่อสูงกว่า 1.83 เท่า (AOR: 1.83; 95%CI: 1.40-2.38; p<0.001) เมื่อเทียบกับกลุ่มข้าราชการ/เสมียน/พนักงานออฟฟิศ แต่อย่างไรก็ตาม ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มช่างเทคนิคในโรงงาน/ช่างฝีมือและกลุ่มผู้ใช้แรงงาน/คนงานก่อสร้าง/งานเกษตรกรรมและโรคไม่ติดต่อ ดังตารางที่ 3

วิจารณ์

ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า ลักษณะการทำงานบางประเภทในกรุงเทพมหานคร โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานมีความเชื่อมโยงกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ แต่อย่างไรก็ตามไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาชีพ พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพและโรคไม่ติดต่อ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ multiple logistic regression

| กลุ่มอาชีพ (เปรียบเทียบกับ กลุ่มข้าราชการ/ เสมียน/พนักงาน ออฟฟิศ) | ดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจุบัน (n=6,271) | | | ดื่มแอลกอฮอล์ แบบหนัก (n=6,271) | | | สูบบุหรี่ปัจจุบัน (n=6,271) | | | การบริโภคผักและ ผลไม้ไม่เพียงพอ (n=6,271) | | | โรคไม่ติดต่อ (n=6,271) | | |
|---|--|---------------|---------|---------------------------------------|---------------|---------|--------------------------------|---------------|---------|---|---------------|---------|---------------------------|---------------|------------|
| | AOR* | 95%CI | p-value | AOR* | 95%CI | p-value | AOR* | 95%CI | p-value | AOR* | 95%CI | p-value | AOR* | 95%CI | p-value |
| ผู้ขายสินค้า/ บริการในตลาด และริมบาทวิถี | 1.09 | 0.83 -1.43 | 0.532 | 1.06 | 0.72 -1.55 | 0.745 | 1.21 | 0.85 -1.72 | 0.290 | 1.65 | 0.93 -1.46 | 0.179 | 0.96 | 0.71 -1.31 | 0.814 |
| พนักงานและ ลูกจ้างในสถาน ประกอบกิจการ | 0.92 | 0.74 -1.14 | 0.440 | 0.79 | 0.58 -1.08 | 0.148 | 1.22 | 0.92 -1.63 | 0.164 | 1.13 | 0.95 -1.34 | 0.745 | 0.98 | 0.77 -1.26 | 0.891 |
| ช่างเทคนิคใน โรงงาน/ช่างฝีมือ | 1.39 | 1.11 -1.75 | 0.004 | 1.16 | 0.72 -1.55 | 0.328 | 1.47 | 0.83 -1.43 | 0.006 | 0.82 | 0.72 -1.55 | 0.055 | 0.77 | 0.83 -1.43 | 0.067 |
| ผู้ใช้แรงงาน/คน งานก่อสร้าง/งาน เกษตรกรรม | 1.25 | 0.95 -1.65 | 0.103 | 1.32 | 0.72 -1.55 | 0.120 | 1.40 | 0.83 -1.43 | 0.046 | 1.03 | 0.72 -1.55 | 0.802 | 0.76 | 0.83 -1.43 | 0.132 |
| ผู้ว่างงาน | 0.64 | 0.47 -0.86 | 0.003 | 0.45 | 0.27 -0.75 | 0.002 | 0.73 | 0.48 -1.10 | 0.139 | 1.34 | 1.08 -1.67 | 0.008 | 1.83 | 1.40 -2.38 | < 0.001 |

หมายเหตุ: *ควบคุมตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และสถานภาพสมรส

ลักษณะการทำงานกับการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ และการวินิจฉัยการเป็นโรคไม่ติดต่อ ยกเว้นในกลุ่มว่างงาน พฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มช่างเทคนิคในโรงงาน/ช่างฝีมือ และผู้ใช้แรงงาน/คนงานก่อสร้าง/งานเกษตรกรรม เช่น การดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ อาจมีสาเหตุมาจาก ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน เช่น ความเครียด จากงาน การทำงานหนัก ความต้องการผ่อนคลาย และการได้รับอิทธิพลจากเพื่อนร่วมงาน⁽¹⁸⁾ งานวิจัยก่อนหน้านี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ที่ทำงานในอุตสาหกรรมที่ต้องใช้แรงงานหนัก มักมีแนวโน้มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้นเพื่อบรรเทา ความเหนื่อยล้า นอกจากนี้ การสูบบุหรี่ยังเป็นพฤติกรรม ที่แพร่หลายในกลุ่มผู้ใช้แรงงานที่ต้องทำงานกลางแจ้งหรือ ในสภาพแวดล้อมที่เพื่อนร่วมงานสูบบุหรี่เป็นจำนวนมาก⁽¹⁹⁾ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยหลายฉบับที่ชี้ให้เห็น ว่ากลุ่มแรงงานที่ต้องใช้แรงกายหนักมีแนวโน้มที่จะมี พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่มากกว่า กลุ่มลักษณะงานแบบอื่น⁽²⁰⁾ ทั้งนี้ การศึกษานี้ไม่พบ ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการทำงานกับการบริโภค

ผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ยกเว้นในกลุ่มว่างงาน อาจเนื่องจาก พฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ได้รับอิทธิพลจาก ปัจจัยอื่นหลายด้าน นอกเหนือจากลักษณะการทำงาน เช่น ปัจจัยทางเศรษฐกิจของครัวเรือน สภาพเศรษฐกิจและ ลักษณะของพื้นที่ที่อยู่อาศัย (เขตเมืองและนอกเขตเมือง) รวมถึงความรู้ด้านโภชนาการ และรูปแบบการดำเนินชีวิต อาจมีบทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมการบริโภค ผักและผลไม้ของประชากรร่วมด้วย⁽²¹⁻²³⁾

การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการ ทำงานและการวินิจฉัยโรคไม่ติดต่อ ยกเว้นกลุ่มว่างงาน ซึ่งจากข้อค้นพบอาจอธิบายได้จากหลายปัจจัย ยกตัวอย่าง เช่น เนื่องจากในกลุ่มว่างงานเป็นกลุ่มที่มีอายุสูง อาจจะ ส่งผลทำให้พบการวินิจฉัยเป็นโรคไม่ติดต่อ⁽²⁰⁾ ซึ่งกลุ่ม ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้ารับการรักษาโรคไม่ติดต่อผ่านระบบ บริการสุขภาพมากกว่าวัยแรงงานตอนต้น ทั้งนี้การวินิจฉัย โรคไม่ติดต่อขึ้นกับการเข้าถึงบริการและการตรวจคัดกรอง จึงอาจทำให้กลุ่มที่ไม่ได้รับการตรวจถูกจัดเป็นไม่มีโรค ทั้งที่อาจมีภาวะเสี่ยงอยู่ รวมถึงอาจจะเกิดจากข้อจำกัด

ในระเบียบวิธีการศึกษา นอกจากนี้การศึกษานี้ไม่ได้รวมการมีกิจกรรมทางกายที่อาจส่งผลต่อการวินิจฉัยโรคไม่ติดต่อ และการเกิดอคติจากการตอบคำถามที่ให้ผู้ตอบตอบเอง อาจจะมีการรายงานน้อยกว่าความเป็นจริง เนื่องจากมีกลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยแต่มีโรคเพราะไม่ได้รับการตรวจ

จากผลการศึกษานี้ ควรมีการพัฒนามาตรการเชิงนโยบายเพื่อปรับเปลี่ยนสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่มีความเสี่ยงสูง ควรคำนึงถึงสภาพแวดล้อมการทำงานควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล เช่น การจัดโปรแกรมให้ความรู้ด้านสุขภาพในสถานประกอบการ การจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การให้คำปรึกษาด้านการเลิกบุหรี่และแอลกอฮอล์ และการจัดให้มีโครงการตรวจสุขภาพประจำปีที่ครอบคลุมมากขึ้น ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อในกลุ่มวัยแรงงานและเพิ่มคุณภาพชีวิตของกลุ่มดังกล่าวในระยะยาว นอกจากนี้การศึกษานี้พบความสัมพันธ์ในกลุ่มว่างงาน และพฤติกรรม-เสี่ยงทุกพฤติกรรม รวมทั้งโรคไม่ติดต่อ ดังนั้น ผลการศึกษานี้ได้ชี้ให้เห็นกลุ่มที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่ภาครัฐควรกำหนดมาตรการแบบมุ่งเป้า เพื่อให้การแก้ไขปัญหาสุขภาพสามารถตอบโจทย์กลุ่มเสี่ยงได้อย่างตรงจุดและลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพในระยะยาว

สรุป

กลุ่มช่างเทคนิคในโรงงาน/ช่างฝีมือและกลุ่มผู้ใช้แรงงาน/คนงานก่อสร้าง/งานเกษตรกรรมมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพสูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่นๆ เช่นเดียวกับกลุ่มว่างงานด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน บริบททางสังคม และข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยแรงงาน การดำเนินมาตรการเชิงนโยบายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการลดภาระโรคในประชากรกลุ่มนี้

