

วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย

THAI HEALTH PROMOTION JOURNAL

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการผลิตและบริโภคอาหารปลอดภัยตามหลัก “อ้ม ออม สร้างสุข” ของเกษตรกรในจังหวัดกาฬสินธุ์
- การพัฒนาโครงการความปลอดภัยทางถนนสำหรับเด็กและเยาวชน เพื่อการขับเคลื่อนงานที่ยั่งยืนภายใต้บริบทพื้นที่ 3 จังหวัดคันทันแบบ
- การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา
- การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ชายขอบ
- พัฒนารูปแบบโรงเรียนเบาหวานวิทยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฤๅษะ

บทความพินิจ (Review Article)

- ผู้นำยุคใหม่ พลิกโฉมระบบสุขภาพ ผสานพลังแห่งความร่วมมือสู่ความเป็นเลิศ
- การสื่อสารนโยบายสุขภาพของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- มาตรการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทยผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทความพิเศษ (Special Article)

- เครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดภัย: กระบวนการและผลที่ได้จากการถอดบทเรียนการดำเนินงานระหว่างปี พ.ศ. 2548–2566
- นิโคตินดุง ผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ที่ใช้ในช่องปาก

ปกิณฑกะ (Miscellany)

- ทบทวนความรู้ “เบาหวานหายได้” (Diabetes Remission) และโอกาสการขยายผลสู่งานองค์กรสุขภาพ
- การขับเคลื่อนการจัดการด้านอาหารนำไปสู่การปฏิบัติ
- ภาวะตาล้าจากจอทีวีและการบริโภคสื่อสังคมออนไลน์: แนวทางการป้องกันเพื่อสุขภาพทางตา

สารบัญ	หน้าที่ Page	Contents
บทบรรณาธิการ		Editorial
ถึงเวลาส่งเสริมบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค วิวัฒน์ โรจนพิทยากร	125	The Time has Come to Enhance the Role of Village Health Volunteers in Health Promotion and Disease Prevention <i>Wiwat Rojanapithayakorn</i>
นิพนธ์ต้นฉบับ		Original Article
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการผลิตและบริโภคอาหารปลอดภัยตามหลัก “อิม ออม สร้างสุข” ของเกษตรกรในจังหวัดกาฬสินธุ์ นิตยา แสงประจักษ์ และคณะ	127	Factors Associated with Health Literacy in Production and Consumption of Food Safety Using “Good Food, Smart Saving, and Well-being Model” among Farmers in Kalasin Province <i>Nittaya Saengprajak, et al.</i>
การพัฒนาโครงการความปลอดภัยทางถนนสำหรับเด็กและเยาวชน เพื่อการขับเคลื่อนงานที่ยั่งยืน ภายใต้บริบทพื้นที่ 3 จังหวัดต้นแบบ เจษฎากร อังกุลพัฒน์สุข และคณะ	140	Developing a Road Safety Initiative for Children and Youth to Ensure Sustainable Progress within the Context of Three Pilot Provinces <i>Jasadakorn Angkulpattanasuk, et al.</i>
การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครราชสีมา พิรุฬห์ ศิริทองคำ และคณะ	151	Developing Models to Promote the Quality of Life for the Elderly through Local Administrative Organizations and Communities in Nakhon Ratchasima <i>Phirun Sirithongkham, et al.</i>
การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ชายขอบ เอกศักดิ์ เฮงสุโข และคณะ	161	Development of a Community-based Physical Activity Promotion Model for Older Adults in Marginalized Communities (CBPAP-OA Model) <i>Ekasak Hengsuko, et al.</i>
พัฒนารูปแบบโรงเรียนเบาหวานวิทยาเพื่อควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดเลาะ รวีวรรณ สกุฬหิรัญดีเลิศ	171	Developing a Diabetes School Model to Control Blood Sugar Levels of Diabetic Patients in the Area of Kut Lo Subdistrict Health Promoting Hospital <i>Rawiwan Sakuhrirandiloet</i>

สารบัญ	หน้าที่ Page	Contents
บทความพิเศษ		Review Article
ผู้นำยุคใหม่ พลิกโฉมระบบสุขภาพ ผสานพลัง แห่งความร่วมมือสู่ความเป็นเลิศ เกวริน เพ็งสฤต, พรรณี บัญชรหัตถกิจ	183	New Generation of Leaders Transforming the Healthcare System by Harnessing the Power of Collaboration for Excellence <i>Kaewrin Pengsalud, Pannee Banchonhattakit</i>
การสื่อสารนโยบายสุขภาพ ของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จารึก ไชยรักษ์ และคณะ	191	Health Policy Communication by Local Government Leaders <i>Jaruek Chairak, et al.</i>
มาตรการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทย ผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พลธนพัชร สังข์ขันธ์ภาราดา	205	Health Promotion Measures for Older Adults in Thailand through Village Health Volunteers <i>Phonthanapat Sangwanitchapharadat</i>
บทความพิเศษ		Special Article
เครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่: กระบวนการและผลที่ได้จากการถอดบทเรียนการ ดำเนินงาน ระหว่างปี พ.ศ. 2548-2566 ประวิตร เจนวรรณะกุล, ธาณิยา กลิ่นโสภณ	213	Physical Therapy Alliance Against Tobacco: Lessons Learned during the Period of 2005-2023 <i>Prawit Janwantanakul, Thaniya Klinsophon</i>
นิโคตินถุง ผลิตภัณฑ์ยาสูบบรูปแบบใหม่ที่ใช้ในช่องปาก วิกุล วิสาลเสถียร และคณะ	223	Nicotine Pouches: a New Oral Nicotine Product <i>Wikul Visalseth, et al.</i>
ปกิณกะ		Miscellany
ทบทวนความรู้ “เบาหวานหายได้” (Diabetes Remission) และโอกาสการขยายผลสู่งานองค์กร สุขภาวะ เชวตสรร นามวาท และคณะ	231	Diabetes Remission: a Knowledge Review and Prospects for Scaling into Healthy-Workplace Initiatives <i>Chawetsan Namwat, et al.</i>
การวิเคราะห์นโยบายอาหารปลอดภัยระดับชาติ ของประเทศไทย กนกวรรณ โฉมสูงเนิน, อาทิตย์ ดาวภิรมย์	235	Study on National Food Safety Policy Analysis in Thailand <i>Kanokwan Chosungnoen, Arthit Daophirom</i>
ภาวะตาล้าจากจอดิจิทัลและการบริโภคสื่อสังคม ออนไลน์: แนวทางการป้องกันเพื่อสุขภาวะทางตา สิริกอร์ นามลาบุตร และคณะ	238	Digital Eye Strain and Social Media Consumption: Preventive Strategies for Ocular Health <i>Sirikorn Namlabut, et al.</i>

วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย

วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย จัดทำขึ้นโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อเป็นช่องทางในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการของบุคลากรและเครือข่ายที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพในหลากหลายมิติ โดยเป็นสื่อกลางเพื่อเชื่อมโยงองค์ความรู้ด้านสุขภาพกับภาคี องค์กร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งเชิงวิชาการด้านการสร้างเสริมสุขภาพของไทย
2. เพื่อยกระดับและเผยแพร่บทความข้อมูลวิชาการทางสุขภาพในมิติที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ
3. เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานทางวิชาการของบุคลากรและเครือข่ายที่ทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพในหลากหลายมิติ
4. เพื่อจัดให้มีวารสารวิชาการด้านสร้างเสริมสุขภาพ โดยมุ่งพัฒนาสู่มาตรฐานวารสารวิชาการระดับสากล

รูปแบบของวารสาร

1. รูปแบบเป็นลักษณะวารสารวิชาการทั่วไป
2. จัดทำปีละ 4 ฉบับเป็นราย 3 เดือน โดยมีกำหนดออก คือ ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน และฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม ของทุกปี
3. 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 ซึ่งจรวบรวมข้อคิดเห็น 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 วาทีสาธกิจ มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน
รศ. นพ.สรนิต ศิลธรรม สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
ผศ. ดร.สุปรียดา อุดมยานนท์ นักวิชาการอิสระ
นพ.พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

บรรณาธิการ

นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร มูลนิธิเครือข่ายฝึกอบรมระดับวิทยาลัยอาชีวศึกษาภาคเหนือ

กองบรรณาธิการ

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

ฝ่ายบริหารจัดการ

นายรังสรรค์ มั่นคง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
นางสาวณลินี เรืองฤทธิศักดิ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ถึงเวลาส่งเสริมบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

นับเป็นโชคดีที่ประเทศไทยมีระบบสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่เข้มแข็ง โดยมีกลไกหรือฟันเฟืองที่สำคัญคือ เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีจุดกำเนิดจากนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ซึ่งเริ่มมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 โดยองค์ประกอบส่วนหนึ่งของนโยบายคือ การเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพของชุมชนตนเองด้วยการคัดเลือกประชาชนที่มีจิตอาสาในหมู่บ้านเข้ารับการอบรมด้านสาธารณสุขเบื้องต้น จากนั้นทำหน้าที่เป็นสื่อกลางระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับประชาชนในชุมชน และเรียกอาสาสมัครเหล่านี้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ซึ่งปัจจุบันมีจำนวนกว่า 1 ล้านคน กระจายอยู่ในทุกหมู่บ้านของประเทศไทย

หน้าที่หลักของ อสม. มีหลากหลาย ตั้งแต่การเป็นนักสื่อสารสาธารณสุขเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน เฝ้าระวังและป้องกันโรค ให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ดูแลสุขภาพผู้เจ็บป่วย ผู้พิการ มารดาและเด็ก และประสานการส่งต่อผู้ป่วยให้เข้าถึงบริการสาธารณสุข รวมถึงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ สนับสนุนการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน สร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างประชาชน องค์กรชุมชน และหน่วยงานสาธารณสุข และเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพแก่ประชาชน กล่าวโดยรวมได้ว่า อสม. เป็นกำลังสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิ ที่ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้มากขึ้น พัฒนาพฤติกรรมของคนในชุมชนให้มีสุขภาพที่ดี ลดความเสี่ยงของการเกิดโรค ส่งเสริมคุณภาพชีวิต และเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพด้วยตนเองอย่างยั่งยืน

ตัวอย่างความสำเร็จของ อสม. มีอยู่มากมาย ทั้งในระดับพื้นที่และระดับชาติ

ในปี พ.ศ. 2541 ประชาชนไทยทั่วประเทศเตรียมงานเพื่อเฉลิมฉลองวาระครบ 72 พรรษาของพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร (รัชกาลที่ 9) ในครั้งนั้น พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ทรงให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการป้องกันโรคไข้เลือดออกเพื่อเป็นของขวัญแด่พระองค์ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดตั้งสำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออกขึ้น ในตอนนั้น ผู้อำนวยการสำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก (คนแรกซึ่งก็คือ นายแพทย์วิวัฒน์ โรจนพิทยากร) ได้เล็งเห็นว่า งานนี้จะต้องทำให้สำเร็จเท่านั้น จะล้มเหลวไม่ได้ จึงได้มีแนวคิดว่าจะต้องใช้แรงของ อสม. ซึ่งในตอนนั้นมีอยู่ 7 แสนคน อสม. 1 คน ดูแลประมาณ 10 หลังคาเรือน ถ้า อสม. แต่ละคนทำการเยี่ยมบ้านทุกหลังเพียงสัปดาห์ละครั้ง ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงภายในบ้าน (ซึ่งเป็นแหล่งแพร่โรคที่สำคัญที่สุดสำหรับโรคไข้เลือดออก) โดยการเปลี่ยนน้ำในแจกัน ปิดฝาภาชนะใส่น้ำบริโภค ใส่สารทำลายลูกน้ำในแหล่งน้ำขังภายในบ้าน กิจกรรมเหล่านี้ หากดำเนินการทุกสัปดาห์ ยุงพาหะในบ้านเรือนก็จะถูกกำจัดไป โรคไข้เลือดออกก็แพร่ระบาดไม่ได้ ซึ่งก็ได้ผลตามคาด เพราะอัตราการเกิดโรคไข้เลือดออกในปีนั้น (พ.ศ. 2541 และ 2542) ทำลายสถิติต่ำสุดเป็นประวัติการณ์ แม้จนถึงปัจจุบัน สถานการณ์โรคไข้เลือดออกก็ไม่เคยต่ำกว่าช่วง 2 ปีนั้นเลย

ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด19 เครือข่าย อสม. ได้แสดงบทบาทในการเฝ้าระวัง คัดกรอง ให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องแก่ชาวบ้าน และติดตามประชาชนในชุมชนอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะการช่วยเหลือในกิจกรรมการแยกตัวเองของ

ผู้สัมผัสโรคให้อยู่เฉพาะในที่พักอาศัย (home quarantine) ทำให้เครือข่าย อสม. ได้รับคำชมเชยจากองค์การอนามัยโลก ว่าเป็น “นักรบชุดเทา” ที่เป็นกำลังสำคัญที่ช่วยให้ประเทศไทยควบคุมการระบาดในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในช่วงเวลาวิกฤต

ทุกวันนี้ คนในวงการสาธารณสุขพยายามที่จะพัฒนาให้เกิดระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ ซึ่งเป็นเรื่องที่ยาก และท้าทาย จุดที่น่าจะเป็นปัญหาที่สุดคือ การลรอยต่อระหว่างระบบปฎิบัติกับระบบที่สูงกว่านั้น และกลไกสำคัญในการ เชื่อมรอยต่อก็คือ การส่งเสริมบทบาทของเครือข่าย อสม.

ในช่วงปี พ.ศ. 2559-2562 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้สนับสนุนให้มีการจัดทำ “โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” โดยมุ่งหวังให้ลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ลง 3 ล้านคนภายในช่วงเวลา 3 ปี หลักการ ของโครงการนี้ยอดเยี่ยมมาก โดยมุ่งหวังให้ อสม. แต่ละคนชักชวนและช่วยเหลือให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบให้ได้เพียงปีละ 1 คน อสม. 1 ล้านคนก็ว่าจะช่วยให้นักสูบเลิกได้ 1 ล้านคนต่อปี เมื่อครบ 3 ปี ก็สามารถรวมจำนวนผู้เลิกสูบได้ 3 ล้านคน ตรงตามเป้าหมายตัวชี้วัดโลกเพื่อควบคุมโรคไม่ติดต่อ หรือ WHO nine global targets ซึ่งตามเป้าหมายดังกล่าวมุ่งหวัง ที่จะลดผู้สูบจาก 10 ล้านคน ให้เหลือ 7 ล้านคน หรือลดลงร้อยละ 30 ตามเป้าหมายโลก โดยแนวปฏิบัติคือ ให้ อสม. พิจารณาคัดเลือกนักสูบที่มีปัญหาสุขภาพ มีโรคเรื้อรัง มีปัญหาทางเศรษฐกิจที่ต้องจ่ายค่าบุหรี่แพงๆ หรือเป็นผู้นำ ในชุมชน ซึ่งจะมีนักสูบลักษณะดังกล่าวเกิน 3 ล้านคน (ตามความชุกของโรคเรื้อรัง) ให้เลิกสูบเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของตน ในช่วงท้ายของโครงการนี้ มีนักสูบสนใจเข้าร่วมโครงการกว่า 3 ล้านคน แต่น่าเสียดายที่โครงการดังกล่าวต้องล้มเลิกไป เพราะการเปลี่ยนแปลงรัฐบาล

มาถึงตอนนี้ ตอนที่โรคไม่ติดต่อกำลังชุกชุมและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชาชนไทย การเน้นบทบาทของ อสม. ในงานสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นเรื่องจำเป็น และหากสามารถสร้างทักษะของ อสม. ให้เป็นนักสร้างเสริมสุขภาพ และ เชื่อมรอยต่อระหว่างระบบสุขภาพปฎิบัติกับระบบทฤษฎีและตติยภูมิให้ได้ผล ก็จะช่วยพัฒนาสุขภาพของประชาชนไทย ได้เป็นอย่างดี การเชื่อมรอยต่อดังกล่าวนี้ ไม่ใช่การจัดให้มีระบบส่งต่อผู้ป่วยในทิศทางเดียว จากชุมชนไปสู่สถานพยาบาล แต่ต้องมีการส่งข้อมูลย้อนกลับสู่ภาคปฎิบัติ โดยเป็นข้อมูลที่ระบุถึงปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายที่ต้องอาศัย อสม. และ ครอบครัวของผู้ป่วยในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจ หรือโรคปอดเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่ หากได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นแล้ว ออกจากโรงพยาบาลได้แล้ว ระบบทฤษฎีหรือ ตติยภูมิก็จะส่งมอบภารกิจแก่สถานพยาบาลในชุมชนและเครือข่าย อสม. เพื่อติดตามช่วยเหลือให้เลิกสูบอย่างได้ผล แทนที่จะให้เพียงการแนะนำของแพทย์หลังการรักษา

โดยสรุป การส่งเสริมบทบาทของ อสม. ในงานสร้างเสริมสุขภาพน่าจะเป็นภารกิจสำคัญในการสร้างสุขภาพของ ชุมชน ควรที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะร่วมมือกันผลักดันแนวคิดดังกล่าวนี้ให้เป็นนโยบายสาธารณสุขหรือนวาระแห่งชาติ ในโอกาสต่อไป

นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร
บรรณาธิการ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการผลิตและบริโภคอาหารปลอดภัยตามหลัก “อ้ม ออม สร้างสุข” ของเกษตรกรในจังหวัดกาฬสินธุ์

นิตยา แสงประจักษ์¹, นิตยา เคหะบาล², ธีรพันธ์ ชันติ³, มัลลิกา นาจันทร์ทอง⁴, กรรณิกา ภูนาพรรณ⁵

¹ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

² สาขาวิชานวัตกรรมเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

³ สาขาวิชานิติศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

⁴ สาขาวิชาการท่องเที่ยว คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

⁵ สาขาวิชานวัตกรรมการออกแบบและสถาปัตยกรรม คณะวิศวกรรมศาสตร์และเทคโนโลยีอุตสาหกรรม
มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นรูปแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการผลิตและบริโภคอาหารปลอดภัย ตามหลัก “อ้ม ออม สร้างสุข” ของเกษตรกร อายุ 15-79 ปี ในอำเภอสมเด็จ อำเภอนามน อำเภอห้วยผึ้ง และอำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 400 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไคสแควร์, odds ratio และ 95%CI ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.5 อายุเฉลี่ย 50.47 ปี ส่วนใหญ่ทำนาเป็นอาชีพหลัก ร้อยละ 76.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงจากการบริโภคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.3 ปัจจัยเสี่ยงจากสภาพแวดล้อมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.5 ปัจจัยเสริมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.5 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการผลิตและบริโภคอาหารปลอดภัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 36.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ อาชีพหลัก การเคยตรวจคัดกรองสุขภาพในรอบ 1 ปี ปัจจัยเสี่ยงจากการบริโภค ปัจจัยเสี่ยงจากสภาพแวดล้อม และปัจจัยเสริมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน โดยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้น จึงควรส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพทั้งการทำเกษตรอินทรีย์ การบริโภคตามหลักโภชนาการและอาหารปลอดภัยที่ถูกต้อง และสื่อสารข้อมูลที่เข้าใจง่าย

คำสำคัญ: ปัญหาภาวะโภชนาการและอาหารปลอดภัย; ความยั่งยืนด้านอาหารและการเกษตร; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; อ้ม ออม สร้างสุข

วันรับ: 3 เม.ย. 2569

วันแก้ไข: 17 พ.ค. 2569

วันตอบรับ: 23 พ.ค. 2569

บทนำ

ความมั่นคงทางอาหารและอาหารปลอดภัยเป็นประเด็นสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพเนื่องจากการเข้าถึงอาหารที่เพียงพอ ปลอดภัย และมีคุณค่าทางโภชนาการเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิต เศรษฐกิจครัวเรือน และความยั่งยืนของสิ่งแวดล้อม ในทางตรงกันข้าม การผลิตอาหารที่ไม่ปลอดภัยหรือพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม อาจนำไปสู่ความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การได้รับสารเคมีตกค้าง และการเจ็บป่วยจากโรคที่เกิดจากอาหารและน้ำไม่ถูกสุขลักษณะ ซึ่งล้วนเป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพในปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases; NCDs) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย โดยรายงานกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2565 พบอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 7.5, 5.1, 2.2 และ 0.5 ตามลำดับ⁽¹⁾ ขณะที่ข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2566-2568 พบว่า อัตราป่วยรวมของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4 กลุ่มโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 8.82 เป็น 9.31 และ 9.81 ตามลำดับ⁽²⁾ สะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ยังคงเป็นความท้าทายสำคัญของระบบสุขภาพไทย

จังหวัดกาฬสินธุ์เป็นพื้นที่เกษตรกรรมสำคัญของภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีการขับเคลื่อนนโยบายอาหารปลอดภัยทั้งด้านการผลิตและการบริโภค เพื่อลดความเสี่ยงจากการปนเปื้อนทางกายภาพ เคมี และชีวภาพ อย่างไรก็ตามผลการดำเนินงานที่ผ่านมาในพื้นที่ยังพบข้อจำกัดด้านความรู้ในการผลิตอาหารปลอดภัย และยังพบพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของเกษตรกรอย่างต่อเนื่อง รายงานสถานะสุขภาพประชาชนจังหวัดกาฬสินธุ์ระหว่างปีพ.ศ. 2561-2564 พบว่าโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นยังคงเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยสำคัญของประชาชน⁽³⁾ นอกจากนี้ ช่วงปี พ.ศ. 2566-2568 ยังพบอัตราป่วยจากพิษสารกำจัดศัตรูพืชเท่ากับ 4.27, 12.63 และ 3.77 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁽⁴⁾ และในปี พ.ศ. 2568 พบอัตราป่วยจากโรคที่เกิดจากการบริโภคอาหารและน้ำ

ไม่ถูกสุขลักษณะสูงถึง 1,930.18 ต่อประชากรแสนคน⁽⁵⁾ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนว่าการจัดการระบบอาหารปลอดภัยและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมยังคงเป็นโจทย์สำคัญของพื้นที่ จึงมีการพัฒนาขับเคลื่อนโครงการ “ยกระดับกลไกการจัดการพื้นที่แบบองค์รวมสู่สุขภาวะชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์: อิ่ม ออม สร้างสุข” ซึ่งมุ่งสร้างสุขภาวะผ่าน 3 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ “อิ่ม” คือ การมีอาหารเพียงพอ ปลอดภัย และมีคุณค่าทางโภชนาการ “ออม” คือ การลดรายจ่ายครัวเรือนผ่านการผลิตอาหารเพื่อบริโภคเอง ลดต้นทุนการผลิต และเพิ่มการพึ่งพาตนเองด้านอาหาร และ “สร้างสุข” คือ การลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนผ่านการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน⁽⁶⁾

กลไกสำคัญที่ช่วยให้ประชาชนสามารถผลิตและบริโภคอาหารอย่างปลอดภัย คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ซึ่งหมายถึงความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการตัดสินใจที่เหมาะสมในชีวิตประจำวัน โดยครอบคลุมทั้งทักษะการคิดวิเคราะห์ การสื่อสาร และการจัดการสุขภาพตนเอง⁽⁷⁾ มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ การเลือกบริโภคอาหาร และการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงจากโรคเรื้อรัง รวมถึงการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร^(8,9)

การศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของเกษตรกรได้รับอิทธิพลจากปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อม และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยกฤษฎนทร สุวรรณพันธ์ และเสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ พบว่า เกษตรกรผู้ปลูกสับปะรดมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพค่อนข้างต่ำ⁽¹⁰⁾ ขณะที่ Praserttai และคณะ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรมันสำปะหลังอย่างมีนัยสำคัญ⁽¹¹⁾ อย่างไรก็ตาม แม้งานวิจัยเดิมชี้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของเกษตรกร แต่ยังคงขาดการศึกษาเชิงบูรณาการที่อธิบายบทบาทของพฤติกรรมการบริโภค สิ่งแวดล้อม และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการผลิตและบริโภคอาหารปลอดภัย

รวมถึงยังไม่พบการประยุกต์ใช้ PRECEDE Model ร่วมกับแนวคิดสุขภาพชุมชนภายใต้โครงการ “อิม ออม สร้างสุข” อย่างเป็นองค์รวม

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงด้านภาวะโภชนาการและอาหารปลอดภัย และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการผลิตและบริโภคอาหารปลอดภัยของเกษตรกรในจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยประยุกต์ใช้ PRECEDE Model ร่วมกับแนวคิด “อิม ออม สร้างสุข” เพื่อสร้างองค์ความรู้เชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนาแนวทางสร้างเสริมสุขภาพการออกแบบนวัตกรรมเชิงพื้นที่ และการกำหนดนโยบายสุขภาพระดับชุมชนอย่างยั่งยืน

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้ PRECEDE Model ของ Green และ Kreuter เพื่ออธิบายปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยพิจารณา 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) คือ พฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคอาหาร ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) คือ สภาพแวดล้อมและทรัพยากรที่เอื้อต่อการผลิตและบริโภคอาหารปลอดภัย และปัจจัยเสริม (reinforcing factors) คือ แรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน และผู้นำชุมชน⁽¹²⁻¹⁴⁾

2. เครื่องมือการวิจัย

2.1 แบบสอบถามงานวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ อาชีพหลัก อาชีพเสริม โรคประจำตัว ระดับการศึกษา รายได้ รายจ่าย หนี้สินครัวเรือน แหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคที่ได้รับวัตถุประสงค์ในการใช้สารเคมีทางการเกษตร และการตรวจสุขภาพ ได้แก่ การตรวจระดับสารเคมีทางการเกษตร ระดับน้ำตาลในเลือด ไขมันในเลือด ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย และการประเมินสมรรถภาพร่างกาย

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงของปัญหาภาวะโภชนาการและอาหารปลอดภัย 24 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามปัจจัยนำ

จากปัจจัยเสี่ยงจากการบริโภค ปัจจัยเอื้อจากสภาพแวดล้อม และปัจจัยเสริมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (rating scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ ตามแบบมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert scale) มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (interval scale) โดยให้เลือกตอบทุกครั้ง เกือบทุกครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่ทำ แบ่งเกณฑ์แปลผลเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Best⁽¹⁵⁾ ดังนี้

การแปลผล

ระดับคะแนนเฉลี่ย 3.68–5.00 คือ ปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับสูง

ระดับคะแนนเฉลี่ย 2.34–3.67 คือ ปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง

ระดับคะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33 คือ ปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ความรู้ความเข้าใจหรือภูมิรู้ ภูมิปัญญาของชุมชนเกี่ยวกับเกษตรอินทรีย์และพฤติกรรมบริโภคอาหารปลอดภัย ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบจากใช่-ไม่ใช่-ไม่ทราบ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 25 ข้อ

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับเกษตรอินทรีย์และอาหารปลอดภัย การรู้เท่าทันสื่อ ได้ตอบคำถามเพื่อความเข้าใจ การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการสื่อสารบอกต่อข้อมูลอาหารปลอดภัย จำนวน 35 ข้อ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ มีข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ มีคำตอบให้เลือกตอบ ทุกครั้ง เกือบทุกครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่ทำ การแปลผลคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน นำมาแบ่งเป็น 4 ระดับ⁽¹⁶⁾ ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับดีมาก หมายความว่า เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากพอและมีการปฏิบัติตนในการทำเกษตรอินทรีย์และบริโภคอาหารปลอดภัยได้ถูกต้อง และสม่ำเสมอจนเป็นนิสัย

คะแนนร้อยละ 70-79 ระดับดี หมายความว่า เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีเพียงพอและมีการปฏิบัติตนในการทำเกษตรอินทรีย์และบริโภคอาหารปลอดภัยได้ถูกต้อง

คะแนนร้อยละ 60-69 ระดับพอใช้ หมายความว่า เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนในการทำเกษตรอินทรีย์และบริโภคอาหารปลอดภัยได้ถูกต้องบ้าง

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับไม่ดี หมายความว่า เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอในการทำเกษตรอินทรีย์และบริโภคอาหารปลอดภัย

2.2 การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม

แบบสอบถามในงานวิจัยนี้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและมีเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดการวิจัย และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง 0.5 ขึ้นไป จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแล้วไปทดลองใช้กับประชาชนอายุ 15-79 ปีขึ้นไป อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) โดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient มีค่าความเชื่อมั่นของข้อคำถามด้านปัจจัยเสี่ยง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมเท่ากับ 0.766, 0.761 และ 0.883 ตามลำดับ

3. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1 ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ เกษตรกรอายุ 15-79 ปี ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 666,367 คน

3.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เกษตรกรอายุ 15-79 ปี ที่เป็นสมาชิกเครือข่ายธรรมชาติเกษตรอินทรีย์ภายใต้โครงการ “อ้อม ออม สร้างสุข” ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนของประชากรกรณีทราบขนาดประชากร⁽¹⁷⁾ กำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($Z=1.96$) ใช้ค่าสัดส่วนอ้างอิงจากการศึกษาของกฤษฎกนทร สุวรรณพันธุ์ และเสาวลักษณ์ ศรีตาเกษ⁽¹⁰⁾ ซึ่งพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.60 ($p=0.486$) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 ($e=0.05$) แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{NZ_{\alpha}^2 p(1-p)}{e^2(N-1) + Z_{\alpha}^2 p(1-p)}$$

$$n = \frac{666,367 \times 1.96^2 \times 0.486(1-0.486)}{0.05^2(666,367-1) + 1.96^2 \times 0.486(1-0.486)}$$

$$n = 384$$

ได้ขนาดตัวอย่าง 384 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างขึ้นร้อยละ 5 ได้ขนาดตัวอย่างในการเก็บข้อมูลจำนวน 400 คน

3.3 การสุ่มตัวอย่าง

1. คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ อำเภอที่มีสมาชิกเครือข่ายธรรมชาติเกษตรอินทรีย์และดำเนินโครงการ “อ้อม ออม สร้างสุข” อย่างต่อเนื่อง จำนวน 4 อำเภอ คือ อำเภอสมเด็จ อำเภอนามน อำเภอห้วยผึ้ง และอำเภอเขาวง
2. ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบจากรายชื่อเกษตรกรในแต่ละพื้นที่โดยจัดสรรขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนประชากร ได้แก่ อำเภอสมเด็จ 89 คน อำเภอนามน 100 คน อำเภอห้วยผึ้ง 111 คน และอำเภอเขาวง 100 คน

3.4 เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา

เป็นเกษตรกรอายุ 15-79 ปี เป็นสมาชิกเครือข่าย-ธรรมชาติเกษตรอินทรีย์ในพื้นที่ศึกษา และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

4. สถิติในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ดังนี้

4.1 สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ใช้ในการวิเคราะห์ คุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับปัจจัยเสี่ยง และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

4.2 สถิติเชิงอนุมาน เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้ Chi-square, Odds ratio, 95%CI และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<0.05$)

5. จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ โดยมีหนังสือรับรองเลขที่ HS-KSU 001/2566 ลงวันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2566

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 56.5 อายุเฉลี่ย 50.47 ± 13.64 ปี การประกอบอาชีพหลักส่วนใหญ่คือ ทำนา ร้อยละ 76.5 รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 9.8 และค้าขาย ร้อยละ 7.3 การประกอบอาชีพเสริมส่วนใหญ่คือ เลี้ยงสัตว์ ร้อยละ 24.8 รองลงมาคือ ค้าขาย ร้อยละ 23.5 และรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 22.2 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 79.5 และมีโรคประจำตัวจำนวน 82 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.5 โดยพบเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 82 ราย คิดเป็น ร้อยละ 20.5 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน 47 ราย คิดเป็น ร้อยละ 11.8 ด้านการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61.2 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาและ ปวช. และระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 33.0 และ 5.8 ตามลำดับ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

9,964 บาท และมีรายจ่ายต่อเดือน 5,228 บาท มีหนี้สิน-ครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือน 19,031 บาท แหล่งข้อมูลข่าวสาร เรื่องการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรคที่ได้รับ พบว่า ส่วนใหญ่ รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 60.5 รองลงมาคือ วิทยุและโทรทัศน์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 69.3 และ 60.5 ตามลำดับ การใช้สารเคมีในการทำเกษตรกรรม พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้ ร้อยละ 35.2 รองลงมาคือ ใช้ในการเร่งการเจริญเติบโต กำจัดวัชพืช และกำจัดแมลง ร้อยละ 22.8, 14.0 และ 11.8 ตามลำดับ การตรวจสุขภาพ ประจำปีของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยตรวจสารเคมีในเลือดเกษตรกร หรือเอนไซม์โคสโมสเอสเตอเรส ร้อยละ 40.0 เคยตรวจ ระดับน้ำตาลในเลือด ร้อยละ 61.2 เคยตรวจไขมันในเลือด ร้อยละ 58.2 เคยตรวจความดันโลหิต ร้อยละ 65.2 เคยตรวจดัชนีมวลกาย ร้อยละ 48.5 และการประเมิน สมรรถภาพร่างกาย ร้อยละ 36.2 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=400)

ข้อมูลคุณลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	174	43.5
หญิง	226	56.5
2. อายุเฉลี่ย (SD) (ปี)	50.47±13.64	
อายุน้อยสุด-สูงสุด (ปี)	16-92	
3. อาชีพหลัก		
ทำนา	306	76.5
การเกษตรอื่นๆ (เลี้ยงสัตว์ ค้าขาย ทำสวน รับจ้างทั่วไป และอื่นๆ)	94	23.5
4. อาชีพเสริม		
ทำนา	37	9.2
เลี้ยงสัตว์	99	24.8
ค้าขาย	94	23.5
ทำสวน	81	20.3
รับจ้างทั่วไป	89	22.2

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=400) (ต่อ)

ข้อมูลคุณลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
6. โรคประจำตัว		
มี	82	20.5
ไม่มี	318	79.5
6. จบการศึกษาระดับ		
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	245	61.2
มัธยมศึกษาและ ปวช. ขึ้นไป	132	33.0
ปริญญาตรีขึ้นไป	23	5.8
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	9,964±26,325	
รายได้ต่ำสุด-สูงสุด (บาท)	0-500,000	
8. รายจ่ายต่อเดือน (บาท)	5,228±5,051	
รายจ่ายต่ำสุด-สูงสุด (บาท)	0-40,000	
9. หนี้สินครัวเรือน เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	19,031±69,739	
หนี้สินต่ำสุด-สูงสุด (บาท)	0-1,000,000	
10. แหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรคที่ได้รับ		
1. กลุ่มสมาชิกในชุมชนและสมาชิกในบ้าน	345	86.3
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	242	60.5
3. สถานศึกษาในชุมชน	59	14.8
4. วิทยุและโทรทัศน์	277	69.3
5. สื่อสังคมออนไลน์ (เฟซบุ๊ก ไลน์ และอื่นๆ)	195	48.8
11. วัตถุประสงค์การใช้สารเคมีในการทำเกษตรกรรม		
1. กำจัดแมลง	47	11.8
2. กำจัดวัชพืช	56	14.0
3. เร่งการเจริญเติบโต	91	22.8
4. ไม่ได้ใช้	141	35.2
5. สารกำจัดเชื้อรา	9	2.2
6. อื่นๆ	56	14.0

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=400) (ต่อ)

ข้อมูลคุณลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
12. ตรวจสอบสุขภาพประจำปีในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา		
12.1 ระดับสารเคมีทางการเกษตรในเลือด		
เคย	160	40.0
ไม่เคย	240	60.0
12.2 ระดับน้ำตาลในเลือด		
เคย	245	61.2
ไม่เคย	155	38.8
12.3 ไขมันในเลือด		
เคย	233	58.2
ไม่เคย	167	41.8
12.4 ความดันโลหิต		
เคย	261	65.2
ไม่เคย	139	34.8
12.5 ดัชนีมวลกาย		
เคย	194	48.5
ไม่เคย	206	51.5
12.6 การประเมินสมรรถภาพร่างกายในรอบ 1 ปี		
เคย	145	36.2
ไม่เคย	255	63.8

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงของปัญหาภาวะโภชนาการและอาหารปลอดภัย

ผลการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของปัญหาภาวะโภชนาการและอาหารปลอดภัยของเกษตรกรจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยนำจากปัจจัยเสี่ยงจากการบริโภคอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.38 ± 0.72) ส่วนใหญ่มีปัจจัยนำอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 193 คน (ร้อยละ 48.3) ด้านปัจจัยเอื้อจากสภาพแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.58 ± 0.48) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัจจัยเอื้อ

อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 250 คน (ร้อยละ 62.5) ด้านปัจจัยเสริมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.52 ± 0.57) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัจจัยเสริมอยู่ในระดับปานกลาง 238 คน (ร้อยละ 59.5) ดังตารางที่ 2

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการทำเกษตรอินทรีย์และบริโภคอาหารปลอดภัย

1. ด้านความรู้ความเข้าใจหรือภูมิรู้ของชุมชนเกี่ยวกับเกษตรอินทรีย์และการบริโภคอาหารปลอดภัย อยู่ในระดับ

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงของปัญหาภาวะโภชนาการและอาหารปลอดภัยของประชาชนจังหวัดกาฬสินธุ์ (n=400)

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
1. ปัจจัยนำจากปัจจัยเสี่ยงจากการบริโภค		
สูง (3.68-5.00)	18	4.5
ปานกลาง (2.34-3.67)	193	48.3
ต่ำ (1.00-2.33)	189	47.3
(ค่าเฉลี่ย 2.38±0.72 ค่าต่ำสุด-สูงสุด 1.00-4.57)		
2. ปัจจัยเอื้อจากสภาพแวดล้อม		
สูง (3.68-5.00)	10	2.5
ปานกลาง (2.34-3.67)	250	62.5
ต่ำ (1.00-2.33)	140	35.0
(ค่าเฉลี่ย 2.58±0.48 ค่าต่ำสุด-สูงสุด 1.29-4.14)		
3. ปัจจัยเสริมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน		
สูง (3.68-5.00)	11	2.8
ปานกลาง (2.34-3.67)	238	59.5
ต่ำ (1.00-2.33)	151	37.8
(ค่าเฉลี่ย 2.52±0.57 ค่าต่ำสุด-สูงสุด 1.25-4.38)		

ถูกต้องบ้าง (ค่าเฉลี่ย 17.93±3.80) ซึ่งหมายความว่าชุมชนมีความรู้และเข้าใจเรื่องการเกษตรอินทรีย์และอาหารปลอดภัยที่ถูกต้องบ้าง แต่ยังไม่ชัดเจนในบางประเด็น

2. ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับเกษตรอินทรีย์และอาหารปลอดภัย อยู่ในระดับพอใช้ (ค่าเฉลี่ย 24.68±5.77) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพได้บ้าง แต่ยังไม่สามารถนำมาใช้ตัดสินใจอย่างถูกต้องแม่นยำได้

3. ด้านการรู้เท่าทันสื่อ อยู่ในระดับพอใช้ (ค่าเฉลี่ย 22.36±2.31) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถรับข้อมูลจากสื่อได้และมักจะวิเคราะห์หรือสอบถามเพิ่มเติมเพื่อความเข้าใจที่ถูกต้อง

4. ด้านการตัดสินใจ อยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 29.08±4.35) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจในเรื่องสุขภาพที่ดีและให้ความสำคัญกับผลดีต่อสุขภาพของตนเองและผู้อื่น

5. ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 25.12±5.36) ซึ่งแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถปรับตัวและจัดการกับเงื่อนไขที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองได้ดี

6. ด้านการสื่อสารบอกต่อข้อมูลอาหารปลอดภัย อยู่ในระดับพอใช้ (ค่าเฉลี่ย 20.25±6.20) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถสื่อสารเกี่ยวกับอาหารปลอดภัยได้ แต่ยังไม่สามารถทำได้อย่างเชี่ยวชาญ

ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกด้าน พบว่า อยู่ในระดับพอใช้ (ค่าเฉลี่ย 139.41±19.79) แสดงให้เห็นว่าเป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและจะมีการปฏิบัติตนในการทำเกษตรอินทรีย์และบริโภคอาหารปลอดภัยได้ถูกต้องบ้าง แต่ยังต้องปรับปรุงทั้งในด้านความรู้และการนำความรู้ไปใช้ในการตัดสินใจและการปฏิบัติจริง เมื่อวิเคราะห์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี 145 คน

(ร้อยละ 36.2) รองลงมาระดับพอใช้ 135 คน (ร้อยละ 33.8) ระดับดีมาก 63 คน (ร้อยละ 15.8) และระดับไม่ดี 57 คน (ร้อยละ 14.2)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการผลิตและบริโภคอาหารปลอดภัยตามหลัก “อ้อม ออม สร้างสุข”

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการผลิตและบริโภคอาหารปลอดภัยตามหลัก “อ้อม ออม สร้างสุข” ได้แก่ อาชีพหลัก (OR=1.74, 95%CI: 1.09-2.77, p=0.02) การเคยตรวจคัดกรองสุขภาพในรอบ 1 ปี (OR=2.60, 95%CI: 1.54-4.37, p<0.001) ปัจจัยนำจากปัจจัยเสี่ยงจากบริโภค (OR=0.55,

95%CI: 0.37-0.82, p=0.003) ปัจจัยเอื้อจากสภาพแวดล้อม (OR=0.60, 95%CI: 0.40-0.92, p=0.019) และปัจจัยเสริมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน (OR=1.86, 95%CI: 1.23-2.80, p=0.003) โดยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

ส่วนเพศอายุโรคประจำตัวระดับการศึกษาแหล่งข้อมูลข่าวสารในการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรค การใช้สารเคมีในการทำเกษตรกรรม ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการทำเกษตรอินทรีย์และบริโภคอาหารปลอดภัย ตามหลัก “อ้อม ออม สร้างสุข” อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการผลิตและบริโภคอาหารปลอดภัย ตามหลัก “อ้อม ออม สร้างสุข”

ปัจจัย	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ		Odds Ratio	95%CI	p-value
	ดี	ปรับปรุง			
1. อาชีพหลัก ทำนา การเกษตรอื่นๆ	169 39	137 55	1.74	1.09-2.77	0.02
2. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาท่านเคยตรวจคัดกรองสุขภาพ เคย ไม่เคย	182 26	140 52	2.60	1.54-4.37	<0.001
3. ปัจจัยนำจากปัจจัยเสี่ยงจากการบริโภค มาก น้อย	95 113	116 76	0.55	0.37-0.82	0.003
4. ปัจจัยเอื้อจากสภาพแวดล้อม มาก น้อย	124 84	136 56	0.60	0.40-0.92	0.019
5. ปัจจัยเสริมจากครอบครัวเพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน มาก น้อย	144 64	105 87	1.86	1.23-2.80	0.003

วิจารณ์

ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยด้านพฤติกรรมการบริโภค สภาพแวดล้อม และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการผลิตและบริโภคอาหารปลอดภัยของเกษตรกรจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิด PRECEDE Model ที่อธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) และปัจจัยเสริม (reinforcing factors) ที่ทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ โดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพมิได้ขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อมร่วมด้วย^(9,12)

เมื่อพิจารณาภายใต้กรอบแนวคิด “อ้อม ออม สร้างสุข” พบว่า ผลการศึกษาสะท้อนความเชื่อมโยงของทั้ง 3 มิติอย่างชัดเจน ได้แก่ “อ้อม” ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเข้าถึงอาหารที่เพียงพอและปลอดภัย “ออม” ซึ่งเชื่อมโยงกับการลดรายจ่ายและการพึ่งพาตนเองด้านอาหาร และ “สร้างสุข” ซึ่งมุ่งลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนผ่านการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน สอดคล้องกับรายงานโครงการยกระดับกลไกการจัดการพื้นที่แบบองค์รวมสู่สุขภาวะชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่เน้นการบูรณาการมิติสุขภาพ เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมในระดับชุมชนร่วมกัน⁽⁶⁾

สำหรับปัจจัยนำ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนว่ายังคงมีพฤติกรรมบางประการที่เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แม้ว่าพฤติกรรมเสี่ยงระดับสูง เช่น การบริโภคอาหารไขมันสูง อาหารทอดซ้ำหรืออาหารดิบ จะพบในระดับต่ำ ซึ่งอาจสัมพันธ์กับลักษณะประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีอายุค่อนข้างสูงที่มักให้ความสำคัญต่อสุขภาพมากขึ้น ทั้งนี้พฤติกรรมบริโภคถือเป็นปัจจัยนำตามกรอบ PRECEDE Model และสอดคล้องกับสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง^(1,2) นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นถึงบุคคลที่สามารถเข้าถึง ทำความเข้าใจ และ

ประเมินข้อมูลสุขภาพได้ดี จะมีการรับรู้ความเสี่ยง (risk perception) และสามารถตัดสินใจเลือกพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam⁽⁷⁾ ที่อธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะสำคัญในการวิเคราะห์ข้อมูลและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ในด้านปัจจัยเอื้อจากสภาพแวดล้อม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าสภาพแวดล้อมของชุมชนมีทั้งองค์ประกอบที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยการมีพื้นที่ออกกำลังกาย การเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพ และการลดการใช้สารเคมีทางการเกษตร เป็นปัจจัยเชิงบวก สอดคล้องกับการศึกษาของธวัชชัย เอกสันติ และคณะ⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า ความรอบรู้สุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในทุกด้าน ขณะที่ความรู้ความเข้าใจมีความสัมพันธ์ในระดับที่ต่ำกว่าองค์ประกอบอื่น ซึ่งให้เห็นว่าความรู้ความเข้าใจเพียงด้านเดียว ไม่เพียงพอต่อการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จะต้องจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ องค์ประกอบอื่นร่วมด้วย ขณะที่วัฒนธรรมการบริโภคในครัวเรือน เช่น การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ผลการศึกษานี้สะท้อนบทบาทของปัจจัยเอื้อซึ่งกำหนดโอกาสในการเข้าถึงทรัพยากรและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของ Sørensen และคณะ⁽⁸⁾ ที่เสนอว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกิดจากทั้งศักยภาพของบุคคลและระบบสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อม รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของ Praserttai และคณะ⁽¹¹⁾ ที่พบว่า เกษตรกรที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันตนเองจากสารกำจัดศัตรูพืชได้ดีกว่า

สำหรับปัจจัยเสริม ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน และผู้นำชุมชน มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนบทบาทของทุนทางสังคม (social capital) ต่อการสร้างการเรียนรู้สุขภาพในระดับชุมชน โดยครอบครัวมีบทบาทกับพฤติกรรมบริโภค ขณะที่ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำหน้าที่สื่อสารข้อมูล

สุขภาพและสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของสายชล คล้อยเอี่ยม และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงสอดคล้องกับ Green และ Kreuter⁽¹²⁾ ที่เสนอว่า การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจำเป็นต้องอาศัย แรงสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่อง

แม้งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าความรอบรู้ ด้านสุขภาพสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของเกษตรกร แต่ส่วนใหญ่มุ่งศึกษาเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน เช่น การป้องกันการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร^(13, 18) ขณะที่ การศึกษาครั้งนี้ได้ขยายองค์ความรู้โดยอธิบายความสัมพันธ์ เชิงบูรณาการระหว่างพฤติกรรมกรรมการบริโภค สภาพแวดล้อม และแรงสนับสนุนทางสังคม ภายใต้กรอบ PRECEDE Model ร่วมกับแนวคิด “อ้อม ออม สร้างสุข” ซึ่งสะท้อนบริบท การสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่และระบบอาหารปลอดภัย ระดับชุมชนได้อย่างชัดเจน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kim และคณะ⁽²⁰⁾ ที่พบว่า โปรแกรมสุขภาพที่ใช้ PRECEDE-PROCEED Model และการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถ เพิ่มประสิทธิภาพของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ได้อย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของเกษตรกร ในการผลิตและบริโภคอาหารปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับ ปัจจัยด้านอาชีพ การตรวจคัดกรองสุขภาพ ปัจจัยเอื้อจาก สภาพแวดล้อม และปัจจัยเสริมจากครอบครัว ชุมชน และ ผู้นำชุมชน ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงาน-สาธารณสุขจังหวัด สำนักงานเกษตรจังหวัด องค์กร-ปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายสุขภาพ ควรร่วมกัน กำหนดมาตรการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของ

เกษตรกรอย่างเป็นระบบ โดยพัฒนาหลักสูตรหรือโปรแกรม เสริมสร้างทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การตัดสินใจ เลือกลดอาหารปลอดภัย และการบริโภคตามหลักโภชนาการ ที่เหมาะสม รวมทั้งสนับสนุนการใช้กลไกชุมชน เช่น อาสา-สมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และเครือข่ายเกษตรอินทรีย์ เป็นกลไกสำคัญในการถ่ายทอดองค์ความรู้ ตลอดจนพัฒนา เครือข่ายอาหารปลอดภัยระดับชุมชน เพื่อขับเคลื่อนนโยบาย ตามแนวคิด “อ้อม ออม สร้างสุข” ให้เกิดความยั่งยืนทั้งด้าน สุขภาพ เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมในระดับพื้นที่

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัย แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ซึ่งสามารถ อธิบายได้เพียงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่ไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุ และผล (causality) ได้โดยตรง นอกจากนี้ การศึกษา ครั้งต่อไปควรใช้การวิจัยเชิงติดตาม (longitudinal study) หรือการศึกษารูปแบบกึ่งทดลอง เพื่อยืนยันความสัมพันธ์ เชิงเหตุผลและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับชุมชนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้วิจัยฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการยกระดับ กลไกการจัดการพื้นที่แบบองค์รวมสู่สุขภาวะชุมชน จังหวัด กาฬสินธุ์: อ้อมออม สร้างสุข ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลจาก การสำรวจทุกท่าน ทีมวิจัยโครงการ สมาชิกกลุ่มธรรมเกษตร-อินทรีย์ ที่ปรึกษาโครงการ พระครูโพธิธยาธิการ เจ้าอาวาส วัดโพธิ์ชัยวนาราม และผู้อำนวยการศูนย์ธรรมเกษตร-อินทรีย์ และ นายสุพจน์ สเบงบาล สาธารณสุขอำเภอนามน และภาคีเครือข่ายเกษตรอินทรีย์จากพื้นที่อำเภอสมเด็จ อำเภอนามน อำเภอห้วยผึ้ง และอำเภอเขาวง และขอขอบคุณ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในการสนับสนุนงบประมาณดำเนินโครงการ

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2568. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟิคแอนดี้ไซน์; 2569.
2. กระทรวงสาธารณสุข. Health Data Center (HDC): รายงานมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 พ.ค. 2569]. แหล่งข้อมูล: <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/MZ1yOMFDMQZdaGXIJ?subcatalogId=491672679818600345dc1833920051b2>
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. รายงานสถานสุขภาพประชาชนจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2561-2564. กาฬสินธุ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์; 2565.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. Health Data Center (HDC): รายงานสถานการณ์พิษสารกำจัดศัตรูพืช จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2566-2568 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 พ.ค. 2569]. แหล่งข้อมูล: <https://hdc.moph.go.th/ksn/public/standard-report-detail/46914a29aebb9e55230cc408f59f2d39?subcatalogId=f16421e617aed29602f9f09d951cce68>
5. กระทรวงสาธารณสุข. Health Data Center (HDC): รายงานโรคที่เกิดจากการบริโภคอาหารและน้ำไม่ถูกสุขลักษณะ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 พ.ค. 2569]. แหล่งข้อมูล: <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/MZ1yOMFDMQZdaGXIJ?subcatalogId=491672679818600345dc1833920051b2>
6. กรรณิกา ฤณพวรรณ์. โครงการยกระดับกลไกการจัดการพื้นที่แบบองค์รวมสู่สุขภาวะชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์: อิม ออม สร้างสุข [รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์]. กาฬสินธุ์: มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์; 2566.
7. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int 2000;15(3):259-67.
8. Sørensen K, Levin-Zamir D, Duong TV, Okan O, Brasil VV, Nutbeam D. Building health literacy system capacity: a framework for health literate systems. Health Promot Int 2021;36 Suppl 1.
9. Steinke EM, Hucke B, Rohmann M, Tietz F, Lewejohann JC, Nuernberger M. The relationship between health literacy, food literacy, and dietary choices: a systematic review. Front Public Health 2026;14:1769299.
10. กฤษณการ สุวรรณพันธุ์, เสาวลักษณ์ ศรีตาเกษ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรดในเขตสุขภาพที่ 8. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2562;12(1):150-57.
11. Praserttai C, Tanthanapanyakorn P, Khantikulanon N, Mungkhunthod S, Maoon K. Health literacy and associated factors influencing pesticide protective behaviors among cassava farmers in an eastern Thailand province: a cross-sectional study. Pac Rim Int J Nurs Res 2025;29(4):892-907.
12. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: an educational and ecological approach. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
13. Porter CM. Revisiting PRECEDE-PROCEED: a leading model for ecological and ethical health promotion. Health Educ J 2022;81(4):399-414.
14. นรลักษณ์ เอื้อกิจ, ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE Model ในการสร้างเสริมสุขภาพ. วารสารพยาบาล-สภาวิชาชีพไทย 2562;12(1):38-48.
15. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
16. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กลยุทธ์การสร้างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์; 2561.
17. อรุณ จิรวรรณกุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: วิทย์พัฒน์; 2558.
18. ธวัชชัย เอกสันติ, นิยามหารัชพงศ์, ยุติ รอดจากภัย, อนามัย เทศะทีก. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล 2565;28(2):1-15.
19. สายชล คล้อยเอี่ยม, กมลวรรณ สุขประเสริฐ, ภาณุจิรา เจริญเผ่า, ฐานิตา คุณารักษ์, ดวงพร ไชยวิญญู, มณฑล หวานวาจา. ความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพกับความรู้ด้านสุขภาพของคนในชุมชน. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2566;15(3):14-25.
20. Kim J, Lee EH, Kim Y. Effectiveness of PRECEDE-PROCEED model-based interventions on health behavior outcomes: a systematic review. Syst Rev 2022;11:218.

Factors Associated with Health Literacy in Production and Consumption of Food Safety Using “Good Food, Smart Saving and Well-being Model” Among Farmers in Kalasin Province

Nittaya Saengprajak¹, Nittaya Kehaban², Theeranan Khantee³, Mullika Najanthong⁴, Kannika Tunapan⁵

¹ Department of Public Health, Faculty of Science and Health Technology, Kalasin University, Kalasin Province

² Department of Innovation for Local Development, Faculty of Liberal Arts, Kalasin University, Kalasin Province

³ Department of Communication Arts, Faculty of Liberal Arts, Kalasin University, Kalasin Province

⁴ Department of Tourism, Faculty of Liberal Arts, Kalasin University, Kalasin Province

⁵ Department of Design Innovation and Architecture, Faculty of Engineering and Industrial Technology, Kalasin University, Kalasin Province

Abstract

This research is a cross-sectional analytical study aimed at examining the factors associated with health literacy regarding production and the consumption of food safety based on the principles of “Good food, Smart saving, and Well-being” among the farmers aged 15–79 in Somdet, Namon, Huay Phueng and Khao Wong districts, Kalasin province, totaling 400 individuals. Data were collected using questionnaires and analyzed using chi-square statistics, odds ratio, and 95% confidence intervals. The results showed that the majority of the samples were women (56.5%), with an average age of 50.47 years. Most participants were primarily farmers (76.5%). The majority had moderate risk behaviors related to food consumption (48.3%), moderate environmental factors (62.5%), and moderate support from family, neighbors, and community leaders (59.5%). Most participants had good health literacy regarding organic farming and safe food consumption (36.2%). Factors associated with health literacy include occupation, having undergone a health screening in the past year, risky food consumption behaviors, environmental factors, and support from family, neighbors, and community leaders, all of which were statistically significant ($p < 0.05$). Therefore, it is recommended to promote health literacy in organic farming, proper nutrition, and safe food consumption, along with clear and easy-to-understand communication of information.

Keywords: nutrition and food safety; food and agricultural sustainability; health literacy; fullness-saving-happiness

การพัฒนาโครงการความปลอดภัยทางถนนสำหรับเด็กและเยาวชน เพื่อการขับเคลื่อนงานที่ยั่งยืน ภายใต้บริบทพื้นที่ 3 จังหวัดต้นแบบ

เจษฎากร อังกุลพัฒนาสุข¹, สติดาพร คำสวด², สุทธิพันธ์ มีขำนาญ³, ชาทิวุฒิ วัจนวล⁴

¹มูลนิธิสถาบันยุวทัศน์ประเทศไทย กรุงเทพมหานคร

²มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

³กรมแพทยทหารเรือ

⁴มูลนิธินโยบายถนนปลอดภัย กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตของเด็กและเยาวชนจากอุบัติเหตุทางถนนมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ขณะที่โครงการรณรงค์ป้องกันหรือแก้ไขปัญหานี้ในปัจจุบัน ซึ่งนับได้ว่าเป็นเครื่องมือสำคัญที่หน่วยงานส่วนใหญ่ใช้ดำเนินงานตั้งแต่ในระดับพื้นที่จนถึงระดับชาติ แต่อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ของแต่ละโครงการเป็นเพียงผลผลิตระยะสั้นและไม่อาจบรรลุเป้าหมายที่ยั่งยืนได้ ด้วยปัจจัยอันเป็นข้อจำกัดที่หน่วยงานต้องเผชิญ การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และนำผลที่ได้พัฒนาเป็นข้อเสนอแนวทาง “การพัฒนาโครงการความปลอดภัยทางถนนที่ยั่งยืนสำหรับเด็กและเยาวชนในพื้นที่ 3 จังหวัดต้นแบบ” โดยดำเนินการ แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ (1) เก็บรวบรวมข้อมูลจากตัวแทนนักเรียน นักศึกษา 110 คน ในพื้นที่สถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษาจังหวัดระยอง จังหวัดขอนแก่น และพื้นที่สถานศึกษาสังกัดเมืองพัทยา (2) นำผลจากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อยกร่างข้อเสนอแนวทาง และ (3) เปิดเวทีรับฟังความคิดเห็นจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและตัวแทนนักเรียน นักศึกษา รวม 30 คน จากผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาโครงการเพื่อการขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนนให้เกิดความยั่งยืนและเข้าถึงเด็กและเยาวชนได้อย่างแท้จริง จำเป็นต้องให้ความสำคัญ 7 ประเด็นหลัก เรียงตามลำดับดังนี้ (1) การออกแบบเนื้อหาหลักสูตรและกิจกรรมที่ทันสมัย (2) การพัฒนานวัตกรรมสื่อส่งเสริมโอกาสในการเข้าถึงการเรียนรู้ (3) การพัฒนากิจกรรมสู่วัฒนธรรมการเรียนรู้ที่สร้างสรรค์ (4) การบริหารจัดการทรัพยากรสนับสนุนโครงการ (5) การสร้างกลไกติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง (6) การทบทวนกฎหมายและระเบียบปฏิบัติให้เท่าทันบริบทการเปลี่ยนแปลง และ (7) การบูรณาการความร่วมมือในการดำเนินงานของทุกเครือข่าย

คำสำคัญ: การพัฒนาโครงการ; ความปลอดภัยทางถนน; เด็กและเยาวชน; การพัฒนาที่ยั่งยืน

วันรับ: 23 มี.ค. 2569

วันแก้ไข: 27 เม.ย. 2569

วันตอบรับ: 2 พ.ค. 2569

บทนำ

กว่าทศวรรษที่สถานการณ์การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน กลายเป็นอีกปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อศักยภาพการพัฒนาและความสามารถในการแข่งขันของประเทศที่ลดลงต่อเนื่อง จากผลสำรวจข้อมูลองค์การอนามัยโลก ประเทศไทยถูกจัดเป็นประเทศที่มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงเป็นอันดับ 9 ของโลก เป็นอันดับ 1 ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้⁽¹⁾ ขณะที่ผลการจัดอันดับความสามารถในการแข่งขัน โดยสถาบันการจัดการนานาชาติ (IMD) ประเทศไทยมีความสามารถในการแข่งขันภาพรวม อยู่ในอันดับที่ 25 จาก 67 เขตเศรษฐกิจทั่วโลก ซึ่งปัญหาด้านการขนส่งและจราจรนั้นเป็นหนึ่งในเกณฑ์ตัวชี้วัดที่ใช้ในการพิจารณา อีกทั้งเมื่อพิจารณารายละเอียดเชิงลึก พบว่า ปัจจัยคุณภาพโครงสร้างพื้นฐานถูกปรับอันดับลดลง หนึ่งในข้อเสนอการพัฒนาเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน ภาครัฐจำเป็นต้องเร่งดำเนินการเพิ่มคุณภาพโครงสร้างพื้นฐานทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ และยังคงคงไว้ซึ่งมาตรฐานคุณภาพด้านอื่นๆ ด้วย เช่น การศึกษา สุขภาพ สิ่งแวดล้อม⁽²⁾ จากปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของชนทุกกลุ่มช่วงอายุ โดยเฉพาะในเด็กและเยาวชนซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางที่สุด สะท้อนจากสถิติที่ชี้ว่าในปี พ.ศ. 2565 มีผู้เสียชีวิตเป็นเด็กและเยาวชนมากกว่า 1,869 ราย หรือเฉลี่ยวันละ 5 คน⁽³⁾ และหากปัญหาดังกล่าวไม่สามารถป้องกันหรือแก้ไขได้มีประสิทธิภาพเพียงพอ คาดการณ์ได้ว่าในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2564 - 2573) ประเทศไทยมีแนวโน้มจะต้องสูญเสียเด็กและเยาวชนไปอีกกว่า 37,321 ราย หรือเฉลี่ยปีละ 3,732 คน⁽⁴⁾ จากปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นเพียงความสูญเสียระดับครอบครัว แต่เป็นวาระเร่งด่วนในระดับชาติ ที่ทุกภาคส่วนต้องร่วมกันแก้ไขอย่างเป็นระบบ

ด้วยสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น นำมาสู่การพัฒนาแผนขับเคลื่อนงานความปลอดภัยในช่วงที่ผ่านมาของหน่วยงานทุกภาคส่วน ผ่านการริเริ่มโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ ซึ่งลักษณะการดำเนินงานแตกต่างกันไปตามจุดมุ่งหมาย เช่น สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย เน้นสื่อสารสร้างการรับรู้และความร่วมมือระดับนโยบาย พัฒนาองค์ความรู้ ทักษะ และนวัตกรรมสนับสนุนความปลอดภัย

ทางถนน⁽⁵⁾ กรมการขนส่งทางบก เน้นรณรงค์เสริมสร้างจิตสำนึกและป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาลสำคัญ อีกทั้งกำกับดูแลความพร้อมในการเดินทางโดยสารสาธารณะ ประชาสัมพันธ์การใช้รถใช้ถนนอย่างปลอดภัย⁽⁶⁾ บริษัท-ธนาชาติประกันภัย จำกัด (มหาชน) ร่วมกับ ศูนย์อำนวยการ-ความปลอดภัยทางถนน ดำเนินกิจกรรมคืนประโยชน์แก่สังคม ผ่านการจัดทำโครงการพลังชุมชน สร้างถนนปลอดภัย โดยมีจุดเน้นสำคัญ เช่น การแก้ไขจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน 30 แห่งทั่วประเทศ⁽⁷⁾ ตัวอย่างที่ได้นำเสนอสะท้อนให้เห็นถึง การให้ความสำคัญ มุ่งมั่นและพยายามในการดำเนินงาน อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติหน่วยงานมักต้องเผชิญกับช่องว่างสำคัญ คือ ผลลัพธ์ที่ได้จากโครงการหรือกิจกรรมเป็นเพียงผลสัมฤทธิ์ระยะสั้น ไม่อาจก้าวไปสู่ความยั่งยืนได้ โดยสาเหตุหลักนั้นเกิดจากข้อจำกัดในเชิงระบบ เช่น นโยบายไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติจริง งบประมาณที่ไม่ต่อเนื่อง แนวปฏิบัติที่ไม่ชัดเจน และรองรับคนทำงาน⁽⁸⁾ หรือการดำเนินงานแบบแยกส่วน ตัวอย่างเช่น การดำเนินโครงการของกรมการขนส่งทางบก ในช่วงปีใหม่และเทศกาลสงกรานต์ กลุ่มผู้ขับขี่ที่เข้าใช้บริการตรวจรถฟรี มีทั้งสิ้น 164,447 คัน และ 231,370 คัน ซึ่งจากตัวเลขนี้ไม่ได้แสดงแน่ชัดว่าเป็นการใช้บริการพาหนะประเภทใด แต่ถือได้ว่าเป็นส่วนน้อยเมื่ออ้างอิงตามจำนวนรถที่มีการจดทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วยรถยนต์ของกอง-แผนงาน กรมการขนส่งทางบกที่มีอยู่ 42,808,462 คัน⁽⁹⁾ ขณะที่โครงการในระดับพื้นที่มักต้องหยุดชะงักเมื่อเผชิญกับปัจจัยแทรกซ้อนภายนอก ไม่ว่าจะเป็น อุทกภัยในพื้นที่จังหวัดเชียงรายได้เมื่อปี พ.ศ. 2567 เหตุการณ์แผ่นดินไหวที่ประเทศเมียนมา เมื่อปี พ.ศ. 2568 ทั้งสองเหตุการณ์ส่งผลกระทบต่อสถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย ไม่สามารถดำเนินการตามแผนและกรอบเวลาที่วางไว้ได้⁽⁸⁾ จากตัวอย่างการดำเนินงานที่ยกมานำเสนอนั้น แสดงให้เห็นว่า แม้ทุกหน่วยงานจะขับเคลื่อนโครงการหรือกิจกรรมมากเพียงใด แต่หากผลลัพธ์ที่ได้เป็นเพียงผลสัมฤทธิ์ระยะสั้น หรือไม่อาจดำเนินงานได้ครอบคลุมและต่อเนื่อง รวมไปถึงยังพบอุปสรรคหรือข้อจำกัดที่กล่าวมา การดำเนินงานที่เกิดขึ้นก็จะไม่สามารถลดอุบัติเหตุทางถนนได้ ฉะนั้นแล้ว สิ่งที่มีความจำเป็นสำคัญและยังขาดหายไปในปัจจุบันสำหรับโครงการด้านความปลอดภัยทางถนน คือ การมีองค์ความรู้

หรือรูปแบบการดำเนินงานที่ออกแบบมาเพื่อสร้างให้เกิดความยั่งยืน โดยที่ยึดโยงเข้ากับยุคสมัย บริบทพื้นที่ และกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นเด็กและเยาวชน ให้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหอย่างแท้จริง

ทั้งนี้เพื่อแก้ไขปัญหาล่องลอยดังกล่าว การค้นหาปัจจัยความสำเร็จ และถอดบทเรียนผลลัพธ์ที่เกิดจากการขับเคลื่อนงานจริง โดยเฉพาะในบริบทพื้นที่ 3 จังหวัด ได้แก่ ระยอง ชอนแก่น และชลบุรี (เมืองพัทยา) ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนเป็นอันดับต้นของประเทศให้บรรลุเป้าหมาย ถือเป็นกุญแจสำคัญนำไปสู่การสร้างกลไกการทำงานที่ยั่งยืน ด้วยเหตุนี้ จึงนำมาสู่การศึกษานี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และพัฒนาข้อเสนอแนวทาง “การพัฒนาโครงการความปลอดภัยทางถนนสำหรับเด็กและเยาวชนเพื่อการขับเคลื่อนงานที่ยั่งยืน” ตลอดจนเพื่อนำผลที่ได้สร้างเป็นองค์ความรู้ใหม่ และข้อเสนอเชิงนโยบายให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปบูรณาการใช้เป็นแผนที่นำทาง (roadmap) ในการพัฒนาแผนการขับเคลื่อนงานความปลอดภัยทางถนนได้อย่างเป็นรูปธรรมและเกิดความยั่งยืนในอนาคต

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods) ด้วยการประยุกต์ใช้แบบแผนวิจัยเชิงอธิบายตามลำดับ (explanatory sequential) โดยแบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ เริ่มต้นด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ และตามด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อยกยกร่างข้อเสนอ หลังจากนั้นจึงทำการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำผลที่ได้มาใช้นับสนุนและเติมเต็มข้อมูลระหว่างกัน ผสมกับการใช้การติดตามและประเมินผลถอดบทเรียนและหาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานของพื้นที่นำร่อง 3 จังหวัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดกลุ่มเป้าหมายครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกระดับ โดยแบ่งการเก็บข้อมูลเป็น 2 กลุ่ม

1. กลุ่มเพื่อการประเมินสถานการณ์ (นักเรียน นักศึกษา): จำนวน 110 คน จากสถานศึกษา 11 แห่ง 2 กลุ่ม

ประกอบด้วย สถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา (สอศ.) จังหวัดระยอง 5 แห่ง ได้แก่ วิทยาลัยเทคนิคระยอง วิทยาลัยเทคนิคบ้านค่าย วิทยาลัยเทคนิคฉะเชิงเทรา วิทยาลัยการอาชีพแกลง สถานศึกษาสังกัด สอศ. จังหวัดขอนแก่น 3 แห่ง ได้แก่ วิทยาลัยเทคนิคน้ำพอง วิทยาลัยการอาชีพบ้านไผ่ วิทยาลัยอาชีวศึกษาขอนแก่น และสถานศึกษาในสังกัดเมืองพัทยา 3 แห่ง ซึ่งได้แก่ โรงเรียนเมืองพัทยา 5, 7, 11 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยเริ่มจากการเลือกแบบเจาะจง ในระดับพื้นที่และสถานศึกษาที่เป็นเป้าหมายโครงการ จากนั้นค่อยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายในระดับบุคคล เพื่อให้ได้ซึ่งตัวแทนที่ดีและลดความลำเอียงทางสถิติ ทั้งนี้ แม้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจะมีจำนวนจำกัด แต่ถือเป็นตัวแทนกลุ่มนำร่องที่ให้ข้อมูลเชิงลึกตรงตามบริบทของพื้นที่อย่างแท้จริง

2. กลุ่มเพื่อการให้ข้อเสนอและรับฟังความคิดเห็น: จำนวน 30 คน ประกอบด้วย ผู้บริหาร บุคลากรทางการศึกษา ผู้แทนภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม 20 คน และตัวแทนนักเรียน นักศึกษา 10 คน จาก 2 พื้นที่ คือ สถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษาในจังหวัดระยอง จังหวัดขอนแก่น และสถานศึกษาสังกัดเมืองพัทยา ซึ่งใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการขับเคลื่อนในเชิงนโยบาย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 รายการ ได้แก่ (1) แบบสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจ ที่มีต่อการดำเนินโครงการขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนนสำหรับเด็กและเยาวชนในพื้นที่ 3 จังหวัดต้นแบบ (สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ) และ (2) แนวคำถามการสัมภาษณ์และแบบสนทนากลุ่ม (สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ)

เครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและความถูกต้องชัดเจนในประเด็นข้อคำถามจากผู้ทรงคุณวุฒิ รวมไปถึงได้นำไปทดลองใช้เพื่อหาความเชื่อมั่นทางสถิติ โดยมีค่าเท่ากับ 0.850 ซึ่งผ่านเกณฑ์ยอมรับค่าความเชื่อมั่นที่ 0.700 ดังนั้นจึงยอมรับใช้เครื่องมือ โดยมีการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมและตรวจความสมบูรณ์เป็นที่เรียบร้อย จึงนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจริงในพื้นที่

การจัดทำและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน ตามระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ: ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อประเมินระดับภาพรวมของการขับเคลื่อนโครงการ
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ: ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จากการสัมภาษณ์ สทนากลุ่ม และข้อมูลทุติยภูมิที่เกี่ยวข้องโดยผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพนั้นมาใช้อธิบายความสัมพันธ์และปัจจัยเชิงสาเหตุที่เป็นการทดแทนข้อจำกัดของสถิติเชิงพรรณนา ในส่วนข้อมูลปริมาณ ทำให้สามารถสังเคราะห์ผลลัพธ์ออกเป็นข้อเสนอแนะที่มีความน่าเชื่อถือและนำไปปฏิบัติได้จริง

ผลการศึกษา

จากผลการศึกษา เรื่อง “การพัฒนาโครงการความปลอดภัยทางถนนสำหรับเด็กและเยาวชน เพื่อการขับเคลื่อนงานที่ยั่งยืน ภายใต้บริบทพื้นที่ 3 จังหวัดต้นแบบ” สามารถแบ่งผลการวิเคราะห์ได้เป็น 2 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการประเมินการขับเคลื่อนโครงการความปลอดภัยทางถนนสำหรับเด็กและเยาวชนพื้นที่ต้นแบบ (จังหวัดระยอง จังหวัดขอนแก่น เมืองพัทยา) และวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จของโครงการ

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย

ร้อยละ 52 เป็นเพศหญิงร้อยละ 45 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 16-18 ปี ร้อยละ 53 และอายุ 13-15 ปี ร้อยละ 38 กำลังศึกษาในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ร้อยละ 54 และมีมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 39 ซึ่งจัดอยู่ในการศึกษาประเภทอาชีวศึกษาร้อยละ 57 ประเภทสามัญร้อยละ 43 วิธีการเดินทางจากที่พักถึงสถานศึกษาส่วนใหญ่ใช้รถจักรยานยนต์ด้วยตนเองร้อยละ 55 ซึ่งพาหนะส่วนใหญ่ที่ใช้เป็นรถจักรยานยนต์ส่วนตัวร้อยละ 80 โดยระยะทางในการเดินทางอยู่ในรัศมีไม่เกิน 10 กิโลเมตรร้อยละ 55 ใช้เวลาเดินทางไม่เกิน 10 นาที ร้อยละ 30 ในส่วนของการครอบครองใบอนุญาตขับขี่พบว่า นักเรียน นักศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีใบอนุญาตขับขี่มากถึงร้อยละ 75 ตลอดจนไม่เคยเกิดอุบัติเหตุและเคยเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่ สัดส่วนใกล้เคียงกันอยู่ที่ร้อยละ 55 และ 45

กลุ่มตัวอย่างที่ (1) มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากการประเมินผลการขับเคลื่อนโครงการความปลอดภัยทางถนนสำหรับเด็กและเยาวชน ฯ โดยภาพรวมและรายด้าน ดังตารางที่ 1

จากตาราง แสดงผลการประเมินการขับเคลื่อนโครงการความปลอดภัยทางถนนสำหรับเด็กและเยาวชน ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.11, SD=0.79) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 1 การประเมินผลการขับเคลื่อนโครงการความปลอดภัยทางถนนสำหรับเด็กและเยาวชน ฯ โดยภาพรวมและรายด้าน

ลำดับที่	รายการประเมิน	n=110		แปลผล
		Mean	SD	
1	ด้านวิทยากร	4.15	0.76	มาก
2	ด้านผู้เข้ารับการอบรม	4.03	0.77	มาก
3	ด้านกิจกรรมการฝึกอบรม	4.11	0.80	มาก
4	ด้านเนื้อหาการฝึกอบรม	4.20	0.76	มาก
5	ด้านผู้รับผิดชอบโครงการ	4.11	0.78	มาก
6	ด้านทรัพยากรสนับสนุนการจัดโครงการ	4.03	0.84	มาก
ภาพรวม		4.11	0.79	มาก

ทุกด้าน โดยด้านที่เด็กและเยาวชนให้ความสำคัญมากที่สุด คือ ด้านเนื้อหาการฝึกอบรม (Mean=4.20, SD=0.76) รองลงมา คือ ด้านวิทยากร (Mean=4.15, SD=0.76) ขณะที่ด้านทรัพยากรสนับสนุนการจัดโครงการ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (Mean=4.03, SD= 0.84)

ทั้งนี้ ถึงแม้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ไม่สามารถใช้ชี้วัดความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ แต่จากข้อมูลในข้างต้น สะท้อนให้เห็นนัยสำคัญว่า ความสำเร็จโครงการในมุมมองของเยาวชน ไม่ได้ขึ้นอยู่กับสถานที่จัดงานหรือทรัพยากรสนับสนุนเป็นหลัก แต่ขึ้นอยู่กับ “ความแปลกใหม่ และความน่าสนใจของเนื้อหา” ที่สามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง รวมทั้ง “ความสามารถของวิทยากร” ในการดึงดูดความสนใจ เป็นอีกหนึ่งปัจจัยให้เด็กและเยาวชนอยากที่จะเรียนรู้มากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัย⁽¹⁰⁾ ได้นำเสนอไว้ว่า การจัดกิจกรรมปลูกฝังความตระหนักและสร้างพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนนปลอดภัยอย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนผ่านประสบการณ์เดิมไปสู่การสร้างทัศนคติและองค์ความรู้ใหม่ อีกทั้งสอดคล้องกับที่⁽¹¹⁾ ได้นำเสนอว่า วิทยากรที่มีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ ส่งผลโดยตรงต่อความสนใจของผู้ฟัง และยังสามารถสร้างแรงบันดาลใจและจุดประกายความคิดให้ผู้ฟังอยากนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันอีกด้วย

ตอนที่ 2 ผลการจัดทำข้อเสนอแนวทางการพัฒนาโครงการความปลอดภัยทางถนนสำหรับเด็กและเยาวชนเพื่อการขับเคลื่อนงานที่ยั่งยืน ภายใต้บริบทพื้นที่ 3 จังหวัดต้นแบบ (7 ด้าน)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มใน 5 ประเด็นคำถาม ได้แก่ (1) สิ่งที่ประทับใจจากการเข้าร่วมกิจกรรม (2) สิ่งที่ต้องปรับปรุงจากการเข้าร่วมกิจกรรม (3) สิ่งที่น่าไปใช้ได้มากที่สุดจากการเข้าร่วมกิจกรรม (4) มุมมองหรือทัศนคติที่มีต่อความปลอดภัยทางถนนหลังจากได้เข้าร่วมกิจกรรม และ (5) ความคิดเห็นที่มีต่อโครงการหลังจากได้เข้าร่วมกิจกรรม ประกอบกับการถอดบทเรียนจากการปฏิบัติจริงในพื้นที่ด้วย 3 ประเด็นคำถาม ได้แก่ (1) บทเรียนการทำงานพื้นที่ โครงการ สถานการณ์ และกระบวนการทำงาน (2) สถานการณ์ที่ส่งผลต่อการทำงานในโครงการ

ด้านความปลอดภัยทางถนน และ (3) ปัจจัยความสำเร็จเพื่อการขับเคลื่อนโครงการให้บรรลุเป้าหมายและพัฒนาอย่างยั่งยืน คณะผู้วิจัยได้สังเคราะห์แนวทางออกเป็น 7 ด้าน ทั้งนี้ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาโครงการให้เกิดความยั่งยืนอย่างเป็นรูปธรรมโดยที่นำเสนอแบบจัดลำดับความสำคัญจากระดับบุคคลและกระบวนการเรียนรู้ (micro) ไปสู่ระดับโครงสร้างและนโยบาย (macro) ทั้งนี้ แบ่งการขับเคลื่อนเป็น 3 ระดับ เพื่อให้สะดวกต่อหน่วยงานในการนำข้อเสนอแนวทางดังกล่าวไปปรับใช้ ดังนี้

ระดับที่ 1 ข้อเสนอเร่งด่วนเพื่อเริ่มต้นการเปลี่ยนแปลง (ดำเนินการทันที) ดังนี้

ด้านที่ 1 การออกแบบเนื้อหาหลักสูตรและกิจกรรมที่ทันสมัย เน้นความสำคัญที่การปรับเนื้อหาและวิธีการเรียนรู้ให้เหมาะสมกับช่วงวัย และความสนใจของเยาวชน ยึดหลักส่งเสริมการมีส่วนร่วม และกิจกรรมที่ทำท่ายความสามารถเชิงประจักษ์ เช่น การประกวดผลงานเชิงสร้างสรรค์, การทำสถานการณ์จำลอง เป็นต้น

ด้านที่ 2 การพัฒนานวัตกรรมสื่อส่งเสริมโอกาสในการเข้าถึงการเรียนรู้ กล่าวได้ว่า เมื่อเนื้อหาที่น่าสนใจแล้ว เครื่องมือหรือช่องทางที่ใช้ส่งข้อมูลไปยังเป้าหมาย ต้องปรับให้อยู่ในพื้นที่ของเด็กและเยาวชน เช่น แพลตฟอร์มดิจิทัล TikTok, Instagram, X (Twitter) เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ทุกที่ทุกเวลา

ด้านที่ 3 การพัฒนากิจกรรมสู่นวัตกรรมการเรียนรู้ที่สร้างสรรค์ ตามความสนใจกลุ่มเป้าหมายเปลี่ยนผู้เรียนจากผู้รับฟังเป็นผู้ร่วมสร้างสรรค์ ด้วยกระบวนการวิทยากรสมัยใหม่ในการสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรม เช่น เทคโนโลยีเสมือนจริง (virtual reality) เทคโนโลยีความเป็นจริงเสริม (augmented reality)

ระดับที่ 2 ข้อเสนอเพื่อการสนับสนุนรักษาความต่อเนื่อง (ระยะกลาง) ดังนี้

ด้านที่ 4 การบริหารจัดการทรัพยากรสนับสนุนโครงการ มุ่งเน้นการจัดสรรงบประมาณ การมีบุคลากรที่มีสมรรถนะและเวลาที่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับกิจกรรมที่ออกแบบในระยะแรก ซึ่งเป็นการช่วยให้โครงการที่ดำเนินการสามารถบรรลุเป้าหมายและสร้างผลลัพธ์ที่ยั่งยืน

ด้านที่ 5 การสร้างกลไกติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ที่ไม่ได้เป็นเพียงประเมินเพื่อรายงานผล

แต่เป็นการรับฟังความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และวิเคราะห์เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (feedback loop)

ระดับที่ 3 ข้อเสนอเพื่อการสร้างความยั่งยืน (เป้าหมายระยะยาว) ดังนี้

ด้านที่ 6 การทบทวนกฎหมายและระเบียบปฏิบัติ ให้เท่าทันบริบทการเปลี่ยนแปลง โดยพิจารณาปรับแก้ระเบียบสถานศึกษา ชุมชน หรือกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับสังคมที่เปลี่ยนไป อีกทั้งเฝ้าต่อการปฏิบัติตาม เช่น มาตรการจูงใจเชิงบวกแทนการลงโทษ ตลอดจนเน้นย้ำการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวดบางประเด็นที่สำคัญและเสี่ยงต่อชีวิตผู้อื่น เช่น การดัดแปลงสภาพรถ การฝ่าไฟแดง การดื่มแล้วขับ

ด้านที่ 7 การบูรณาการความร่วมมือในการดำเนินงานของทุกเครือข่าย ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดเพื่อรักษาความยั่งยืนในการดำเนินงาน โดยพัฒนาให้เกิดความเข้มแข็งและเสริมสร้างนิเวศการทำงานที่ร่วมกันตั้งแต่ต้นทางจนถึงปลายทาง ตลอดจนการร่วมใจกันดำเนินงานและรับช่วงต่อเพื่อให้การขับเคลื่อนงานด้านความปลอดภัยทางถนนเกิดความยั่งยืนถึงแม้กิจกรรมนั้นๆ จะสิ้นสุดไปแล้วก็ตาม ดังภาพที่ 1

วิจารณ์

การศึกษาในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลปฏิกิริยาและพฤติกรรมจากหลักฐานเอกสารวิชาการและการดำเนินงานความปลอดภัยทางถนนในพื้นที่ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ นำผลที่ได้มาพัฒนาเป็นข้อเสนอแนวทางการพัฒนาโครงการความปลอดภัยทางถนนที่ยั่งยืนสำหรับเด็กและเยาวชนในพื้นที่ 3 จังหวัดต้นแบบ โดยในการศึกษานี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมและศึกษาข้อมูลผ่านผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญ เช่น ตัวแทนนักเรียน นักศึกษา บุคลากรทางการศึกษา ผู้บริหารสถานศึกษาทั้ง 11 แห่ง และหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานขนส่งจังหวัด ตำรวจ แผนงานสำนักงานสนับสนุนการป้องกันอุบัติเหตุจราจรระดับจังหวัด (สอจร.) ทั้งนี้ในการศึกษาสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและนำมาสู่การพัฒนากรอบข้อเสนอทั้ง 7 ด้านสำหรับใช้เป็นแนวทางการพัฒนาโครงการความปลอดภัยทางถนนที่ยั่งยืนสำหรับเด็กและเยาวชนได้ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างและผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ (ระยะแรก) จากผลการศึกษา

ภาพที่ 1 ข้อเสนอแนวทางการพัฒนาโครงการความปลอดภัยทางถนนสำหรับเด็กและเยาวชนเพื่อการขับเคลื่อนงานที่ยั่งยืน ภายใต้บริบทพื้นที่ 3 จังหวัดต้นแบบ (7 ด้าน)



พบว่า เด็กและเยาวชนกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 80 ใช้รถจักรยานยนต์ส่วนตัวเป็นพาหนะหลักในการเดินทางไปสถานศึกษา แต่ขณะเดียวกันตัวเลขในส่วนของการไม่มีใบอนุญาตขับขี่กลับสูงถึงร้อยละ 75 ข้อมูลดังกล่าวเป็นตัวที่สะท้อนให้เห็นได้ว่า ระเบียบปฏิบัติและกฎหมายในปัจจุบันไม่สอดคล้องกับความจำเป็นและวิถีชีวิตจริงของเยาวชน ซึ่งเผยให้เห็นความขัดแย้งเชิงโครงสร้างในสังคม และหากนำข้อมูลไปเปรียบเทียบกับงานวิจัย^(12,13) ที่ศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ของนักเรียนสถาบันอาชีวศึกษาและศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและมีอิทธิพลต่อการเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ชี้ไว้ว่า “พฤติกรรมเสี่ยงไม่ได้เกิดจากความคึกคะนองเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากช่องว่างทางกฎหมาย” ด้วยเช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นการไม่อนุญาตให้นำรถเข้ามาจอดในสถานศึกษา ส่งผลให้เยาวชนนำรถไปจอดทั้งในนอกโรงเรียนและค่อยปั่นเร็วเข้ามาจนเกิดอุบัติเหตุ ทั้งนี้ในส่วนผลการประเมินการขับเคลื่อนโครงการความปลอดภัยทางถนนสำหรับเด็กและเยาวชนในพื้นที่จริงพบว่า ความสำเร็จโครงการในมุมมองของเยาวชนให้ความสำคัญกับความแปลกใหม่และน่าสนใจของเนื้อหาที่ฝึกอบรม รวมถึงความสามารถของวิทยากรในการถ่ายทอดความรู้และดึงดูดเด็กและเยาวชนมากกว่าประเด็นอื่น และเมื่อนำมาผสมผสานกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มพบความสอดคล้องอย่างมีนัยสำคัญ คือ เยาวชนไม่ได้ต้องการการบรรยายเชิงทฤษฎีที่น่าเบื่อ แต่ประทับใจใน “บรรยากาศการเรียนรู้ที่เป็นกันเอง” กับ “การลงมือปฏิบัติ/นำความรู้ไปใช้ได้จริง”

2. การจัดทำข้อเสนอแนะทางการพัฒนาโครงการความปลอดภัยทางถนนสำหรับเด็กและเยาวชน เพื่อการขับเคลื่อนงานที่ยั่งยืน ภายใต้บริบทพื้นที่ 3 จังหวัดต้นแบบ (7 ด้าน) เป็นการพัฒนารอบแนวทาง การดำเนินงาน 7 ด้าน เพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพและความยั่งยืนอย่างเป็นรูปธรรม โดยที่นี้เป็นการยกระดับจากการแก้ไขปัญหาในระดับจุลภาคไปสู่ระดับโครงสร้างและนโยบาย ซึ่งมีประเด็นสำคัญในการอภิปราย ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ข้อเสนอเร่งด่วนเพื่อเริ่มต้นการเปลี่ยนแปลง (ระดับที่ 1) มีด้วยกัน 3 ข้อเสนอแนวทาง ได้แก่

1. การออกแบบเนื้อหาหลักสูตรและกิจกรรมที่ทันสมัย ซึ่งบุคคลหรือหน่วยงานที่จะออกแบบและพัฒนาหลักสูตรหรือกิจกรรม ควรให้ความสำคัญกับเนื้อหาและวิธีการเรียนรู้ตามช่วงวัย ยึดหลักส่งเสริมการมีส่วนร่วม จัดกิจกรรมที่ท้าทายความสามารถเชิงประจักษ์จะเป็นการช่วยให้เด็กและเยาวชนเกิดการเรียนรู้ที่มีความหมายนำไปปรับใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน⁽¹⁴⁾

2. การพัฒนานวัตกรรมสื่อส่งเสริมโอกาสในการเข้าถึงการเรียนรู้ โดยที่เนื้อหาที่น่าสนใจ แต่เครื่องมือในการสื่อสารก็สำคัญไม่น้อยกว่ากัน จำเป็นต้องปรับให้สอดคล้องกับพฤติกรรมของเยาวชนที่มีแนวโน้มใช้สื่อดิจิทัลค่อนข้างมาก การจัดทำสื่อออนไลน์ให้เชื่อมโยงและสร้างสรรค์จะช่วยให้ความรู้เข้าถึงเด็กและเยาวชนได้ง่ายและตรงความสนใจยิ่งขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัย⁽¹⁵⁾ ที่เน้นย้ำประสิทธิภาพของสื่อออนไลน์ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและความปลอดภัยในวัยรุ่น

3. การพัฒนากิจกรรมสู่วัฒนธรรมการเรียนรู้ที่สร้างสรรค์ ที่ตรงตามความสนใจกลุ่มเป้าหมาย ไม่ว่าจะเป็นการใช้เกมหรือเทคโนโลยีเสมือนจริง หรือเทคโนโลยีความเป็นจริงเสริมมาใช้จำลองสถานการณ์การขับขี่

ข้อเสนอทั้ง 3 แนวทาง ได้พยายามยกระดับจากสื่อทำมือไปสู่นวัตกรรมเสมือนจริง เนื่องจากงานวิจัยในอดีตเป็นเพียงการนำเสนอสร้างสื่อรณรงค์ทั่วไป หรือใช้บอร์ดเกมในการเสริมสร้างความรู้⁽¹⁶⁾ แต่ในการศึกษาครั้งนี้คือการนำเสนอให้ดึงเอาเทคโนโลยีความเป็นจริงเสมือนและแพลตฟอร์มออนไลน์ที่เยาวชนคุ้นเคย เช่น TikTok, Instagram มาผนวกและพัฒนาเป็นหลักสูตรใหม่เพื่อเปลี่ยนบทบาทเยาวชนจากผู้รับสารมาเป็นผู้ร่วมสร้างสรรค์ผ่านกิจกรรมเชิงประจักษ์ ซึ่งจะช่วยปลูกฝังจิตสำนึกในเรื่องความปลอดภัยทางถนนได้ถาวรไม่ใช่เพียงแค่การเปลี่ยนแปลงชั่วคราวตามแคมเปญ

ประเด็นที่ 2 ข้อเสนอเพื่อการสนับสนุนรักษาความต่อเนื่อง (ระดับที่ 2) มีด้วยกัน 2 ข้อเสนอแนวทาง ได้แก่

1. การบริหารจัดการทรัพยากรสนับสนุนโครงการมุ่งเน้นไปที่การจัดสรรงบประมาณ บุคลากร ที่มีสมรรถนะรอบด้าน รวมไปถึงมีช่วงเวลาการดำเนินงานที่เหมาะสมและต่อเนื่อง จะเป็นการช่วยหนุนเสริมให้โครงการบรรลุเป้าหมายและเกิดความยั่งยืนได้⁽¹⁷⁾

2. การสร้างกลไกติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง จะต้องไม่เพียงเป็นการประเมินรายงานผล แต่ต้องมีการเปิดรับฟังความคิดเห็นของทุกฝ่าย มีวิธีการประเมินที่หลากหลาย สม่่าเสมอ และมีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น⁽¹⁸⁾

ข้อเสนอทั้ง 2 แนวทาง เป็นการสร้างวงจรการบริหาร-งานที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ ซึ่งผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า โครงการหรือการดำเนินงานจะเกิดความยั่งยืนได้ ไม่ได้จบเพียงแค่การได้รับงบประมาณอย่างต่อเนื่องหรือมีบุคลากรที่มีสมรรถนะเท่านั้น แต่ปัจจัยสำคัญจะต้องถูกกำกับด้วยระบบการประเมินผลแบบย้อนกลับที่รับฟังเสียงของเยาวชนซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง ทั้งนี้ในอดีตโครงการรณรงค์ความปลอดภัยทางถนนมักเป็นเพียงโครงการระยะสั้นที่มุ่งเน้นผลผลิตมากกว่าผลลัพธ์ ทรัพยากรที่มีส่วนใหญ่นำไปกับการจัดอีเวนต์ตามกระแสสังคมและครั้งเดียวแล้วจบ แต่ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยนำเสนอในมิติของการเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากการใช้ทรัพยากรเพื่อทำกิจกรรมแล้วจบมาเป็นการลงทุนในทรัพยากรเพื่อสร้างนิเวศการเรียนรู้รอบตัวบุคคล โดยใช้การติดตามและประเมินผลเป็นสำคัญ ทั้งนี้หากนำแนวคิดดังกล่าวเปรียบเทียบกับงานวิจัย⁽¹⁹⁾ ที่ดำเนินงานความปลอดภัยทางถนน โดยวัดความสำเร็จจากแบบทดสอบก่อน-หลังเรียน และการประเมินความพึงพอใจหลังจบโครงการ สะท้อนได้ว่าเป็นเพียงการประเมินที่อาจมุ่งเน้นผลผลิต ในขณะที่การศึกษานี้เสนอแนวทาง “การประเมินผลอย่างต่อเนื่องและนำข้อมูลกลับมาบริหารจัดการทรัพยากรใหม่” ตัวอย่าง เช่น การปรับเปลี่ยนเวลาจัดกิจกรรมจากปลายเทอม (ออกฝึกงาน/รองบประมาณ/กิจกรรมสำคัญของสถานศึกษาเยอะ) มาเป็นช่วงต้นเทอมหรือวันปฐมนิเทศ เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และใช้งบประมาณได้อย่างคุ้มค่า ข้อเสนอดังกล่าวจะช่วยหนุนเสริมการดำเนินงานให้สามารถปรับตัวเข้ากับพื้นที่ได้อย่างยืดหยุ่น

ประเด็นที่ 3 ข้อเสนอเพื่อการสร้างความยั่งยืน (ระดับที่ 3) มีด้วยกัน 2 ข้อเสนอแนวทาง ได้แก่

1. การทบทวนกฎหมายและระเบียบปฏิบัติให้เท่าทันบริบทการเปลี่ยนแปลง โดยผลักดันให้มีการพิจารณาปรับแก้ไขกฎหมายหรือระเบียบปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่ของเยาวชน ให้สอดคล้องกับสถานการณ์สังคมที่

เปลี่ยนไปอย่างไรก็ตามการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดในบางประเด็นที่สำคัญและอาจเสี่ยงต่อชีวิตผู้อื่นก็ยังคงต้องให้ความสำคัญ เช่น การดัดแปลงสภาพรถ การฝ่าไฟแดง หรือการดื่มแล้วขับ

2. การบูรณาการความร่วมมือในการดำเนินงานของทุกเครือข่าย ถือเป็นกลยุทธ์สำคัญประการสุดท้ายที่ช่วยเสริมสร้างให้การดำเนินงานเกิดความยั่งยืนและมีประสิทธิภาพได้แท้จริง โดยต้องเสริมสร้างให้เกิด “นิเวศการทำงาน” (working ecosystem) ซึ่งจะช่วยให้ทุกภาคส่วนสามารถทำงานร่วมกันได้อย่างราบรื่นและบรรลุเป้าหมาย⁽²⁰⁾

ข้อเสนอทั้ง 2 แนวทาง นับเป็นหัวใจสำคัญในการแก้ไขปัญหาเชิงโครงสร้าง เพราะจากปัญหาที่พบ เช่น ระเบียบปฏิบัติและกฎหมายในปัจจุบันไม่สอดคล้องกับความจำเป็นและวิถีชีวิตจริงของเยาวชน ปัญหาดังกล่าวไม่สามารถแก้ได้ด้วยฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งแต่ต้องอาศัยนิเวศการทำงานตั้งแต่ครอบครัว เพื่อนบ้าน สถานศึกษา ตำรวจ ไปจนถึงสำนักงานขนส่งเพื่อร่วมกันหาทางออกที่เหมาะสมที่สุด ทั้งนี้หากนำแนวคิดดังกล่าวเปรียบเทียบกับงานวิจัย⁽²¹⁾ การบังคับใช้กฎหมายกับผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างเข้มงวด จริงจัง และต่อเนื่อง ถือว่าเป็นสิ่งที่ดีแต่อาจนำมาซึ่งการต่อต้านในการปฏิบัติตามได้ ในการศึกษานี้ จึงมุ่งเน้นที่การบังคับใช้กฎหมายผ่านการทำงานแบบบูรณาการ เช่น กติกาชุมชนหรือธรรมนูญโรงเรียน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เด็กและเยาวชนซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ใช้รถจักรยานยนต์โดยไม่มีใบอนุญาตขับขี่ สะท้อนให้เห็นถึงการขาดทักษะและการเรียนรู้อย่างเป็นระบบในสถานศึกษา/โรงเรียนสอนขับรถอาจนำไปสู่ปัจจัยที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุทางถนน ดังนั้นการออกแบบโครงการความปลอดภัยทางถนนให้เหมาะสมจึงต้องปรับรูปแบบจากการสอนทางเดียวมาเป็นการใช้ฐานข้อมูลในการพัฒนาหลักสูตรให้มีความทันสมัยและน่าดึงดูด ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้และลงมือปฏิบัติ เป็นต้น ตลอดจนจากการศึกษา ทำให้ได้มาซึ่งสารสนเทศและข้อเสนอแนวทางที่หน่วยงานทุกเครือข่ายสามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปบูรณาการปรับใช้ในการดำเนินงานในพื้นที่ของตนได้อย่างเหมาะสมและเกิดความยั่งยืน เช่น การสร้างนิเวศ

การทำงานที่เป็นมิตร การติดตามประเมินผลการเรียนรู้ในแต่ละขั้นตอน การใช้เกมหรือเทคโนโลยีเสมือนจริงในการถ่ายทอดความรู้ ทั้งนี้ เพื่อนำไปสู่การดำเนินงานที่สามารถปรับตัวกิจกรรมเด็กและเยาวชนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างถาวรไม่เพียงแต่การเปลี่ยนแปลงชั่วคราว (transient changes)

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

ควรให้มีการขยายขอบเขตการศึกษาไปยังพื้นที่จังหวัดหรือกลุ่มเป้าหมายอื่นด้วย นอกเหนือจากกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษาและเมืองพัทยาในพื้นที่นำร่อง 3 จังหวัด เพื่อเป็นการนำเอาสารสนเทศที่ได้มาเปรียบเทียบและเติมเต็มช่องว่างทางข้อมูล เนื่องจากแต่ละบริบทพื้นที่มีความแตกต่างกันตามภูมิประเทศ สภาพแวดล้อม ลักษณะเฉพาะของกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้ควรให้ยกระดับการศึกษาไปสู่การวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) ด้วยการนำข้อเสนอแนะทางทั้ง 7 ด้าน ไปบูรณาการใช้จริงในพื้นที่ เพื่อประเมินและวัดผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้นได้ชัดเจน และด้วยบริบทสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (globalization) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยทางถนนไม่เฉพาะในเด็กและเยาวชนควรได้รับการศึกษาใหม่

อยู่เสมอ ทั้งนี้ เพื่อให้รูปแบบโครงการและข้อเสนอแนะมีความทันสมัยและตอบโจทย์ปัญหาในอนาคตได้ทันทั่วทั้ง

กิตติกรรมประกาศ

บทความวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความอนุเคราะห์จากคณะผู้บริหาร บุคลากรทางการศึกษา และนักเรียนนักศึกษา จากสถานศึกษาทั้ง 11 แห่ง ในพื้นที่ 3 จังหวัด รวมไปถึงหน่วยงานภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ เช่น องค์กรบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานขนส่งจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และแผนงานสนับสนุนการป้องกันอุบัติเหตุจราจรระดับจังหวัด อีกทั้งขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ข้อเสนอต่อการพัฒนาเครื่องมือวิจัยให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ตลอดจนขอบคุณหน่วยงานต้นสังกัดมูลนิธิสถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on road safety 2018 [Internet]. 2022 [cited 2025 Jul 1]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565684>
2. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศการขนส่งและจราจร, สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร. ผลการจัดอันดับความสามารถในการแข่งขันของประเทศไทย ปี 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 1 ก.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: https://www.otp.go.th/uploads/tiny_uploads/PDF/2567-09/POTP-030920242%20IDM.pdf
3. มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI). โครงการศึกษาเพื่อติดตามและประเมินผลแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ.2565-2570: รายงานการวิจัยและนวัตกรรมฉบับสมบูรณ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 1 ก.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://tdri.or.th/2024/08/570433/#flipbook-570512/1/>
4. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. คู่มือผู้จัดการเรียนรู้ “ทักษะคิด การเอาชีวิตรอดภัยบนท้องถนน” สำหรับเด็กและเยาวชน อายุ 13-19 ปี โครงการ Thailand Safe Youth [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 1 ก.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1204820211221035906.pdf>
5. สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย. โครงการพัฒนาความร่วมมือจังหวัดต้นแบบด้านความปลอดภัยทางถนนสำหรับเด็กและเยาวชน. กรุงเทพมหานคร: สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย; 2567.

6. กรมการขนส่งทางบก. โครงการกิจกรรมรณรงค์ป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาลสำคัญ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 3 ก.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: http://roadsafefund.dlt.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=525:2566-4&Itemid=223
7. ธนชาติประกันภัย. โครงการพลังชุมชน สร้างถนนปลอดภัย [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 3 ก.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://xn--72caia5cltcauy8aexh0al7f0c8cqm6kwr.com/homeeditor/1>
8. สถิตาพร คำสด, เจษฎากร อังกุลพัฒนาสุข, สุทธินันท์ มีชำนาญ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์การติดตามและประเมินโครงการ การขับเคลื่อนด้านความปลอดภัยทางถนนสำหรับเด็กและเยาวชนพื้นที่จังหวัดระยอง จังหวัดขอนแก่น และจังหวัดชลบุรี (เฉพาะ เมืองพัทยา). ปทุมธานี: วิชั่นพีเพรส; 2568.
9. กองแผนงาน กรมการขนส่งทางบก. รายงานสถิติการขนส่ง ปีงบประมาณ 2562-2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 3 ก.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://web.dlt.go.th/statistics/plugins/UploadFive/uploads/6f6897ce35cd1d6a488eab4c29a548a0b5d0973421176078322eff0d7d61b5a5.pdf>
10. ภิญาพัชญ์ สุทธิพัฒนโกสิน. การพัฒนากิจกรรม “road safety” เพื่อเสริมสร้างความตระหนักต่อความปลอดภัยทางถนน โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น [วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2563. 305 หน้า.
11. กองส่งเสริมการมีงานทำ กรมการจัดหางาน. เทคนิคการเป็นวิทยากรแนะแนวอาชีพในสถานศึกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อ 14 เม.ย. 2569]. แหล่งข้อมูล: <https://share.google/IWPuDBBQJUYFrAPgm>
12. อนุญา หานูญมี, ชนัญญา จิระพรกุล, เนาวรัตน์ มณีนิล. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุทางถนน จากรถจักรยานยนต์ของนักศึกษาสถาบันอาชีวศึกษา จังหวัดหนองคาย. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2567;10(1):179-92.
13. พัชรสิริ ศรีเวียง, กษมา ภูสีสด. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดลำปาง. วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2565;14(2):20-38.
14. ไซติเวชญ์ อึ้งเกลี้ยง, พิศมัย รัตนโรจน์สกุล, พาสณา จุลรัตน์. กระบวนการเรียนรู้สู่เยาวชนนักคิดสร้างสรรค์. วารสารพัฒนศาสตร์ 2562;2:178-216.
15. อัญชลี วิฑูระสาร, ศิริยุพร บุสหงษ์. พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์และความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ 2567;8:1-15.
16. พิษญา สุรพลชัย, อีรพล ศิลาวรรณ, เฉลิมวุฒิ น้อยโสภ. การพัฒนาบอร์ดเกมเพื่อสร้างความตระหนักรู้ด้านความปลอดภัยทางถนน แก่กลุ่มเยาวชน. วารสารวิจัยสังคม 2565;45(2):1-33.
17. สิริวดี ชูเชิด. การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ. วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์) 2565;12:223-38.
18. กิ่งฟ้า ลินธวัช. การประเมินเพื่อพัฒนาการเรียนรู้. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ 2552;1(1):6-19.
19. ชัยวรพงศ์ ชูแก้ว, พัชรลย์ ชูแก้ว, วิษณะชัย จุมผา, เจตน์จรรย์ อาจไธสง. ผลการเสริมสร้างศักยภาพด้านการขับขี่อย่างปลอดภัย ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออกวิทยาเขตจันทบุรี. วารสารสังคมศาสตร์ 2563;9(1):20-8.
20. Provan KG, Kenis P. Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. J Public Adm Res Theory 2008;18(2):229-52.
21. เพชรนภา พรธรรมรักษ์. นโยบายความปลอดภัยและการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในเขตภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย. วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ 2565;7(1):162-78.

Developing a Road Safety Initiative for Children and Youth to Ensure Sustainable Progress within the Context of Three Pilot Provinces

Jasadakorn Angkulpattanasuk¹, Sathidaporn Khomsod², Sutthinan Meechumnan³,
Chatwut Wangwon⁴

¹Thailand Youth Institute Foundation, Bangkok, Thailand

²Kasetsart University

³Naval Medical Department

⁴Road Safety Policy Foundation, Bangkok, Thailand

Abstract

Road traffic collisions continue to pose a severe threat to the lives and futures of children and young people. Although numerous local campaigns attempt to address these risks, their impact is often short-lived owing to systemic constraints. Recognizing this critical gap, this study aimed to design a sustainable, evidence-based road safety framework tailored specifically for youth across three pilot provinces. Employing a rigorous three-phase mixed-methods approach, we first captured the lived experiences of those most at risk by surveying and interviewing 110 students from vocational and municipal schools in Rayong, Khon Kaen, and Pattaya City. Following an in-depth quantitative and qualitative analysis of these primary data, we refined our proposed guidelines through consultative feedback from 30 key stakeholders, including government officials, educators, private sector partners, civil society groups, and student representatives, thereby ensuring vital community ownership. Our findings indicate that cultivating a genuinely sustainable road safety culture requires transcending conventional campaigns through seven essential pillars: deploying innovative learning media, co-creating modern safety curricula, updating legislation to reflect the realities of youth mobility, ensuring transparent resource management, designing youth-centred learning innovations, establishing robust monitoring and evaluation mechanisms, and fostering deep collaboration amongst all stakeholders. Ultimately, by empowering young people placing their active engagement at the heart of the solution, and uniting communities around these pillars, we can provide a definitive roadmap to safeguard our youth and ensure sustainable progress for generations to come.