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่สำคัญคือไม่ได้รวมตัวแปรการมีกิจกรรมทางกาย (physical activity) ในการวิเคราะห์ เนื่องจากข้อมูลตัวแปรดังกล่าวมีค่าสูญหาย (missing data) ที่มากกว่าร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ไม่สามารถใช้ข้อมูลดังกล่าวในการวิเคราะห์ได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ ทั้งที่กิจกรรมทางกายถือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่อาจส่งผลโดยตรงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ เป็นต้น นอกจากนี้ ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นข้อมูลทุติยภูมิแบบภาคตัดขวาง ซึ่งจำกัดความสามารถในการระบุความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างตัวแปรต่างๆ ได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้การศึกษาในอนาคตควรมีการศึกษาในลักษณะความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงแบบปัจจัยเชิงซ้อนเพื่อให้สามารถทำความเข้าใจเชิงระบาดวิทยาได้อย่างครบถ้วน ทั้งปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ปัจจัยเชิงพฤติกรรมและการเกิดโรค ซึ่งการศึกษานี้มีข้อจำกัดในเชิงการสำรวจแบบภาคตัดขวางที่ถึงแม้จะสร้างแบบจำลองแบบโมเดลเชิงซ้อนได้ แต่ไม่เหมาะสมเพราะการเกิดโรคต้องอาศัยระยะเวลาในการมีพฤติกรรมก่อนที่จะมีการเกิดโรค และควรมีการออกแบบและเก็บข้อมูลกิจกรรมทางกายอย่างครบถ้วนและเป็นระบบมากขึ้น เพื่อลดปัญหาค่าข้อมูลสูญหาย และเพื่อให้หน้าตัวแปรดังกล่าวมาใช้วิเคราะห์ร่วมกับปัจจัยอื่นๆ เช่น ลักษณะงาน พฤติกรรมสุขภาพ และสถานะทางเศรษฐกิจ เพื่อประเมินความสัมพันธ์ร่วมกันได้ อีกทั้งการเพิ่มตัวแปรอื่นๆ ที่อาจเกี่ยวข้อง เช่น สภาพแวดล้อมในการทำงาน การเข้าถึงบริการสาธารณสุข หรือการรับรู้ด้านสุขภาพ อาจช่วยให้เข้าใจบริบทของแต่ละกลุ่มอาชีพและนำไปสู่การพัฒนาแนวทางป้องกันโรคไม่ติดต่อที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายได้มากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมในการสนับสนุนการศึกษาโครงการสถานการณ์ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและอาการความเจ็บป่วยและความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในเขตเมือง: กรณีศึกษาของประชาชนและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในกรุงเทพมหานคร (รหัสโครงการ P66-04) และโครงการวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย (รหัสโครงการ F67-42) และสำนักงานสถิติแห่งชาติที่อนุเคราะห์ให้ข้อมูลในการศึกษานี้จนทำให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. [cited 2024 Dec 15]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. World Health Organization. Global health estimates: leading causes of death. [Internet]. [cited 2024 Dec 15]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghle-leading-causes-of-death#:~:text=WHO%E2%80%99s%20Global%20Health%20Estimates%20%28GHE%29%20provide%20the%20latest,country%2C%20and%20by%20age%2C%20sex%20and%20income%20group>
3. สำนักงานพัฒนาอนามัยสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนาอนามัยสุขภาพระหว่างประเทศ; 2566.
4. สำนักงานดัชนีประเมินภาวะทางสุขภาพของประชากรไทย. คนไทยเสียปีสุขภาพดีในชีวิตนี้...ไปกับอะไรบ้าง [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 11 ก.พ. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://results2019.bodthai.net/>
5. Intarakamhang U, Sriprasertpap K, Chiangkhong A, Srisawasdi N, Wongchan S, Boochoa P. Effects of digital health literacy program on sufficient health behavior among Thai working-age people with risk factors for noncommunicable diseases. *Health Lit Res Pract* 2024;8(2):e93-e101.
6. Park JH, Choe JP, Kim J, Hwang IW, Lee JM. Investigating the influence of working status changes on physical activity and non-communicable diseases in Korean middle-aged and older adults: insights from a longitudinal panel study. *BMC Public Health* 2024;24(1):3597.
7. Peters S, Udem K, Solovieva S, Selander J, Schlünssen V, Oude Hengel KM, et al. Narrative review of occupational exposures and noncommunicable diseases. *Ann Work Expo Health* 2024;68(6):562-80.
8. Nasueb S, Kosiyaporn H, Cetthakrikul N, Adhibai R, Thiphong J, Pumsutas Y, et al. Associations of work characteristics with obesity, behavioral risk factors and NCDs in Bangkok, Thailand. *PLOS Glob Public Health*. 2024;4(12):e0004000.
9. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet* 2008;372(9650):1661-9.
10. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ไตรมาสที่ 1: มกราคม-มีนาคม พ.ศ. 2567 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 11 ก.พ. 2568]. แหล่งข้อมูล: https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey_detail/9u#gsc.tab=0
11. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568. กรุงเทพมหานคร: แสงจันทร์การพิมพ์; 2568.
12. Nyberg ST, Fransson EI, Heikkilä K, Alfredsson L, Casini A, Clays E, et al. Job strain and cardiovascular disease risk factors: meta-analysis of individual-participant data from 47,000 men and women. *PLoS One* 2013;8(6):e67323.
13. International Labour Organization. International standard classification of occupations (ISCO) [Internet]. [cited 2024 Dec 15]. Available from: <https://ilostat.ilo.org/methods/concepts-and-definitions/classification-occupation/>
14. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 15 ธ.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.trc.or.th/th/attachments/article/618/%E0%B8%AA%E0%B8%96%E0%B8%B4%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%9A%E0%B8%B8%E0%B8%AB%E0%B8%A3%E0%B8%B5%E0%B9%88%202564.pdf>
15. Bennett DA. How can I deal with missing data in my study?. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 2001;25(5):464-9.
16. Dong Y, Peng CY. Principled missing data methods for researchers. Springerplus 2013;2(1):222.
17. Rothman KJ, Greenland S, Lash TL. *Modern epidemiology*. 3rd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2008.

18. Smith TD, DeJoy DM, Dyal M-AA, Huang G. Impact of work pressure, work stress and work-family conflict on firefighter burnout. *Archives of Environmental & Occupational Health* 2019;74(4):215-22.
19. Baek SU, Yoon JH. Association between long working hours and cigarette smoking, leisure-time physical activity, and risky alcohol use: findings from the Korea national health and nutrition examination survey (2014-2021). *Preventive Medicine* 2023;175:107691.
20. Azagba S, Sharaf M. The effect of job stress on smoking and alcohol consumption. *Health Economics Review* 2011;1:15.
21. Ball K, Lamb KE, Costa C, Cutumisu N, Ellaway A, Kamphuis CB, et al. Neighbourhood socioeconomic disadvantage and fruit and vegetable consumption: a seven countries comparison. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2015;12:68.
22. Valentino G, Auchincloss AH, Tumas N, López-Olmedo N, Ortigoza A, de Menezes MC, et al. Association of socio-economic environment and women's empowerment with daily fruit and vegetable intake in Latin American cities: a multilevel study. *BMC Public Health* 2025;25(1):2189.
23. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานโครงการศึกษาสถานการณ์การบริโภคผักและผลไม้ของคนไทย (ระดับประเทศ) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 11 ก.พ. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://ipsr.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2022/09/Vegetable-consumption-national.pdf>

Associations between Characteristics of Work, and Health Risk Behaviors and Non-Communicable Diseases in Bangkok, Thailand

Jiranun Thiphong¹, Jintana Jankhotkaew¹, Orratai Waleewong²

¹International Health Policy Program Foundation, Nonthaburi Province, Thailand

²Global Health Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

Abstract

This study aimed to analyze the relationship between work characteristics, health risk behaviors, and the prevalence of non-communicable diseases (NCDs) among the working population in Bangkok. Secondary data were obtained from the 2021 Health Behavior of Population Survey conducted by the National Statistical Office of Thailand. Quantitative analysis was performed using descriptive statistics and multiple logistic regression to assess the associations between work characteristics, health risk behaviors, and the risk of NCDs. The study sample consisted of 6,271 working-age individuals aged 15 years and older residing in Bangkok. It was found that the highest health risk behaviors were observed among factory technicians and laborers in construction/agriculture sectors, with higher rates of alcohol consumption and smoking compared to other occupational groups. Factory technicians were 1.39 times more likely to consume alcohol compared to government officials, clerical workers, or office staff (AOR: 1.39; 95%CI: 1.11–1.75), while laborers in construction/agriculture were 1.40 times more likely to smoke (AOR: 1.40; 95%CI: 1.01–1.93). Additionally, the unemployed group, most of whom were retirees, showed the highest tendency to have NCDs compared to other occupational groups. In conclusion, work characteristics were associated with health risk behaviors and NCDs. Physically demanding labor groups tended to have higher health risk behaviors, and unemployed individuals had greater risks in reporting health risk behaviors and NCDs. These findings highlight the need for occupation-specific health promotion interventions to reduce NCDs risks.

Keywords: work characteristics; health risk behaviors; non-communicable diseases; Bangkok

อากาศสะอาด สุขภาพดี

สิริกร นามลาบุตร, นุชสิทธิ์ จิตแก้ว, พีรวิชญ์ นามลาบุตร
สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ กรุงเทพมหานคร

วันรับ: 9 ม.ค. 2569

วันแก้ไข: 10 ก.พ. 2569

วันตอบรับ: 12 ก.พ. 2569

บทนำ

อากาศไม่เพียงแต่เป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตเท่านั้น แต่ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของมนุษย์อย่างมาก การมีอากาศบริสุทธิ์เปรียบเสมือนการมีทรัพยากรที่ล้ำค่าที่สุด เพราะเป็นสิ่งที่มนุษย์ขาดไปไม่ได้และไม่สามารถทดแทนได้ด้วยสิ่งอื่น⁽¹⁾

อากาศที่ปนเปื้อนไปด้วยมลพิษต่างๆ เช่น ฝุ่นละออง PM2.5 ควันพิษ และสารเคมีอันตราย ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวอย่างรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อระบบทางเดินหายใจ หัวใจ และปอด การสูดหายใจเอาอากาศที่มีมลพิษเป็นประจำอาจทำให้เกิดอาการระคายเคืองตา คอ แสบจมูก หายใจลำบาก และอาจนำไปสู่โรคเรื้อรังร้ายแรง เช่น โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคมะเร็งปอด และโรคหัวใจ

องค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ ระบุว่า มลพิษทางอากาศเป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเป็นอันดับต้นๆ ของโลก และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลากหลายชนิด สาเหตุหลักของปัญหามลพิษทางอากาศมาจากกิจกรรมของมนุษย์ อาทิ การเผาไหม้เชื้อเพลิงจากยานยนต์และโรงงานอุตสาหกรรม การก่อสร้าง การเผาป่า และการเผาขยะ การขยายตัวของเมืองอย่างรวดเร็วและการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน ส่งผลให้กิจกรรมต่างๆ เหล่านี้เพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย⁽²⁾ นอกจากนี้ กรมการแพทย์ โดยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ชี้มลพิษทางอากาศ (ฝุ่นขนาดเล็ก PM2.5) ที่เพิ่มสูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กเล็กและเด็กที่มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ โรคหอบหืด โรคภูมิแพ้⁽³⁾

“อากาศสะอาด สุขภาพดี” มีแนวทางที่หลากหลายดังนี้

1. การแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยทุกคนต้องตระหนักถึงความสำคัญของปัญหานี้ และร่วมมือกันอย่างจริงจัง เพื่อสร้างอนาคตที่ดีให้กับคนรุ่นหลัง ควรให้ความสำคัญการทำความเข้าใจถึงสาเหตุหลักของมลพิษทางอากาศ ซึ่งส่วนใหญ่มาจากกิจกรรมของมนุษย์ เช่น การเผาไหม้เชื้อเพลิง การคมนาคมขนส่ง และอุตสาหกรรม

2. การลดการใช้พลังงานและหันมาใช้พลังงานสะอาดเป็นเรื่องที่ทุกภาคส่วนสามารถมีส่วนร่วมได้ โดยเริ่มจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น ติดตั้งแผงโซลาร์เซลล์เพื่อผลิตไฟฟ้าใช้เอง ช่วยลดการพึ่งพาพลังงานจากภายนอกและลดค่าไฟฟ้า สำหรับพื้นที่ที่มีลมพัดแรงสามารถติดตั้งกังหันลมขนาดเล็กเพื่อผลิตไฟฟ้าใช้เองได้ ปิดไฟเมื่อไม่ใช้งาน เลือกใช้หลอดไฟ LED ที่ประหยัดพลังงาน และใช้หลอดไฟให้เหมาะสมกับขนาดของห้อง การใช้เครื่องใช้ไฟฟ้าที่มีฉลากประหยัดพลังงาน และลดการใช้รถยนต์ส่วนตัว หันมาใช้บริการขนส่งสาธารณะ เช่น รถเมล์ รถไฟฟ้า หรือเดินและปั่นจักรยานแทน ซึ่งนอกจากจะช่วยลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกแล้วยังช่วยให้สุขภาพแข็งแรงอีกด้วย