Keywords: project development; road safety; children and youth; sustainable development

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครราชสีมา

พิรุฬห์ ศิริทองคำ¹, นิธิรัตน์ บุญตานนท์², ศินาท แขนอก³, สุพัตรา เจียวัก⁴

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี กรุงเทพมหานคร

²ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

³ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

⁴สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพชุมชน ระดับความมีชีวิตชีวา ดัชนีพหุผลผู้สูงอายุ ระดับคุณภาพชีวิต และพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุ 601 คน ประชาชน และเจ้าหน้าที่ภาครัฐในพื้นที่เทศบาลตำบลเมืองใหม่โคกกรวด จังหวัดนครราชสีมา เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์เนื้อหา และการวิเคราะห์แบบอุปนัย ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความมีชีวิตชีวาค่อนข้างมากขึ้นไปร้อยละ 87.85 มีดัชนีพหุผลผู้สูงอายุ 0.65 และมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย 83.40 คะแนน รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยการจัดตั้งศูนย์ต้นแบบ การพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ การจัดการบริการสุขภาพ และการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความปลอดภัย และสังคม ภายหลังการดำเนินงานพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความมีชีวิตชีวาค่อนข้างมากขึ้นไปเพิ่มจากร้อยละ 87.85 เป็น 95.17 ดัชนีพหุผลผู้สูงอายุเพิ่มจาก 0.65 เป็น 0.70 และคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเพิ่มจาก 83.40 เป็น 87.42 คะแนน ขณะที่ทัศนคติและความพึงพอใจต่อกิจกรรมอยู่ในระดับดี ส่วนการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ดีขึ้นภายหลังการดำเนินงาน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ; การส่งเสริมคุณภาพชีวิต; องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น; ความมีชีวิตชีวา

วันรับ: 7 เม.ย. 2569

วันแก้ไข: 16 พ.ค. 2569

วันตอบรับ: 23 พ.ค. 2569

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 13.9 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 21.4 ของประชากรทั้งประเทศ⁽¹⁾ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง

ประชากรดังกล่าวส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม และระบบสุขภาพ ทั้งในด้านภาระการพึ่งพิง ความต้องการการดูแลระยะยาว และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ มีสุขภาวะที่ดี และพึ่งพาตนเองได้ จึงเป็นประเด็นสำคัญของการพัฒนาประเทศในสังคมสูงวัย

องค์การอนามัยโลก⁽²⁾ ให้นิยามคุณภาพชีวิตว่าเป็น การรับรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์ชีวิตของตนภายใต้บริบท ทางวัฒนธรรม ระบบค่านิยม และเป้าหมายชีวิตของแต่ละ บุคคล ซึ่งครอบคลุมมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ สิ่งแวดล้อม ขณะเดียวกันองค์การอนามัยโลก⁽³⁾ ได้เสนอ แนวคิดพหุพลัง (active ageing) เพื่อส่งเสริมให้ ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีส่วนร่วมในสังคม และมีความมั่นคง ในชีวิต โดยมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุควบคู่ กับการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต

งานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศชี้ให้เห็นว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ การศึกษา รายได้ และภาวะ สุขภาพ รวมถึงปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัว การมีส่วนร่วมทางสังคม การได้รับ สวัสดิการ และการสนับสนุนจากชุมชน⁽⁴⁻⁶⁾ นอกจากนี้การจัด กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การออกกำลังกาย การพัฒนา ทักษะชีวิต และการส่งเสริมบทบาททางสังคม ยังมีส่วน ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง มีความมีชีวิต-ชีวา และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การส่งเสริม คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีการดำเนินงานในหลายรูปแบบ ทั้งด้านสุขภาพ สวัสดิการ การมีส่วนร่วมทางสังคม และ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ซึ่งช่วยพัฒนา คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานส่วนใหญ่ยังเป็นไปตามภารกิจของแต่ละ หน่วยงาน ทำให้การเชื่อมโยงความร่วมมือระหว่างองค์กร-ปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน และภาคเครือข่าย ในพื้นที่ยังมีข้อจำกัด จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และสามารถดำเนินการได้อย่างยั่งยืน^(4,7)

เทศบาลตำบลเมืองใหม่โคกกรวด จังหวัดนครราชสีมา มีผู้สูงอายุจำนวน 2,965 คน คิดเป็นร้อยละ 19.80 ของ ประชากรทั้งหมดประมาณ 15,000 คน สะท้อนการเข้าสู่ สังคมสูงวัยในระดับชุมชนอย่างชัดเจน แม้ว่าพื้นที่จะมี การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทั้งการจัดบริการ ดูแลระยะยาว การส่งเสริมกิจกรรมทางสังคม และการ ประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพ แต่ยังคงขาดการบูรณาการ ความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ อย่างเป็นระบบ ขณะที่

ผู้สูงอายุยังมีความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ การ สนับสนุนทางสังคม และกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัย จึงมี ความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพชุมชน ระดับความมีชีวิตชีวา ดัชนีพหุพลังผู้สูงอายุ และคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุ ตลอดจนพัฒนารูปแบบการส่งเสริม คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมโดยองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นและชุมชน เพื่อให้ได้แนวทางที่สอดคล้องกับ บริบทพื้นที่และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนา คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบ มีส่วนร่วม (participatory action research; PAR) ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการวิจัย ระยะปฏิบัติการ และ ระยะติดตามประเมินผล โดยระยะปฏิบัติการ ดำเนินการ ตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมประกอบด้วย (1) การวางแผน (planning) โดยศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ และศักยภาพของชุมชนร่วมกับผู้มี ส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนา (2) การ ปฏิบัติการ (action) โดยร่วมกันออกแบบและดำเนิน กิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (3) การสังเกตการณ์ (observation) โดยติดตามผลการดำเนินงาน การมีส่วนร่วม และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกิจกรรม และ (4) การสะท้อน ผล (reflection) โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และ ถอดบทเรียนร่วมกัน เพื่อนำผลที่ได้ไปปรับปรุงรูปแบบ ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

กลุ่มเป้าหมายการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 กลุ่มเป้าหมายเพื่อศึกษาสภาพชุมชน ระดับ ความมีชีวิตชีวา ดัชนีพหุพลังผู้สูงอายุ และระดับคุณภาพ ชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้ให้ข้อมูล สำคัญในการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่เทศบาล ตำบลเมืองใหม่โคกกรวด เจ้าหน้าที่ภาครัฐที่รับผิดชอบพื้นที่ และภาคประชาชนในพื้นที่ จำนวน 31 คน กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุ

ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของเทศบาลตำบลเมืองใหม่-โคกกรวด จำนวน 2,965 คน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Daniel และ Cross⁽⁸⁾ สำหรับประชากรที่ทราบจำนวน โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95.00 และค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 จากประชากรผู้สูงอายุจำนวน 2,965 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 341 คน อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุจำนวน 601 คน เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของกลุ่มตัวอย่างในทุกหมู่บ้านและช่วงอายุ รวมทั้งเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา

เกณฑ์การคัดเลือกผู้สูงอายุเข้าร่วมการศึกษา ได้แก่ (1) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (2) อาศัยอยู่ในพื้นที่เทศบาลตำบลเมืองใหม่โคกกรวดไม่น้อยกว่า 6 เดือน (3) สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง และ (4) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ (1) มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ และ (2) ไม่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัย

ส่วนที่ 2 กลุ่มเป้าหมายเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วม แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มผู้ปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่เทศบาล หน่วยงานภาครัฐ ครูอาจารย์ ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครในพื้นที่ จำนวน 67 คน
2. กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น จำนวน 267 คน ซึ่งเข้าร่วมในขั้นตอนการปฏิบัติการ (action) การสังเกตการณ์ (observation) และการสะท้อนผล (reflection)

สำหรับระยะติดตามประเมินผล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จาก 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้สูงอายุแกนนำระดับตำบล จำนวน 65 คน และ (2) ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในระดับหมู่บ้าน จำนวน 202 คน นอกจากนี้ มีการประเมินทัศนคติ ความพึงพอใจ และการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง โดยเก็บข้อมูลจากผู้ปฏิบัติกิจกรรมร้อยละ 50 จำนวน 33 คน และผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมร้อยละ 33 จำนวน 89 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 4 เครื่องมือ ดังนี้
ระยะที่ 1 เตรียมการวิจัย ได้แก่ (1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเพื่อศึกษาสภาพและบริบทของชุมชน และ

(2) แบบสอบถามเพื่อประเมินระดับความมีชีวิตชีวา ดัชนีพัฒนาพลังผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยใช้เครื่องมือ WHOQOL-OLD ขององค์การอนามัยโลก⁽⁹⁾

ระยะที่ 2 ปฏิบัติการ ได้แก่ แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วม

ระยะที่ 3 ติดตามประเมินผล ได้แก่ แบบสอบถามทัศนคติ ความพึงพอใจ และการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมตามรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วม

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ ดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพผู้สูงอายุ การพัฒนาชุมชน และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 ท่าน และคำนวณดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) พบว่าเครื่องมือทั้ง 3 ชุดมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.60–1.00

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษา จำนวน 30 คน และคำนวณค่า Cronbach's alpha coefficient พบว่าแบบสอบถามส่วนที่ 2, 3 และ 4 มีค่าเท่ากับ 0.71, 0.95 และ 0.80 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้จาก (1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างศึกษาสภาพและบริบทของชุมชน (2) แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม และ (3) แบบสอบถามทัศนคติ ความพึงพอใจ และการมีส่วนร่วมต่อการพัฒนากิจกรรมที่จัดขึ้นตามรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วม (เฉพาะส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะ) ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) เพื่อสรุปความและตีความจากข้อมูลที่ได้

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ใช้สำหรับการวิเคราะห์คุณลักษณะทั่วไป ระดับความมีชีวิตชีวา ดัชนีพัฒนาพลังผู้สูงอายุ ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ระดับทัศนคติ ความพึงพอใจ และการมีส่วนร่วม โดยการใช้การหาค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลระดับความมีชีวิตชีวา ดัชนีพัฒนาพลังผู้สูงอายุ ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการวิจัย

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย เมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 (รหัสโครงการ 535/2566) ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการศึกษา

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่เทศบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พบว่า พื้นที่ที่มีการดำเนินงานด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลระยะยาว และกิจกรรมทางสังคม โดยได้รับความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ และภาคประชาชน อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานที่ผ่านมา ยังขาดการบูรณาการความร่วมมือและการเชื่อมโยงกิจกรรมระหว่างภาคส่วนต่างๆ อย่างเป็นระบบ จึงมีความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่สามารถบูรณาการทรัพยากรและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนได้อย่างต่อเนื่อง

จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและญาติผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีโอกาสร่วมกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตแตกต่างกันตามความสะดวกในการเข้าถึงกิจกรรม โดยข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ เวลาและสถานที่จัดกิจกรรม รวมถึงลักษณะกิจกรรมบางประเภทที่มุ่งเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของเทศบาลตำบลเมืองใหม่โคกกรวด และมีความต้องการกิจกรรมด้านสุขภาพ การส่งเสริมรายได้ และกิจกรรมทางสังคมเพิ่มเติม

กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่คาดว่าจะได้ประโยชน์แบ่งได้ 3 กลุ่ม คือ (1) กิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การคัดกรองสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคที่สำคัญในผู้สูงอายุ เป็นต้น (2) กิจกรรมส่งเสริมรายได้ เช่น การส่งเสริมอาชีพ การทำกิจกรรมเพื่อเพิ่มทักษะการทำงานเพื่อรายได้ เป็นต้น และ (3) กิจกรรมด้านสังคม เช่น กิจกรรมนันทนาการ การรวมกลุ่มทางสังคม โรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นต้น

ผลการสำรวจจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 601 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 71.32 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีสถานภาพสมรสหรือมีคู่ และอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว นอกจากนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค โดยโรคที่พบบ่อยได้แก่ ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง

เพื่ออธิบายสถานการณ์พื้นฐานก่อนการพัฒนา รูปแบบ จึงได้วิเคราะห์ระดับความมีชีวิตชีวา ดัชนีพหุผลของผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจากการสำรวจครั้งที่ 1 (ก่อนดำเนินงาน) ดังตารางที่ 1, 2 และ 3

จากการสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยใช้เครื่องมือ WHOQOL-OLD ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 601 คน พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 83.40 คะแนน (SD=12.03) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตทุกด้านอยู่ในระดับค่อนข้างสูง โดยด้านกิจกรรมในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือ ด้านความใกล้ชิดและสัมพันธภาพ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ระดับความมีชีวิตชีวา (5 ด้าน) ของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง พื้นที่เทศบาลตำบลเมืองใหม่โคกกรวด

ระดับความมีชีวิตชีวา	ระดับความมีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุ							
	มาก		ค่อนข้างมาก		ค่อนข้างน้อย		น้อย	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความมีชีวิตชีวา (5 ด้าน)	263	43.76	265	44.09	70	11.65	3	0.50
ด้านร่างกาย	217	36.10	248	41.26	98	16.31	38	6.33
ด้านจิตใจ	270	44.92	166	27.62	89	14.81	76	12.65
ด้านสติปัญญาและการเรียนรู้	232	38.60	240	39.93	85	14.14	44	7.33
ด้านสังคม	183	30.45	194	32.28	119	19.80	105	17.47
ด้านความมั่นคง	118	19.63	202	33.61	212	35.27	69	11.49

ตารางที่ 2 ดัชนีพหุผลผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง พื้นที่เทศบาลตำบลเมืองใหม่โคกกรวด

พหุผลผู้สูงอายุ	ดัชนีพหุผลผู้สูงอายุ		แปลผล
	เฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
พหุผลผู้สูงอายุ (4 ด้าน)	0.65	0.20	ปานกลาง
ด้านสุขภาพ	0.71	0.22	ปานกลาง
ด้านการมีส่วนร่วม	0.44	0.35	ต่ำ
ด้านความมั่นคง	0.73	0.24	ปานกลาง
ด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพหุผล	0.71	0.37	ปานกลาง

ตารางที่ 3 ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง พื้นที่เทศบาลตำบลเมืองใหม่โคกกรวด

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ		แปลผล
	เฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (6 ด้าน)	83.40	12.03	ค่อนข้างสูง
ด้านความสามารถของประสาทสัมผัส	12.56	2.46	ค่อนข้างสูง
ด้านความเป็นอิสระ	14.21	3.05	ค่อนข้างสูง
ด้านกิจกรรมในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต	14.38	2.74	ค่อนข้างสูง
ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม	13.84	2.99	ค่อนข้างสูง
ด้านการเตรียมตัวในบั้นปลายชีวิต	14.06	4.39	ค่อนข้างสูง
ด้านความใกล้ชิด และสัมพันธ์ภาพ	14.37	2.58	ค่อนข้างสูง

รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน

การออกแบบรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่

1. การจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการ (ศผสภ.) โดยมีศูนย์กลางที่เทศบาลตำบลเมืองใหม่โคกกรวด และมี ศผสภ. ในหมู่บ้านต้นแบบที่มีความพร้อม ได้แก่ หมู่ที่ 8 (บ้านเตื่อ) หมู่ที่ 9 (บ้านหนองเป็ดน้ำ) หมู่ที่ 11 (บ้านหนองขอน) หมู่ที่ 13 (บ้านหนองกุ่ม) และ หมู่ที่ 14 (บ้านโคกเพชร)

2. การพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ในชุมชน เพื่อให้ประชาชนในชุมชนทั้งเจ้าหน้าที่ภาครัฐ ผู้สูงอายุ และอาสาสมัคร มีศักยภาพ ทักษะ และสมรรถนะที่จะเป็นแกนนำในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้กับทุกคนในชุมชน ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ (1) การศึกษาดูงานพื้นที่ต้นแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และ (2) การพัฒนาศักยภาพแกนนำ (ผู้สูงอายุ และอาสาสมัคร)

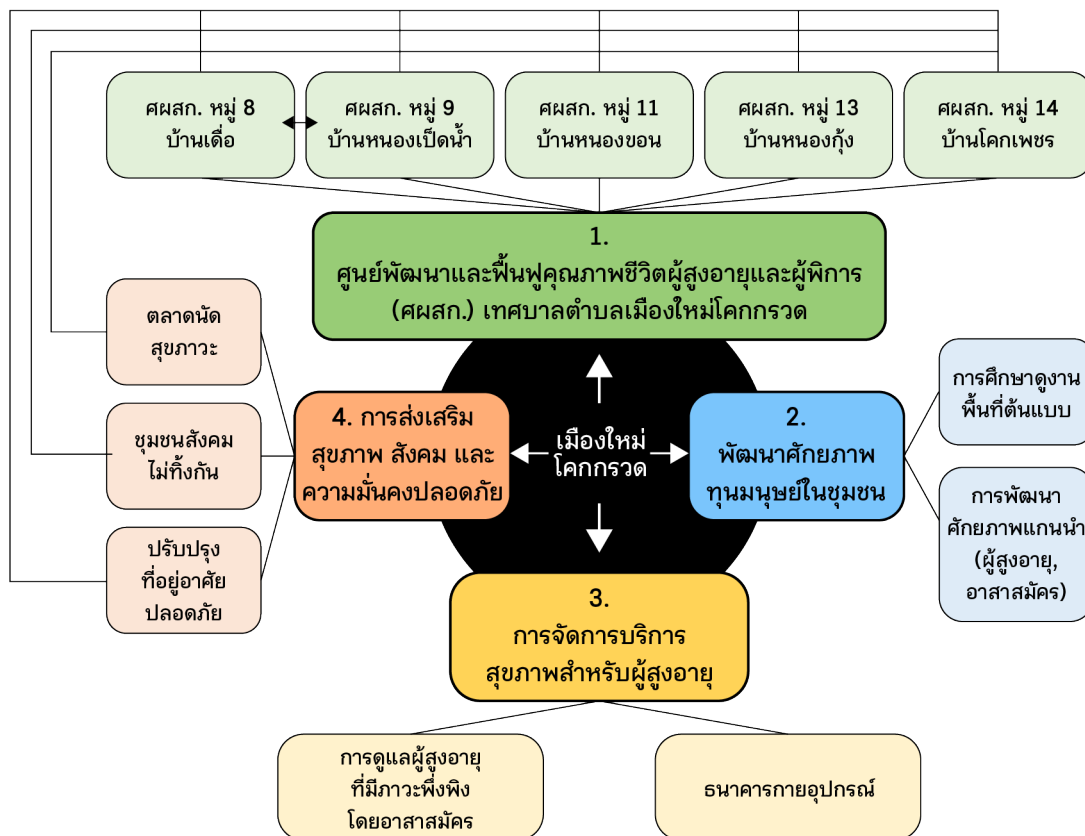
3. การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุในกลุ่มเปราะบาง ทั้งกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการ หรือผู้ที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพได้รับการดูแลสุขภาพอย่างเท่าเทียม โดยมุ่งเน้นที่การพัฒนาการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุตามผลการสำรวจพหุผลและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ (1) การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยอาสาสมัคร และ (2) การจัดตั้งธนาคารกายอุปกรณ์

4. การส่งเสริมสุขภาพ สังคม และความมั่นคงปลอดภัย เพื่อให้มีกิจกรรมสำหรับการส่งเสริมพหุผลและคุณภาพชีวิตโดยมุ่งเน้นที่การพัฒนาการมีส่วนร่วมทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ การพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ การพัฒนาความมั่นคง ปลอดภัย สำหรับผู้สูงอายุ และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ (1) ตลาดนัดสุขภาพ (2) ชุมชนไม่ทอดทิ้งกัน และ (3) ปรับปรุงที่อยู่อาศัยปลอดภัย ดังภาพที่ 1

ผลการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่าเทศบาลตำบลเมืองใหม่โคกกรวดสามารถบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนจนเกิดเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่สามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง ภายหลังการดำเนินการบุคลากรผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติ ความพึงพอใจ และการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับดี ขณะที่ผู้สูงอายุมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนดำเนินงาน ดังตารางที่ 4

จากการติดตามประเมินผลภายหลังการดำเนินงานพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับความมีชีวิตชีวาค่อนข้างมากขึ้นไปเพิ่มจากร้อยละ 87.85 เป็นร้อยละ 95.17 ดัชนีพดพหลังผู้สูงอายุเฉลี่ยเพิ่มจาก 0.65 เป็น 0.70 และคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเพิ่มจาก 83.40 เป็น 87.42 คะแนน แสดงให้เห็นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นภายหลังการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ภาพที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลเมืองใหม่โคกกรวด



ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลลัพธ์หลักก่อนและหลังการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ก่อนดำเนินงาน	หลังดำเนินงาน
ผู้สูงอายุที่มีระดับความมีชีวิตชีวาค่อนข้างมากขึ้นไป (ร้อยละ)	87.85	95.17
ดัชนีพดพหลังผู้สูงอายุ (เฉลี่ย)	0.65	0.70
คะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (เฉลี่ย)	83.40	87.42

วิจารณ์

ผลการศึกษานี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนสามารถยกระดับคุณภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ โดยสอดคล้องกับแนวคิดพัฒนาพลังขององค์กรอนามัยโลก⁽³⁾ ที่มุ่งเน้นการพัฒนาสุขภาพ การมีส่วนร่วม และความมั่นคงของผู้สูงอายุผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยสภาพชุมชนของเทศบาลตำบลเมืองใหม่โคกกรวดมีจุดแข็งสำคัญ คือ การมีทุนทางสังคมและภาคีเครือข่ายที่หลากหลาย ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุข อาสาสมัคร และชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งเอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ การมีทรัพยากรและกลไกการทำงานร่วมกันดังกล่าวช่วยให้สามารถระดมทรัพยากรและพัฒนากิจกรรมที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม และเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนความสำเร็จของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

1. ความมีชีวิตชีวาและคุณภาพพลังของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพพลังอยู่ในระดับสูงถึงปานกลาง ซึ่งอาจอธิบายได้จากการที่พื้นที่ศึกษามีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทั้งกิจกรรมด้านสุขภาพ การเรียนรู้ และกิจกรรมทางสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทในชุมชนและสามารถพึ่งพาตนเองได้ในระดับหนึ่ง ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของพินิจ พ้าอานวยผล⁽¹⁰⁾ และ เพชรา บุตสีทา⁽¹¹⁾ ที่รายงานว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพพลังในระดับดี

2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับค่อนข้างสูง ซึ่งอาจเป็นผลจากการที่ชุมชนมีระบบสนับสนุนผู้สูงอายุที่ค่อนข้างเข้มแข็ง ทั้งการจัดกิจกรรมสุขภาพ การดูแลระยะยาว และการสนับสนุนจากครอบครัวและเครือข่ายชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุยังคงสามารถดำรงชีวิตและมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ดังกล่าวใกล้เคียงกับการศึกษาของวิทวัส คอยคำ และเบญจามุกตพันธุ์⁽¹²⁾

3. รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิต

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก

ได้แก่ (1) การพัฒนาศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการ (2) การพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ในชุมชน (3) การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และ (4) การส่งเสริมสุขภาพ สังคม และความมั่นคงปลอดภัย จุดเด่นของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น คือ การบูรณาการการดำเนินงานด้านสุขภาพ สังคม และความมั่นคงของผู้สูงอายุไว้ในกลไกเดียวกันภายใต้การบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ทำให้เกิดการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และสามารถขับเคลื่อนได้อย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า ความสำเร็จของรูปแบบไม่ได้เกิดจากกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการบูรณาการการทำงานร่วมกันขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุข อาสาสมัคร และภาคประชาชนในชุมชน ซึ่งช่วยให้เกิดการระดมทรัพยากร การแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และการพัฒนากิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่ ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ กิจกรรมทางสังคม และการสนับสนุนจากชุมชนได้มากขึ้น อันเป็นกลไกสำคัญที่นำไปสู่การเพิ่มขึ้นของควมมีชีวิตชีวา คุณภาพพลัง และคุณภาพชีวิตภายหลังการดำเนินงาน ทั้งนี้ แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของเศรษฐวัฒน์ ไชยวรกุล⁽⁷⁾ ที่เสนอให้ชุมชนเป็นฐานสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม

4. ทศนคติ ความพึงพอใจ และการมีส่วนร่วม

เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัคร และภาคีเครือข่ายมีทัศนคติและความพึงพอใจในระดับดีมาก ต่อกิจกรรมตามรูปแบบ ขณะที่ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในระดับดี แต่การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีบทบาทในฐานะผู้เข้าร่วมกิจกรรมมากกว่าผู้ร่วมออกแบบหรือร่วมตัดสินใจ การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการวางแผน กำหนดกิจกรรม และติดตามประเมินผลมากขึ้น จะช่วยเสริมสร้างความเป็นเจ้าของกิจกรรมและเพิ่มความยั่งยืนของรูปแบบในระยะยาว

แม้ว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นจะเกิดจากบริบทเฉพาะของเทศบาลตำบลเมืองใหม่โคกกรวด แต่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้ โดยควรปรับปรุงองค์ประกอบด้านกิจกรรม กลไกการบริหารจัดการ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และระบบสนับสนุนการดำเนินงานให้เหมาะสมกับโครงสร้าง

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทูทางสังคม ศักยภาพ
ภาคีเครือข่าย และบริบททางเศรษฐกิจสังคมของแต่ละพื้นที่
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. รัฐบาลควรส่งเสริมกลไกบูรณาการการทำงาน
ร่วมกันของทุกภาคส่วนในระดับพื้นที่ เพื่อให้การพัฒนา
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสอดคล้องกับบริบทของชุมชน
และตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างมี
ประสิทธิภาพ

2. ควรส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ให้เป็นหน่วยงานหลักในการประสานความร่วมมือด้าน
การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ
ภาคประชาชน และภาคีเครือข่ายในพื้นที่

3. ควรสนับสนุนการพัฒนาเครื่องมือประเมิน
พหุพลังและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน
ในระดับประเทศ เพื่อให้สามารถใช้ติดตามและเปรียบเทียบ
ผลลัพธ์ระหว่างพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพ
ชีวิตผู้สูงอายุ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน
แห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย
จากมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)
โดยการพิจารณาทุนอุดหนุนจากสำนักงานคณะกรรมการ-
วิจัยแห่งชาติ (วช.) พ.ศ. 2567

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการปกครอง. สถิติประชากรไทย: จำนวนผู้สูงอายุและสัดส่วนประชากร. กรุงเทพมหานคร: กรมการปกครอง; 2568.
2. World Health Organization. WHOQOL: measuring quality of life. Geneva: World Health Organization; 2012.
3. World Health Organization. Active ageing: a policy framework. Geneva: World Health Organization; 2002.
4. นริสา วงศ์พนารักษ์, สายสมร เฉลยกิตติ. คุณภาพชีวิต: การศึกษาในผู้สูงอายุไทย. วารสารพยาบาลทหารบก 2557;15(3):64-70.
5. Dahlan A, Ibrahim AAS. Effect of lively later life programme (3LP) on quality of life amongst older people in institutions. Procedia Soc Behav Sci 2015;202:252-62.
6. Koskas P, Kohler S, Estrada J, Sebbagh M, Lacaille S, Lilamand M. Effect of a multi-domain intervention on the quality of life in older adults with major neurocognitive disorder: a pilot study. Rev Neurol 2022;178(4):355-62.
7. เศรษฐวัฒน์ โชควรรกุล. นโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกาฬสินธุ์ 2555;1(1):145-65.
8. Daniel WW, Cross CL. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 10th ed. Hoboken, NJ: Wiley; 2010.
9. World Health Organization. WHOQOL-OLD manual. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.
10. พินิจ ฟ้าอำนวยผล. รายงานการวิจัยโครงการพัฒนาเครื่องมือประเมินภาวะ Active Ageing สำหรับผู้สูงอายุไทย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 ต.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://thainhf.org/wp-content/uploads/2020/11/รายงานฉบับสมบูรณ์finalfinal-1.pdf>
11. เพชร นุตสีทา. การพัฒนาทักษะอาชีพทางการตลาดผู้สูงอายุ: การเรียนรู้เพื่อส่งเสริมภาวะพึ่งพิงสำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร. วารสารวิชาการการตลาดและการจัดการมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี 2565;9(1):159-74.
12. วิทวัส คอยคำ, เบญจา มุกตพันธุ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบคลินิกหมอครอบครัว ศูนย์แพทย์โนนหมากม้วน อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2564; 14(1):37-48.

Developing Models to Promote the Quality of Life for the Elderly through Local Administrative Organizations and Communities in Nakhon Ratchasima province

Phirun Sirithongkham¹, Nithirat Boontanon², Sinart Kaenork³, Supattra Jiawkok⁴

¹Faculty of Public Health, Bangkokthongburi University, Bangkok, Thailand

²Regional Health Promotion Center 1 Chiang Mai, Thailand

³Regional Health Promotion Center 9 Nakhon Ratchasima, Thailand

⁴Institute of Public Health, Suranaree University of Technology, Nakhon Ratchasima Province, Thailand

Abstract

This participatory action research aimed to examine community conditions, levels of vitality, the elderly active ageing index (eAAI), quality of life, and to develop a participatory model for promoting the quality of life of older adults through collaboration between local administrative organizations and communities. The participants consisted of 601 older adults, community members, and government officers in Mueang Mai Khok Kruat Municipality, Nakhon Ratchasima Province. Data were collected using questionnaires, interviews, and focus group discussions and analyzed using descriptive statistics, content analysis, and inductive analysis. The findings revealed that most older adults had a relatively high level of vitality (87.85%), an eAAI score of 0.65, and a mean quality of life score of 83.40. The developed model comprised the establishment of community-based elderly care centers, human resource capacity building, health service provision, and activities promoting health, safety, and social well-being. Following implementation, the proportion of older adults with relatively high vitality increased from 87.85% to 95.17%, the eAAI score increased from 0.65 to 0.70, and the mean quality of life score increased from 83.40 to 87.42. Participants demonstrated positive attitudes and high satisfaction toward the activities, while their level of participation was moderate. These findings indicate that the developed model contributed to improving the quality of life of older adults in the study area.

Keywords: older adults; quality of life promotion; local administrative organizations; vitality

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ชายขอบ

เอกศักดิ์ เสงสุโข, ศุภางค์จิต ภัลยาแก้ว, ฉัตรชนก เสงสุโข, อภิฤดี ทองพล
วิทยาลัยนวัตกรรมการแพทย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี จังหวัดบึงกาฬ

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชนชายขอบ (CBPAP-OA Model) โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 60 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการวิเคราะห์เอกสาร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยวิธีการสามเส้า ผลการวิจัยพบว่า CBPAP-OA Model ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) การบูรณาการกิจกรรมทางกายในวิถีชีวิตประจำวัน (2) ทุนทางสังคมและความสัมพันธ์ในชุมชน (3) บทบาทผู้นำและเครือข่ายชุมชน และ (4) การจัดการกิจกรรมที่ยืดหยุ่นและคำนึงถึงความปลอดภัย สรุปผลองค์ความรู้ใหม่จากการวิจัยนี้คือการเสนอกรอบแนวคิดที่วางตำแหน่งกิจกรรมทางกายในฐานะ “กลไกทางสังคมที่ฝังอยู่ในบริบทชุมชน” แทนการมองเป็นโปรแกรมออกกำลังกายแบบเป็นทางการ ซึ่งสะท้อนแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ชายขอบ และสามารถประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนานโยบายและการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุในระดับชุมชนได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ; รูปแบบกิจกรรมทางกาย; การส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน

วันรับ: 19 เม.ย. 2569

วันแก้ไข: 26 พ.ค. 2569

วันตอบรับ: 31 พ.ค. 2569

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว โดยสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภูมิภาคของประเทศ ขณะเดียวกันในหลายพื้นที่ชายขอบโดยเฉพาะชุมชนชนบทและพื้นที่ห่างไกลพบลักษณะโครงสร้างประชากรแบบ “สองวัย” คือ มีสัดส่วนผู้สูงอายุและเด็กค่อนข้างสูง ขณะที่วัยแรงงานย้ายถิ่นไปทำงานนอกพื้นที่ ส่งผลให้ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องรับบทบาทดูแลหลานควบคู่กับการดูแลสุขภาพของตนเอง ภายใต้บริบทที่ขาดแคลนบุคลากรด้านการส่งเสริมสุขภาพและผู้เชี่ยวชาญในการแนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสม นอกจากนี้

พื้นที่สร้างสรรค์สำหรับกิจกรรมทางกายที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของคนต่างวัยยังมีจำกัด ทั้งในด้านโครงสร้างพื้นฐาน อุปกรณ์ และการจัดกิจกรรมอย่างเป็นระบบ สถานการณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดความท้าทายด้านการดูแลสุขภาพ การคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางกาย และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและชุมชนชายขอบที่มีข้อจำกัดด้านโครงสร้างพื้นฐาน ระบบบริการสุขภาพ และทรัพยากรสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพ⁽¹⁾ ความเปราะบางเชิงโครงสร้างดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุในพื้นที่เหล่านี้มีโอกาสเข้าถึงกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบค่อนข้างจำกัด

กิจกรรมทางกายได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพตลอดช่วงชีวิต ไม่เพียงแต่ช่วยเสริมสร้างสมรรถภาพทางกาย ลดความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และคงไว้ซึ่งความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อสุขภาพทางจิตใจ ความเชื่อมั่นในตนเอง และความสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลในทุกช่วงวัย⁽²⁾ สำหรับผู้สูงอายุ การมีกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอช่วยชะลอการเสื่อมถอยของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม และส่งเสริมความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิต ขณะเดียวกันสำหรับเด็ก กิจกรรมทางกายมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาการด้านร่างกาย สมาธิ การเรียนรู้ และทักษะทางสังคม อีกทั้งยังเป็นพื้นฐานของพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในระยะยาว ในบริบทพื้นที่ชายขอบที่มีลักษณะโครงสร้างประชากรแบบสองวัย กิจกรรมทางกายจึงมิได้มีความสำคัญเฉพาะต่อสุขภาพรายบุคคล แต่ยังเป็นพื้นที่เชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างวัย การมีกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุและเด็กสามารถสร้างความผูกพัน ถ่ายทอดประสบการณ์ และเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน อย่างไรก็ตาม รายงานสถานการณ์กิจกรรมทางกายในประเทศไทย ชี้ให้เห็นว่าทั้งผู้สูงอายุและเด็กในหลายพื้นที่ยังมีระดับกิจกรรมทางกายต่ำกว่าที่แนะนำ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและพื้นที่ชายขอบที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและโอกาสในการเข้าถึงกิจกรรมที่เหมาะสม⁽³⁾ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่ครอบคลุมทั้งมิติสุขภาพและมิติสังคมของชุมชน

แนวคิด “การสูงวัยอย่างกระฉับกระเฉง” (active ageing) ขององค์การอนามัยโลกเน้นย้ำว่าการสูงวัยมิได้หมายถึงเพียงการมีอายุยืนยาว แต่คือการคงไว้ซึ่งสุขภาพการมีส่วนร่วม และความมั่นคงในชีวิตตลอดช่วงวัยสูงอายุ⁽⁴⁾ ภายใต้กรอบแนวคิดดังกล่าว กิจกรรมทางกายถูกมองเป็นกลไกสำคัญที่เชื่อมโยงมิติสุขภาพกาย สุขภาพจิต และการมีส่วนร่วมทางสังคมเข้าด้วยกัน อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในบริบทการสูงวัยไม่สามารถพึ่งพาแนวทางเชิงปัจเจกหรือการกำหนดโปรแกรมออกกำลังกายแบบมาตรฐานเพียงอย่างเดียว หากต้องพิจารณาปัจจัยเชิงสิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรมที่แวดล้อมผู้สูงอายุในชีวิตประจำวัน

ในมุมมองของกรอบการส่งเสริมสุขภาพเชิงชุมชน (community-based health promotion) และแนวคิดเชิงนิเวศทางสุขภาพ (ecological model of health behavior) พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลถูกกำหนดโดยปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคล ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โครงสร้างชุมชน และนโยบายสาธารณะ⁽⁴⁾ ชุมชนจึงมิใช่เพียงพื้นที่จัดกิจกรรม แต่เป็นระบบสังคมที่ประกอบด้วยทุนทางสังคม ความไว้วางใจ ภาวะผู้นำ และเครือข่ายความร่วมมือ ซึ่งล้วนมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางกาย โดยเฉพาะในพื้นที่ชายขอบที่ทรัพยากรภายนอกมีจำกัด กลไกทางสังคมภายในชุมชนยังมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนพฤติกรรมสุขภาพ

การบูรณาการแนวคิด active ageing เข้ากับกรอบการส่งเสริมสุขภาพเชิงชุมชนจึงนำไปสู่มุมมองที่เห็นว่ากิจกรรมทางกายควรถูกออกแบบและจัดการภายใต้บริบทชีวิตจริงของผู้สูงอายุ โดยเน้นการเสริมพลัง (empowerment) การมีส่วนร่วมของชุมชน และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน แนวคิดดังกล่าวเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยชุมชน ซึ่งมุ่งเน้นการฝังกิจกรรมทางกายไว้ในโครงสร้างสังคมและวัฒนธรรมของพื้นที่ มากกว่าการดำเนินกิจกรรมในลักษณะโครงการระยะสั้นที่แยกขาดจากบริบทชุมชน แม้งานวิจัยที่ผ่านมาได้ยืนยันถึงความสำคัญของกิจกรรมทางกายต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมารวมทั้งบทบาทของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ แต่การศึกษาส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพหรือการจัดกิจกรรมออกกำลังกายในลักษณะโครงการเฉพาะกิจ ขณะที่องค์ความรู้เกี่ยวกับกลไกทางสังคม องค์ประกอบเชิงชุมชน และเงื่อนไขที่เอื้อต่อความยั่งยืนของการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในบริบทพื้นที่ชายขอบยังมีอยู่อย่างจำกัด โดยเฉพาะการพัฒนาแบบที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย ทุนทางสังคม ภาวะผู้นำ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในฐานะกลไกขับเคลื่อนสุขภาพของผู้สูงอายุ ช่องว่างองค์ความรู้ดังกล่าวนำไปสู่การศึกษาครั้งนี้

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชนชายขอบ (CBPAP-OA Model)

โดยมุ่ง (1) วิเคราะห์องค์ประกอบสำคัญของการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (2) ศึกษาบทบาทของชุมชนในฐานะกลไกสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ และ (3) วิเคราะห์เงื่อนไขที่เอื้อต่อความต่อเนื่องและความยั่งยืนของการดำเนินกิจกรรม ทั้งนี้เพื่อเสนอกรอบแนวคิดที่สามารถประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโยบายและการจัดการสุขภาวะผู้สูงอายุในบริบทพื้นที่ชายขอบอย่างเหมาะสมและยั่งยืน

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาระบบการ กลไก และบริบททางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชนชายขอบ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ “พื้นที่ชายขอบ” หมายถึง ชุมชนชนบทที่มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และทรัพยากรสาธารณะเมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่เมืองหรือพื้นที่ศูนย์กลางการพัฒนา โดยมีลักษณะร่วมสำคัญ ได้แก่ การอยู่ห่างไกลจากแหล่งบริการ การขาดแคลนทรัพยากรด้านสุขภาพ การย้ายถิ่นของประชากรวัยแรงงานออกนอกพื้นที่ และการพึ่งพาทุนทางสังคมภายในชุมชนเป็นหลักในการดูแลคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยไม่ได้จำกัดความหมายเฉพาะพื้นที่ชายแดนเท่านั้น แต่ครอบคลุมพื้นที่ที่มีข้อจำกัดเชิงโครงสร้างและการเข้าถึงโอกาสทางสังคมในมิติต่างๆ

พื้นที่ศึกษา

พื้นที่ศึกษาเป็นชุมชนชนบทในบริบทพื้นที่ชายขอบในอำเภอบึงคล้า จังหวัดบึงกาฬ ที่มีลักษณะเฉพาะ ได้แก่ มีสัดส่วนผู้สูงอายุค่อนข้างสูง การเข้าถึงบริการสุขภาพและโครงสร้างพื้นฐานมีข้อจำกัด และมีลักษณะโครงสร้างประชากรแบบสองวัย (ผู้สูงอายุและเด็ก) ขณะที่ย้ายแรงงานย้ายถิ่นไปทำงานนอกพื้นที่ แม้จะมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร แต่ชุมชนมีความสัมพันธ์ทางสังคมที่ใกล้ชิด มีวัฒนธรรมร่วม และมีเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้มแข็ง ซึ่งเป็นบริบทสำคัญในการศึกษาการส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยชุมชน

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 60 คน ได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจงเพื่อให้ครอบคลุมมุมมองที่หลากหลายที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในระดับชุมชน

แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์เข้าร่วมกิจกรรมทางกายในชุมชน (2) ผู้นำชุมชน ผู้นำกลุ่มผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุข และ (3) ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่ เกณฑ์การคัดเลือกเน้นผู้ที่มีประสบการณ์ตรงและมีบทบาทในกระบวนการจัดกิจกรรมหรือการตัดสินใจในระดับชุมชน

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้หลายวิธีเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและครอบคลุม ได้แก่

1. การสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุและผู้นำกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มุมมอง และอุปสรรคในการมีกิจกรรมทางกาย
2. การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างกับผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อศึกษากลไกการจัดการ บทบาทผู้นำ และเงื่อนไขด้านนโยบาย
3. การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในระหว่างการทำกิจกรรมทางกายและกิจกรรมชุมชน เพื่อศึกษาบรรยากาศการมีส่วนร่วม รูปแบบการปฏิสัมพันธ์ และการใช้พื้นที่ชุมชน
4. การวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้องกับแผนงานหรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มถูกถอดความอย่างละเอียด จากนั้นดำเนินการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) อย่างเป็นระบบ โดยมีขั้นตอนสำคัญ 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การถอดความและจัดระเบียบข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และบันทึกภาคสนาม (2) การอ่านทบทวนข้อมูลซ้ำหลายครั้งเพื่อทำความเข้าใจบริบท ความหมาย และประเด็นสำคัญที่ปรากฏในข้อมูล (3) การกำหนดรหัสข้อมูล (coding) โดยพิจารณาถ้อยคำประสบการณ์ และมุมมองของผู้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางกาย บทบาทของชุมชน และเงื่อนไขความยั่งยืน (4) การจัดกลุ่มรหัสข้อมูลเป็นหมวดหมู่ย่อยและสังเคราะห์เป็นประเด็นหลัก (themes) ตามวัตถุประสงค์การวิจัย และ (5) การตีความข้อค้นพบโดยเชื่อมโยงกับกรอบแนวคิดการส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยชุมชน แนวคิดการสูงวัยอย่างกระฉับกระเฉง และบริบทพื้นที่ชายขอบ

เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของการวิเคราะห์ ผู้วิจัยได้เปรียบเทียบข้อมูลจากหลายแหล่ง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งเปรียบเทียบข้อมูลจากหลายวิธีการ ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการวิเคราะห์เอกสาร เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของข้อค้นพบก่อนสังเคราะห์เป็นองค์ประกอบของรูปแบบ CBPAP-OA Model

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

เพื่อเสริมสร้างความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากหลายแหล่งและหลายวิธีการเก็บข้อมูล รวมทั้งพิจารณาความสอดคล้องและความแตกต่างของข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนกระบวนการวิเคราะห์อย่างต่อเนื่องและสะท้อนบทบาทของตนเองในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้ข้อมูลเพื่อลดอคติในการตีความข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ให้ความสำคัญกับการคุ้มครองสิทธิของผู้ให้ข้อมูลตลอดกระบวนการศึกษา โดยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย และแนวทางการนำข้อมูลไปใช้แก่ผู้ให้ข้อมูลทุกคน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถถอนตัวจากการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาโดยไม่เกิดผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่มถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะภาพรวมโดยไม่เปิดเผยชื่อหรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูลได้

ผลการศึกษา

1. องค์ประกอบของการส่งเสริมกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุในพื้นที่ชายขอบ

ผลการศึกษาพบว่าองค์ประกอบของการส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่มีประสิทธิภาพประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

1.1 การบูรณาการกิจกรรมทางกายในวิถีชีวิตประจำวัน

กิจกรรมทางกายที่เกิดขึ้นในพื้นที่ศึกษาไม่ได้อยู่ใน

รูปแบบโปรแกรมออกกำลังกายที่เป็นทางการ แต่ฝังอยู่ในกิจวัตรประจำวัน เช่น การเดินร่วมกัน การทำกิจกรรมในวัด หรือศูนย์ชุมชน การช่วยงานส่วนรวม และกิจกรรมเคลื่อนไหวในงานประเพณีชุมชน กิจกรรมเหล่านี้มีความเข้มข้นระดับเบาถึงปานกลาง และสามารถปรับตามสภาพร่างกายของผู้สูงอายุแต่ละราย ทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย ไม่กดดัน และไม่แข่งขัน

1.2 ทุนทางสังคมและความสัมพันธ์ในชุมชน

ความใกล้ชิด ความไว้วางใจ และความเอื้ออาทรระหว่างสมาชิกในชุมชนมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นการมีส่วนร่วม ผู้สูงอายุจำนวนมากระบุว่า การเข้าร่วมกิจกรรมเกิดจากแรงสนับสนุนของเพื่อนบ้าน ครอบครัว และเครือข่ายกลุ่มผู้สูงอายุ กิจกรรมแบบกลุ่มช่วยสร้างความรู้สึเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ลดความโดดเดี่ยว และเพิ่มแรงจูงใจในการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่อง

1.3 บทบาทผู้นำและเครือข่ายชุมชน

ผู้นำชุมชน ผู้นำกลุ่มผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน ผู้ชักชวน และผู้จัดการกิจกรรม โดยอาศัยความคุ้นเคยและความน่าเชื่อถือในพื้นที่ บทบาทดังกล่าวช่วยเชื่อมโยงผู้สูงอายุกับหน่วยงานท้องถิ่น และเอื้อต่อการระดมทรัพยากรสนับสนุนกิจกรรม

1.4 การจัดการกิจกรรมที่ยืดหยุ่นและคำนึงถึงความปลอดภัย

กิจกรรมที่ประสบความสำเร็จมีลักษณะยืดหยุ่น สามารถปรับระดับความหนักเบาตามสภาพร่างกาย และไม่กำหนดรูปแบบตายตัว บรรยากาศของกิจกรรมเน้นความสนุก ความปลอดภัย และความร่วมมือ มากกว่าการวัดผลสัมฤทธิ์เชิงสมรรถภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเข้าร่วมอย่างสม่ำเสมอ

2. บทบาทของชุมชนในฐานะกลไกสนับสนุนกิจกรรมทางกาย

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าชุมชนมิได้เป็นเพียงสถานที่จัดกิจกรรม แต่ทำหน้าที่เป็นกลไกทางสังคมที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมผ่าน 3 มิติสำคัญ ได้แก่

- (1) มิติด้านความสัมพันธ์ – ความคุ้นเคยและความไว้วางใจช่วยลดความกังวลเรื่องการบาดเจ็บหรือความอายในการเคลื่อนไหว
- (2) มิติด้านพื้นที่ – การมีพื้นที่สาธารณะที่เข้าถึงง่าย

เช่น วัด ลานชุมชน และเส้นทางเดินภายในหมู่บ้าน ช่วยลดอุปสรรคในการเข้าร่วม

(3) มิติด้านการจัดการ - การมีผู้นำและเครือข่ายช่วยกำกับดูแลอย่างไม่เป็นทางการ ทำให้กิจกรรมมีความต่อเนื่องแม้ไม่มีงบประมาณสูงชุมชนจึงทำหน้าที่เป็นทั้ง “ผู้จัด” “ผู้สนับสนุน” และ “พื้นที่ทางสังคม” ที่หล่อหลอมพฤติกรรมกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ

3. เงื่อนไขที่เอื้อต่อความยั่งยืนของการดำเนินกิจกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูลพบเงื่อนไขสำคัญที่ส่งผลต่อความต่อเนื่องและความยั่งยืนของกิจกรรม ได้แก่

3.1 การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการออกแบบกิจกรรม

เมื่อผู้สูงอายุมีโอกาสเสนอความคิดเห็นและร่วมตัดสินใจ รูปแบบกิจกรรมจะสอดคล้องกับความต้องการจริง และสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ

3.2 ความยืดหยุ่นของรูปแบบกิจกรรม

กิจกรรมที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามบริบท สภาพอากาศ สุขภาพ และจำนวนผู้เข้าร่วม มีแนวโน้มดำเนินต่อเนื่องได้ดีกว่าโปรแกรมที่กำหนดรูปแบบตายตัว

3.3 การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

แม้กิจกรรมจะขับเคลื่อนโดยชุมชน แต่การสนับสนุนด้านงบประมาณ นโยบาย และทรัพยากรจากหน่วยงานท้องถิ่น ช่วยเสริมความมั่นคงและความต่อเนื่องของกิจกรรม

3.4 บรรยากาศที่ไม่แข่งขันและเป็นมิตร

การเน้นความสนุก ความปลอดภัย และการช่วยเหลือกันมากกว่าการแข่งขัน ช่วยลดแรงกดดันและเพิ่มแรงจูงใจในการเข้าร่วม

จากการสังเคราะห์องค์ประกอบ บทบาท และเงื่อนไขดังกล่าว สามารถพัฒนาเป็น รูปแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชน-ชายขอบ (CBPAP-OA Model) ซึ่งวางตำแหน่งกิจกรรมทางกายในฐานะกลไกทางสังคมที่ฝังอยู่ในวิถีชีวิตและโครงสร้างความสัมพันธ์ของชุมชน มากกว่าการเป็นรูปแบบออกกำลังกายแบบเป็นทางการโดยขอแสดงการสรุปผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของ CBPAP-OA Model ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปมิติการวิเคราะห์ของรูปแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ชายขอบ (CBPAP-OA Model)

มิติการวิเคราะห์	ข้อค้นพบสำคัญ	ความหมายเชิงแนวคิด
กิจกรรมทางกายที่สอดคล้องกับบริบท	กิจกรรมในชีวิตประจำวัน กิจกรรมระดับเบาถึงปานกลาง	กิจกรรมทางกายถูกหลอมรวมอยู่ในวิถีชีวิตประจำวัน
การสนับสนุนทางสังคมและภาวะผู้นำชุมชน	ผู้นำชุมชน กลุ่มผู้สูงอายุ อสม.	ช่วยสร้างแรงจูงใจและความต่อเนื่องของการมีส่วนร่วม
สภาพแวดล้อมชุมชนที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย	พื้นที่สาธารณะ เส้นทางเดิน สิ่งอำนวยความสะดวก	เอื้อต่อการเข้าถึงและการทำกิจกรรมทางกาย
กระบวนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมและยืดหยุ่น	การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ กิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบท	ส่งเสริมความยั่งยืนของกิจกรรมในระดับชุมชน
เงื่อนไขความยั่งยืนของกิจกรรม	การมีส่วนร่วมของสมาชิก ความยืดหยุ่นในการดำเนินงาน การสนับสนุนจากชุมชน และ บรรยากาศที่ไม่เน้นการแข่งขัน	ส่งเสริมความต่อเนื่องและความยั่งยืนของกิจกรรมในระยะยาวของชุมชน

ตารางที่ 2 แสดงกลไกเชิงโครงสร้างของ CBPAP-OA Model โดยอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบหลัก กลไกทางชุมชน กระบวนการกระตุ้นพฤติกรรม และผลลัพธ์ ด้านความยั่งยืน โมเดลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าความต่อเนื่องของกิจกรรมทางกายไม่ได้เกิดจากความเข้มข้นของกิจกรรม หากแต่เกิดจากการฝังตัวของกิจกรรมทางกาย ในระบบความสัมพันธ์และโครงสร้างทางสังคมของชุมชน

วิจารณ์

การศึกษานี้ใช้แนวทางเชิงคุณภาพ ซึ่งเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่มุ่งทำความเข้าใจประสบการณ์-ชีวิต ความหมาย และพลวัตของความสัมพันธ์ในชุมชน มากกว่าการวัดผลเชิงปริมาณ โดยเน้นการอธิบาย

ปรากฏการณ์จากมุมมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในบริบทจริงของพื้นที่ และความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลโดยไม่มีการทดลองหรือการแทรกแซงต่อร่างกายและจิตใจของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในพื้นที่ชุมชนชายขอบมิได้เป็นเพียงการจัดโปรแกรมออกกำลังกาย แต่เป็นกระบวนการทางสังคมที่เชื่อมโยงกิจกรรมทางกายเข้ากับวิถีชีวิต ความสัมพันธ์ และกลไกการจัดการของชุมชน โดยผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าความยั่งยืนของกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุไม่ได้เกิดจากการเพิ่มความเข้มข้นหรือความถี่ของการออกกำลังกายเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการสร้างเงื่อนไขทางสังคมที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุ ข้อค้นพบดังกล่าวช่วยขยายความเข้าใจจากงานวิจัยเดิมที่มักมุ่งเน้นปัจจัยระดับบุคคล เช่น แรงจูงใจ ความรู้ หรือสมรรถภาพ

ตารางที่ 2 กลไกเชิงโครงสร้างของรูปแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ชายขอบ (CBPAP-OA Model)

องค์ประกอบหลัก	กลไกการดำเนินงาน	กระบวนการกระตุ้นพฤติกรรม	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
การบูรณาการกิจกรรมทางกายเข้าสู่วิถีชีวิตประจำวัน	การผสมผสานกิจกรรมการเคลื่อนไหวเข้ากับวิถีชีวิต กิจกรรมทางสังคม และวัฒนธรรมประจำวัน	ลดอุปสรรคทางจิตวิทยาและเพิ่มการมีส่วนร่วมในกิจกรรมประจำวัน	การคงอยู่ของกิจกรรมทางกายในระยะยาว
ทุนทางสังคมและความสัมพันธ์ภายในชุมชน	ความไว้วางใจ การสนับสนุนจากเพื่อน และการดูแลติดตามอย่างไม่เป็นทางการ	เสริมสร้างแรงจูงใจและความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน	การลดภาวะโดดเดี่ยวทางสังคมและการเสริมสร้างสุขภาวะ
ภาวะผู้นำและเครือข่ายชุมชน	การประสานงาน การขับเคลื่อนกิจกรรมและการสื่อสารในระดับชุมชน	ส่งเสริมการมีส่วนร่วมแบบกลุ่มและการเชื่อมโยงทรัพยากรในชุมชน	ระบบกิจกรรมที่ขับเคลื่อนโดยชุมชนอย่างมั่นคง
การจัดการที่ยืดหยุ่นและคำนึงถึงความปลอดภัย	การออกแบบกิจกรรมที่ยืดหยุ่นตามศักยภาพและความสามารถของผู้สูงอายุ	เพิ่มการรับรู้ด้านความปลอดภัยและความเชื่อมั่นในตนเอง	การมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนของผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน

ทางกาย ไปสู่การอธิบายบทบาทของปัจจัยระดับชุมชนที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว ลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับข้อเสนอของ Paterson และ Warburton⁽⁷⁾ ที่ชี้ว่า กิจกรรมทางกายระดับเบาถึงปานกลางที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องมีส่วนช่วยคงสมรรถภาพทางกาย ลดข้อจำกัดในการทำหน้าที่ และส่งเสริมความสามารถในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ

ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับกรอบแนวคิดเชิงนิเวศของพฤติกรรมสุขภาพที่อธิบายว่า พฤติกรรมกิจกรรมทางกายไม่ได้เกิดจากปัจจัยระดับบุคคลเพียงด้านเดียว แต่เป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสัมพันธ์ทางสังคม สภาพแวดล้อมของชุมชน และระบบสนับสนุนในระดับพื้นที่^(5,6) นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Lindsay Smith⁽⁸⁾ และ Steinhoff⁽⁹⁾ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน และเครือข่ายชุมชนมีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้มีข้อค้นพบที่แตกต่างจากงานวิจัยส่วนใหญ่ซึ่งมักอธิบายกิจกรรมทางกายผ่านปัจจัยระดับบุคคล เช่น ความรู้ แรงจูงใจ หรือสมรรถภาพทางกาย โดยการศึกษาพบว่าในบริบทพื้นที่ชายขอบ ความไว้วางใจ ความคุ้นเคย และระบบความสัมพันธ์ภายในชุมชนมีบทบาทสำคัญต่อการเข้าร่วมกิจกรรมทางกายมากกว่าการออกแบบ

โปรแกรมออกกำลังกายที่เป็นทางการ ข้อค้นพบนี้จึงช่วยขยายความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุจากระดับบุคคลไปสู่ระดับชุมชน ซึ่งข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับ McPhee⁽⁷⁾ ซึ่งเสนอว่า การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุควรคำนึงถึงความสามารถในการทำหน้าที่ ความปลอดภัย และบริบทการดำเนินชีวิต เนื่องจากกิจกรรมทางกายเป็นปัจจัยสำคัญต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพและการลดความเปราะบางในวัยสูงอายุ

ในเชิงทฤษฎี CBPAP-OA Model จึงมีความสำคัญในการอธิบายกิจกรรมทางกายในฐานะกลไกทางสังคมที่ฝังตัวอยู่ในวิถีชีวิต วัฒนธรรม และความสัมพันธ์ของชุมชนมากกว่าการมองเป็นเพียงกิจกรรมเพื่อพัฒนาสมรรถภาพทางกายเพียงอย่างเดียว โมเดลดังกล่าวช่วยเติมเต็มช่องว่างองค์ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในบริบทพื้นที่ชายขอบ และเสนอแนวทางใหม่ในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนไทย

ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ชายขอบ (CBPAP-OA Model) ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยมีชุมชนเป็นกลไกหลักในการเชื่อมโยงกิจกรรมทางกาย สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และกระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อนำไปสู่การมีกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง สุขภาพที่ดี และการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ

ภาพที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ชายขอบ (CBPAP-OA Model)



ข้อเสนอเชิงนโยบาย

ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุควรดำเนินการผ่านกลไกชุมชนเป็นฐานมากกว่าการจัดกิจกรรมแบบโครงการระยะสั้น ดังนั้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรสนับสนุนงบประมาณพื้นที่ดำเนินกิจกรรม และการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนหรือแกนนำผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถออกแบบและขับเคลื่อนกิจกรรมทางกายที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่อง

ในส่วน of โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรมีบทบาทในการประเมินสมรรถภาพทางกาย ให้คำแนะนำด้านสุขภาพ และร่วมออกแบบกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับระดับความสามารถของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม รวมทั้งสนับสนุนองค์ความรู้ด้านการป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการติดตามผลด้านสุขภาพของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

สำหรับหน่วยงานระดับจังหวัด เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด และหน่วยงานด้านพัฒนาสังคม ควรใช้ CBPAP-OA Model เป็นกรอบแนวทางในการพัฒนาระบบส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ โดยสนับสนุนการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพ ชุมชน และภาคประชาสังคม เพื่อขยายผลรูปแบบการดำเนินงานไปยังชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน อันจะนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ และการสร้างชุมชนสุขภาพอย่างยั่งยืน

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่ดำเนินการในบริบทเฉพาะของชุมชนชายขอบแห่งหนึ่ง จึงมุ่งอธิบายความหมาย กระบวนการ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในบริบทพื้นที่ศึกษาเป็นสำคัญ ผลการวิจัยอาจไม่สามารถอ้างอิงแทนชุมชนทุกประเภทได้โดยตรง นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นการพัฒนา-รูปแบบเชิงแนวคิดจากข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยยังไม่ได้มีการนำรูปแบบ CBPAP-OA Model ไปทดลองใช้และประเมินผลในพื้นที่จริง จึงควรมีการศึกษาต่อยอดเพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของรูปแบบในบริบทที่หลากหลายต่อ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (กองทุน ววน.) ภายใต้งบประมาณด้านวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (Full Proposal) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ผู้วิจัยขอขอบคุณหน่วยงานผู้สนับสนุนงบประมาณที่เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนางานวิจัยเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ชายขอบ ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูล แบ่งปันประสบการณ์ และสนับสนุนการดำเนินการวิจัยในพื้นที่อย่างดียิ่ง ความร่วมมือของทุกภาคส่วนมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลที่สำคัญการทำงานของผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 2 ธ.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2024/20240328112409_39023.pdf
2. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2024 Dec 2]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. สถานการณ์กิจกรรมทางกายในกลุ่มผู้สูงอายุในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 2 ธ.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://dol.thaihealth.or.th/Media/Pdfview/81d1ca01-01aa-ec11-80fa-00155db45613>
4. World Health Organization. World report on ageing and health [Internet]. 2015 [cited 2024 Dec 2]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>
5. Sallis JF, Owen N, Fisher EB. Ecological models of health behavior. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Health behavior: theory, research, and practice. 5th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2015. p.43-64.
6. Bauman AE, Reis RS, Sallis JF, Wells JC, Loos RJF, Martin BW. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? Lancet 2012;380(9838):258-71.
7. McPhee JS, French DP, Jackson D, Nazroo J, Pendleton N, Degens H. Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty. Biogerontology 2016;17(3):567-80.
8. Lindsay Smith G, Banting L, Eime R, O'Sullivan G, van Uffelen JGZ. The association between social support and physical activity in older adults: a systematic review. IntJ Behav Nutr Phys Act 2017;14:56.
9. Steinhoff P, Reiner A. Physical activity and functional social support in community-dwelling older adults: a scoping review. BMC Public Health 2024;24:1454.

Development of a Community-based Physical Activity Promotion Model for Older Adults in Marginalized Communities (CBPAP-OA Model)

Ekasak Hengsuko, Supangjit Kanlayakaew, Chatchanok Hengsuko, Aphirudee Thongpol

Bueng Kan College of Innovation, Udon Thani Rajabhat University, Bueng Kan Province, Thailand

Abstract

This study aimed to develop a community-based physical activity promotion model for Older Adults in Marginalized Communities (CBPAP-OA Model). A qualitative research design was employed. Sixty key informants, including older adults, community leaders, village health volunteers, and representatives of local administrative organizations, were purposively selected. Data were collected through focus group discussions, in-depth interviews, non-participant observation, and document analysis. Content analysis was conducted, and trustworthiness was ensured through methodological triangulation. The findings revealed that the CBPAP-OA Model consists of four core components: (1) integration of physical activity into everyday life, (2) social capital and community relationships, (3) leadership and local community networks, and (4) flexible and safety-oriented activity management. Physical activity was conceptualized not as a structured exercise program but as a socially embedded mechanism within community practices and cultural contexts. The novel contribution of this study lies in proposing a context-sensitive conceptual framework that positions physical activity as a community-embedded social process, particularly relevant for marginalized and resource-limited settings. The model provides practical guidance for policy development, community-based health management, and sustainable active ageing strategies.