3. ทุกภาคส่วนควรร่วมมือแบบบูรณาการ โดยเริ่มจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล การคัดแยกขยะเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญในการจัดการขยะอย่างถูกวิธีการแยกขยะตามประเภท เช่น ขยะรีไซเคิล ขยะอินทรีย์ และขยะทั่วไป ช่วยให้ขยะเหล่านี้ถูกนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มที ลดปริมาณขยะที่ถูกฝังกลบ และช่วยรักษาสิ่งแวดล้อม นอกจากการคัดแยกขยะแล้ว การลดการใช้พลาสติกก็เป็นอีกหนึ่งวิธีสำคัญในการลดปริมาณขยะ การหันมาใช้ถุงผ้า

แก้วน้ำส่วนตัว และหลีกเลี่ยงการใช้ผลิตภัณฑ์พลาสติกแบบใช้ครั้งเดียว จะช่วยลดปริมาณขยะพลาสติกที่ปนเปื้อนสู่สิ่งแวดล้อม การลดการใช้กระดาษ เช่น การพิมพ์เอกสารเท่าที่จำเป็น การใช้กระดาษทั้งสองด้าน และการใช้ไฟล์อิเล็กทรอนิกส์แทน ก็เป็นอีกหนึ่งวิธีที่ช่วยลดปริมาณขยะได้เช่นกัน การนำสิ่งของที่ไม่ใช้แล้วไปบริจาค เป็นการต่ออายุให้กับสิ่งของเหล่านั้น และช่วยลดปริมาณขยะที่ถูกทิ้งไปอย่างไร้ค่า การบริจาคเสื้อผ้า เครื่องใช้ไฟฟ้า หรือหนังสือให้กับผู้ที่ต้องการ เป็นการแบ่งปันและสร้างประโยชน์ให้กับสังคม

4. ทุกภาคส่วน ควรส่งเสริมการปลูกต้นไม้ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ส่งผลดีต่อสิ่งแวดล้อมอย่างมาก ต้นไม้เปรียบเสมือนปอดของโลก ช่วยดูดซับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของภาวะโลกร้อน และปล่อยออกซิเจนสู่ชั้นบรรยากาศ ทำให้คุณภาพอากาศดีขึ้น นอกจากนี้ต้นไม้ยังช่วยลดอุณหภูมิของโลก ป้องกันการกัดเซาะของดิน และสร้างความหลากหลายทางชีวภาพ เพื่อให้การปลูกต้นไม้ประสบความสำเร็จ ควรเลือกพันธุ์ไม้ที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม เช่น สภาพดินฟ้าอากาศ แสงแดด และพื้นที่ปลูก การศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับพันธุ์ไม้แต่ละชนิด จะช่วยให้สามารถเลือกต้นไม้ที่เจริญเติบโตได้ดีและเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการปลูก หลังจากปลูกต้นไม้แล้ว การดูแลรักษาอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ต้นไม้เจริญเติบโตแข็งแรงและสมบูรณ์ การรดน้ำอย่างสม่ำเสมอ การใส่ปุ๋ยตามระยะเวลาที่กำหนด และการพรวนดินเป็นกิจกรรมพื้นฐานที่ควรปฏิบัติ

5. ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมทำความสะอาดชุมชน เป็นการแสดงออกถึงความรับผิดชอบต่อสิ่งแวดล้อม การเก็บขยะตามริมถนน ริมคลอง หรือในพื้นที่สาธารณะ ช่วยลดมลพิษและสร้างความสะอาดให้กับชุมชน นอกจากนี้ การทำกิจกรรมร่วมกันยังเป็นการสร้างความสัมพันธ์อันดีในชุมชนอีกด้วย

- การรณรงค์ให้คนในชุมชนตระหนักถึงปัญหาสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งสำคัญมาก การจัดกิจกรรมรณรงค์

เช่น การจัดนิทรรศการเกี่ยวกับปัญหาขยะ การให้ความรู้เกี่ยวกับการลดการใช้พลาสติก หรือการจัดกิจกรรมแข่งขันเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม จะช่วยให้คนในชุมชนตระหนักถึงปัญหาและพร้อมที่จะร่วมมือกันแก้ไข

- การสนับสนุนองค์กรที่ทำงานด้านสิ่งแวดล้อม เป็นอีกหนึ่งวิธีในการมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม การบริจาคเงินให้กับองค์กรที่ทำงานด้านสิ่งแวดล้อม หรือการเป็นอาสาสมัครเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ขององค์กร จะช่วยสนับสนุนการทำงานขององค์กรเหล่านั้น และเป็นการขยายผลในการแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมในวงกว้าง

6. การดูแลสุขภาพของตนเองโดยการออกกำลังกาย ช่วยให้ระบบหายใจและระบบภูมิคุ้มกันทำงานได้ดีขึ้น ช่วยให้ร่างกายแข็งแรงและสามารถต้านทานโรคภัยไข้เจ็บ รวมถึงผลกระทบจากมลพิษได้ดียิ่งขึ้น การรับประทาน-อาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ จะช่วยเสริมสร้าง-ภูมิคุ้มกันให้ร่างกาย และให้พลังงานที่จำเป็นต่อการทำงานของร่างกาย การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอจะช่วยให้ร่างกายได้ฟื้นฟู และช่วยให้ระบบภูมิคุ้มกันทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ เนื่องจากบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของโรคปอดและโรค-มะเร็งหลายชนิด นอกจากนี้ บุหริยังเป็นสาเหตุหนึ่งของมลพิษทางอากาศ การเลิกบุหริจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ดังภาพที่ 1

สรุป

อากาศบริสุทธิ์เป็นทรัพยากรที่สำคัญยิ่งต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ การมีคุณภาพอากาศที่ดีเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ โดยเริ่มต้นจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองและร่วมมือกันผลักดันให้เกิดนโยบายที่เอื้อต่อการสร้างสภาพแวดล้อมที่สะอาดและยั่งยืน

ภาพที่ 1 อากาศสะอาด สุขภาพดี

- 01 ทำความเข้าใจถึงสาเหตุหลักของมลพิษทางอากาศ
- 02 ลดการใช้พลังงาน
- 03 คัดแยกขยะและลดปริมาณขยะ
- 04 ปลุกต้นไม้
- 05 ร่วมกิจกรรมเพื่อสิ่งแวดล้อม
- 06 ดูแลสุขภาพของตนเอง

เอกสารอ้างอิง

1. องค์การอนามัยโลก. มลพิษทางอากาศคืออะไร [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 3 ม.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล https://www.who.int/docs/default-source/thailand/air-pollution/briefing-on-air-pollution-th-thai.pdf?sfvrsn=408572d4_2
2. สิริกร นามลาบุตร, ทิมพใจ เมษฐ์สุยใส, นุชสิทธิ์ จิตแก้ว, พีรวิชญ์ นามลาบุตร, จันทมร สีหาบุญลี. ปัญหาฝุ่นละอองและผลกระทบต่อสุขภาพในจังหวัดหนองคาย. วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย 2566;2(4):455-8.
3. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. PM2.5 ภัยร้ายล่องหนส่งผลร้ายต่อลูก [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 3 ม.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.childrenhospital.go.th/27414/บริการสำหรับประชาชน/pm-2-5-ภัยร้ายล่องหนส่งผลร้ายต่อลูก/>

ครัวบำบัด: แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพจิต ผ่านการทำอาหาร

อัครมีชี อahamanะ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

วันรับ: 10 ม.ค. 2569

วันแก้ไข: 9 ก.พ. 2569

วันตอบรับ: 12 ก.พ. 2569

บทนำ

ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา สถานการณ์สุขภาพจิตได้กลายเป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญระดับโลก โดยเฉพาะในช่วงหลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และวิถีชีวิตอย่างฉับพลัน องค์การอนามัยโลกรายงานว่า กว่าหนึ่งในแปดของประชากรโลกเผชิญกับปัญหาสุขภาพจิต⁽¹⁾ ขณะที่ประเทศไทยเองมีแนวโน้มผู้มีภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงานและเยาวชน⁽²⁾

จากความท้าทายดังกล่าว มีความพยายามในระดับต่างๆ ที่จะหาแนวทางส่งเสริมสุขภาพจิตในชีวิตประจำวัน โดยไม่พึ่งพิงเฉพาะระบบบริการสุขภาพแบบดั้งเดิม แนวคิด “cooking therapy” หรือ “kitchen therapy” หรือ “ครัวบำบัด” หรือ “การบำบัดด้วยการทำอาหาร” จึงได้รับความสนใจในฐานะกิจกรรมทางเลือกที่เข้าถึงง่าย ไม่ต้องอาศัยเครื่องมือซับซ้อน และมีศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพทางใจผ่านกระบวนการที่เรียบง่ายอย่างการทำอาหาร

Cooking therapy ไม่ใช่เรื่องใหม่ในโลกตะวันตก ในขณะที่เดียวกันสังคมไทยมีวัฒนธรรมอาหารที่เข้มแข็ง แต่ “ครัว” ในบ้านกลับถูกลดบทบาทลงเหลือเพียงพื้นที่เล็กๆ ของครอบครัว โดยเฉพาะในเมืองใหญ่ปล่อยให้แอปพลิเคชันสั่งอาหารมาแทนบทสนทนาระหว่างเตาไฟกับหัวใจ แนวคิด kitchen therapy เป็นแนวคิดที่ผสมผสานระหว่างศาสตร์ของจิตวิทยา การบำบัดทางเลือก และการ

ใช้ชีวิตประจำวัน โดยชี้ให้เห็นว่า ไม่ใช่แค่เดินเข้าไปในครัวแล้วหยิบอาหารมารับประทาน แต่หมายถึงกิจกรรมในครัว ไม่ว่าจะเป็นการรังสรรค์เมนูอาหาร การเตรียมวัตถุดิบ การปรุงอาหาร หั่นผัก ต้มซุป การอบขนม หรือแม้แต่การล้างจาน เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมสุขภาพจิต อีกทั้งเป็นกลไกในการจัดการอารมณ์ ลดความเครียด สร้างสมาธิ และฟื้นคืนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยถือว่า “การทำอาหาร” เป็นกระบวนการบำบัดในตัวเอง (therapeutic process)