Keywords: older adults; model of physical activity; community-based health promotion

พัฒนารูปแบบโรงเรียนเบาหวานวิทยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดเลาะ

รวิวรรณ สกุลศิริฤดีเลิศ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดเลาะ จังหวัดชัยภูมิ

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้วงจร PAOR ร่วมกับการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการประเภทประสานเป้าหมายและความร่วมมือระหว่างผู้วิจัย และประชาชนในชุมชน ตามรูปแบบวงจรวิจัยของ Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ วางแผน (plan) ปฏิบัติการ (act) การสังเกต (observe) และสะท้อนผล (reflect) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวนทั้งสิ้น 289 คน อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดเลาะ อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีจำนวน 289 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และ (2) ภาควิชาผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น และผู้ให้บริการด้านสุขภาพ จำนวน 21 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล การแบบทดสอบเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ใช้สถิติการเปรียบเทียบคะแนนความรู้คะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังการอบรม ก่อนและหลังอบรมใช้สถิติ paired t-test ผลการศึกษา การเปรียบเทียบระดับความรู้ก่อนและหลังการอบรม พบว่า ก่อนการอบรมส่วนใหญ่มีความรู้ระดับมาก ร้อยละ 45.7 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 34.6 และระดับน้อย ร้อยละ 19.7 หลังการอบรมส่วนใหญ่มีความรู้ระดับมาก ร้อยละ 94.1 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 5.2 และระดับน้อย ร้อยละ 0.7 และผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ พบว่า ก่อนการอบรมระดับปานกลาง หลังการอบรมระดับมาก เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการอบรมด้วยสถิติ paired t-test พบว่า หลังการอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการอบรมพบว่า ก่อนการอบรม ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมระดับปานกลาง ร้อยละ 53.6 รองลงมา คือ ระดับน้อยร้อยละ 32.0 และระดับดี ร้อยละ 14.5 หลังการอบรมส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมดีร้อยละ 93.0 และระดับปานกลาง ร้อยละ 7.0 และผลการเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองจากโรคเบาหวาน พบว่า ก่อนการอบรมระดับน้อย หลังการอบรมมีพฤติกรรมระดับดี เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองจากโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการอบรมด้วยสถิติ paired t-test พบว่า หลังการอบรมมีคะแนนด้านพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ: โรงเรียนเบาหวานวิทยา; การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด; ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

วันรับ: 9 มี.ค. 2569

วันแก้ไข: 16 เม.ย. 2569

วันตอบรับ: 21 เม.ย. 2569

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างอายุของประชากรอย่างชัดเจนโดยการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงของระบบเศรษฐกิจ สังคม วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอย่างรวดเร็วซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การใช้สารเสพติด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม และมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอและไม่เหมาะสมซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ไขมันในเลือดสูง และโดยเฉพาะโรคเบาหวานที่พบว่ามีอัตราการป่วยและอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้น อย่างไรก็ตามจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับผลกระทบ 4 ด้าน ได้แก่ (1) ผลกระทบด้านสุขภาพ ทั้งภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน และภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังตามมา (2) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ (3) ผลกระทบด้านจิตใจ และ (4) ผลกระทบด้านครอบครัวและสังคม⁽¹⁾

จังหวัดชัยภูมิ มีกลไกการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้งระดับจังหวัด (พชจ.) โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดชัยภูมิเป็นประธานในการขับเคลื่อนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาของพื้นที่ เน้นการขับเคลื่อนประเด็นหลักการดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และผู้สูงอายุ ซึ่งมีการถ่ายทอดนโยบายลงสู่ระดับอำเภอ ขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอเกษตรสมบูรณ์มีการดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีนายอำเภอเกษตรสมบูรณ์เป็นประธาน มีการดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง เน้นกิจกรรมการส่งเสริมให้ประชาชนออกกำลังกายเป็นประจำ พัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรค การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การดำเนินการตามแนวทางทำให้โรคเบาหวานสงบ (diabetes remission) ด้วยการบูรณาการกลไก พชอ. และระบบสุขภาพปฐมภูมิ กำหนดให้พื้นที่ตำบลกุดละเป็นตำบลนำร่องในการดำเนินการ จากสถานการณ์โรคติดต่อเรื้อรังในพื้นที่อำเภอเกษตรสมบูรณ์ มีอัตราป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงสุดในจังหวัดชัยภูมิ⁽²⁾ คัดเลือกตำบลกุดละเป็นตำบล

นำร่องในการดำเนินการ ดำเนินการโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดละ เนื่องจากความพร้อมและศักยภาพของเจ้าหน้าที่ ประกอบกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดละได้ดำเนินการ NCD clinic push ดำเนินการให้บริการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ข้อมูลสถานการณ์มีผู้ป่วยโรคติดต่อเรื้อรังทั้งหมด 636 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 289 คน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 348 คน และผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานจำนวน 176 คน และมีผู้ป่วยแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พชอ. อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จึงได้นำกระบวนการ “โรงเรียนเบาหวาน” ดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคเบาหวานในพื้นที่ ตามแนวทางทำให้โรคเบาหวานสงบ มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยหายได้โดยไม่ต้องกินยา และยกระดับคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนรูปแบบเดิมมีการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานเฉพาะในสถานบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดละ ไม่มีโรงเรียนเบาหวานวิทยา ขาดการติดตามดูแลผู้ป่วยรูปแบบใหม่พัฒนาโรงเรียนเบาหวานวิทยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดละการดำเนินการภายใต้ “โรงเรียนเบาหวานวิทยา” จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน โดยการให้ความรู้สุขภาพเรื่องโรคเบาหวาน อาการแทรกซ้อน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักโภชนาการ ของทีมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดละ มีการพัฒนาหลักสูตรของพื้นที่ใช้ระยะเวลา 9 เดือน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนา รูปแบบโรงเรียนเบาหวานวิทยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดละ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน ติดตามประเมินผลร่วมกับภาคีเครือข่ายการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

วิธีการศึกษา

ตามรูปแบบวงจรวิจัยของ Kemmis และ McTaggart⁽³⁾ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ วางแผน (plan) ปฏิบัติการ

(act) การสังเกต (observe) และสะท้อนผล (reflect) โดยกลุ่มตัวอย่างใช้จำนวนประชากรศึกษาทั้งหมดแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม (1) กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีจำนวน 289 คน อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดเลาะ อำเภอกะเปอร์สมุทรบุรีรัมย์ จังหวัดชัยภูมิ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (2) ภาควิชาผู้ดูแลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น และผู้ให้บริการด้านสุขภาพ จำนวน 21 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือเป็นผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาการวิจัยได้ เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัยย้ายออกจากพื้นที่ระหว่างการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีกิจกรรมดำเนินงานตามแผนเข้าร่วมหลักสูตรโรงเรียนเบาหวานวิทยาลัยอาชีวศึกษาแบบองค์รวม (1) วิชาฐานโรคเบาหวาน (2) วิชาลดหวานจัดการสุขภาพ (3) วิชาพัฒนาจิตพิชิตความเครียด (4) วิชายับยั้งกลายโรค (5) วิชาภูมิปัญญาท้องถิ่น และ (6) วิชาสร้างงานสร้างสุข เครื่องมือการศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสังเกตใช้กรอบการสังเกตจำนวน 4 ด้าน คือ (1) ด้านบุคคล รูปแบบการประชุม (2) การกระทำของแต่ละบุคคล (3) กิจกรรมหรือการกระทำที่เกิดขึ้น และ (4) การมีส่วนร่วมของบุคคลและภาคีเครือข่าย โดยเป็นการสังเกตในขั้นตอนการประชุมและทำกิจกรรมต่างๆในขั้นตอนการใช้รูปแบบหลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบองค์รวม มี 6 วิชา โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนภาคีเครือข่ายสนทนากลุ่ม (focus group) โดยใช้โครงสร้างการสนทนากลุ่ม จำนวน 4 ประเด็นคือ (1) การดูแลรักษาเชิงรุกที่มีการวางแผนล่วงหน้าโดยให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยเท่าที่เป็นไปได้มากกว่าการคอยตั้งรับเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ (2) ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการรักษาโดยผู้ป่วยมีบทบาทเชิงรุกในการจัดการภาวะสุขภาพของตนเอง (3) การดูแลรักษาอย่างเป็นระบบและเชื่อมโยงประกอบด้วยการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอสนับสนุนการจัดการตนเอง

ช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิต และ (4) การดูแลรักษาร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลาการดำเนินงาน ตุลาคม พ.ศ. 2567 – มิถุนายน พ.ศ. 2568 ใช้สถิติการเปรียบเทียบคะแนนความรู้คะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังการอบรมก่อนและหลังอบรมใช้สถิติ paired t-test การเปรียบเทียบผลต่างความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและหลังอบรมใช้ค่าเฉลี่ย

กลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวนทั้งสิ้น 289 คน อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดเลาะ อำเภอกะเปอร์สมุทรบุรีรัมย์ จังหวัดชัยภูมิ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ เป็นผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาการวิจัย จำนวน 289 คน

2. เครือข่ายผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น และผู้ให้บริการด้านสุขภาพ จำนวน 21 คน เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย สามารถอ่าน เขียน หนังสือภาษาไทย หรือได้ตอบสื่อสารได้ เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัยย้ายออกจากพื้นที่ระหว่างการวิจัย

3. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงคุณภาพ เลือกกลุ่มตัวอย่างสนทนากลุ่มแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ กลุ่มผู้ที่มีส่วนร่วมหรือภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย เครือข่ายผู้ดูแลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น และผู้ให้บริการด้านสุขภาพ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือเป็นผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาการวิจัย จำนวน 21 คน

การคัดเลือกตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย สามารถอ่าน เขียน หนังสือภาษาไทย หรือได้ตอบสื่อสารได้ เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัยย้ายออกจากพื้นที่ระหว่างการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาที่ป่วย

เป็นโรคเบาหวาน และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกตอบแบบ ถูก - ผิด จำนวน 15 ข้อ โดยถ้าผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบถูกจะให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดหรือไม่ตอบให้ 0 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 15 คะแนน ประกอบด้วย คำถามเชิงบวกจำนวน 8 ข้อ และคำถามเชิงลบจำนวน 7 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก

ตอบถูกให้ 1 คะแนน

ตอบผิดให้ 0 คะแนน

สำหรับการประเมินความรู้จะประเมินโดยอิงเกณฑ์ของ Bloom⁽⁴⁾ โดยมีเกณฑ์การแปลผลเป็นระดับ ดังนี้

คะแนน 12-15

ความรู้ระดับสูง

คะแนน 9-11

ความรู้ระดับปานกลาง

คะแนน 1-8

ความรู้ระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรม ด้านความเครียด เป็นแบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับจำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ ประกอบด้วย คำถามเชิงบวก จำนวน 9 ข้อ คำถามเชิงลบจำนวน 6 ข้อ โดยมีหลักเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามเชิงลบ

ปฏิบัติบ่อยครั้ง 1 คะแนน พฤติกรรมระดับน้อย

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 2 คะแนน พฤติกรรมระดับปานกลาง

ไม่เคยปฏิบัติเลย 3 คะแนน พฤติกรรมระดับดี

ข้อคำถามเชิงบวก

ปฏิบัติบ่อยครั้ง 3 คะแนน พฤติกรรมระดับดี

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 2 คะแนน พฤติกรรมระดับปานกลาง

ไม่เคยปฏิบัติเลย 1 คะแนน พฤติกรรมระดับน้อย

โดยแบ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ออกเป็น 3 ระดับโดยอิงเกณฑ์ Best⁽⁵⁾

คะแนน 36-45 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

คะแนน 25-35 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 15-24 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย

การปฏิบัติบ่อยครั้งหมายถึงท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นบ่อยครั้งหรือ 5-7 วันต่อสัปดาห์

การปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นบางครั้งหรือ 3-4 วันต่อสัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย

การสนทนากลุ่ม ใช้โครงสร้างการสนทนากลุ่ม จำนวน 4 ประเด็นคือ (1) การดูแลรักษาเชิงรุกที่มีการวางแผนล่วงหน้า โดยให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยเท่าที่เป็นไปได้มากกว่าการคอยตั้งรับเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ (2) ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการรักษา โดยผู้ป่วยมีบทบาทเชิงรุกในการจัดการภาวะสุขภาพของตนเอง (3) การดูแลรักษาอย่างเป็นระบบและเชื่อมโยง ประกอบด้วย การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอสนับสนุนการจัดการตนเองช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิต และ (4) การดูแลรักษาร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการสร้างเครื่องมือและพัฒนาเครื่องมือโดยการดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการเก็บข้อมูล

1.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานด้านปฏุมภูมิและองค์กรวม จำนวน 1 ท่าน และผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี จำนวน 2 ท่าน เพื่อพิจารณาความครอบคลุมของข้อคำถาม และความสอดคล้องกับนิยามของตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์แต่ละข้อ แล้วนำมาคำนวณ หาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (index of item-objective congruence; IOC) โดยมีเกณฑ์กำหนดมากกว่า 0.5 ขึ้นไป และมีเกณฑ์ในการพิจารณาให้คะแนนดังนี้

+1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้อง

0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้อง

-1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามไม่สอดคล้อง

1.2 การทดสอบหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญได้แก่ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานด้านปฐมนุญและองค์กรรวม จำนวน 1 ท่าน และผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี จำนวน 2 ท่าน เพื่อไปทดลองใช้ กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์แบบทดสอบที่ให้คะแนน 0,1 และแบบสอบถามที่มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า ผู้วิจัยใช้วิธีหาค่า Cronbach's alpha coefficient โดยเกณฑ์การยอมรับได้ควรมากกว่า 0.70 ขึ้นไป⁽⁶⁾ สำหรับในงานวิจัยนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นในส่วนแบบทดสอบด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวาน แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านความเครียด เท่ากับ 0.81, 0.86 และ 0.85 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้คะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังการอบรม ก่อนและหลังอบรมใช้สถิติ paired t-test
3. ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา และมีการตรวจสอบข้อมูล (triangulate) เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เลขที่ 50/2567 ลงวันที่ 21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยได้มีการแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการใช้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริงและพร้อมชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างว่า การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจด้วยตนเอง โดยคณะผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ ไม่มีระบุชื่อ และรายงานการวิจัยจะเสนอผลโดยรวม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยหรือสามารถถอนตัวระหว่างการทำวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และ

ข้อมูลจะถูกทำลายภายใน 1 ปี การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผลการศึกษา

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.0 และเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 44.0 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 44.0 ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 55.0 อาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 50.8 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่ 3-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 74.0 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 10,000-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 56.7 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่า ศึกษาวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 68.8

2. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ด้านความรู้ก่อนการอบรม พบว่า ตอบถูกมากคือ การกินอาหารหวานหรืออาหารที่มีน้ำตาลมากเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน ร้อยละ 77.5 รองลงมา ผู้ป่วยเบาหวานกินผลไม้สดไม่หวานจัด เช่น ส้ม ฝรั่ง ชมพู่ แอปเปิ้ลและแก้วมังกรกินปริมาณเท่าใดก็ได้โดยไม่ต้องจำกัดปริมาณ ร้อยละ 74.7 และโรคเบาหวานเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมร้อยละ 72.3 ในส่วนข้อคำถามส่วนใหญ่ตอบผิด คือ โรคเบาหวานสามารถรักษาให้หายขาดได้ ร้อยละ 72.7 รองลงมา ผู้ป่วยเบาหวานควรลดอาหารหรือกินอาหารกลุ่มข้าวแป้งเพียง 2-3 คำต่อมื้อจะช่วยลดระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 63.4 และผู้ป่วยเบาหวานควรกินผักเน้นผักใบทุกวัน อย่างน้อยมื้อละ 1 กำพิ ร้อยละ 61.3 หลังการอบรม พบว่า ตอบถูกมากคือ หากลิมกินยาสามารถกินเพิ่มเป็น 2 เท่าในวันถัดไปได้ ร้อยละ 99.0 รองลงมา ผู้ป่วยเบาหวานสามารถรับประทานอาหารที่มีรสหวานได้ไม่จำกัดปริมาณร้อยละ 97.0 และถ้ามีอาการเท้าเย็น ในเวลากลางคืน อาจใช้ กระเป๋ไฟฟ้าหรือกระเป๋าน้ำร้อนวางบนเท้าได้ร้อยละ 96.8 ส่วนข้อคำถามส่วนใหญ่ตอบผิด คือ เมื่อเจาะน้ำตาลปลายนิ้วหลังอาหาร 2 ชม. ได้ไม่เกิน 180 mg/dl แสดงว่าสามารถควบคุมระดับน้ำตาล

หลังอาหารได้ดี ร้อยละ 30.8 รองลงมา หากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่迭จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ ร้อยละ 30.5 และอาการของโรคเบาหวานอ่อนเพลีย หิวบ่อย กระหายน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย น้ำหนักลด ร้อยละ 18.7

ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ก่อนและหลังการอบรมพบว่า ก่อนการอบรมส่วนใหญ่ มีความรู้ระดับมาก ร้อยละ 45.7 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 34.6 และระดับน้อย ร้อยละ 19.7 หลังการอบรมส่วนใหญ่มีความรู้ระดับมาก ร้อยละ 94.1 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 5.2 และระดับน้อย ร้อยละ 0.7 ดังตารางที่ 1 และผลการเปรียบเทียบระดับความรู้พบว่า ก่อนการอบรมระดับปานกลาง หลังการอบรมระดับมาก เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานก่อนและหลังการอบรมด้วยสถิติ paired t-test พบว่า หลังการอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 2

3. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวาน

ผลการศึกษาด้านพฤติกรรมก่อนการอบรม พบว่ามีพฤติกรรมที่ต้องคือไม่เคยปฏิบัติเลยเวลาที่อยู่คนเดียว รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง หมดกำลังใจร้อยละ 68.0 รองลงมางดออกกำลังกายเมื่อมีอาการเจ็บป่วย เป็นไข้ อ่อนเพลีย ร้อยละ 61.0 ไม่เคยรู้สึกหงุดหงิดเวลามีคนอื่นมาคุยด้วย ร้อยละ 56.6 และรับประทานข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ข้าวขัดสีน้อย ร้อยละ 42.2 มีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องในเรื่อง

ปฏิบัติอยู่บ่อยครั้งมักจะเติมเครื่องปรุงรสเพิ่มในอาหารหรือจามข้าวก่อนรับประทาน เช่น น้ำปลา ซอส ซีอิ๊วขาว น้ำมันหอย 66.8 รองลงมาไม่เคยสังเกตอาการผิดปกติ ก่อนออกกำลังกายขณะออกกำลังกาย หลังออกกำลังกาย ร้อยละ 60.0 และท่านไม่เคยผ่อนคลายความเครียดโดยการนั่งสมาธิและจะทำกิจกรรมให้เพลิดเพลิน และผ่อนคลาย ร้อยละ 42.2 ผลการศึกษาด้านพฤติกรรมหลังการอบรมพบว่า มีพฤติกรรมที่ต้องในเรื่องออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง อย่างน้อยครั้งละ 15-30 นาที ร้อยละ 96.6 รองลงมาไม่เคยดื่มเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาล เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน กาแฟชานม ร้อยละ 95.9 และฝึกการผ่อนคลาย เช่น ฝึกลมหายใจ ฝึกจินตภาพเพื่อเอาชนะความเครียดและความวิตกกังวล ร้อยละ 94.1 มีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องในเรื่องไม่เคยงดออกกำลังกายเมื่อมีอาการเจ็บป่วย เป็นไข้ อ่อนเพลีย ร้อยละ 4.4 และรับประทานขนมหวานใส่น้ำเชื่อม เช่น เจลลี่ คุกกี้ วน้ำเชื่อม ร้อยละ 2.0

ผลการเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการอบรม พบว่า ก่อนการอบรมส่วนใหญ่มีพฤติกรรมระดับปานกลาง ร้อยละ 53.6 รองลงมาคือระดับน้อยร้อยละ 32.0 และระดับดี ร้อยละ 14.5 หลังการอบรมส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมดีร้อยละ 93.0 และระดับปานกลาง ร้อยละ 7.0 ดังตารางที่ 3 และผลการเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองจากโรค-

ตารางที่ 1 ความรู้เรื่องโรคเบาหวานก่อนและหลังการอบรม

ระดับความรู้	ก่อนการอบรม (n=289)		หลังการอบรม (n=289)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูง (12-15 คะแนน)	132	45.7	272	94.1
ปานกลาง (9-11 คะแนน)	100	34.6	15	5.2
น้อย (1-8 คะแนน)	57	19.7	2	0.7

ตารางที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการอบรม

การทดสอบ	Mean	SD	ระดับ	t	p-value
ก่อนทดสอบ	9.16	2.06	ปานกลาง	31.56	<0.001
หลังทดสอบ	13.1	1.65	มาก		

เบาหวาน พบว่าก่อนการอบรมระดับน้อย หลังการอบรม มีพฤติกรรมระดับดี เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองจากโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการอบรม ด้วยสถิติ paired t-test พบว่า หลังการอบรมมีคะแนน ด้านพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ผลการเปรียบเทียบระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง จากโรคเบาหวาน พบว่า ก่อนการอบรมระดับน้อย หลังการ อบรมมีพฤติกรรมระดับดี เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรม การดูแลตนเองจากโรคเบาหวาน ก่อนและหลัง การอบรมด้วยสถิติ paired t-test พบว่า หลังการอบรม มีคะแนนด้านพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4

4. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสม ในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังตารางที่ 5

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อน และหลังพัฒนา พบว่า ก่อนพัฒนาผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมเท่ากับ 8.70 หลังพัฒนา มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมเท่ากับ 8.20 ซึ่งพบว่า หลัง การพัฒนาผู้ป่วยโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาล สะสมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพพัฒนารูปแบบโรงเรียน-เบาหวานวิทยา

1. การรับรู้ปัญหาและผลกระทบเกี่ยวกับโรคเบาหวาน สถานการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานส่งผลให้ผู้ป่วยโรค-เบาหวานได้รับผลกระทบ 4 ด้าน ได้แก่ (1) ผลกระทบด้าน สุขภาพ ทั้งภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน และภาวะแทรกซ้อน เรื้อรังตามมา (2) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ (3) ผลกระทบ ด้านจิตใจและ (4) ผลกระทบด้านครอบครัวและสังคม

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการอบรม

ระดับความพฤติกรรม	ก่อนการอบรม (n=289)		หลังการอบรม (n=289)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดี (36-45 คะแนน)	42	14.5	269	93.0
ปานกลาง (25-35 คะแนน)	155	53.6	20	7.0
น้อย (15-24 คะแนน)	92	32.0	0	0

ตารางที่ 4 พฤติกรรมก่อนและหลังการอบรม สถิติ paired t-test

การทดสอบ	Mean	SD	ระดับ	t	p-value
ก่อนทดสอบ	24.6	6.2	น้อย	35.62	<0.001
หลังทดสอบ	40.1	3.0	ดี		

ตารางที่ 5 น้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)

HbA1c	Mean	SD	Mean difference	t	p-value
ก่อนพัฒนา	8.70	1.54	0.51	3.01	0.000
หลังพัฒนา	8.20	1.39			

จากผลกระทบที่จะขึ้นมากมายจากการเป็นโรคเบาหวาน การดูแลผู้ป่วยเบาหวานจึงมีเป้าหมายหลักคือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ (ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1c <7.0%) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถป้องกัน และลดหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง อีกทั้งการที่จะบรรลุเป้าหมายดังกล่าว ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรค โดยเฉพาะเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายอย่างเพียงพอ การจัดการกับความเครียด การรับประทานยาอย่างถูกต้อง การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลและการป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นต่ำลงและเป็นการดำเนินการโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ เนื่องจากความพร้อมและศักยภาพของเจ้าหน้าที่ ประกอบกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ดำเนินการ NCD clinic push ดำเนินการให้บริการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ข้อมูลสถานการณ์มีผู้ป่วยโรคติดต่อเรื้อรังทั้งหมด 636 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง จำนวน 289 คน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 348 คน และผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานจำนวน 176 คน และมีผู้ป่วยแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พชอ. อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จึงได้นำกระบวนการ “โรงเรียนเบาหวาน” ดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคเบาหวานในพื้นที่ ตามแนวทางทำให้โรคเบาหวานสงบ มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยหายได้ โดยไม่ต้องกินยา และยกระดับคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนประเด็นสำคัญจากผู้นำชุมชน “ปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ตำบลและที่มีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น บางรายมีภาวะแทรกซ้อน ตา ไต แผลที่เท้า ทำให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ มีผู้ป่วยโรคเบาหวานมารับบริการเพิ่มขึ้น จากการประชุมคณะกรรมการจัดตั้งโรงเรียนเบาหวานวิทยาในพื้นที่ตำบลและเป็นที่ที่ดีที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ลดจำนวนน้อยลง และมีแนวทางในการดูแลป้องกันตนเองควบคุมระดับน้ำตาลจากโรคเบาหวานได้” ข้อมูลเดือน มีนาคม พ.ศ. 2568

2. แนวทางการป้องกันและควบคุมการเกิดโรคเบาหวาน ตามรูปแบบหลักสูตรโรงเรียนเบาหวานวิทยา โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย เป็นระยะเวลา

ดำเนินการ ตุลาคม 2567 - มิถุนายน 2568 ผู้เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนเบาหวานวิทยาจะได้รับความรู้ ฝึกปฏิบัติจริงทั้งหมด 6 วิชา โดยแบ่งเป็นวิชาหลัก (1) วิชารู้ทันเบาหวาน และการพัฒนาตน (2) วิชาลดหวานจัดการสุขภาพ (3) วิชาพัฒนาจิตพิชิตความเครียด (4) วิชาขยับกายสลายโรค (5) วิชาภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อสุขภาพ และ (6) วิชาสร้างงาน สร้างสุข การบริหารจัดการโรคเรื้อรังจะดำเนินการดังนี้ (1) การดูแลรักษาเชิงรุกที่มีการวางแผนล่วงหน้าโดยให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยเท่าที่เป็นไปได้มากกว่าการคอยตั้งรับเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ (2) ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการรักษาโดยผู้ป่วยมีบทบาทเชิงรุกในการจัดการภาวะสุขภาพของตนเอง (3) การดูแลรักษาอย่างเป็นระบบและเชื่อมโยงประกอบด้วย การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอสนับสนุนการจัดการตนเองช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (4) การดูแลรักษาส่งเสริมสนับสนุนร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและภาคีเครือข่ายสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ประเด็นสำคัญจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจากภาคีเครือข่าย “โรงเรียนเบาหวาน-วิทยาในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ เป็นการดูแลสุขภาพ ให้ความรู้ แนวทางการป้องกันตนเอง ตลอดจนฝึกปฏิบัติให้ผู้ป่วยปฏิบัติจริง เป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ เป็นกิจกรรมที่ดีที่จะส่งผลต่อกลุ่มตัวอย่างได้รู้จักแนวทางการเฝ้าระวัง การดูแลตนเอง ตลอดจนการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม” ประเด็นสำคัญจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจากภาคีเครือข่าย “เมื่อผู้ป่วยรู้จักแนวทางการดูแลตนเอง ป้องกันตนเองจากโรคเบาหวาน ก็จะทำให้ชุมชนตำบลและที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานลดลง ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานดีขึ้น สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข” ข้อมูลเดือน มีนาคม พ.ศ. 2568

3. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการจัดการตนเองช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในตำบลและ ประกอบด้วย นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ให้การส่งเสริม

สนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รู้จักการดูแลตนเอง ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้อง มีทีมสหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพจาก โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ให้การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ประเด็นสำคัญจากองค์การบริหารส่วนตำบลกุดเลาะ “ยินดีสนับสนุนส่งเสริมโรงเรียนเบาหวานวิทยาพื้นที่ตำบลกุดเลาะ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถดูแลตนเอง และป้องกันตนเองจากโรคเบาหวานได้อย่างถูกต้องตามแนวทางหลักสูตรของโรงเรียนเบาหวานวิทยา” ประเด็นสำคัญจากผู้ดูแล “จากการเข้าร่วมกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานทำให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานจากทีมสหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถนำความรู้ที่ได้รับมาดูแลคนในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน เฝ้าระวังอาการผิดปกติของผู้ป่วย แนะนำให้ผู้ป่วยลดอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล ควบคุมพฤติกรรมกรบริโภค เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน” ข้อมูลเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568

สรุป

ผลวิจัยสรุปได้ว่า การศึกษาเชิงปฏิบัติการโดยใช้วงจร PAOR ร่วมวางแผน (plan) ปฏิบัติการ (act) การสังเกต (observe) และสะท้อนผล (reflect) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันโรคเบาหวานในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดเลาะ อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ ในการพัฒนารูปแบบโรงเรียนเบาหวานวิทยา เป็นวิธีการที่ทำให้ผู้นำชุมชน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลกุดเลาะหรือผู้นำส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีส่วนร่วมเกี่ยวกับการจัดการป้องกันแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากโรคเบาหวาน ร่วมถอดบทเรียนแนวคิดในการป้องกันโรคเบาหวาน ได้พัฒนารูปแบบใหม่ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันโรคเบาหวานในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดเลาะ เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันโรคเบาหวานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลแม่ข่าย มีโรงเรียนเบาหวานวิทยาในพื้นที่เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดเลาะ

วิจารณ์

พฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวาน ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมหลังการอบรมมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในเรื่องออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง อย่างน้อยครั้งละ 15-30 นาที ร้อยละ 96.6 รองลงมาไม่เคยดื่มเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาล เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน กาแฟชานม ร้อยละ 95.9 และ ทำนฝึกการผ่อนคลาย เช่น ฝึกลมหายใจ ฝึกจินตภาพเพื่อเอาชนะความเครียด และความวิตกกังวล ร้อยละ 94.1 มีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องในเรื่องไม่เคยงดออกกำลังกายเมื่อมีอาการเจ็บป่วย เป็นไข้ อ่อนเพลีย ร้อยละ 4.4 ทำนรับประทานขนมหวานใส่น้ำเชื่อม เช่น เจลลี่ วุ้นน้ำเชื่อม ร้อยละ 2.0 สรุปผลการเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการอบรมพบว่า ก่อนการอบรม ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมระดับปานกลาง ร้อยละ 53.6 รองลงมาคือ ระดับน้อยร้อยละ 32.0 และระดับดีร้อยละ 14.5 หลังการอบรมส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมดีร้อยละ 93.0 และระดับปานกลางร้อยละ 7.0 และผลการเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองจากโรคเบาหวาน พบว่า ก่อนการอบรมระดับน้อย หลังการอบรมมีพฤติกรรมระดับดีเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองจากโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการอบรมด้วยสถิติ paired t-test พบว่า หลังการอบรมมีคะแนนด้านพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของสุนันทา ทุมวงศ์⁽⁷⁾ ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้โรงพยาบาลนางัวเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดหนองบัวลำภู ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมตามโปรแกรมการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกายและด้านการจัดการอารมณ์ และความเครียด อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แนวทางการป้องกันควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎีด้านความรู้ที่กล่าวว่า ความรู้ (knowledge) คือ การเรียนรู้ที่เน้นถึงการจำและการระลึกได้ถึงความคิด

วัตถุและปรากฏการณ์ต่างๆ ซึ่งเป็นความจำที่เริ่มจากสิ่งง่ายๆ ไปจนถึงความจำในสิ่งที่ยุ่งยากซับซ้อนและมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน และความรู้ถือเป็นพฤติกรรมของมนุษย์ในการรับรู้และจดจำสิ่งต่างๆ โดยอาจจะเกิดขึ้นจากการระลึกได้ การเห็น การได้ยิน การฟัง การสัมผัส หรือประสบการณ์ และสามารถนำสิ่งเหล่านั้นมา สื่อความหมาย โดยอาจแสดงออกมาในรูปแบบของการแปลความหมาย การวิเคราะห์ การขยายความ การตีความ การแสดงความคิดเห็น การคาดคะเน และการสรุปความ สอดคล้องกับงานวิจัยของทินกร ศิริขภูมิ⁽⁸⁾ ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สื่อเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผลของการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการเรียนรู้สื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองหลังการเรียนรู้ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อยู่ในระดับดีมาก และมีคะแนนการเรียนรู้สื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองสูงกว่าก่อนการเรียนรู้ โดยอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังการเรียนรู้สื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายนิมิตร จรัสสุริยสกุล สาธารณสุขอำเภอเกษตรสมบูรณ์ ที่สนับสนุนการศึกษาวิจัยเรื่องพัฒนารูปแบบโรงเรียนเบาหวานวิทยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดเลาะ ประจำปี 2568 ขอขอบคุณองค์การบริหารส่วนตำบลกุดเลาะ กำหนดผู้ใหญ่บ้านทั้ง 6 หมู่บ้าน และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่สนับสนุนให้มีการจัดการประชุมวางแผนการดำเนินงานโรงเรียนเบาหวานวิทยาและประชุมสรุปผลการดำเนินงาน ทำให้มีแนวทางการดำเนินงานอย่างชัดเจน ขอขอบคุณผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอเกษตรสมบูรณ์ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดเลาะทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการดำเนินงานตามกระบวนการวิจัย ทำให้การวิจัยสำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. อนุชา วรหาญ. การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเลาขวัญ. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัย-สิ่งแวดล้อม 2561;12:30-49.
2. โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์. รายงานข้อมูลการคัดกรองภาวะสุขภาพประจำปีงบประมาณ 2567. ชัยภูมิ: โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์; 2567.
3. Kemmis S, McTaggart R. The Action research planner. 3rd ed. Geelong; Deakin University Press; 1988.
4. Bloom, Benjamin S. Hand book on formative and summative evaluation of student learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company; 1971.
5. Best JW. Research in education. 2nd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
6. ศุภาวดี พันธุ์หนองโพน, วรพจน์ พรหมสัตยพรต, ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2562;6:47-85.
7. สุนันทา ทุมวงศ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้โรงพยาบาลนาวัง-เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารโรงพยาบาลหนองคาย 2567;4:25-59.
8. ทินกร ศิริขภูมิ. การพัฒนาระบบบริการโรคเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยระบบ-สาธารณสุข 2550;2:106-14.

Developing a Diabetes School Model to Control Blood Sugar Levels of Diabetic Patients in the Area of Kut Lo Subdistrict Health Promoting Hospital

Rawiwan Sakuhrirandiloet

Kut Lo Subdistrict Health Promoting Hospital, Chaiyaphum Province, Thailand

Abstract

This research is an action research study using the PAOR cycle. It's an action research study focusing on coordinated goals and collaboration between researchers and community members. The research cycle modeled after Kemmis McTaggart's four steps: Plan, Act, Observe, and Reflect. The sample group consisted of 289 diabetic patients residing in the area served by the Kudloh Sub-district Health Promotion Hospital, Kaset Sombun District, Chaiyaphum Province. Purposive sampling was used to select the sample, which was divided into two groups: (1) 289 diabetic patients, selected using purposive sampling; and (2) 21 network partners including caregivers, village health volunteers, community leaders, local leaders, and health service providers. Data was collected using a questionnaire consisting of three parts: personal information, a test on knowledge of diabetes, and a questionnaire on self-care behaviors. Statistical comparisons of knowledge and behavior scores before and after training were performed using a paired t-test. The results showed that before the training, the majority of participants had a high level of knowledge (45.7%), followed by a moderate level (34.6%), and a low level (19.7%). After the training, the majority had a high level of knowledge (94.1%), followed by a moderate level (5.2%), and a low level (0.7%). A comparison of knowledge levels showed a moderate level before the training and a high level after the training. A paired t-test comparing the mean scores of knowledge about diabetes before and after the training revealed a statistically significant increase in knowledge after the training ($p < 0.05$). A comparison of self-care behaviors of diabetic patients before and after the training showed that before the training, the majority had a moderate level of behavior (53.6%), followed by a low level (32.0%), and a good level (14.5%). After the training, the majority had a good level of behavior (93.0%), and a moderate level (7.0%). Finally, a comparison of self-care behaviors for diabetes showed a low level before the training and a good level after the training. A paired t-test was used to analyze scores before and after the training, and it was found that there was a statistically significant increase in behavioral scores after the training ($p < 0.05$).

Keywords: diabetes school; blood sugar control; diabetic patients

ผู้นำยุคใหม่ พลิกโฉมระบบสุขภาพ ผสานพลังแห่งความร่วมมือสู่ความเป็นเลิศ

เกวลิน เฟิงสลุต, พรณี บัญชรหัตถกิจ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
จังหวัดปทุมธานี

บทคัดย่อ

ในยุคปัจจุบันที่ระบบสุขภาพทั่วโลกต้องเผชิญกับความท้าทายที่หลากหลายและมีความซับซ้อนสูง สภาพแวดล้อมทางสังคมและเทคโนโลยีได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว โครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมผู้สูงวัย ก่อให้เกิดภาระโรคเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง การดูแลสุขภาพจึงต้องตอบสนองต่อความต้องการที่ซับซ้อนมากขึ้น ในขณะเดียวกัน การปฏิวัติทางดิจิทัลได้พลิกโฉมรูปแบบการทำงานในระบบสุขภาพ ทั้งในด้านการสื่อสาร การจัดเก็บข้อมูล และการบริหารจัดการทรัพยากร รวมถึงการดูแลผู้ป่วย ทำให้บทบาทของผู้นำในระบบสุขภาพต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับบริบท เพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ภาวะผู้นำแบบดั้งเดิมที่ยึดติดกับโครงสร้างอำนาจและรูปแบบการสั่งการจากบนลงล่าง ไม่สามารถตอบโจทย์ยุคสมัยใหม่ได้อีก การบริหารจัดการด้วยภาวะผู้นำแบบสั่งการจำเป็นต้องพัฒนาไปสู่การเป็นผู้นำที่มีบทบาทเชิงกลยุทธ์ ที่มีความสามารถในการสร้างแรงบันดาลใจ รวมทั้งส่งเสริมทักษะของภาวะผู้นำในการทำงานร่วมกับผู้อื่นและทักษะการประสานงาน เพื่อให้สามารถประสานพลังของบุคลากรในทีมให้ทำงานร่วมกันด้วยความเชื่อมั่นและความรู้ความสามารถที่หลากหลาย ในบทความนี้จึงใช้วิธีบททวนวรรณกรรมแบบบูรณาการเน้นการสังเคราะห์องค์ความรู้ที่นำเสนอภาพของผู้นำยุคใหม่ ในการใช้ความสามารถทั้งทางด้านศาสตร์และศิลป์ รวมถึงทักษะในการประสานงานที่ไม่เพียงแต่อาศัยอำนาจจากตำแหน่งทางราชการหรือโครงสร้างองค์กร แต่ใช้วิธีการสื่อสารที่สร้างสรรค์ สนับสนุนการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เพื่อหลอมรวมความเชี่ยวชาญและทักษะเฉพาะทางของแต่ละฝ่ายให้กลายเป็นระบบการดูแลผู้ป่วยที่ครบวงจรแบบองค์รวมและไร้รอยต่อ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาอย่างยั่งยืนในระบบสุขภาพ ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์นี้ไม่เพียงแต่เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการและการตัดสินใจเท่านั้น แต่ยังส่งผลโดยตรงต่อความสำเร็จในด้านสุขภาพของผู้ป่วยและความยั่งยืนของระบบสุขภาพโดยรวม ด้วยเหตุนี้ บทบาทของผู้นำจึงเป็นกุญแจสำคัญที่จะนำพาระบบสุขภาพก้าวขึ้นสู่มิติใหม่ของความเป็นเลิศและการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างยั่งยืนในยุคที่เต็มไปด้วยความท้าทายและโอกาสใหม่ๆ อย่างแท้จริง

คำสำคัญ: ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์; การทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ; ทักษะการประสานงาน; การจัดการระบบสุขภาพ; การปฏิวัติทางดิจิทัล

วันรับ: 12 เม.ย. 2569

วันแก้ไข: 25 พ.ค. 2569

วันตอบรับ: 30 พ.ค. 2569

บทนำ

ระบบสุขภาพทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย กำลังเผชิญหน้ากับความท้าทายที่ซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ไม่ว่าจะเป็นการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (aged society) โดยข้อมูลล่าสุด ณ เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 ระบุว่าปัจจุบันประเทศไทยมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20.4 ของประชากรทั้งประเทศ⁽¹⁾ ซึ่งพบว่ากว่าร้อยละ 75 (ประมาณ 7.4 ล้านคน) ต้องเผชิญกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และภาวะอ้วน^(2,3) ซึ่งความเจ็บป่วยเหล่านี้ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจต่อประเทศสูงถึง 1.6 ล้านล้านบาท/ปี หรือราวร้อยละ 9.7 ของ GDP⁽⁴⁾ สถานการณ์ความซับซ้อนของโรคประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว ทำให้ความคาดหวังของประชาชนต่อบริการสุขภาพมีมาตรฐานที่สูงขึ้น ซึ่งส่งผลให้รูปแบบภาวะผู้นำแบบดั้งเดิมคือ ภาวะผู้นำแบบสั่งการ (directive leadership) ที่เน้นการสั่งการจากบนลงล่าง ไม่สามารถตอบโจทย์การบริหารงานได้อีกต่อไป การบริหารจัดการจึงจำเป็นต้องพัฒนาไปสู่ภาวะผู้นำยุคใหม่ที่มีความสำคัญกับการทำงานร่วมกับผู้อื่น (interprofessional collaboration) และทักษะการประสานงาน (coordination skills) ซึ่งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ อีกทั้งยังส่งผลกระทบเชิงบวกโดยตรงต่อคุณภาพบริการสุขภาพ และผลลัพธ์ของผู้ป่วย เช่น การลดความผิดพลาดทางการแพทย์ (medical errors) การยกระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) และทำให้การดูแลรักษาเป็นไปแบบองค์รวมและไร้รอยต่อมากขึ้น ดังนั้นบทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้และนำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของผู้นำยุคใหม่ในระบบสุขภาพ ที่ผสมผสานการใช้ความสามารถทั้งทางด้านศาสตร์และศิลป์ ทักษะการประสานงาน และการส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและเป็นแนวทางในการนำพากระบวนสุขภาพก้าวข้ามสู่มิติใหม่ของการเป็นเลิศและการพัฒนาอย่างยั่งยืน โดยบทความพื้นวิชาฉบับนี้ใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการผ่านการสืบค้นเอกสารวิชาการและรายงานสถิติจากฐานข้อมูล PubMed, Scopus, TCI และ Google Scholar โดยใช้คำค้นหา เช่น ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์, ภาวะผู้นำดิจิทัล

และการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เพื่อนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นแนวคิดบทบาทผู้นำยุคใหม่

นิยามใหม่ของภาวะผู้นำในระบบสุขภาพยุคดิจิทัล

ในอดีตกาล ภาพของผู้นำที่ทุกคนนึกถึงอาจผูกติดอยู่กับตำแหน่งและอำนาจในการตัดสินใจแต่เพียงผู้เดียว แต่ในบริบทของระบบสุขภาพปัจจุบัน ภาวะผู้นำได้ถูกปรับเปลี่ยนไปสู่รูปแบบที่เรียกว่าภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ (strategic leadership) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ผู้นำไม่ได้เป็นเพียงผู้สั่งการ แต่เป็นผู้กำหนดทิศทาง สร้างพันธมิตร และพัฒนาผู้นำรุ่นต่อไป เพื่อให้องค์กรสามารถดำเนินงานให้สำเร็จ ลุล่วงท่ามกลางความไม่แน่นอน ดังที่เห็นได้ชัดในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ที่ผู้บริหารต้องใช้ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ในการจัดการระบบสุขภาพให้สามารถตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งผู้นำที่ดีควรเน้นการพัฒนากระบวนการโดยการปรับปรุงและจัดการระบบสุขภาพทั้งระบบ โดยการใช้หลัก 6 building blocks ตามแบบแผนขององค์การอนามัยโลกเพื่อผลลัพธ์ที่ยั่งยืน มุ่งเน้นการลงมือทำให้เกิดผลอย่างรวดเร็ว และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ไว้วางหน้าเพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับภาวะวิกฤตอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้น⁽⁵⁾ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุค digital disruption ที่เทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการทางการแพทย์และระบบสุขภาพ ผู้นำยุคใหม่จำเป็นต้องมีภาวะผู้นำดิจิทัล (digital leadership) ซึ่งหมายถึงความสามารถในการเข้าถึงและใช้เทคโนโลยีเพื่อการบริหารจัดการ การวิเคราะห์ข้อมูล และการตัดสินใจ⁽⁶⁾ ผู้นำต้องส่งเสริมให้บุคลากรในหน่วยงานมีทักษะด้านดิจิทัล (digital literacy) การพัฒนาทักษะและการเรียนรู้ตลอดชีวิต (upskilling and reskilling)⁽⁷⁾ เพื่อให้สามารถปรับตัวและใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีในการพัฒนาคุณภาพบริการ ซึ่งรวมถึงการสร้างเครือข่ายความร่วมมือและส่งเสริมนวัตกรรมในองค์กร และการส่งเสริมภาวะผู้นำดิจิทัลที่มีจริยธรรม⁽⁸⁾ นอกจากนี้ ภาวะผู้นำดิจิทัลในระบบสุขภาพยังต้องให้ความสำคัญกับการสร้างความปลอดภัยทางจิตใจ เพื่อลดความวิตกกังวลและสร้างความเชื่อมั่นให้กับบุคลากร ซึ่งเป็นปัจจัยวิกฤตที่สนับสนุนให้ทีมกล้าเรียนรู้

และยอมรับการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ อันจะนำไปสู่ความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านระบบสุขภาพดิจิทัลอย่างยั่งยืน^(9,10)

ทีมที่แข็งแกร่ง เกิดจากการที่ทุกคนคือผู้นำ

ในการทำงานที่ซับซ้อนและมีการเปลี่ยนแปลงที่ไม่หยุดนิ่งของระบบสุขภาพ รูปแบบการทำงานจึงต้องปรับเปลี่ยนไปสู่ภาวะผู้นำร่วม หรือภาวะผู้นำแบบกระจายอำนาจ ซึ่งเป็นแนวคิดที่กระจายบทบาทและอำนาจการตัดสินใจให้แก่บุคลากรทุกระดับในทีมสหสาขาวิชาชีพ (interprofessional healthcare team) เพื่อหลอมรวมความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านของแต่ละวิชาชีพเข้าด้วยกัน ในทีมลักษณะนี้ ภาวะผู้นำไม่ใช่เพียงตำแหน่ง แต่เป็นพฤติกรรมที่ทุกคนมีความเป็นเจ้าของในหน้าที่ของตน (ownership)⁽¹¹⁾ มีการสื่อสารกันอย่างเปิดเผยกว้าง (effective communication) และร่วมกันตัดสินใจ (shared decision-making) เพื่อเป้าหมายสูงสุดที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน คือการดูแลผู้ป่วย⁽¹²⁾ บทบาทของผู้นำยุคใหม่จึงเปลี่ยนจากการควบคุม เป็นการสร้างสภาพแวดล้อมและวัฒนธรรมแห่งความไว้วางใจ ตลอดจนให้อำนาจให้สมาชิกทุกคนได้แสดงศักยภาพสูงสุดของตนเอง

พลังแห่งการทำงานร่วมกัน ระหว่างสหสาขาวิชาชีพ (Interprofessional Collaboration)

การทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ (interprofessional collaboration; IPC) คือ หัวใจสำคัญของการส่งมอบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและปลอดภัย⁽¹³⁾ IPC หมายถึง การที่บุคลากรจากหลากหลายสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และอื่นๆ ทำงานร่วมกันในฐานะทีม โดยมีความเคารพซึ่งกันและกัน มีการสื่อสารที่ดี และมีเป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย⁽¹²⁾ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาจำนวนมากแสดงให้เห็นว่า การทำงานร่วมกันเป็นทีมช่วยเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety climate) ซึ่งเป็นการสร้างวัฒนธรรมและความเชื่อร่วมกันของบุคลากรทุกคนในองค์กรว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยคือสิ่งสำคัญสูงสุด

ทำให้ทุกคนในทีมรู้สึกว่ามีส่วนรับผิดชอบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ไม่ใช่หน้าที่ของใครคนใดคนหนึ่ง อีกทั้งบรรยากาศความปลอดภัยที่ดีนำไปสู่การลดความผิดพลาดทางการแพทย์ อาทิ การตรวจสอบซ้ำ (double-checking) การเรียนรู้จากความผิดพลาด (learning from errors) ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์การรักษาที่ดีขึ้น⁽¹⁴⁾ ซึ่งถือเป็นทักษะที่สำคัญอย่างหนึ่งของภาวะผู้นำในด้านทักษะการทำงานร่วมกันกับผู้อื่น (collaborative)

โดยปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จของ IPC ประกอบด้วย

1. การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (effective communication) การสื่อสารที่เปิดกว้าง กล้าพูด พร้อมรับฟัง เปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็นอย่างสม่ำเสมอ
2. ความเคารพซึ่งกันและกัน (mutual respect) การยอมรับในบทบาทหน้าที่และความเชี่ยวชาญของแต่ละวิชาชีพ
3. การตัดสินใจร่วมกัน (shared decision-making) การที่ทีมมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย^(14,15)

ทักษะการประสานงาน กลไกขับเคลื่อนสู่ความสำเร็จ

นอกเหนือจากการสร้างความร่วมมือแล้ว ทักษะการประสานงานที่มีประสิทธิภาพเป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบที่ขาดไม่ได้สำหรับผู้นำในระบบสุขภาพ การประสานงานที่ดีเปรียบเสมือนการร้อยเรียงทรัพยากรและความสามารถอันหลากหลายของทีมให้ทำงานสอดประสานกันอย่างลงตัว เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร⁽¹⁶⁾ ทักษะการประสานงานที่สำคัญสำหรับผู้นำยุคใหม่ ได้แก่

1. ความสามารถในการสร้างและบริหารเครือข่ายความสัมพันธ์กับภาคส่วนต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกองค์กร เพื่อให้เกิดการสนับสนุนและจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดำเนินงาน⁽¹⁷⁾
2. การบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้นำต้องสามารถจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ทั้งบุคลากรงบประมาณ และเทคโนโลยี ให้เกิดประโยชน์สูงสุดตามหลักธรรมาภิบาล⁽¹⁸⁾

3. การสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่สนับสนุนการทำงาน การสร้างบรรยากาศการทำงานที่ดี ที่ส่งเสริมความไว้วางใจ และความปลอดภัยทางจิตใจ (psychological safety) ทำให้บุคลากรกล้าที่จะแสดงความคิดเห็นและทำงานร่วมกัน อย่างสร้างสรรค์

4. การกำหนดบทบาทและเป้าหมายที่ชัดเจน ความชัดเจนในบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของแต่ละบุคคล ในทีม จะช่วยลดความขัดแย้งและทำให้การทำงานเป็นไปได้อย่างราบรื่น⁽¹⁶⁾

ทักษะการทำงานร่วมกันและการประสานงาน (collaborative and coordination) เป็นทักษะที่จำเป็น สำหรับภาวะผู้นำที่มีประสิทธิภาพ เพราะช่วยสร้างวัฒนธรรม การทำงานเป็นทีมและส่งเสริมความร่วมมืออย่างแท้จริง ผู้นำที่มีทักษะเหล่านี้สามารถกระตุ้นให้เกิดทุนทางสังคม ในที่ทำงาน ซึ่งเป็นเครือข่ายของความสัมพันธ์ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความไว้วางใจและการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่งผลให้การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพต่าง ๆ ดีขึ้น และสร้างบรรยากาศความปลอดภัยที่ส่งผลดีต่อผู้ป่วย และการทำงานอย่างแท้จริง

นอกจากนี้ การนำเทคโนโลยีเข้ามาประยุกต์ใช้ในทักษะ ภาวะผู้นำดิจิทัลก็ถือเป็นสิ่งสำคัญ องค์กรควรใช้เทคโนโลยี ที่พัฒนาแล้วเป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการและวิเคราะห์ ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจที่แม่นยำ รวมถึงส่งเสริมให้บุคลากร มีความรู้ด้านดิจิทัล (digital literacy) เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันขององค์กร ตัวอย่างเช่น การสร้าง นวัตกรรมแพลตฟอร์มดิจิทัลที่สนับสนุนการทำงานร่วมกัน อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (electronic health record) ที่ช่วยให้ทุกวิชาชีพสามารถ เข้าถึงและบันทึกข้อมูลได้แบบเรียลไทม์ รวมถึงแอปพลิเคชัน สื่อสารภายในที่ปลอดภัย ซึ่งช่วยให้การประสานงานเร็วขึ้น และมีประสิทธิผลมากขึ้น ทั้งนี้ การผสมผสานระหว่าง ทักษะการทำงานร่วมกันและเทคโนโลยีดิจิทัลในภาวะผู้นำ จะช่วยให้องค์กรสามารถสร้างสภาพแวดล้อมการทำงาน ที่ดี เป็นทีมเดียวกัน และพร้อมรับมือกับความท้าทาย ในยุคดิจิทัลอย่างมีประสิทธิภาพในทุกด้าน

การก้าวข้ามความท้าทายในการทำงานเป็นทีม

แม้ว่าการทำงานเป็นทีมจะมีความสำคัญ แต่ในทาง ปฏิบัติก็ยังมีความท้าทายหลายประการที่ผู้นำต้องเผชิญ

และจัดการ ไม่ว่าจะเป็น กำแพงระหว่างวิชาชีพหรือการ ทำงานแบบต่างคนต่างทำ (professional silos) และ ความแตกต่างของอำนาจ (power differentials) ซึ่งอาจ เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารและการทำงานร่วมกันอย่างมี ประสิทธิภาพและเท่าเทียม^(13,16) นอกจากนี้ปัญหาภาวะ หมดไฟในการทำงาน (burnout syndrome) ของบุคลากร ทางการแพทย์ ก็เป็นอีกหนึ่งความท้าทายที่ส่งผลกระทบ ต่อประสิทธิภาพการทำงานและความปลอดภัยของผู้ป่วย ภาวะหมดไฟไม่ใช่แค่ความเหนื่อยล้าทางกาย แต่เป็นสภาวะ ความอ่อนล้าทางอารมณ์, การมองเพื่อนร่วมงานและ ผู้ป่วยในแง่ลบ และความรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ ซึ่งทั้งหมดนี้ไม่ได้เกิดขึ้นเพียงจากปัจจัยภายในของปัจเจก- บุคคล แต่เป็นผลลัพธ์โดยตรงจากสภาพแวดล้อมและ วัฒนธรรมการทำงานที่ไม่ดี⁽¹⁹⁾

ผู้นำยุคใหม่ที่ดี จะสามารถก้าวข้ามความท้าทายเหล่านี้ ได้โดยการพัฒนาสมรรถนะหลักของทีม 5 ด้าน ได้แก่

1. ความรับผิดชอบ (accountability) สร้างวัฒนธรรม ที่ทุกคนในทีมรู้สึกเป็นเจ้าของและรับผิดชอบต่อผลงาน ร่วมกัน ไม่ใช้การกล่าวโทษเมื่อเกิดความผิดพลาด

2. การจัดการความขัดแย้ง (conflict management) สร้างพื้นที่ปลอดภัยให้ทีมสามารถพูดคุยถึงความขัดแย้ง อย่างสร้างสรรค์และหาทางออกร่วมกัน พร้อมทั้งการร่วม เปิดใจรับฟังอย่างมีเหตุผล

3. การตัดสินใจ (decision-making) กำหนด กระบวนการและบทบาทในการตัดสินใจที่ชัดเจน เพื่อให้เกิด การยอมรับและการมีส่วนร่วม

4. การสะท้อนการทำงาน (reflecting on progress) จัดให้มีกระบวนการทบทวนการทำงานของทีมน้อยสม่ำเสมอ เพื่อเรียนรู้จากประสบการณ์และปรับปรุงการทำงาน ให้ดียิ่งขึ้น

5. การสอนงานและให้คำแนะนำ (coaching) ผู้นำ ยุคใหม่ที่ดีต้องทำหน้าที่เป็นโค้ช เพื่อสนับสนุนและพัฒนา ศักยภาพของบุคลากรในทีม⁽¹⁶⁾

การนำไปใช้ (Practical Application)

จากทฤษฎีและแนวคิดที่กล่าวมาทั้งหมดสามารถ นำไปประยุกต์ใช้ในการทำงานได้ไม่เพียงแต่ในระบบสุขภาพ แต่สามารถนำไปใช้ในการบริหารจัดการในด้านอื่นๆ ได้ หลายมิติ ดังนี้