แนวคิดครัวบำบัดมีจุดร่วมและสอดคล้องกับหลายแนวคิดสำคัญทางจิตวิทยาและสุขภาพจิต ซึ่งช่วยเสริมความเข้าใจในบทบาทของการทำอาหารไม่เพียงแต่ในแง่ของการยังชีพ แต่ยังเป็นกระบวนการบำบัดที่ส่งผลเชิงบวกต่อสุขภาวะทางจิตใจของบุคคล

1. Mindfulness-based therapy หรือ การบำบัดด้วยสติ เป็นแนวทางการบำบัดทางจิตวิทยาที่นำแนวคิดและการฝึก “สติ” (mindfulness) มาใช้เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นการฝึกตนให้อยู่กับปัจจุบันอย่างมีสติ รู้ตัว และไม่ตัดสิน (non-judgmental awareness) ในบริบทของกิจกรรมการทำอาหาร มีงานวิจัยที่ชี้ว่า การประกอบอาหารสามารถทำหน้าที่เป็นเครื่องมือฝึกสติผ่านประสาทสัมผัส (sensory grounding) ได้อย่างดี ผู้ทำอาหารจะได้จดจ่ออยู่กับเสียง กลิ่น รส และสัมผัสในแต่ละขั้นตอน ซึ่งช่วยดึงความสนใจออกจากความคิดฟุ้งซ่าน และส่งเสริมการควบคุมอารมณ์ผ่านการมีส่วนร่วมของร่างกาย⁽³⁾

2. Relational therapy และ Social connection หรือ การบำบัดแบบเน้นความสัมพันธ์และความเชื่อมโยงทางสังคม เป็นแนวคิดเน้นว่าความสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและการเชื่อมโยงกับผู้อื่นอย่างมีคุณภาพ เป็นปัจจัยพื้นฐานของสุขภาวะทางจิตใจ โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาว่าปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมหลายประการมีรากเหง้ามาจากความสัมพันธ์ที่บกพร่อง หรือความรู้สึกโดดเดี่ยวทางสังคม กิจกรรมการทำอาหารร่วมกับผู้อื่น เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือคนรัก จึงเป็นกระบวนการสร้าง “พื้นที่ร่วม” สำหรับการสนทนา การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การรับรู้อารมณ์ของกันและกัน ตลอดจนการดูแลกันอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งทั้งหมดนี้ล้วนส่งเสริมการสร้างสายสัมพันธ์ทางสังคม (social bonding) ที่มีบทบาทสำคัญในการเยียวยาและส่งเสริมสุขภาพจิต⁽⁴⁾

3. Self-care and agency หรือ การดูแลตนเองและอำนาจในการกำหนดชีวิต self-care คือการดูแลตนเองในมิติร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ขณะที่ agency หมายถึงพลังหรืออำนาจภายในของบุคคลในการตัดสินใจและกำหนดทิศทางชีวิตของตนเอง ซึ่งทั้งสองแนวคิดล้วนมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพจิต โดยเฉพาะในยุคที่ผู้คนเผชิญกับความเหนื่อยล้าทางใจจากความไม่แน่นอนของสังคม kitchen therapy จึงไม่เพียงแต่เป็นกิจกรรมบำบัดผ่านการทำอาหาร แต่ยังเป็นพื้นที่ให้ผู้คนได้ฝึกการดูแลตนเอง เลือกว่าจะปฏิบัติที่ตนเองชอบ และสร้างสิ่งที่จับต้องได้ ซึ่งทั้งหมดนี้ช่วยส่งเสริมความรู้สึกของความเป็นอิสระ ความมั่นใจในตนเอง และความสำเร็จในระดับเล็กๆ ที่มีความหมาย⁽⁵⁾

คุณค่าของครัวบำบัดต่อสุขภาวะทางกายและจิตใจ

1. ลดความเครียดและความวิตกกังวล การทำอาหารต้องอาศัยความตั้งใจและการจดจ่อกับกระบวนการในแต่ละขั้นตอน ตั้งแต่การเลือกเมนูอาหาร การเตรียมวัตถุดิบการปรุงไปจนถึงการจัดจาน ความจดจ่อเหล่านี้ช่วยเบี่ยงเบนความคิดจากเรื่องราวที่ก่อให้เกิดความเครียด และส่งผลให้จิตใจผ่อนคลายมากยิ่งขึ้น นับเป็นรูปแบบหนึ่งของการฝึกสติ (mindfulness)

2. พัฒนาสมาธิ กิจกรรมการทำอาหารช่วยฝึกสมาธิผ่านการจดจ่อกับสิ่งที่อยู่ตรงหน้า ไม่ว่าจะเป็นการทบทวนศึกษาสูตรอาหาร การเตรียมวัตถุดิบ หรือการปรุงอาหาร

โดยแต่ละขั้นตอนดึงให้ผู้ปฏิบัติอยู่กับปัจจุบัน ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาสติ สมาธิ และการรับรู้ภายในตนเอง

3. ส่งเสริมสุขภาพจิตผ่านความรู้สึกของความสำเร็จ การได้เห็นผลลัพธ์ของอาหารที่ตนเองปรุงเสร็จสมบูรณ์ นำมารับประทาน และเป็นที่ยอมรับ นำมาซึ่งความภาคภูมิใจในตนเอง (self-esteem) ความสำเร็จเล็กๆ เหล่านี้มีส่วนช่วยเสริมสร้างความสามารถในการจัดการอารมณ์ และรับมือกับสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตประจำวัน

4. กระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ การทำอาหารเปิดโอกาสให้ได้ทดลองสิ่งใหม่ เช่น การผสมวัตถุดิบที่ไม่เคยใช้ร่วมกันมาก่อน หรือการปรับเปลี่ยนวิธีการปรุงให้แตกต่างจากสูตรเดิม ความยืดหยุ่นนี้ช่วยส่งเสริมการคิดเชิงสร้างสรรค์ซึ่งสามารถต่อยอดไปสู่การแก้ปัญหาและการปรับตัวในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. เสริมสร้างสัมพันธ์ทางสังคม การทำอาหารร่วมกับผู้อื่น เช่น ครอบครัว เพื่อน หรือคนรัก เป็นกิจกรรมที่เอื้อต่อการสื่อสาร ความร่วมมือ และการแลกเปลี่ยนความชอบส่วนตัว เช่น เมนูโปรดหรือรสชาติที่ชอบ/ไม่ชอบ กระบวนการนี้ช่วยเสริมสร้างทักษะทางสังคม ความเข้าใจผู้อื่น และความผูกพันทางอารมณ์ในระดับลึกยิ่งขึ้น

6. ส่งเสริมสุขภาพทางกายภาพ การประกอบอาหารต้องอาศัยการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อหลายส่วน เช่น การใช้หัวไหล่ ข้อมือ และนิ้วมือในการหั่นวัตถุดิบ การถือภาชนะ หรือการคนอาหารในกระทะ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ช่วยฝึกการเคลื่อนไหว เพิ่มความแข็งแรง และรักษาสสมดุลของร่างกายโดยไม่รู้ตัว

7. สนับสนุนการควบคุมโภชนาการด้วยตนเอง การทำอาหารเองเปิดโอกาสให้ผู้ปรุงสามารถควบคุมวัตถุดิบ ปริมาณเครื่องปรุง และคุณภาพของอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งช่วยลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมหรือน้ำตาลสูง และเสริมสร้างพฤติกรรมการบริโภคที่ส่งเสริมสุขภาพร่างกายโดยรวม

แนวทางการขับเคลื่อนแนวคิด Kitchen therapy ในการส่งเสริมสุขภาพจิต

1. ระดับครอบครัว ใช้กิจกรรมทำอาหารเป็นพื้นที่สื่อสาร ลดช่องว่างระหว่างวัย ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวทำอาหารร่วมกันในวันหยุดหรือช่วงเวลาพิเศษ เพื่อเปิดโอกาสให้ได้พูดคุยแลกเปลี่ยน

2. ระดับสถานศึกษา บูรณาการ kitchen therapy สู่ “ครัวการเรียนรู้” สำหรับเด็กและเยาวชน พัฒนา “ครัว-การเรียนรู้ (learning kitchen)” เป็นพื้นที่ที่ผสมผสานความรู้ด้านโภชนาการ วิทยาศาสตร์ ทักษะชีวิต และสุขภาพจิต ผ่านกิจกรรมการทำอาหารอย่างสร้างสรรค์ ส่งเสริมการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติ (experiential learning) เช่น การทำอาหารตามโจทย์เฉพาะกลุ่ม หรือการสื่อสารร่วมกันในกิจกรรมกลุ่ม

3. ระดับชุมชน การสนับสนุนกิจกรรม “ครัวบำบัด” สำหรับกลุ่มเปราะบาง ออกแบบกิจกรรมกลุ่มย่อยสำหรับกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้หญิงที่เผชิญความรุนแรงทางครอบครัว หรือคนไร้บ้าน ครัวบำบัดสามารถเป็นกิจกรรมเสริมในการบำบัดฟื้นฟู (rehabilitation) หรือกิจกรรมคลายเครียดที่ไม่ใช้ยา (non-pharmacological intervention) ใช้กิจกรรมทำอาหารเป็นจุดเริ่มต้นของการพูดคุย แบ่งปันความรู้สึก และฟื้นฟูความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

4. ระดับนโยบายสาธารณะ พัฒนาพื้นที่และชุดกิจกรรม “ครัวสร้างสุข” เสนอให้มีบูรณาการ kitchen therapy เป็นส่วนหนึ่งของงานสุขภาพจิตชุมชน ดำเนินการผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือกลไกชุมชน และควรมีการพัฒนา “ชุดกิจกรรมครัวสร้างสุข” เพื่อให้บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ นักสังคมสงเคราะห์ หรือนักจิตวิทยาชุมชน นำไปปรับใช้ได้ตามบริบทกลุ่มเป้าหมาย

สรุป

การทำอาหารไม่ใช่เพียงการเตรียมอาหารเพื่อการยังชีพ แต่เป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงกับประสาทสัมผัสของมนุษย์ และสามารถเป็นอีกหนึ่งเครื่องมือในการส่งเสริมสุขภาพจิต เปิดโอกาสให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างบุคคลกับอาหาร และเป็นพื้นที่สำหรับสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้คน อันนำไปสู่การพัฒนาเครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาวะอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Key facts mental disorders [Internet]. 2022 [cited 2025 Jul 29]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
2. กรมสุขภาพจิต. รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตของคนไทย ประจำปี 2566 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30 ก.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dmh-elibrary.org/items/show/1888>
3. Goyal M, Singh S, Sibinga EMS, Gould NF, Rowland-Seymour A, Sharma R, et al. Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. JAMA Internal Medicine 2014;174(3):357-68.
4. Weinstein J. Cooking together creates a shared space for dialogue, emotional attunement, and collaborative care. Journal of Holistic Psychology 2018;7(2):88-94.
5. Cook A, McKay E. Kitchen therapy and wellbeing: a qualitative study of culinary activities and mental health. British Journal of Occupational Therapy 2020;80(1):19-27.



www.thaihealth.or.th/THPJournal