1. ระดับองค์กร ผู้บริหารโรงพยาบาลหรือหน่วยงานสาธารณสุข ควรริเริ่มโครงการพัฒนาภาวะผู้นำสำหรับบุคลากรทุกระดับ โดยเน้นการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารการทำงานเป็นทีม และการจัดการความขัดแย้ง อาจจัดตั้ง “คณะกรรมการสหสาขาวิชาชีพ (Interprofessional Committee)” เพื่อร่วมกันวางแผน กำหนดนโยบาย และแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนของโรงพยาบาล เช่น การลดระยะเวลารอคอย การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล และแสดงให้เห็นว่าความสำเร็จขององค์กรไม่ได้ขึ้นอยู่กับตนเองเพียงคนเดียว แต่ขึ้นอยู่กับการทำงานร่วมกันของบุคลากรทุกคนโดยมีเป้าหมายเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก อีกทั้งการส่งเสริมการพัฒนาทักษะภาวะผู้นำในทุกระดับ เช่น การโค้ช การเป็นพี่เลี้ยง และการเรียนรู้ผ่านการลงมือทำ

2. ระดับทีมดูแลผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยหรือคลินิกควรมีผู้ที่ทำหน้าที่ในการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการจัดให้มีการประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นประจำทุกเดือนหรือทุก 3 เดือน เพื่อให้แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และทีมงานอื่นๆ ได้ร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย แลกเปลี่ยนข้อมูล และตัดสินใจร่วมกัน ซึ่งจะช่วยให้เกิดการดูแลแบบเป็นองค์รวม จัดบรรยากาศการร่วมทีมให้เกิดความปลอดภัยทางด้านจิตใจ อีกระในการแสดงความคิดเห็น และการเปิดใจรับฟัง เพื่อให้ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถทำงานได้อย่างราบรื่น ไม่เกิดช่องว่างที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาในการทำงาน ลดความโดดเดี่ยวและความเครียดจากการทำงาน⁽²⁰⁾ ปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อลดภาระและสร้างสมดุลให้แก่บุคลากร⁽²¹⁾ ซึ่งก่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการให้บริการด้านสุขภาพ

3. ระดับบุคคล ควรส่งเสริมให้บุคลากรปรับทัศนคติ เปิดรับฟังความคิดเห็นจากสหสาขาวิชาชีพ และพัฒนาทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพในการทำงานร่วมกัน

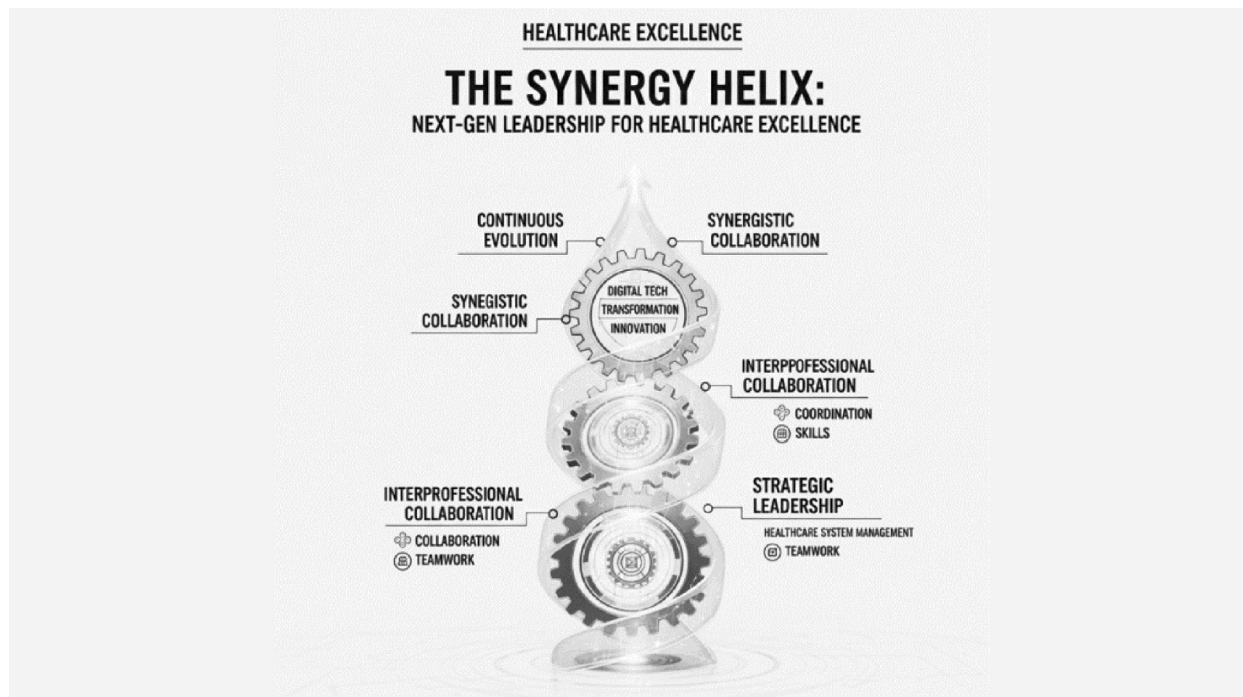
เมื่อนำความรู้ที่ได้รับจากการทบทวนบทความความวิเคราะหข้อมูล เกิดการพัฒนาเป็นโมเดล “the Synergy Helix: next-gen leadership for healthcare excellence” (เกลียวประสานพลัง ผู้นำยุคใหม่สู่ความเป็นเลิศด้านสุขภาพ) โดยโมเดลนี้แสดงถึงการรวมพลัง (synergy) ของผู้นำยุคใหม่ในระบบสุขภาพ โดยเปรียบเสมือนเกลียวที่มีการเคลื่อนที่

ไปข้างหน้าอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยงกัน ขับเคลื่อนไปพร้อมกัน โดยผู้นำยุคใหม่ไม่ได้เป็นเพียงผู้สั่งการ แต่เป็นผู้ประสานงาน ผู้กระตุ้น ผู้สร้างสรรค์ และผู้สนับสนุนให้เกิดการทำงานร่วมกันและการใช้เทคโนโลยีอย่างมีประสิทธิภาพ มีการปรับตัวให้เข้ากับบริบทและความท้าทายที่แตกต่างกันในระบบสุขภาพ ในแต่ละแกนของเกลียวคือมิติสำคัญที่ผู้นำต้องส่งเสริมและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งครอบคลุมทั้งคุณภาพการบริการ ประสิทธิภาพการดำเนินงาน และการสร้างประสบการณ์ที่ดีขึ้นสำหรับผู้ป่วยซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุด โดยโครงสร้างของโมเดลประกอบด้วยฟันเฟือง 3 ระดับ ได้แก่ แกนฐาน (ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์) แกนกลาง (การทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ) และแกนยอด (เทคโนโลยีดิจิทัลและนวัตกรรม) ซึ่งทุกมิติต้องขับเคลื่อนสอดประสานไปพร้อมกันด้วยกลไกประสานพลัง (synergistic collaboration) เพื่อให้เกิดการพัฒนาและยกระดับระบบสุขภาพสู่ความเป็นเลิศอย่างต่อเนื่อง ดังภาพที่ 1

สรุป

ผู้นำยุคใหม่ในระบบสุขภาพ คือ ผู้นำที่ต้องอาศัยทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น และทักษะการประสานงานแห่งความร่วมมือ เพื่อปลดล็อกศักยภาพทีม และขับเคลื่อนนวัตกรรมอย่างสร้างสรรค์ในการสร้างระบบสุขภาพที่เป็นหนึ่งเดียวกัน ผู้นำยุคใหม่ในระบบสุขภาพนั้นเปรียบเสมือน “วาทยกรแห่งวงซิมโฟนี” ที่ทุกคนต่างถือไม้คันทันแห่งความรับผิดชอบและความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านของตนเอง ด้วยจังหวะก้าวและทำนองเดียวกันผ่านภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์พร้อมกับทักษะการประสานงานและการสื่อสารที่ไร้รอยต่อ จึงทำให้กลายเป็นบทเพลงแห่งการดูแลผู้ป่วยที่สมบูรณ์แบบและเต็มเปี่ยมด้วยคุณภาพ จากศักยภาพของบุคลากรทุกคนในทีมที่พร้อมใจกัน โดยโมเดล “Synergy Helix: next-gen leadership” ที่ได้สะท้อนให้เห็นถึงการผสมผสานพลังที่ไม่ใช่แค่การบูรณาการทักษะของแต่ละบุคคล แต่เป็นการเชื่อมโยงและเคลื่อนตัวไปพร้อมๆ กันอย่างสมดุลและต่อเนื่องเพื่อสร้าง “ความเป็นเลิศด้านสุขภาพ” ที่ไม่ใช่เป้าหมายสุดท้าย แต่เป็นจุดเริ่มต้นของการดูแลที่ยั่งยืนและพร้อมรับมือความท้าทายในอนาคต

ภาพที่ 1 The Synergy Helix Next-Gen Leadership for Healthcare Excellence



เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 2 ก.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf
2. กรมควบคุมโรค. โรค NCDs ทำไทยสูญ 1.6 ล้านล้าน/ปี เร่งหาทางรับมือ [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 2 ก.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/dncd/publishinfodetail.php?publish=15282&deptcode=dncd>
3. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. สวรส. สานพลัง สสส.-รามาฯ เปิดผลสำรวจสุขภาพ คนไทยครั้งที่ 7 วิกฤตคนไทยป่วยภาวะน้ำหนักเกิน-โรคอ้วน พุง! 27.4 ล้านคน จ่อเสี่ยงเบาหวาน อีก 5.7 ล้าน [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 2 ก.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.hsri.or.th/news/1/4540>
4. พวงชมพู ประเสริฐ. วิกฤตสุขภาพ คนไทยเกือบครึ่ง 'น้ำหนักเกิน-อ้วน' ป่วยโรค NCDs พุง! [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 10 ก.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.bangkokbiznews.com/health/public-health/1206638>
5. Nuchphong C. Relationship model of strategic leadership effect on health system management in COVID-19 situation among executives under Sukhothai Public Health. Journal of Health Research and Development, Nakhon Ratchasima Provincial Health Office 2022;8(2):113-23.
6. Sheninger E. Digital leadership: changing paradigms for changing times. Rexford, NY: International Center for Leadership in Education; 2019.
7. World Economic Forum. The future of jobs report 2023. Geneva: World Economic Forum; 2023.
8. Gfrerer A, Hiebl MRW, Wdowiak M. Digital leadership: a review and research agenda. J Bus Res 2023;165:114018.
9. Vöcking M, Karrenbrock A, Beckmann A, Vondeberg C, Obert L, Hemming B, et al. Emotional and psychological safety in healthcare digitalization: a design ethnographic study. Int J Public Health [Internet]. 2024 [cited 2025 Jul 2];69:1607575. Available from: <https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1607575>

10. Minartz P, Aumann CM, Vondeberg C, Kuske S. Feeling safe in the context of digitalization in healthcare: a scoping review. *Systematic Reviews* [Internet]. 2024 [cited 2025 Jul 2];13(1):62. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13643-024-02465-9>
11. Pearce CL, Conger JA, editors. *Shared leadership: reframing the hows and whys of leadership*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2003.
12. Spillane JP. *Distributed leadership*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2006.
13. Mrayyan MT, Algunaee A, Abunab HY, Kutah OA, Alfayoumi I, Abu Khait A. Attributes, skills and actions of clinical leadership in nursing as reported by hospital nurses: a cross-sectional study. *BMJ Leader* 2023;0:1–9.
14. Restivo V, Minutolo G, Battaglini A, Carli A, Capraro M, Gaeta M, et al. Leadership effectiveness in healthcare settings: a systematic review and meta-analysis of cross-sectional and before-after studies. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(17):10995.
15. นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ. วิสัยทัศน์ และภาวะผู้นำของพยาบาลในการผลักดันทิศทางการเชิงยุทธศาสตร์ของระบบการดูแลสุขภาพโลก. *วารสารพยาบาล* 2564;70(2):62–71.
16. Bhatti MA, Alyahya M. Role of leadership style in enhancing health workers job performance. *Polish Journal of Management Studies* 2021;24(2):1–7.
17. Karki L, Rijal B, Hamal PK, Khanal MC, Bhusal S. Management and leadership development in healthcare professionals. *J Nepal Med Assoc* 2022;61(259):294–6.
18. Olatunfuni FO, Elufioye OA, Okoye CC, Nwankwo EE, Oladapo JO. Leadership styles and their impact on healthcare management effectiveness: a review. *Int J Sci Res Arch* 2024;11(1):2022–32.
19. ก้องภพ วิชญกุล. ภาวะผู้นำเชิงสถานการณ์ของผู้บริหารสถานศึกษากับมาตรฐานวิชาชีพด้านการปฏิบัติงานของครูสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาปัตตานี เขต 1 [วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต]. ยะลา: มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา; 2565. 239 หน้า.
20. Kida R, Matsushita H, Fujitani K. Impact of collaborative leadership, workplace social capital, and interprofessional collaboration practice on patient safety climate. *J Healthc Qual* 2024;46(5):268–75.
21. ณัฐนันท์ ฤทธิ์สำเร็จ, อีระรุธ ธรรมกุล, ปกกมล เหล่ารักษาวงษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลเอกชน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา* 2565;17(1):87–99.

New Generation of Leaders Transforming the Healthcare System by Harnessing the Power of Collaboration for Excellence

Kaewrin Pengsalud, Pannee Banchonhattakit

Faculty of Public Health, Program in Health Systems Management, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage, Pathum Thani Province, Thailand

Abstract

In the current era, healthcare systems worldwide are facing a multitude of complex challenges. The socio-technological landscape is rapidly evolving, and a demographic shift towards an aging society has led to a continuously increasing burden of chronic diseases. Consequently, healthcare must adapt to meet these more intricate demands. Simultaneously, digital disruption has revolutionized operational models within the healthcare system, impacting communication, data storage, resource management, and patient care. This necessitates that the role of leaders in healthcare must evolve to align with the changing context. Traditional leadership, which adheres to hierarchical power structures and a top-down command model, is no longer adequate for the modern age. Management through directive leadership must evolve into strategic leadership, characterized by the ability to inspire and promote collaborative and coordination skills. Such leaders can synergize the strengths of diverse team members, fostering a work environment built on trust and a wide range of expertise. Therefore, this article utilizes an integrative literature review to synthesize knowledge and present a portrait of the new-generation leader who utilizes a blend of art and science, along with strong coordination skills. This leadership style does not rely merely on formal authority or organizational structure but employs creative communication to foster interprofessional collaboration. The goal is to merge the specialized expertise and skills of various disciplines into a holistic and seamless patient care system, which aligns with the principles of sustainable development in healthcare. This strategic leadership not only enhances managerial efficiency and decision-making but also directly contributes to successful patient health outcomes and the overall sustainability of the healthcare system. For this reason, the role of the leader is truly the key to guiding the healthcare system toward a new dimension of excellence and sustainable development in an era filled with both challenges and new opportunities.

Keywords: strategic leadership; interprofessional collaboration; coordination skills; health system management; digital disruption

การสื่อสารนโยบายสุขภาพของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จารึก ไชยรักษ์, หฤทัย ปัญญาบุตรตระกูล, กานต์ บุญศิริ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช จังหวัดนนทบุรี

บทคัดย่อ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ผู้นำท้องถิ่นเป็น “ผู้สื่อสารหลัก” ต้องสร้างความเข้าใจ ความไว้วางใจ และการมีส่วนร่วมของชุมชน การสื่อสารเป็นหัวใจสำคัญในการแปลงนโยบายเพื่อสร้างสุขภาวะประชาชน ผู้นำต้องเป็น “ผู้สื่อสารเชิงรุก” บทบาทสำคัญ (1) ผู้ประสานงาน เชื่อมโยงนโยบายจากส่วนกลางกับบริบทท้องถิ่น ปรับสารให้เข้ากับชุมชน และประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (2) ผู้สร้างความน่าเชื่อถือ สร้างความไว้วางใจและความโปร่งใส เป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตามนโยบายสุขภาพและใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อจูงใจ และ (3) ผู้ให้ข้อมูล ทำหน้าที่กระจายข้อมูลที่ถูกต้องและทันเวลาที่ผ่านช่องทางที่หลากหลาย กลยุทธ์การสื่อสาร (1) กลยุทธ์การสื่อสารและการโน้มน้าวใจ เน้นท้องถิ่น ใช้ข้อมูลและสถิติเฉพาะพื้นที่เพื่อแสดงความเร่งด่วนและประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับโดยตรง ใช้เรื่องเล่า แปลข้อมูลที่ซับซ้อนให้เข้าใจง่ายและกระตุ้นการตอบสนองผ่านรูปแบบการเล่าเรื่อง และเน้นประโยชน์ โน้มน้าวโดยเน้นผลลัพธ์เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตมากกว่ากฎระเบียบ (2) กลยุทธ์การใช้สื่อและเครือข่าย ใช้สื่อบุคคลเป็นผู้ส่งสารเพื่อสร้างความไว้วางใจ สื่อผสม ผสมผสานสื่อดั้งเดิมกับสื่อใหม่ และปรับให้เข้าถึงกลุ่มเปราะบาง และสร้างพันธมิตรทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย และ (3) กลยุทธ์การมีส่วนร่วม ร่วมทำ ร่วมคิด เปิดโอกาสให้ประชาชนและบุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการออกแบบข้อความและกิจกรรมสุขภาพให้เกิดความเป็นเจ้าของ และรับฟังต่อเนื่อง จัดกลไกรับฟังข้อเสนอแนะและข้อกังวลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ตอบสนองต่อสถานการณ์ได้อย่างมีพลวัต อุปสรรคและความท้าทายหลัก เช่น ข้อจำกัดด้านทรัพยากร ข้อมูลบิดเบือนและความไม่เชื่อใจ และการประสานงาน

คำสำคัญ: การสื่อสารสุขภาพ; ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น; นโยบายสุขภาพ

วันรับ: 14 มี.ค. 2569

วันแก้ไข: 20 เม.ย. 2569

วันตอบรับ: 25 เม.ย. 2569

บทนำ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นองค์กรที่อยู่ใกล้ชิดชุมชน มีความเข้าใจปัญหาและเงื่อนไขท้องถิ่นได้ดีกว่าส่วนกลาง เช่น สภาพเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชน ท้องถิ่นจึงสามารถออกแบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่นั้นๆ ได้อย่างตรงจุด

เช่น โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามพื้นที่เฉพาะเจาะจง ปัจจุบันท้องถิ่นได้รับมอบหมายภารกิจและอำนาจหน้าที่ในด้านสาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพ เช่น งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การป้องกันโรคติดต่อมากขึ้น ตามนโยบายการกระจายอำนาจบทบาทจากส่วนกลางลงสู่ท้องถิ่นผ่านพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้อำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของ

ประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง โดยรวมถึงการสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาล⁽¹⁾ ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกลายเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพให้เข้าถึงประชาชนในทุกมิติ ทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต คุณภาพสังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งนโยบายสุขภาพ เช่น การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การบริหารจัดการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน ฯลฯ มีบทบาทสำคัญต่อคุณภาพชีวิตประชาชน โดยเฉพาะในพื้นที่ท้องถิ่นที่เป็นหน่วยบริการใกล้ชิดประชาชนสูงสุด

ในปัจจุบันประเด็นด้านสุขภาพมีความสำคัญยิ่ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) มีบทบาทสำคัญในการเป็นกลไกหลักเพื่อขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพและสาธารณสุขให้เข้าถึงและตอบสนองความต้องการในการสร้างสุขภาพะ รวมทั้งคุณภาพชีวิตของประชาชนได้อย่างแท้จริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่ภัยคุกคามทางสุขภาพมีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ผู้นำท้องถิ่นจึงเป็นมากกว่าผู้บริหาร แต่เป็นผู้สื่อสารหลักที่ต้องสร้างความเข้าใจ ความร่วมมือ และความไว้วางใจจากประชาชน การสื่อสารนโยบายสุขภาพที่มีประสิทธิภาพจึงไม่ใช่แค่การถ่ายทอดข้อมูล แต่เป็นการสร้างการมีส่วนร่วมและเปลี่ยนพฤติกรรมของคนในชุมชน

ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญยิ่งในการเป็นสะพานเชื่อมโยงระหว่างนโยบายสุขภาพจากส่วนกลางและบริบทเฉพาะของชุมชน การสื่อสารจึงไม่ใช่เพียงเครื่องมือในการประกาศนโยบาย แต่เป็นหัวใจหลักที่จะกำหนดว่าประชาชนจะรับรู้ เข้าใจ และให้ความร่วมมือกับนโยบายที่ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นริเริ่มหรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคที่ข้อมูลข่าวสารไหลเวียนอย่างรวดเร็ว ทั้งข้อมูลที่ถูกต้องและข้อมูลบิดเบือน ผู้นำท้องถิ่นจึงต้องมีทักษะการสื่อสารที่เฉียบคมและรอบด้าน

บทบาทของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสื่อสารนโยบายสุขภาพจึงสำคัญทั้งในด้านการออกแบบนโยบาย การเผยแพร่ การสร้างการยอมรับ และการขับเคลื่อนให้เกิดผลปฏิบัติจริง อย่างไรก็ตาม การสื่อสารนโยบายสุขภาพในระดับท้องถิ่นนั้นมีความซับซ้อนและท้าทาย เนื่องจากต้องคำนึงถึงบริบทที่หลากหลาย ทั้งความแตกต่าง

ทางเชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรม และความเชื่อของผู้คน ในแต่ละพื้นที่ การทำความเข้าใจในกระบวนการและกลไกการสื่อสารที่เหมาะสมจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง บทความนี้จึงมุ่งเน้นศึกษาข้อมูลนโยบายสุขภาพและบทบาทการสื่อสารนโยบายสุขภาพของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยวิธีการสังเคราะห์เอกสารวิชาการและวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อให้ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถนำพาองค์กรและชุมชนไปสู่เป้าหมายด้านสุขภาพร่วมกันได้อย่างยั่งยืน

วิธีการศึกษา

บทความนี้ใช้วิธีการศึกษา โดยการสังเคราะห์เอกสารวิชาการ (documentary synthesis) และวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยผู้นิพนธ์ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนา (narrative review) ดังนี้

แหล่งข้อมูล: สืบค้นฐานข้อมูลวิชาการระดับชาติและนานาชาติ รวมถึงบทความวิชาการต่างๆ

คำสำคัญ: การสื่อสารสุขภาพ (health communication) ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (local government leaders) นโยบายสุขภาพ (health policy)

จากการสืบค้นข้อมูล ผู้นิพนธ์ได้คัดเลือกเอกสารบทความ งานวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 29 เรื่อง ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพและตรงตามวัตถุประสงค์การศึกษา

การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยผู้นิพนธ์ได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้ (1) ทำความเข้าใจเนื้อหา โดยอ่านและทบทวนรายละเอียดของเอกสารเพื่อจับใจความสำคัญและบริบทการศึกษา (2) การจัดหมวดหมู่ประเด็น โดยจำแนกข้อมูลออกเป็นกลุ่มประเด็นหลักตามเนื้อหาที่สอดคล้องกัน เชื่อมโยงข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เข้าด้วยกัน เพื่อให้เห็นภาพรวมของการสื่อสารนโยบายสุขภาพของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ (3) การสังเคราะห์เนื้อหาโดยเรียบเรียงและตีความข้อมูลในแต่ละประเด็น โดยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 6 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) สุขภาพและนโยบายสุขภาพ (2) ความสำคัญของการสื่อสารนโยบายสุขภาพในระดับท้องถิ่น (3) บทบาทของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสื่อสารนโยบายสุขภาพ (4) กลยุทธ์การสื่อสารนโยบายสุขภาพของผู้นำ-

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (5) ปัจจัยสู่ความสำเร็จในการสื่อสารนโยบายสุขภาพของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ (6) อุปสรรคและความท้าทายในการสื่อสารนโยบายสุขภาพของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ผลการศึกษา

1. สุขภาพและนโยบายสุขภาพ

องค์การอนามัยโลกได้นิยามความหมาย “สุขภาพว่าหมายถึงสภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ รวมถึงการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข และมีได้หมายความว่าเฉพาะเพียงแต่การปราศจากโรคและทุพพลภาพเท่านั้น”⁽²⁾ เช่นเดียวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่ได้ให้ความหมายของ “สุขภาพ” หมายถึงสภาวะ ซึ่งเป็นภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย (สุขภาพกาย) ที่แข็งแรง สมบูรณ์ และไม่มีโรค) จิตใจ (สภาพจิตใจที่มั่นคง อารมณ์แจ่มใส และมีความสุข) สังคม (ความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสังคม มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น และมีส่วนร่วมในสังคม) และปัญญา (ความรู้เท่าทัน การมีเหตุผล มีจิตใจดีงาม และความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง) ที่เชื่อมโยงเป็นองค์รวมและสมดุล โดยไม่ได้จำกัดอยู่เพียงแค่การไม่มีโรค แต่ครอบคลุมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกมิติ⁽³⁾

นโยบายสุขภาพ (health policy) หมายถึง การตัดสินใจ ความตั้งใจ หรือการดำเนินการ (หรือการละเว้นไม่กระทำ) ของรัฐที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชน นโยบายสุขภาพมีหลายรูปแบบ ทั้งนโยบาย ยุทธศาสตร์ โครงการ แผนปฏิบัติการ กฎหมาย ระเบียบ หลักเกณฑ์ หรือคำแถลงการณ์/คำประกาศ ที่เป็นการตัดสินใจว่าจะดำเนินการอะไร อย่างไร และใครจะดำเนินการในงานที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษา ป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงนโยบายหรือภารกิจที่ส่งผลต่อสุขภาพในทางอ้อมหรือการจัดการที่ปัจจัยเชิงโครงสร้างที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การเพิ่มอัตราภาษีสรรพสามิตของสุราและยาสูบเพื่อมุ่งหวังในการลดการบริโภคสินค้าที่ทำลายสุขภาพ การทำความตกลงการค้าเสรี และปัจจัยอื่นนอกเหนือจากระบบสุขภาพสามารถส่งผลกระทบมายังสุขภาพของประชาชน ดังนั้นนักวิเคราะห์นโยบายสุขภาพส่วนหนึ่งจึงขยายขอบเขต

การทำงานไปสู่องค์กรนอกระบบบริการสุขภาพด้วย เช่น อุตสาหกรรมอาหาร หรืออุตสาหกรรมยาสูบ

หลักการสำคัญของนโยบายสุขภาพ ประกอบด้วย (1) การส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก ไม่ใช่แค่การรักษาโรค แต่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรงตั้งแต่ต้นโดยมุ่งเน้นไปที่ปัจจัยกำหนดทางสุขภาพ เช่น สภาพแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม (2) นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การนำมิติสุขภาพไปพิจารณาในการกำหนดนโยบาย-สาธารณะอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น นโยบายการเกษตร การคมนาคม การศึกษา หรือผังเมือง เพื่อให้แน่ใจว่านโยบายเหล่านั้นจะไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน (3) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน สนับสนุนให้ทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และประชาชน มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ และ (4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การปรับปรุงสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพ และสังคม เช่น การจัดให้มีพื้นที่สีเขียวที่ปลอดภัย การมีอาหารที่ปลอดภัย หรือการส่งเสริมการออกกำลังกาย

องค์ประกอบของนโยบายสุขภาพ ประกอบด้วย (1) การแสดงความห่วงใยต่อสุขภาพ นโยบายต้องแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นและความรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น (2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ครอบคลุมทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี (3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วม การเปิดโอกาสให้ประชาชนมีทางเลือกและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้านสุขภาพของตนเอง (4) การแก้ไขปัญหาและพัฒนากระบวนการกำหนดแนวทางปฏิบัติ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น และพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และ (5) การยกระดับคุณภาพชีวิต เป้าหมายสูงสุดคือ การยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนผ่านการส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม⁽⁴⁾

ตัวอย่างนโยบายสุขภาพของประเทศไทย เช่น การยกระดับ 30 บาทรักษาทุกที่ การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพเพื่อให้ประชาชนเข้ารับบริการได้สะดวก ทุกที่ ทุกเวลา⁽⁵⁾ การพัฒนาการแพทย์ปฐมภูมิ การสนับสนุนการดูแลสุขภาพในระดับชุมชนผ่านเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และกองทุนสุขภาพตำบลเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่ใกล้ชิด⁽⁶⁾

ตัวอย่างนโยบายสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น ตำบลชัยขี้ปลอดภัย โดยการสร้างความร่วมมือเพื่อขับเคลื่อน “ตำบลชัยขี้ปลอดภัย” เป็นนโยบายในชุมชนท้องถิ่นเพื่อลดอุบัติเหตุทางถนนโดยเฉพาะช่วงเทศกาล⁽⁷⁾ เมืองสุขภาพดี รัฐบาล/กระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนให้ อบท. ใช้กฎหมายสาธารณสุขเพื่อสร้างเมืองที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น จัดการสิ่งแวดล้อม สุขาภิบาล ควบคุมกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ฯลฯ โดยมีเป้าหมายให้ทุกท้องถิ่นเป็น “เมืองสุขภาพดี”⁽⁸⁾ “อุบลฯ โมเดล” รองรับสังคมสูงวัย การเตรียมความพร้อมให้กับ อบท. ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 239 แห่ง เพื่อเตรียมพร้อมรับสังคมผู้สูงอายุ เช่น เรื่องบริการผู้สูงอายุ การจัดสวัสดิการต่างๆ ฯลฯ และการจัดทำธรรมนูญรองรับสังคมสูงวัยระดับตำบล⁽⁹⁾

2. ความสำคัญของการสื่อสารนโยบายสุขภาพในระดับท้องถิ่น

การสื่อสารกับปรากฏการณ์ทางสังคมเป็นเรื่องที่มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด เพราะการสื่อสารเป็นพื้นฐานของทุกศาสตร์ ตั้งแต่การสื่อสารผ่านการฟัง การพูด การอ่าน การเขียน ที่มนุษย์จำเป็นต้องติดต่อสื่อสารกัน การสื่อสารจึงเป็นเครื่องมือช่วยสร้างการรับรู้เพื่อการดำรงอยู่ด้วยกันในสังคม องค์ประกอบของการสื่อสาร ประกอบด้วย ผู้ส่งสาร หรือแหล่งที่มาของข่าวสาร (sender/source of the message; S) ข่าวสารหรือเนื้อหาสาร (message; M) ช่องทางการสื่อสาร (channel; C) ที่ข่าวสารถูกส่งออกไปยังผู้รับ (receiver; R) และผลสะท้อนกลับ (feedback; FB) หรือเรียกว่า แบบจำลองการสื่อสาร S-M-C-R-FB ดังภาพที่ 1⁽¹⁰⁾

ผู้ส่งสารหรือแหล่งที่มาของข่าวสาร ได้แก่ ผู้ส่งสารหรือแหล่งข่าวต่างๆ

ข่าวสารหรือเนื้อหาสาร ได้แก่ ข้อมูลที่เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคม เหตุการณ์ความเคลื่อนไหวทางสังคมและอื่นๆ

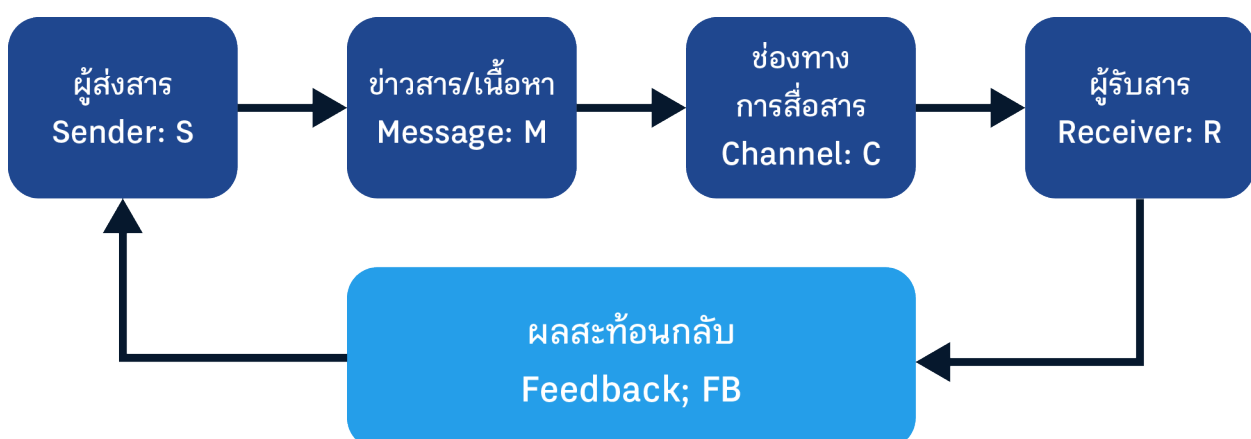
ช่องทางการสื่อสาร ได้แก่ การสื่อสารระหว่างบุคคล การติดต่อสื่อสารระหว่างกลุ่ม การสื่อสารผ่านสื่อมวลชนผ่านสื่อดิจิทัล และสื่ออื่นๆ

ผู้รับสาร คือ ประชาชน กลุ่มขนาดเล็ก กลุ่มขนาดใหญ่ รวมไปถึงมวลชนจำนวนมากที่อยู่กระจายตามพื้นที่ต่างๆ ในสังคม

ผลสะท้อนกลับ เป็นผลสะท้อนกลับที่อาจเกิดขึ้นทั้งสองทาง คือ ผลสะท้อนกลับจากผู้รับสาร คือ ประชาชนหรือบุคคลทั่วไปผ่านช่องทางการสื่อสารต่างๆ เช่น ทางสื่อสังคมออนไลน์ หรือผ่านสื่อมวลชน โดยอาจจะเป็นผลเชิงบวก คือ ความชื่นชม ชื่นชอบ การให้กำลังใจ หรืออาจเป็นเชิงลบ ที่แสดงความไม่พอใจต่อตัวผู้ส่งสารและตัวสารได้ ขณะที่ตัวผู้ส่งสารเองก็สามารถสื่อสารในเชิงสะท้อนกลับได้เช่นเดียวกัน

การสื่อสารสุขภาพ (health communication) คือ การศึกษาและใช้กลยุทธ์การสื่อสารในงานสุขภาพเป็นกลวิธีในการนำเสนอข้อมูลการเผยแพร่ข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อและกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายและประชาชนทั่วไปได้รับรู้ สนใจและตระหนักในด้านสุขภาพ โดยเน้นกระบวนการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลตามวัตถุประสงค์ของการสื่อสารคือแจ้งให้ทราบให้การศึกษาสร้างความพอใจหรือความบันเทิง หรือโน้มน้าวชักจูงใจ

ภาพที่ 1 แบบจำลองการสื่อสาร S-M-C-R-FB



เพื่อให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ เกิดการเรียนรู้และพัฒนาองค์ความรู้อย่างเท่าทันในด้านสุขภาพ (health literacy) นำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้มีสุขภาพดี⁽¹¹⁾

การสื่อสารนโยบายสุขภาพของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นพลังในการขับเคลื่อนการสื่อสารทางการเมืองของนักการเมืองท้องถิ่นที่จะนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในชุมชน นำไปสู่การมีสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน การสื่อสารนโยบายสุขภาพในระดับท้องถิ่นมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากการสื่อสารในระดับชาติ เนื่องจากการสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมายที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและภูมิปัญญา มีความใกล้ชิดกับปัญหาในชีวิตประจำวันมากกว่า และมักได้รับอิทธิพลจากผู้นำชุมชนหรือผู้นำทางความคิดในท้องถิ่น

3. บทบาทของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสื่อสารนโยบายสุขภาพ

ผู้นำท้องถิ่นต้องก้าวข้ามบทบาทของผู้บริหารแบบดั้งเดิมสู่การเป็น “ผู้สื่อสารเชิงรุก” ที่มีความสามารถในการคาดการณ์ปัญหาและสื่อสารอย่างทันทั่วทั้งบทบาทของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสื่อสารนโยบายด้านสุขภาพนั้นมีหลากหลายและสำคัญมากโดยหลักๆ แล้ว ผู้นำมีหน้าที่ในการเป็นผู้ประสานงานผู้สร้างความน่าเชื่อถือ และผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้แน่ใจว่านโยบายสุขภาพจะถูกสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและเข้าใจได้ง่ายโดยประชาชน⁽¹²⁾

ผู้ประสานงาน (facilitator) ผู้นำท้องถิ่นเป็นผู้เชื่อมโยงสำคัญระหว่างนโยบายที่มาจากส่วนกลางและประชาชนในพื้นที่ ผู้นำต้องปรับเปลี่ยนภาษาและเนื้อหาของนโยบายให้เข้ากับบริบทท้องถิ่น เพื่อให้ประชาชนเข้าใจและเห็นถึงประโยชน์ที่ได้รับอย่างแท้จริง นอกจากนี้ ยังต้องประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล สาธารณสุข และ อสม. เพื่อให้การสื่อสารเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ผู้สร้างความน่าเชื่อถือ (credibility builder) ความน่าเชื่อถือของผู้นำมีผลโดยตรงต่อการยอมรับนโยบายจากประชาชน หากผู้นำมีความน่าเชื่อถือและเป็นที่ไว้วางใจ การสื่อสารนโยบายก็จะได้รับการตอบรับที่ดี ผู้นำควรเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติตนตามนโยบายด้านสุขภาพ เช่น

การฉีดวัคซีนป้องกันโรค หรือการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับประชาชน

ผู้ให้ข้อมูล (information disseminator) ผู้นำต้องทำหน้าที่เป็นช่องทางหลักในการกระจายข้อมูลที่ถูกต้องและทันทั่วทั้งแก่ประชาชน โดยใช้ช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย เช่น หอกระจายข่าวในชุมชน โซเชียลมีเดีย การประชุมหมู่บ้าน หรือการลงพื้นที่พบปะประชาชนโดยตรง การสื่อสารที่ชัดเจนและสม่ำเสมอจะช่วยลดความสับสนและข่าวลือที่อาจเกิดขึ้นได้

ในการสื่อสาร ผู้นำควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและหลีกเลี่ยงศัพท์เทคนิคทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็น ควรเน้นการสื่อสารสองทาง (two-way communication) เพื่อรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากประชาชน และนำมาปรับปรุงการดำเนินงานให้เหมาะสมยิ่งขึ้น การมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบายก็เป็นอีกปัจจัยที่ช่วยเพิ่มการยอมรับ การสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับผู้มีอิทธิพลในชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือผู้นำศาสนา ก็เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการขยายผลการสื่อสารให้ครอบคลุมและเข้าถึงทุกกลุ่มเป้าหมาย

4. กลยุทธ์การสื่อสารนโยบายสุขภาพของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ในยุคที่ประชาชนเข้าถึงข้อมูลได้หลายช่องทาง และมีความคาดหวังสูงต่อความโปร่งใสของสถาบันภาครัฐ ผู้นำท้องถิ่นที่ต้องการผลักดันนโยบายสุขภาพให้ได้ผลจำเป็นต้องวางแผนและดำเนินกลยุทธ์การสื่อสารที่รอบด้าน ครอบคลุมตั้งแต่การนำเสนอข้อความ ไปจนถึงการใช้เครือข่ายพันธมิตร โดยมีกลยุทธ์การสื่อสาร ดังนี้

1. กลยุทธ์การนำเสนอสาร เน้นการปรับเนื้อหาให้ชัดเจน เข้าใจง่าย และเชื่อมโยงกับบริบทท้องถิ่นใช้ภาษา- ธรรมดา และเน้นข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงกับพื้นที่⁽¹³⁾

แนวทางการปฏิบัติ

- นำเสนอข้อมูลให้กระชับ ชัดเจน ใช้ภาษาที่ไม่เป็นศัพท์เฉพาะทางสุขภาพมากเกินไป เพื่อลดอุปสรรคด้านความรู้ทางสุขภาพ

- ใช้ข้อมูลสถิติ/ผลกระทบในพื้นที่ของตนเอง เช่น จำนวนผู้ป่วย/ผลสำเร็จของโครงการในตำบล เพื่อแสดงถึงความเร่งด่วนและความเกี่ยวข้องกับประชาชนโดยตรง

- ใช้เรื่องเล่าหรือกรณีศึกษา ควบคู่กับข้อมูลเชิงสถิติ เพื่อสร้างความเข้าใจในประเด็นที่ซับซ้อนและกระตุ้นการตอบสนองทางอารมณ์

- ออกแบบกลยุทธ์ให้เหมาะสมกับศักยภาพตามทรัพยากร/งบประมาณ/ความชำนาญของเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น อาจมีจำกัด

2. กลยุทธ์การใช้สื่อ เน้นการใช้สื่อที่เข้าถึงง่าย หลากหลาย และสอดคล้องกับพฤติกรรมคนในพื้นที่ ผสมผสานระหว่างสื่อบุคคลและสื่อใหม่⁽¹⁴⁾

แนวทางการปฏิบัติ

- สื่อบุคคล ใช้ผู้นำชุมชน อสม. หรือบุคคลอ้างอิง ที่ประชาชนให้ความเชื่อถือ เป็นผู้ส่งสารเพื่อลดแรงต้าน และสร้างความไว้วางใจในการรับข้อมูล

- สื่อท้องถิ่นและสื่อใหม่ ใช้ช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย เช่น หอกระจายข่าวในชุมชน Facebook Line กลุ่ม หรือวิดีโอออนไลน์ เพื่อเผยแพร่ข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ และเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน

- กลุ่มเปราะบางและผู้ด้อยโอกาส อาจเข้าถึงสื่อได้ หรือเข้าใจได้ยาก ต้องออกแบบสื่อที่เข้าถึงง่าย โดยใช้ภาษาท้องถิ่น ภาพ หรืออินโฟกราฟิก

- ต้องมีการประเมินผลและปรับปรุง กลยุทธ์สื่อสาร ไม่ใช่แผนเดียวแล้วจบ แต่ต้องวนกลับมา “ฟัง ปรับ และ ประเมิน” เสมอ

3. กลยุทธ์การโน้มน้าวใจ เน้นการสร้าง confianza เชื่อถือของผู้ส่งสารและประโยชน์ที่จับต้องได้ของนโยบาย สร้างความน่าเชื่อถือ และเน้นประโยชน์ต่อชุมชน⁽¹⁵⁾

แนวทางการปฏิบัติ

- สร้างความมุ่งมั่นของผู้นำ ผู้นำท้องถิ่นต้องแสดงออกถึงความมุ่งมั่น ความสามารถ และคุณลักษณะการเป็นแบบอย่างที่ดี เช่น การปฏิบัติตามนโยบายสุขภาพ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและอิทธิพลในการโน้มน้าวชักจูง

- เน้นประโยชน์ สื่อสารโดยเน้นถึงผลลัพธ์เชิงบวก ที่จะเกิดขึ้นกับประชาชนและชุมชนโดยรวม เช่น คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การลดภาระค่าใช้จ่าย มากกว่าการเน้นแค่กฎระเบียบ

- ความเชื่อและค่านิยมท้องถิ่นอาจขัดกับข้อความสุขภาพ การเข้าใจ “บริบทวัฒนธรรมและค่านิยม” ของพื้นที่ สำคัญยิ่ง

4. กลยุทธ์การมีส่วนร่วม เน้นการเปิดโอกาสให้ประชาชน และบุคลากรเข้ามาร่วมในกระบวนการวางแผนและปฏิบัติการ การสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม และการสร้างกลไกการรับฟัง⁽¹⁶⁾

แนวทางการปฏิบัติ

- ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research; PAR) หรือกระบวนการที่เปิดให้ผู้นำชุมชนและประชาชนร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและเป็นเจ้าของในการจัดการสุขภาพ

- จัดช่องทางที่เปิดรับข้อเสนอแนะและข้อกังวลอย่างต่อเนื่องและโปร่งใส เพื่อให้ผู้นำสามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ได้อย่างมีพลวัตและลดแรงต้าน เช่น เวทีรับฟังความเห็น ประชาพิจารณ์ การสนทนากลุ่ม (focus groups) จัดกิจกรรมให้ประชาชนได้มีโอกาส แสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และให้ตอบกลับ

- ให้ประชาชนและองค์กรชุมชนเข้ามามีบทบาทในการออกแบบข้อความ สื่อ หรือกิจกรรมสุขภาพ แนวทางนี้ช่วยให้สารมีความเหมาะสมกับบริบท และทำให้ผู้รับสารรู้สึกเป็นเจ้าของ

- ตอบกลับประชาชน เมื่อประชาชนให้ข้อคิดเห็น ต้องมีการตอบกลับ แจ้งให้ทราบข้อคิดเห็นนำไปใช้ปรับเปลี่ยนอย่างไร การสื่อสารที่เปิดช่อง feedback ช่วยเสริมความน่าเชื่อถือ

- การมีส่วนร่วมในระยะยาว ไม่ใช่แค่ในช่วงเริ่มต้น ควรให้ประชาชนเข้ามามีบทบาทในระหว่างดำเนินการ และการประเมินผล มิติของการมีส่วนร่วม (participation) ช่วยเปลี่ยนกระบวนการสื่อสารให้เป็น “ร่วมทำและร่วมคิด” มากกว่า “บอกแล้วจบ” ส่งผลให้ประชาชนรับรู้ข่าวสารสุขภาพนั้นไม่ใช่ถูกสั่งมา แต่ถูกสร้างร่วมกับพวกเขา

5. กลยุทธ์เครือข่ายและพันธมิตร เน้นการขยายขอบเขตการทำงานร่วมกันเพื่อเพิ่มพลังในการขับเคลื่อนนโยบาย เน้นการสร้างแนวร่วม การสื่อสารนโยบายสุขภาพของผู้นำท้องถิ่นจะมีประสิทธิภาพสูงขึ้น หากใช้เครือข่ายและพันธมิตรให้เป็นประโยชน์ พันธมิตรและเครือข่ายเป็น “สายพาน” ที่ช่วยให้สารสุขภาพไหลไปถึงจุดหมาย และช่วยให้เกิดความร่วมมือในการนำไปปฏิบัติ⁽¹⁷⁾

แนวทางการปฏิบัติ

- สร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่หลากหลาย เช่น ภาคประชาสังคม หน่วยงานราชการ (สาธารณสุข จังหวัด/อำเภอ) ภาคเอกชน และสื่อมวลชน เพื่อแบ่งปันทรัพยากรและความเชี่ยวชาญ
- ส่งเสริมให้มี “นักสื่อสารสุขภาพท้องถิ่น” หรือ ชมรม/คณะกรรมการที่มีความหลากหลายเข้ามาขับเคลื่อนงานร่วมกันเพื่อเพิ่มศักยภาพและขยายการรับรู้ในพื้นที่
- เชื่อมโยงกับหน่วยงาน/องค์กรภาครัฐ/เอกชน ทำงานร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุข การศึกษา สิ่งแวดล้อม ฯลฯ เพื่อให้สารสุขภาพฝังตัวในหลายนโยบาย
- เครือข่ายสื่อ/พันธมิตรสื่อมวลชนท้องถิ่น ใช้เครือข่ายสื่อท้องถิ่นให้เป็นช่องทางเผยแพร่ข้อความสุขภาพ

6. กรณีศึกษาการสื่อสารนโยบายสุขภาพในภาวะวิกฤตโรคระบาดใหญ่ (เช่น โควิด 19) ของ อปท.

- การปฏิบัติที่เหมาะสม เช่น ในพื้นที่เทศบาลขนาดใหญ่ ผู้นำท้องถิ่นใช้กลยุทธ์ “สื่อบุคคลควบคู่ระบบข้อมูลเปิด” โดยให้ อสม. เป็นแกนนำเดินเท้าเคาะประตูบ้านเพื่อสร้างความเข้าใจในชุมชนเปราะบาง ขณะเดียวกันผู้นำได้แถลงสถานการณ์ประจำวันผ่านช่องทาง Facebook Live ของเทศบาลอย่างตรงไปตรงมา ไม่ปิดบังข้อมูล และมีการสรุปเป็นอินโฟกราฟิกภาษาธรรมดา ทำให้ลดภาวะตื่นตระหนกและได้รับความร่วมมือในการกักตัวสูง
- ความสำเร็จในกรณีนี้เกิดจากผู้นำทำหน้าที่เป็นผู้สร้างความน่าเชื่อถือ (credibility builder) และผู้ให้ข้อมูล (information disseminator) ในเวลาเดียวกัน การผสมผสานระหว่าง “ความอุ่นใจจากสื่อบุคคล” และ “ความโปร่งใสจากสื่อดิจิทัล” ช่วยทำลายกำแพงความไม่เชื่อใจลงได้

7. กรณีศึกษาการสื่อสารนโยบายสุขภาพเรื่องชุมชนปลอดภัยและลดอุบัติเหตุ (เช่น ตำบลขับขีปลอดภัย) ของ อปท.

- การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม โดย อปท. บางแห่งมุ่งเน้นการสื่อสารแบบ “บนลงล่าง (top-down command)” ผ่านการติดป้ายไวนิลคำสั่ง/ข้อกฎหมาย หรือประกาศผ่านหอกระจายข่าวในลักษณะการห้ามปรามและบทลงโทษในช่วงเทศกาล โดยขาดการจัดเวทีรับฟังหรือดึงวัยรุ่น/

คนรุ่นใหม่ และกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่เข้าร่วมออกแบบกิจกรรม

- การสื่อสารลักษณะนี้สะท้อนข้อจำกัดของกลยุทธ์ที่มุ่งเน้นแต่กฎระเบียบ (mandate-oriented) มากกว่าการเน้นประโยชน์และคุณค่าต่อชีวิต ผลลัพธ์ที่ได้จึงเป็นเพียงความร่วมมือชั่วคราวเพื่อเลี่ยงกฎหมาย แต่ไม่เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน เนื่องจากประชาชนไม่รู้สึกถึง “ความเป็นเจ้าของ (ownership)” ในนโยบายสุขภาพนั้น

การจะผลักดันนโยบายสุขภาพให้ได้ผลในระดับท้องถิ่นนั้น ไม่ใช่แค่เรื่องนโยบายทางเทคนิคหรือการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างเดียว แต่การสื่อสารถือเป็นหัวใจสำคัญ กลยุทธ์ที่ครอบคลุมตั้งแต่การออกแบบข้อความ การเลือกช่องทางการสื่อสาร การโน้มน้าวใจ การเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วม จนถึงการใช้เครือข่ายพันธมิตร สามารถเสริมแรงให้ผู้คนรับรู้ เชื่อถือ และร่วมมือกับนโยบายสุขภาพได้อย่างยั่งยืน การวางแผนสื่อสารแบบรอบด้านไม่เพียงแต่ช่วย “ส่งสาร” แต่ช่วยสร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจและความเป็นเจ้าของของประชาชนต่อสุขภาพในพื้นที่ของตนเอง ผู้นำท้องถิ่นจึงควรตระหนักและให้ความสำคัญกับกลยุทธ์การสื่อสาร

5. ปัจจัยสู่ความสำเร็จในการสื่อสารนโยบายสุขภาพของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ความสำเร็จในการสื่อสารนโยบายสุขภาพของผู้นำท้องถิ่น (เช่น นายก อบจ. นายกเทศมนตรี หรือนายก อบต.) ขึ้นอยู่กับคุณลักษณะของภาวะผู้นำ กลยุทธ์การสื่อสาร และการสร้างความร่วมมือในพื้นที่เป็นสำคัญ⁽¹⁸⁾

1. ภาวะผู้นำและความน่าเชื่อถือ (leadership and credibility) ปัจจัยสำคัญที่สุดคือตัวผู้นำเอง ที่ต้องแสดงออกถึงภาวะผู้นำที่เข้มแข็งและน่าไว้วางใจในการดำเนินนโยบายสุขภาพ ดังนี้ (1) ความน่าเชื่อถือและความโปร่งใส ผู้นำต้องสร้างความไว้วางใจในฐานะแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพของภาครัฐ และดำเนินการด้วยหลัก “ความโปร่งใส” (accountability) โดยเปิดเผยข้อมูลข่าวสารขององค์กรให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวกและตรวจสอบได้⁽¹⁹⁾ (2) วิสัยทัศน์และการเป็นแบบอย่าง ผู้นำต้องมีวิสัยทัศน์และความกล้าตัดสินใจ รวมทั้งการใช้ตนเองเป็น “บุคคลต้นแบบ” ในการนำเทคโนโลยีหรือพฤติกรรมสุขภาพมาใช้ในองค์กรและชุมชน จะช่วยสร้าง

แรงบันดาลใจและเกิดการยอมรับ และ (3) ทักษะการสื่อสาร เพื่อจูงใจ ผู้นำควรมีทักษะการนำเสนอ การจูงใจ และการแก้ปัญหาตามสถานการณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสื่อสารในภาวะวิกฤตที่ต้องให้ทิศทางที่ชัดเจน⁽²⁰⁾

2. กลยุทธ์การสื่อสารที่เน้นท้องถิ่น (locally-focused communication strategy) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะต้องปรับให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของคนในพื้นที่ ดังนี้ (1) การใช้ข้อมูลท้องถิ่น สารนโยบายควรถูกถ่ายทอดโดยใช้ “ข้อมูลเฉพาะในพื้นที่” และมีการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบที่เข้าใจง่าย เช่น การแสดง “ต้นทุนทางเศรษฐกิจ” ของปัญหาสุขภาพในพื้นที่ เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการและเข้าถึงผู้กำหนดนโยบายในท้องถิ่น⁽²¹⁾ (2) ความชัดเจนและความเข้าใจง่าย ผู้นำต้องช่วยแปลข้อมูลที่ซับซ้อนให้เป็นข้อความที่กระชับ ชัดเจนและเข้าใจง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้รูปแบบการสื่อสารเชิงเล่าเรื่องเพื่อปรับปรุงความเข้าใจข้อมูลนโยบายที่ซับซ้อน และ (3) การสื่อสารแบบสองทางและช่องทางหลากหลาย ใช้ช่องทางที่หลากหลาย เช่น สื่อสังคม เว็บไซต์ และที่สำคัญคือ “การประชุมสาธารณะในท้องถิ่น” เพื่อรับฟังความคิดเห็นโดยตรงจากประชาชนและสร้างการมีส่วนร่วม⁽²²⁾

3. การสร้างการมีส่วนร่วมและความร่วมมือ (participation and collaboration) ความสำเร็จของนโยบายสุขภาพท้องถิ่นต้องเกิดจากความร่วมมือของทุกภาคส่วน ดังนี้ (1) การมีส่วนร่วมของประชาชน ผู้นำต้องให้โอกาสประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ การสื่อสารควรเน้น “การสร้างการมีส่วนร่วม” เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจและนำไปสู่ความร่วมมือในการดำเนินงาน (2) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือ การทำงานร่วมกับองค์กรชุมชนภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ และ อสม. เพื่อขยายผลลัพธ์และผลกระทบของสารถือเป็นสิ่งสำคัญ ผู้นำท้องถิ่นมีบทบาทในการนำ “ทุนทางสังคม” เช่น บทบาทของ อสม. มาใช้ในการจัดการสุขภาพชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ⁽²³⁾ และ (3) การจัดการสุขภาพในทุกนโยบาย ผู้นำท้องถิ่นควรมีบทบาทในการผลักดันให้มีการนำประเด็นด้านสุขภาพไปพิจารณาในการตัดสินใจและกำหนดนโยบายท้องถิ่นทุกด้าน⁽²⁴⁾

6. อุปสรรคและความท้าทายในการสื่อสารนโยบายสุขภาพของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ความท้าทายในการสื่อสารนโยบายสุขภาพในระดับท้องถิ่นมักจะมีลักษณะซับซ้อนและแตกต่างจากการสื่อสารในระดับชาติ เนื่องจากต้องเผชิญกับปัจจัยเฉพาะในพื้นที่อุปสรรคหลักๆ สามารถจัดกลุ่มได้ดังนี้⁽²⁵⁾

1. ความท้าทายด้านทรัพยากรและโครงสร้างองค์กร

ได้แก่ (1) ข้อจำกัดด้านงบประมาณและบุคลากร อุปสรรคสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพและขอบเขตของการสื่อสาร ผู้นำท้องถิ่นมักมีข้อจำกัดด้านงบประมาณและขีดความสามารถของบุคลากรในการดำเนินงานและสื่อสารนโยบายสุขภาพที่ครอบคลุม (2) การขาดแผนงานที่เป็นระบบ การสื่อสารข้อมูลที่เกิดขึ้นอย่าง “ไร้ระบบ” และไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทำให้เกิดความสับสนในกลุ่มเป้าหมาย และ (3) ความไม่ชัดเจนในความรับผิดชอบของ อปท. ในการตอบสนองต่อแนวคิดสุขภาพในทุกนโยบาย (health in all policies; HiAP) อาจมีความคลุมเครือซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการให้ความสำคัญกับงานสื่อสารสุขภาพอย่างเต็มที่

2. ความท้าทายด้านสารและการรับรู้ของประชาชน

ได้แก่ (1) ข้อมูลบิดเบือนและความไม่เชื่อใจ ในยุคข้อมูลข่าวสาร ผู้นำท้องถิ่นต้องต่อสู้กับข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง และความไม่สอดคล้องของข้อความจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย ซึ่งทำให้ประชาชนเกิดความสับสนและขาดความไว้วางใจต่อหน่วยงานภาครัฐ (2) ความแตกต่างของกลุ่มเป้าหมาย ผู้นำต้องเผชิญกับกลุ่มประชาชนที่มีความแตกต่างทางอายุ วัฒนธรรม ภาษา และระดับความรู้ด้านสุขภาพ การไม่สามารถปรับข้อความให้เหมาะสมกับความต้องการและระดับความเข้าใจของแต่ละกลุ่มได้อย่างเพียงพอเป็นอุปสรรคสำคัญ และ (3) ความซับซ้อนของข้อมูลนโยบาย นโยบายสุขภาพมักเป็นประเด็นที่ซับซ้อนและใช้ศัพท์เฉพาะทาง การถ่ายทอดข้อมูลทางวิทยาศาสตร์หรือระเบียบข้อบังคับที่เข้าใจยากไปยังประชาชนและแม้กระทั่งบุคลากรในองค์กรเดียวกัน เป็นความท้าทายที่ต้องใช้ทักษะในการแปลงสาร

3. ความท้าทายด้านภาวะผู้นำและการทำงานร่วมกัน

ได้แก่ (1) การขาดผู้ผลักดันหลัก ในบริบทของรัฐบาลท้องถิ่น การขาดผู้นำหรือผู้บริหารที่ทำหน้าที่เป็น “ผู้ผลักดันหลัก”

หรือผู้ประกอบการนโยบายในประเด็นสุขภาพ อาจทำให้ การสื่อสารและการขับเคลื่อนนโยบายขาดพลังงานและความต่อเนื่อง (2) การประสานงานข้ามภาคส่วนที่จำกัด การสื่อสารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขกับภาคส่วนอื่นๆ ในท้องถิ่นและชุมชน แต่ความยากลำบากในการทำงานร่วมกันข้ามภาคส่วนมักเป็นอุปสรรคในการผลักดันนโยบายให้เป็นวาระสำคัญของท้องถิ่น และ (3) การไม่ปรับตัวต่อสถานการณ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ฉุกเฉินหรือการระบาด การขาดความสามารถในการปรับตัวแบบเรียลไทม์ และการมีมาตรการเชิงรุกในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลและข่าวลือ เป็นความท้าทายต่อความน่าเชื่อถือของผู้นำ

วิจารณ์

การศึกษานี้ สามารถสรุปข้อเสนอแนะเชิงวิชาการและบทวิเคราะห์เปรียบเทียบ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

จุดเปลี่ยนสำคัญคือ ผู้นำท้องถิ่นต้องเปลี่ยนบทบาทจาก “นักบริหาร” มาเป็น “ผู้สื่อสารเชิงรุก” โดยมีข้อเสนอแนะหลัก 3 ด้าน ดังนี้

บทบาทหลัก 3 ประการ: ผู้นำต้องเป็น (1) ผู้ประสานงาน เชื่อมโยงนโยบายส่วนกลางให้เข้ากับบริบทพื้นที่ (2) ผู้สร้างความน่าเชื่อถือ ทำตนเป็นแบบอย่าง และ (3) ผู้ให้ข้อมูลที่ถูกต้องและทันทั่วถึง

กลยุทธ์การสื่อสาร (strategies) ประกอบด้วย (1) กลยุทธ์สาร (message) ต้อง “แปลเรื่องยากให้ง่าย” และใช้ข้อมูลสถิติเฉพาะพื้นที่มาอ้างอิงเพื่อให้ประชาชนเห็นภาพความใกล้ตัว (2) กลยุทธ์สื่อ ใช้ “สื่อบุคคล” (เช่น อสม. ผู้นำชุมชน) เพื่อสร้างความไว้วางใจและเชื่อมั่นสมผสานกับสื่อดิจิทัล และ (3) กลยุทธ์การมีส่วนร่วม เปลี่ยนจากการ “สั่งการ” เป็นการ “ร่วมคิดร่วมทำ” ให้ประชาชนรู้สึกเป็นเจ้าของนโยบาย

ปัจจัยความสำเร็จ อยู่ที่ “ภาวะผู้นำ” ที่มีความโปร่งใส และการใช้ “ข้อมูลท้องถิ่น” มากำหนดทิศทางการสื่อสาร ไม่ใช่พูดลอยๆ

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบประสบการณ์ต่างประเทศกับบริบทประเทศไทย

จากการศึกษา พบความน่าสนใจ 2 มิติหลัก ดังนี้

มิติที่ 1: นโยบายสุขภาพในทุกนโยบาย (health in all policies; HiAP)

บริบทต่างประเทศ (ฟินแลนด์): ฟินแลนด์เป็นต้นแบบที่ประสบความสำเร็จ โดยยกระดับ HiAP เป็น “กฎหมายและโครงสร้าง” มีการตั้งเขตบริการสวัสดิการ (wellbeing services counties) ที่รวมงานสาธารณสุขและสังคมเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ ทำให้ทุกหน่วยงานต้องคุยกัน ไม่ใช่แค่ขอความร่วมมือ^(26,27)

บริบทไทย: ไทยมี พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ แต่ในทางปฏิบัติระดับท้องถิ่นมักติดปัญหา “ไซโล” (Silo) หรือต่างคนต่างทำงานข้ามภาคส่วนมักขึ้นอยู่กับบารมีส่วนตัวของผู้นำท้องถิ่นมากกว่าระบบโครงสร้างที่บังคับไว้ชัดเจนเหมือนฟินแลนด์

มิติที่ 2: การสื่อสารภาวะวิกฤตและดิจิทัล (crisis & digital communication)

บริบทต่างประเทศ (ไต้หวัน): ไต้หวันใช้แนวคิด “Civic Tech” (เทคโนโลยีภาคพลเมือง) คือรัฐเปิดข้อมูล (open data) ให้โปรแกรมเมอร์อาสา (hackers/citizens) มาช่วยเขียนแอป หรือตรวจสอบข่าวปลอม (co-fact checking) ทำให้การแก้ข่าวลือทำได้เร็วมากและมาจากภาคประชาชนเอง^(28,29)

บริบทไทย: ไทยยังเจอปัญหา “ความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัล” และ “ข่าวปลอม” การสื่อสารมักเป็นแบบ top-down (รัฐทำแอป ให้ประชาชนใช้) ซึ่งต่างจากไต้หวันที่รัฐเป็นแค่ผู้อำนวยความสะดวกให้ประชาชนช่วยกันสร้างเครื่องมือสื่อสาร

3. ปัจจัยสนับสนุนที่ควรสร้างให้เกิดขึ้นในประเทศไทย

เพื่อให้การสื่อสารนโยบายสุขภาพของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศไทยมีประสิทธิภาพเทียบเท่าสากล ควรเร่งสร้างปัจจัยเหล่านี้

1. เปลี่ยน “ความร่วมมือ” ให้เป็น “พันธะสัญญา” (institutionalized collaboration) ถอดบทเรียนจากฟินแลนด์ คือท้องถิ่นไทยไม่ควรใช้แค่การขอความร่วมมือในการทำงานข้ามกอง (เช่น กองช่างคุยกับกองสาธารณสุข)

แต่ควรสร้าง “ข้อตกลงเชิงโครงสร้าง” หรือบรรจุในเทศบัญญัติให้มีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) ในทุกโครงการก่อสร้างหรือพัฒนาเมือง

2. สร้างนิเวศข้อมูลเปิด (open data ecosystem) ถอดบทเรียนจากไต้หวัน คือ ผู้นำท้องถิ่นต้องกล้า “เปิดเผยข้อมูล” (เช่น จุดเสี่ยงโรคระบาด, งบประมาณสุขภาพ) ในรูปแบบที่นำไปประมวลผลต่อได้ เพื่อให้คนรุ่นใหม่ในท้องถิ่น (Civic Tech) เข้ามาช่วยผลิตสื่อหรือแอปพลิเคชันที่ตอบโจทย์คนในพื้นที่จริงๆ ลดภาระภาครัฐและแก้ปัญหาข่าวปลอมได้ตรงจุด

ทั้งนี้ สิ่งของไทยมีติดอยู่แล้วคือ “ทุนทางสังคม” (เครือข่ายคน) แต่สิ่งที่ต้องเติมจากต่างประเทศคือ “ระบบข้อมูล” (data) และ “กลไกเชิงโครงสร้าง” (structure) ที่จะทำให้การสื่อสารสุขภาพมีความยั่งยืน ไม่ยึดติดกับตัวบุคคล

4. แนวทางการใช้ประโยชน์

แม้บทความนี้จะมุ่งวิเคราะห์บทบาทของผู้นำ อปท. เป็นหลัก แต่โดยเนื้อหาแล้ว “ระบบสุขภาพท้องถิ่น” ไม่สามารถขับเคลื่อนได้ด้วยบุคคลเพียงคนเดียว โครงสร้างและกลยุทธ์การสื่อสารที่นำเสนอในบทความนี้จึงสามารถแตกแขนงไปสู่การใช้ประโยชน์ของผู้อ่านกลุ่มอื่นๆ ได้อย่างกว้างขวาง ดังนี้

1. สำหรับบุคลากรสายวิชาชีพและผู้ปฏิบัติงานในท้องถิ่น (นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลชุมชน เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุข อปท.) สามารถใช้กรอบกลยุทธ์ในบทความนี้ (เช่น กลยุทธ์สาร, กลยุทธ์การมีส่วนร่วม) เป็น “คู่มือหรือแบบพิมพ์เขียว” ในการยกร่างโครงการสุขภาพเพื่อนำเสนอต่อผู้บริหารท้องถิ่น การเข้าใจมุมมองของผู้นำจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถเปลี่ยนภาษาเทคนิคทางการแพทย์และสาธารณสุขให้เป็น “ภาษาเชิงนโยบายที่เห็นผลประโยชน์ต่อพื้นที่” ซึ่งจะช่วยให้โครงการได้รับการอนุมัติงบประมาณง่ายขึ้น

2. สำหรับแกนนำชุมชนและภาคประชาสังคม (อสม., คณะกรรมการหมู่บ้าน กลุ่มสตรี ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น) บทความนี้ช่วยให้เห็นช่องทางและสิทธิในการ “สะท้อนกลับ” ตามแบบจำลอง และกระบวนการ ร่วมคิด ร่วมทำ กลุ่มภาคประชาชนสามารถใช้เนื้อหาในบทความนี้เป็นฐานคิดในการเรียกร้องหรือเสนอตัวเข้าร่วมเป็น “ภาคีเครือข่าย

สื่อสาร” ไม่ใช่เป็นเพียงผู้รับสารที่รอรับคำสั่งจาก อปท. แต่เป็นผู้ร่วมกำหนดทิศทางสุขภาพของตนเอง

3. สำหรับประชาชนทั่วไป ช่วยเสริมสร้าง “ความรู้เท่าทันการสื่อสารสุขภาพ” ทำให้เข้าใจว่าข้อมูลสุขภาพที่ดีควรมีความโปร่งใส มีข้อมูลเฉพาะพื้นที่ และตอบโจทย์คุณภาพชีวิต ประชาชนจะสามารถแยกแยะระหว่าง “การสื่อสารนโยบายเพื่อประโยชน์สาธารณะ” กับ “การโฆษณาชวนเชื่อทางการเมือง” ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งช่วยลดปัญหาข่าวปลอมและการส่งต่อข้อมูลที่บิดเบือนในชุมชน

5. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการนำไปปฏิบัติจริง

เพื่อให้ข้อค้นพบทางทฤษฎีนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในทางปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม บทความนี้มีข้อเสนอแนะที่ อปท. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ทันที 3 ประเด็น ดังนี้

1. การจัดทำคู่มือมาตรฐานการสื่อสารสุขภาพ-ท้องถิ่น (local health communication playbook)

โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรเปลี่ยนจากเอกสารวิชาการหนาๆ ให้เป็นคู่มือขนาดเล็ก (playbook) ที่รวม template สำเร็จรูป เช่น ชุดข้อความอินโฟกราฟิก สำเร็จรูปที่ อปท. ทั่วประเทศสามารถดึงไปแก้ไขข้อมูลสถิติเป็นของตนเองได้ทันที (localization) เพื่อแก้ปัญหาข้อจำกัดด้านงบประมาณและบุคลากรที่ขาดทักษะการแปลสาร

2. การสร้างพื้นที่กลางดิจิทัลเพื่อฟังเสียงชุมชน (digital sandbox for feedback) อปท.

ควรลดการพึ่งพาเฉพาะเวทีประชาคมแบบเผชิญหน้าเพียงอย่างเดียว แต่ควรหันมาพัฒนาหรือใช้แพลตฟอร์ม Line Official Account หรือแอปพลิเคชันประจำท้องถิ่น ที่มีฟังก์ชันการโหวตความต้องการด้านสุขภาพ หรือช่องทางแจ้งภัยคุกคามสุขภาพแบบสองทาง (two-way Feedback) เพื่อตอบสนองต่อกลุ่มคนรุ่นใหม่และผู้ไม่มีเวลาเข้าประชุม

3. การจัดตั้งเครือข่ายผู้นำการสื่อสารสุขภาพชุมชน (community health communicator network)

อปท. ควรบูรณาการโครงสร้าง อสม. หมอประจำบ้าน และภูมิปัญญาท้องถิ่น/ผู้นำศาสนา เข้ามาอยู่ในคณะกรรมการชุดเดียวกัน เพื่อทำหน้าที่เป็นตัวกลางสะท้อนสารและตรวจสอบข่าวปลอมร่วมกันในระดับฐานราก ปรับโครงสร้างจากการสั่งการแนวดิ่งให้เป็นเครือข่ายแนวราบที่ยั่งยืน

สรุป

การสื่อสารนโยบายสุขภาพเป็นหัวใจสำคัญในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขและคุณภาพชีวิตในระดับท้องถิ่นให้ประสบความสำเร็จ ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าใจและนำหลักการสื่อสารที่ถูกต้องไปใช้ จะสามารถสร้างความไว้วางใจจากประชาชน สร้างการมีส่วนร่วม และผลักดันให้ชุมชนมีสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจึงไม่ได้เป็นเพียงเครื่องมือ แต่เป็นรากฐานของการพัฒนาชุมชนที่เข้มแข็งในทุกมิติ การสื่อสารนโยบายสุขภาพไม่ใช่เรื่องเสริม แต่เป็น “หัวใจ” ของการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ถ้าไม่มีการสื่อสารที่ดี นโยบายหรือโครงการด้านสุขภาพอาจไม่เข้าถึงประชาชน

ถูกตีความผิด หรือลืมหูลืมตา ผู้นำท้องถิ่นต้องเข้าใจหลักการสื่อสาร คือ ผู้นำต้องมีความรู้และทักษะในการสื่อสาร เลือกช่องทาง คำพูด วิธีการให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสร้างความไว้วางใจ การมีส่วนร่วม และสุขภาพจะอย่างยั่งยืน ถ้าประชาชนไว้วางใจนโยบาย เข้าใจเหตุผล และเห็นว่าได้ประโยชน์ พวกเขาจะมีส่วนร่วมให้ข้อมูล ร่วมกิจกรรม และปฏิบัติตาม และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของชุมชนจะดีขึ้นและไม่ย้อนกลับ ทั้งนี้ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นรากฐานของพัฒนาในมิติต่างๆ ไม่ใช่แค่เรื่องสุขภาพ แต่ยังเชื่อมโยงกับมิติทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม คุณภาพชีวิต ของประชาชนในท้องถิ่นอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 30 ก.ย. 2568]. แหล่งข้อมูล: https://www.dla.go.th/upload/ebook/column/2023/5/2365_6294.pdf
2. มฤตารุ ไพยารมณ, พัทย์รัตน์ โกษียาภรณ์, ชานิดา วิริยาทร, นาริรัตน์ ผุดผ่อง, วรณัน วิทยาพิภพสกุล, อรทัย วลีวงศ์, และคณะ. คู่มือการศึกษาระบบสุขภาพและนโยบายสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: เดอะกราฟิกซิสเต็มส์; 2565.
3. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: สามดีพรีนติ้งอิควิเพนท; 2563.
4. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในประเทศไทย: Policy Brief ปีที่ 1 ฉบับที่ 6. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HiTAP); 2566.
5. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ยกระดับ 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวกยิ่งขึ้น [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 30 ก.ย. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://ops.moph.go.th/blog/view/165>
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. บทบาทของกองทุนสุขภาพตำบลในการเสริมสร้างระบบสุขภาพปฐมภูมิ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30 ก.ย. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.nhso.go.th/news/detail/2135>
7. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ดึงพลังชุมชนท้องถิ่น 108 อปท. ลงนามความร่วมมือขับเคลื่อนตำบลขับเคลื่อนตำบลขับเคลื่อน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30 ก.ย. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thaihealth.or.th>
8. กรมอนามัย. “รมช. อนุชา” หนุนใช้กฎหมายการสาธารณสุข ดัน อปท. สร้าง “เมืองสุขภาพดี” [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30 ก.ย. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/2407682/>
9. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. สช. ร่วมกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น จัดอบรม อปท. 239 แห่ง ตั้งเป้าสร้าง “อุบล โมเดล” รองรับสังคมสูงวัย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30 ก.ย. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://healthstation.in.th/news/show/1335>
10. สุรพงษ์ โสณะเสถียร, สุภาภรณ์ ศรีดี. ประเด็นสาระที่ 1 ทฤษฎีการสื่อสารกับปรากฏการณ์ทางสังคม. ใน: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. เอกสารการสอนชุดวิชาหลักและทฤษฎีการสื่อสารทางการเมืองและการปกครองท้องถิ่นขั้นสูง. นนทบุรี: สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2566. หน้า 1-4.
11. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แนวทางการสื่อสารองค์กรประเด็นสุขภาพในชุมชน. นนทบุรี: กลุ่มสื่อสารสุขภาพชุมชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2567.
12. สิทธิพันธ์ พูนเอียด, วิทยาทร ท่อแก้ว, กานต์ บุญศิริ. บทบาทของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการสื่อสารในการขับเคลื่อนองค์กรสู่การบริหารจัดการองค์กรที่ดี. วารสารสังคมศาสตร์และวัฒนธรรม 2568;9:296-310.
13. กนกวรรณ จันทร์สมบุญ. การสื่อสารของผู้นำชุมชนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพด้านการลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2562.
14. ดวงพร คำคุณวัฒน์, นิยะนันท์ สำเภาเงิน, สุนิดา ศิวปฐมชัย. การสื่อสารสุขภาพท้องถิ่น: แนวคิด การดำเนินงาน และการขยายผล [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30 ก.ย. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://dol.thaihealth.or.th/resourcecenter/sites/default/files/documents/kaarsuuesaaarsukhphaaphthngthin1.pdf>
15. ปวีร์วิ อินทุพัฒน์. การสื่อสารของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสร้างองค์การดิจิทัล [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2566.
16. นิภาพร พอใจ. กระบวนการมีส่วนร่วมในบทบาทนักจัดการสุขภาพของผู้นำชุมชนตำบลสะเนียน อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30 ก.ย. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.nno.moph.go.th/nanhealth/index.php/data-service/or-wor-chor/item/5800>
17. ดวงพร คำคุณวัฒน์, นิยะนันท์ สำเภาเงิน, สุนิดา ศิวปฐมชัย. การสื่อสารสุขภาพท้องถิ่น: แนวคิด การดำเนินงาน และการขยายผล [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30 ก.ย. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://dol.thaihealth.or.th/resourcecenter/sites/default/files/documents/kaarsuuesaaarsukhphaaphthngthin1.pdf>
18. Panjaitan N, Sihombing S, Palen K, Schiavo RB, Lipschultz L. Enhancing government communication strategies for effective health information and public health education. Law Econ 2023;17(2):151-69.

19. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. การสื่อสารของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสร้างองค์กรดิจิทัล [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30 ก.ย. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://ir.stou.ac.th/bitstream/123456789/13060/1/4641500261.pdf>
20. McKee M. The attributes of public health leadership. *Eur J Public Health* 2025;35(Suppl 2):ii1-ii4.
21. Dodson EA, Parks RG, Jacob RR, An R, Eyler AA, Lee N, et al. Effectively communicating with local policymakers: a randomized trial of policy brief dissemination to address obesity. *Front Public Health* [Internet]. 2024 [cited 2025 Sep 29];4;12:1374526. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2024.1246897/full>
22. GovPilot. The role local governments play in promoting public health: a guide to building healthy communities [Internet]. 2025 [cited 2025 Sep 29]. Available from: <https://www.govpilot.com/blog/promoting/healthy/communities>
23. บุญมี โพธิ์ทอง. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบาย อสม. หมอประจำบ้านสู่การปฏิบัติในพื้นที่ [วิทยานิพนธ์ปริญญา-มหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2567.
24. Public Health Institute. Health in all policies: a guide for state and local government [Internet]. 2023 [cited 2025 Sep 29]. Available from: <https://www.phi.org/thought-leadership/health-in-all-policies-a-guide-for-state-and-local-government/>
25. Lilly K, Kean B, Hallett J, Robinson S, Selvey LA. Factors of the policy process influencing health in all policies in local government: a scoping review. *BMC Public Health* [Internet]. 2023 [cited 2025 Sep 29];23(1):384. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2023.1010335/full>
26. 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. *Lancet* 2008;372(9650):1661-9.
27. Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K. Health in all policies: prospects and potentials. Helsinki: Finland Ministry of Social Affairs and Health; 2006.
28. Tang A. Digital social innovation in Taiwan and how it helps the country through Covid-19 [Internet]. [cited 2025 Sep 29]. Available from: <https://techsauce.co/en/news/audrey-tang-discusses-digital-social-innovation>
29. Hsiao Y, Tang A, Lin SY, Narayanan D, Sarahe C. Co-fact checking: the vTaiwan experience. In: Bächtiger A, Dryzek JS, Mansbridge J, Warren ME, editors. *The handbook of digital democracy*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing; 2021. p. 395-408.

Health Policy Communication by Local Government Leaders

Jaruek Chairak, Haruthai Panyawuttrakul, Karn Boonsiri

Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi Province, Thailand

Abstract

Local government organizations are a vital mechanism for improving public health. Therefore, local leaders become “principal communicators,” responsible for fostering understanding, trust, and community engagement. Communication is the heart of translating policy into public well-being, and leaders must act as “proactive communicators.” Their key roles include: (1). Coordinator/Liaison — connecting national or central policies with the local context, adapting messages to suit the community, and coordinating with relevant agencies (2) Trust Builder/Credibility Maker — cultivating trust and transparency, modeling behaviors consistent with health policies, and using communication skills to persuade. (3) Information Provider — disseminating accurate and timely information via diverse channels. Communication strategies: message & persuasion strategy: focus on local context by using area-specific data and statistics to demonstrate urgency and direct benefits to people. Use storytelling to render complex information into understandable form that stimulates responses. Emphasize benefits and positive outcomes for quality of life rather than merely citing rules or mandates. Media & network strategy: employ interpersonal communicators (trusted individuals) to build credibility, use mixed media (combining traditional and new media), adapt messaging to reach vulnerable groups, and form partnerships with networks and stakeholders. Participation strategy: co-design and co-implement initiatives, allow citizens and staff to join the planning process, foster ownership of messages and health activities, continuously listen to feedback, and set up mechanisms to receive concerns and suggestions dynamically so communication adapts to evolving situations. Major barriers and challenges include resource constraints, misinformation/distrust, and coordination difficulties.

Keywords: health communication; local government leaders; health policy

มาตรการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทยผ่านอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

พลธนพัชร สังข์วนิชการาดา

สาขาการจัดการระบบสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

บทคัดย่อ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2564 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ภายในปี พ.ศ. 2578 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้นำมาซึ่งความท้าทายด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม โดยเฉพาะปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภาวะพึ่งพิง และคุณภาพชีวิตที่ลดลง การสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการรองรับสังคมสูงอายุ โดยอาศัยแนวทาง Ottawa Charter for Health Promotion ที่เน้นการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมพลังชุมชน และการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีมากกว่าหนึ่งล้านคนทั่วประเทศ เป็นกลไกหลักที่เชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพกับประชาชน และมีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งด้านการเข้าถึงสิทธิและนโยบายสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดภัย การเสริมพลังการมีส่วนร่วมชุมชน การพัฒนาทักษะด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย ตลอดจนการประสานงานระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนมาตรการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทยผ่านการดำเนินงานของ อสม. โดยอ้างอิงกรอบแนวคิด Ottawa Charter for Health Promotion และ Determinants of Health Model เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยในประเทศและต่างประเทศ ช่วงปี พ.ศ. 2563-2568 ผลการทบทวนยืนยันว่า อสม. ไม่เพียงทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนระบบบริการ แต่ยังเป็นกลไกสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพในระดับครัวเรือนและชุมชน ซึ่งควรได้รับการสนับสนุนอย่างเป็นระบบเพื่อเสริมความเข้มแข็งและความยั่งยืนของสังคมสูงอายุไทย

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุข; การสร้างเสริมสุขภาพ; ผู้สูงอายุ; ปัจจัยกำหนดสุขภาพ; ชุมชน

วันรับ: 2 มี.ค. 2569

วันแก้ไข: 13 เม.ย. 2569

วันตอบรับ: 16 เม.ย. 2569

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2564 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ภายในปี พ.ศ. 2578⁽¹⁾ การเปลี่ยนแปลงนี้สร้างผลกระทบต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม โดยเฉพาะปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable

diseases; NCDs) ภาวะพึ่งพิง และความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพชีวิต^(2,3)

องค์การอนามัยโลกเน้นย้ำว่า การจัดการปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไม่ควรมุ่งเพียงการรักษาแต่ต้องเน้น การสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion) และการป้องกัน (prevention) เป็นหลัก⁽³⁻⁵⁾ กรอบ Ottawa Charter for Health Promotion เสนอแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพที่ครอบคลุม 5 มิติ ได้แก่ (1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

(2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (3) การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ (5) การปรับระบบบริการสุขภาพ⁽⁴⁾ ซึ่งเป็นแนวทางที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในสังคมสูงอายุไทยได้อย่างเหมาะสม

ในระดับประเทศ รัฐบาลได้บรรจุประเด็นการดูแลผู้สูงอายุไว้ในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชากร⁽⁶⁾ นอกจากนี้ แบบจำลอง Determinants of Health ของ Dahlgren และ Whitehead ได้ชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยกำหนดสุขภาพครอบคลุมทั้งปัจจัยชีวภาพ พฤติกรรม ปัจจัยทางสังคม-เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม⁽⁷⁾ ซึ่งสามารถใช้เป็นกรอบวิเคราะห์ที่สอดคล้องกับบริบทสุขภาพผู้สูงอายุไทย

เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีมากกว่าหนึ่งล้านคนทั่วประเทศ⁽⁸⁾ ถือเป็นกำลังหลักที่ช่วยเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพกับประชาชน โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร อสม. ไม่เพียงทำหน้าที่คัดกรองโรคหรือดูแลพื้นฐาน แต่ยังมีบทบาทสำคัญในการจัดกิจกรรมสุขภาพ ส่งเสริมการออกกำลังกาย ป้องกันการหกล้ม และสนับสนุนการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพ^(9,10)

ดังนั้น บทความนี้มุ่งทบทวนมาตรการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทย โดยใช้กรอบ Ottawa Charter for Health Promotion และ Determinants of Health model เป็นฐานวิเคราะห์ เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้ที่สามารถนำไปใช้พัฒนาเชิงนโยบายและการปฏิบัติในระดับชุมชนและประเทศได้อย่างเหมาะสม⁽¹¹⁾

วิธีการศึกษา

บทความนี้เป็นการทบทวนเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทยผ่าน อสม. โดยใช้กรอบแนวคิด Ottawa Charter for Health Promotion⁽⁴⁾ และ Determinants of Health model^(6,7) ในการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลแหล่งข้อมูลและการค้นหา

การค้นหาเอกสารดำเนินการจากฐานข้อมูลวิชาการระหว่างประเทศและในประเทศ ได้แก่ PubMed (National Library of Medicine), Scopus (Elsevier), และ ThaiJo

(Thai Journal Online) ในช่วงปี พ.ศ. 2563-2568 โดยใช้คำค้นภาษาอังกฤษ ได้แก่ “Village Health Volunteers” or “VHVs” or “Community Health Volunteers” and “Thailand” and “Older Adults” or “Elderly” or “Ageing” and “Health Promotion” or “Community Health” or “Primary Health Care” และคำค้นภาษาไทย ได้แก่ “อาสาสมัครสาธารณสุข” or “อสม.” and “ผู้สูงอายุ” and “การสร้างเสริมสุขภาพ” or “สุขภาพชุมชน” นอกจากนี้ยังค้นหาเอกสารนโยบายและรายงานจากกระทรวงสาธารณสุข^(8,9) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)⁽¹⁰⁾ สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ⁽¹⁾ และองค์การอนามัยโลก⁽⁵⁾

เกณฑ์การคัดเลือกเอกสาร

บทความและเอกสารที่นำมาทบทวนต้องเป็นบทความวิจัยหรือบทความวิชาการที่ตีพิมพ์ในวารสารที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (peer-reviewed)⁽²⁾ เอกสารนโยบายและรายงานจากหน่วยงานภาครัฐและองค์การระหว่างประเทศที่เชื่อถือได้⁽³⁾ เนื้อหาเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยผ่าน อสม.⁽⁴⁾ เอกสารที่ตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2568 สำหรับงานวิจัยหลัก และเอกสารสำคัญก่อนปี พ.ศ. 2563 สำหรับกรอบแนวคิดและทฤษฎีพื้นฐาน⁽⁵⁾ และเอกสารที่เขียนเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ เกณฑ์คัดออกได้แก่ บทความที่ไม่เกี่ยวข้องกับบริบทประเทศไทย บทความที่ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของ อสม. และบทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์เป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ

ผลการค้นหาและการคัดเลือก จากการค้นหาเบื้องต้นพบเอกสารที่เกี่ยวข้อง 156 รายการ หลังจากคัดกรองตามเกณฑ์การคัดเลือกและกำจัดเอกสารซ้ำซ้อนได้เอกสารที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด 39 รายการ ประกอบด้วยบทความวิจัยต้นฉบับ 18 รายการ บทความพื้นวิชา 8 รายการ และเอกสารนโยบายและรายงานหน่วยงาน 13 รายการ⁽¹¹⁻³⁶⁾

การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล เอกสารที่คัดเลือกได้ถูกวิเคราะห์และสังเคราะห์ตามกรอบ Ottawa Charter for Health Promotion 5 มิติ⁽⁴⁾ ได้แก่ (1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (3) การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ (5) การปรับระบบ

บริการสุขภาพ นอกจากนี้ยังใช้กรอบ Determinants of Health model^(6,7) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อผู้สูงอายุในบริบทประเทศไทย

การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Building Healthy Public Policy)

นโยบายสาธารณะเป็นกลไกสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับประเทศ โดยประเทศไทยมีการกำหนดยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ที่ให้ความสำคัญกับการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ⁽⁶⁾ นโยบายดังกล่าวครอบคลุมการจัดสรรทรัพยากรด้านสาธารณสุข การส่งเสริมสิทธิด้านสุขภาพ และการจัดระบบดูแลระยะยาว (long-term care; LTC) ซึ่งดำเนินการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage; UHC) ถือเป็นหนึ่งในนโยบายที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นโดยไม่มีภาระค่าใช้จ่ายสูง⁽¹²⁾ อย่างไรก็ตาม ความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการยังคงมีอยู่ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและห่างไกล ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยกลไกชุมชนอย่างอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงสิทธิประโยชน์ได้จริง⁽⁸⁾

งานวิจัยยืนยันว่า อสม. มีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานระหว่างครัวเรือนกับระบบบริการสุขภาพ เช่น การแจ้งสิทธิด้านการรักษาพยาบาล การช่วยเหลือในการลงทะเบียน และการติดตามผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง^(9,10,13) สิ่งนี้แสดงให้เห็นว่า การมี อสม. ในพื้นที่ช่วยเสริมศักยภาพของนโยบายสาธารณะ ทำให้นโยบายไม่เพียงอยู่ในเอกสารเชิงนโยบาย แต่ถูกนำไปสู่การปฏิบัติจริงในระดับครัวเรือนและชุมชน

การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Creating Supportive Environments)

สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเหมาะสมมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการป้องกัน

การบาดเจ็บจากการหกล้ม ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุไทยและเป็นสาเหตุหลักของการเกิดความพิการและการพึ่งพิง⁽¹⁶⁾ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพจึงเป็นหนึ่งในแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพที่สำคัญ

ในระดับครัวเรือน อสม. มีบทบาทในการเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม เช่น การติดตั้งราวจับในห้องน้ำ การจัดแสงสว่างให้เพียงพอ และการจัดเก็บสิ่งของที่อาจก่อให้เกิดการสะดุด⁽¹⁷⁾ การปรับปรุงดังกล่าวช่วยลดความเสี่ยงต่อการหกล้มและเพิ่มความมั่นใจให้ผู้สูงอายุในการใช้ชีวิตประจำวัน

ในระดับชุมชน อสม. มักทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสุขภาพเพื่อจัดกิจกรรมสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย เช่น การปรับปรุงลานออกกำลังกายกลางแจ้ง หรือการรณรงค์ “ชุมชนปลอดภัย” ที่เน้นการจัดการทางเดินถนนและพื้นที่สาธารณะให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ⁽¹⁸⁾

งานวิจัยยืนยันว่า การมีส่วนร่วมของ อสม. ในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมทั้งในบ้านและชุมชน มีผลชัดเจนต่อการลดอัตราการหกล้ม เพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหว และส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ^(19,20) สิ่งนี้สะท้อนว่าการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน โดยมี อสม. เป็นตัวกลางสำคัญในการขับเคลื่อน

การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (Strengthening Community Action)

การมีส่วนร่วมของชุมชนถือเป็นกลไกสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุไม่เพียงได้รับอิทธิพลจากปัจจัยส่วนบุคคล แต่ยังขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของเครือข่ายชุมชนและสังคมโดยรวม⁽¹⁹⁾ การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญต่อการลดความโดดเดี่ยว ส่งเสริมสุขภาพจิต และสร้างโอกาสในการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่า ในหลายพื้นที่ของประเทศไทย อสม. ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน (facilitator) ที่เชื่อมโยงผู้สูงอายุกับกิจกรรมของชุมชน เช่น การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมออกกำลังกายหมู่บ้าน และการบูรณาการกิจกรรม

สุขภาพกับงานบุญประเพณีท้องถิ่น^(21,22) สิ่งเหล่านี้ไม่เพียงสร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม แต่ยังช่วยสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง งานวิจัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า การจัดกิจกรรมโดย อสม. เช่น โครงการส่งเสริมสุขภาพจิตและกิจกรรมสังคมสำหรับผู้สูงอายุ สามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความพึงพอใจในชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽²³⁾ นอกจากนี้การมีส่วนร่วมในกิจกรรมยังช่วยสร้างทุนทางสังคม (social capital) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพในระยะยาว⁽²²⁾

ดังนั้น การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยมี อสม. เป็นแกนกลาง ไม่เพียงช่วยลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ แต่ยังเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายชุมชนและความยั่งยืนของมาตรการสร้างเสริมสุขภาพในสังคมสูงอายุไทย

การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Developing Personal Skills)

การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และคงคุณภาพชีวิตที่ดีแม้ในสังคมสูงอายุ⁽²⁴⁾ ในบริบทของประเทศไทย ผู้สูงอายุจำนวนมากยังขาดทักษะด้านโภชนาการที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่ปลอดภัย และการจัดการความเครียดหรือสุขภาพจิต ซึ่งเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)⁽²⁵⁾

อสม. มีบทบาทสำคัญในการถ่ายทอดความรู้และสร้างทักษะดังกล่าวผ่านกิจกรรมสุขศึกษา เช่น การสอนการออกกำลังกายที่เหมาะสม การแนะนำเมนูอาหารสุขภาพ และการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต⁽²⁶⁾ นอกจากนี้ อสม. ยังทำหน้าที่เป็นต้นแบบ (role model) ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และสร้างแรงบันดาลใจให้ผู้สูงอายุในชุมชน⁽²⁷⁾

หลักฐานเชิงประจักษ์ชี้ว่า กิจกรรมสุขศึกษาที่ อสม. จัดขึ้นสามารถส่งผลให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้จริง เช่น ลดการบริโภคเกลือและน้ำตาล เพิ่มการออกกำลังกาย และมีระดับความเครียดลดลง⁽²⁸⁾ สิ่งนี้สะท้อนว่าการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุไม่เพียงช่วยลดปัจจัยเสี่ยงโรค แต่ยังเพิ่มพลังในการดูแลสุขภาพตนเองและยืดระยะเวลาการพึ่งพิงออกไป

การปรับระบบบริการสุขภาพ (Reorienting Health Services)

ระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อสังคมสูงอายุ จำเป็นต้องปรับจากการมุ่งเน้นการรักษาโรค มาเป็นการป้องกันและการสร้างเสริมสุขภาพ⁽²⁹⁾ ในประเทศไทย แม้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้โดยไม่ต้องกังวลค่าใช้จ่ายสูง⁽³⁰⁾ แต่ยังคงพบความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและห่างไกล⁽³¹⁾ อสม. มีบทบาทสำคัญในการเชื่อมต่อผู้สูงอายุกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เช่น การติดตามผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว การนัดหมายตรวจสุขภาพประจำปี และการสนับสนุนให้เข้ารับบริการฉีดวัคซีน^(8,32) งานวิจัยในชนบทไทยพบว่า ชุมชนที่มีการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดระหว่าง อสม. และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีอัตราการเข้ารับบริการเชิงป้องกันและฟื้นฟูสูงกว่าชุมชนที่ไม่มีเครือข่ายดังกล่าว⁽³²⁾

วิจารณ์

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทยผ่าน อสม. เป็นกลไกที่มีความเข้มแข็งและครอบคลุมในหลายมิติ สอดคล้องกับกรอบแนวคิด Ottawa Charter for Health Promotion⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานในบริบทประเทศไทยยังมีประเด็นที่ควรได้รับการพิจารณาเพิ่มเติม

การเปรียบเทียบบริบทระหว่างประเทศเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่มีสังคมสูงอายุในภูมิภาคเอเชียและทั่วโลก เช่น ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ และสิงคโปร์ พบว่าประเทศเหล่านี้มีระบบบริการสุขภาพที่เน้นเทคโนโลยีและบุคลากรมืออาชีพเป็นหลัก ในขณะที่ประเทศไทยอาศัยกลไกอาสาสมัครในชุมชน ซึ่งมีข้อได้เปรียบด้านความใกล้ชิดกับประชาชนและความเข้าใจบริบทท้องถิ่น^(8,9) แต่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการสนับสนุนอย่างเป็นระบบ⁽³⁶⁾ นอกจากนี้ ประสพการณ์จากประเทศพัฒนาแล้วแสดงให้เห็นว่าการบูรณาการระหว่างระบบบริการสุขภาพ ชุมชน และเทคโนโลยีดิจิทัล เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ^(28,30,34)

ปัจจัยสนับสนุนที่ควรนำมาปรับใช้ในประเทศไทย จากประสบการณ์ของประเทศต่างๆ มีปัจจัยสนับสนุนที่ไทย ควรพิจารณานำมาใช้ได้แก่ (1) การบูรณาการเทคโนโลยี- ดิจิทัลในการติดตามและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น แอปพลิเคชันบันทึกข้อมูลสุขภาพและการใช้ระบบ telemedicine เพื่อลดภาระของ อสม. และเพิ่มประสิทธิภาพ การดูแล⁽³⁴⁾ (2) ระบบคำตอบแทนและสวัสดิการที่เหมาะสม สำหรับ อสม. เพื่อรักษาแรงจูงใจและลดอัตราการลาออก⁽³⁶⁾ (3) การพัฒนากิจกรรมอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะด้านสุขภาพจิต การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการใช้เทคโนโลยี^(22,25,35) และ (4) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชน และภาคประชาสังคม^(19,20,36)

ข้อจำกัดของการดำเนินงานปัจจุบัน แม้ อสม. จะมีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แต่ยังมีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ (1) ภาระงานที่เพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุจำนวนมาก และ อสม. มีจำนวนไม่เพียงพอ^(11,12) (2) การขาดแคลน งบประมาณและทรัพยากรโดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล^(29,36) (3) อสม. บางส่วนเองก็เป็นผู้สูงอายุ อาจมีข้อจำกัดด้าน สุขภาพและความสามารถในการเรียนรู้เทคโนโลยีใหม่^(24,35) และ (4) ความไม่ต่อเนื่องของนโยบายและการสนับสนุน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารหรือทิศทางนโยบาย⁽⁶⁾ ดังนั้น เพื่อให้การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่าน อสม. มีความยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีการสนับสนุน อย่างเป็นระบบ ทั้งด้านนโยบาย งบประมาณ การพัฒนา ศักยภาพ และการบูรณาการเทคโนโลยี^(33,35) รวมถึงการ สร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วนเพื่อเสริมความเข้มแข็ง ของระบบ อสม. และความยั่งยืนของสังคมสูงอายุไทย⁽³⁶⁾

อย่างไรก็ตาม ความท้าทายยังคงมีอยู่ เช่น ภาระงาน ของ อสม. ที่เพิ่มขึ้น ความไม่เพียงพอของงบประมาณ และความเหลื่อมล้ำของทรัพยากรระหว่างพื้นที่⁽³⁵⁾ ดังนั้น การสนับสนุนเชิงนโยบายและการพัฒนาศักยภาพ อสม. อย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น⁽³⁶⁾

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาศักยภาพ อสม.

จัดอบรมต่อเนื่องด้านสุขภาพผู้สูงอายุ สุขภาพจิต และ ทักษะดิจิทัล เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทสังคมที่เปลี่ยนไป⁽³⁶⁾

2. สนับสนุนงบประมาณและนโยบายท้องถิ่น

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดสรรงบประมาณ สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รวมถึงให้ คำตอบแทนที่เหมาะสมแก่ อสม.⁽³⁶⁾

3. สร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วมของชุมชน

บูรณาการความร่วมมือระหว่างครอบครัว ชุมชน- ผู้สูงอายุ โรงเรียน และวัด เพื่อสร้างสังคมที่เอื้อต่อสุขภาพ ผู้สูงอายุ^(20,21)

4. ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

พัฒนาแอปพลิเคชันติดตามสุขภาพและใช้สื่อออนไลน์ เผยแพร่ความรู้เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของผู้สูงอายุและ ครอบครัว⁽³⁵⁾

5. การวิจัยและประเมินผลต่อเนื่อง

สนับสนุนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่อสม. และชุมชน มีส่วนร่วม เพื่อปรับปรุงแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน⁽³⁵⁾

ประเทศไทยกำลังเผชิญความท้าทายจากการเข้าสู่ สังคมสูงอายุ การสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญ ที่ช่วยลดภาระโรคและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กรอบ Ottawa Charter for Health Promotion และ Determinants of Health Model ช่วยให้เห็นภาพ การดำเนินงานเชิงองค์รวมที่ครอบคลุมหลายมิติ โดยมี อสม. เป็นกลไกหลักในการเชื่อมโยงนโยบาย ระบบบริการ และครัวเรือน^(4,8,9)

หลักฐานจากงานวิจัยในประเทศไทยยืนยันว่าการ ดำเนินงานของ อสม. มีผลชัดเจนต่อการลดความเสี่ยง สุขภาพ การเสริมสร้างทักษะ และการสนับสนุนผู้สูงอายุ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น^(17,21,23,28,32) ดังนั้น การสนับสนุน อสม. อย่างเป็นระบบทั้งด้านงบประมาณ การพัฒนา ศักยภาพ และการบูรณาการกับนโยบายท้องถิ่นและระดับชาติ จึงเป็นกุญแจสำคัญที่จะทำให้การสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุไทยยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ⁽³³⁻³⁶⁾

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2565.
2. United Nations. World population ageing 2020 highlights. New York: United Nations; 2020.
3. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015.
4. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: World Health Organization; 1986.
5. World Health Organization. Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2017.
6. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 พ.ศ. 2566-2570. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2565.
7. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Futures Studies; 1991.
8. Ministry of Public Health. Village health volunteers: Thailand's primary health care backbone. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2019.
9. Sirikanokwilai N, Kespichayawattana J, Chandoevmit W, Sittitrai W. Community health volunteers and elderly care: Thailand's experience. WHO South-East Asia J Public Health 2018;7(1):72-9.
10. Phanchaoenworakul K, Kaewkungwal J, Singhasivanon P. The role of VHVs in community health promotion in Thailand. Open Public Health J 2022;15:e187494452203210.
11. United Nations Population Fund. Caring for an ageing population in Thailand. Bangkok: United Nations Population Fund; 2021.
12. Bloom DE, Chatterji S, Kowal P, Lloyd-Sherlock P, McKee M, Rechel B, et al. Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. Lancet 2015;385(9968):649-57.
13. บัณฑิต จันพานิช, เวรกา วงษ์มณี, นารัก จิตานูตร. การเสริมสร้างความเข้มแข็งในชุมชน: บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลทหารบก 2566;24(3):23-30.
14. Thipsung R, Yodmalee B, Sompong S. Effectiveness of community health volunteer-led programs in promoting physical activity among older adults in Thailand. BMC Public Health 2023;23:455.
15. World Health Organization. Global report on falls prevention in older age. Geneva: World Health Organization; 2007.
16. Thipsung R, Yodmalee B, Sompong S. Fall prevention program for community-dwelling older adults: the role of village health volunteers. Thailand Nurs Health Sci J 2022;46(2):55-67.
17. Pantong U, Trapero I, Jareaprapal U. Analysis and prevention of falls among community-dwelling older adults in southern Thailand. J Adv Nurs 2024;80(5):2121-36.
18. World Health Organization. Social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2021.
19. อุบลวรรณ เรือนทองดี, ยุพา จิพัฒน์กุล. การเสริมสร้างกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นฐาน. วารสารพยาบาลทหารบก 2565;23(1):274-82.
20. ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, จิราพร วรวงศ์, ชัญญาวิรุฬห์ ไซยวงศ์, อัจฉรา คำมะทิตย์. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตอีสานตอนบน. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2559;17(3):133-44.
21. Putnam RD. Social capital: measurement and consequences. Can J Policy Res 2001;2(1):41-51.
22. Khanthavudh C, Grealish A, Tzouvara V, Leamy M. Supporting healthcare in rural communities in Thailand: an exploratory qualitative study to understand the role and current mental health practices of village health volunteers. PLoS One 2025;20(3):e0320559.
23. World Health Organization. Decade of healthy ageing: baseline report. Geneva: World Health Organization; 2020.

24. Knodel J, Teerawichitchainan B. Older persons and family support in Thailand: changing patterns, vulnerabilities and policy challenges. *Ageing Soc* 2017;37(4):897–922.
25. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยุคใหม่. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2554.
26. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal. *Health Promot Int* 2000;15(3):259–67.
27. 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. *J Health Res* 2026;40(1):105–16.
28. World Health Organization. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: World Health Organization; 2017.
29. Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Patcharanarumol W. Equity in health and health care in Thailand. *Health Syst Reform* 2018;4(3):1–10.
30. United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. Ageing and long-term care systems in Asia. Bangkok: United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific; 2021.
31. Kitnarong N, Muangpaisan W, Kawee Wongprasert P, Luerithiphong S, Apinuntavech S, Manaboriboon B, et al. Electronic health databases and surveys for community-specific health promotion, prevention, and interventions: the Bangkoknoi Model Project (BANMOP). *BMC Health Serv Res* 2025;25:678.
32. World Health Organization. Health promotion: a discussion document on the concept and principles. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1984.
33. World Health Organization. Digital health for older adults: challenges and opportunities. Geneva: World Health Organization; 2021.
34. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐานของ อสม. ในผู้สูงอายุและกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2566.
35. Hanson K, Brikci N, Erlangga D, Alebachew A, De Allegri M, Balabanova D, et al. The Lancet Global Health Commission on Financing Primary Health Care: putting people at the centre. *Lancet Glob Health* 2022;10(5):e715–72.
36. Phancharoenworakul K, Kaewkungwal J, Singhasivanon P. Monitoring and evaluation framework for VHVs in health promotion of elderly. *Open Public Health J* 2023;16:e187494452308150.

Health Promotion Measures for Older Adults in Thailand through Village Health Volunteers

Phonthanapat Sangwanitchapharada

Community Health Systems Management, Chiang Mai Rajabhat University, Chiang Mai Province, Thailand

Abstract

Thailand has officially become an aged society, with older adults accounting for 20% of the population in 2021 and projected to reach 30% by 2035. This demographic transition poses significant health, economic, social challenges, particularly in relation to non-communicable diseases (NCDs), dependency, and declining quality of life. Health promotion has therefore become a critical strategy, guided by the Ottawa Charter for Health Promotion, which emphasizes creating supportive environments, empowering communities, and developing personal skills. Village health volunteers (VHVs), with over one million members across Thailand, serve as the backbone of community health systems. VHVs play essential roles in elderly health promotion, including facilitating access to health rights and policies, creating safe living environments, fostering community participation, improving nutrition and physical activity, and reorienting local health services. This article aims to synthesize evidence on elderly health promotion in Thailand through VHVs, applying the Ottawa Charter for Health Promotion and the Determinants of Health model as conceptual frameworks. Literature was searched from PubMed, Scopus, and ThaiJo databases between 2020 and 2025. Findings highlight that VHVs are not merely supporters of health service delivery but also critical actors in promoting elderly health at household and community levels. Strengthening policy support, financial resources, and VHV capacity is vital to ensure sustainability and resilience of elderly health promotion in the Thai context.

Keywords: village health volunteers; health promotion; older adults; health determinants; community

เครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่: กระบวนการและผลที่ได้จากการถอดบทเรียน การดำเนินงาน ระหว่างปี พ.ศ. 2548–2565

ประวิตร เจนวรรณกุล¹ ฐานิยา กลิ่นโสภณ²

¹ เครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ สภากายภาพบำบัด กรุงเทพมหานคร

² ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

เครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ภายใต้การกำกับของสภากายภาพบำบัด เริ่มดำเนินการส่งเสริมให้นักกายภาพบำบัดมีส่วนร่วมในการควบคุมการบริโภคยาสูบมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 บทความนี้มีวัตถุประสงค์หลักคือ บรรยายกระบวนการถอดบทเรียนการทำงานของเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ระหว่างปี พ.ศ. 2548–2565 และมีวัตถุประสงค์รอง คือ รายงานผลที่ได้จากการถอดบทเรียนเกี่ยวกับปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้นักกายภาพบำบัดมีส่วนร่วมในการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างยั่งยืน กระบวนการถอดบทเรียนการทำงานของเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ระหว่างปี พ.ศ. 2548–2565 ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 แต่งตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบการถอดบทเรียนขึ้นมา ขั้นตอนที่ 2 คณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้งประชุมหารือเพื่อกำหนดกรอบเนื้อหาที่จะถอดบทเรียน ข้อมูลที่จะรวบรวม และแนวทางการเก็บข้อมูล ขั้นตอนที่ 3 ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถามออนไลน์ ขั้นตอนที่ 4 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาโดยใช้เครื่องมือ “กรอบเหตุผลสัมพันธ์ (logical framework)” ขั้นตอนที่ 5 ทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในเชิงลึก และขั้นตอนที่ 6 สรุปผลที่ได้จากการถอดบทเรียน กระบวนการถอดบทเรียนนำไปสู่การค้นพบสามปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้นักกายภาพบำบัดมีส่วนร่วมในการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างยั่งยืน ได้แก่ (1) การเลือกคนทำงาน (2) การขับเคลื่อนงานอย่างต่อเนื่อง และ (3) การมีเครือข่ายที่เข้มแข็ง หรือเรียกว่า “โมเดล 3ค” เนื้อหาในบทความนี้อาจเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานด้านการมีส่วนร่วมของบุคลากรสุขภาพในการควบคุมการบริโภคยาสูบในหมู่ประชาชนต่อไป

คำสำคัญ: การสูบบุหรี่; กายภาพบำบัด; ชุมชน; บุคลากรสุขภาพ

วันรับ: 21 ก.พ. 2569

วันแก้ไข: 24 มี.ค. 2569

วันตอบรับ: 29 มี.ค. 2569

บทนำ

สภากายภาพบำบัด ซึ่งเป็นองค์กรภายใต้พระราชบัญญัติวิชาชีพกายภาพบำบัด พ.ศ. 2547⁽¹⁾ ได้จัดตั้ง “เครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่” ขึ้นหลังจากเข้าร่วมการประชุมกับเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ เมื่อวันที่พฤหัสบดีที่ 18 สิงหาคม พ.ศ. 2548 ณ ห้องประชุมแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ชั้น 4 อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ตามคำเชิญของศาสตราจารย์เกียรติคุณ พญ.สมศรี เผ่าสวัสดิ์ ประธานเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ (ในขณะนั้น)

ในระยะแรกเริ่มก่อตั้งเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ (พ.ศ. 2548-2553) พบประเด็นว่า มีนักกายภาพบำบัดจำนวนน้อยที่ทราบถึงผลกระทบของพิษภัยของบุหรี่ต่อผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ที่มารับบริการกายภาพบำบัด นอกเหนือจากผู้ป่วยที่เป็นโรคทางระบบหายใจ หัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่า บุหรี่มีพิษภัยต่อระบบหายใจ หัวใจและหลอดเลือดของมนุษย์ ดังนั้น คณะกรรมการอำนวยการเครือข่ายฯ จึงได้กำหนดเป้าหมายการทำงานในระยะนี้คือ การสร้างความตระหนักให้นักกายภาพบำบัดในการมีส่วนร่วมควบคุมการบริโภคยาสูบในผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคที่มารับบริการกายภาพบำบัด ไม่เฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคทางระบบหายใจ หัวใจและหลอดเลือด เท่านั้น

ต่อมา เครือข่ายฯ เล็งเห็นถึงความสำคัญของการสร้างนักกายภาพบำบัดรุ่นใหม่ที่มีทั้งความตระหนักรู้และสมรรถนะในการช่วยให้ผู้ป่วยและคนรอบข้าง ลด ละ เลิก บุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้พัฒนาแผนงานที่มุ่งเป้าไปที่นิสิตนักศึกษากายภาพบำบัดในสถาบันการศึกษาทั่วประเทศ (พ.ศ. 2553-2559) พร้อมกับขยับเป้าหมายการทำงาน จาก “การสร้างความตระหนักรู้” ไปสู่ “การเสริมสร้างสมรรถนะ” ให้แก่นักกายภาพบำบัด เพื่อช่วยผู้ป่วยและคนรอบข้าง ลด ละ เลิก บุหรี่

การปรับเป้าหมายของเครือข่ายฯ เกิดขึ้นอีกครั้ง ในปี พ.ศ. 2559 โดยมีแนวคิดว่าการให้การทำงานควบคุมการบริโภคยาสูบโดยนักกายภาพบำบัดมีความยั่งยืน จึงควรแสวงหานักกายภาพบำบัดมาร่วมงานกับเครือข่ายฯ เพิ่มขึ้น จึงให้ความสำคัญกับการสร้างเครือข่ายกายภาพบำบัด

เพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ให้เกิดขึ้นในภูมิภาคต่างๆ ทั่วประเทศ นอกจากนี้ ยังเห็นว่า ในการขยายงานออกไปสู่ภูมิภาคทั่วประเทศนั้น ควรมีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ให้เกิดประโยชน์ เพื่อเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นสำหรับนักกายภาพบำบัด และลดความสิ้นเปลืองงบประมาณ จึงพัฒนาเว็บไซต์เครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ (www.ptnosmoke.com) และ Facebook PTnosmoke เพื่อเป็นระบบเสริมแรงให้กับนักกายภาพบำบัดในการทำงานควบคุมการบริโภคยาสูบในหมู่ประชาชนไทย

จากการดำเนินงานของเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 จนกระทั่งถึงปัจจุบัน ภายใต้การสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จากวันที่นักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่ไม่ได้ตระหนักถึงบทบาทการมีส่วนร่วมควบคุมการบริโภคยาสูบ จนถึงวันที่เกิดเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ในภูมิภาคต่างๆ ทั่วประเทศ ถือว่าเป็นการเดินทางอันยาวไกล ผ่านปัญหาและอุปสรรคต่างๆ มากมาย คณะกรรมการอำนวยการเครือข่ายฯ เล็งเห็นถึงองค์ความรู้ที่เกิดจากการทำงาน หรือความรู้แบบฝังลึก (tacit knowledge) ซึ่งสั่งสมมาตลอดระยะเวลาเกือบ 17 ปี จึงมีดำริให้ถอดบทเรียนการทำงาน ของเครือข่ายฯ เพื่อสกัดองค์ความรู้ที่เกิดจากการทำงานที่ผ่านมา อันจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนางานของเครือข่ายฯ ต่อไป รวมถึงเป็นกรณีศึกษาสำหรับผู้สนใจ เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องและเหมาะสมกับการทำงานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันต่อไป จึงเกิดเป็นหนังสือชื่อ “เครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่: ถอดบทเรียนการดำเนินงานปีพ.ศ. 2548-2565” ขึ้นมา⁽²⁾

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายกระบวนการถอดบทเรียนการทำงานของเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ระหว่างปี พ.ศ. 2548-2565 และผลที่ได้จากการถอดบทเรียน โดยเฉพาะองค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้นักกายภาพบำบัดมีส่วนร่วมในการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างยั่งยืน

วิธีการดำเนินงาน

กระบวนการถอดบทเรียนจากการทำงานของเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ระหว่างปี พ.ศ. 2548-2565 ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 แต่งตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบการถอดบทเรียนขึ้นมา ขั้นตอนที่ 2 คณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้งประชุมหารือเพื่อกำหนดกรอบเนื้อหาที่จะถอดบทเรียน ข้อมูลที่จะรวบรวม และแนวทางการเก็บข้อมูล ขั้นตอนที่ 3 ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถามออนไลน์ ขั้นตอนที่ 4 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รวบรวมมาโดยใช้เครื่องมือ “กรอบเหตุผลสัมพันธ์ (logical framework)” ขั้นตอนที่ 5 ทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในเชิงลึก และ ขั้นตอนที่ 6 สรุปผลที่ได้จากการถอดบทเรียน เป็นอันเสร็จสิ้นกระบวนการถอดบทเรียน

ขั้นตอนที่ 1 การแต่งตั้งคณะกรรมการถอดบทเรียน

คณะกรรมการอำนวยการเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ซึ่งรับผิดชอบการขับเคลื่อนงานส่งเสริมให้นักกายภาพบำบัดและนิสิตนักศึกษากายภาพบำบัด ตระหนัก มีสมรรถนะ และมีส่วนร่วมในการควบคุมการบริโภคยาสูบและบุหรี่ไฟฟ้า เพื่อส่งเสริมสุขภาวะแก่สังคม เห็นชอบแต่งตั้ง “คณะกรรมการถอดบทเรียนการทำงานควบคุมการบริโภคยาสูบของเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่” โดยมีบทบาทหน้าที่ คือ รวบรวมประสบการณ์ของผู้ทำงานควบคุมการบริโภคยาสูบของเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548-2565 เพื่อเป็นบทเรียนในการพัฒนาการดำเนินงานของเครือข่ายฯ ต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดกรอบเนื้อหาที่จะถอดบทเรียน

คณะกรรมการฯ เริ่มต้นกระบวนการถอดบทเรียนด้วยการจัดประชุมระดมสมองเพื่อกำหนดกรอบเนื้อหาที่จะถอดบทเรียน ข้อมูลที่จะรวบรวม และแนวทางการเก็บข้อมูล เมื่อได้กรอบเนื้อหาที่จะถอดบทเรียนแล้ว จึงรวบรวมกิจกรรมที่ได้ดำเนินการทั้งหมดของเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548-2565 โดยแบ่งออกเป็นกลุ่ม 3 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ผู้รับผิดชอบกิจกรรม(เป็นนักกายภาพบำบัดหรือเป็นอาจารย์)

กลุ่มที่ 2 กลุ่มเป้าหมายของการดำเนินกิจกรรม (เป็นนิสิตนักศึกษาหรือเป็นนักกายภาพบำบัด)

กลุ่มที่ 3 พื้นที่ทำกิจกรรม (เขตสุขภาพที่ 1-13)

คณะกรรมการฯ เลือกกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละกลุ่มเพื่อเก็บข้อมูล รวมถึงพิจารณากำหนดประเภทข้อมูลที่ต้องการรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่างตามกรอบเนื้อหาที่กำหนดไว้ (ดูรายละเอียดได้ในขั้นตอนที่ 3) และเห็นชอบแนวทางการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์และการสัมภาษณ์เชิงลึก ตามลำดับ

ขั้นตอนที่ 3 การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

คณะกรรมการฯ ติดต่อกลุ่มตัวอย่างทางอีเมลเพื่อขอให้ตอบแบบสอบถามออนไลน์ผ่านระบบ Google form โดยประเด็นที่ซักถามในแบบสอบถาม มีดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐาน (ชื่อกิจกรรมที่รับผิดชอบ/มีส่วนร่วม วัตถุประสงค์ของกิจกรรม ลักษณะกิจกรรม กลุ่มประชากร เป้าหมาย ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ)

2. จุดเด่นของกิจกรรม

3. จุดอ่อนของกิจกรรม

4. ปัจจัยส่งเสริมความสำเร็จของกิจกรรม

5. ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกิจกรรม

6. แนวทางการดำเนินงานที่เอื้อให้บรรลุเป้าหมาย

7. ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของวิชาชีพกายภาพบำบัดในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ต่อผู้ป่วย/ญาติ/สมาชิกในครอบครัว/ชุมชน และต่อบุคลากรทางการแพทย์

8. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อภาครัฐเพื่อส่งเสริมให้การควบคุมการบริโภคยาสูบมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

9. ความพึงพอใจต่อความสำเร็จของกิจกรรม

10. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง/แก้ไขเพื่อให้การดำเนินกิจกรรมมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยอาศัย “กรอบเหตุผลสัมพันธ์ (logical framework)”

คณะกรรมการฯ นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามออนไลน์ของกลุ่มตัวอย่าง มาวิเคราะห์ตามแนวทาง logical framework เพื่อแสดงความสัมพันธ์ระหว่างวิสัยทัศน์ วัตถุประสงค์ กิจกรรม ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ ทำให้เห็นภาพรวมการดำเนินงานในช่วงเวลาที่กำหนด (ปี พ.ศ. 2548-2565) จากนั้น จึงประชุมระดมสมองเพื่อระบุกิจกรรมที่มีความสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมาย

ของเครือข่ายฯ หรือกิจกรรมที่มีผลงานโดดเด่น เพื่อทำการสัมภาษณ์เชิงลึกต่อไป

ขั้นตอนที่ 5 การสัมภาษณ์เชิงลึก

เพื่อให้กระบวนการถอดบทเรียนมีความสมบูรณ์มากขึ้น คณะอนุกรรมการฯ แบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสัมภาษณ์เชิงลึกออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้รับผิดชอบกิจกรรมหลักและกิจกรรมย่อย คือ ผู้กำกับดูแล ประสานงาน อำนวยความสะดวก และติดตามการดำเนินงานในพื้นที่ให้เป็นไปตามนโยบายและแผนงานที่กำหนดโดยคณะกรรมการอำนวยการเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ และกลุ่มที่ 2 ผู้รับผิดชอบกิจกรรมระดับภูมิภาค คือ ผู้ปฏิบัติงานหรือลงมือทำกิจกรรมในพื้นที่

คณะอนุกรรมการฯ ประชุมระดมสมองเพื่อกำหนดประเด็นในการสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบด้วย

1. ความเป็นมาและจุดเริ่มต้นในการมีส่วนร่วม
2. เหตุการณ์ที่น่าประทับใจ
3. ปัจจัยสู่ความสำเร็จ
4. ยุทธวิธีในการทำงานให้บรรลุผล
5. เคล็ดลับการจัดการอุปสรรคหรือปัญหาที่เกิดขึ้น
6. ข้อเสนอแนะอื่นๆ

จากนั้น จึงทำการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างทีละคน เพื่อทำการสัมภาษณ์ผ่านทางระบบ Zoom โดยใช้เวลา 1-2 ชั่วโมงต่อคน

ขั้นตอนที่ 6 การสรุปผลการถอดบทเรียน

เมื่อได้รับข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกแล้ว คณะอนุกรรมการฯ ทำการถอดเทปการสัมภาษณ์ออกมาเป็นลายลักษณ์อักษร จากนั้น ทำการเรียบเรียงบทสัมภาษณ์และจึงทำการสรุปผลการถอดบทเรียน โดยเฉพาะองค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้นักกายภาพบำบัดมีส่วนร่วมในการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างยั่งยืน

ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงานตามขั้นตอนการถอดบทเรียนการทำงานของเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ระหว่างปี พ.ศ. 2548-2565 ที่กำหนดไว้ 6 ขั้นตอน มีดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การแต่งตั้งคณะอนุกรรมการถอดบทเรียน

คณะกรรมการอำนวยการเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่แต่งตั้ง “คณะอนุกรรมการถอดบทเรียนการทำงานควบคุมการบริโภคยาสูบของเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่” ซึ่งประกอบด้วยอนุกรรมการ จำนวน 7 ท่าน และที่ปรึกษา จำนวน 1 ท่าน

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดกรอบเนื้อหาที่จะถอดบทเรียน

คณะอนุกรรมการฯ ได้กำหนดกรอบเนื้อหาที่จะถอดบทเรียน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ผลลัพธ์และผลงาน ได้แก่ (1) ประโยชน์ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมควบคุมการบริโภคยาสูบของวิชาชีพกายภาพบำบัดต่อประชาชน สังคม และวิชาชีพกายภาพบำบัด (2) ผลงานเด่นของเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ และ (3) บทบาทการควบคุมการบริโภคยาสูบของนักกายภาพบำบัด

ส่วนที่ 2 ประสพการณ์การทำงานโดยเฉพาะองค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้นักกายภาพบำบัดมีส่วนร่วมในการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างยั่งยืน

จากนั้น จึงรวบรวมกิจกรรมที่ดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548-2565 มีทั้งหมด 209 กิจกรรม และคัดเลือกตามกลุ่มที่แบ่งได้ผลดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้รับผิดชอบกิจกรรม (เป็นนักกายภาพบำบัดหรือเป็นอาจารย์) จำนวน 47 กิจกรรม

กลุ่มที่ 2 กลุ่มเป้าหมายของการดำเนินกิจกรรม (เป็นนิสิตนักศึกษาหรือเป็นนักกายภาพบำบัด) จำนวน 42 กิจกรรม

กลุ่มที่ 3 พื้นที่ทำกิจกรรม (เขตสุขภาพที่ 1-13) เลือกกิจกรรมจากทุกเขตสุขภาพ ยกเว้น เขตสุขภาพที่ 1, 9, 10 และ 11

ขั้นตอนที่ 3 การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

จากแบบสอบถามที่ส่งออกไปยังผู้รับผิดชอบกิจกรรมจำนวนทั้งสิ้น 55 คน ปรากฏว่ามีผู้ตอบแบบสอบถามกลับมาจำนวน 50 คน (คิดเป็นร้อยละ 91) โดยคำตอบมีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก สะท้อนถึงประสพการณ์และมุมมองที่หลากหลายของผู้ตอบแบบสอบถาม นอกจากนี้ การใช้รูปแบบคำถามแบบปลายเปิดทำให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ด้วยเหตุนี้ คณะอนุกรรมการฯ จึงใช้เครื่องมือ “กรอบเหตุผลสัมพันธ์ (logical framework)” ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยอาศัย “กรอบเหตุผลสัมพันธ์ (logical framework)”

ขั้นตอนที่ 5 การสัมภาษณ์เชิงลึก

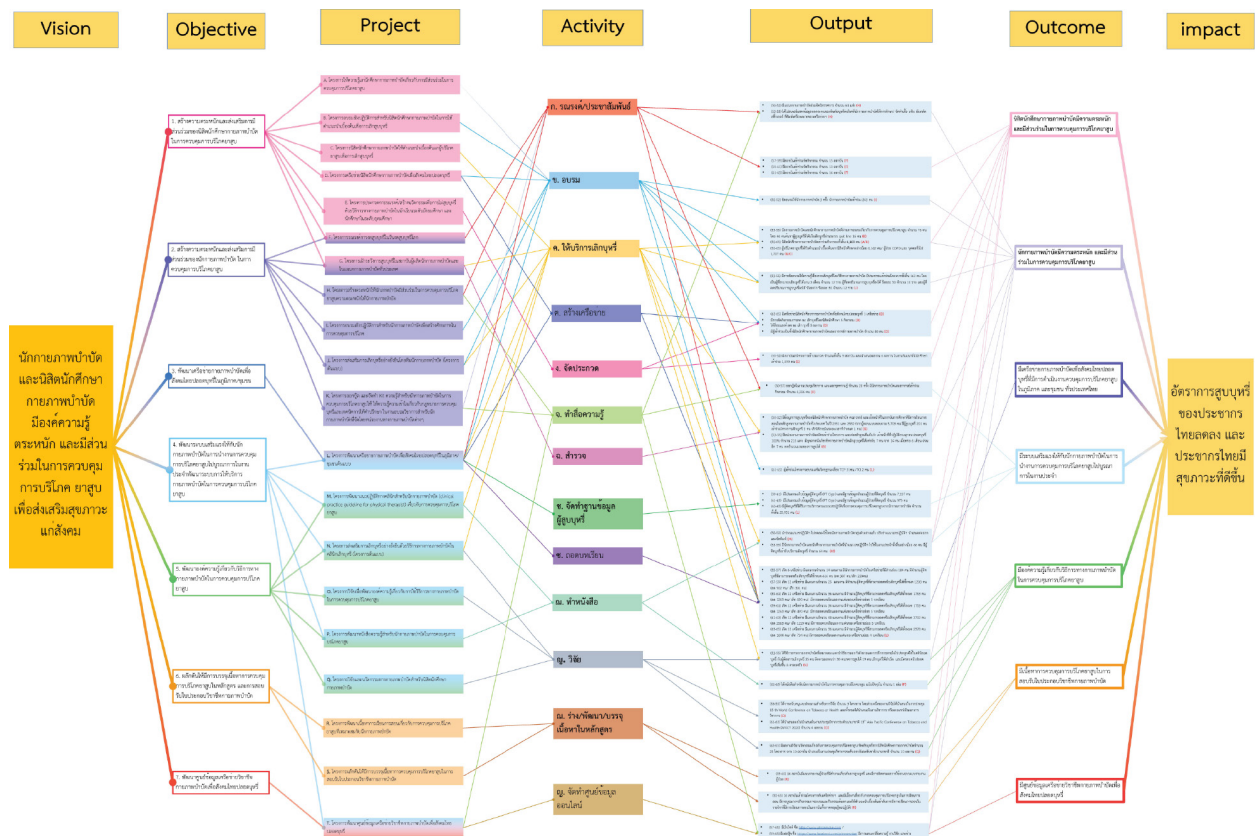
ทำการสัมภาษณ์เชิงลึก 2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้รับผิดชอบกิจกรรมหลักและกิจกรรมย่อย และกลุ่มที่ 2 ผู้รับผิดชอบกิจกรรมระดับภูมิภาค ดังตารางที่ 1 โดยทำการสัมภาษณ์ทีละคน สำหรับคำให้สัมภาษณ์สามารถหาอ่านได้จากหนังสือ “เครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่: ถอดบทเรียนการดำเนินงาน ปี พ.ศ. 2548 – 2565”⁽²⁾

ขั้นตอนที่ 6 การสรุปผลการถอดบทเรียน

ในส่วนของการสรุปผลการถอดบทเรียน จะขอกล่าวถึง
ในการวิจารณ์ผลของบทความนี้

วัตถุประสงค์หลักของการเขียนบทความนี้เพื่อบรรยายกระบวนการถอดบทเรียนการทำงานของเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ระหว่างปี พ.ศ. 2548-2565 โดยปัญหาหรืออุปสรรคอันดับแรกของการดำเนินงาน คือ การกำหนดแนวทางการถอดบทเรียน ซึ่งพบว่า ไม่ได้มีแนวทางการถอดบทเรียนที่เป็นมาตรฐานอยู่แล้ว จึงต้องใช้เวลามากในช่วงแรกเพื่อกำหนดแนวทางการถอดบทเรียน โดยกระบวนการที่ใช้ในการถอดบทเรียนครั้งนี้ เกิดจากการระดมสมองของคณะอนุกรรมการถอดบทเรียนการทำงาน ควบคุมการบริโภคยาสูบของเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ซึ่งแต่งตั้งขึ้นโดยคณะกรรมการอำนวยการเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ประกอบไปด้วย ผู้ที่ทำงานให้กับเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่มาอย่างยาวนานและต่อเนื่อง

ภาพที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยอาศัย “กรอบเหตุผลสัมพันธ์ (logical framework)”



ตารางที่ 1 รายชื่อกลุ่มตัวอย่างและประเด็นที่สัมภาษณ์เชิงลึก

ชื่อ-นามสกุล	ประเด็นที่สัมภาษณ์
กลุ่มที่ 1 ผู้รับผิดชอบกิจกรรมหลักและกิจกรรมย่อย	
1. กภ.สมใจ ลีวิเศษไพบุลย์	การขับเคลื่อนงานควบคุมการบริโภคยาสูบในวิชาชีพ กายภาพบำบัด
2. รศ. ดร. กภ.เปรมทิพย์ ทวีดิธรรม	การบริหารเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่
3. รศ. ดร. กภ.ปณดา เตชทรัพย์อมร	การสร้างเครือข่ายกายภาพบำบัดในการควบคุมการบริโภค ยาสูบในระดับภูมิภาค/ชุมชน
4. ผศ. ดร. กภ.เอกลักษณ์ สิทธิพรวรกุล	การส่งเสริมให้นิสิตนักศึกษากายภาพบำบัดมีส่วนร่วม ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ
5. ผศ. กภ.ทักษิญา พัดเกาะ	การพัฒนาศูนย์ข้อมูลของเครือข่ายกายภาพบำบัด เพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่
กลุ่มที่ 2 ผู้รับผิดชอบแผนงานระดับภูมิภาค	
1. กภ.ภูดิษ สะวิคามิน 2. กภ.อัญญาชา สาครจันทร์ 3. กภ.กนกอร ขาวสร้อย	ก. ความเป็นมาและจุดเริ่มต้นในการมีส่วนร่วม ข. เหตุการณ์ที่น่าประทับใจ ค. ปัจจัยสู่ความสำเร็จ ง. ยุทธวิธีในการทำงานให้บรรลุผล จ. เคล็ดลับการจัดการอุปสรรคหรือปัญหาที่เกิดขึ้น ฉ. ข้อเสนอแนะอื่นๆ

ตลอดจนนักวิชาการจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการ-
สร้างเสริมสุขภาพ (กภ.นันทกา แก้วเฉย) และผู้ทรงคุณวุฒิ
จากเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่
(นพ.วันชาติ ศุภจัตุรัส) ดังนั้น การคัดเลือกทีมงานถอด-
บทเรียนที่มีความหลากหลายในเชิงประสบการณ์ทั้งภายใน
และภายนอกเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่
จึงมีความสำคัญต่อความสำเร็จของการถอดบทเรียนใน
ครั้งนี้อย่างยิ่ง

การขาดประสบการณ์ในกระบวนการถอดบทเรียน
ทำให้ทีมงาน (ได้แก่ อนุกรรมการถอดบทเรียนฯ 3 คน
ที่ไปดำเนินงานตามมติของคณะอนุกรรมการถอดบทเรียนฯ)
ต้องมีการปรึกษาหารือกันบ่อยครั้งในระหว่างการรวบรวม
วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม
ออนไลน์ ตลอดจนแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก

ปัญหาอื่นๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างกระบวนการถอด-

บทเรียน อาทิ การเก็บข้อมูลผ่านแบบสอบถามออนไลน์
โดยใช้คำถามปลายเปิด แม้จะทำให้ผู้ตอบแบบสอบถาม
ได้สะท้อนความคิดเห็นหรือประสบการณ์อย่างอิสระ แต่ใน
อีกด้านหนึ่ง คำตอบที่ได้จากคำถามปลายเปิด อาจไม่ตรง
ประเด็น หรือมีความหลากหลาย อีกทั้งหลายกิจกรรม
ที่คัดเลือกมา ดำเนินการเมื่อนานมาแล้ว บางกิจกรรม
เกิดขึ้นย้อนหลังไปเกินกว่า 5-10 ปี ผู้ตอบแบบสอบถาม
จึงประสบความยากลำบากในการรำลึกถึงเหตุการณ์
เหล่านั้น คำตอบที่ได้อาจขาดความสมบูรณ์หรือไม่ชัดเจน
นอกจากนี้ วัตถุประสงค์และลักษณะของกิจกรรมของ
เครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่แปรเปลี่ยน
ไปตามช่วงเวลา ทำให้การจัดกลุ่มหรือเปรียบเทียบกัน
โดยตรง อาจไม่เหมาะสม ด้วยปัญหาทั้งหมดที่กล่าวมา
จึงทำให้การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบ-
สอบถามออนไลน์มีความซับซ้อนมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการเขียนบทความนี้ เพื่อถอดบทเรียนที่เกิดจากการทำงานของเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ระหว่างปี พ.ศ. 2548-2565 เกี่ยวกับปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้นักกายภาพบำบัดมีส่วนร่วมในการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างยั่งยืน โดยผลการถอดบทเรียนชี้ว่า มีอย่างน้อย 3 ปัจจัยสำคัญที่ช่วยขับเคลื่อนให้งานของเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่เดินไปข้างหน้า ได้แก่ “คน ความต่อเนื่อง เครือข่าย” หรือเรียกว่า โมเดล 3ค

ปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ปัจจัยแรกคือ การเลือกคนทำงาน กล่าวคือ จำเป็นต้องได้คนที่มุ่งมั่นและอุทิศตนทำงานเพื่อส่งเสริมให้นักกายภาพบำบัดมีส่วนร่วมในการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างยั่งยืนมาร่วมงาน ดังนั้น การเลือกคนให้เหมาะสมกับงานเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ มิฉะนั้น งานอาจไม่ก้าวหน้า และเมื่อต้องเปลี่ยนคนทำงานบ่อยๆ งานของเครือข่ายจะสะดุด ไม่มีความต่อเนื่อง และเกิดความสับสนในหมู่คนทำงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งจากการถอดบทเรียน ได้หลักการเลือกคนเพื่อมาทำงานส่งเสริมให้นักกายภาพบำบัดมีส่วนร่วมในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ดังนี้ (1) เลือกคนที่มีจิตตรงกัน (2) เลือกคนโดยฟังความต้องการของเขา และ (3) เลือกคนที่มีจิตสาธารณะ

การเลือกคนที่มีจิตตรงกัน จะส่งผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพและราบรื่นด้วย โดยเป้าหมายอันดับหนึ่งควรเป็นนักกายภาพบำบัดที่ทำงานในสาขากายภาพบำบัดระบบหายใจ หัวใจและหลอดเลือด เพราะควันบุหรี่เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ป่วยจนต้องมารับการรักษาทางกายภาพบำบัด ดังนั้น นักกายภาพบำบัดกลุ่มนี้มีความคุ้นเคยกับพิษภัยของบุหรี่อยู่แล้ว จึงตัดสินใจไม่ยากในการเข้าร่วมงานกับเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ อีกหนึ่งเป้าหมายคือ นักกายภาพบำบัดชุมชน เนื่องจากมีความใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่ จึงมีโอกาสมากที่จะเจอคนสูบบุหรี่ในชุมชน และเห็นความสำคัญขององค์ความรู้และทักษะในการช่วยเลิกบุหรี่

การฟังความต้องการของเขา จากการถอดบทเรียนพบว่า จำเป็นที่ผู้ชักชวนจะต้องตั้งใจฟังสิ่งที่ผู้ถูกชักชวนต้องการสื่อสารอย่างมาก เพื่อทำความเข้าใจในความต้องการของผู้ถูกชักชวน หรือ “เอาใจเขามาใส่ใจเรา” หากผู้ชักชวนฟัง

ผู้ถูกชักชวนอย่างตั้งใจ จะนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน หรือเกิดภาวะ win-win กับทุกฝ่ายได้ในที่สุด

การเลือกคนที่มีจิตสาธารณะ เนื่องจากการช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่หรือป้องกันไม่ให้เกิดนักสูบหน้าใหม่ เป็นเรื่องสาธารณะประโยชน์ จึงเป็นเรื่องที่มีความท้าทายมากในการเชิญชวนคนหนุ่มมากมาร่วมงาน แนวทางหนึ่งในการดึงดูดคนมาร่วมงาน ซึ่งค้นพบจากการถอดบทเรียนคือ การทำตัวให้เป็นตัวอย่าง (role model) ให้คนอื่นเห็นก่อน ร่วมกับการให้บุคคลต้นแบบเป็นผู้ไปชักชวนคนมาร่วมงาน โดยในระยะแรกเริ่มของการมาร่วมดำเนินงาน อาจขอให้ช่วยงานที่ง่าย ไม่ซับซ้อน หรือตรงกับความถนัดของเขาก่อน จะทำให้มีความสุขในการทำงาน และอยู่ร่วมงานกับเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ต่อไป

ปัจจัยที่สองที่ส่งผลต่อความสำเร็จของเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ คือ การขับเคลื่อนงานอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดกลางคัน ถึงแม้ว่า แผนงานแต่ละแผนงานจะมีกำหนดระยะเวลาดำเนินการ 2 ปี แต่ข้อเท็จจริงคือ การทำงานเพื่อส่งเสริมให้นักกายภาพบำบัดมีส่วนร่วมในการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างยั่งยืน เป็นงานพัฒนาที่ต้องใช้ระยะเวลายาวนาน กว่าที่จะเกิดผลลัพธ์และผลกระทบอย่างที่มีหวังไว้ นอกจากนี้ต้องยอมรับว่างานของเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่เป็นงานจิตอาสาหรือเป็นการทำงานนอกเหนือจากภารกิจหลักของตัวเอง ด้วยเหตุนี้ การขับเคลื่อนงานของเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่จึงไม่อาจเร่งให้บรรลุผลโดยเร็วได้ การทำงานอย่างต่อเนื่องจึงมีความสำคัญอย่างมาก และการวางกลยุทธ์เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการขับเคลื่อนงานของเครือข่ายจึงเป็นสิ่งที่ขาดมิได้

ปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ปัจจัยสุดท้ายคือ การสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งของนักกายภาพบำบัดที่ทำงานเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยจากการถอดบทเรียนพบว่า เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการขับเคลื่อนงานของเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ให้เดินไปข้างหน้า เป็นความประจวบเหมาะที่สภากายภาพบำบัดเล็งเห็นถึงความสำคัญของการมีเครือข่ายนักกายภาพบำบัดในแต่ละเขตสุขภาพทั่วประเทศ เพื่อขับเคลื่อนงานของวิชาชีพกายภาพบำบัด จึงได้ตั้งคณะกรรมการของสภากายภาพ-

บำบัดขึ้นมามากขึ้น คือ คณะอนุกรรมการเครือข่ายวิชาชีพกายภาพบำบัดโดยมีหน้าที่และอำนาจหลักคือ พัฒนากลไกการจัดการและขับเคลื่อนการดำเนินงานของเครือข่ายวิชาชีพกายภาพบำบัดระดับเขตสุขภาพ และระดับจังหวัด ตลอดจนประสานงานกับภาคีเครือข่ายอื่นๆ ดังนั้น เครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่จึงใช้กลไกของคณะอนุกรรมการเครือข่ายวิชาชีพกายภาพบำบัดให้เป็นประโยชน์กับการขับเคลื่อนงานส่งเสริมให้นักกายภาพบำบัดมีส่วนร่วมในการควบคุมการบริโภคยาสูบ สำหรับประโยชน์ของการทำงานเป็นเครือข่ายที่เห็นได้ชัดเจน อาทิ (1) เกิดการทำงานเป็นทีม พร้อมช่วยเหลือกัน (2) เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วม มีคนอื่นพร้อมรับผิดชอบงานต่อหากคนที่รับผิดชอบเดิมไม่สามารถทำงานต่อได้ (3) เกิดความมั่นใจและความกล้าในการทำงาน เนื่องจากมีรุ่นพี่ที่มีอาวุโสและมีประสบการณ์คอยให้คำปรึกษา (4) เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการทำงานที่มีประสิทธิภาพ และ (5) มีการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดร่วมกันเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

อาจกล่าวได้ว่า ทั้งสามปัจจัย ได้แก่ “คน ความต่อเนื่อง เครือข่าย” ส่งอิทธิพลต่อกันและกันอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ตัวอย่างเช่น หากเลือกคนทำงานที่เหมาะสม จะส่งผลดีทำให้การขับเคลื่อนงานมีความต่อเนื่อง เพราะได้คนเดิมที่มีประสบการณ์ทำงานต่อ แทนที่จะต้องค้นหาคนทำงานใหม่ ซึ่งอาจมีความเข้าใจในเนื้องานจำกัด และต้องลองผิดลองถูกกับการทำงาน ทำให้งานขาดความก้าวหน้าอย่างที่ควรจะเป็น นอกจากนี้ การทำงานอย่างต่อเนื่องโดยทีมงานชุดเดิม ส่งผลดีต่อการสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งในสองมิติ กล่าวคือ (1) ทีมงานที่ทำงานกันมานาน จะมีความรักใคร่กลมเกลียวกัน ยินดีให้ความช่วยเหลือหรือพึ่งพา หากใครคนใดคนหนึ่งไม่สามารถทำงานได้ด้วยเหตุใดๆ ก็ตามงานจะเดินต่อไปได้ และ (2) ทีมงานที่ทำงานกันมานาน จะเป็นเสมือน “พระอาทิตย์” ซึ่งมีแรงดึงดูดคนใหม่ให้เข้ามาร่วมงานได้ง่าย ด้วยเหตุนี้ เครือข่ายคนทำงานจะขยายออกทีละน้อยอย่างแข็งแกร่งและมั่นคง

การทำงานของเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ส่งผลเชิงบวกต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย จากฐานข้อมูล PT CIGAR (ฐานข้อมูลรวบรวมการให้บริการเลิกบุหรี่โดยนักกายภาพบำบัด) ซึ่งเริ่ม

ใช้งานในแผนงานเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ปี พ.ศ. 2559-2561 เป็นต้นมา พบว่า นักกายภาพบำบัดให้บริการช่วยผู้ป่วยเลิกบุหรี่ในช่วงปี พ.ศ. 2559-2565 เท่ากับ 34,234 คน แต่ในช่วงเวลาดังกล่าว ไม่ได้มีการติดตามผลการเลิกบุหรี่ ต่อมาในแผนงานเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ปี พ.ศ. 2565-2567 ได้เริ่มมีการติดตามผลการเลิกบุหรี่ พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2565-2569 (ข้อมูลสิ้นสุด เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569) นักกายภาพบำบัดให้บริการช่วยผู้ป่วยเลิกบุหรี่ เท่ากับ 80,153 คน โดยมีผู้เลิกบุหรี่สำเร็จได้มากกว่า 6 สัปดาห์ เท่ากับ 1,622 คน และมีผู้เลิกบุหรี่สำเร็จได้มากกว่า 6 เดือน เท่ากับ 509 คน จากข้อมูลนี้ มีข้อสังเกตว่า จำนวนผู้ที่ได้รับการช่วยเลิกบุหรี่จากนักกายภาพบำบัดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ อาจส่งผลให้จำนวนผู้เลิกบุหรี่สำเร็จได้มากกว่า 6 สัปดาห์ และ 6 เดือน มากขึ้นตามไปด้วย ดังนั้น การส่งเสริมให้นักกายภาพบำบัดจำนวนมากเข้าร่วมกิจกรรมของเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ อาจส่งผลดีต่อการเลิกบุหรี่ของประชาชน

สรุป

เครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ภายใต้การกำกับของสภากายภาพบำบัด ได้ดำเนินการถอดบทเรียนการทำงานเพื่อส่งเสริมให้นักกายภาพบำบัดมีส่วนร่วมในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ระหว่าง ปี พ.ศ. 2548 – 2565 เพื่อประโยชน์ในการพัฒนางานของเครือข่ายฯ ตลอดจนเป็นกรณีศึกษาเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหน่วยงานภายนอก เพื่อนำไปประยุกต์ใช้กับการทำงานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันต่อไป

กระบวนการถอดบทเรียน ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 แต่งตั้งคณะอนุกรรมการรับผิดชอบ ขั้นตอนที่ 2 กำหนดกรอบเนื้อหาที่จะถอดบทเรียน ข้อมูลที่จะรวบรวม และแนวทางการเก็บข้อมูล ขั้นตอนที่ 3 เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ ขั้นตอนที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูล ขั้นตอนที่ 5 สัมภาษณ์เชิงลึก และขั้นตอนที่ 6 สรุปผล พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ช่วยขับเคลื่อนทีมงานของเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่เดินไป

ข้างหน้า ได้แก่ (1) การเลือกคนทำงาน (2) การขับเคลื่อนงานอย่างต่อเนื่อง และ (3) การมีเครือข่ายที่เข้มแข็งการทำงานอย่างเข้มแข็งของเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ มีส่วนช่วยควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะกรรมการอำนวยการเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ตลอดจน ผู้รับผิดชอบ

แผนงานและคณะทำงานของทุกกิจกรรมภายใต้แผนงานเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ที่ได้ร่วมขับเคลื่อนงานการควบคุมการบริโภคยาสูบโดยนักกายภาพบำบัดจนบรรลุผลสำเร็จดังที่ปรากฏ ขอขอบคุณคณะกรรมการถอดบทเรียนการทำงานควบคุมการบริโภคยาสูบของเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ตลอดจนผู้พิมพ์ในหนังสือ “เครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่: ถอดบทเรียน พ.ศ. 2548-2565” ที่มีส่วนร่วมในการกระบวนการถอดบทเรียน

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติวิชาชีพกายภาพบำบัด พ.ศ. 2547. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 121, ตอนพิเศษ 65ก (ลงวันที่ 22 ตุลาคม 2547).
2. ประวีตร เจนวนรธนกุล, ฐานิยา กลิ่นโสภณ. เครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่: ถอดบทเรียน ปี พ.ศ. 2548-2565. กรุงเทพมหานคร: สภากายภาพบำบัด; 2568.

Physical Therapy Alliance Against Tobacco: Lessons Learned during the Period of 2005-2022

Prawit Janwantanakul¹, Thaniya Klinphon²

¹Physical Therapy Alliance Against Tobacco, Physical Therapy Council, Bangkok, Thailand

²Department of Physical Therapy, Faculty of Allied Health Sciences, Chulalongkorn University

Abstract

The Physical Therapy Alliance Against Tobacco under the supervision of the Physical Therapy Council has promoted the role of tobacco control among physical therapists since 2005. The main objective of this article was to describe the process of gaining lessons learned from the period between 2005 and 2022. The secondary objective was to report lessons learned regarding important factors to facilitate sustainable involvement of physical therapists in tobacco control. The process of gaining lessons learned from the period between 2005 and 2022 consisted of 6 steps. Step 1 was an appointment of a subcommittee responsible for the process. Step 2 was discussion and determination of the content framework, data required, and data acquisition by the appointed subcommittee. Step 3 was data collection from the sample group using an online questionnaire. Step 4 was data analysis using the “logical framework” tool. Step 5 was in-depth interviews of the selected sample. Step 6 was summary of the findings. The findings suggest that there are three important factors to facilitate sustainable involvement of physical therapists in tobacco control, including (1) staff selection, (2) working continuity, and (3) strong network. The findings reported in this article may be useful for promoting the role of tobacco control among healthcare personnel.

Keywords: smoking; physical therapy; community; health professional

นิโคตินถุง ผลิตภัณฑยาสูบรูปแบบใหม่ที่ใช้ในช่องปาก

วิกุล วิสาลเสถียร¹, ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์², จันทนา อึ้งชูศักดิ์¹

¹ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

² วิทยาลัยทันตแพทยศาสตร์นานาชาติ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

นิโคตินถุงเป็นผลิตภัณฑนิโคตินรูปแบบใหม่สำหรับใช้ในช่องปาก จัดทะเบียนผลิตภัณฑครั้งแรกในปี พ.ศ. 2551 และเริ่มการจำหน่ายในวงกว้างตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 เป็นต้นมา การทบทวนครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปข้อมูลปัจจุบันเกี่ยวกับลักษณะทั่วไป ความเสี่ยงต่อสุขภาพ การแพร่ระบาด และการควบคุมทางกฎหมายของผลิตภัณฑดังกล่าว นิโคตินถุงมีลักษณะเป็นซองเล็กบรรจุผงสีขาว วิธีใช้วางไว้ใต้ริมฝีปากบน มีปริมาณนิโคตินหลากหลาย ตั้งแต่ระดับต่ำไปจนถึงสูงมาก บางกรณีสูงกว่าบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า แม้การวิจัยด้านผลกระทบต่อสุขภาพยังมีจำกัด แต่หลักฐานที่มีชี้ให้เห็นว่าปริมาณนิโคตินที่สูงสามารถก่อให้เกิดการเสพติดและผลเสียต่อช่องปาก ได้แก่ อาการปากแห้ง ระคายเคืองในปากและลำคอ เยื่อเมือกเยื่อเยื่อและหนาตัวขึ้น การอักเสบเรื้อรังได้เยื่อเมือก และรอยขาว ปัจจุบันมีการใช้นิโคตินถุงในกว่า 30 ประเทศ การตลาดเติบโตอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน อีกทั้งผู้ผลิตมีแนวโน้มเพิ่มความเข้มข้นของนิโคตินมากขึ้น เนื่องจากนิโคตินที่ใช้เป็นนิโคตินสังเคราะห์ ผู้ผลิตจึงระบุว่าไม่ใช่ผลิตภัณฑยาสูบ ทำให้กฎหมายควบคุมยาสูบบางประเทศไม่ครอบคลุม ส่งผลให้มาตรการควบคุมแตกต่างกัน ตั้งแต่ห้ามใช้โดยสิ้นเชิงจนถึงควบคุมเพียงเล็กน้อย เมื่อพิจารณาว่ามีปริมาณนิโคตินเทียบเท่าหรือสูงกว่าบุหรี่ซึ่งนำไปสู่การเสพติด ประกอบกับแนวโน้มความนิยมที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มเยาวชน ประเทศไทยควรมีการติดตามการแพร่กระจายและความชุกของการใช้ผลิตภัณฑ รวมถึงมีมาตรการทางกฎหมายที่ชัดเจนต่อไป

คำสำคัญ: นิโคตินถุง; ผลิตภัณฑนิโคติน; การควบคุมยาสูบ

วันรับ: 23 เม.ย. 2569

วันแก้ไข: 30 พ.ค. 2569

วันตอบรับ: 5 มิ.ย. 2569

บทนำ

นิโคตินจัดเป็นสารเสพติดที่มีผลต่อสมอง ระบบหัวใจ และหลอดเลือด เป็นพิษ อันตรายต่อทารกในครรภ์และสตรีมีครรภ์ นิโคตินชนิดที่ใช้วางในช่องปากก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเยื่อช่องปาก ณ ตำแหน่งที่วางนิโคตินเป็นประจำ กฎหมายสหภาพยุโรปจัดนิโคตินอยู่ในกลุ่มสารเคมีที่มีพิษเฉียบพลัน โดยคณะกรรมการประเมินความเสี่ยงของสำนักงานสารเคมีแห่งสหภาพยุโรป

(European Chemicals Agency; ECHA) ได้กำหนดค่าพิษเฉียบพลันของนิโคตินที่ 5 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม และให้มีการระบุฉลากตาม EU Regulation 2018/1480⁽¹⁾

นิโคตินเข้าสู่ร่างกายได้ 2 ช่องทางหลักคือ โดยการสูบ เช่น บุหรี่มวน ไปป์ และบุหรี่ไฟฟ้า การสูบทาให้นิโคตินเข้าสู่ปอดโดยตรง ทางที่สองได้จากการใช้ทางช่องปาก นิโคตินจะดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดอย่างช้าๆ และกระจายไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย ผลิตภัณฑนิโคตินที่ใช้ทางปาก

ยังจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ (nicotine replacement therapy; NRT) ได้แก่ หมากฝรั่งนิโคติน (nicotine gum) ยาอมละลายนิโคติน (nicotine lozenge) และเม็ดนิโคตินอมใต้ลิ้น (nicotine sublingual tablet) ผลิตภัณฑ์ NRT เหล่านี้ได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลก และหน่วยงานด้านสุขภาพ เช่น Food and Drug Administration (FDA) (ประเทศสหรัฐอเมริกา) หรือสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (ไทย) ซึ่งต้องใช้ภายใต้คำแนะนำของแพทย์หรือเภสัชกร กลุ่มที่สอง เป็นผลิตภัณฑ์เพื่อความบันเทิง (non-NRT) ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ ได้แก่ นิโคตินถุง (nicotine pouch) สนุส (Snus) และยาสูบชนิดเคี้ยว (chewing tobacco)

นิโคตินถุง เป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบที่มีการดูดซึมนิโคตินเข้าสู่กระแสโลหิตผ่านเยื่อบุกระพุ้งแก้มในปาก รูปแบบเดิมเป็นยาสูบชนิดเคี้ยว และพัฒนามาเป็นสนุส (Snus) คือ ใบบายาบดละเอียดบรรจุเป็นซองเล็กๆ ใช้วางบริเวณกระพุ้งแก้มใต้ริมฝีปากบนหรือล่าง สนุสมีต้นกำเนิดจากราชอาณาจักรสวีเดนในทศวรรษ 1970 ต่อมาในปี พ.ศ. 2551 พบการจดทะเบียนนิโคตินถุงสำหรับใช้ทางปาก (oral nicotine pouches) เป็นครั้งแรก มีรูปแบบและวิธีใช้เช่นเดียวกับสนุส แต่ส่วนประกอบหลักเป็นนิโคตินสังเคราะห์ มีทั้งที่สังเคราะห์จากยาสูบ (tobacco-derived nicotine: TDN) และสังเคราะห์โดยปราศจากยาสูบ (tobacco-free nicotine; TFN)

นับจากปี พ.ศ. 2561 เป็นต้นมา นิโคตินถุงได้เข้าสู่ตลาดมากขึ้น โดยเริ่มจากในยุโรปและแพร่ไปยังประเทศต่างๆ มีการเติบโตอย่างรวดเร็ว

1. ลักษณะทั่วไปของนิโคตินถุง (nicotine pouch)

ลักษณะทั่วไปของนิโคตินถุง เป็นผงสีขาวบรรจุในซองขนาดเล็กคล้ายถุงชา (pouch) วิธีใช้ วางถุงนิโคตินใต้ริมฝีปากบนประมาณ 5 นาทีถึง 1 ชั่วโมง นิโคตินถุงมีขนาดเล็ก ทำให้สังเกตเห็นยากเมื่อสอดไว้ในปาก ส่วนประกอบของนิโคตินถุง ถูกทำจากเส้นใยวิสโคส (viscose fiber) ไม่ละลายน้ำแต่ยอมให้นิโคตินละลายผ่านได้ ภายในถุงบรรจุ (1) ผงไมโครคริสตัลลีนเซลลูโลส (microcrystalline cellulose) เป็นสารที่นิยมใช้ในอุตสาหกรรมอาหารเพื่อเป็นสารยึดเกาะและเพิ่มปริมาณ

(2) นิโคตินสังเคราะห์เป็นสารหลักในการออกฤทธิ์ มีปริมาณแตกต่างกันตามผู้ผลิตกำหนด (3) สารให้ความชุ่มชื้น ทำให้การดูดซึมนิโคตินในช่องปากเกิดได้เร็วและมากขึ้น (4) pH adjusters ปรับค่า pH ให้เหมาะสมต่อการดูดซึมนิโคตินผ่านเยื่อบุช่องปากได้มากขึ้น และ (5) สารปรุงแต่งรสชาติ มีรายงานตรวจพบโครเมียมและฟอร์มาลดีไฮด์ในผลิตภัณฑ์นิโคตินถุงบางรายการ⁽²⁾

2. ปริมาณนิโคตินในนิโคตินถุง

แหล่งผลิตระบุความเข้มข้นของนิโคตินไว้หลายระดับ ตั้งแต่อ่อน (light) ปานกลาง (medium) เข้ม (strong) เข้มพิเศษ (extra strong) การกำหนดระดับความเข้มข้นไม่มีเกณฑ์มาตรฐานแน่นอน ขึ้นกับแต่ละผู้ผลิต ทีมวิจัยของสถาบันการประเมินความเสี่ยงแห่งสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี (German Federal Institute for Risk Assessment; BfR) ทำการวิเคราะห์นิโคตินถุง 44 รายการจากผู้ผลิตหลายราย พบความเข้มข้นของนิโคตินในผลิตภัณฑ์มีตั้งแต่ 1.79 ถึง 47.5 มก./ถุง⁽¹⁾ ซึ่งเป็นปริมาณที่ค่อนข้างสูงมากกว่านิโคตินในบุหรี่ 1 มวน (10 - 20 มก.) Stanfill และคณะ⁽³⁾ สำนวนนิโคตินถุง 37 ยี่ห้อ จาก 6 บริษัทในปี พ.ศ. 2564 พบว่า มีนิโคตินอิสระ (free nicotine) 0.16 ถึง 6.07 มก./ถุง มีนิโคตินรวม (total nicotine) 1.29 ถึง 6.11 มก./ถุง และมีค่า pH 6.9 -10.1 ค่าความเป็นด่างช่วยให้การดูดซึมดีขึ้น การศึกษาทางเภสัชจลนศาสตร์พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของนิโคตินในถุงสามารถถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกายได้ โดยระดับนิโคตินในเลือดที่ตรวจพบอยู่ในช่วงที่ใกล้เคียงกับการสูบบุหรี่ทั่วไปหรือบุหรี่ไฟฟ้า อย่างไรก็ตาม พบว่าการใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีปริมาณนิโคตินสูง (30 มก.) ส่งผลให้ระดับนิโคตินในเลือดสูงกว่าการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ⁽¹⁾

3. ความเสี่ยงต่อสุขภาพของนิโคตินถุง

นิโคตินมีผลต่อสมอง ตั้งแต่ช่วงพัฒนาของทารกในครรภ์ไปจนถึงวัยรุ่น และวัยรุ่นผู้ใหญ่ตอนต้น นิโคตินทำให้เสี่ยงต่อการบกพร่องการทำงานด้านการรับรู้ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และการควบคุมตนเองลดลง⁽⁴⁾ นิโคตินมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นและความดันโลหิตสูง นิโคตินถุงที่เข้มข้น 30 มก.ขึ้นไป ส่งผลต่อหัวใจเช่นเดียวกับการสูบบุหรี่⁽⁵⁾ นิโคตินเป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์และ

สตรีมีครรภ์ โดยสามารถผ่านรกได้ตลอดระยะการตั้งครรภ์ ความเข้มข้นของนิโคตินในรก น้ำคร่ำ และซีรัมของทารก ในครรภ์จะสูงกว่าในซีรัมของมารดา⁽⁶⁾ การตรวจวัดเมื่อหลังคลอด พบว่า ความเข้มข้นของนิโคตินในน้ำนมมารดา สูงกว่าในซีรัมมารดาถึง 2.9 เท่า⁽⁷⁾ นิโคตินสูงมีผลต่อ สุขภาพช่องปาก พบการเปลี่ยนแปลงของเยื่อช่องปาก ตำแหน่งที่วางนิโคตินสูงเป็นประจำ อาการแตกต่างกันไป ตั้งแต่รอยเหี่ยวย่นเล็กน้อยไปจนถึงรอยโรคสีขาว ซึ่งสัมพันธ์ กับปริมาณนิโคตินสูงที่ใช้ต่อวันและระยะเวลาที่อยู่ใน ช่องปาก ผลข้างเคียงอื่นๆ ได้แก่ ปากแห้ง เจ็บในปาก มีตุ่มน้ำที่เหงือก และความรู้สึกแปลกๆ ที่ขากรรไกร⁽⁸⁾ ข้อมูลการศึกษาแบบ randomized controlled trial พบว่า การให้นิโคตินทดแทน (NRT) ทางปากสัมพันธ์กับ อาการเจ็บในปากและคอ (OR: 1.87; 95%CI: 1.36–2.57) และแผลในปาก (OR: 1.49; 95%CI: 1.05–2.20)⁽⁹⁾ การศึกษาของ Miluna-Meldere และคณะ⁽¹⁰⁾ รายงานกรณี ผู้ป่วย 5 ราย ที่ตรวจพบการเปลี่ยนแปลงของเยื่อช่องปาก ณ ตำแหน่งที่วางนิโคตินสูงสังเคราะห์ รอยโรคเป็นสีขาว มีขนาด รูปแบบ และความหนาแตกต่างกัน มีการอักเสบ เรื้อรังแบบหนาแน่นใต้เยื่อผิว ร่วมกับ lymphocyte และ macrophage พบการแทรกซึมของ lymphoid พบอาการบวมภายในเยื่อผิว เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน และ เอ็นโดทีเลียมเส้นเลือดฝอย การศึกษาของ Shaikh และ คณะ⁽¹¹⁾ เสนอว่านิโคตินสูงแบบแต่งกลิ่นรส (flavored nicotine pouches) อาจไม่ปลอดภัยจากการตอบสนอง ทางพิษวิทยาของร่างกายเมื่อใช้เป็นเวลานาน

การเสพติด นิโคตินสูงมีปริมาณนิโคตินมากพอที่จะ ทำให้เกิดการเสพติด ปริมาณของนิโคตินในเลือดค่อยๆ เพิ่มขึ้นและจะเข้มข้นสูงสุดในช่วง 30 นาทีที่ใช้ และต่อเนื่อง ไปอีก 10 นาทีหลังเลิกใช้แล้ว การทดลองโดยใช้นิโคตินสูง ยี่ห้อ Zyn ความเข้มข้น 3, 6 และ 8 มก.ในเวลา 1 ชั่วโมง พบว่า มีการปล่อยนิโคตินได้ร้อยละ 50-60 และเข้าสู่ กระแสเลือดได้สูงสุด 7.7, 14.7 และ 18.5 นาโนกรัม/มก. (ng/mg)⁽¹¹⁾ นิโคตินสูง เมื่อเทียบกับการสูบบุหรี่ธรรมดา ผู้สูบจะได้นิโคติน 1-2 มก.ต่อการสูบหนึ่งมวน ในเวลา 5 นาทีปริมาณนิโคตินสูงสุดในเลือดวัดได้ 10-30 ng/mg ในเวลา 5-8 นาที

ความเป็นพิษ นิโคตินสูงไม่มีใบยาสูบที่ต้องเผาและ ไม่ต้องสูดเข้าปอด การใช้คำว่า “ปราศจากใบยาสูบ” จึงทำให้ เข้าใจผิด แม้ว่าการศึกษาเกี่ยวกับ biomarker of harm ยังมีน้อย แต่ก็ชัดเจนว่าอันตรายหลักมาจากตัวนิโคติน ซึ่งมีความเป็นพิษอยู่แล้ว ทาง European Chemicals Agency จัดนิโคตินให้เป็นสารมีพิษไม่ว่าจะเป็นการได้ ทางช่องปาก ผิวหนัง หรือเมื่อสูดดม โดยระบุตาม H 300, 310, 330⁽¹⁾

ผลกระทบต่อประชากร ในหมู่ผู้สูบบุหรี่มีความเข้าใจ ว่านิโคตินสูงน่าจะส่งผลต่อสุขภาพน้อยกว่าการสูบบุหรี่ หรือบุหรี่ไฟฟ้า งานวิจัยของบริษัทบุหรี่ระบุว่า ผู้ใช้นิโคตินสูง มักอยู่ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่เดิมอยู่แล้ว อย่างไรก็ตามนักวิชาการ มีความกังวลว่านิโคตินสูงอาจเป็นช่องทางเริ่มต้นของการ ติดนิโคติน โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน และจะใช้ นิโคตินในรูปแบบอื่นๆ ต่อไป การตลาดเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ น่ากังวล เพราะบริษัทใช้ช่องว่างทางกฎหมาย โฆษณา ผลิตภัณฑ์ทางสื่อออนไลน์ โฆษณาในรายการแข่งขันกีฬา ใช้ influencers รวมทั้งการเพิ่มกลิ่นสีและรูปลักษณ์ของ บรรจุภัณฑ์ให้น่าสนใจ กลยุทธ์เหล่านี้จึงดึงดูดใจเยาวชน⁽¹²⁾

ผลกระทบระยะยาวที่ยังไม่ชัดเจน ปัจจุบันยังไม่ สามารถคาดการณ์ผลกระทบต่อสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ของ นิโคตินสูงในระยะยาวได้ โดยเฉพาะเมื่อมีปริมาณนิโคตินสูง สารแต่งกลิ่นรส และส่วนประกอบอื่นๆ ที่สัมผัสช่องปาก เป็นเวลานาน จากมุมมองด้านพิษวิทยา สารที่อยู่ในนิโคติน สูงอาจถูกกลืนเข้าไปและเกิดปฏิสัมพันธ์กับส่วนประกอบ ของอาหาร น้ำลาย และน้ำย่อยในทางเดินอาหาร นำไปสู่ การสร้าง tobacco-specific nitrosamines (TSNA) ที่ก่อมะเร็งภายในระบบทางเดินอาหารได้ โดยไนโตรซามีน เกิดขึ้นจาก nitro-salting agents ในสภาพแวดล้อมที่เป็นกรด เช่น เกลือไนโตรต์ นิโคตินสูงยังเป็นผลิตภัณฑ์ใหม่ ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาวจึงยังมี จำกัด ข้อมูลและองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับ นิโคตินสูงที่ใช้ผ่านช่องปากมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จำเป็นต้องมีการติดตามตรวจสอบอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ อาจเกิดพิษเฉียบพลัน (nicotine intoxication) จากการ ได้รับนิโคตินในนิโคตินสูงปริมาณที่สูงเกินไปจนเกิดอาการ เป็นพิษ โดยเฉพาะในเด็ก^(13,14) และสัตว์เลี้ยง⁽¹⁵⁾ สาธารณรัฐ- ฝรั่งเศส มีรายงานผู้ได้รับพิษเฉียบพลันจากนิโคตินสูง

19 ราย ในปี พ.ศ. 2563 และเพิ่มขึ้นเป็น 131 คน ในปี พ.ศ. 2565⁽¹⁶⁾ ปี พ.ศ. 2563 การประชุมคณะกรรมการสถาบันการประเมินความเสี่ยงแห่งสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี มีรายงานกรณีผู้ป่วยได้รับพิษจากนิโคตินสูงจากการกลืนนิโคตินสูง 20 มก. และปี พ.ศ. 2565 มีรายงานกรณีการได้รับพิษจากนิโคตินสูงเพิ่มหลายราย อาการส่วนใหญ่คือ คลื่นไส้ อาเจียน และเหงื่อออกมาก⁽¹⁾

4. การใช้นิโคตินสูงในประเทศต่างๆ

การศึกษาทางระบาดวิทยาเกี่ยวกับผู้ใช้นิโคตินสูงยังมีไม่มากนัก ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ระบุว่ามีการใช้นิโคตินสูงมากกว่า 30 ประเทศ การตลาดขยายตัวเพิ่มมากขึ้นตลอดมา ในสหรัฐอเมริกา นิโคตินสูงเป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบที่นิยมใช้มากเป็นอันดับสองรองจากบุหรี่ไฟฟ้าในหมู่นักเรียนมัธยมต้นและมัธยมปลาย ยอดขายโดยรวมของผลิตภัณฑ์นิโคตินสูงเพิ่มขึ้นจาก 126.06 ล้านหน่วยในปี พ.ศ. 2562 เป็น 808.14 ล้านหน่วยในปี พ.ศ. 2565 นิโคตินสูงที่จำหน่ายมากที่สุดในช่วงปี พ.ศ. 2562-2565 คือชนิดที่มีนิโคติน 4 มก. และ 6 มก. อย่างไรก็ตาม ยอดขายนิโคตินสูงที่มีความเข้มข้นสูงมากกว่า 8 มก. เพิ่มขึ้นรวดเร็วกว่าในช่วงเวลาเดียวกัน⁽¹⁷⁾ นอกจากนี้ Altria ผู้ผลิต/จำหน่ายยาสูบรายใหญ่ของโลก ยังได้ประกาศต่อนักลงทุนว่าจะเปิดตัวผลิตภัณฑ์นิโคตินสูงรุ่นใหม่ที่มีความเข้มข้นของนิโคตินสูงกว่าผลิตภัณฑ์รุ่นในปัจจุบัน⁽¹⁸⁾

สำหรับประเทศไทย การวิจัยเชิงสำรวจโดยวิชาชีพสาธารณสุขและการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย (Global Health Professionals Survey: Thailand) ปี พ.ศ. 2568 พบนักศึกษาทุกวิชาชีพมีความชุกของการใช้นิโคตินสูง 18 คน คิดเป็นร้อยละ 0.1 องค์การอนามัยโลก รายงานว่าในปี พ.ศ. 2564⁽¹⁹⁾ ในแถบยุโรป ผู้ใหญ่ที่ใช้นิโคตินสูงพบเพียงร้อยละ 0.3 แต่ในกลุ่มวัยรุ่นพบสูงกว่าถึงสามเท่า กลุ่มยุโรปตะวันออกและประเทศนอร์ดิกเป็นตลาดใหญ่ที่สุดในเดนมาร์กเยาวชนอายุ 15-24 ปี ใช้นิโคตินสูงสูงถึงร้อยละ 12 การตลาดของนิโคตินสูง มุ่งเน้นในกลุ่มวัยรุ่นหนุ่มสาว นำเสนอการสัมผัสประสบการณ์ใหม่ รสอ่อนโยน นุ่มนวล สดชื่น ทำให้ตื่นตัว กระปรี้กระเปร่า แบบไม่รบกวนคนรอบข้าง และ “ไม่ผสมยาสูบ” การสำรวจผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่หรือเคยสูบ 10,296 รายในออสเตรเลีย แคนาดา และสหรัฐอเมริกา พบการใช้นิโคตินสูงร้อยละ 0.8

เพศชายมากกว่าเพศหญิง กลุ่มอายุที่ใช้มากที่สุดคือ 18-24 ปี ข้อมูลจากการสำรวจ National Youth Tobacco ของสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ. 2564 ระบุว่าร้อยละ 1.9 ของนักเรียนอายุ 11-18 ปี เคยใช้นิโคตินสูง และร้อยละ 0.8 บอกว่าเคยใช้ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา⁽²⁰⁾

5. แนวโน้มการขยายตลาดของนิโคตินสูง

ในปี พ.ศ. 2567 มูลค่าตลาดของนิโคตินสูงทั่วโลกอยู่ที่ประมาณ 5.39 พันล้านเหรียญสหรัฐ และคาดว่าจะเติบโตที่อัตรา CAGR (compound annual growth rate) ร้อยละ 29.6 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2568-2573 ความสนใจผลิตภัณฑ์เพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้บริโภครุ่นเยาว์ ผู้ที่พยายามเลิกบุหรี่ และผู้ต้องการผลิตภัณฑ์ทางเลือกที่ไม่ต้องเสี่ยงกับการสัมผัสกับปอด⁽²¹⁾

6. กฎระเบียบ แนวทางควบคุมนิโคตินสูงของประเทศต่างๆ

การศึกษาใน 67 ประเทศจาก 6 ภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก ของ Duren M และคณะ⁽²²⁾ เกี่ยวกับข้อบังคับหรือ พ.ร.บ. ยาสูบของประเทศต่างๆ พบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2564 ข้อบังคับหรือแนวทางกำกับดูแลนิโคตินสูงของแต่ละประเทศไม่สอดคล้องกัน กฎระเบียบมีความแตกต่างกันอย่างมากในแต่ละประเทศ ตั้งแต่การห้ามใช้โดยสิ้นเชิง (totally ban) ไปจนถึง การไม่มีกฎหมายหรือมีเพียงการควบคุมขั้นต่ำ บางประเทศจัดประเภทนิโคตินสูงเป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบ ขณะที่บางประเทศควบคุมภายใต้กฎหมายอาหารหรือสารเคมีทั่วไปหรือแม้กระทั่งจัดให้เป็นผลิตภัณฑ์ยาใน 67 ประเทศที่ศึกษา มี 34 ประเทศมีการควบคุมนิโคตินสูง ในจำนวนนี้ 23 ประเทศมีการออกกฎหมายครอบคลุมไปถึงนิโคตินสังเคราะห์ด้วย งานวิจัยยังชี้ให้เห็นถึงการขาดกฎระเบียบในการกำกับปริมาณนิโคติน และความจำเป็นต้องมีนโยบายที่ครอบคลุมมากขึ้น โดยเฉพาะเมื่อมีการเพิ่มขึ้นของผลิตภัณฑ์ที่ใช้นิโคตินสังเคราะห์

สำหรับประเทศไทย นิโคตินสูงเข้าข่ายเป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบ ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 “ผลิตภัณฑ์อื่นใดที่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบ ซึ่งบริโภคโดยวิธีสูด ดูด ดม อม เคี้ยว กิน เป่า หรือพ่น เข้าไปในปากหรือจมูก ทา หรือโดยวิธีอื่นใดเพื่อให้ได้ผล เป็นเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ไม่รวมถึงยา ตามกฎหมายว่าด้วยยา” ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องยาอันตราย ฉบับที่ 30 ราชกิจจานุเบกษา หน้า 134 เล่ม 135 ตอนพิเศษ 291 ง

วันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 กำหนดให้ยาที่มีนิโคตินหรือสารประกอบของนิโคติน ซึ่งมุ่งหมายที่จะใช้สำหรับช่วยการอดบุหรี่ ยกเว้นรูปแบบหมากฝรั่งสำหรับเคี้ยว และรูปแบบแผ่นแปะ (transdermal patch) จัดเป็นยาอันตราย

ด้านการดำเนินการของไทย เนื่องจากนิโคตินดองมีปริมาณนิโคตินที่สูง เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และมีแนวโน้มของการขยายตัวของผลิตภัณฑ์เพิ่มขึ้น เครือข่ายทันตบุคลากรไทยเพื่อการควบคุมยาสูบและบุหรี่ไฟฟ้าในฐานวิชาชีพที่ดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชน ได้มีหนังสือลงวันที่ 10 มิถุนายน 2568 ถึงประธานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ ผู้ที่มีหน้าที่หลักในควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศเพื่อขอให้พิจารณาห้ามการนำเข้าผลิตภัณฑ์นิโคตินผ่านช่องปากประเภทนิโคตินดอง (oral nicotine pouches) มาจำหน่ายในประเทศไทย โดยเด็ดขาด เพื่อปกป้องสุขภาพช่องปากของประชาชนในระยะยาว

ข้อพิจารณาจากองค์การอนามัยโลก ชื่อนำเสนอสำหรับประเทศภาคีในกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO Framework Convention on Tobacco Control; WHO FCTC) กฎหมายเพื่อควบคุมนิโคตินดองมีสองทางเลือกคือ ห้ามหรือควบคุมโดยพิจารณาถึงข้อผูกพันภายใต้นโยบาย กฎหมายของแต่ละประเทศที่มีอยู่ รวมถึงข้อกำหนดทางการค้า การออกกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ที่มีนิโคตินสูงเพื่อห้ามผลิตภัณฑ์นิโคตินดอง ประเทศสมาชิกควรอ้างถึงมาตรการป้องกันการเสพติดนิโคตินตามมาตรา 5 (2b) ของ WHO FCTC ถ้าประเทศใดต้องการควบคุมโดยไม่ห้าม อาจพิจารณาห้ามหรือจำกัดส่วนประกอบที่กระตุ้นการใช้ เช่น สารแต่งกลิ่นรส ตามแนวทางในการปฏิบัติตามมาตรา 9 และ 10 ของ WHO FCTC⁽²³⁾

7. ช่องว่างทางการวิจัย

สำหรับประเทศไทยยังมีงานวิจัยอีกหลายประเด็นที่ควรดำเนินการ เช่น ศึกษาติดตามความชุกของการใช้นิโคตินดอง ลักษณะของผู้ใช้โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชน โอกาสที่นิโคตินดองจะเป็นประตูสู่การติดนิโคตินรูปแบบอื่น ผลกระทบในช่องปากและสุขภาพโดยรวมของผู้ใช้นิโคตินดองทั้งระยะสั้นและยาว การติดตามการตลาดของนิโคตินดองในประเทศไทย เป็นต้น

สรุป

นิโคตินดองมีปริมาณนิโคตินเทียบเท่าหรือมากกว่าบุหรี่ จึงก่อให้เกิดการเสพติดนิโคติน และส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมเช่นเดียวกับบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า และยังมีผลโดยตรงต่อช่องปาก โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของเยื่อช่องปาก ในตำแหน่งที่วางนิโคตินดองเป็นประจำ นอกจากนี้ลักษณะบรรจุและการใช้ในช่องปากที่คล้ายอาหาร จึงมีรายงานพิษเฉียบพลันที่เกิดจากการกลืนของเด็กเล็กและสัตว์เลี้ยงเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ

เนื่องจากการแพร่ระบาดของนิโคตินดองเป็นไปอย่างรวดเร็วในช่วงเวลาเพียง 5-8 ปี โดยเฉพาะในเยาวชน ประกอบกับยอดขายนิโคตินดองความเข้มข้นสูงเพิ่มขึ้นรวดเร็วกว่า และผู้ประกอบการกียาสูบรายใหญ่ของโลกยังมีนโยบายผลิตนิโคตินดองรุ่นใหม่ที่มีความเข้มข้นสูงกว่ารุ่นในปัจจุบัน จึงมีความกังวลว่านิโคตินดองอาจเป็นช่องทางเริ่มต้นของการติดนิโคติน

ข้อบังคับหรือแนวทางกำกับดูแลนิโคตินดองของแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันอย่างมาก ตั้งแต่การห้ามโดยสิ้นเชิง การควบคุมภายใต้กฎหมายอาหารหรือสารเคมี หรือจัดให้เป็นผลิตภัณฑ์ยา ไปจนถึงการควบคุมขั้นต่ำ และยังขาดกฎระเบียบในการกำกับปริมาณนิโคตินในดอง ขณะที่องค์การอนามัยโลกแนะนำให้พิจารณาภายใต้กฎหมายของแต่ละประเทศ เช่น การห้ามโดยสิ้นเชิง การควบคุมความเข้มข้นของนิโคติน ห้ามหรือจำกัดส่วนประกอบที่กระตุ้นการใช้ เช่น สารแต่งกลิ่นรส เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

จากการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วกว่า 30 ประเทศ ในระยะเวลาอันสั้น แนวโน้มผลิตภัณฑ์ที่มีความเข้มข้นของนิโคตินเพิ่มมากขึ้น ขณะที่ข้อมูลการศึกษายังจำกัดและไม่ทันต่อสถานการณ์ปัญหาประเทศไทยจึงควรเร่งติดตามทางระบาดวิทยา ตั้งแต่การแพร่กระจายของผลิตภัณฑ์ ช่องทางการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ การรับรู้และแนวโน้มการใช้ในกลุ่มวัยต่างๆ ควรมีการศึกษาติดตามระยะยาวถึงผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมและสุขภาพช่องปาก นอกจากนี้ควรสื่อสารให้ความรู้แก่บุคลากรทางสาธารณสุขและประชาชน เพื่อร่วมรับมือและร่วมแก้ปัญหา

เอกสารอ้างอิง

1. German Federal Institute for Risk Assessment. Health risk assessment of nicotine pouches. BfR Opinion no. 023/2022 [Internet]. 2022 [cited 2025 May 20]. Available from: <https://doi.org/10.17590/20220204-105615>
2. Azzopardi D, Liu C, Murphy J. Chemical characterization of tobacco-free “modern” oral nicotine pouches and their position on the toxicant and risk continuums. *Drug Chem Toxicol* 2022;45(5):2246–54.
3. Stanfill S, Tran H, Tyx R, Fernandez C, Zhu W, Marynak K, et al. Characterization of total and unprotonated (free) nicotine content of nicotine pouch products. *Nicotine Tob Res* 2021;23(9):1590–6.
4. Leslie FM. Unique, long-term effects of nicotine on adolescent brain. *Pharmacol Biochem Behav* 2020;197:173010.
5. US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: 50 years of progress. A report of the Surgeon General. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2014.
6. Luck W, Nau H, Hansen R, Steldinger R. Extent of nicotine and cotinine transfer to the human fetus, placenta and amniotic fluid of smoking mothers. *Dev Pharmacol Ther* 1985;8(6):384–95.
7. Luck W, Nau H. Nicotine and cotinine concentrations in serum and milk of nursing smokers. *Br J Clin Pharmacol* 1984;18(1):9–15.
8. Rungraungrayabkul D, Gaewkhiew P, Vichayanrat T, Shrestha B, Buajeeb W. What is the impact of nicotine pouches on oral health: a systematic review. *BMC Oral Health* 2024;24:889.
9. Mills EJ, Wu P, Lockhart I, Wilson K, Ebbert JO. Adverse events associated with nicotine replacement therapy (NRT) for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis of 120 studies involving 177,390 individuals. *Tob Induc Dis* 2010;8:8.
10. Miluna-Meldere S, Vanka SA, Skadins I, Kroica J. Correction: oral mucosal changes caused by nicotine pouches: case series. *Diagn Pathol* 2025;20:12.
11. Shaikh BS, Tung WC, Pang C, Lucas J, Li D, Rahman I. Flavor classification/categorization and differential toxicity of oral nicotine pouches in oral gingival epithelial cells and bronchial epithelial cells. *Toxics* 2022;10:660.
12. Robichaud MO, Seidenberg AB, Byron MJ. Tobacco companies introduce “tobacco-free” nicotine pouches. *Tob Control* 2020;29:e145–6.
13. Van Oosterhout JPM, van Riel A, van Kruijssen AM, van Unnik-Treurniet RA. Intoxicatie van een kind door een nicotinezakje [intoxication of a child by an oral nicotine pouch]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2023;167:D7604.
14. Kent JT, Mok G, Austin E. Nicotine toxicity from repeat use of nicotine pouches. *Nicotine Tob Res* 2025; 27(4):767–8.
15. Camargo JF, Paim MG, Engelsdorff JS, Santos BS, Teixeira LG, Pippi MR, et al. Nicotine poisoning in dogs: literature review. *Res Soc Dev* 2020;9(9):e528997362.
16. European Commission. Proposal for a decree on the prohibition of products for oral use containing nicotine. Notification Number: 2025/0110/FR (France) [Internet]. 2025 [cited 2025 May 20]. Available from: <https://technical-regulation-information-system.ec.europa.eu/en/notification/26692>
17. Majmundar A, Okitondo C, Xue A, Asare S, Bandi P, Nargis N. Nicotine pouch sales trends in the US by volume and nicotine concentration levels from 2019 to 2022. *JAMA Netw Open* 2022;5(11):e2242235.
18. Truth Initiative. What is Zyn and what are oral nicotine pouches? [Internet]. 2024 [cited 2025 May 20]. Available from: <https://truthinitiative.org/research-resources/emerging-tobacco-products/what-zyn-and-what-are-oral-nicotine-pouches>
19. World Health Organization Study Group on Tobacco Product Regulation. Report on the scientific basis of tobacco product regulation: ninth report of a WHO study group. Geneva: World Health Organization; 2023.

20. Gentzke AS, Wang TW, Cornelius M, Park-Lee E, Ren C, Sawdey MD, et al. Tobacco product use and associated factors among middle and high school students: National Youth Tobacco Survey, United States, 2021. *MMWR Surveill Summ* 2022;71(SS-5):1-29.
21. Grand View Research. Nicotine pouches market size, share & trends analysis report by product type (tobacco-derived nicotine, synthetic nicotine), by distribution channel (offline, online), by flavor, by strength, by region, and segment forecasts, 2025-2030 [Internet]. 2025 [cited 2025 May 20]. Available from: <https://www.grandviewresearch.com/industry-analysis/nicotine-pouches-market-report>
22. Duren M, Atella L, Welding K, Kennedy RD. Nicotine pouches: a summary of regulatory approaches across 67 countries. *Tob Control* 2023;tc-2022-057734.
23. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Partial guidelines for implementation of Articles 9 and 10: regulation of the contents of tobacco products and regulation of tobacco product disclosures [Internet]. 2017 [cited 2025 May 20]. Available from: <https://fctc.who.int/resources/publications/m/item/regulation-of-the-contents-of-tobacco-products-and-regulation-of-tobacco-product-disclosures>

Nicotine Pouches: a New Oral Nicotine Product

Wikul Visalseth¹, Siripen Aunpraphan², Chantana Ungchusak¹

¹ Department of Health, Ministry of Public Health

² International College of Dentistry, Walailak University, Nakhon Si Thammarat Province Thailand

Abstract

Nicotine pouches are a relatively new form of oral nicotine product, first registered in 2008 and increasingly marketed worldwide since 2018. This review summarizes current evidence on their characteristics, health risks, prevalence, and regulatory control. Nicotine pouches are small sachets of white powder, placed under the upper lip, with nicotine levels ranging from low to very high — often exceeding those of cigarettes and electronic cigarettes. Although research on health effects remains limited, available evidence indicates that their high nicotine content can cause dependence and adverse oral outcomes, including dry mouth, irritation of the mouth and throat, mucosal wrinkling and thickening, chronic subepithelial inflammation, and leukoplakia-like white lesions. Use has now been reported in more than 30 countries, with rapid growth particularly among adolescents and young adults, alongside a trend toward products with higher nicotine concentrations. As these products contain synthetic nicotine, they may not fall under traditional tobacco control laws, resulting in highly variable regulation, from total bans to minimal oversight. Given their addictive potential and rising popularity among youth, Thailand should continue to monitor the spread and prevalence of product use, as well as implement clear legal measures.

Keywords: nicotine pouch; nicotine products; tobacco control

บทวนความรู้ “เบาหวานหายได้” (Diabetes Remission) และโอกาสการขยายผลสู่งานองค์กรสุขภาพะ

เลวตสรร นามวาท¹, สุพัตรา พันธุ์อำนวย¹, จีรวรรณ จันทรา¹, พงษ์ศักดิ์ ธงรัตน์², อัมพร ไทยข้า²,
สิริเกศ วาสนาภักดี²

¹ สำนักสนับสนุนการพัฒนาาระบบสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

² สำนักสนับสนุนสุขภาพะองค์กร สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

วันรับ: 4 มี.ค. 2569

วันแก้ไข: 1 เม.ย. 2569

วันตอบรับ: 3 เม.ย. 2569

บทนำ

โรคเบาหวานปรากฏในบันทึกยุคอียิปต์ ประมาณ 1,500 ปีก่อนคริสตกาล แต่จุดเปลี่ยนสำคัญเกิดขึ้นเมื่อ Banting และ Best ค้นพบอินซูลินใน พ.ศ. 2564-2465⁽¹⁾ แม้จะมีการพัฒนายารักษาแต่ภาวะแทรกซ้อนของโรครวมถึงโรคไตวายยังคร่าชีวิตผู้ป่วยจำนวนมาก ปัจจุบันประเทศไทยพบความชุกเบาหวานราวร้อยละ 10 หรือ 6.4 ล้านคน⁽²⁾ ขณะเดียวกันค่าใช้จ่ายกรณีการรักษาไตวายมากกว่า 15,000 ล้านบาท/ปี⁽³⁾ เป็นภาระทางเศรษฐกิจมาก ดังนั้น มาตรการรักษาปลายเหตุจึงไม่เพียงพอ จำเป็นต้องเร่งขับเคลื่อนแนวทาง “โรคเรื้อรังรักษาหาย” ที่เน้นผลลัพธ์สุขภาพเชิงบวก ลดการพึ่งพา ยา และขยายสู่การป้องกันโรคอย่างยั่งยืน

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา แนวคิด “เบาหวานหายได้” หรือ “โรคเบาหวานระยะสงบ” (diabetes remission) ได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก ความเป็นไปได้นี้ พลิกความเชื่อเดิมที่ว่าเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หาย บทความนี้มุ่งบทวนหลักฐานความสำเร็จจากการศึกษาต่างประเทศและการดำเนินงานในไทย พร้อมเสนอกลยุทธ์ขยายสู่บริบทองค์กรซึ่งประชากรวัยทำงานเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

แนวคิดและนิยาม “เบาหวานระยะสงบ”

ในปี พ.ศ. 2564 สมาคมเบาหวานอเมริกัน (ADA) ร่วมกับองค์การนาชาติ เสนอคำจำกัดความ “diabetes remission” หมายถึง ระดับ HbA1c น้อยกว่าร้อยละ 6.5 ต่อเนื่อง 3 เดือนโดยไม่มีการใช้ยา⁽⁴⁾

ความอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 50-90 มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน^(5,6) องค์ความรู้ปัจจุบันพบว่า การลดน้ำหนักตัวได้มากกว่าร้อยละ 10-15 ของน้ำหนักตั้งต้น สามารถช่วยลดไขมันสะสมในร่างกายทุกส่วน โดยเฉพาะไขมันสะสมที่บริเวณตับอ่อนที่มีเบต้าเซลล์อยู่ ทำให้การทำงานของเบต้าเซลล์ที่ผลิตฮอร์โมนอินซูลิน สามารถกลับมาทำงานได้ดีขึ้น ลดการดื้ออินซูลิน และทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดกลับสู่ภาวะปกติ⁽⁷⁾

หลักฐานเชิงประจักษ์การรักษาให้เบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ (เบาหวานหายได้)

ผลจากการศึกษาวิจัย

การลดน้ำหนักด้วยการควบคุมอาหารเข้มข้นในการศึกษาเชิงทดลองชื่อ DiRECT (Diabetes Remission Clinical Trial) ดำเนินการในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของสหราชอาณาจักร กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นมาไม่เกิน 6 ปี จำนวน 306 ราย เข้าสู่โปรแกรมโภชนาบำบัดพลังงานต่ำสุด (825-853 kcal/วัน) ผล 12 เดือน พบว่าร้อยละ 46 ของกลุ่มทดลองเข้าสู่ remission เทียบกับร้อยละ 4 ในกลุ่มควบคุม⁽⁸⁾ ติดตาม 5 ปี ร้อยละ 23 โรคยังสงบ⁽⁹⁾

นอกจากนี้การศึกษาดังกล่าวยังพบว่า การสงบของโรคเบาหวานสัมพันธ์กับน้ำหนักของผู้ป่วยที่ลดลง หากลดน้ำหนักได้ 10-14.9 กิโลกรัม จะมีผู้ป่วยหยุดยาได้ร้อยละ 57 และหากลดน้ำหนักตัวได้ 15 กิโลกรัมขึ้นไป จะมีผู้ป่วยหยุดยาได้ถึงร้อยละ 86 ดังภาพที่ 1

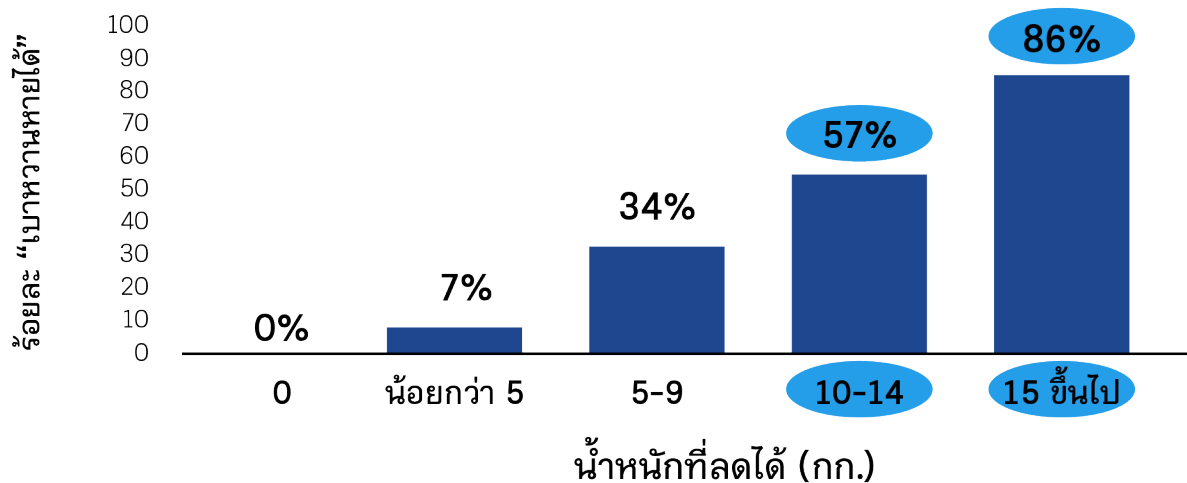
นอกจากการควบคุมอาหารแล้ว มีการศึกษา meta-analysis ระยะติดตาม 2-5 ปี รายงานอัตรา remission มากกว่า 70 โดยเฉพาะการผ่าตัด Roux-en-Y bypass ลดขนาดกระเพาะอาหาร อย่างไรก็ดี ความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนและต้นทุนสูงจึงยากที่จะขยายการเข้าถึง

ผลสำเร็จจากโรงพยาบาลชุมชนไทย

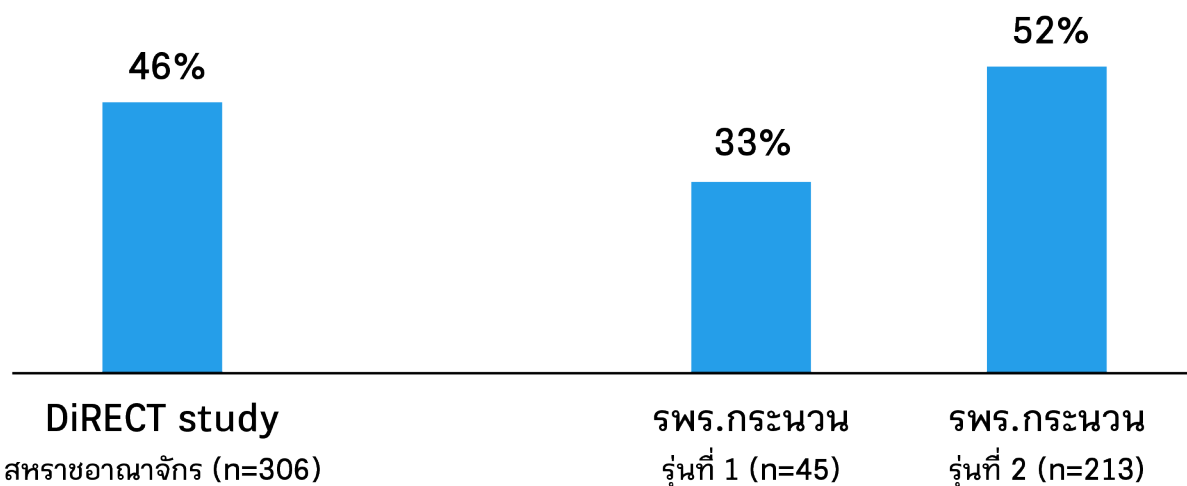
ก่อนที่จะกระทรวงสาธารณสุขจะประกาศนโยบายให้โรงพยาบาลของกระทรวงทุกแห่งเปิดคลินิกโรคเรื้อรังรักษาหาย มีโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งมีโครงการคลินิกเบาหวานหายได้ หนึ่งในนั้นคือ โรงพยาบาลสมเด็จพระ

พระยุพราชกระนวน จังหวัดขอนแก่น ได้ทำโครงการร่วมกับมูลนิธิอุทัยสุดสุข และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ประสบความสำเร็จในการทำให้ผู้ป่วยเบาหวานปรับพฤติกรรมโดยเรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่ม ควบคุมอาหาร ลดคาร์บ ออกกำลังกาย จัดการความเครียด และมีการประเมินตนเองต่อเนื่อง จนเข้าสู่เบาหวานระยะสงบรุ่นที่ 1 ร้อยละ 33 (n=45 คน) และรุ่นที่ 2 ร้อยละ 52 (n=213 คน)⁽¹⁰⁾ ซึ่งใกล้เคียงกันกับผลการศึกษา DiRECT study สหราชอาณาจักรในกลุ่มทดลอง ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 1 “เบาหวานหายได้” หรือการเข้าสู่ระยะสงบ จำแนกตามน้ำหนักตัวของผู้ป่วยที่ลดได้ จากการศึกษาในระบบสุขภาพปฐมภูมิของสหราชอาณาจักร



ภาพที่ 2 “เบาหวานหายได้” จากการศึกษา DiRECT study ในระบบสุขภาพปฐมภูมิของสหราชอาณาจักร และ รพร. กระนวน รุ่นที่ 1 และรุ่นที่ 2



สถานการณ์และนโยบายในประเทศไทย

ประเทศไทยมีนโยบายโรคเรื้อรังรักษาหายในสถานพยาบาลภาครัฐดำเนินการพร้อมกับรณรงค์นับคาร์บ โดยองค์กรวิชาการตอบรับแนวคิด remission ผ่านเครื่องมือหลักดังต่อไปนี้ (1) แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2566⁽¹¹⁾ (2) หลักการและแนวปฏิบัติเพื่อการดูแลโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ พ.ศ. 2568⁽¹²⁾ สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยเน้นย้ำเป้าหมาย “เข้าระยะสงบ” เป็นตัวเลือกภายใต้การดูแลสหวิชาชีพ แนะนำโภชนาบำบัดพลังงานต่ำ low carb หรือ very low calorie ภายใต้การกำกับอย่างใกล้ชิด และ (3) แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข พ.ศ. 2565 ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวให้ขั้นตอนคัดกรองติดตามและตัวชี้วัดบริการ รวมทั้งเกณฑ์หยุดยา น้ำตาลเป้าหมาย และการสื่อสารกับผู้ป่วย⁽¹³⁾

โอกาสการขยายผลสู่องค์กรสุขภาวะ

ภาคเอกชนไทยมีแรงงานกว่า 24 ล้านคน ซึ่งใช้เวลาตื่นอยู่ที่ทำงานเฉลี่ยวันละ 9 ชั่วโมงทำให้สถานประกอบการเป็นจุดยุทธศาสตร์ของการสร้างสุขภาวะ กรอบ Happy 8 ของ สสส. ประกอบด้วย ความสุขทางกาย (Happy Body) ความสุขจากการให้ (Happy Heart) ความสุขจากการเรียนรู้ (Happy Brain) ความสุขจากการมีคุณธรรม (Happy Soul) ความสุขจากครอบครัว (Happy Family) ความสุขจากการจัดการเงิน (Happy Money) ความสุขในการผ่อนคลาย (Happy Relax) และความสุขจากการมีส่วนร่วมในสังคม (Happy Society) เป็นฐานพัฒนาสุขภาวะองค์กร (workplace well being)⁽¹⁴⁾

การประยุกต์แนวคิด remission ในที่ทำงานสามารถดำเนินการ 4 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

1. มุ่งกลุ่มเสี่ยงสูง – คัดกรองพนักงานอายุ 40–60 ปี ที่มี BMI ≥ 25 kg/m²

2. โปรแกรมลดน้ำหนัก และระบบเพื่อนช่วยเพื่อน (peer support) – สร้าง “ชมรมเบาหวานหายได้” ในองค์กร ลดอุปสรรคทางสังคมและเพิ่มแรงจูงใจ มีโค้ชลดน้ำหนักรายสัปดาห์ผ่านแอปพลิเคชันออนไลน์

3. ประเมินผลผลิตภาพและผลลัพธ์ – ติดตามวันลาป่วย ค่าใช้จ่ายยา และประเมินคุณภาพชีวิตดัชนีชี้วัดสุขภาวะขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁵⁾

4. ขยายผลการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในกลุ่มที่ยังไม่ป่วยเบาหวาน เช่น กิจกรรมองค์กรไร้พุง ส่งเสริมการออกกำลังกายผ่าน digital health

การวิเคราะห์ขององค์การอนามัยโลก พบว่า ต้นทุนค่าเสียโอกาสของโรคอ้วน เบาหวานในไทยสูงถึง 2.81 แสนล้านบาท/ปี⁽¹⁶⁾ ดังนั้น หากการดำเนินการมาตรการเพื่อสุขภาวะในองค์กรได้เป็นผลสำเร็จ จะเกิดประโยชน์ต่อเศรษฐกิจของประเทศ ประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงจะเกิดทั้งความสุขหลาย ๆ ด้าน เช่น สุขภาพกาย สุขภาพใจ สุขจากการให้ความช่วยเหลือแบบเพื่อนช่วยเพื่อน สุขทางการเงินเพราะไม่เสียค่าใช้จ่ายสูงๆ จากการเจ็บป่วย

สรุป

หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยนานาชาติและประสบการณ์ไทยยืนยันว่า “เบาหวานหายได้” ไม่ใช่ความฝัน หากรัฐ สถานพยาบาล และสถานประกอบการร่วมขับเคลื่อนนโยบายลดน้ำหนักเชิงระบบ สนับสนุนโภชนาบำบัดเข้มข้น และจัดสรรงบประมาณตามผลลัพธ์ การลงทุนในปัจจุบันจะลดภาระทรัพยากรสุขภาพมหาศาลในอนาคต พร้อมยกระดับคุณภาพชีวิตของประชากรไทยในสังคมสูงวัยให้แข็งแกร่งและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. Banting FG, Best CH. Nutrition classics. The Journal of Laboratory and Clinical Medicine, Vol. VII, 1922: the internal secretion of the pancreas. By FG Banting and CH Best. Nutr Rev 1987;45(2):55-7.
2. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 3 ส.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://online.fliphtml5.com/bcbgj/znee/#p=4>
3. Hfocus. คณะทำงานฯ สรุปนโยบาย “ล้างไตด้วยวิธีใดก็ได้” พบข้อเสียเพียบ! ชงบอร์ด สปสช. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 3 ส.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.hfocus.org/content/2024/10/32107>
4. Riddle MC, Cefalu WT, Evans PH, Gerstein HC, Nauck MA, Oh WK, et al. Consensus report: definition and interpretation of remission in type 2 diabetes. Diabetes Care [Internet]. 2021 [cited 2025 Aug 3];44(10): 2438-44. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34462270/>
5. Poochanasri M, Kookanok C, Kaewput W, Rangsin R, Sathavarodom N, Boonyavarakul A, et al. Comparison of obesity prevalence and associated factors among Thai patients with type 2 diabetes between 2014 and 2018. Diabetol Metab Syndr [Internet]. 2025 [cited 2025 Aug 3];17(1):254. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12232116/>
6. Centers for Disease Control and Prevention. National diabetes statistics report [Internet]. [cited 2025 Aug 3]. Available from: <https://www.cdc.gov/diabetes/php/data-research/index.html>
7. Taylor R. Type 2 diabetes and remission: practical management guided by pathophysiology. J Intern Med [Internet]. 2020 [cited 2025 Aug 3];289(6):754. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8247294/>
8. Lean ME, Leslie WS, Barnes AC, Brosnahan N, Thom G, McCombie L, et al. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial. The Lancet [Internet]. 2018 [cited 2025 Feb 16];391(10120):541-51. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673617331021/fulltext>
9. Lean ME, Leslie WS, Barnes AC, Brosnahan N, Thom G, McCombie L, et al. 5-year follow-up of the randomised Diabetes Remission Clinical Trial (DiRECT) of continued support for weight loss maintenance in the UK: an extension study. Lancet Diabetes Endocrinol [Internet]. 2024 [cited 2025 Aug 3];12(4):233-46. Available from: <https://www.thelancet.com/action/showFullText?pii=S2213858723003856>
10. วิโรจน์ เลิศพงศ์พิพัฒน์. การประชุมวิชาการระดับชาติด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2567 “การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P): ญ่ญแจสู่ความสำเร็จของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 3 ส.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.facebook.com/share/v/1CTY66Dwp7/>
11. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 3 ส.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: https://drive.google.com/file/d/10AIDiCyGsJYA1-wTAxoOu6yL_YL9c7IG/view
12. ทิพาพร ธาระวานิช, เพชร รอดอารีย์, ชัชลิต รัตนสาร. หลักการและแนวปฏิบัติเพื่อการดูแลโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 3 ส.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dmthai.org/new/index.php/activities-and-news/dm-remission/dm-remission-media-manual-innovation/dmr-book-20250918>
13. Family Medicine Thailand. แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 3 ส.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.youtube.com/@familymedicinethailand2811>
14. กรมประชาสัมพันธ์. สุขภาวะแบบองค์รวมในองค์กรยุคใหม่ สร้างได้ ด้วย Happy Workplace [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 3 ส.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.prd.go.th/th/content/category/detail/id/9/iid/188722>
15. World Health Organization. The World Health Organization-five well-being index (WHO-5). Geneva: World Health Organization; 2024.
16. World Health Organization. Thailand's leadership in the fight against obesity: changing the system for healthier lives [Internet]. 2025 [cited 2025 Aug 3]. Available from: <https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/thailand-s-leadership-in-the-fight-against-obesity>

การวิเคราะห์นโยบายอาหารปลอดภัยระดับชาติ ของประเทศไทย

กนกวรรณ โสสูงเนิน¹, อาทิตย์ ดาวภิรมย์²

¹โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย

²สำนักงานเกษตรและสหกรณ์จังหวัดหนองคาย จังหวัดหนองคาย

วันรับ: 29 มี.ค. 2569

วันแก้ไข: 11 เม.ย 2569

วันตอบรับ: 14 เม.ย. 2569

บทนำ

อาหารเป็นหนึ่งในปัจจัยพื้นฐานที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ การบริโภคอาหารที่ไม่ปลอดภัยส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนและในด้านเศรษฐกิจ ตลอดจนผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของประเทศซึ่งที่ผ่านมาประเทศไทยได้เผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่มีสาเหตุมาจากความไม่ปลอดภัยด้านอาหาร ดังจะเห็นได้จากสถานการณ์ความไม่ปลอดภัยด้านอาหารจากสถิติผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษที่ยังคงมีอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสถิติการแจ้งเตือนสินค้าอาหารไม่ปลอดภัยของประเทศไทยจากประเทศปลายทางอยู่เสมอ ซึ่งปัญหาดังกล่าวได้สร้างความเสียหายให้แก่ประเทศไทยมาโดยตลอด^(1,2)

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมาได้เกิดเหตุฉุกเฉินด้านความไม่ปลอดภัยของอาหารเพื่อการค้าและการส่งออกในหลายประเทศ จนเกิดผลกระทบต่อความมั่นคงด้านอาหาร สร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจ และสุขภาพอนามัยของประชาชน ในขณะที่ประเทศไทยจากรายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาความปลอดภัยด้านอาหาร ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2567 ของสำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข⁽³⁾ พบว่า ยังมีปัญหาความไม่ปลอดภัยด้านอาหาร ทั้งในด้านของวัตถุดิบ กระบวนการผลิต การจัดจำหน่าย เช่น การตรวจพบการตกค้างเกินมาตรฐานของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2567 ของ 12 เขตสุขภาพ โดยภาพรวมแนวโน้มพบว่า เขตสุขภาพที่ 3 การตกค้างเกินมาตรฐานของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผัก

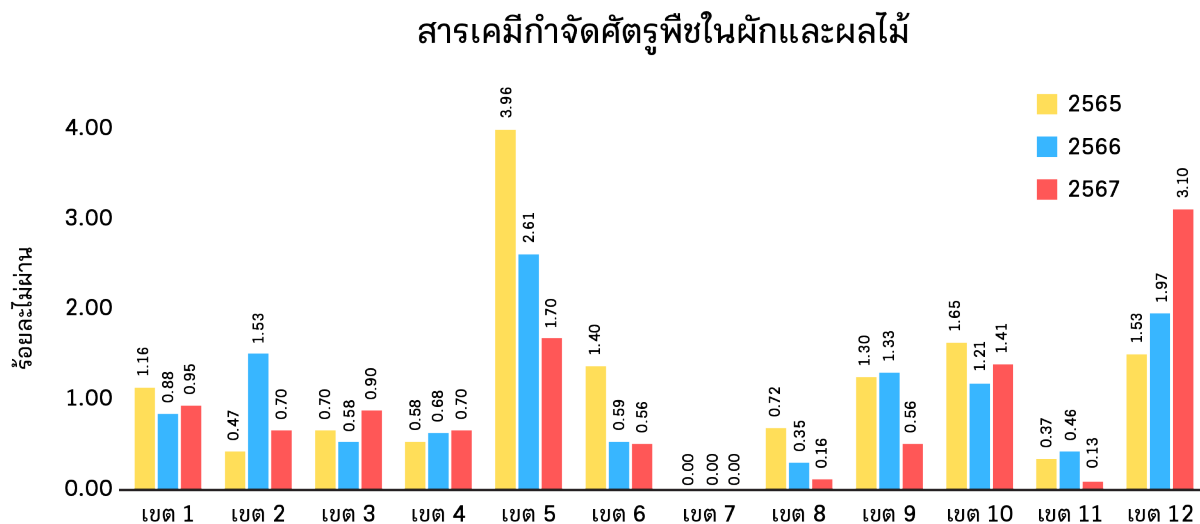
และผลไม้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเขตสุขภาพที่ 4 และ 12 การตกค้างเกินมาตรฐานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ในส่วนของเขตสุขภาพที่ 1, 2, 9, 10 และ 11 การตกค้างเกินมาตรฐานของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้มีแนวโน้มลดลง และเขตสุขภาพที่ 5, 6 และ 8 การตกค้างเกินมาตรฐานมีแนวโน้มลดลงต่อเนื่อง แต่ในส่วนของเขตสุขภาพที่ 7 นั้น ไม่พบการตกค้างเกินมาตรฐานของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้ทั้ง 3 ปีงบประมาณ ภาพรวมของผลการเฝ้าระวัง ดังภาพที่ 1

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าประเทศไทยยังคงมีสถานการณ์ความไม่ปลอดภัยด้านอาหารทั้งในส่วนของอาหารที่ผลิตขึ้นมาบริโภคภายในประเทศและอาหารที่ผลิตเพื่อการส่งออกไปยังตลาดต่างประเทศ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสร้างความเสียหายต่อประเทศไทยในด้านต่างๆ มากมาย

นโยบายอาหารของประเทศไทย⁽⁴⁾ ส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นไปที่ประเด็นความปลอดภัยด้านอาหาร (food safety) มากที่สุด ดังตารางที่ 1 สำหรับตัวชี้วัดสำคัญในความสำเร็จของอาหารปลอดภัยระดับชาติของประเทศไทย คือ (1) การลดลงของอัตราการปนเปื้อนในอาหาร (2) จำนวนของประชากรเข้าถึงอาหารที่ปลอดภัยมากขึ้น (3) ความตระหนักต่อความปลอดภัยอาหารของประชาชน (4) ร้านอาหารและแผงลอยผ่านมาตรฐาน และ (5) การมีมาตรฐานอาหารปลอดภัยแบบเดียวกันของสินค้านำเข้าและส่งออก นอกจากนี้ การกำหนดนโยบายอาหารปลอดภัยต้องยึดหลักการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่ครอบคลุม กิจกรรมการประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการ-

สื่อสารความเสี่ยง⁽⁵⁾ โดยประเมินศักยภาพของบุคลากร กับการจัดการอาหารปลอดภัยซึ่งมีผลต่อความเชื่อมั่น
เรื่องการประยุกต์ใช้หลักการวิเคราะห์ความเสี่ยง ทางการค้าระดับชาติของประเทศไทย ดังตารางที่ 2

ภาพที่ 1 ผลการเฝ้าระวังความไม่ปลอดภัยของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2567⁽³⁾



ตารางที่ 1 ขอบเขตนโยบายอาหารของประเทศไทย⁽⁴⁾

ชื่อนโยบาย/ ขอบเขต	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ระยะเวลา ที่ใช้พัฒนา	ผู้รับรองนโยบาย	ปีที่ประกาศใช้ (พ.ศ.)
- ความมั่นคงทางอาหาร - คุณภาพ และความปลอดภัยด้านอาหาร - อาหารศึกษา และการบริหารจัดการ	- กระทรวงสาธารณสุข - กระทรวงเกษตรและสหกรณ์	1 ปี	คณะกรรมการอาหารแห่งชาติและคณะรัฐมนตรี	2555

ตารางที่ 2 วิธีการขับเคลื่อนนโยบายอาหารปลอดภัยระดับชาติของประเทศไทย

กลยุทธ์ในการขับเคลื่อนนโยบาย	ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน
1. การสร้างความร่วมมือระหว่างกระทรวงหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตลอดห่วงโซ่อาหาร 2. มีแนวทางปฏิบัติแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 3. มีการวิเคราะห์จุดเสี่ยงหรือจุดวิกฤติ 4. มีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุน	1. มีแผนยุทธศาสตร์ที่สร้างให้เกิดบูรณาการในการดำเนินงาน 2. มีแผนการจัดการด้านอาหารปลอดภัยแห่งชาติ 3. มีการใช้หลักการวิเคราะห์ความเสี่ยง 4. มีระบบเฝ้าระวังและตรวจสอบข้อมูลอาหารปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. อาณัติ ภูลวรรณ, ภูวลิทธิ ภูลวรรณ, จิราภรณ์ จำปาจันทร์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยตามแบบจำลองสุขภาพเชิงนิเวศของประชาชนในเขตอำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2568;19(3):856-70.
2. สาคร ศรีมุข. ความปลอดภัยด้านอาหารของประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 25 ส.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: https://www.senate.go.th/assets/portals/1/news/7576/1_บทสรุปบทความ00103664.pdf
3. สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ความปลอดภัยของอาหาร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 25 ส.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: https://foodsafety.moph.go.th/_WEBADMIN2/uploads/n_file/2lgixzsto7eos40cck.pdf
4. Food and Agriculture Organization. Record of proceeding on regional consultation workshop on guidelines for development of food safety policy for countries in Asia [Internet]. 2012 [cited 2025 Aug 25]. Available from: <https://openknowledge.fao.org/items/d13920be-5644-4374-b719-cdb0b42c73df>
5. Food and Agriculture Organization. FAO/WHO guide for application of risk analysis principles and procedure during food safety emergencies [Internet]. [cited 2025 Aug 25]. Available from: <https://www.fao.org/4/ba0092e/ba0092e00.pdf>

ภาวะตาล้าจากจอคอมพิวเตอร์และการบริโภคสื่อสังคมออนไลน์: แนวทางการป้องกันเพื่อสุขภาวะทางตา

สิริกร นามลาบุตร¹, นุชสิทธิ์ จิตแก้ว¹, พีรวิชญ์ นามลาบุตร², จันทร์ธิดา ปิ่นศิริ³

¹สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ กรุงเทพมหานคร

²กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย

³สถาบันวิจัยและส่งเสริมศิลปวัฒนธรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี

วันรับ: 3 ก.พ. 2569

วันแก้ไข: 2 มี.ค. 2569

วันตอบรับ: 5 มี.ค. 2569

บทนำ

ในยุคดิจิทัลที่เทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทสำคัญในชีวิตประจำวัน การใช้เวลาอยู่กับหน้าจออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ เช่น สมาร์ทโฟน แท็บเล็ต และคอมพิวเตอร์ กลายเป็นเรื่องปกติ การสัมผัสกับแสงสีฟ้า (blue light) ซึ่งเป็นส่วนประกอบของแสงที่เปล่งออกมาจากหน้าจอเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพดวงตาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาตาแห้ง ปวดตา แสบตา แสงบนหน้าจอแสดงผลของมือถือจะมีแสงสีฟ้าปนออกมาด้วย ซึ่งแสงสีฟ้าคือส่วนสำคัญที่จะทำให้ลายจอประสาทตาให้เสื่อมสภาพลง และยังทำให้ตาของเราห่างจากการเพ่งมองหน้าจอเป็นเวลานานอีกด้วย⁽¹⁾

แสงสีฟ้าพลังงานสูงจากหน้าจอโทรศัพท์ คอมพิวเตอร์ และแท็บเล็ตทะลุผ่านเลนส์ตาเข้าไปทำลายเซลล์รับแสงในจอประสาทตาโดยตรง หากได้รับแสงสีฟ้าในปริมาณมากและเป็นเวลานาน อาจนำไปสู่โรคตาเสื่อมในอนาคต⁽²⁾ นอกจากนี้ การจ้องหน้าจอเป็นเวลานานยังทำให้เรากะพริบตาน้อยลง ทำให้น้ำตาระเหยเร็วขึ้น ตาแห้ง และรู้สึกเหมือนมีทรายเข้าตา กล้ามเนื้อตาต้องทำงานหนักในการปรับโฟกัส ทำให้ปวดเมื่อยตา⁽³⁾ งานวิจัยได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความล้าของสายตากับการตรวจสมรรถภาพทางสายตาในกลุ่มผู้ใช้งานคอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์⁽⁴⁾ พบว่า อายุและระยะเวลาเริ่มใช้คอมพิวเตอร์มีผลต่อสมรรถภาพทางสายตา และสมรรถภาพ

ทางสายตามีความสัมพันธ์ต่อความล้าของสายตา ซึ่งสอดคล้องกับผลกระทบของแสงสีฟ้าที่ทำให้เกิดอาการตาแห้งและล้า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีและการดูแลสุขภาพตาอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้เรามีสายตาที่แข็งแรงและสามารถใช้งานอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ได้อย่างมีความสุขและปลอดภัย

การป้องกันเพื่อสุขภาวะทางตา

การป้องกันเพื่อสุขภาวะทางตาสามารถทำได้หลากหลายวิธี ดังภาพที่ 1

1. การพักสายตาเป็นสิ่งสำคัญมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคที่เราต้องใช้สายตามองหน้าจอเป็นเวลานาน การปฏิบัติตามกฎ 20-20-20 (การพักสายตาเป็นระยะๆ ทุกๆ 20 นาที โดยการมองไปยังวัตถุที่อยู่ห่างออกไปประมาณ 20 ฟุต เป็นเวลา 20 วินาที) จะช่วยลดอาการตาเมื่อยล้าและป้องกันปัญหาสายตาในระยะยาว

2. ปรับความสว่างให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม ความสว่างของหน้าจอควรมีความสมดุลกับแสงสว่างในบริเวณโดยรอบ การปรับความสว่างให้เหมาะสมจะช่วยลดอาการเมื่อยล้าของดวงตา

3. ปรับสีหน้าจอเป็นโทนสีอบอุ่น (warm tone) การปรับสีหน้าจอให้เป็นโทนสีอบอุ่น จะช่วยลดปริมาณแสงสีฟ้าที่เปล่งออกมา ซึ่งเป็นแสงที่มีผลต่อการนอนหลับและสุขภาพดวงตา ใช้งานฟังก์ชัน night shift (สำหรับผู้ใช้ Apple) อุปกรณ์ Apple มีฟังก์ชัน night shift ที่ช่วยปรับสีหน้าจอให้เป็นสีอบอุ่นโดยอัตโนมัติในช่วงเวลากลางคืน ทำให้ดวงตารู้สึกสบายมากขึ้น

4. ติดตั้งแอปพลิเคชันที่ช่วยบล็อกแสงสีฟ้า มีแอปพลิเคชันหลายตัวที่ออกแบบมาเพื่อลดปริมาณแสงสีฟ้าจากหน้าจอ

5. การดูแลสุขภาพดวงตา โดยตรวจสุขภาพตาอย่างน้อยปีละครั้งจะช่วยให้สามารถตรวจพบปัญหาเกี่ยวกับสายตาได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น เช่น สายตาสั้น สายตายาว ต้อกระจก หรือโรคจอประสาทตาเสื่อม ซึ่งหากตรวจพบเร็วก็สามารถรักษาได้ทันทั่วทั้งที่ นอกจากการตรวจสุขภาพดวงตาแล้ว การสวมแว่นกันแดดที่มีคุณภาพก็เป็นอีกหนึ่งวิธีที่สำคัญในการปกป้องดวงตาจากอันตราย เพราะรังสีอัลตราไวโอเลต (UV) จากแสงแดดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคตาต่างๆ เช่น ต้อกระจก และจอประสาทตาเสื่อม เพราะการสวมแว่นกันแดดที่มีคุณภาพซึ่งสามารถกรองรังสี UV ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยปกป้องดวงตาของคุณจากอันตรายเหล่านี้ได้เป็นอย่างดี

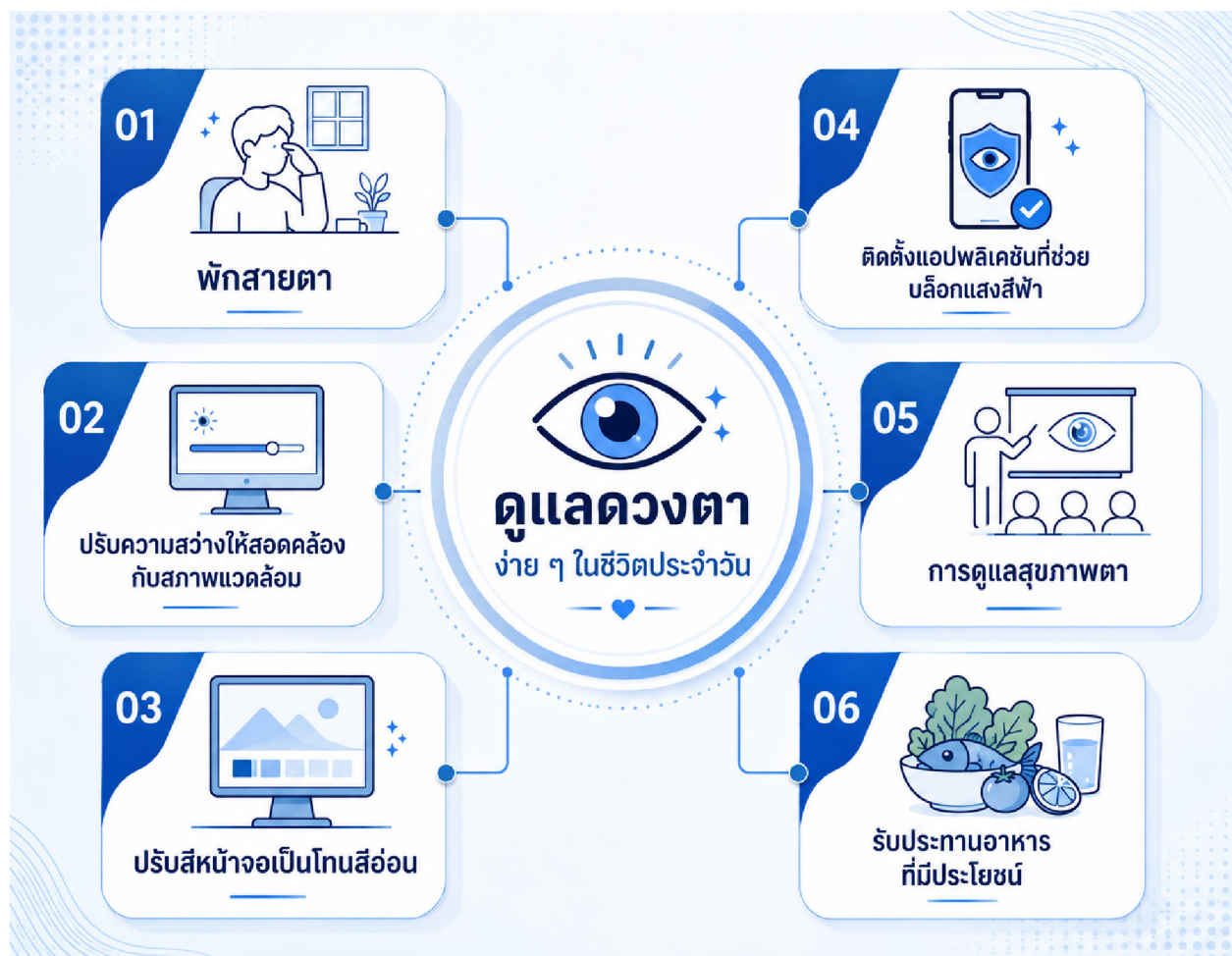
อีกทั้งหลีกเลี่ยงการดูตา เพราะการดูตาอาจทำให้เกิดการระคายเคืองและติดเชื้อได้ และพักผ่อนให้เพียงพอจะช่วยลดความเมื่อยล้าของดวงตา

6. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เป็นพื้นฐานสำคัญในการดูแลสุขภาพดวงตา การบริโภคอาหารที่อุดมไปด้วยวิตามินเอ วิตามินซี และแร่ธาตุสังกะสี จะช่วยเสริมสร้างและปกป้องสุขภาพดวงตาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างเหมาะสมควบคู่ไปกับการดูแลสุขภาพดวงตาเป็นประจำ จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาสายตาให้มีประสิทธิภาพจะช่วยให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ภาพที่ 1 ภาวะตาล้าจากจอดิจิทัลและการบริโภคสื่อสังคมออนไลน์: แนวทางการป้องกันเพื่อสุขภาพตา



เอกสารอ้างอิง

1. กนกวรรณ ปรีดีเปรม. โซเชียลดีท็อกซ์: บำบัดด้วยสติ เมื่อชีวิตเสียดสีโลกออนไลน์. วารสารการวิจัยการบริหารการพัฒนา [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 14 ม.ค. 2568];12(1):138-52. แหล่งข้อมูล: <https://so01.tci-thaijo.org/index.php/JDAR/article/view/255862/170141>
2. สำนักพัฒนาและถ่ายทอดเทคโนโลยีการสหกรณ์. อันตรายจากแสงสีฟ้าเพิ่มความเสี่ยงโรคตา [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 14 ม.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://cooptrain.office.cpd.go.th/news-all/interestingfact/468-Interesting-Fact-BlueLight.html>
3. บุญธิดา มระกุล. อันตรายของแสงสีฟ้าต่อสุขภาพดวงตา. บทความเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชน [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 14 ม.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/616>
4. จริญญา ชิดน้าย, วิรงค์รอง จารุชาติ, ศศิธร ชิดน้าย. ความสัมพันธ์ระหว่างความล้าของสายตากับการตรวจสอบสมรรถภาพทางสายตาในกลุ่มผู้ใช้งานคอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [สืบค้นเมื่อ 14 ม.ค. 2568];7(2):47-56. แหล่งข้อมูล: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/18346/16138>



www.thaihealth.or.th/THPJJournal